

# Psychosomatik in der Zahnheilkunde

*Der Begriff Psychosomatik steht im Grunde weniger für eine medizinische Fachdisziplin als vielmehr für eine biopsychosoziale Betrachtungsweise des kranken Menschen: Jede Erkrankung ist in ihren Ursachen, Auslösung, Verlauf und Folgen in unterschiedlichem Ausmaß von biologischen und psychosozialen Faktoren beeinflusst.*

UNIV.-PROF. DR. MED. STEPHAN DOERING/MÜNSTER

Erst die Tatsache, dass in der Vergangenheit in Medizin und Zahnmedizin die psychosozialen Krankheitsanteile negiert bzw. vernachlässigt wurden, hat dazu geführt, dass sich die Psychosomatische Medizin in Deutschland als eigene Fachdisziplin mit einem eigenen Facharzttitel etabliert hat. Der Facharzt für Psychotherapeutische Medizin bzw. seit Jüngstem für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie durchläuft eine psychosomatische, psychiatrische und internistische Weiterbildung und erwirbt darüber hinaus eine umfassende psychotherapeutische Qualifikation. Die Psychotherapie stellt seinen Behandlungsschwerpunkt dar, ergänzend kommen psychiatrische (psychopharmakologische) und internistisch-allgemeinmedizinische Methoden zum Einsatz. Psychotherapeutische Methoden werden – wenn auch in geringerem Umfang – auch von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie angewendet sowie von anderen Fachärzten, die die Zusatzbezeichnung Psychotherapie – fachgebunden bzw. Psychoanalyse erworben haben. Nicht zuletzt werden psychisch und psychosomatisch Kranke auch von psychologischen Psychotherapeuten behandelt, diese sind jedoch keine Ärzte und dürfen daher neben der Psychotherapie keine weiteren medizinischen Heilmethoden anwenden.

Die Psychosomatik ist seit gut 30 Jahren fester Bestandteil der humanmedizinischen Aus- und Weiterbildung, postgraduell kann jeder Facharzt die erwähnten psychotherapeutischen Zusatzqualifikationen erwerben und die entsprechenden Leistungen mit der KV abrechnen. In der Zahnmedizin ist dies bislang nicht der Fall: das Zahnmedizinstudium enthält keine einzige Pflichtlehrveranstaltung zur Psychosomatik und der Erwerb psychosomatisch-psychotherapeutischer Qualifikation im Sinne von Zusatzbezeichnungen mit Abrechnungsmöglichkeiten steht Zahnärzten in Deutschland nicht offen.

Diese Tatsache deutet darauf hin, dass die Psychosomatik in der Zahnheilkunde noch nicht „angekommen“ ist. Das ist umso erstaunlicher, wenn man sich die große Zahl psychisch und psychosomatisch erkrankter Patienten in der Zahnarztpraxis vor Augen hält: ca. 10% der Allgemeinbevölkerung gehen nie zum Zahnarzt und ca. 20% gelten als hochängstlich, 60–80% geben an, unter Zahnbehandlungsängsten zu leiden. 1–3% der Bevölkerung leiden unter Schmerzen oder anderen Symptomen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich, für die keine organische Ursache gefunden werden kann. Auch bei craniomandibulären Störungen (Prävalenz: 3–5%) und

dem Bruxismus (Prävalenz: 4–8% Knirschen, ca. 20% Pressen) spielen psychosoziale Faktoren nicht selten eine ätiologisch relevante Rolle. Insgesamt leiden in der Allgemeinbevölkerung 26,5% unter einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung im Sinne der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD) der WHO. Es ist also durchaus realistisch anzunehmen, dass etwa jeder dritte bis vierte Patient in der Zahnarztpraxis unter krankheitswertigen psychischen bzw. psychosomatischen Symptomen leidet, wobei – sehr zurückhaltend geschätzt – 10–15% direkt den Mund-Kiefer-Gesichtsbereich betreffen dürften.

## Psychosomatische Störungen

Im Folgenden werden die wichtigsten psychischen und psychosomatischen Störungen in der Zahnarztpraxis in ihren Erscheinungsformen und den Anforderungen, die sie an den Zahnarzt stellen, dargestellt.

Das wohl häufigste psychische Symptom in der Zahnarztpraxis ist die Angst. Nur 5% der Allgemeinbevölkerung gibt an, völlig angstfrei zum Zahnarzt zu gehen. Sind die Patienten hoch ängstlich und kommt es infolgedessen zu einer Vermeidung von Zahnarztbesuchen, spricht man von einer Dentalphobie. Diese Patienten stellen an das gesamte Praxisteam nicht unerhebliche Anforderungen: die Mundgesundheit dieser Patienten ist oft schlecht, die Behandlung wird – wenn sie überhaupt stattfindet – oft behindert und verzögert. Nicht selten verlangen die Patienten eine Behandlung unter Vollnarkose, was mit erheblichem Aufwand und Risiko verbunden ist. Ursächlich spielen bei der Dentalphobie oft frühere traumatische Erfahrungen beim Zahnarzt eine Rolle, aber auch Schuld- und Schamgefühle (auf Grund schlechter Mundhygiene, schlechter Compliance und einer schlechten Mundgesundheit) sowie Lernen am Modell ängstlicher Eltern spielen eine Rolle. In vielen Fällen liegen weitere psychische Erkrankungen, meist Angsterkrankungen oder Depression vor. Für die Behandlung ängstlicher Patienten ist es wichtig, dass der Zahnarzt zunächst eine vertrauensvolle Beziehung zum Patienten aufbaut, dass er dessen Informationsbedürfnisse berücksichtigt, dass er ihm die Möglichkeit gibt, die Behandlungsplanung mit zu gestalten, und dass er während der Behandlung Kontrollmöglichkeiten bereitstellt, z.B. Unterbrechung der Arbeit bei Handzeichen des Patienten. Lässt sich die Zahnbehandlung dennoch nicht be-