



Gerhard Kreyer

Grundlagen der klinischen Dentalpsychologie

3. Auflage

facultas



Gerhard Kreyer
Grundlagen der klinischen Dentalpsychologie

Gerhard Kreyer

Grundlagen der klinischen Dentalpsychologie

3., aktualisierte und erweiterte Auflage

facultas

MR DDr. Gerhard Kreyer

Doktor der Medizin; Doktor der Zahnmedizin; Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde; Notarzt; Arzt für Psychosomatik und Psychotherapie in freier Praxis in Langenlois, Niederösterreich; emeritierter Vorstand der Zahnstation des Psychiatrischen Krankenhauses der Stadt Wien, Otto-Wagner-Spital;
Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Psychologie und Psychosomatik in der Zahnmedizin.

Wegen stilistischer Klarheit und leichterer Lesbarkeit wurde im Text auf die sprachliche Verwendung weiblicher Formen verzichtet.

Ausdrücklich sei hier festgehalten, dass die Verwendung der männlichen Form inhaltlich für alle Geschlechter gilt und keinesfalls einen sexistischen Sprachgebrauch darstellt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.d-nb.de/> abrufbar.

3. Auflage 2021

Copyright © 2004 Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, Austria facultas Universitätsverlag

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und der Verbreitung sowie der Übersetzung sind vorbehalten.

Typografie und Satz: Michael Karner, Gloggnitz

Druck: finidr, Tschechien

Umschlagbild: © No-Te, Adobe Stock

ISBN 978-3-7089-2102-0 (print)

ISBN 978-3-99111-392-8 (epub)

*Wer Schwierigkeiten macht,
hat Schwierigkeiten.*

ALFRED ADLER

Danksagung

Ein besonderer Dank gebührt meiner Gattin Christine, die mich in jeder Phase der Manuskripterstellung zu diesem Buch unter Hintanstellung persönlicher Interessen in selbstloser Weise unterstützt hat.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort zur 3. Auflage

Das Kauorgan in seiner Doppelbedeutung für Psyche und Soma

Der so genannte »schwierige Patient« – Die Psychosomatik des Zahnarztes

- 1) »Was ist für Sie persönlich ein Problempatient?«
 - 2) »Was kann Ihrer Ansicht nach Angst des Zahnarztes vor einem Patienten verursachen?«
 - 3) »Was belastet Ihrer Ansicht nach den Zahnarzt im Allgemeinen besonders?«
 - 4) »Was belastet Sie persönlich bei Ihrer zahnärztlichen Tätigkeit besonders?«
 - 5) »Bemerken Sie, wenn Sie unter Belastung stehen, an sich auffällige körperliche oder psychische Besonderheiten? Wenn ja: Welche?«
- #### Zusammenfassung

Compliance

Das Motivationsgespräch

Psychologische Aspekte in der Kieferorthopädie

Entwicklungspsychologischer Überblick

Compliance in der Kieferorthopädie

Abwehr- und Vermeidungsmechanismen

Compliance-fördernde Maßnahmen

Compliance-reduzierende Faktoren in der Kieferorthopädie

Nägelbeißen – Therapie

Daumenlutschen – Therapie

Die Rolle der Angst in der Dentalpsychologie

Angst und Angsttheorien

- 1) Philosophische Angstkategorien
- 2) Subjektiver Angstcharakter
- 3) Kulturspezifische Aspekte
- 4) Vegetative Angstäquivalente
- 5) Kognitive Leistungseinschränkung
- 6) Angstkonditionierung
- 7) »Angst vor der Angst«
- 8) Phylogenetische Angstmechanismen
- 9) Angstbereitschaft und Introversion
- 10) »Learned Helplessness«
- 11) State-Trait-Anxiety
- 12) Neurotische Angst – Realangst
- 13) Der biologisch-somatische Aspekt
- 14) Myofunktionelle Störungen

Angsterkrankung

Körperliche oder toxische Ursachen von Angstmanifestationen

Somatische Symptome bei Angststörungen

Die diagnostische Klassifikation nach ICD-10 unterscheidet vier Untergruppen

Diagnosekriterien der Panikstörung nach ICD-10

Diagnostische Leitlinien der generalisierten Angststörung nach ICD-10

Hauptmerkmale der sozialen Phobie

Typische psychische Symptome bei Angststörungen

Therapie

Möglichkeiten des Angstabbaus in der Zahnmedizin

Angstlösung: Die »Integrative Anxiolyse«

1. Ambientgestaltung
2. Psychokonkordante Terminwahl
3. Anxiolytische Gesprächsführung
4. Verhaltenstherapie – Verhaltensmedizin
 - Desensibilisierungs-Angstreiz-Folge
5. »Positive Reiztherapie«
 - Audio-Analgesie

Transcutane elektrische Nervenstimulation (TENS)

Videobrillen

Mind-Machines

6. Entspannende Therapieverfahren

7. Hypnose – Hypnotherapie

Hypnose kann grundsätzlich angewendet werden

Aufbau und Strukturierung einer Hypnosesitzung

8. Milieuthherapie

9. Pharmakotherapie

Substanzgruppen

1. Psychostimulanzien

2. Antidepressiva

3. Neuroleptika

4. Tranquilizer

5. Lithium-Salze

6. Pflanzliche Antidepressiva

10. Vollnarkose

Psychopathologische Krankheitsbilder und ihre Bedeutung
für die Zahnmedizin

Der Krankheitsbegriff in der Psychopathologie

Systematik psychopathologischer Krankheitsbilder (nach
ICD – 10. Revision)

Organisches Psychosyndrom

Senile und präsenile organische Psychosen

Schizophrene Psychosen

Affektive Psychosen

Paranoide Syndrome

Neurotische Störungen

Phobische Störungen (»Phobien«)

Panikstörungen

Generalisierte Angststörungen (»Angstneurosen«)

Reaktionen auf schwere Belastungen und

Anpassungsstörungen

Konversionsstörungen (dissoziative Störungen,

Hysterie, Konversionshysterie, histrionische Störungen)

Somatoforme Störungen

Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

- Essstörungen

- Nichtorganische Schlafstörungen

- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

 - Spezifische Persönlichkeitsstörungen

- Intelligenzminderung (Schwachsinn, Oligophrenie)

- Entwicklungsstörungen

- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

- Besondere zahnärztliche Problemfälle

 - Psychodentales Begleitsyndrom

 - Epilepsie

 - Down-Syndrom (Mongolismus, Trisomie 21)

Larvierte Depression beim alternden Patienten

- Einleitung

- Epidemiologie und psychosoziale Faktoren

- Symptomatologie und Diagnostik

- Bedeutung für die Zahnmedizin

- Therapie

Drogenabhängigkeit

- Differenzialdiagnostik

 - Persönlichkeitsstruktur

 - Bedeutung für die Zahnmedizin

 - Reduzierte Mundhygiene, reduziertes

 - Körperbewusstsein

 - Angst und Hypersensibilität

 - Entzugsproblematik

 - Beschaffungskriminalität

 - Infektionsrisiko

Die Psychosomatik der Psychopathologie aus zahnärztlicher Sicht

- Zähne und Zahnhalteapparat

- Mundschleimhaut

Burning-Mouth-Syndrom

- Lokale Ursachen

Therapie

Parafunktionen

Life-Event-Fragebogen (nach Meyle, 1996)

Zahnersatz-Unverträglichkeit

1. Iatrogene Prothesenunverträglichkeit
2. Somatogene Prothesenunverträglichkeit
3. Psychogene Prothesenunverträglichkeit

Psychiatrisch-psychologische Therapiemöglichkeiten

Halitosis

Als Extraorale Ursachen einer Halitosis kommen in Frage

Schmerz

Psychosomatische Aspekte komplementärer und alternativer Heilverfahren

Mögliche Deutung von »Heilerfolgen«

1. Suggestion
2. Allgemeine psychophysische Entspannung
3. Katharsis
4. Tiefenpsychologische und psychotherapeutische Aspekte im engeren Sinn
5. Lerntheoretische Aspekte, Verhaltensmodifikation
6. Somatopsychische Aspekte
7. Milieutherapeutische Aspekte
8. Pharmakologisch-biochemische Aspekte
9. Andere

Zusammenfassung

Idiome der Psychosomatik und deren Relevanz für

Diagnostik und Therapie

Kopf – Cerebrum

Augen

Nase

Mund und Zähne

Hals

Brust und Atmung

Herz-Kreislauf

Magen

Leber und Galle

Bauch
Urogenitalsystem
Haut und Anhangsgebilde
Halte- und Bewegungsapparat
Allgemeine Psychosomatik
Zusammenfassung

Burnout bei Zahnärzten: Ursachen, Prophylaxe und
Bewältigungsstrategien

Symptomatologie
Prophylaxe
Pathogenese
Differentialdiagnosen zum Burnout-Syndrom
Therapeutische Möglichkeiten
Fazit für die Praxis

Hilfe für Helfer: Die Bedeutung von Balint-Gruppen für die
Zahnmedizin

Psychologische Aspekte medizinischer und
zahnmedizinischer Fortbildung

Theoretische Grundlagen

Psychometrie und Zahnmedizin

Objektivierbare Verfahren
Subjektive Verfahren
Visuelle Analog-Skala (VAS)
State-Trait-Anxiety-Inventory (STAI)
Dental Anxiety Scale
Dental Fear Survey (DFS)
Dental Cognition Questionnaire (DCQ)
Hierarchischer Angstfragebogen (HAF)
Allgemeine Depressivitätsskala
Beschwerdenliste (B-L)

Literaturverzeichnis

Sachregister

Vorwort zur 3. Auflage

Es ist für Autor und Verlag eine große Freude, wenn es sich bereits nach relativ kurzer Zeit als notwendig erweist, das Vorwort für eine dritte Auflage zu schreiben. Diese wurde dort, wo es notwendig erschien, aktualisiert und erweitert. Zusätzlich wurden neue Kapitel hinzugefügt.

Bevor jemand beginnt, dieses Buch zu lesen, möchte er wissen, was ihn erwartet.

Er hat ein legitimes Interesse daran, zu erfahren, was unter »Dentalpsychologie« verstanden wird.

Nicht verstanden wird eine Disziplin, welche die Auffassung vertritt, bestimmte im Rahmen der zahnärztlichen Tätigkeit bei Patienten zu beobachtende körperliche Manifestationen, Funktionsstörungen, Krankheiten oder Verhaltensweisen seien unter dem Etikett »psychogen«, »psychosomatisch« oder »psychisch krank« als Sonderfälle auszugrenzen.

In diesem Buch wird vielmehr versucht, darzustellen, in welcher vielfältiger Weise psychosoziale Einflüsse ihre Bedeutung haben auf Verhaltensweisen von Patienten – ebenso wie von Ärzten – aber auch auf Entstehung, Verlauf und Prognose von Erkrankungen.

Im Sinne eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses werden die jeweils beteiligten psychologischen, biologischen, aber auch physikalischen, chemischen wie auch mikrobiologischen Faktoren diskutiert.

Die Verfügbarkeit moderner bildgebender Verfahren und der Einsatz verfeinerter neurophysiologischer Untersuchungsmethoden haben in den letzten Jahren dazu

geführt, dass der Aspekt des Biologischen im psychosomatischen Kontext des Bio-Psycho-Sozialen stark an Bedeutung gewonnen hat.

Waren noch vor zwei Jahrzehnten die Ergebnisse der Neuro- und Psychophysiologie wenig anschaulich und schwer integrierbar, so konvergieren inzwischen die Ergebnisse der Biochemie, der Immunologie, der Neurophysiologie und der Verhaltenswissenschaften in erstaunlichem Maße.

Daraus entsteht mehr und mehr eine integrative Wissensbasis als Fundament, auf welches sich sowohl biologische als auch psychologische Aspekte des bio-psycho-sozialen Geschehens stützen können.

In dem vorliegenden Werk wurde versucht, auf Basis der theoretischen Grundlagen jeweils konkrete praktische Konzeptionen und Empfehlungen mit therapeutischer Relevanz für den klinischen Alltag abzuleiten.

Da viele Zahnärzte die Behandlung von Kindern, von Angstpatienten oder von psychisch Kranken oder Behinderten als besondere Herausforderung, aber auch als besondere psychophysische Belastung empfinden, wurde diesen Bereichen unter den Stichwörtern »Integrative Anxiolyse« und »Psychohygiene des Zahnarztes« besonderer Stellenwert eingeräumt.

Mit Kapiteln über psychologische Aspekte medizinischer Fortbildung, über Psychopharmakologie, über Hypnose und Hypnotherapie, über die Psychosomatik des alternden Patienten sowie über die Methodik der »Balint-Arbeit« werden Themenbereiche angesprochen, welche in den meisten Lehrbüchern der Dentalpsychologie kaum Erwähnung finden.

Das Buch baut auf den Erfahrungen von nahezu vier Jahrzehnten klinischer Tätigkeit im größten österreichischen psychiatrischen Krankenhaus auf und ist aus der Praxis für die Praxis geschrieben.

Es wendet sich an Zahnärzte, Ärzte, Psychologen, Studenten der Medizin, Zahnmedizin und der Psychologie gleichermaßen wie an medizinisches und zahnmedizinisches Hilfspersonal und an interessierte Laien.

Dementsprechend wurde versucht, einen sinnvollen Kompromiss zwischen Wissenschaftlichkeit und Praxisnähe zu finden.

Sollte der Leser dem Werk den einen oder anderen nützlichen Hinweis für seine weitere berufliche Tätigkeit, für sich selbst oder auch für sein privates Umfeld entnehmen können, so hätte dieses Buch seinen Zweck erfüllt.

Wien, im März 2021

Gerhard Kreyer

Das Kauorgan in seiner Doppelbedeutung für Psyche und Soma

Erfahrenen Zahnärzte ist seit langem bewusst, dass ihr eigentliches, zentrales Betätigungsfeld – das Cavum oris – eine besonders persönlichkeitsnahe Schlüsselzone des menschlichen Körpers darstellt, welche sich in vielerlei Hinsicht von anderen Körperregionen unterscheidet.

Den Mund nur als anatomische Region zu verstehen, in welchem sich die Zähne als primäre Objekte der zahnärztlichen Tätigkeit befinden, würde der Komplexität der sich stellenden Aufgaben nicht gerecht. Bisweilen stellt sich das Kauorgan geradezu als Bühne einer komplexen allgemeinmedizinisch-psychosomatischen Problematik dar (Slavicek, 2000).

Dies hat sowohl psychologische als auch anatomische Gründe, welche ihrerseits ihre Wurzel zum Teil in der Ontogenese des jeweiligen Individuums haben, zum Teil aber in der allgemeinen Phylogenese.

Bei einem der stammgeschichtlich ältesten – und gleichzeitig interessantesten – Lebewesen, welches dementsprechend häufig Einzug in Sagen und Mythen unterschiedlichster Kulturkreise fand, der echten Hydra, findet sich ein Netz von Nervenzellen, welches im Bereich der Oralzone um den Faktor 3 bis 4 höher ist als in allen anderen Körpergegenden. Zwar haben Form und Funktionsweise des Kauorgans im Rahmen der Phylogenese zahlreiche Entwicklungsstufen durchgemacht, so blieb die Urbedeutung des Mundes doch stets die

gleiche, wobei sich die belebte Welt als eine stete Abfolge von Verschlingen und Verschlungenwerden darstellt.

Offensichtlich sind auch beim so genannten »modernen Menschen« archetypische Schichten des Unterbewussten in besonderer Weise emotionssteuernd wirksam, zu welchen auf bewusster Ebene kaum oder nur auf mühevollen Umwegen Zugang gefunden werden kann.

Oft sind es Märchen und Sagen, die bei der Spurensuche nach solchem »Urwissen« hilfreich sind: Die Ungeheuer von Scylla und Charybdis, die jeden Seefahrer verschlingen, der sich ihnen nähert, der Vogel Rock, der mit seinen riesigen Krallen sich die Beute aus der Luft holt, der alles verschlingende Drache, aber auch der böse Wolf im Märchen vom Rotkäppchen.

Zahlreiche Traumprotokolle geben ebenfalls beredtes Zeugnis von diesem Aspekt des Unterbewussten.

Man würde der umfassenden Rolle des Kauorgans allerdings nicht gerecht, wollte man es auf die Funktion der Nahrungsaufnahme und der Mastikation beschränken: Es handelt sich bei der Oralregion nämlich auch um ein besonders hoch entwickeltes »Sinnesorgan« mit mannigfaltigen, lebenswichtigen Funktionen.

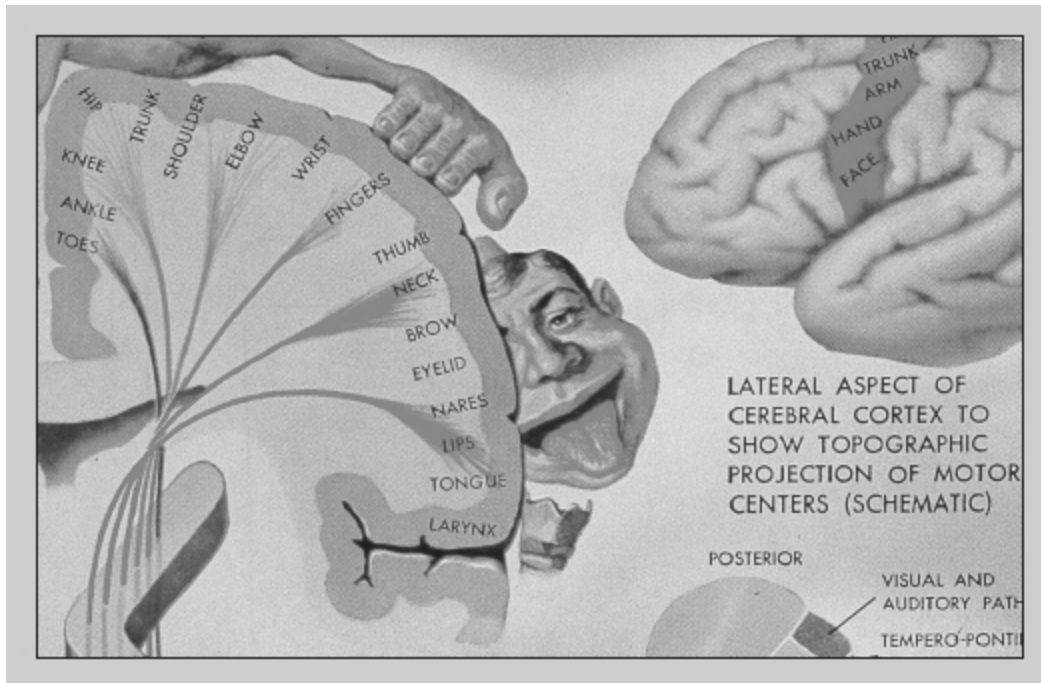


Abb. 1: »Homunculus« nach Penfield und Rasmussen (1950). Aus: Netter F. H.: The Ciba Collection

Dies wird aus neuroanatomischer Sicht besonders deutlich, stellt doch die corticale Repräsentation der Orofazialregion sowohl in motorischer als auch in sensorischer Hinsicht im Bereich des Gyrus prae-centralis bzw. post-centralis die bei weitem ausgedehnteste Körperregion dar, wie am so genannten »Penfield'schen Homunculus« (Penfield und Rasmussen, 1950) deutlich zu erkennen ist.

Dieses hochsensible »Sinnesorgan« Mund umfasst die Sinnesmodalitäten des **Tast- und Drucksinnes**, des **Temperatursinnes** sowie des **Geschmacks- und Geruchssinnes**.

Aufgrund dieser mehrdimensionalen, vielfältigen Sensibilität kommt der Oralregion ein besonderer Stellenwert innerhalb des so genannten »Körper-Schemas« zu, unter welchem »das Innewerden des eigenen Körpers in Gestalt einer räumlichen Vorstellung« zu verstehen ist (Sergl, 1996).

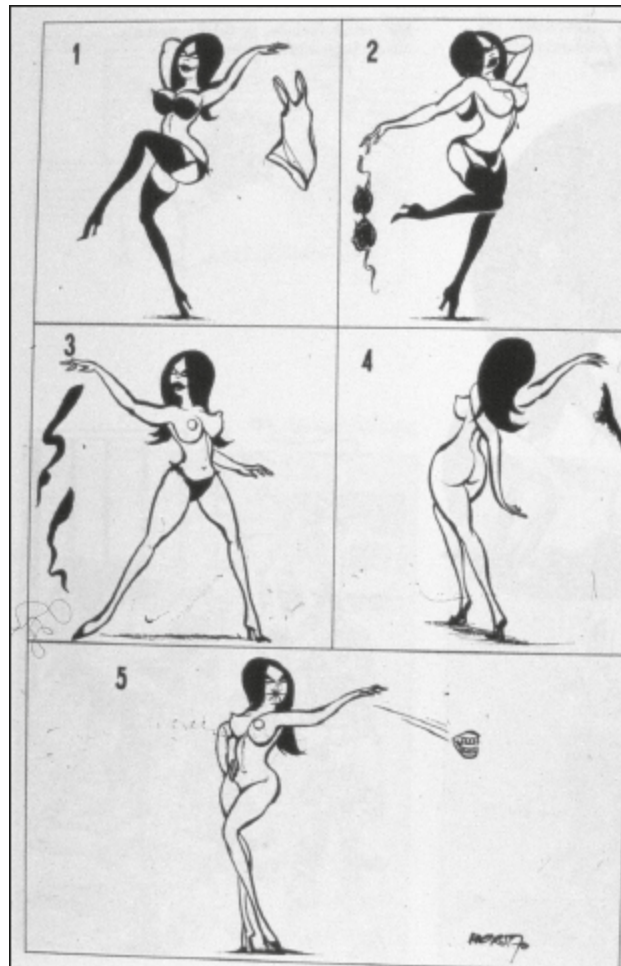


Abb. 2: Oftmals sind auch Witze Ausdrucksformen des Unbewussten. Nebenstehende Bildsequenz bringt die Bedeutung der Oralregion als Sinnbild für sexuelle Attraktivität zum Ausdruck.

Ein neuroanatomischer Hinweis auf die besondere Ich-Nähe des Mundbereichs liegt auch in der Tatsache, dass die Oralregion nicht nur in den Bereichen des sensorischen bzw. motorischen Cortex des Menschen überproportional repräsentiert ist, sondern auch in den sensiblen und motorischen Zonen des Thalamus sowie des Globus pallidus, welche die besondere emotionale Bedeutung dieser Region u.a. auch für die jeweilige affektive Bewertung eines Reizes der Oralregion unterstreichen.

Dies deckt sich auch mit Kernaussagen aus tiefenpsychologischer Sicht, insbesondere der Schule von Sigmund Freud (Freud, 1895, 1905, 1917), welche im

Rahmen der psychosexuellen Entwicklung der so genannten **Oralphase** – die vom Zeitpunkt der Geburt bis etwa zum 18. Lebensmonat dauert – einen ganz besonderen Stellenwert zumisst.

Während dieser Zeit ist es der Mund, die Oralregion, welche dem Säugling orale Befriedigung durch das Saugen an der Mutterbrust – ersatzweise auch am Daumen oder Schnuller – ermöglicht. Andererseits ist sie auch wesentlichstes Ausdrucksorgan für Unlust oder Schmerz, was in Weinen oder Schreien seine Manifestation findet.

Es erscheint naheliegend, dass Störungen oder Traumatisierungen während dieser sensiblen frühkindlichen Entwicklungsphase, in welcher es darum geht, »Urvertrauen« an Stelle von »Urmisstrauen« aufzubauen, nachhaltige Auswirkungen haben können.

Aus tiefenpsychologischer Sicht kommt der Oralregion ganz besondere Bedeutung zu. Der Zahn wird hier verstanden in seiner Symbolik als Sinnbild von Vitalität, Aggressivität, Kraft und – Potenz. Zahnverlust wird dementsprechend gleichgesetzt mit Potenzverlust bzw. Verlust sexueller Attraktivität.

Dementsprechend beschreibt Freud auch so genannte »orale Charakterzüge« des Erwachsenen, wie etwa eine Neigung zum Beißen, Ausspucken, Essen, Rauchen, aber auch Besitzstreben, Neid und Aggressivität.

Manche so genannten »psychogenen Parafunktionen« wie Daumenlutschen, Nägelbeißen, Bleistiftkauen, Lippenbeißen, Wangensaugen sowie paradoxe Schluckgewohnheiten u.a. können ebenfalls unter diesem entwicklungspsychologischen Aspekt interpretiert werden.

Dazu kommen allerdings – in dieser frühkindlichen Phase besonders wesentliche – Aspekte im Sinne der Bahnung neuromuskulärer Reflexmuster: Wird dem Säugling – aufgrund von Stillunfähigkeit oder Stillunwilligkeit – der

physiologische Weg des Gestilltwerdens an der Mutterbrust vorenthalten, so erweist es sich für diesen als nicht zwingend nötig, die für das effektive Saugen an der Mutterbrust nötigen enoralen neuromuskulären Reflexabläufe zu erlernen, insbesondere dann, wenn man dem »Flaschenkind« den Zugang zu Milch dadurch »verbessern« will, dass man die Öffnung zum Sauger artifiziell vergrößert, sodass aus dem Sauger ein Gießer wird und der »Säugling« zum »Gießling« mutiert.

Gelingt es während dieser Zeit nicht in ausreichendem Maße – und die Doppelbelastung berufstätiger Mütter macht dies gewiss nicht einfacher – dem Kind eine Atmosphäre von Ruhe, Geborgenheit und »Nestwärme« zu vermitteln, so kann dies nicht nur zu u.U. negativen Folgen für die Persönlichkeitsentwicklung, sondern auch zu zahnmedizinischen Folgeproblemen führen, deren entwicklungsgeschichtlicher Ursprung a priori oft nur schwer erkennbar ist.

Diese allgemeine Problematik gibt das Gedicht eines Abiturienten treffend wieder, auf das der Wiener Psychosomatiker Erwin Ringel hingewiesen hat (zitiert bei Fleischer-Peters, 1985).

*Ich wollte Milch
und bekam die Flasche,
ich wollte Eltern
und bekam Spielzeug,
ich wollte reden
und bekam ein Buch,
ich wollte lernen
und bekam Zeugnisse,
ich wollte denken
und bekam Wissen,
ich wollte einen Überblick
und bekam einen Einblick,
ich wollte frei sein*

*und bekam Disziplin,
ich wollte Liebe
und bekam Moral,
ich wollte Glück
und bekam Geld,
ich wollte Freiheit
und bekam ein Auto,
ich wollte einen Sinn
und bekam eine Karriere,
ich wollte Hoffnung
und bekam Angst,
ich wollte ändern
und erhielt Mitleid,
ich wollte leben - ...*

Derartige Autoritätskonflikte sowie funktionelle Störungen bzw. psychosomatische Manifestationen des Orofazialbereichs können ihre Ursachen in Störungen der Entwicklungsgeschichte des Individuums haben:

- Der frühkindlichen »oralen Phase« kommt für Stellenwert und Funktionsweise des Kauorgans doppelte Bedeutung zu. Einerseits als sensible Schlüsselphase der Persönlichkeitsentwicklung,**
- **andererseits als Zeitabschnitt, in welchem wesentliche enorale Reflexabläufe erlernt und gebahnt werden.**

Im Zuge des fortschreitenden Reifungsprozesses der Persönlichkeit entwickeln sich Zug um Zug die weiteren Funktionsdeterminanten des Kauorgans in ihrem jeweiligen Kontext zu Psyche und Soma des Individuums mit entsprechendem Stellenwert im Sinne eines bio-psycho-sozialen Krankheits- bzw. Gesundheitsbegriffes:

- 1) Kaufunktion
- 2) Digestionsfunktion
- 3) Sprache und verbale Kommunikation

- 4) Haltung und nonverbale Kommunikation
- 5) Ästhetik, Außenpräsentation und Selbstwahrnehmung
- 6) pluripolares »Sinnesorgan«
- 7) Stressverarbeitung bzw. Aggressionsabfuhr

Der Kaufunktion als namensgebender Funktion kommt zwar eine wesentliche, keineswegs aber – die alleinige Bedeutung des Kauorgans zu.

Zur Digestivfunktion als craniales Ende des Verdauungstraktes mit den Ausführungsgängen von drei paarigen Speicheldrüsen gesellt sich die Sprache als für den Menschen bedeutendstes interpersonales Kommunikationsmittel.

Dennoch ist es so, dass die nonverbal-kommunikative Ebene zwischen Menschen – eben auch zwischen Arzt und Patient – in ihrer Aussagekraft, Stimmigkeit und Unmittelbarkeit die des gesprochenen Wortes übertrifft: Nur etwa 10 % einer Aussage sind vom Inhalt bestimmt, ca. 35 % von der Modulation der Stimme und der Löwenanteil von etwa 55% von der Gesamtheit aller nonverbalen, im weiteren Sinne auch »psychosomatischen« Botschaften des Senders, welche man »Körper-Sprache« nennt (Molcho, 1996).

Interessanterweise dürfte sogar eine Assoziation bestehen zwischen Zahnokklusion, der Gleichgewichtsverteilung des Körpers beim Stehen sowie der Fußdruckverteilung beim Gehen (Parey et al. 2009).

Dabei ist auch wesentlich die Kopfhaltung in ihrer Beziehung zum Halte- und Stützapparat, zum gesamten neuromuskulären System zu verstehen, aber auch die Lippenhaltung, die – Haltung der Mundwinkel, die Spannung der Nasolabialfalten und vieles andere.

Auf den Stellenwert der Oralregion als multimodulares und pluripolares Sinnesorgan wurde schon hingewiesen.

Von großer Bedeutung nicht nur für die Außendarstellung und Interaktion mit der Umgebung, sondern vielleicht noch wichtiger für die Selbstwahrnehmung und das Selbst-Verständnis ist die Ästhetik des Kauorgans.

Dabei handelt es sich um eine Problematik, welche nicht nur zu adäquaten, sondern auch zu inadäquaten Behandlungsbegehren an den Zahnarzt führen kann und zwar in allen zahnmedizinischen Teilbereichen von der konservierenden Zahnheilkunde über die Chirurgie zur Prothetik bis zur Kieferorthopädie.

Fließende Grenzen zwischen »noch physiologisch« und »schon pathologisch« finden sich in besonderer Weise beim Orofazialsystem als Erfolgsorgan von Stress- bzw. Aggressions-Abbau-Mechanismen bzw. von funktionellen oder psychosomatischen Störungen im engeren Sinn.

Neben anderen Funktionen kommt dem Kauorgan auch eine Bedeutung für Stressabfuhr und Aggressionsverarbeitung zu. Dabei sind die Grenzen zwischen physiologisch und pathologisch fließend.

Das Orofazialsystem ist darüber hinaus Manifestationsorgan einer Reihe funktioneller Störungen bzw. psychosomatischer Krankheiten.

Der so genannte »schwierige Patient« - Die Psychosomatik des Zahnarztes

Die Zahnarzt-Patient-Beziehung umfasst eine Vielzahl intermittierender Variablen, welche einander gegenseitig beeinflussen, einerseits beim Arzt selbst, andererseits beim Patienten. Darüber hinaus kommen aber auch eine ganze Reihe von »Umfeld«-Determinanten zum Tragen, die in ihrer jeweiligen Bedeutung im Einzelfall kaum exakt auszuloten sind.

Soweit es die psychische bzw. die psychosomatische Situation des Patienten betrifft, wird deren Stellenwert im Rahmen einer modernen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in letzter Zeit zunehmend entdeckt und hat auch in der zahnärztlichen Literatur entsprechenden Niederschlag gefunden. Termini wie »Zahnarzt-Angst«, »Dental-Anxiety« oder der etwas fragwürdige Begriff der »Dentophobie« wurden geprägt und publiziert (Pillard und Fischer, 1970; Rankin und Harris, 1984; Kreyer, 1982, 1988, 1990, 2009; Scott und Hirschmann, 1982; Walsh, 1962; Schors, 1990).

Spezielle Fragestellungen wie »psychogene Prothesen-Unverträglichkeit«, »zahnärztliche Psychagogik« oder die Problemkreise psychisch Behinderter und Drogenabhängiger in der Zahnmedizin wurden angesprochen, vereinzelt sogar im Zusammenhang mit durch umfassende empirische Untersuchungen untermauerten Konzepten, wie dies etwa bei der »Integrativen Anxiolyse« nach Kreyer oder bei dem von Jöhren und Sartory vorgestellten Konzept der Fall ist (Bochner, 1988; Ingersoll, 1987; Jörgen und Sartory, 2002; Kendall, 1999; Kent, 1984; Kreyer, 1981, 1982, 1984, 1985,

1986, 1987, 1989, 1990, 1991, 2009; Margraf-Stiksrud, 1996; Müller-Fahlbusch und Marxkors, 1981; Winnberg und Forberger, 1983; Sergl und Müller-Fahlbusch, 1989, 1990; Sergl et al., 1998; Wetzell, 1982; Raith und Ebenbeck, 1986).

Dem Problem der psychophysischen Belastung des Zahnarztes im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit, insbesondere auch durch Konfrontation mit so genannten »schwierigen Patienten« und durch deren spezielle Verhaltensweisen bzw. Problemlösungsmechanismen (»pain games«, »doctor shopping«, »Koryphäen-Killer-Syndrom« etc.), wurde von psychologischer und auch medizinischer Seite bisher nur geringe Aufmerksamkeit zuteil (Augustiny, 1983; Balint E., 1975; Balint M., 1965; Cooper, 1980; Fleischer-Peters, 1988; Graber, 1989; Heim, 1983; Kastenbauer, 1987; Kreyer, 1986, 1989, 1990, 1991, 2008; Meyer et al., 2002; Neuhauser, 1984; O'Shea-Corha und Ayer, 1984; Radanov, 1983; Roth, 1984; Schneller, Bauer und Micheelis, 1980; Weinstein et al., 1982).

Darüber hinaus werden in diversen Arbeiten wesentliche Schlüsselbegriffe mit zum Teil diametraler Bedeutung verwendet.

Der Begriff »Stress« etwa wird einmal als das auslösende Agens, ein anderes Mal als Reaktion auf eben dieses Agens verstanden. So definiert Selye (1981) »Stress« sehr weit gefasst als unspezifische Reaktion des Körpers auf jede Anforderung, welche dann in das »Allgemeine Adaptationssyndrom« (Selye, 1956, 1971) mündet, wobei er im Weiteren zwischen »Eu-Stress« und »Dys-Stress« unterscheidet, also zwischen positivem und negativem, potenziell krank machendem Stress.

Lazarus (1984) hingegen sieht im »Stress« ein spezifisches Verhältnis zwischen einer Person und ihrer Umgebung, welches lediglich in der

Wahrnehmung dieser Person deren Wohlbefinden bedroht.

Andere, wie etwa Mason (1972) oder Frankenhaeuser (1971), legen den Schwerpunkt des Interesses mehr auf den physiologisch-endokrinen Reaktionsanteil. Dementsprechend wird dann zwischen »Katecholamin-Stress« und »Corticoid-Stress« unterschieden, wobei ersterer der Akut-, letzterer der Erschöpfungsphase zugeordnet wird.

Unterschiedlich sind auch die Methoden, welche zur »Stressmessung« herangezogen werden. Teils werden somatische Parameter, wie etwa Pulsfrequenz, Blutdruck, EEG, Hautwiderstand, Hormonspiegel, herangezogen, teils wird mit Methoden der »Psychoergometrie« evaluiert, teils bedient man sich eines erlebnisbezogenen Zugangs über eine verbale Einschätzung der Befindlichkeit.

Im Rahmen einer österreichweit durchgeführten Studie (Kreyer, 1993) wurden 153 Zahnbehandler anhand eines 40 Items umfassenden Fragebogens nach ihrer Einschätzung des so genannten »schwierigen« Patienten, nach ihrer psychophysischen Belastung durch verschiedene exogene Faktoren sowie nach psychosomatischen Erscheinungen im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit befragt.

Der Fragebogen umfasste fünf offen gestellte Fragen, wobei jede beliebige Antwort möglich war, sowie 35 Fragen, welche nach einer Ratingskala zu bewerten waren.

In einer zweiten Untersuchung wurde bei 250 österreichischen Zahnärzten anhand eines 50 Items umfassenden Psychosomatik-Fragebogens die psychosomatische Symptomatologie evaluiert und mit einem Kontrollkollektiv verglichen.

Im Folgenden die wesentlichen **Ergebnisse:**

1) »Was ist für Sie persönlich ein Problempatient?«

Tab. 1: Persönlicher Problempatient, aufgeschlüsselt nach Geschlecht des Behandlers, in Prozent

	M	W	Total
»No Compliance«	20,7	17,8	19,4
Kinder	16,1	15,6	15,9
Ängstlich, nervös	14,9	15,6	15,2
Besserwisser, Lehrer	11,5	11,1	11,3
Psychisch behindert	8,0	11,1	9,1
Risikopatient	5,7	2,2	4,5
Keine Problempat.	4,6	4,4	4,5
Jeder ist Problempat.	3,4	0,0	2,2
Vorbehandelt, Aids + Inf.	2,2	6,6	3,8
Rest	12,9	15,6	14,1
	100,0	100,0	100,0

Unter »No Compliance« wurden alle Antworten zusammengefasst, die auf ein gestörtes Arzt-Patient-Verhältnis hinweisen, also Äußerungen von Aggressivität, Emotionalität, persönlicher Antipathie u. dgl.

Würde man die »No-Compliance«-Gruppe, die Kinder, die Gruppe der »Angstpatienten« und die psychisch Behinderten als jene Gruppe zusammenfassen, bei welcher es sich in erster Linie um psychologische Interaktionsprobleme handelt, so käme man mit 59,6% auf deutlich mehr als die Hälfte aller Problempatienten und damit auf das mit großem Abstand bedeutendste Patientenkollektiv. Es fällt auf, dass mit der Spitzengruppe praktisch gleichauf Angstpatienten bzw. psychisch Auffällige als persönliche Problempatienten genannt werden.

Neben Kindern stellen offensichtlich gewisse Personengruppen, wie »Besserwisser« oder interessanterweise auch »Lehrer«, welche auch häufig im

Kontext genannt werden, für immerhin über 10% der befragten Zahnärzte ein Problem dar.

Das persönliche Risiko einer Infektionskrankheit, insbesondere das Risiko einer Ansteckung mit Aids, wird vom weiblichen Geschlecht mit 6,6% deutlich höher bewertet als vom männlichen mit 2,2%.

Analysiert man die erhaltenen Werte in Bezug auf die berufliche Situation der Behandler, ergibt sich folgendes Bild (Tab. 2):

Tab. 2: Persönlicher Problempatient, aufgeschlüsselt nach beruflicher Situation des Behandlers, in Prozent («AUSB» bedeutet »In Ausbildung zum Zahnarzt«, »ZA« steht für »Niedergelassener Zahnarzt in freier Praxis«)

	AUSB	ZA	Total
»No Compliance«	16,9	34,7	26,3
Kinder	20,0	13,9	16,8
Angstpat.	18,5	12,5	15,3
Besserwisser, Lehrer	16,9	5,6	10,9
Psych. behindert	9,2	9,7	9,5
Risikopat.	4,6	4,2	4,4
Infektiös, Aids	4,6	4,2	4,4
Keiner	1,5	6,9	4,4
Rest	7,8	8,3	8,0
	100,0	100,0	100,0

Auch hier steht die »No Compliance«-Gruppe, gefolgt von Kindern und Angstpatienten, an erster Stelle, allerdings bei niedergelassenen Ärzten doppelt so häufig wie bei Zahnärzten in Ausbildung, bei welchen aber umgekehrt Kinder und Angstpatienten deutlich häufiger genannt wurden.

Interessanterweise geben aber fast 17% der in Ausbildung befindlichen Behandler die Patientengruppe der »Besserwisser«, insbesondere der »Lehrer«, als ihre

wesentlichen Problempatienten, noch vor den psychisch Behinderten, an.

Es erscheint denkbar, vor allem auch unter Einbeziehung der unter Punkt 4 (siehe unten) zum Thema »Frustration« angeführten Ergebnisse, dass hier eine allgemeine Unzufriedenheit mit der jeweiligen Ausbildungssituation mit hineinspielt und unter anderem auf das Lehrpersonal im Allgemeinen projiziert wird.

Darüber hinaus ist allerdings festzuhalten, dass neben vereinzelt genannten »Kollegen« als Problempatienten die Lehrer, zumeist mit dem Doppelbegriff »Besserwisser-Lehrer« angeführt, als einzige Berufsgruppe signifikant häufiger in der Untersuchung aufscheinen.

Würde man Angstpatienten und psychisch Behinderte zusammenfassen, so stünden sie noch vor den »No-Compliance«-Patienten an erster Stelle.

Das Infektionsrisiko bewerten rund 4% am höchsten, wobei die Angst vor Aids bei niedergelassenen Fachärzten mit 2,8% nahezu doppelt so ausgeprägt ist wie bei den Zahnärzten in Ausbildung mit 1,5%.

2) »Was kann Ihrer Ansicht nach Angst des Zahnarztes vor einem Patienten verursachen?«

Tab. 3: Ursachen der Angst des Zahnarztes vor einem Patienten, aufgeschlüsselt nach dem Geschlecht des Zahnarztes, in Prozent