

Zä. psychosomatische Grundversorgung und Konsiliardienst im Spiegel eines Fallberichtes

Dr. Joachim Stoffel

In der Allgemeinmedizin hat die psychosomatische Grundversorgung seit Jahrzehnten ihren anerkannten Platz, da in jeder Fachrichtung eine Vielzahl von Erkrankungen heute ganz selbstverständlich als "somatoform" angesehen werden. In der Zahnheilkunde müssen bis heute viele v.a. chronisch leidende Menschen eine jahrelange schmerzliche und teure Odyssee hinter sich bringen bevor ihre Leiden richtig erkannt und einer adäquaten Behandlung zugeführt werden können. Betroffen sind besonders Patienten mit oralen Parafunktionen und deren Folgen (CMD), psychogenem (chronischem) Schmerzsyndrom, Zungen- und Mundbrennen, mangelnde Adaptation von Zahnverlust und Zahnersatz sowie Parodontopathien, soweit Stress- und Konflikt-induzierte Schwächung des Abwehrsystems die bekannten Ursachen verstärken.

Im Februar 2005 absolvierten nun die ersten 12 Zahnärzte eine curriculäre Weiterbildung zur "psychosomatischen Grundkompetenz" mit folgender Zielsetzung:

- Erwerb neuer u. zusätzlicher Möglichkeiten in Diagnostik und Therapieeinleitung, dadurch
- frühzeitiges Erkennen psychosomatischer Zusammenhänge und
- frühzeitige f. d. Patienten nachvollziehbare Vermittlung bio-psycho-sozialer Zusammenhänge
- frühzeitiges Einleiten des Desomatisierungsprozesses, damit
- Verkürzen eines oft langen (durchschnittl. 7 Jahre dauernden) Leidensweges mit
- Vermeidung von somatischer Fixierung, Chronifizierung und Aggravierung (Körperverletzung !), Frust- und Kostensenkung bei allen Beteiligten
- Verringerung des Klage- und Regress – Risikos beim Behandler
- Verbesserung der multidisziplinären Zusammenarbeit zwischen Zahnärzten (bzw. Spezialisten), Psychotherapeuten und Psychiatern aber auch Ärzten allgemeinmedizinischer Fachrichtungen

Diese Ziele können durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

- Erhebung einer bio-psycho-sozialen Anamnese und Fragebogen- Screening, ggf.

- Krisenintervention
- evtl. therapeutische Anleitungen (Selbstbeobachtung, Entspannungsverfahren)
- Hinführung des Patienten durch therapeutische Gespräche zu einer
- gezielten Überweisung zur Psychotherapie o.ä. (bei Bedarf)

Es bietet sich geradezu an, solche neuen Kompetenzen auch anderen Kollegen und deren Patienten zu Verfügung zu stellen, da sich sicher nicht alle Zahnärzte in gleichem Umfang zu Psychologie und Psychosomatik berufen fühlen werden.

Durch direkte Anschreiben und Infos auf meinen Seiten (www.balint-stoffel.de → Konsiliardienst) konnte dies schon in einigen Fällen realisiert werden.

Die Kollegen erhielten danach einen Arztbrief, der Befunde, (vorläufige) Diagnose(n) und Therapievorschlüsse enthielt – selbstverständlich lag die Entscheidung und Verantwortung über die Durchführung der weiteren zahnärztlichen Behandlung bei den Kollegen und deren Patienten.

Anhand eines Fallberichtes soll nun die erfolgreiche zahnärztlich- konsiliardienstliche Tätigkeit im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung dargestellt und diese Tätigkeit diskutiert werden:

Frau W.P. stellte sich am 20.9.05 erstmals in **Eigeninitiative** nach Lesens meines kurz zuvor veröffentlichten Zeitungsartikels über zahnärztlich- psychosomatische Erkrankungen in unserer Praxis vor.

Die ruhige und eher zurückgenommene nachdenkliche aber freundlich erscheinende und insgesamt gesunde 69-jährige Patientin klagt dabei über ein seit etwa 20 Jahren bestehendes Brennen „wie Feuer“ an der Zungenspitze und linken Zungenkante, welches damals nach Anfertigung der ersten OK- Prothese entstanden sei. „Als der letzte Zahn oben hinten“ verloren ging, habe sie sich gedacht: „Jetzt geht's los“, wobei der Ersatz dann schlimmer gewesen sei als der Zahnverlust: „auf einmal war da so viel drin“. Die Vorstellung, vielleicht einmal eine Vollprothese zu benötigen, sei „voller Horror“ Sie bemerkt dazu, dass sie „denke, sie sei schon ganz verrückt“

Diese Beschwerden hätten sich während der Behandlung durch 4 verschiedene Zahnärzte, die 3 unterschiedliche Formen von ZE angefertigt hätten, nicht verändert.

Zuletzt sei im Oktober 2003 von einem Kollegen in Kempten, der ihr von ihrer Tochter empfohlen und dieser persönlich bekannt sei, eine Prothese angefertigt worden.

Diese habe zunächst problemlos funktioniert. Dann habe er wegen einer roten Stelle an der Zunge zuerst im OK etwas korrigiert, dann hätten die Beschwerden wieder von neuem begonnen und seien nach einer zusätzlichen Korrektur im UK immer noch schlimmer geworden. Zusätzlich verkrampfte sich die Kiefermuskulatur, wenn sie versuche, die Zunge von den Zähnen fernzuhalten

Nach einem Umzug innerhalb des Wohnortes sei sie jetzt bei einem Kollegen in Oberstdorf. Dieser habe die zuletzt angefertigte Freidendbrücke im linken UK einmal abgenommen und verändert. Der Kollege bestätigt telefonisch den Vorgang, er habe die Freidendbrücke im linken UK abgenommen und keramisch nachverblenden lassen.

In diesem Zusammenhang erscheint die Odyssee der Patientin gemessen an der Dauer der Beschwerden eher moderat:

Die zugezogenen HNO Ärzte hatten eine wahrscheinlich eher angeborene zerfurchte Zunge und zeitweise lingua geographica festgestellt ohne weiteren organischen Befund. Die Gesamtdiagnose lautete: Glossodynie. Eine Biopsie blieb ohne pathologischen Befund. Auch die allergologisch-hautärztliche Untersuchung im Jahr 2004 brachte keine weitere Klärung.

Ein Gespräch mit dem Kemptener Kollegen, der den ZE ursprünglich eingegliedert hatte, bestätigt die Angaben der Patientin, er habe zudem auch eine Funktionsanalyse inkl. Behandlung mit einem Aufbissbehelf und eine Materialtestung durchgeführt. Auch hier habe es keine positiven Befunde gegeben. Die Patientin berichtet weiter, dass auch seitens des AOK- Gutachters eine Begutachtung vorgenommen worden sei, die ohne Beanstandungen geblieben war.

Nachts erwache sie – so die Patientin zu ihrer **psychischen Anamnese** - öfters nach Albträumen (ich falle herunter, verliere alle die Leute, die mich umgeben, verpasse den Anschluss an den Bus) tatsächlich drohe sie aus dem Bett zu fallen und habe deshalb ein eigenes entsprechendes Bett erhalten (1,40 breit). In solchen Nächten bemerke sie dann auch die Beschwerden.

Ihre Hausärztin hat der Patientin, wie eine Nachfrage ergab, ein trizyklisches Antidepressivum (Insidon), welches inzwischen abgesetzt worden ist, und einen selektiven Serotonin- Wiederaufnahmehemmer (SSRI – Citalopram) verordnet. Da die Patientin aber Angst vor Abhängigkeit äußert, bleibt offen, ob sie das Medikament tatsächlich auch einnimmt. Die Hausärztin berichtet zudem von einer mit Medikamenten gut beherrschten Refluxösophagitis und von Tinnitus-Beschwerden. Typische, für das Beschwerdebild als Ursache infrage kommende, internistische Erkrankungen (systemische Störungen wie allergische Reaktionen, Eisenmangelanämie, perniziöse Anämie, Vitaminmangel, Hypokalzämie, Hypochlorhydrie, Diabetes mellitus, Durchblutungsstörung, red. Speichelfluss, Hypothyreose, Immunerkrank., Rheumatismus neurologische Erkrankungen aber auch Medikamentennebenwirkungen und Infektionen der oberen Atemwege) wurden ausgeschlossen.

Das Verhalten der Patientin bei der Anamnese ist aktiv, wach, orientiert und interessiert zugewandt.

Dabei ist zu beobachten, dass die Patientin sich stetig mit dem Finger über die labiale Mucosa und Frontzähne wischt. Auch bewegt sie die Zungenspitze immer wieder in Richtung der unteren linken Freidendbrücke.

In der **allgemeinen Anamnese** berichtet die Patientin von einem Magengeschwür, Die zugehörige **persönliche psychische Anamnese** lässt erkennen, dass die Patientin immer wieder an depressiven Verstimmungen litt. In einer Symptomliste gibt sie Gereiztheit und Unruhe, Neigung zum Weinen, Angstgefühle, Energielosigkeit, Stimmungsschwankungen, trübe Gedanken an und bestätigt, dass sie diese Gedanken nicht los werden könne, Mühe habe, sich zu konzentrieren und sich öfters zu nichts aufraffen könne.

Im strukturierten Interview zeigen sich Symptome einer mittelgradigen Depression, die die Patientin bestätigt: „ich bin öfters depressiv... Zungenbrennen liegt an mir, nicht an den Zahnärzten ... bin schon bald wie meine Mutter: schnell nervös ... nehme es zu genau“
Dem entspricht auch das **Laienmodell** der Patientin: „es liegt an mir... vielleicht etwas von früher“ – zur Familienanamnese berichtet sie zuerst davon, dass ihr Ehemann vor 30 Jahren schon Alkoholiker war, seit 10 Jahren allerdings „trocken“ sei.

Der HADS- Test weist dazu zwar einen erhöhten Angst- Wert aber einen noch uneindeutigen Depressionswert auf.

Klinische Untersuchung

Die Patientin ist im OK mit Kronen und Brückengliedern von 15 bis 23 versorgt, 16, 24, 25 und 26 sind über Geschiebe abnehmbar ersetzt, der UK ist mit geteilten Kronen und Brückenblöcken festsitzend versorgt, wobei 46 und 35 freierend ersetzt sind. Da das Beschwerdebild seit etwa 20 Jahren besteht, die ZE- Formen in dieser Zeit gewechselt haben und deren technische Mängelfreiheit bestätigt wurde, konnte zur Vermeidung weiterer Fixierungen hier auf eine intensivere Befundung verzichtet werden, auch weil sich bei der Inspektion keine Auffälligkeiten zeigten. - Üblicherweise hätte hier eine umfangreiche Untersuchung stattfinden müssen, wobei neben der üblichen allgemein zahnärztlichen Untersuchung insbesondere das Augenmerk auf funktionelle Befunde und Parafunktionen (bes. Suprakontakte an Palatinalfl. OK Front) und Mängel am ZE sowie altersbedingte Adaptationsstörungen (Stereognosie, Feinkoordination) gerichtet wird. -

Auch die zuletzt vom Oberstdorfer Kollegen eingegliederte UK- Front- Brücke bereitet der Patientin keinerlei Beschwerden. Speziell die Freundbrücke im linken UK, auf welche jetzt die Irritation der Zunge hauptsächlich verweist, lässt keinerlei Ursache für das stetige Aufsuchen mit der Zungenspitze erkennen. Auch die Mundschleimhäute insbesondere die der Zunge sind – von den erwähnten Furchungen abgesehen - ohne pathologischen Befund.

In der parallel dazu im Detail **weitergeführten Familien- Anamnese** berichtet die Patientin weiter von zwei erwachsenen Kindern (Tochter 40, Sohn 38), die ihr Leben "im Griff" hätten. Die Tochter, mit der sie sich besonders verbunden weiß, sei aber auch immer im Stress. In einer Linie verbindet sie die eigenen Depressionen mit dem Bericht von einer ängstlich klagsamen Mutter und die auf Stress zurückgeführten Problemen der Tochter. Das eigentliche Problem aber sei der Ehemann, der in den letzten Jahren immer „kleinkariert“ werde und sie wie ein kleines Kind behandle, so dass sie nur unter Erschwernissen, mit selbst erspartem und mit Hilfe der Tochter ihren Hobbys – Reisen, Turnen, Saunagang – nachgehen könne. Er drohe dann immer, sie könne auch gleich ganz weg bleiben, wenn sie dies aber selbst anspreche, habe er auch in der Vergangenheit schon mit Suizid gedroht. Das sei aber besser

geworden, seitdem er wisse, dass sie es „auf den Nerven“ habe.

Auf eigene Suizidphantasien angesprochen, berichtet sie von in der Vergangenheit eher sporadisch und kurze Augenblicke anhaltenden Phantasien, ins Wasser zu gehen.

Andererseits sei sie aber viel zu lebensfroh, wolle noch viele Reisen machen – zu einer Trennung vom Ehemann sei es so wieso schon zu spät.

Im Gegensatz zu mangelnden technisch-organischen Befunden weisen eine Vielzahl sog. **Positivkriterien auf ein psychosomatisches Geschehen** hin:

Diskrepanz zwischen Chronologie der Beschwerden und den aus klinischer Erfahrung bekannten Verläufen und Dauer mehr als 6 Monate

- Die zweifellos eintretende Irritation auch gerade der Zunge bei Eingliederung eines ersten abnehmbaren ZE nimmt üblicherweise im Laufe der Zeit eher ab als zu und überdauert selten 6 Monate

Vorliegen weiterer erfahrungsgemäß somatoformer Erkrankungen

Neben dem Zungenbrennen berichtete die Patientin auch über ein zurückliegendes Magengeschwür, Die Hausärztin berichtete über den Tinnitus.

Ex non iuventibus

- mehrere unterschiedliche Zahnersatzformen von mehreren unterschiedlichen Behandlern und zahlreichen Nachbesserungen begleitet schließen eine handwerkliche Ursache aus.

Koinzidenz von biographisch- situativem Ereignis und Beginn der Beschwerden

- zwar nennt die Patientin keinen zeitlich zuzuordnenden fassbaren Anlass, insgesamt kann aber davon ausgegangen werden, dass ein Jahrzehnte dauerndes Alkoholleiden des Partners die Beziehung ausgehöhlt haben dürfte. die Selbsterfahrung des Alterns, das Weggehen der Kinder aus der Familie, und auch das selbst nicht mehr immer so Können werden verstärkt durch die aufkommende Angst vor totalem Zahnverlust.

Fehlen hinreichend erklärender organischer Befunde und Befund ungleich Befinden

- Zwar gibt es (unvermeidliche) zahnärztlich-technische Befunde, die ein Fremdkörpergefühl mit entsprechenden Reaktionen ausgelöst haben können, die Dramatik ununterbrochener umfassender Beschwerden im Mund lässt sich dadurch aber nicht erklären.

Organisch betonte Schmerzschilderung

- Erfahrungen in der Psychosomatik zeigen, dass die Voranstellung organischer Ursachen durch den Patienten sehr häufig eine unbewusste Schutzmaßnahme ist, um nicht auch selbst auf die seelisch eben nicht verarbeitbaren und deshalb auf die körperliche Ebene verschobenen Konflikte zurückgeworfen zu werden.

Häufige Arztwechsel und Hilflosigkeit bei Behandlern

- Hier spricht die Kette aller bisherigen Maßnahmen für sich, wobei mit handwerklichen Mitteln, quasi symbolisch, wie es auch die Patientin tut, etwas „geglättet“ werden soll, was eben so nicht „geglättet“ werden kann.

Beziehungskonflikt und Krankheitsfixierung zur Konfliktvermeidung

- zumindest der vorletzte behandelnde Kollege ist der Patientin persönlich durch die Tochter bekannt, hat zwar die Erwartungen in den ZE (möglicherweise das Produkt verschobener Beziehungswünsche) zunächst erfüllt, aber dann gegen ihren Willen „weggeschliffen“, soll aber andererseits jetzt nicht kritisiert werden, um das Beziehungsgefüge Mutter-Tochter-Zahnarzt nicht zu verletzen. Deshalb nimmt die Mutter lieber alle „Schuld“ auf sich, und so bieten die schon jahrelang erprobten Symptome erneut Schutz vor dem Aufbrechen dieser, vielleicht aber auch noch anderer Konflikte.

Krankheitsgewinne

- Über die Konfliktvermeidung hinaus sichert ein solch dramatischer Leidensweg jenes erhöhte Maß an Zuwendung (allein schon die Zahl der Ärzte aber auch die Tochter sowie die zunehmende Zurückhaltung seitens des Ehemannes) und Schonung, wie es jedes Älterwerden besonders aber nach einer derart auszehrenden Ehe- Geschichte zwangsläufig entgegen allen bewussten Wünschen erfordert.

Psychopathologische Befunde – Depression

- Sowohl die mittelgradigen Depressionswerte aus dem HADS- Test besonders aber die Marker aus den anderen Testbögen und dem strukturierten Interview, nicht zuletzt aber auch die Inhalte der Albträume verbunden mit existenziellen Ängsten besonders gerichtet auf den Verlust von Bezugspersonen und die wiederholten Selbstbeschuldigungen ergeben Hinweise auf eine mittelschwere bis schwere Depression.

Gegenübertragung

Einerseits stelle ich den Wunsch fest, der Patientin unbedingt helfen zu wollen, was deren unbewussten Aufruf nach Zuwendung, ihrer depressiven Grundstimmung folgend, entsprechen dürfte, andererseits erlebe ich mich sehr vorsichtig im Umgang mit der Patientin, was deren Bemühung um Abwehr gegenüber der Konfliktbereinigung entspricht.

Spiegelung/Supervision der Balintgruppe

Die Gruppe reagiert auf die durch meinen Bericht stellvertretend und atmosphärisch anwesend werdende Patientin ähnlich gespalten. Betroffenheit Traurigkeit, rücksichtsvoll zurückgenommene Zuwendung und Hilfsbereitschaft werden zum Spiegelbild der Depression in der Gruppe. Aber auch Wut taucht auf gegen den Ehemann der Patientin und auch gegen behandelnde Ärzte als Abwehr gegen das ansteckende Gefühl von Hilflosigkeit seitens der Kollegen einerseits und als Abfuhr jener Aggression andererseits, die die Patientin im Symptom gegen sich selbst wendet. Hypothetische, diagnostische und therapeutische Konsequenzen der Gruppe finden sich in meinen nachfolgenden Überlegungen.

Hypothese zur Krankheitsdynamik

Da sich die 20 Jahre andauernde Symptomatik nicht mehr vollständig in der Anamnese erfassen lässt, möchte ich mich hier auf das Geschehen der jüngsten Zeit beschränken, gehe aber davon aus, dass sich hier exemplarisch ein Gesamtgeschehen aktualisiert.

Die Patientin lebt seit insgesamt etwa 30 Jahren in einer zunächst von Alkohol- Abusus, später dann von den nicht mehr im Alkohol aufgelösten Ängsten ihres Ehemannes überschatteten eher freudlosen Ehe. Selbst ohne erkennbare Chancen, noch ausbrechen zu können, oszillieren ihre hoffnungsvollen Perspektiven zwischen ihren Kindern, die sie aber auch nicht frei von den offenbar familiären, wenn nicht genetisch verankerten Neigungen zu Ängstlichkeit und Depressivität erlebt und andererseits den eher harmlosen Ersatzfluchten in ein überbreites eigenes Bett und in Reisen und körperliche Betätigungen, die sie sich mühsam erkämpfen und „vom Munde absparen“ muss. Naheliegend ist also auch, die bestehenden Konflikte körperlich auszuagieren, und dies, oral getönt, über den Mund auszudrücken, wobei der Fremdkörper eines ersten ersetzten Kieferabschnitts, besetzt zudem mit allen Zukunftsängsten der Patientin, möglicherweise aber auch von zurückliegenden (oralen) Traumatisierungen, zum organischen Kern und Kristallisationspunkt wurde.

Nach mehreren Jahren anhaltenden Leidens folgt nun Frau W.P. der Empfehlung ihrer Tochter zu deren persönlich bekannten ZA nach Kempten zu gehen und sich dort „in besten Händen“ versorgen zu lassen. Ihr Wunsch auf Erfolg – unbewusst stellvertretend für alle unbefriedigten Wünsche und erfüllt durch den Ersatzmann - wird wesentlich verstärkt von dem schon beschriebenen Beziehungswunsch zu Tochter und Zahnarzt, und das damit korrelierende Vertrauen ist so stark, dass sie zunächst tatsächlich keine Beschwerden mehr verspürt, obwohl die vom ZA bemerkte rote Stelle an der Zunge ein Indiz dafür sein mag, dass die Patientin ihre jahrelang eingeschliffenen Bewegungsmuster der Zunge keineswegs unterlassen hatte.

Das Wegschleifen einer vermuteten störenden Stelle an der Prothese wird von der Patientin ebenso unbewusst übersetzt als ein „Wegradieren“ aller auch sonstigen zwischenmenschlichen Hoffnungen. Dies muss zu einem schmerzlichen Zusammenbruch der Idealisierungen führen, welcher den bekannten stellvertretenden Organ- assoziierten Schmerz erneut und um so heftiger aufflammen lässt. Da nun der nachfolgende Kollege in diesem entscheidenden Beziehungskonflikt keine Rolle spielt, haben auch dessen zahnärztliche Maßnahmen keinen Einfluss auf das Schmerzgeschehen – die von ihm eingegliederte UK- Frontzahnbrücke bleibt emotionsneutral in der Wahrnehmung, aber seine Bemühungen um die zuletzt vom Vorgänger „korrigierte“ UK- Seitenzahnbrücke müssen geradezu scheitern, werden anhaltende Beschwerden doch auch hier zu einer beständigen Quelle sekundärer Krankheitsgewinne (Schonung durch den Ehemann, Zuwendung durch die Tochter), und müssen auch alle zur Verdrängung eigener Ohnmachtgefühle zunächst aufgebauten Idealisierungen unweigerlich von einem Denkmalsturz gefolgt bleiben, um wieder ein Gefühl für Selbstbestimmtheit und eigener Wertigkeit zu ermöglichen. Der primäre Krankheitsgewinn aber liegt wohl in der Erzeugung eines „inneren Burgfriedens“ durch Abspaltung und Verschieben des seelischen Schmerzes, was den moderaten Depressionswert im HADS- Test erklären mag. So wurden unvermeidliche Missempfindungen durch zwangsläufig ZE- bedingte Einbußen zum Kristallisationspunkt und organischen Kern für die Verschiebung genannter anderer Konflikte – womöglich auch solcher derzeit noch nicht heraus gearbeiteter anderer Lebensthemen – auf die auch sozial akzeptiertere organische Ebene. Unterstützt – im Sinne einer Aggravierung und Chronifizierung – wurde der Vorgang durch die

vermutlich technisch stimmigen Nachbesserungen, die der Patientin dieses unbewusste Verschieben zusätzlich legalisierte, sowie der vielfache Versuch nachfolgender Behandler, das Problem technisch zu lösen, was für die Patientin gleichbedeutend sein musste mit einer Bestätigung einer technischen Herkunft des Problems – das Brennen mag als beredtes Bild dafür dienen, dass hier „ersetzt“ wurde, was so nicht „ersetzt“ werden konnte .

Vorläufige Diagnose (unter Vorbehalt fachärztlicher Bestätigung)

Somatoforme Störung (F45x) auf dem Boden einer evtl. genetisch bedingten oder familiär erlernten Dysthymie (F 34.1) und einer Anpassungsstörung (vorm. Reaktive bzw. larvierte Depression) (F34x) ausgehend möglicherweise von einer somatopsychischen Störung

Differentialdiagnose

Konversionsstörung (F44x) – Genese s.o.

Zahnärztliche Therapie und Kontraindikation

a. Bisheriges Vorgehen

Neben einer angemessenen Nachbefundung und Abgleichung mit den Berichten der Vorbehandler wurden der Patientin somatische wie psychische Zusammenhänge ausführlich erklärt.

Insbesondere wurden ihr auch jene ihrer Beobachtungen erklärt, die durchaus stimmig aber physiologisch sind (Brennen im Mund auch durch ständiges Manipulieren und Pressen der Zunge gegen die UK- Brücke, Verspannung der Zungenmuskulatur weitergeleitet auf andere Muskelgruppen). Weiter wurde ihr Laienmodell einer angstbesetzten Zahnersatzabwehr im Zusammenhang mit dem ihr bekannten depressiven Geschehen gestützt und perpetuiert, aber auch ihre Ressourcen anhand der nachvollziehbar großen Lebensleistung herausgestellt.

b. Vorschlag zur weiteren Therapie (s.o.)

Von weiteren zahnärztlichen Maßnahmen sollte bis zur Auflösung der psychosomatischen Verquickung und Beschwerdefreiheit, zumindest bis zu deren Linderung oder Änderung gewartet werden. Voraussetzung für einen bei bestehender Chronifizierung sicher erschwerten Erfolg ist die Einsicht der Patientin wie aber auch von deren Umfeld in die Notwendigkeit einer evtl. psychotherapeutischen, zumindest aber durch moderne Antidepressiva gestützten Intervention, deren ängstliche Abwehr durch

die Beratung weitestgehend gemildert werden konnte.

Der Patientin wurden dazu neben der Möglichkeit weiterer therapeutischer Gespräche bei mir auch eine Liste kooperationswilliger Therapeuten vorgelegt. Am Anfang sollte dabei eine Ehe- Familien- und Lebensberatung stehen, in die nach Möglichkeit der Ehemann einbezogen werden sollte. Die Patientin zeigte sich hier vorsichtig zustimmend.

Prognose (zum damaligen Zeitpunkt)

Kritisch ist dabei anzumerken, dass der lange ungelöste Leidensweg zu einer erschwerenden Chronifizierung geführt hat, sodass im Falle eines Scheiterns einer psychotherapeutischen bzw. medikamentösen Intervention eine wenn auch nicht aktuelle aber immerhin doch latente Suizidphantasie und –Gefahr durchaus ernst genommen und beobachtet werden sollte – die Erlösungsphantasie, das "Feuer" an der Zunge durch "in´s Wasser gehen" zu löschen wird letztlich nur dann seine Energie verlieren, wenn Alternativen erfahrbar werden.

Aktuelle Entwicklung und Beurteilung

Im Januar 2006 lässt sich von der Patientin in Erfahrung bringen, dass es ihr "rundum gut" gehe. Den Zahnarzt habe sie nicht mehr gebraucht – nur die Hausärztin.

Diese bestätigt telefonisch, dass die Patientin jetzt "mit sich und der Welt zufrieden" sei, Missempfindungen an der Zunge seien selten und kaum noch wahrnehmbar geworden, die Alpträume hätten aufgehört – wohl auch unter der Wirkung der SSRI- Medikation, die die Patientin jetzt ohne weitere Befürchtungen akzeptiert und einer Psychotherapie vorzieht, da jene für die demnächst 70jährige wegen Aufwand und Konsequenz gemieden wird.

Offensichtlich konnte die Patientin zumindest die geschilderten Beratungsinhalte positiv für sich nutzen, ihre zugrundeliegende Depression als Ursache für ihre körperlich empfundenen Beschwerden verstehen und so auch für sich die richtige Weichenstellung im eingangs dargestellten Sinne auf einem zumindest relativen Heilungsweg vornehmen.

Neben der Akzeptanz der verordneten Medikamente war wohl der anfänglich hohe Leidensdruck und die daraus resultierende Eigeninitiative der Patientin mit entscheidend für den späteren Erfolg. Ob auch die Tatsache, dass gerade diese Patientin von vorneherein zu einer privaten Liquidation unserer Bemühungen - nach GOÄ und nach Zeitaufwand berechnet – bereit gewesen war, dazu beigetragen hat, muss offen bleiben, erinnert aber an das bekannte Freud- Zitat: "Keine Heilung ohne Honorar".

Ganz sicher war es für die Patientin, die sich bisher weder in ihrem privaten Umfeld noch auch bei einigen Ärzten immer ernst genommen und akzeptiert fühlen konnte, eine "psychotherapeutische" weil heilsame Erfahrung, sich jetzt in einem Rahmen zu bewegen, in der ihr mit Einfühlung, Wertschätzung, Echtheit, v.a. aber auch mit viel Zuwendung und Zeiteinsatz begegnet wurde.

Allgemeine Diskussion und Schlussfolgerungen

Beim alltäglichen Blick in aktuelle Fachzeitschriften mag seit ein paar Jahren der Eindruck entstehen, als sei beispielsweise die Versorgung der Patienten mit Implantaten eine tägliche Herausforderung, der es sich zu stellen gilt. Dies ist nicht die Realität. Während solche Versorgungen statistisch nur etwa einmal im Monat Wirklichkeit werden, vergeht kein Tag, an welchem sich nicht mindestens ein Patient mit somatoformem

Krankheitsgeschehen in jeder Praxis vorstellt. Dabei mag der geschilderte Fall in der Alltagspraxis – anders als in Zahnkliniken – wohl eher zu den "exotischen" Ereignissen gehören. Ähnlich selten treten wohl auch chronische Schmerzsyndrome und mangelnde Adaptation von Zahnverlust und Zahnersatz in Erscheinung. Lenkt man aber den Blick z.B. darauf, dass jeder zweite Erwachsene bruxiert, ohne dass funktionelle Ursachen dafür ausreichend Erklärung böten, umgekehrt aber Stress und seelische Konflikte in unserer Gesellschaft zunehmende Bedeutung gewinnen, wird sofort klar, dass es keinen erfolgreichen Weg an der psychosomatischen Sichtweise vorbei mehr geben kann.

Neben einer auf flächendeckende Versorgung und ausschließlich auf die Bedürfnisse der Zahnärzte und deren Patienten ausgerichteten Aus- und curriculären Weiterbildung bedarf es deshalb dringend zukünftig angemessener kontinuierlicher Fortbildungsangebote, zu welchen neben der Vermittlung theoretischer Inhalte insbesondere die konkrete Fallarbeit in Balintgruppen gehört.

Dass diese Angebote auch von der Kollegenschaft angenommen werden müssen versteht sich, erfordert aber auch, dass alle Fachorganisationen, öffentlich-rechtliche Einrichtungen, Politik und Kostenträger auch ihr ureigenstes Interesse darin erkennen sollten, aus fachlicher Qualifizierung oder gar aus Zertifikaten eine rechtliche Absicherung des entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Handelns für den entsprechend weitergebildeten Zahnarzt ebenso werden zu lassen wie den geeigneten angemessenen Honorarrahmen dafür zu

schaffen – sei es durch die allgemeinen berufsständischen Vertretungen oder durch einen evtl. zu schaffenden speziellen Verband, wie z.B. in Österreich bereits etabliert.

Denn der Spezialist für die zahnärztlich-psychosomatische Grundversorgung wird nicht nur den Leidensweg der Patienten verkürzen, er wird auch mehr einzusparen helfen, als seine Arbeit kostet. Er wird für die Kostenträger bzw. deren Gutachterwesen ein qualifizierter Fachmann oder zumindest ein konziliarischer Ansprechpartner sein können, wo herkömmliche Sachverständige an ihre Grenzen stoßen müssen, und das sind gerade die komplexen, schwierigen und teuren „Fälle“.

Es darf in Zukunft auch nicht dem Patienten alleine überlassen bleiben, wie bisher mehrheitlich in Eigeninitiative den entsprechend weitergebildeten Spezialisten aufzusuchen.

Kammern, KZVen und Kassen sollten nicht nur entsprechende Adressen an nachfragende Patienten weitergeben, sondern aktiv mit solchen Zahnärzten kooperieren, die nach entsprechenden Weiterbildungsnachweis zu konsiliardienstlichen Angeboten bereit sind.

Auch die niedergelassenen Kollegen sollten von diesen Angeboten rechtzeitig durch gut vorbereitete Überweisungen (Infos auf meinen Seiten) Gebrauch machen – Patienten, die unsere Praxis bisher oft ohne Arztbrief, Vorgeschichte und Auftrag durch einen behandelnden ZA und für alle Beteiligten unvorbereitet auch auf eigene (finanzielle) Anforderungen und ohne einplanbaren Zeitrahmen womöglich nach längerer Anfahrt erreichten, standen einer solchen Situation zunächst meist ebenso überfordert gegenüber wie wir und erschwerten den Einstieg in eine positive Entwicklung unnötig.

Auch wird es in der Verantwortung der überweisenden Kollegen bleiben, hernach aus den meist umfangreichen Berichten die geeigneten Konsequenzen zu ziehen und den Patienten ein gutes Modell dafür zu sein, neue und andere Sichtweisen integrieren zu können.

Dr. Joachim Stoffel
ZA/Balintgruppenleiter
Psy.som. Konsiliardienst
87527 Sonthofen

Literatur beim Verfasser