

80. ZAHNMEDIZIN

Hans-Joachim Demmel und Friedhelm Lamprecht

Ein Patient kommt zum Zahnarzt, weil sein Zahnfleisch leicht blutet, er einen Zahn durch Lockerung zu verlieren befürchtet und Fehlstellungen durch Zahnwanderung in der Oberkieferfront bemerkt. Die intraorale Inspektion ergibt eine profunde marginale Parodontitis. Fünf Zähne sind gelockert, der Patient hat Zahnstein und subgingivale Konkremete. Diese Symptome führen in der Regel lediglich zur klassischen Parodontaltherapie.

Die erweiterte Untersuchung zeigt markante Facetten auf den Zähnen vom Knirschen. Die Palpation der Kaumuskeln ergibt druckdolente Muskeln, die dem Bewegungsbild der Facetten auf den Zähnen entsprechen. Die erweiterte Anamnese ergibt: "dröhnende häufige Kopfschmerzen"; vor neun Monaten ein Schulter-Arm-Syndrom rechts mit Paraesthesien; drei Kuren wegen "arthrotischer LWS-Veränderung", häufige Magenkrämpfe, die über den Rücken ausstrahlen. Am Ende der ersten Exploration durch den Zahnarzt fragt der Patient von sich aus, ob für einen Teil seiner Leiden auch psychische Ursachen ausschlaggebend seien könnten. Andererseits sei er aber auch erschrocken bei dem Gedanken, "eine Macke zu haben". Er nimmt das Angebot der Überweisung an eine psychosomatische Fachklinik dankend an.

80.1 Die Bedeutung der Psychosomatik für die Zahnmedizin

Für den Zahnarzt kommt es darauf an, auch in seinem Bereich den "diagnostisch-therapeutischen Zirkel" nicht auf die organischen Funktionen des Kauapparates zu beschränken, sondern über die Erhellung der Motivationskonflikte auf der interpersonellen Ebene das präsentierte Symptom im Situationskreis-Zusammenhang und damit auch als semio-

tisches System zu verstehen. Die diagnostisch-therapeutische Verquickung für Arzt und Patient wird um so deutlicher, je mehr der Zahnarzt seine gefühlsmässige Resonanz auf den Patienten in seinen diagnostischen Bemühungen mit einzubeziehen lernt. Die zahlreichen auf die Zähne oder den Beissvorgang beziehenden umgangssprachlichen Ausdrücke geben Hinweis darauf, in welchen emotionalen Bereichen die Motivationskonflikte zu suchen sind (Lamprecht et al., 1986). Ein dafür notwendiges Wahrnehmungs- und Explorationstraining sollte in das Curriculum der zahnärztlichen Ausbildung einbezogen werden. Zur postgraduellen, zahnmedizinisch psychosomatischen Ausbildung liegt ein Entwurf der Arbeitsgruppe Zahnmedizin im Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin vor (Demmel, 1994). Auch sollte dem Zahnarzt eine qualifizierende, psychosomatische Fortbildung ermöglicht werden. Die Integration am Beginn ist nötig, damit etwas, das verlorengegangenes ärztliches und damit auch zahnärztliches Allgemeingut darstellt, später nicht abgespalten als Spezialdisziplin wiedererscheint (Winnberg, 1969) und dann wieder mühsam integriert werden muss. Man kann zwar durch Fragen Probleme einengen, aber auch ausgrenzen, oder, wie Balint sagt, auf Fragen bekommt man Antworten, sonst nichts. Lässt man den eingangs erwähnten Patienten zu Wort kommen durch offene Fragen, so wird der Patient als Mensch mit seinen Problemen spürbar und es ergeben sich andere Handlungsweisungen.

Der 52 Jahre alte, sich betont jugendlich gebende, salopp gekleidete Patient berichtet zunächst über sein Zähneknirschen und fährt dann fort: "Ich verkrampfe die Muskulatur im Körper, Mutter hat immer gesagt, Zähne zusammenbeissen und durch". Bei Prüfungen hätte er immer Durchfälle und Magenbeschwerden bekommen. Wenn er jetzt Ärger mit seiner Frau habe, würde es ihm auf den Magen schlagen. Er hätte auch Schmerzen am After und häufig Blut im Stuhl. Verspannungen im Nacken, Kribbeln im rechten Arm, er würde sich da gern massieren lassen. Er müsse einigermassen alles im Griff haben. Morgens früh würde er immer mit Zahnschmerzen aufwachen, er hätte auch Durchschlafstörungen. Seine Selbstbeschreibung lau-

tet wie folgt: "Ich bin mit mir unzufrieden; der , der ich war, kotzt mich an. Früher bin ich nur Funktion gewesen." Als Kind sei er sehr ängstlich und zurückhaltend gewesen. Seine Mutter habe die drei Söhne und den Vater total beherrscht, "ich habe immer gelernt Contenance zu bewahren". In seiner Ehe sei dann alles umgekehrt, er würde alles machen, seine Frau wäre die Doofe, er hätte zu Hause die Patriarchen-Rolle. Mit 4-5 Jahren wäre er wegen einer Meningitis lange im Krankenhaus gewesen, und er hätte seither häufiger unter Kopfschmerzen gelitten. Er hätte panische Angst vor brüllenden Menschen und auch Schwierigkeiten, insbesondere Frauen gegenüber, etwas zu entgegnen, wenn diese ihm gegenüber aggressiv sind. Häufig müsse er viel Süßigkeiten essen, sozusagen, um sich zu belohnen. Die früheste Erinnerung seines Lebens ist, wie er aufwacht und eine Krankenschwester ihn fragt, ob er sie erkennt, nachdem er drei Tage bewusstlos gewesen ist. Er bezeichnet seine Erziehung durch seine Mutter als formalisiert, ebenso die Gute-Nacht-Küsse. Er könne sich mit seiner Frau nicht streiten. "Ich habe noch nie zu meiner Frau etwas Abfälliges gesagt, wenn ich zu Hause ärgerlich werde, ziehe ich mich zurück." Er habe Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren, sie würden zu Hause nebeneinanderher leben. Seine Bedürfnisse nach Zärtlichkeit befriedigt er in einer Aussenbeziehung.

Die Kindheit des Patienten ist charakterisiert durch Ohnmacht, Liebesarmut und Einschränkung sich entwickelnder motorischer Expansivität mit Heranbildung eines sensiblen Wahrnehmungsvermögens und einer stark ausgeprägten rezeptorischen Sphäre ohne effektorische Einflussmöglichkeit, was ein Problembewusstsein schafft ohne Problemlösungsmöglichkeiten. Diese verletzliche Situation versucht der Patient durch ein Streben nach Unabhängigkeit, die meist eine Pseudounabhängigkeit ist, zu meistern , indem er sich kontraphobisch in Aktivitäten flüchtet und Leistung einen übermässigen Stellenwert bekommt. Diese früher lebensnotwendige Haltung fordert ihren Tribut bei dem Patienten in Form von Schmerzen im Schulter- und LWS-Bereich, Magenkrämpfen und Zähneknirschen. Die be-

schriebene Reaktionsbildung hat zur Folge, dass der Patient jetzt in der Beziehung zu seiner Frau den Haustyrannen spielt, also die Einfluss- und Einwirkungsmöglichkeiten überbetont. Dabei ist aber die früher sensible Wahrnehmung weitgehend ausgeschaltet, das heisst, er hätte jetzt die Problemlösungsmöglichkeiten, erkannte aber sein Problem nicht mehr, was sich nach Anwendung des diagnostisch-therapeutischen Zirkels etwa wie folgt darstellt: Der Patient verhält sich gegenüber seiner Frau, wie er sich gegenüber seiner Mutter nicht verhalten konnte, und so, wie er sich seiner Frau gegenüber verhalten sollte, verhält er sich gegenüber seiner Freundin. Reaktionsbildung zur Mutter und Inzesttabu bestimmen also des Patienten Verhältnis zu seiner Frau. Er selbst kann dann die Realisierung des Wunsches, in der Paarbeziehung glücklich zu werden, äussern, so dass die psychosomatische Konsultation mit der gemeinsam erarbeiteten Therapieempfehlung einer Paartherapie endet.

80.2 Die psychosomatische Besetzung in der Mundregion

Die libidinöse Besetzung in der Mundregion war in einer frühen ontogenetischen Entwicklungsphase des Menschen so vorherrschend, dass die Entwicklungsphase als orale bezeichnet wurde (Abraham, 1982; Freud, 1968), in welcher die Mundregion den ersten Körperbereich darstellte, mit welchem zwischenmenschliche Beziehung hergestellt wurde. Eine regressive Antwort auf eine verunsicherte Situation kann auch im späteren Leben zu einer Reaktivierung des ursprünglichen Bedeutungsgehaltes führen. Die ausgedehnte zentralnervöse Repräsentanz von Mundschleimhaut, Kaumuskulatur und Zunge, die Dichte der nervösen Versorgung und Rezeptorenbesetzung machen dieses Gebiet extrem empfindlich gegenüber Störgrössen, die aus umfassenden Systembezügen einwirken können. Die Mundregion ist Ausführungsort einer Reihe von biologischen Akten (Viktor von Weizsäcker, 1947), wie zum Beispiel des Kauens, Beissens, Saugens, Schmeckens, Sprechens, Lächelns, Drohens, Küssens etc. In diesen biologischen Akten sind Stimmungen und Affekte unlösbar gekoppelt mit endokrinen, vege-

tativen und motorischen Bereitstellungsreaktionen, die wiederum durch die "Bedeutungserteilung" und durch die "Bedeutungsverwertung" über den Situationskreis die Verbindung und Kommunikation zu der individual-spezifischen Umwelt des Patienten ermöglichen. Erschwerend kommt hinzu, dass in der Mundregion phylogenetisch ableitbare außersprachliche Verhaltensresiduen zum Ausdruck kommen (Darwin, 1872; Every, 1965).

80.3 Das orofaziale Schmerz-Dysfunktionssyndrom

Die besondere Bedeutung der orofazialen Region für den Ausdruck psychischer Situationen (Ekman, 1988) und den zwischenmenschlichen Kontakt lässt diesen Körperbereich geradezu prädestiniert erscheinen für psychophysiologische Syndrome und Konversionssyndrome. Allerdings fehlen differenzierte Untersuchungen über somatoforme Schmerzstörungen bisher in der zahnärztlichen Literatur. Egle (Egle, 1985) hat für die orofazialen Schmerzsyndrome eine erste Einordnung entsprechend dem DMS-III veröffentlicht.

In der ärztlichen oder zahnärztlichen Praxis erscheinen oft Patienten, ähnlich dem eingangs geschildertem Fallbeispiel, häufig mit der Verdachtsdiagnose "Trigeminusneuralgie", mit einem Symptombild, das nicht den klassischen Zeichen der Neuralgie entspricht. Sie klagen über Schmerzen im Kopfbereich, die ständig oder wellenförmig anhalten, nicht die Grenzen der Rami des Nervus trigeminus einhalten, oft auch beiseitig auftreten, mit Kopfschmerzen einhergehen und tageszeitlichen Schwankungen unterliegen. Der Schmerz kann sowohl einzelne als auch mehrere Strukturen gleichzeitig betreffen. Nach heutigen medizinischen Erkenntnissen muss der Begriff des Costen-Syndroms (Costen, 1934) als Bezeichnung für eine klinische Entität fallengelassen werden (Motsch, 1980;). Die fachärztlich differentialdiagnostische Abklärung hat unter anderem besonders zu berücksichtigen: Pulpitis, dentogene Ostitiden, Pericoronitis retinierter Weisheitszähne, Sinusitiden, Otitis media, Parotitis, Arteriitis, Herpes zoster, akutes Glaukom, Tumoren, Erstsymptome der MS, Horten-Syndrom, Neuralgien im Kopfbereich, Primäre

Fibromyalgie, rheumatoide Arthritis, entzündliche osteoarthrotische Veränderungen, Depressionsäquivalent, Konversionssyndrom.

Das orofaziale Schmerz-Dysfunktionssyndrom ist ein Sammelbegriff für klinische Symptome bzw. Krankheitsbilder mit dem Leitsymptom Schmerz, die die Kaumuskulatur, das Kiefergelenk, das Zahnsystem und/oder benachbarte Strukturen betreffen. Es ordnet sich in die craniomandibulären Dysfunktionen (CMD)

ein und bildet eine Untergruppe dieser Störungen. Synonym wird ein Vielzahl von Bezeichnungen für dieses Syndrom verwendet, ohne dass diese inhaltlich in jedem Fall deckungsgleich sind. Schmerzen bzw. Dysfunktionen als Symptome otolaryngologischer, neurologischer, neoplastischer Erkrankungen oder Folge von Infektionen bzw. angeborenen und entwicklungsbedingten Anomalien werden nicht dem orofazialen Schmerz-Dysfunktionssyndrom zugeordnet. Es besteht häufig Komorbidität mit anderen Schmerzerkrankungen.

Kausale Verbindungen zwischen CMD und Tinnitus können nach neueren Untersuchungen nicht gefunden werden (Peroz und Parloh, 1998; Vernon et al., 1992), obwohl dies immer wieder vermutet wird, da die psycho-sozialen Bedingungen, die zur CMD führen, auch bei Tinnituspatienten eine Rolle spielen (Rubinstein, 1993). Es muss die Gleichzeitigkeit beider Erkrankungen eher als Komorbidität gesehen werden.

Eine entscheidende Rolle im Krankheitsprozess haben orale Parafunktionen (unbewusstes, dauerhaftes, exzessives Ausüben von normalerweise physiologischen Funktionen; z.B. Knirschen und Pressen mit den Zähnen) (Heegendorn et al., 1979). Verschiedene organpathologische Befunde sind Folge dieses Fehlverhaltens.

Es finden sich bei der Mehrzahl dieser Patienten als somatische Zeichen oft nur deutliche Schliffacetten auf den Zähnen, Funktionsbeeinträchtigungen, die in der Regel objektiv nachweisbar sind (wie Seitenabweichung, eingeschränkte Mundöffnung und Gelenkgeräusche bei der Kieferbewegung), teilweise aber auch nur subjektiv empfunden werden und insbesondere Druckdolenz bestimmter Kaumuskeln

(Krogh-Poulsen, 1980; Solberg, 1981). Eine genaue Funktionsanalyse des stomatognathen Systems zeigt fast immer eine Differenz zwischen der habituellen Unterkieferposition und der physiologisch günstigen Position des Kiefergelenkes. Weiter sind Fehl- bzw. Frühkontakte einzelner Zähne zu finden (Krogh-Poulsen, 1967).

Einer somatisch-mechanistischen Betrachtungsweise folgend werden diese Patienten oft nur mittels Aufbissschienen mandibulär repositioniert und anschliessend mittels Einschleiftherapie oder Onlays und Kronen aufwendig versorgt, das heisst durch spezielle Gestaltung der Höcker-Fossa-Beziehung und der Führungsflächen der Canini und Incisivi wird eine stabile maxilläre Abstützung erzielt (Bauer und Gutowski, 1984). Für eine ausführliche Darstellung dieser Okklusionskonzepte muss auf Slavicek (Slavicek, 1982) verwiesen werden. Die monokausale, mechanistische, sich auf den Okklusionsvorgang beschränkende Betrachtungsweise des orofazialen Schmerz-Dysfunktionssyndroms ist für die Diagnose und somit auch für die Therapie nicht ausreichend. Zum einen finden sich solche okklusalen Dysharmonien bei über 80% aller Menschen, ohne dass diese auch über Schmerzen im Sinne dieses Syndroms klagen, zum anderen wechseln die Beschwerden häufig oder verschwinden manchmal auch ganz ohne zahnärztliche Therapie (Bell, 1969; Desjatnikow et al., 1978). Darüber hinaus können die Schmerzen nach idealer funktionstherapeutischer, okklusaler Rekonstruktion in unveränderter Form weiterbestehen (Dworkin und Marbach, 1974). Erst ein mehrdimensionales Krankheitsverständnis schafft einen psychosomatischen Zugang zu diesen schwierigen Patienten, die oft gegen aufdeckende Psychotherapie feindselig eingestellt sind. Laskin (Laskin, 1969) begründete 1969 die psychophysiologische Theorie des orofazialen Schmerz-Dysfunktionssyndroms. Zahlreiche Publikationen, die diese Betrachtungsweise stützen, folgen (u.a. Gold et al., 1974; Gold et al. 1975; Graber, 1978; Kluge, 1990; Lipton et al., 1974; Lupton, 1969; Pomp, 1974; Rugh und Solberg, 1976; Rugh 1981; Violon, 1980). Schon einfache explorative Gespräche im Sinne Balints (Balint, 1980) zeigen beim orofazialen Schmerz-Dysfunktionssyndrom immer einen

psychisch auffallenden Hintergrund. Die Triggerfunktion der okklusalen Fehlkontakte und die Dispositionierung der Mandibula begünstigen Bruxismus und Parfunktion (Knirschen, Pressen) bei psychischer Belastung (Heegendorn et. al., 1979). Psychodiagnostische Untersuchungsverfahren zeigen Diskrepanzen zwischen Selbst- und Idealbild, diese Patienten leiden unter Minderwertigkeitsgefühlen und opfern sich oft für andere auf, sie konkurrieren stärker, sind ungeduldig und häufig in Auseinandersetzungen verstrickt. Sie sind weniger durchsetzungsfähig und selbstkritischer. In der Auseinandersetzung mit sozial belastenden Situationen haben diese Patienten infantile Riesenansprüche an andere. Sie erscheinen gefühlsmässig besonders kontrolliert, aggressionsgehemmt und leicht kränkbar. Sie sind depressiver als die Norm (Cathomen-Rötheli, 1979; Heiberg, 1980; Lamprecht et al., 1986). Sie weisen die typischen Merkmale psychogener Schmerzpatienten (Egle und Nickel, 1998) bei der Entwicklung in Kindheit und Jugend auf (emotionale Deprivation, häufig körperliche Misshandlungen, „pain-proneness“). Ätiologisch kann unterschieden werden zwischen dem durch okklusale Fehlkontakte induzierten Bruxismus und dem frontolateralen Bruxismus (Knirschen oder insbesondere Pressen nur über die Front- und Eckzähne) ohne diese Fehlkontakte. Hier wird wegen der fehlenden Triggerrung durch Zahnfehlkontakte die psychogene Genese der Erkrankung besonders deutlich (Angstäquivalent).

Die Begriffe "orofaziales Schmerz-Dysfunktionssyndrom" und "atypischer Gesichtsschmerz" werden häufig synonym verwendet. Dabei müssen zwei Mechanismen unterschieden werden: Bei der überwiegenden Mehrheit der Patienten, bei denen pathogenetisch zentrale Faktoren im Vordergrund stehen, liegt der Mechanismus psychovegetativer Spannungszustände zugrunde, auch mit psychovegetativen Auffälligkeiten in anderen Bereichen. Bei einer kleineren Subgruppe, bei der keine Muskelverspannungen nachweisbar sind, ist psychodynamisch eher vom Mechanismus der Konversion bzw. der somatoformen Störung auszugehen. Auch hier sind zwar in engem zeitlichen Zusammenhang vorausgegangene psychische Belastungssituationen vorhanden, doch

können Wahl und Lokalisation aufgrund von konflikthaftern Wünschen und Vorstellungen oder einem Krankheitsmodell in der eigenen Anamnese oder bei wichtigen Bezugspersonen erklärt werden. Darüberhinaus dient das Symptom der Neutralisierung des zugrundeliegenden Konfliktes. Verwirren kann eine weitgehende Übereinstimmung der Symptome mit bekannten somatischen Erkrankungen, die aber letztendlich nie schlüssig bleibt. Die Ähnlichkeit ist bedingt durch Projektion, familiäre oder medizinische Vorerfahrung ("Patientenkarriere"). Auffallend ist die Diskrepanz zwischen objektiven Befunden, Ausmass der Beschwerden, Schmerzschilderung („belle indifference“, symbolhaft, somatisch nicht vorstellbar) und tatsächlicher Beinträchtigung. Nur dieses Krankheitsbild ist als atypischer Gesichtsschmerz zu bezeichnen. Dagegen sollte der Begriff orofaziales Schmerz-Dysfunktionssyndrom nur bei jenen Patienten Verwendung finden, bei denen Muskelverspannungen und Dysfunktionen belegbar sind und psychodynamisch der Mechanismus psychovegetativer Spannungszustände im Vordergrund steht (Demmel und Egle, 1992).

Für das Patientenbeispiel haben wir einen Mann ausgewählt, da es häufig schwieriger ist, das zugrundeliegende Problem bei Männern zu entdecken. Sie kommen selten mit dem Leitsymptom in die Praxis, zeigen mehr Haltung und verbergen ihr Leiden. Entsprechend fallen sie im Sinne des orofazialen Schmerzsyndroms nur bei sorgfältig zahnärztlicher Routinekontrolle auf, nicht aber bei klinischen Studien mit speziellem Patientengut, bei denen die Zahl der weiblichen Patienten deutlich überwiegt. In der Allgemeinbevölkerung kann kein geschlechtstypischer Unterschied hinsichtlich des Auftretens des Syndroms beobachtet werden (Egle et al., 1999). Das in allen Publikationen zahlenmässige Überwiegen der Frauen bei diesem Syndrom könnte sich teilweise dadurch erklären, dass die Männer erwartungsgemäss häufiger die Zähne zusammenbeissen, obwohl sie "auf dem Zahnfleisch laufen" und sie dafür seltener zahnmedizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Zum anderen ist auch bei der gesunden Frau die Muskelspannung im fazialen Bereich deutlich höher als beim Mann. Der erhöhte Tonus wird bei okklu-

saler Dysharmonie und Dyskinese eher zu Myogelose und Schmerz führen. Der Mann hat deutlich häufiger im lumbosakralen Bereich eine erhöhte Muskelspannung und folglich hier häufiger ein Schmerz-Dysfunktionssyndrom (Sundsvold et al., 1981).

80.4 Stress und Parafunktion (Auswirkung auf das Parodont)

Maxilläre Dysharmonien durch okklusale Interferenzen können durch Abnutzung zur Adaptation führen und somit als Trigger ausgeschaltet werden (Graber et al., 1980). Solche autoadaptiven Vorgänge durch Zähneknirschen oder durch die mastikatorische Funktion gehören aber zu den Seltenheiten, da in der Regel hierdurch keine stabile zentrische Okklusion erreicht werden kann. Die Bewegungsbahn auf den Bruxofacetten kann als neuer Trigger dienen, soweit der Stress anhält. Wo die Erschöpfung der Adaptationsreserven des stomatognathen Systems zuerst auftritt und so zur chronischen Krankheit führt, hängt weitgehend von den Bedingungen des Individuums ab (Stallard, 1969). Die Mitbeteiligung psychischer Faktoren bei der Ätiologie der Dyskinesen bzw. Parafunktionen kann heute als gesichert angesehen werden (Graber, 1989). Der Kausalitätszusammenhang zwischen Parafunktion und Schmerz ist begründet (Siebert, 1992). Vieles spricht für einen Zusammenhang zwischen Parafunktion und Veränderung im parodontalen Gewebe, zumal Zahnwanderungen bei Zähne- und Zungenpressen beobachtet werden und ebenso Veränderungen im Sinne der Parodontitis (Hoppenstedt, 1992; Ott und Wöhr, 1982). Morphologische Veränderungen der oralen Gewebe unter Stress sind beschrieben worden (Raetzke, 1985). Die Zahl der Untersuchungen über diese Zusammenhänge ist aber noch zu gering und lückenhaft, und so muss der Zusammenhang zwischen Parodontalerkrankung und Stress noch hypothetisch formuliert werden (Grant et al., 1979; Milgram et al., 1983), da die Publikationen sich zum Teil widersprechen (Hanamura, 1987). Zumindest verstärkt aber die Parafunktion eine bestehende, marginale Parodontitis (Albers, 1992). In diesem Zusammenhang scheint auch die

Beobachtung bemerkenswert, dass Stress die Resistenz gegenüber Infektionen vermindert (Hoppenstedt, 1992).

80.5 Zahnverlust als erstes Zeichen der Hinfälligkeit und der Erneuerungswunsch in der zahnärztlichen Prothetik

Lippenhaltung und Zahnstellung sind nonverbale Ausdrucksformen im sozialen Verhalten bei Mensch und Tier (Darwin, 1872; Every, 1965). Zahnverlust wird im Milchgebiss als sicheres Zeichen des Erwachsenwerdens begrüßt. Vom Erwachsenen wird der Zahnverlust aber als entwaffnend empfunden. Es wird als erstes Zeichen der Hinfälligkeit gewertet, und von der zahnärztlich-prothetischen Kunst wird die Wiederherstellung der Normalität erwartet. Dies ist oft verbunden mit dem Wunsch, das Übel mit der Verwirklichung phantasierter Idealvorstellungen ins scheinbar Positive zu verkehren. In diesem Zusammenhang ist auch die sogenannte "psychogene Prothesenunverträglichkeit" von Bedeutung (Marxkors und Müller-Fahlbusch, 1976). Festsitzender Brückenersatz wird noch eher toleriert, da er auch subjektiv als Wiederherstellung gefühlt werden kann. Herausnehmbarer Zahnersatz erneuert aber zumindest bei der täglichen Zahnpflege immer wieder das Bewusstsein des Verlustes der körperlichen Integrität. Der Zahnverlust kann unbewusst als Sterben auf Raten empfunden werden und erinnert an die Endlichkeit des Seins. Auf seinen symbolischen Bedeutungsgehalt als Kastrationsangst hat schon Freud (Freud, 1968) hingewiesen. Das Erkennen der Problematik im Einzelfall und die psychische Betreuung dieser Patienten stellen Anforderungen an den Zahnarzt, die auch eine Einbindung bio-psycho-sozialer Aspekte in die heute angestrebte fachlich qualifizierende Fort- und Weiterbildung in zahnärztlicher Prothetik dringend angeraten sein lassen.

80.6 Das Compliance-Problem bei Ernährung und Pflege (Karies)

Wie in vielen Bereichen der Medizin ist die Motivierbarkeit für ein Verhalten sehr schwierig, wenn der Erfolg des angestrebten Verhaltens im

Nichteintreffen einer Krankheit liegt. Es ist bemerkenswert, dass trotz allgemeiner Kenntnis über die Wichtigkeit oraler Hygiene und Ernährung für die Vermeidung von Karies die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung in nur ungenügendem Ausmass die Zähne putzt und auch bei der Ernährung kariogene Substanzen kaum meidet. Diese Form der Non-Compliance gründet sich auf die allgemein unzureichende Motivierbarkeit für prophylaktische Massnahmen bei nicht vorhandenem Leidensdruck. Die Compliance nach eingetretenem Zahnschaden ist trotz des dann vorhandenen Leidensdruckes ebenfalls häufig unzureichend, da die oralhygienischen Massnahmen nur den weiteren Zahnverfall aufhalten, nicht aber den vorherigen Zustand wiederherstellen. Nur eine akzeptierte prothetische Arbeit wird unter Umständen wieder als erhaltenswert betrachtet werden können und nicht nur als Zwischenstadium zur Zahnlosigkeit. Nur ein erheblicher finanzieller und zeitlicher Aufwand in der Gesundheitsfürsorge kann die Compliance wesentlich verbessern. Das zeigen die Erfolge der Förderung der Prophylaxeprogramme (Micheelis und Reich, 1999).

80.7 Habits und kieferorthopädische Problematik

Seit Struwpeters Zeiten werden Daumenlutschen, Nägelbeissen, Lippenaugen und ähnliche Habits als kindische Unarten mit erzieherischer Macht bekämpft. Häufig muss auch der Zahnarzt als Autorität herhalten, der dem Kind erklären soll, wie schädlich Daumenlutschen ist. Obwohl das psychische Äquivalent für derartige Angewohnheiten nicht mehr unbekannt ist (Fleischer-Peters und Zschesche, 1980), ist eine Kieferorthopädie, bei der bio-psycho-soziale Gesichtspunkte mit berücksichtigt werden, noch eine extreme Ausnahme (Fleischer-Peters, 1985). Bei Zahn- und Kieferfehlstellungen, wie auch bei anderen Haltungsschäden des Körpers, muss mehr als bisher bedacht werden, dass sie auch psychisch bedingt beziehungsweise verstärkt sein können (Sergl, 1967). Balters (Balters, 1954) sieht die Kieferanomalie als psychophänomenologische Korrelation. So hat zum Beispiel der Zahnengstand durch frühzeitigen Milchzahnverlust seine psychische Mitbe-

dingtheit, wenn mit der Ursachenforschung nicht im Somatischen (floride Milchzahnkaries) haltgemacht wird, sondern die Gründe für mangelnde Selbstpflege und übermässigen Zuckerkonsum im familiären Umfeld erkannt werden.

80.8 Glossodynie, burning-mouth-syndrome

Zungen- und Schleimhautbrennen werden als lästige bis quälende Missempfindung vorwiegend von älteren, weiblichen Patienten geschildert. Ätiologisch werden Kontaktallergien durch prothetisches Material und mechanische Irritationen durch scharfe Zahnkanten, Füllungen oder Prothesen angeführt. Xerostomie (auch als Nebenwirkung von Psychopharmaka) ist häufig bei diesen älteren Patienten. Dies alles kann aber nicht die Geschlechterverteilung erklären. Somatische Ursachen können selten das Ausmass der Missempfindung begründen. Das ergibt sich schon aus der Prävalenz. Diese Patienten sind auffallend depressiv, ängstlich und besorgt über körperliche Symptome (Grushka et al., 1987; Grinspan et al., 1995). Sie leiden unter der ihnen unerklärlichen Natur der Missempfindung und Krebsangst. Parafunktionen der Zunge können zu Schleimhautveränderungen führen, die diese Selbstdiagnose unterstützen. Glossodynie muss nach Ausschluss mechanischer und allergischer Ursachen im Sinne der Semiotik in der Regel als somatoforme Schmerzstörung verstanden und entsprechend behandelt werden.

80.9 Angst in der Behandlungssituation

Das Gefühl der Angst beziehungsweise Angstvermeidung ist ein wesentliches menschliches Motiv für Verhalten. Die ausgedehnte Repräsentanz sich von Zunge und Lippen herleitender Schmerzfaserverprojektionen im Thalamus bildet ein physiologisches Korrelat für die Schmerzempfindlichkeit. Antizipierte Schmerzen fördern Angst beziehungsweise Angstabwehrmechanismen. Diese werden nun ihrerseits durch zahnärztliches Verhalten verstärkt und tragen zur Schmerzintensivierung

bei. Hau-ruck-Verfahren und billiger Trost sind hier weniger gefragt als ein Ernstnehmen des Patienten bei ihm zumutbarer grösstmöglicher Mündigkeit. Bei der Betrachtung der Zahnbehandlungsangst ist zu vergegenwärtigen, dass es sich hier in der Regel um Eingriffe in die körperliche Integrität handelt. Es geht "an die Substanz". Die Angst vor Verlust der körperlichen Integrität kann z.B. beim Kind so weit gehen, dass es den Zahnarzt bei routinemässigen Kontrollen nicht einmal in den Mund sehen lassen möchte. Die intime Sphäre der Mundhöhle bleibt dem Fremden verschlossen. Bei Erwachsenen kann es zur Projektion tieferer Ängste vor Verlust und Trennung kommen. Die Verletzung der körperlichen Integrität kann als Hinweis auf die Endlichkeit des Lebens empfunden werden. So kann die empfundene Bedrohung des Daseins auch mit beitragen zu der häufigen Kollapsneigung in einer als ausweglos erlebten Situation. Eine Vielzahl von Patienten entspricht den Forderungen der Autorität des Zahnarztes im Sinne eines internalisierten autoritären Gewissens (Fromm, 1982) und ist "tapfer", fügt sich der vom Zahnarzt verordneten Therapie. Diese Patienten kommen regelmässig zur Kontrolle, zeigen nach aussen Einsicht in die Notwendigkeit der Zahnbehandlung, ohne Wunsch nach ausführlicher Erläuterung der Therapien. Die feuchte Hand, der Schweiss auf der Stirn, die veränderte Stimme und der Bewegungsablauf zeigen die psychophysiologischen Angstäquivalente. Aus dem Gefühl des Bedrohtwerdens, der Angst, Haltung zu verlieren, sind auch aggressive Verhaltensweisen des Patienten verständlich. Oft sind diese auf das Hilfspersonal des Zahnarztes verschoben, denn der Zahnarzt wird als zu mächtig erlebt und könnte sich mit grober Behandlung "rächen". In die Angst fliessen hier auch Schuldgefühl und Strafbedürfnis wegen mangelnder Zahnpflege mit ein. Nicht die Bagatellisierung der Angst, sondern das Ernstnehmen der Angst und das Gespräch darüber erleichtern den Umgang mit dem ängstlichen Patienten.

80.10 Therapeutische Konsequenzen

Die kartesianische Spaltung von Psyche und Soma ist in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde noch vorherrschend, obwohl in Einzelbereichen in den letzten Jahren vermehrt Publikationen erschienen sind, die die bio-psycho-soziale Betrachtungsweise des Krankheitsgeschehens berücksichtigen. Es kann nicht bestritten werden, dass die rein somatisch begründeten Therapieansätze auch zu Erfolgen geführt haben. Es ist aber deutlich geworden, dass sie immer wieder an Grenzen stossen und auch zu Misserfolgen führen müssen. Ob es sich zum Beispiel um parodontale Probleme, Kiefergelenkschmerzen, Karies, dem Ersatz von Zähnen oder um Zahnfehlstellungen handelt, erst die explorative Darstellung der Lebenssituation wird dem Zahnarzt Therapiekonzepte im Einzelfall ermöglichen, die eine Linderung der Leiden durch Einsicht des Patienten in seine Mitbeteiligung am Symptom sichern. „Am Zahn hängt noch ein ganzer Mensch“. Nicht die Psychotherapie für jeden Zahnarztpatienten ist die Forderung, sondern die Einbeziehung der Psyche des Menschen "Patient" in die Therapie des Zahnarztes, wie wir an unserem Beispiel gesehen haben.

Eine katamnestische Untersuchung, ein Jahr nach dem Explorationsgespräch, als der Patient zu einer Routinekontrolle in die Praxis kam, zeigte einen entspannten, sich wohlfühlenden Patienten, der keine Kopfschmerzen mehr hatte und auch im Zahnbereich schmerzfrei war. Die Untersuchung ergab eine wesentliche Verbesserung der Druckdolenz der Muskeln. Beiläufig erwähnt er, dass er seine Frau ganz anders wahrnehme und eine neue Qualität in die Beziehung gekommen sei. Der therapeutische Erfolg war hier sicher den explorativen Gesprächen und der Paartherapie zuzuschreiben, da die rein zahnärztlichen Massnahmen (Einschleifen, Rekonstruktion) noch nicht durchgeführt waren.

Die Identität des Zahnarztes wird sich wesentlich ändern, wenn er vom bisher vorherrschenden bio-medizinischen zur Integration des bio-psycho-sozialen Krankheitskonzepts übergeht. Erfolg für sich und Nutzen für den Patienten kann vom Zahnarzt mit bio-medizinischem Konzept nur in medizinisch-technischer Perfektion gesehen werden. Aber

"wer nur am Körper arbeitet, verfehlt die volle Hälfte der Wirklichkeit" (Weizsäcker, 1986). Das bio-psycho-soziale Konzept ermöglicht ihm zum einen, die individuelle Wirklichkeit des Kranken zu erfassen und ihm im weitesten Sinne ärztliche Hilfe anzubieten, und zum zweiten ermöglicht es dem Zahnarzt, seine Rolle als Therapeut -und damit auch seine eigene Wirklichkeit- neu zu definieren. Hierdurch kann der engagierte Zahnarzt auch seinem „burn-out“ (Aronson et al., 1983) entgegen, denn er wird vom Patienten nicht mehr die fachlich-technische Anerkennung verlangen, die dieser ihm objektiv nicht geben kann, sondern die menschliche Anerkennung erhalten, wenn dieser sich verstanden fühlt. Auch wird der psychosomatisch weitergebildete Zahnarzt eigene gesundheitliche Probleme besser verstehen lernen. Eine österreichische Erhebung bei Zahnärzten über Belastungsfaktoren im Beruf (Kreyer, 1992) zeigt einen erheblichen Nachhohlbedarf. Nur der seiner eigenen Problematik bewusste Zahnarzt -deshalb auch die Forderung nach Selbsterfahrung in der Weiterbildung- wird seinen Patienten gegenüber auch aufgeschlossen sein können. Die Forderung nach einer Integration der bio-psycho-sozialen Zahnmedizin dient also Zahnarzt und Patient.

Die Veränderung der Morbidität im Bereich der Zahnmedizin (Micheelis und Reich, 1999) erfordern auch eine Veränderung des bisher eher bio-technisch, reparativen Paradigmas der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zur Integrierten Medizin. Wenn die Zahnärzte diesen Sprung nicht schaffen, werden andere Therapeuten die Behandlung der Patienten mit orofazialen Krankheiten übernehmen.

Literaturverzeichnis

Abraham, K.: Beiträge der Oralerotik zur Charakterbildung (1925). Gesammelte Schriften, Bd. 2. Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt/M. 1982.

- Aronson, E., A. M. Pynes, D. Kafry: *Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung*. Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart 1983
- Balint, M.: *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart 1980.
- Balters, W.: *Zur Kunst der Menschenbehandlung*. In: *Deutscher Zahnärztekalendar*, S. 165. C. Hanser Verlag, München 1954.
- Bauer, A., A. Gutowski: *Gnathologie*. Verlag Die Quintessenz, Berlin 1984.
- Bell, H. W.: *Nonsurgical management of the pain-dysfunction syndrome*. *J. Amer. dent. Ass.* 79 (1969) 161.
- Cathomen-Rötheli, M.: *Untersuchungen über die Persönlichkeitsstruktur an Myoarthropathie erkrankter Patienten*. *Schweiz. Mschr. Zahnheilk.* 86 (1979) 29.
- Costen, J. B.: *Syndrome of ear and sonus symptoms dependent on disturbed function of the temporomandibular joint*. *Ann. Otol. Rhin.* 43 (1934) 1.
- Darwin, C.: *Der Ausdruck der Gemütsbewegungen bei den Menschen und den Tieren*. Schweizerbartsche Verlagshandlung, Stuttgart 1872.
- Demmel, H.-J., U. T. Egle: *Ätiologie und Pathogenese von orofazialen Schmerz-Dysfunktionssyndrom und atypischem Gesichtschmerz aus psychodynamischer Sicht*. In: Segl, H.G. und H. Müller-Fahlbusch (Hrsg.): *Jahrbuch der Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde*, Bd.2, S.111, Quintessenz-Verlag, Berlin 1992.
- Demmel, H.-J.: *Beiträge für eine Begründung einer qualifizierenden, psychosomatischen Fortbildung für Zahnärzte*. *Mitt. Dtsch. Kollegium Psychosom. Med.* (1994) Heft 25a.
- Desjatnikov, V. F., T. V. Nikitina, N. I. Chartulari, I. I. Pavlova: *Pain in dental patients as an expression of depression*. *Quintessence Int.* 9 (1978) 81.
- Dworkin, S., J. Marbach: *Group therapy with chronic MPD patients*. *J. dent. Res.* 53 (spec. issue) (1974) 126.

- Egle, U. T.: Auf der Suche nach den Wurzeln psychogen bedingter Mundkrankheiten. Zahnärztl. Mitt. 75 (1985) 2413.
- Egle, U. T., R. Nickel: Kindheitsbelastungsfaktoren bei Patienten mit somatoformen Störungen. Psychosom. Med. Psychoanal. 44 (1998) 21.
- Egle, U.T., C. Derra, W.A. Nix, R. Schwab: Spezielle Schmerztherapie. Schattauer Verlagsges., Stuttgart 1999, S.134.
- Ekman, P.: Gesichtsausdruck und Gefühl. Junfermann-Verlag, Paderborn 1988.
- Every, R. G.: The teeth as weapons -their influence on behavior. Lancet. 7387 (1965) 685.
- Fleischer-Peters, A., S. Zschesche: Ist Lutschen wirklich schädlich? Fortschr. Kieferorthop. 41 (1980) 563.
- Fleischer-Peters, A.: Psychologie und Psychosomatik in der Kieferorthopädie. Hanser, München-Wien 1985.
- Freud, S.: Gesammelte Werke, Fischer Ausgabe, Bd. 11, S. 158, 167. S. Fischer Verlag, Frankfurt/M. 1968.
- Freud, S.: Gesammelte Werke, Fischer Ausgabe, Bd. 12, S. 331. S. Fischer Verlag, Frankfurt/M. 1968.
- Fromm, E.: Über den Ungehorsam. Deutsche Verlagsanstalt, Stuttgart 1982.
- Gold, S., J. Lipton, J. Marbach, S. Dworkin, B. Gurion: Sites of psychophysiologic complaints in MPD patients: I. The orofacial region. J. dent. Res. 53 (special issue) (1974) 127.
- Gold, S., J. Lipton, J. Marbach, S. Dworkin, B. Gurion: Sites of psychophysiologic complaints in MPD patients: II. Areas remote from orofacial region. J. dent. Res. 54A (1975) 165.
- Graber, G.: Psychosomatik und Okklusion. In: Singer, F., F. Schön: Europäische Prothetik heute, S. 169. Verlag Die Quintessenz, Berlin 1978.
- Graber, G., H. P. Vogt, W. Müller, J. Bahous: Weichteilrheumatismus und Myoarthropathien des Kiefer- und Gesichtsbereichs. Schweiz. Mschr. Zahnheilk. 90 (1980) 609.

- Graber, G.: Der Einfluss von Psyche und Stress bei dysfunktionsbedingten Erkrankungen des stomatogenen Systems. In: Hupfaut, L.E. (Hrsg.): Funktionsstörungen des Kauorgans. S.52, Urban&Schwarzenberg, München 1989.
- Grant, D. A., I. B. Stern, F. G. Everett: Periodontics. Mosby, St. Louis 1979.
- Grinspan, D., G. Fernandez Blanco, M. A. Allevato, F. M. Stengel: Burning mouth syndrome. Int. J. Dermatol. 34 (1995) 483.
- Grushka, M., B. J. Sessle, R. Miller: Pain and personality profiles in burning mouth syndrome. Pain 28 (1987) 155.
- Hanamura, H.: Periodontal status and bruxism. J. Periodontol. 58 (1987) 173.
- Heggendor, H., H. P. Voigt, G. Graber: Experimentelle Untersuchungen über die orale Hyperaktivität bei psychischer Belastung, im besonderen bei Aggression. Schweiz. Mschr. Zahnheilk. 89 (1979) 1148.
- Heiberg, A. N.: Alexithymic characteristics and somatic illness. Psychoth. Psychosom. 34 (1980) 261.
- Hoppenstedt, W.: Beeinflussen biographische Faktoren den Verlauf einer Parodontitis? In: Segl, H.G. und H. Müller-Fahlbusch (Hrsg.): Jahrbuch der Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde, Bd.2, S.203, Quintessenz-Verlag, Berlin 1992.
- Kluge, A.: Empirische Untersuchungen zum Schmerz-Dysfunktionssyndrom des stomatognathen Systems auf der Grundlage eines mehrdimensionalen Ätiologiemodells. Habil. Schrift, Humboldt-Universität, Med. Fakultät, Berlin 1990.
- Krogh-Poulsen, W.: Zusammenhänge zwischen Lokalisation von Abrasionsfacetten und Schmerzen in der Kaumuskulatur und deren Bedeutung für Diagnostik und Behandlung. Öst. Z. Stomat. 64 (1967) 402.
- Krogh-Poulsen, W.: Orthofunktion und Pathofunktion des masticatorischen Systems unter Berücksichtigung der beteiligten Muskelgruppen. In: Drücke, W., B. Klemp: Kiefergelenk und Okklusion, S. 13. Quintessenz Verlag, Berlin 1980.

- Kreyer, G.: Zur Inzidenz und Wertigkeit von psychischen, somatischen und psychosomatischen Belastungsfaktoren bei österreichischen Zahnbehandlern. *Öst. Z. Stomat.* 89 (1992) 319
- Lamprecht, F., H.-J. Demmel, A. Riehl: Psychosomatische Befunde bei orofazialen Schmerzdysfunktionssyndrom. *Zschr. Psychosom. Med.* 32 (1986) 382.
- Laskin, D.: Etiology of the pain dysfunction syndrome. *J. Amer. dent. Ass.* 79 (1969) 147.
- Lipton, J., S. Dworkin, J. Marbach, S. Gold, B. Gurion: Psychosocial considerations in the MPD-syndrome. *J. dent. Res.* 53 (spec. issue) (1974) 127.
- Lupton, D.: Psychological aspects of temporomandibular joint dysfunction. *J. Amer. dent. Ass.* 79 (1969) 131.
- Marxkors, R., H. Müller-Fahlbusch: Psychogene Prothesenunverträglichkeit. Hanser Verlag, München-Wien 1976.
- Micheelis, W., E. Reich (Hrsg.): Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie. Dt. Ärzte-Verlag, Köln 1999.
- Milgram, P., M. Marder, B. Williams, R. Beaton, P. Weinstein: Stress and gingivitis. *J. dent. Res.* 62 (1983) 187.
- Motsch, A.: Das sogenannte Costen-Syndrom -Neue Erkenntnisse. In: Drücke, W., B. Klemm: Kiefergelenk und Okklusion, S. 99. Verlag Die Quintessenz, Berlin 1980.
- Ott, K., E. Wöhr: Klinische Untersuchungen über funktionelle Störungen bei Patienten mit marginaler Parodontitis. *Dtsch. zahnärztl. Z.* 37 (1982) 634.
- Peroz, I., G. Parloh: Craniomandibuläre Funktionsstörungen und Hals-Nasen-Ohren-Symptome. *Zahn Mund Kieferheilkd.* 14 (1998) 21.
- Pomp, A. M.: Psychotherapy for the myofascial pain dysfunction syndrome: A study of factors coinciding with symptom remission. *J. Amer. dent. Ass.* 89 (1974) 629.
- Raetzke, P.: Einfluss von Stress auf die oralen Strukturen. In: Schneller, T., A. Fleischer-Peters: Anwendung psychologischer Methoden

- in der Zahnmedizin, S. 173. Fachbuchhandlung für Psychologie, Verl.-Abt., Frankfurt/M. 1985.
- Rubinstein, B.: Tinnitus and craniomandibular disorders – is there a link?
Swed. Dent. J. Suppl. 95 (1993) 1-45.
- Rugh, J. D., W. K. Solberg: Psychological implications in temporomandibular pain and dysfunction. Oral Sci. Rev. 1 (1976) 3.
- Rugh, J. D.: Psychological stress in orofacial neuromuscular problems. Int. dental. J. 31 (1981) 202.
- Sergl, H. G.: Zusammenhang zwischen psychischen Schwierigkeiten und dem Auftreten von Kieferanomalien. Fortschr. Kieferorthop. 28 (1967) 57.
- Siebert, G.: Gesichts- und Kopfschmerzen. Hanser, München 1992.
- Slavicek, R.: Okklusionskonzept. Inf. aus Orthod. u. Kieferorth. 14 (1982) 171.
- Solberg, W. K.: Neuromuscular problems in the orofacial region: diagnosis - classification, signs and symptoms. Int. dent. J. 31 (1981) 206.
- Stallard, R. E.: Relation of occlusion to temporomandibular joint dysfunction: the periodontic viewpoint. J. Amer. dent. Ass. 79 (1969) 142.
- Sundsvold, M. O., P. Vagium, B. Ostberg: Movements, lumbar and temporomandibular pain and psychopathology. Psychother. Psychosom. 35 (1981) 1.
- Vernon, J., S. Griest, L. Press: Attributes of tinnitus that may predict temporomandibular joint dysfunction. Cranio 10 (1992) 282.
- Violon, A.: The onset of facial pain. A psychological study. Psychother. Psychosom. 34 (1980) 11.
- Weizsäcker, V. v.: Der Gestaltkreis, S. 9-24. Thieme, Stuttgart 1947.
- Weizsäcker, V. v.: Gesammelte Schriften, Bd. 6, S. 508. Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1986.
- Winnberg, G.: Psykodonti. Scandinavian University Books, Stockholm 1969.