

S. Zahnmedizinische Erkrankungen

BERNHARD STRAUSS

1. Psychosomatische Probleme in der Zahnmedizin

In den vergangenen Jahren waren verstärkt Bemühungen zu beobachten, psychosomatische Aspekte in die zahnmedizinische Ausbildung und Praxis zu integrieren. Wie aus Tabelle 1 hervorgeht, spielen diese in nahezu allen Bereichen der Zahnmedizin eine bedeutende Rolle. Nach HABERMAS und ROSEMEIER (1988) werden psychologische Faktoren vor allem im Zusammenhang mit präventiven Aufgaben berücksichtigt, mit der Behand-

lungssituation aus der Sicht des Patienten und des Zahnarztes, mit Interventionsverfahren, mit spezifischen, lokalen Beschwerdebildern, besonderen Patientengruppen (z. B. Kinder, ältere Menschen) und dem «Praxismanagement».

2. Epidemiologische Aspekte

Die in Tabelle 1 aufgeführten Problembereiche sind zum Teil weitverbreitete Phänomene. Nach RÖSLER und SZEWCZYK (1987) haben

Tabelle 1: Bereiche der Zahnmedizin mit besonderer psychosomatischer Relevanz.

<i>Allgemeine Probleme</i>	Bewältigung von Angst und Schmerz
<i>Zahnerhaltung und Parodontologie</i>	Psychische Bewältigung von Zahnerkrankungen bzw. parodontaler Erkrankungen; Einfluß psychischer Faktoren auf Compliance, Prävention, Patientenverhalten
<i>Kieferorthopädie und -chirurgie</i>	Bewältigung angeborener und erworbener Kiefermißbildungen und -anomalien <i>Parafunktionen</i> (z. B. Bruxismus) und deren Folgen (z. B. Myoarthropathien, orofaziale Schmerzen) Kiefergelenkserkrankungen
<i>Prothetik</i>	Bewältigung von Zahnverlust und -ersatz, Prothesen-unverträglichkeit
<i>Spezifische Symptome</i>	Übersteigter Würgereflex, Zungenbrennen, Schluckbeschwerden, Geschmacksstörungen, Zahnschäden bei Bulimie usw.

etwa 2/3 aller Patienten leichte bis starke Angst vor zahnärztlichen Behandlungen. Einige zahnmedizinische Erkrankungen, allen voran Karies und Parodontopathien, können angesichts der epidemiologischen Befunde als «Volkskrankheiten» bezeichnet werden. SCHICKE (1984) gibt hierzu beispielsweise an, daß einer WHO-Studie zufolge in Deutschland 38 Prozent der Gebisse der 35- bis 44jährigen von Karies befallen sind. 79 Prozent der erwachsenen Männer und 60 Prozent der erwachsenen Frauen sind in den USA von Parodontopathien betroffen. Malokklusionen sind nach SCHICKE (1984) in verschiedenen Ländern bei 25 bis 95 Prozent der Bevölkerung zu beobachten.

Die Bedeutung psychosomatischer Faktoren ist numerisch bisher schwer kalkulierbar. Angaben zur Verbreitung jener spezifischen Störungen, in deren Zusammenhang psychosomatische Faktoren vordringlich diskutiert werden, lassen aber vermuten, daß sehr viele Patienten betroffen sind: Parafunktionen (wie Knirschen und Pressen der Zähne, Zungen- und Wangenbeißen) etwa, oftmals Ausgangspunkt von Erkrankungen des Kiefergelenks und von Gesichtsschmerzen, treten nach NEUHAUSER (1990) zumindest temporär bei 80 Prozent der Bevölkerung auf. Der Bruxismus (Zähneknirschen) kommt nach GLAROS und RAO (1977) bei 5 bis 22 Prozent aller Erwachsenen und bei 11 bis 15 Prozent aller Kinder vor. Schließlich ist die Schätzung von RÖSLER und SZEWCZYK (1987) erwähnenswert, wonach 50 Prozent aller Zahnprothesenträger von Schwierigkeiten mit dem Zahnersatz berichten; bei 5 bis 15 Prozent liegt eine «psychogene» Prothesenunverträglichkeit vor.

3. Psychosomatik

3.1 Bedeutung der Mundregion

Der Mund und die Zähne sind sowohl ontogenetisch wie auch phylogenetisch das bevorzugte Ausdrucksorgan für Affekte; eine Fülle von Funktionskreisen (z. B. soziales Verhalten, Sprache, Verteidigung usw.) beziehen sich auf das orofaziale System, welches im

zentralen Nervensystem so intensiv repräsentiert ist wie keine andere Körperregion (RÖSLER und SZEWCZYK, 1987). Die symbolische Bedeutung der Mundregion wurde mehrfach ausführlich beschrieben: Gesunde Zähne beispielsweise sind gleichbedeutend mit Jugend, Gesundheit, Kraft, Vitalität und Erotik, während Zahnschäden symbolisch gleichzusetzen sind mit Einbußen und Beeinträchtigungen der körperlichen Leistungsfähigkeit. Die symbolischen Besetzungen der Mund- und Zahnregion werden in der Umgangssprache besonders deutlich (Zähne zusammenbeißen, Zähne zeigen usw., s. z. B. LAMPRECHT et al., 1986). RATH und EBENBECK (1986) weisen auf den Doppelcharakter von Mund und Zähnen hin, durch die einerseits Eigenschaften wie Mut und Aggressivität betont werden; andererseits dienen die Zähne wiederum als «Barriere zum Intimbereich», der Mund als «Mittel für Zärtlichkeit und Liebkosung» und zur Triebbefriedigung.

Medizinische Maßnahmen in der Mundregion sind somit von besonderer psychologischer Bedeutung, sie werden als Eingriff in die Intimsphäre, in die «Persönlichkeit, Vitalität und Identität» erlebt (INGERSOLL, 1987), wodurch sie immer mehr oder weniger intensiv an Gefühlen rühren (FISCH, 1989; FLEISCHER-PETERS u. SCHOLZ, 1985; RATH u. EBENBECK, 1986).

3.2 Angst

Die besondere psychische Relevanz der orofazialen Region trägt maßgeblich dazu bei, daß Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen ein nahezu universelles Phänomen darstellt (einer von INGERSOLL, 1987, zitierten Studie aus den USA zufolge suchen immerhin etwa 6 Prozent der US-Bevölkerung aus Angst niemals einen Zahnarzt auf!). In der Literatur werden als spezifischere Ursachen für die Angst vor zahnärztlichen Behandlungen zudem genannt: die antizipierten Schmerzen, Schuldgefühle (z. B. angesichts der Überzeugung, für die zahnmedizinischen Probleme selbst verantwortlich zu sein), die Spezifität der Untersuchungs- und Behandlungssituation (u. a. eingeschränkte Kommunika-

tionsfähigkeit, körperliche Nähe des Arztes), welche durchaus auch «zahnarztunabhängige» Ängste vor Kontrollverlust, Selbstwertverlust, phantasierter Aggressivität oder Destruktivität mobilisieren kann. Von großer Bedeutung für die erlebte Angst sind darüber hinaus traumatische Vorerfahrungen, der Einfluß des Verhaltens und der Persönlichkeit des Zahnarztes sowie eine ungünstige familiäre Einstellung zur Zahnmedizin (vgl. INGERSOLL, 1987; RAITH u. EBENBECK, 1986; MELAMED u. SIEGEL, 1980; FISCH, 1989).

3.3 Schmerz

Wie RAITH und EBENBECK (1986) betonen, ist der Schmerz eines der Leitsymptome, die den Gang zum Zahnarzt bedingen. In der Regel dürften die Schmerzen durch die spezifische Erkrankung erklärbar sein. Der enge Zusammenhang von Angst und Schmerz, aber auch von Schmerz und Depression, als deren körperlicher Ausdruck der Schmerz oft dient, ist dabei sicherlich ebenso zu berücksichtigen wie die Tatsache, daß zudem Schmerzen als Ausdruck einer Beziehungsstörung (oft auch zum Arzt) gesehen werden können. Nicht umsonst wird auch in der zahnmedizinischen Literatur häufig auf das von BECK (1987) beschriebene «Koryphäenkillersyndrom» hingewiesen. BECK beschreibt damit, daß Patienten mit chronischen Schmerzen mit ihrem Arzt eine Beziehung eingehen, die zunächst durch Hilfsbedürftigkeit und Idealisierung auf Patientenseite, durch Größenphantasien auf der Seite des Arztes gekennzeichnet ist. Wenn der Arzt in seinen Behandlungsbemühungen scheitert, «kippt» die Idealisierung durch den Patienten in eine Ablehnung des Arztes. Dieser wird dann den Patienten an einen anderen Spezialisten (eine Koryphäe) weiterverweisen, oder der Patient sucht von sich aus einen anderen Arzt auf. Häufig entwickelt sich dann die gleiche Dynamik wieder, was dazu führt, daß sich in der Krankengeschichte von Schmerzpatienten viele medizinische Koryphäen finden, die allesamt scheiterten und sich als machtlos erwiesen.

Funktionelle (psychogene) Schmerzen sind in der Zahnheilkunde besonders häufig (vgl. auch Kap. IV.F), äußern sich oft in unspezifischen orofazialen Beschwerden oder Kiefergelenkschmerzen (LAMPRECHT et al., 1986; ERMANN u. NEUHAUSER, 1990). EGLE (1990) zufolge lassen sich derartige Schmerzen aus psychodynamischer Sicht als Resultat eines «narzißtischen Mechanismus» (Schmerz als somatisierte Kränkung oder Enttäuschung), eines Konversionsmechanismus (Schmerz als Kompromißbildung zwischen libidinösen Wünschen und moralischen Verboten) oder vegetativer Spannungszustände (Affektäquivalente) verstehen. Letzteres scheint bei Patienten mit orofazialen Beschwerden besonders häufig zu sein.

3.4 Bedeutung psychologischer Faktoren bei der Zahnpflege und Prävention zahnmedizinischer Erkrankungen

Daß psychosoziale Faktoren von großer Bedeutung für die Bereitschaft zur regelmäßigen Zahnpflege und damit zur Prävention von Erkrankungen der Zähne und des Parodontiums sind, ist mittlerweile gut belegt (vgl. SCHICKE, 1984; MAGRI u. SCHNELLER, 1985). In einer neueren Untersuchung von RIZZARDO et al. (1991) wurde gezeigt, daß die Bereitschaft, bei zahnmedizinischen Erkrankungen (hier speziell Karies, Gingivitis) rasch einen Zahnarzt aufzusuchen, außer von familiären Gewohnheiten, dem Alter und der sozialen Schicht, durch die allgemeine Ängstlichkeit und das Krankheitsverhalten und Persönlichkeitsmerkmale determiniert wird, wobei die Verleugnung und affektive Gehemmtheit sich als besonders ungünstig erwiesen. Mangelnde Zahnhygiene kann zudem Ausdruck selbstdestruktiven Verhaltens sein.

3.5 Kieferanomalien, Parafunktionen

FLEISCHER-PETERS und SCHOLZ (1985) haben den Versuch unternommen, psychosomatische Aspekte in eine Klassifikation stomatologischer Syndrome miteinzubeziehen. Sie

unterscheiden Kieferanomalien als Folge von Manipulationen am bzw. im Mund (z. B. Lutschen, Saugen) oder aufgrund körperdynamischer Symptome (z. B. Zähneknirschen), für die psychische Faktoren als (mit-)ursächlich bezeichnet werden. Daneben werden psychische Folgestörungen bei einer Reihe von Kiefermißbildungen (z. B. Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte) oder extremen Mißbildungen, wie z. B. Gesichtsasymmetrie, für wahrscheinlich gehalten. Die psychische Problematik, die mit der ersten Gruppe von Störungen verknüpft sein kann, ist sehr vielfältig (z. B. Lutschen als Zuwendungersatz, mangelnde Zungenaktivität bei passiver Verwöhnungshaltung, körperdynamische Störungen bei verlagelter oder gehemmter Aggressivität). Als Begleiterscheinungen bei Kieferanomalien werden von FLEISCHER-PETERS und SCHOLZ psychosomatische Erkrankungen, soziale Konflikte, Reifungskrisen, diverse neurotische Störungen und Beeinträchtigungen des Selbstwertes bzw. des Körperbildes beschrieben.

Die der ersten Gruppe von Kieferanomalien zugrundeliegenden Parafunktionen oder «Habits», wie das Knirschen und Pressen der Zähne, sind – wie erwähnt – sehr weit verbreitet. In Anlehnung an MÜLLER-FAHLBUSCH (1984) könnte man darin «psychisch stimulierte muskuläre Überaktivitäten» sehen, die wiederum mandibuläre Dysfunktionen und langfristig Myoarthropathien auslösen können. Generell können Parafunktionen verschiedene Bedeutungen haben, die FORSBERG (zit. n. WINNEBERG u. FORBERGER, 1983) untergliedert in Trostfunktionen (z. B. Lutschen, Saugen), kontrollierende Funktionen (z. B. Fühlen von Veränderungen in der Mundregion) oder (gehemmte bzw. aktive) Aggressionsfunktionen (wie beim Pressen oder Knirschen). Das Zähneknirschen (Bruxismus) ist unter den Parafunktionen bisher aus psychosomatischer Sicht besonders ausführlich untersucht. Es gibt zahlreiche Belege für den Zusammenhang von körperlichen und seelischen Beanspruchungen und der Muskelanspannung im Kieferbereich (s. z. B. RUGH u. ROBBINS, 1987). Darauf aufbauend sehen viele Autoren heute speziell im nächtlichen Bruxismus, der erheblich häufiger und schwe-

rer beeinflussbar ist, eine streßbezogene Schlafstörung, über die emotionale Belastungen, wie anhaltender Ärger, starke Ängste usw., zum Ausdruck gebracht werden. Welche psychischen Faktoren für diese Art der Konfliktbewältigung prädisponieren, ist bislang noch nicht eindeutig geklärt. Nach RÖSLER und SZEWCZYK (1987) scheinen eher zwanghafte Persönlichkeiten zum nächtlichen Zähneknirschen zu neigen.

3.6 Zahnverlust, Zahnersatz, Prothesenunverträglichkeit

Die Akzeptanz von Zahnersatz und Zahnprothesen ist maßgeblich durch die symbolische Bedeutung des Zahnverlustes determiniert, der als narzißtische Kränkung erlebt werden kann, als Zeichen von Wehr- und Hilflosigkeit, als Signal für das Altern, als Einschränkung von Attraktivität, nach psychoanalytischer Auffassung als Kastrationsäquivalent (vgl. RAITH und EBENBECK, 1986; MARXKORS u. MÜLLER-FAHLBUSCH, 1976). Diese Bedeutungen führen einerseits dazu, daß viele Patienten große Hoffnung in den Zahnersatz oder die Prothese setzen; andererseits werden im Zusammenhang mit der psychischen Aneignung oder Inkorporation von Zahnprothesen häufig Probleme mit der Bewältigung von Krisen deutlich, die mit den oben genannten Aspekten verbunden sind. Die Zahnprothese hat also oftmals eine Sündenbockfunktion für Minderwertigkeitsgefühle und ungenügende Bewältigungsmechanismen, die sich tatsächlich auf andere Bereiche beziehen, z. B. auf altersbedingte Lebensveränderungen. Somit ist der häufig berichtete Befund nicht überraschend, daß die subjektive Zufriedenheit mit einer Zahnprothese und deren technische Qualität oft nicht übereinstimmen (vgl. RÖSLER u. SZEWCZYK, 1987).

In nicht seltenen Fällen äußert sich der unbewußte Protest gegen die Zahnprothese in unterschiedlichen Symptomen, wie z. B. Würgegefühl, Brennen im Mund, Mund- und Gesichtsschmerzen, intra- und extraoralen Mißempfindungen (vgl. MÜLLER-FAHLBUSCH, 1984). In diesen Fällen würde man von einer «psychogenen Prothesen-

unverträglichkeit» sprechen, die nach MARXKORS und MÜLLER-FAHLBUSCH (1976) besonders häufig mit psychiatrischen Auffälligkeiten gekoppelt ist oder sich an «psychosomatische Karrieren» anschließt (RAITH u. EBENBECK, 1986). Eine sehr ausführliche Übersicht über jene Faktoren, welche die Inkorporation von Zahnprothesen beeinflussen, gaben SCHNELLER et al. (1986). Danach sind folgende Faktoren wirksam: Geschlecht (Frauen sind häufiger unzufrieden mit Zahnprothesen), das Alter (wobei vor allem mit typischen Lebensphasen einhergehende Belastungen und deren Bewältigung die Adaptationsfähigkeit beeinflussen), die allgemeine Einstellung zum Zahnersatz, dessen funktionale Eigenschaften, die individuelle Bedeutung der Zähne und des Zahnverlustes, die generelle Bewältigungsfähigkeit von Gesundheitsproblemen, psychisch belastende Lebensereignisse, Persönlichkeitsmerkmale (Angst, Depressivität, Neurotizismus und Rigidität sind besonders ungünstig für die Prognose). In der Untersuchung von SCHNELLER et al. (1986) erwiesen sich zudem die momentane Lebenssituation, die Qualität sozialer Beziehungen und der Arzt-Patient-Beziehung als bedeutsame Prädiktoren für die Zufriedenheit mit einer Zahnprothese. Insgesamt gesehen scheinen also für die Prothesenverträglichkeit jene Faktoren wichtig, deren prognostische Relevanz für die Adaptation an andere Erkrankungen bzw. medizinische Maßnahmen bereits ausgiebig belegt ist.

3.7 Spezifische Symptome

In der zahnärztlichen Praxis ist eine ganze Reihe von spezifischen Symptomen relevant, wie z. B. übersteigerter Würgereflex, Brechreiz, Zungenbrennen oder Geschmacksstörungen. Diese Symptome können oftmals Ausdruck von Angst oder Depressivität sein (vgl. MÜLLER-FAHLBUSCH, 1984; RÖSLER u. SZEWCZYK, 1987), mit den oben genannten Problemen verbunden sein (z. B. Ausdruck einer Prothesenunverträglichkeit) oder aber die Qualität eines Konversionssymptoms besitzen (vgl. Kap. II.B).

4. Psychotherapeutische Maßnahmen

4.1 Bedeutung der Zahnarzt-Patient-Beziehung

Wie in anderen medizinischen Disziplinen auch ist die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung von grundlegender Bedeutung für die Bewältigung psychosomatischer Probleme (vgl. Kap. III.A). In der Zahnmedizinischen Ausbildung wird auf diesen Aspekt immer noch zu wenig Wert gelegt, obwohl die positiven Effekte einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung mittlerweile gut belegt sind. Auch die Angst vor der zahnärztlichen Behandlung scheint stark abhängig vom Verhalten und der Persönlichkeit des Zahnarztes (INGERSOLL, 1987). Die Arzt-Patient-Beziehung ist ferner besonders relevant im Zusammenhang mit speziellen Patientengruppen (z. B. Kinder, ältere Menschen, «schwierige Patienten»; vgl. MAGRI u. SCHNELLER, 1985; RAITH u. EBENBECK, 1986; INGERSOLL, 1987; FISCH, 1989). Unter der Bezeichnung «zahnärztliche Psychagogik» haben MÜLLER-FAHLBUSCH und MARXKORS (1981) Kriterien für den «psychologisch richtigen Umgang» mit Patienten beschrieben (z. B. Merkmale der Gesprächsführung; schrittweise und sorgfältige Informationen über folgende Behandlungsschritte, besonders bei ängstlichen Patienten; das richtige Terminieren dieser Behandlungsschritte; die Gestaltung der Behandlungssituation und der Praxisräume usw.). Die Notwendigkeit einer psychosomatischen Kompetenz des Zahnarztes ist heute auch deswegen unumstritten, weil die meisten Patienten, ausgerichtet auf die Therapie somatischer Symptome, wenig Compliance zeigen, wenn eine Überweisung zum Nervenarzt oder Psychotherapeuten indiziert wird (vgl. DEMMEL, 1990). NEUHAUSER (1990) zufolge suchen nur 50 Prozent der durch den Zahnarzt überwiesenen Patienten wirklich einen Psychotherapeuten auf, weitere 50 Prozent davon brechen den Kontakt nach ein bis drei Gesprächen wieder ab. Die psychotherapeutischen Möglichkeiten in der Zahnarztpraxis sind aber verständlicherweise begrenzt (DEMMEL, 1990), weshalb eine Kooperation mit psychosomatischen Einrich-

tungen oder Psychotherapeuten oft unumgänglich bleibt (mögliche Kooperationsmodelle sind bei ERMANN u. NEUHAUSER, 1990, beschrieben).

4.2 Spezifische psychotherapeutische Maßnahmen

Wenngleich es kaum systematische Untersuchungen auf diesem Feld gibt, ist die erfolgreiche Durchführung (tiefenpsychologischer oder verhaltenstherapeutischer) psychotherapeutischer Maßnahmen im Zusammenhang mit den unter 3. beschriebenen Störungen mehrfach beschrieben worden (z. B. FLEISCHER-PETERS u. SCHOLZ, 1985). Für einzelne Probleme werden in der Literatur zudem spezielle therapeutische Maßnahmen empfohlen: Zur Bewältigung der Angst in der zahnärztlichen Behandlungssituation werden neben entspannungsinduzierenden Verfahren und Hypnose insbesondere verhaltenstherapeutische Methoden propagiert (vgl. Kap. III.E, G); MELAMED u. SIEGEL, 1980; RÖSLER u. SZEWCZYK, 1987; INGERSOLL, 1987). Den erfolgreichen Einsatz funktioneller Entspannung beschreiben FLEISCHER-PETERS u. SCHOLZ (1985) auch bei kieferorthopädischen Problemen. Psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Maßnahmen zur Schmerzbewältigung werden ausführlicher bei ERMANN u. NEUHAUSER (1990) dargestellt, psychologische Methoden zur Förderung der Compliance und des präventiven Verhaltens bei MELAMED u. SIEGEL (1980) oder INGERSOLL (1987). Die meisten kontrollierten Psychotherapiestudien liegen für die Behandlung von Parafunktionen, insbesondere des Bruxismus vor (Übersicht bei BISCHOFF u. SEIDEL, 1988). Hier haben sich vor allem Entspannungstraining, Hypnose, operante Interventionsmethoden (Selbstkontrolltechniken, massierte Übung) und der Einsatz von EMG-Biofeedback bewährt.

4.3 Hilfen bei der Erkennung von psychosozialen Einflußfaktoren

Insbesondere durch eine adäquate Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung besitzt der Zahn-

arzt eine Reihe von Möglichkeiten, auf psychosomatische Faktoren einzugehen und z. B. Problempatienten frühzeitig zu erkennen. In der Literatur finden sich zudem spezifische Vorschläge, wie sich die psychosoziale Bedingtheit von einzelnen Symptomen besser abschätzen läßt. Zu nennen sind hier vor allem die Kriterien, die MÜLLER-FAHLBUSCH (1984) formulierte (vgl. Tab. 2). Zu Recht wurden von einigen Autoren Erweiterungen dieser Kriterien vorgeschlagen; so empfehlen RÖSLER u. SZEWCZYK (1987), die Lebensgeschichte des Patienten genauer abzufragen, seine oder ihre bisherigen Erfahrungen mit der Verarbeitung von Konflikten und Krankheiten (inkl. den möglichen sekundären Krankheitsgewinn) und einen Vergleich der Beschwerdeschilderung und objektiver Beschwerden vorzunehmen. Eine Orientierung an derartigen Schemata kann sicherlich nur einen Anhalt geben und unter Umständen zur Auswahl jener Patienten beitragen, die im Zweifelsfall an einen psychotherapeutisch geschulten Spezialisten überwiesen werden sollten.

Table 2: Kriterien zur Abschätzung psychosozialer Bedingtheit von zahnmedizinischen Problemen. (Nach MÜLLER-FAHLBUSCH, 1984).

1. Auffällige Diskrepanz zwischen Befund und Befinden.
2. Auffällige (und ungewöhnliche) Fluktuation der Beschwerden.
3. Erfolglosigkeit von Maßnahmen, die üblicherweise helfen (Diagnose ex non iuvantibus).
4. Mitbeteiligung der Persönlichkeit (i. e. «Verbindung» der Person mit ihren Beschwerden).
5. Koinzidenz und Konkordanz des Beginns bzw. Verlaufs der Beschwerden mit biographischen bzw. aktuellen Belastungen.

4.4 Hilfen für den Zahnarzt

Eine Reihe von Untersuchungen der letzten Zeit haben gezeigt, daß die Zahnärzte selbst von psychosozialen Problemen berichten, die mit speziellen beruflichen Belastungen verknüpft sind. Den Untersuchungen von INGERSOLL (1987) oder HUPPMANN und WINDELS (1990) zufolge stehen dabei allge-

meine Kommunikationsprobleme mit den Patienten, die Patientencompliance, der Umgang mit Kindern und ängstlichen Patienten mit an der ersten Stelle. Viele Ärzte äußerten den Wunsch nach psychologischer Unterstützung. Es sollte deshalb nicht unerwähnt bleiben, daß für den Zahnarzt eine Reihe von Möglichkeiten zur Verfügung steht, seine psychosoziale Kompetenz zu erweitern und die eigene Belastung, die durch «Praxisstreß» und den Umgang mit teilweise schwierigen Patienten entsteht, zu reduzieren. Die Möglichkeit der Teilnahme an BALINT-Gruppen (vgl. Kap. III.B) sei hier explizit genannt.

Literatur

- BECK D: Das Koryphäenkiller-Syndrom. Dtsch Med Wschr 102, 303–308, 1977
- BISCHOFF C, SEIDEL I: Behandlung von diurnalem Bruxismus mit EMG-Biofeedback im Feld. Prax Klin Verhaltensmed Rehab 2, 101–111, 1988
- DEMMELE HJ: Psychotherapeutische Möglichkeiten in der zahnärztlichen Praxis. In ERMANN M, NEUHAUSER W (Hrsg.) Der orofaziale Schmerz, S. 51. Quintessenz, Berlin 1990
- EGLER UT: Zusammenarbeit zwischen Zahnmedizin und Psychosomatik – Nutzen und Schwierigkeiten aus der Sicht des Psychosomatikers. In ERMANN M, NEUHAUSER W (Hrsg.) Der orofaziale Schmerz, S. 13. Quintessenz, Berlin 1990
- ERMANN M, NEUHAUSER W (Hrsg.): Der orofaziale Schmerz. Quintessenz, Berlin 1990
- FISCH M: Psychologische und psychosomatische Aspekte in der Zahnmedizin. In LUBAN-PLOZZA B, PÖLDINGER W, KRÖGER F (Hrsg.) Der psychosomatisch Kranke in der Praxis, S. 133. Springer, Heidelberg 1989
- FLEISCHER-PETERS A, SCHOLZ U: Psychologie und Psychosomatik in der Kieferorthopädie. Hanser, München 1985
- HABERMAS T, ROSEMEIER HP: Auf dem Wege zu einer zahnmedizinischen Psychologie. Jahrb Med Psychol 1, 247–260, 1988
- HUPPMANN G, WINDELS K: Psychosoziale Probleme in der Zahnarztpraxis. Mensch Med Gesellsch 15, 165–169, 1990
- INGERSOLL BD: Psychologische Aspekte der Zahnheilkunde. Quintessenz, Berlin 1987
- LAMPRECHT F, DEMMELE HJ, RIEHL A: Psychosomatische Befunde bei orofacialem Schmerzsyndrom. Z Psychosom Med Psychoanal 32, 382–393, 1986
- MAGRI F, SCHNELLER T: Psychologische Maßnahmen in der Zahnheilkunde. In BASLER HD, FLORIN I (Hrsg.) Klinische Psychologie und körperliche Krankheit, S. 248. Kohlhammer, Stuttgart 1985
- MARXKORS R, MÜLLER-FAHLBUSCH H: Psychogene Prothesenunverträglichkeit. Hanser, München 1976
- MELAMED BG, SIEGEL LJ: Psychological treatment in dental patients. In MELAMED BG, SIEGEL LJ: Behavioral medicine, p. 274. Springer, New York 1980
- MÜLLER-FAHLBUSCH H: Psychosomatik in der Zahnheilkunde. In Praxis der Zahnheilkunde, S. 1. Urban & Schwarzenberg, München 1984
- MÜLLER-FAHLBUSCH H, MARXKORS R: Zahnärztliche Psychagogik. Hanser, München 1981
- NEUHAUSER W: Probleme der Diagnostik, Überweisung und Behandlungseinleitung aus zahnärztlicher Sicht. In ERMANN M, NEUHAUSER W (Hrsg.) Der orofaziale Schmerz, S. 19. Quintessenz, Berlin 1990
- RAITH E, EBENBECK G: Psychologie für die zahnärztliche Praxis. Thieme, Stuttgart 1986
- RIZZARDO R, BORGHERINI G, CAPPELLETTI L: Illness behaviour and anxiety in dental patients. J Psychosom Res 35, 431–435, 1991
- RÖSLER HD, SZEWCZYK H: Spezielle medizinische Psychologie für die Stomatologie. In RÖSLER HD, SZEWCZYK H (Hrsg.) Medizinische Psychologie – ein Lehrbuch, S. 298. Verlag Volk und Wissen, Berlin 1987
- RUGH JD, ROBBINS JW: Orale Gewohnheiten. In INGERSOLL BD (Hrsg.) Psychologische Aspekte der Zahnheilkunde, S. 175. Quintessenz, Berlin 1987
- SCHICKE RK: Sozialmedizinische Aspekte der Zahnheilkunde. Schattauer, Stuttgart 1984
- SCHNELLER T, BAUER R, MICHEELIS W: Psychologische Aspekte bei der zahnprothetischen Versorgung. Deutscher Ärzte Verlag, Köln 1986
- WINNBERG G, FORBERGER E: Psychologie in der Zahnarztpraxis. Hüthig, Heidelberg 1983