

**Wissenschaftliche Mitteilung des Arbeitskreises
Psychologie und Psychosomatik in der DGZMK**

zur

Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

von Stephan Doering und Anne Wolowski

1. Einleitung

Die Psychosomatische Medizin stellt nicht nur ein eigenes medizinisches Fachgebiet dar, sie bietet auch eine veränderte Sichtweise auf alle Krankheiten des Menschen. Der amerikanische Internist George L. Engel prägte im Jahr 1977 den Begriff des *Bio-psycho-sozialen Modells*, das im Gegensatz zum vorherrschenden biomedizinischen Modell davon ausgeht, dass sowohl biologische als auch psychische und soziale Faktoren an der Entstehung bzw. Aufrechterhaltung jeder Erkrankung beteiligt sind.

Inzwischen hat das Bio-psycho-soziale Modell nicht zuletzt von Seiten der biomedizinischen Forschung vielfache empirische Bestätigung erfahren. Beispielsweise wissen wir heute, dass jede (psychosoziale) Erfahrung, jedes Lernen, im Rahmen der neuronalen Plastizität unmittelbar zu einer strukturellen Veränderung des Gehirns führt (Hüther, 1996), und wir kennen die immunsuppressive Wirkung des Hormons Cortisol, das unter Stress vermehrt ausgeschüttet wird und über eine Schwächung der Immunabwehr unter anderem zu einer vermehrten Parodontitisaktivität führen kann (Schneider und Leyendecker, 2005).

Die Konsequenz dieser veränderten Perspektive besteht darin, dass im Rahmen jeder (zahn-)ärztlichen Diagnostik und Therapie somatische und psychosoziale Faktoren berücksichtigt werden müssen. Dies bedeutet für die zahnärztliche Praxis, dass ein Mindestmass psychosozialer Informationen über den Patienten im zahnärztlichen Gespräch gewonnen werden muss, und dass jede Zahnärztin und jeder Zahnarzt die wichtigsten zahnmedizinisch relevanten psychosomatischen Krankheitsbilder kennen und erkennen sollte.

2. Epidemiologie

Die bedeutsamsten psychosomatischen Krankheitsbilder in der Zahnheilkunde sind die **somatoformen Störungen** (inkl. „Prothesenunverträglichkeit“, Burning Mouth Syndrome und körperdysmorphe Störung), die **Zahnbehandlungsphobie**, sowie **Bruxismus** und **Craniomandibuläre Störungen**. Zu den drei letztgenannten Krankheitsbildern liegen bereits eigene DGZMK-Stellungnahmen vor oder sind geplant, daher werden diese hier nicht dargestellt. Nicht zuletzt spielt eine **psychiatrische Komorbidität** eine wichtige Rolle in der Zahnarztpraxis.

Es gibt bislang keine aussagekräftigen Studien zur Prävalenz psychischer und psychosomatischer Erkrankungen in der Zahnarztpraxis. Gut belegt ist dagegen, dass in allgemeinmedizinischen Praxen 25-35% der Patienten unter einer psychischen bzw. psychosomatischen Störung leiden (Üstün und Sartorius, 1995). Es ist anzunehmen, dass diese Zahlen in der Zahnarztpraxis ähnlich hoch sind, da Zahnärzte eine ähnliche Klientel wie Allgemeinmediziner behandeln. Vorsichtig geschätzt ist die psychische Störung bei jedem Dritten dieser Patienten von direkter zahnmedizinischer Relevanz.

Aus der Allgemeinbevölkerung sind einige Prävalenzzahlen von Erkrankungen bekannt, die für die Zahnmedizin relevant sind: ca. 10% somatoforme Störungen (Jacobi et al., 2004), 11% Zahnbehandlungsphobie (Enkling et al., 2006), 4-8% Bruxismus (Ohayon et al., 2001), 3-5% behandlungsbedürftige craniomandibuläre Störungen (John und Wefers, 1999).

3. Somatoforme Störungen

Unter dem Oberbegriff somatoforme Störung wird eine Gruppe von Krankheitsbildern zusammengefasst, die in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) der WHO (Weltgesundheitsorganisation, 2005) wie folgt beschrieben werden:

„Das Charakteristikum der somatoformen Störungen ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Ist aber irgendeine Organpathologie vorhanden, dann erklärt sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome oder das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten.“ (S. 183)

Somatoforme Störungen können einzelne Organsysteme betreffen (z.B. Colon irritabile, Hyperventilation, Dysurie), sie können aber auch aus einer Kombination von mehreren Symptomen bestehen („Somatisierungsstörung“).

Von besonderer Bedeutung in der Zahnmedizin ist die **anhaltende somatoforme Schmerzstörung**, deren Hauptsymptom ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz ist, der organisch nicht (ausreichend) erklärt werden kann. In der Zahnarztpraxis entstehen derartige Schmerzen häufig im Gefolge einer Zahnbehandlung - z.B. einer Extraktion, Wurzelbehandlung oder einer prothetischen Versorgung (Marxkors und Müller-Fahlbusch, 1976; Türp, 2001) - und bestehen fort, auch wenn die Schmerz verursachende Gewebeschädigung abgeheilt ist. Die Ätiologie der Schmerzchronifizierung ist noch nicht abschließend geklärt, psychosoziale Faktoren sind jedoch erwiesenermaßen von hoher Relevanz (Kapfhammer, 2001; Egle, 2003; Hoffmann und Franke, 2003). Dabei handelt es sich zum einen um Belastungen und Traumatisierungen in der Lebensgeschichte, wobei nicht selten ein belastendes Lebensereignis dem Beschwerdebeginn vorausgeht (z.B. Tod des Partners, Verlust des Arbeitsplatzes). Zum anderen tragen komorbide psychische Störungen – insbesondere Depression und Angst – zur Schmerzchronifizierung bei. Am besten untersucht ist der Zusammenhang von Schmerz und Depression, wobei kein Zweifel mehr daran besteht, dass beide Krankheitsbilder sich wechselseitig aufrechterhalten und verstärken (von Korff und Simon, 1996).

Im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells ist bei der somatoformen Schmerzstörung wohl am ehesten von einer Kombination verschiedener ätiologischer Faktoren auszugehen, wobei ein initialer nozizeptiver oder neuropathischer Schmerz unter dem Einfluss von genetischer Disposition und psychosozialen Belastungen chronifiziert.

Zahnmedizinisch relevante Sonderfälle somatoformer Störungen sind die früher sog. „psychogene Prothesenunverträglichkeit“ (Marxkors und Müller-Fahlbusch, 1976) und das **Burning Mouth Syndrome**. Immer wieder kommt es vor, dass Patienten nach einer prothetischen Versorgung über Schmerzen, Druck- oder Spannungsgefühl, Schleimhautbrennen, Geschmacksveränderungen, Würgereiz, Wundgefühl oder Veränderungen des Speichelflusses klagen, obwohl der Zahnersatz technisch einwandfrei gefertigt wurde und keine organische Ursache für die geklagten Beschwerden gefunden werden kann. Marxkors und Müller-Fahlbusch (1976) sprachen hier von der „psychogenen Prothesenunverträglichkeit“, ein Begriff, der aus heutiger Sicht

relativiert werden sollte, da neben psychosozialen Faktoren auch somatische Prozesse bei der Entstehung dieser Störung eine Rolle spielen dürften. Daher sollte besser von einer **somatoformen Prothesenunverträglichkeit** gesprochen werden. Auch das Burning Mouth Syndrom lässt sich als somatoforme Störung verstehen – vorausgesetzt es wurden mögliche organische Ursachen ausgeschlossen.

Eine Sonderform der somatoformen Störungen stellt die **körperdysmorphe Störung** dar. Die Betroffenen erleben einen scheinbaren oder sehr geringfügigen körperlichen Mangel (z.B. leicht abweichende Zahnstellung) als eine Entstellung. Die Überzeugung, körperlich entstellt zu sein, kann wahnhaftige Züge annehmen, d.h. sie wird unkorrigierbar. Nicht selten führt die Erkrankung zu massiven sozialen Konsequenzen, da sie Berufstätigkeit und zwischenmenschliche Beziehungen stark beeinträchtigen kann. Oft geht die Störung mit einem starken Wunsch nach ästhetischer (prothetischer, operativer) Korrektur einher, die so gut wie nie zu einem für den Patienten zufrieden stellenden Ergebnis führt. Neben Dermatologen und HNO-Ärzten werden Zahnärzte und MKG-Chirurgen, und hier insbesondere jene, die plastische Chirurgie ausüben, konsultiert. Die Prävalenz der körperdysmorphen Störung beträgt bei Patienten mit kosmetisch-chirurgischen Wunschbehandlungen 7-15% (Ishigooka et al., 1998; Sarwer et al., 1998). 23,2 % der Patienten mit körperdysmorpher Störung hatten bereits eine chirurgische Intervention ohne nachfolgende Symptomverbesserung (Phillips et al., 2001).

4. Psychiatrische Komorbidität

Etwa ein Viertel der Allgemeinbevölkerung leidet unter einer psychischen oder psychosomatischen Störung (Schepank, 1987; Jacobi et al., 2004). Diese Patienten verdienen aus drei Gründen besondere Aufmerksamkeit in der Zahnarztpraxis: erstens beeinflussen psychische Erkrankungen das Mundhygieneverhalten sowie die Compliance des Patienten und damit auch seine Mundgesundheit, zweitens können schwer psychisch kranke Menschen den Zahnarzt bei der Behandlung vor erhebliche Herausforderungen stellen (z.B. beim Vorliegen einer Schizophrenie oder von Suizidalität) und drittens können psychische Erkrankungen auf psychophysiologischem Weg mit zahnmedizinischen Erkrankungen interagieren. Beispielhaft für den letztgenannten Zusammenhang stehen die Verbindungen von Depression und Schmerz, von Depression, Immunsuppression und Parodontitisaktivität, von psychosozialen Stress und Hyperaktivität der Kaumuskulatur sowie von Essstörungen und Zahnschmelzschäden.

5. Diagnostik

Aus dem bisher Gesagten geht hervor, dass jeder Zahnarzt von jedem seiner Patienten wissen sollte, ob eine psychische oder psychosomatische Störung vorliegt oder nicht – unabhängig davon, ob diese direkt oder möglicherweise nur indirekt den Mund-Kiefer-Gesichtsbereich betrifft. Das wichtigste diagnostische Instrument in der Psychosomatik ist das (zahn-)ärztliche Gespräch. Im Rahmen der Anamneseerhebung sollte sich der Zahnarzt einen Überblick über alle vorliegenden Symptome bzw. Erkrankungen verschaffen und wissen, ob, von wem und wie diese behandelt werden. Darüber hinaus sollte er eine ungefähre Vorstellung davon gewinnen, was für ein Mensch sein Patient ist, ob dieser beispielsweise eine Familie hat, was er arbeitet und ob aktuell massive psychosoziale Belastungen vorliegen (z.B. Scheidung oder Verlust des Arbeitsplatzes). Dies ist insbesondere bei einem Verdacht auf eine psychosomatische Störung von Bedeutung. Hinweise können hier sein:

- Diskrepanz zwischen Beschreibung der Beschwerden und anatomischen Grenzen
 - Diskrepanz zwischen Chronologie der Beschwerden und den aus klinischer Erfahrung bekannten Verläufen
 - „Ex non juvantibus“ (normalerweise hilfreiche Behandlung führt nicht zum Erfolg)
 - Ungewöhnliche emotionale Beteiligung des Patienten am Krankheitsgeschehen
 - Koinzidenz von lebensgeschichtlich bedeutsamem Ereignis und Beginn der Beschwerden
 - Verstärkte (seltener verringerte) Schmerzwahrnehmung hinsichtlich Dauer und Intensität
 - Non-Compliance
 - Herabgesetzte Entscheidungsfähigkeit z. B. bezüglich Behandlungsvorschlägen
 - Herabgesetzte Fähigkeit und Bereitschaft der Übernahme von Eigenverantwortung
 - Vermehrte Hilfsbedürftigkeit
 - Doctor hopping, Koryphäen-Killer
 - Appellatives, forderndes und anklammerndes Interaktionsverhalten
 - Symptomdarstellung: affektiv, diffus, bildhaft, vergleichend, anklagend, quälend, Patient bringt „Merkzettel“ mit
 - Vorliegen weiterer psychischer und psychosomatischer Erkrankungen
 - Entstehen von Aggression und Ungeduld im Praxisteam
- (Bundeszahnärztekammer, 2006)

Fragebögen zu Erfassung psychischer Beschwerden können das zahnärztliche Gespräch ergänzen, nicht jedoch ersetzen. Im Verdachtsfall kann es lohnend sein, durch einen psychologischen Fragebogentest die eigene Verdachtsdiagnose zu untermauern. Folgende Fragebögen sind für eine Screening-Diagnostik gut geeignet: *Depression und Angst*: Hospital-Anxiety and Depression Scale (HADS-D; Herrmann-Lingen et al., 1995), Gesundheitsfragebogen für Patienten (Kurzform PHQ-D; Löwe et al., 2002).

Zahnbehandlungsangst: Fragebogen zur hierarchischen Angsterfassung (HAF; Jöhren und Sartory, 2002), Dental Anxiety Scale (DAS ; Tönnies et al., 2002), Dental Fear Survey (DFS ; Tönnies et al., 2002).

Somatoforme Störungen : Screening für somatoforme Störungen (SOMS ; Rief et al., 1997). Zur ersten Erfassung der körperdysmorphen Störung haben sich visuelle Analogskalen bewährt (siehe z.B. Gieler, 2003).

Ebenso wie die Gefahr besteht, dass durch Unkenntnis psychischer bzw. psychosomatischer Störungen zahnärztliche Behandlungsfehler unterlaufen, kann eine zu leichtfertig gestellte „Psycho-Diagnose“ verheerende Folgen haben. Bei jedem „schwierigen Patienten“ kann auch ein versteckter somatischer Befund vorliegen. Daher sollte insbesondere vor der Diagnose einer somatoformen Störung eine besonders gründliche somatische Ausschlussdiagnostik stehen, die unter Umständen auch die Hinzuziehung eines Spezialisten beinhalten kann. Nicht zuletzt aus forensischen Gründen ist unbedingt eine gründliche schriftliche Dokumentation des Anamnesegesprächs und der erhobenen Befunde sowie auch der Aufklärung des Patienten durchzuführen.

6. Therapie

Aus zahnmedizinischer Sicht gilt grundsätzlich, dass ein Patient mit einer psychosomatischen Störung, ebenso wie ein Patient ohne eine solche, Anspruch auf eine lokal indizierte, allen Regeln der Kunst entsprechende somatische Behandlung hat. Bei begründetem Verdacht auf verstärkte psychogene krankheitsauslösende oder -intensivierende Faktoren müssen die Betroffenen über einen solchen Verdacht vor Behandlungsbeginn aufgeklärt werden. In Abhängigkeit von Art und Schwere der Störung sollte die interdisziplinäre Zusammenarbeit angestrebt werden. Eine gute Arzt-Patienten-Beziehung, die vor allem beinhaltet, dass der Patient sich „somatisch“ ernst genommen fühlt, ist die Voraussetzung für die Aufklärung über psychosoziale Einflussfaktoren und damit die Vorbereitung der Überweisung zum Psychosomatiker. Eine solche Überweisung muss eine klare Aussage hinsichtlich der somatischen Befundsituation beinhalten. Während einer möglichen Psychotherapie kommt dem Zahnarzt eine betreuende Rolle in dem Sinne zu, dass er den somatischen Befund „überwacht“ - insbesondere bei Veränderung der Symptomatik. Grundsätzlich sollten unabhängig von der Symptomatik regelmäßige Termine angeboten werden, um einem doctor hopping vorzubeugen. Der Zeitpunkt für aufschiebbare Maßnahmen, wie z. B. die Erneuerung einer umfassenden prothetischen Versorgung sollte, so lange keine akut therapiebedürftigen somatischen Befunde entstanden sind, in Absprache mit dem zuständigen Psychosomatiker erfolgen, der auch eine prognostische Einschätzung der Symptomentwicklung geben sollte. Grundsätzlich gilt: Keine invasive Diagnostik und Therapie ohne eindeutige Indikation.

Fachpsychotherapie wird von Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt und bietet heute eine Reihe von erprobten spezifischen Behandlungsansätzen. Somatoforme Schmerzstörungen werden beispielsweise zunächst mit einem Schmerzbewältigungstraining behandelt, das immer auch Information und Aufklärung („Psychoedukation“) beinhaltet (Gündel, 2001; Nilges und Brinkmann, 2003). Ist der Patient bereit, intensiver psychotherapeutisch zu arbeiten, so kann anschließend eine längerfristige psychodynamische oder Verhaltenstherapie durchgeführt werden. Es empfiehlt sich eine Kooperation mit einem Schmerztherapeuten. In schweren Fällen kann eine stationäre psychosomatische Behandlung nötig sein. Patienten mit körperdysmorpher Störung benötigen nicht selten eine psychopharmakologische Behandlung, darüber hinaus ist nach dem Eintreten einer Krankheitseinsicht eine ambulante Psychotherapie sinnvoll. Insbesondere bei Patienten mit psychiatrischer Komorbidität kann eine medikamentöse Behandlung (z.B. mit Antidepressiva) indiziert sein, die durch einen Facharzt erfolgen sollte. Schwerer kranke Patienten benötigen u.U. eine stationäre psychiatrische Behandlung.

7. Literatur

- Bundeszahnärztekammer (2006): Leitfaden Psychosomatik in der Zahnheilkunde. (download unter: <http://www.bzaek.de/list/za/leitfadenbzaek06.pdf>)
- Egle TU (2003): Psychosozialer Stress und Schmerz. In: Egle TU, Hoffmann SO, Lehmann KA, Nix WA (Hrsg.): Handbuch chronischer Schmerz. Stuttgart, Schattauer, S. 69-76.
- Engel GL (1977): The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science* 196(4286):129-136.
- Enkling N, Marwinski G, Jöhren P (2006): Dental anxiety in a representative sample of residents of a large German city. *Clinical Oral Investigations* 10(1):84-91.
- Gieler U (2003): Psychodynamische Diagnostik und Therapie der körperdysmorphen Störung. In: Stirn A, Decker O, Brähler E (Hrsg): Körperkunst und Körpermodifikation. *Psychosozial* 26(4):58

- Gündel H (2001): Psychoedukative Schmerzbewältigungsprogramme zur Förderung der weiteren Psychotherapieakzeptanz. In: Kapfhammer HP, Gündel H (Hrsg.): Psychotherapie der Somatisierungsstörungen. Stuttgart, Thieme, S. 252-259.
- Herrmann-Lingen C, BussU, Snaith RP (1995): HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version. Bern, Hans Huber Verlag. (Zu beziehen über www.testzentrale.de)
- Hoffmann SO, Franke TW (2003): Der lange Weg in die Schmerzkrankheit: Faktoren der Chronifizierung. In: Egle TU, Hoffmann SO, Lehmann KA, Nix WA (Hrsg.): Handbuch chronischer Schmerz. Stuttgart, Schattauer, S. 150-161.
- Huether G (1996): The central adaptation syndrome: psychosocial stress as a trigger for adaptive modifications of brain structure and brain function. *Progress in Neurobiology* 48(6):569-612.
- Ishigooka J, Iwao M, Suzuki M, Fukuyama Y, Murasaki M, Miura S (1998): Demographic Features of Patients Seeking Cosmetic Surgery. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 52:283-287.
- Jacobi F, Wittchen HU, Höltling M, Höfler M, Pfister H, Müller N, Lieb R (2004): Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine* 34:597-611.
- Jöhren P, Sartory P (2002): Zahnbehandlungsangst und Zahnbehandlungsphobie. Hannover, Schlütersche Verlag.
- John M, Wefers KP (1999): Orale Dysfunktionen bei Erwachsenen. In: Micheelis W, Reich E (Hrsg.): Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Köln, Deutscher Ärzteverlag, S. 316-335.
- Kapfhammer HP (2001): Ätiopathogenetische Modelle der Somatisierung. In: Kapfhammer HP, Gündel H (Hrsg.): Psychotherapie der Somatisierungsstörungen. Stuttgart, Thieme, S. 19-47.
- Löwe B, Zipfel S, Herzog W (2002): Deutsche Übersetzung und Validierung des "Brief Patient Health Questionnaire (Brief PHQ)". Heidelberg, Medizinische Universitätsklinik. (Kann frei unter www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/pdf_Material/PHQ_Kurz_Fragebogen1.pdf heruntergeladen werden.)
- Marxkors R, Müller-Fahlbusch H (1976): Psychogene Prothesenunverträglichkeit. Ein nervenärztliches Konsilium für den Zahnarzt. München, Carl Hanser Verlag.
- Nilges P, Brinkmann G (2003): Verhaltenstherapeutische und kognitive Verfahren. In: Egle TU, Hoffmann SO, Lehmann KA, Nix WA (Hrsg.): Handbuch chronischer Schmerz. Stuttgart, Schattauer, S. 421-429.
- Ohayon MM, Li KK, Guilleminault C (2001): Risk factors for sleep bruxism in the general population. *Chest* 119(1):53-61.
- Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS (2001) Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 42(6):504-510.
- Rief W, Hiller W, Heuser J (1997): Das Screening für somatoforme Störungen. Bern, Hans Huber Verlag. (Zu beziehen über www.testzentrale.de)
- Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA (1998): Body Image Dissatisfaction and Body Dysmorphic Disorder in 100 Cosmetic Surgery Patients. *Plastic and Reconstructive Surgery* 101(6):1644-1649.
- Schepank H (1987): Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Springer, Heidelberg.
- Schneider G, Leyendecker S (2005): Parodontitis und Stress. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 51(3):277-296.
- Tönnies, S., Mehrstedt, M., & Eisentraut, I. (2002) : Die Dental Anxiety Scale (DAS) und das Dental Fear Survey (DFS) – Zwei Messinstrumente zur Erfassung von Zahnbehandlungsängsten. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 11:63-72.
- Türp JC (2001): Die atypische Odontalgie – ein wenig bekannter Phantomschmerz. *Der Schmerz* 15:59-64.
- Üstün TB, Sartorius N (Hrsg.): Mental Illness in General Health Care. An International Study. Chichester, Wiley.
- Von Korff M, Simon G (1996): The Relationship between Pain and Depression. *British Journal of Psychiatry* 168(suppl. 30):101-108.
- Weltgesundheitsorganisation (2005): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. 5. Auflage. Bern, Hans Huber.

Adressen der Autoren:

Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Doering
 Bereich Psychosomatik in der Zahnheilkunde
 Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
 und Werkstoffkunde
 Universitätsklinikum Münster
 Waldeyerstr. 30
 D-48149 Münster
 Tel.: 0049-251-83 47074/47075
 Fax: 0049-251-83 45730
 E-Mail: stephan.doering@ukmuenster.de

PD Dr. med. dent. Anne Wolowski
 Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
 und Werkstoffkunde
 Universitätsklinikum Münster
 Waldeyerstr. 30
 D-48149 Münster

Tel.: 0049-251-83 47079
Fax: 0049-251-83 47083
E-Mail: wolowsk@uni-muenster.de

Stand: 22. Januar 2008