



A. Wolowski

A. Wolowski

## Funktionsdiagnostik unter psychosomatischen Aspekten

Muskuloskelettaler Schmerz ist das Leitsymptom von Myoarthropathien im Kiefer-Gesichtsbereich. Da Schmerz sowohl somatische als auch psychische wie soziale Ursachen haben kann, müssen im Rahmen der Diagnostik diese drei Aspekte zuverlässig abgeklärt werden. Standardisierte Fragebögen sind als Screeningverfahren zum Aufzeigen erster Hinweise psychosozialer Einflussfaktoren sinnvoll. Sie ersetzen jedoch nicht ein ärztliches Gespräch. Der Zahnarzt als erster Ansprechpartner dieser Patienten muss im strukturierten Gespräch ein umfassendes Bild der Beschwerden vor dem biographischen Hintergrund erstellen und ein Einsehen für psychosoziale Einflussfaktoren beim Patienten erwirken. Erst auf dieser Basis lässt sich ein erfolgversprechendes Therapiekonzept erarbeiten.

**Schlüsselwörter:** CMD, Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell, Anamneseerhebung

### Weshalb ist eine psychosomatische Diagnostik notwendig?

Es ist bis heute keineswegs selbstverständlich, dass im Rahmen funktionsdiagnostischer Maßnahmen auch psychosomatische Aspekte berücksichtigt werden. Ein wesentlicher Grund dafür ist die Unsicherheit bezüglich der unterschiedlichen Ursachen und deren Bedeutung angesichts von Funktionsstörungen im Bereich des Kauorgans. Dies zeigt allein eine Vielzahl von nicht synonymen Begriffen für ein und dasselbe Phänomen, welches schließlich 2002 durch die Internationale Gesellschaft zum Studium des

### Functional diagnosis taking account of psychosomatic symptoms

Musculoskeletal pain is a cardinal symptom of myoarthropathy in the jaw-facial region. Since pain can have somatic, psychological and social causes, these three factors have to be determined when making a diagnosis. Standardised questionnaires may be useful as a screening method to identify the first manifestations of psychosocial influencing factors. However, these are not meant to replace a medical consultation. As a first point of contact and within a structured consultation, the dentist must draw up a comprehensive picture of the symptoms for these patients, against their biographical background, and gain an understanding of the psychosocial influencing factors affecting the patient. Only then can a successful and effective treatment be devised.

**Keywords:** CMD, bio-psycho-social disease, anamnesis

Schmerzes (IASP) „... als eine Gruppe von verwandten Schmerzzuständen in den Kaumuskeln, dem Kiefergelenk und assoziierten Strukturen in Form muskuloskelettaler Schmerzen“ definiert wurde [15]. Das bedeutet, dass der Schmerz als Leitsymptom von behandlungsbedürftigen orofazialen Funktionsstörungen gesehen wird, was keineswegs verwunderlich ist, da Funktionsstörungen/Einschränkungen alleine nicht zwangsläufig mit so starkem Leidensdruck verbunden sein müssen, dass ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wird. Schmerz als Warnsignal hingegen veranlasst die Betroffenen, der Ursache auf den Grund zu gehen, damit Heilung im Sinne von Symptomfreiheit

herbeigeführt wird. Epidemiologische Daten bestätigen das. So haben schätzungsweise 60 – 70 % Menschen orofaziale Funktionsstörungen jeglicher Art zu irgendeinem Zeitpunkt ihres Lebens [3, 7, 13]. Behandlungsbedarf dieser Störungen und damit die Notwendigkeit diagnostischer Maßnahmen liegt in Deutschland aber nur etwa bei 3 %. Innerhalb dieser 3 % überwiegen die Frauen, was daran liegen mag, dass die Schmerzschwelle bei Frauen sowohl bei elektrischer als auch bei Druckstimulation im Bereich der Kaumuskeln niedriger liegt als bei Männern [12, 14]. Für diese geschlechtsspezifischen Unterschiede werden u. a. psychosoziale Einflüsse verantwortlich gemacht. Dass diese in jedem Fall eine Rolle spielen, zeigten Ergebnisse einer Studie von Turk et al. [16]. Sie konnten nachweisen, dass durch eine Kombinationsbehandlung bestehend aus lokal zahnmedizinischer Behandlung der Funktionsstörung und Stressmanagement ein schneller Behandlungseffekt mit Hilfe der Schiene und eine langfristig stabile Schmerzreduktion durch die psychologische Betreuung erzielt werden konnte. So schließt die Definition des Schmerzes der Internationalen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes ausdrücklich psychosoziale Faktoren ein: „Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserleben, das mit einer aktuellen oder potenziellen Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen beschrieben wird“. Das bedeutet, dass Schmerz nicht einseitig auf eine somatische Dimension zurückgeführt werden darf, sondern auch die psychische und soziale Dimension im Sinne der „interagierenden dualistischen“ Einheit nach Melzack und Wall [11] berücksichtigt werden müssen. Unter der psychischen Dimension sind die Persönlichkeit des Betroffenen, dessen Erfahrungen und biographischer Hintergrund zu verstehen. Die soziale Dimension ist u. a. geprägt durch den Einfluss beruflicher und sozialer Probleme [2]. Daraus ergibt sich als Konsequenz für die Diagnostik, dass angesichts von Schmerzen alle drei Dimensionen erfasst werden müssen. In der Primärversorgung muss dieses in der diagnostischen Phase allein vom Zahnarzt geleistet werden.

### Wie kann der bio-psychosoziale Hintergrund erfragt werden?

Patienten suchen die zahnärztliche Praxis in Erwartung einer somatischen Behandlung auf. Sie sind in der Regel nicht darauf vorbereitet, dass etwas über ihren biographischen Hintergrund von Interesse für Diagnose und Therapie sein könnte. Daher wäre es trotz aller Offensichtlichkeit für solche Einflussfaktoren ausgesprochen kontraproduktiv, diese Aspekte gleich zu Beginn zu vertiefen. Der Patient sollte vielmehr dort abgeholt werden, wo er auf Hilfe wartet. Da ohnehin eine sinnvolle Einschätzung psychosozialer Einflussfaktoren nur auf der Basis zuverlässiger somatischer Daten möglich ist, sollten diese sowie die spezielle Beschwerdeanamnese, die die Basis für die somatische Diagnostik ist, zunächst im Vordergrund stehen. Wichtig ist es, den Zeitrahmen für die Untersuchung und das Gespräch vorher festzulegen und dem Patienten mitzuteilen. Das vermeidet, dass Patienten aufgrund vorheriger

Erfahrungen, dass in der Regel zu wenig Zeit zur Verfügung steht, zu hektisch erzählen. Andererseits sind für jene, die dazu neigen, ausufernd zu berichten, die Rahmenbedingungen klar definiert, was u. a. für den Zahnarzt entlastend ist, weil sein Tagesplan mit nachfolgenden Terminen nicht durcheinander gerät. Eine eher betont beschwerdezentrierte Frageweise in dem Sinne, wie und auf welche Bereiche des Lebens sich die Beschwerden auswirken, ist gerade in dieser sensiblen Anfangsphase unverfänglich und bietet in der Regel Anknüpfungspunkte für die vertiefte psychosomatische Anamneseerhebung im Sinne von Engel [5]. Dabei sollte jeder Zahnarzt eine „Checkliste“ vor Augen haben, deren Punkte letztendlich abgearbeitet werden müssen, ohne dass der Verlauf des Gesprächs dem Diktat dieser Liste unterliegt. Durch offene Fragen sollte der Patient zum Erzählen animiert werden. Nachfragen zu Unklarheiten, Widersprüchen oder offensichtlich fehlenden Informationen halten das Gespräch in Gang und ergänzen nach und nach das Bild. Als Leitfaden für ein normales, aber dennoch strukturiertes Patientengespräch bietet sich die in Mainz entwickelte „strukturierte biographische Anamnese“ (MSBA) an [4, 6]. Aus den in acht Abschnitten eingeteilten vorformulierten Fragevorschlägen sind die ersten sechs Aspekte „Beschwerdeentwicklung, Symptomabklärung, Altanamnese, Familienanamnese, jetzige Lebenssituation und berufliche Situation“ relevant. Für alle Beteiligten und zur Vermeidung von Missverständnissen sollte das Gesprächsergebnis abschließend zusammengefasst werden.

Nun fühlen sich gerade Zahnärzte mangels Ausbildung in diesem Bereich unsicher, was den Wunsch nach standardisierten Fragebögen erklärt, die der Patient selbst ausfüllt und deren Auswertung ein Hinweis darauf gibt, ob eine verstärkt psychosoziale Komponente für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Beschwerden verantwortlich ist. Speziell für Patienten mit Myoarthropathien im Kiefer-Gesichtsbereich wurde in Form des Research Diagnostic Criteria (RDC/TMD-G) [10] ein solches umfassendes „Diagnoseinstrument“ erstellt. Mit Hilfe visueller Analogskalen sollen Patienten ihre aktuellen Beschwerden, bezogen auf einen Zeitraum von sechs Monaten, einschätzen. Beschwerdebedingte Beeinträchtigungen und eine sehr detaillierte Abfrage zur Beschwerdeart/Lokalisation ergänzen im Sinne von Engel die „Landkarte der Beschwerden“. Empfohlen wird weiterhin, Depressionsskalen und Beschwerdelisten zur Einschätzung einer depressiven Verstimmung vom Patienten ausfüllen zu lassen. Der Vorteil solcher Fragebögen ist, dass in angemessener Zeit im Sinne eines Screeningverfahrens umfassende Informationen gesammelt werden, die auch erste Hinweise auf mögliche Probleme und den Stellenwert der Beschwerden geben. Der Einsatz solcher Bögen birgt allerdings auch einige Risiken in sich. Zum Beispiel ermüdet ein standardisiertes Abfragen den Patienten. Wird der Bogen in Abwesenheit des Behandlers ausgefüllt, dann ist das Risiko groß, dass die Fragen mit begleitenden Personen, die bei Patienten mit hohem Leidensdruck geradezu selbstverständlich anwesend sind, diskutiert werden und sich dadurch ein ver-

fälschtes Bild ergibt. Ja/Nein-Antwort-Alternativen werden nicht zuverlässig ehrlich beantwortet. Beim schwerpunktmäßigen Einsatz von Fragebögen bleibt eine Distanz zwischen Arzt und Patient. Dagegen kann durch das gemeinsame Erarbeiten der unterschiedlichen Aspekte im Gespräch die Arzt-Patienten-Beziehung reifen.

Es macht daher Sinn, beide „Methoden“ einander ergänzend einzusetzen. Das Gespräch hat zur Erfassung der individuellen Persönlichkeit des Patienten und zum Aufbau einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung oberste Priorität und sollte von jedem Zahnarzt professionell beherrscht werden. Fragebögen sollten unterstützend eingesetzt werden. Neben ersten Hinweisen auf unterschiedliche Einflussfaktoren sind sie auch zur Therapiekontrolle bei wiederholtem Einsatz von großem Wert.

## Welche Informationen sind wichtig?

Im Rahmen der zunächst notwendigen speziellen Beschwerdeanamnese muss ein möglichst vollständiges Symptombild erarbeitet werden. Dazu gehören die genaue Lokalisation, Art, Intensität, Beginn, zeitliche Abhängigkeiten, modellierende Faktoren, gegebenenfalls Art und Zeitpunkt von Veränderungen, Begleitsymptome, bisherige Therapieversuche, frühere Beschwerden und deren Verlauf. Tabellen, wie sie von *Adler et al.* [1] auf der Basis von Interviews erstellt wurden, helfen bei der ersten Interpretation der Angaben bzw. Interpretation der Art und Weise der Beschwerdeschilderung. Ein eventuell bestehendes „Krankheitsmodell“ in dem Sinne, welche Ursachen der Patient für die Beschwerden verantwortlich macht, welche Zusammenhänge er selbst herstellt, sollten ebenso in Erfahrung gebracht werden wie der Umgang des Patienten mit der Krankheit und die Reaktion/Unterstützung des sozialen Umfeldes. Aktuelle Lebensumstände müssen ermittelt werden. Frühere belastende Situationen müssen mit möglichst genauer Zeitangabe erfragt werden. Anhand der vorher ermittelten Daten und Fakten zum Beschwerdebeginn und -verlauf lassen sich zeitliche Zusammenhänge aufdecken, ohne dass der Betroffene direkt danach gefragt werden muss. Oft sind Betroffene gar nicht in der Lage, diese Zusammenhänge selbst zu erkennen, weil sie durch die Symptome für sie offensichtlich unlösbare Konflikte verdrängen.

Hinweise auf eine Chronizität der Beschwerden können in dem Zusammenhang der Frage nach Auswirkungen der Beschwerden auf den Alltag und die Reaktion anderer auf die Situation abgeschätzt werden. So stellten *Hoffmann* und *Franke* [8] dar, dass Betroffene ein Symptom als unbewusste Stabilisierung oder Entlastung erleben können (primärer Krankheitsgewinn) oder dass durch die Erkrankung eine soziale Verstärkung durch Partner oder die Zuwendung Dritter erlebt wird, was sich symptomhaltend auswirkt (sekundärer Krankheitsgewinn). Dies hat besonders für die prognostische Einschätzung Bedeutung. So wirkt sich auch ein rein somatisch orientiertes

Krankheitsverständnis negativ im Sinne einer verstärkten Chronizität aus.

## Fazit

Psychosomatische Faktoren beeinflussen mehr oder weniger stark die Entstehung, den Verlauf und die Bewältigung jeder Krankheit. Die ärztliche – durchaus erlernbare – Kunst besteht darin, alle einzelnen Puzzelteile aufzudecken, Zusammenhänge zu begreifen und dieses den Betroffenen zu vermitteln. DZZ

## Literaturverzeichnis

- Adler RH, Zamboni P, Hofer T et al: Die somatische Nadel im Heuhafen des chronischen Schmerzes. In Adler RH: Psychosomatik als Wissenschaft. Schattauer, Stuttgart 2000
- Beyeler KL, Adler RH, Hürry C: Die IASP-Klassifikation für Schmerzen und das bio-psycho-soziale Modell der Medizin. *Europ J Pain*, 12, 54-57 (1991)
- Drangsholt M, Le Resche L: Temporomandibular disorder pain. In Combie, IA, Croft PR, Linton S, Le Resche L, von Korff M (Hrsg): Epidemiology of pain. IASP Press, 1999, 202-233
- Egle, UT: Biographische Anamnese. In Egle UT, Hoffmann SO, Lehmann KA, Nix WA (Hrsg): Handbuch chronischer Schmerz. Schattauer, Stuttgart 2003, 198-213
- Engel GL: The clinical application of the biopsychosocial model. *Amer J Psychiat*, 137, 535-544 (1980)
- Hardt J: Psychometrische Verfahren und standardisierte Interviews als Ergänzung zur schmerztherapeutischen Diagnostik. In Egle UT, Hoffmann SO, Lehmann KA, Nix WA (Hrsg): Handbuch chronischer Schmerz. Schattauer, Stuttgart 2003, 198-213
- Helkimo M: Studies on function and dysfunction of the masticatory system. II. Index for anamnestic and clinical dysfunction and occlusal state. *Swed Dent J* 67, 101-121 (1974)
- Hoffmann SO, Franke TW: Der lange Weg in die Schmerzkrankheit. Faktoren der Chronifizierung. In Egle UT, Hoffmann SO, Lehmann KA, Nix WA (Hrsg): Handbuch chronischer Schmerz. Schattauer, Stuttgart 2003, 150-161
- John M, Wefers KP: Orale Dysfunktionen bei den Erwachsenen. In Micheelis W, Reich E (Hrsg): Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie. Dtsch Ärzte-Verlag, Köln 1999, 316-329
- John MT, Hirsch C, Reiber T, Dworkin S: Translating the research criteria for temporomandibular disorders into german: evaluation of content and process. *J Orofac Pain* 20, 43-52 (2006)
- Melzack R, Wall PD: Pain mechanism: a new theory. *Science* 150, 971-979 (1965)
- Maquet D, Croisier JL, Demoulin C, Crielaard JM: Pressure pain thresholds of tender point sites in patients with fibromyalgia and in healthy controls. *Eur J Pain* 8, 111-117 (2004)
- Mohlin Q: Prevalence of mandibular dysfunction and relation between malocclusion and mandibular dysfunction in a group of women in Sweden. *Europ Orthod* 4, 115-123 (1983)
- Summ O, Çolak-Ekici R, Dirkwinkel M, Giese-Plogmeier B, Wolowski A, Evers S: Sex differences in the trigeminal and peripheral pain perception. *Cephalgia* 27, 610 (2007)
- Svensson P: Orofacial musculoskeletal pain. In Giambardino MA (Hrsg): Pain 2002 – An Updated Review. IASP Press, Seattle 2002, 447-458
- Turk DC, Zaki HS, Rudy TE: Effects of intraoral appliance and biofeedback/stress management alone and in combination in treating pain and depression in patients with temporomandibular disorders. *J Prosthet Dent*, 70, 158-164 (1993)

## • Korrespondenzadresse:

**Priv.-Doz. Dr. A. Wolowski**  
 Universitätsklinikum Münster  
 Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
 Prothetische Abteilung  
 Waldeyerstraße 30  
 48149 Münster  
 E-Mail: wolowsk@uni-muenster.de