

Psychosomatik und Psychopathologie in der truppenzahnärztlichen Praxis

Von Th. Wietzorke

Psychosomatik und Psychopathologie sind Themenbereiche, die für die truppenzahnärztliche Praxis von wesentlicher Bedeutung sind. Dies beweist eine 6monatige Untersuchung an 450 Luftwaffensoldaten: 14% der untersuchten Soldaten wiesen dabei zahnmedizinisch relevante psychosomatische Befunde auf.

Beeindruckend ist bei diesen Patienten der große Anteil mit übergroßer Angst (41,3%) und mit Myoarthropathien (39,7%). Bedeutsam ist ebenfalls das Auftreten von psychogenen Prothesenunverträglichkeiten bei zeitlichem Zusammentreffen von besonderen biographisch-situativen Ereignissen und der Eingliederung eines neuen Zahnersatzes.

Besonders schwierig gestaltet sich die Therapie der Patienten mit vorwiegend psychogenen Krankheitsfaktoren.

Aus der genauen Analyse aller Fälle läßt sich eine Vielzahl spezieller Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie psychosomatisch erkrankter Soldaten in der truppenzahnärztlichen Praxis geben.

Der Komplex der Psychopathologie und Psychosomatik ist ein Themenbereich, der auf den ersten Blick mit der Sprechstunde des Truppenzahnarztes keine Berührungspunkte zu haben scheint. Zwar hat es sich im Laufe der letzten Jahre herumgesprochen, daß auch im Bereich der Zahnmedizin die Psyche des Patienten nicht zu vernachlässigen ist; aber handelt es sich dabei nicht um einige wenige interessante Fälle in den Zahnkliniken und ein paar schwierige Patienten in der zivilen Praxis?

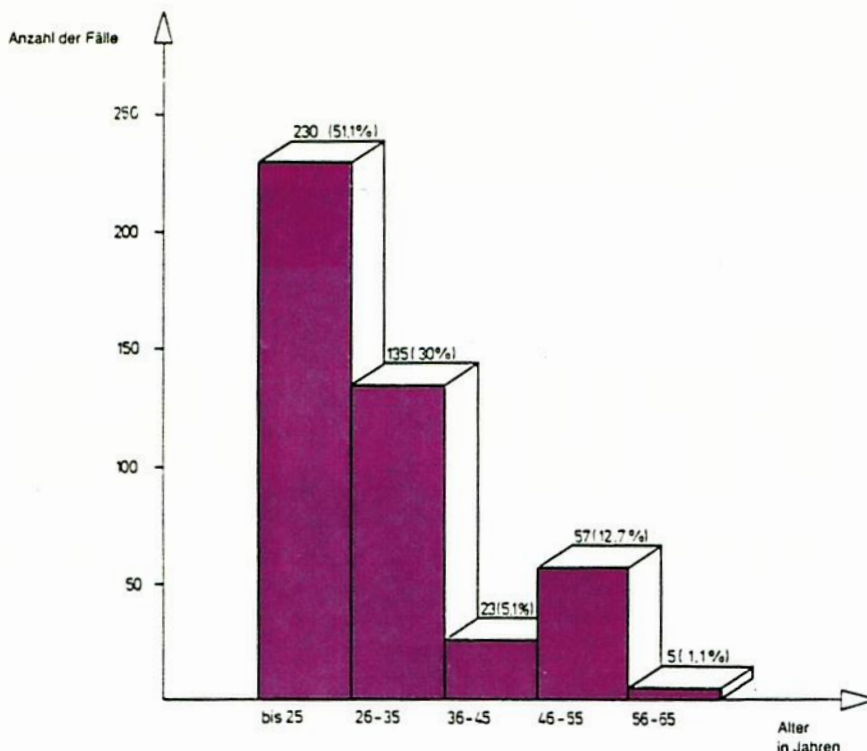
Material und Methode

Ob darüber hinaus die Thematik der Psychopathologie und Psychosomatik auch in einer Bundeswehrzahnarztpraxis von Bedeutung ist, war die Fragestellung einer Untersuchung, die im Jahre 1987/88 an 450 Soldaten der Luftwaffe in Münster von mir durchgeführt wurde (12).

Untersucht wurden Soldaten aller Altersgruppen, wobei Bw-spezifisch mehr jüngere als ältere Patienten untersucht wurden (siehe Abb. 1).

Die Untersuchung erfolgte anhand der 5 Fragen von Prof. Müller-Fahlbusch zur Stellung der Verdachtsdiagnose einer psychosomatischen Erkrankung (8) (Abb. 2 und 3).

Stellte sich beim Vergleich der Antworten auf die Fragen 1 bis 3 mit dem erhobenen Befund eine Diskrepanz zwischen Befund und Befinden dar, so wurde mittels der Fragen 4 und 5 eine sorgfältige biographische Anamnese erhoben.



Fünf Kriterien

1. Diskrepanz zwischen Deskription der Beschwerden und anatomischen Grenzen.
2. Diskrepanz zwischen Chronologie der Beschwerden und den aus klinischer Erfahrung bekannten Verläufen.
3. „Ex non iuvantibus“.
4. Ungewöhnliche Mitbeteiligung des Patienten am Krankheitsgeschehen.
5. Koinzidenz von biographisch-situativem Ereignis und Beginn der Beschwerden.

Abb. 2: Fünf Kriterien zur Stellung der Verdachtsdiagnose einer psychosomatischen Erkrankung (10).

Fünf Fragen

1. „Was führt Sie zu mir?“ „Bitte beschreiben Sie mir Ihre Beschwerden genau.“
2. „Seit wann haben Sie diese Beschwerden und wie sind sie seither verlaufen?“
3. „Was wurde gemacht?“ „Hat es denn geholfen?“
4. „Haben Sie in der angegebenen Zeit auch andere Beschwerden gehabt?“ „Waren Sie früher oft krank?“
5. „Hat sich in Ihrem Leben irgend etwas geändert in der Zeit, als die Beschwerden begonnen haben?“

Abb. 3: Richtige Fragestellung zu den fünf Kriterien.

Ergebnisse und Daten

Die Untersuchung ergab, daß 14% aller befragten Soldaten, also 63 der 450 Patienten, an einer zahnmedizinisch relevanten psychosomatischen Erkrankung litten. Die genaue Auswertung der Ergebnisse zeigt, daß sowohl mit zunehmendem Alter als auch mit zunehmendem Dienstgrad die Zahl der psychosomatisch erkrankten Patienten zunimmt (Abb. 4 und 5).

Die 63 psychosomatisch erkrankten Soldaten lassen sich auf 4 Diagnosegruppen verteilen (Abb. 6):

Die größte Gruppe mit 41,3% stellt die Gruppe der Patienten mit übergroßer Angst dar. Fast ebenso groß ist die Gruppe der Patienten mit Myoarthropathien mit 39,7%. Deutlich geringer ist die Anzahl der Patienten mit psychogenen Prothesenunverträglichkeiten (9,0%). Ebenfalls unter 10% liegt

das Aufkommen der letzten Gruppe: Patienten mit vorwiegend psychogenen Krankheitsfaktoren.

Im folgenden sollen die einzelnen Diagnosegruppen etwas näher betrachtet werden.

Übergroße Angst

Die übergroße Angst ist ein Phänomen, das vorwiegend bei jüngeren Patienten, die in den niedrigeren Dienstgradgruppen sind (Tab. 1 und 2), vorgefunden wird. Die Patienten lassen ihr Gebiß oft jahrelang verfallen und nehmen Schmerzen sowie Probleme mit dem Partner in Kauf, nur um nicht zum Zahnarzt zu müssen.

Als angstauslösender Faktor stehen traumatische Kindheits- oder Jugenderlebnisse mit über 75% an der Spitze (Abb. 7).

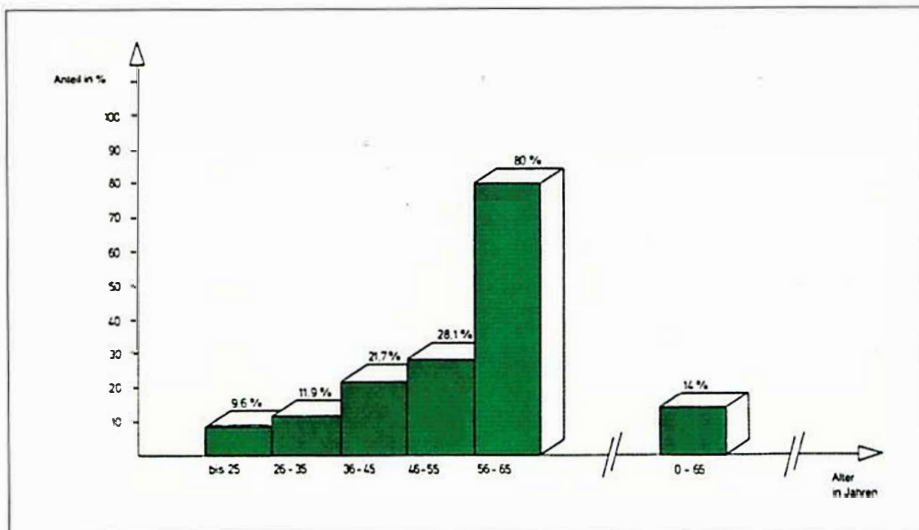
Dieses Ergebnis deckt sich auch mit Untersuchungen von BÖNNINGHOFF (1) und SCHULTE (11).

Wehrmedizinisch bedeutsam ist darüber hinaus, daß jeder vierte Patient als angstauslösendes Moment den dauernden Wechsel der Truppenzahnärzte angab.

Besonders wichtig für die Therapie dieser Patienten ist der erste Arzt-Patienten-Kontakt. Der Behandler muß die Chance der ersten Begegnung nutzen, um spätere Komplikationen zu verhindern. Die Angst sollte im Arzt-Patienten-Gespräch nicht tabuisiert werden, sondern sie sollte vielmehr durch Schilderungen der Angst und Sprechen über ihre Ursachen neutralisiert werden (3). Bei den Gesprächen sollte der Zahnarzt die Funktion des guten Zuhörers einnehmen.

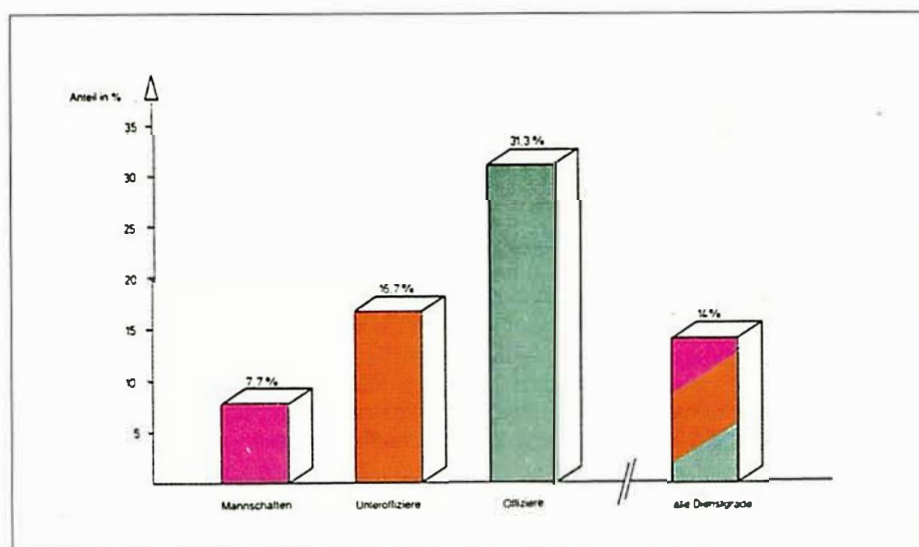
Tab. 2: Anteil der Angstpatienten an den psychosomatisch Erkrankten

Dienstgradgruppe	Anzahl	Anteil in %
Mannschaften	10 von 16	62,5
Uffz. o. P.	8 von 11	72,7
Uffz. m. P.	7 von 20	35,0
Offiziere	1 von 16	6,3
alle Dienstgrade	26 von 63	41,3



▲ Abb. 4: Altersgruppenverteilung der psychosomatisch erkrankten Soldaten.

Abb. 5: Dienstgradgruppenverteilung der psychosomatisch kranken Soldaten.



Tab. 1: Anteil der Angstpatienten an den psychosomatisch Erkrankten (der jeweiligen Altersgruppe)

Alter	bis 25	26-35	36-45	46-55	56-65	0-65
Anzahl	13 von 22	10 von 16	0 von 5	3 von 16	0 von 4	26 von 63
Anteil in %	59,1	62,5	0,0	18,8	0,0	41,3

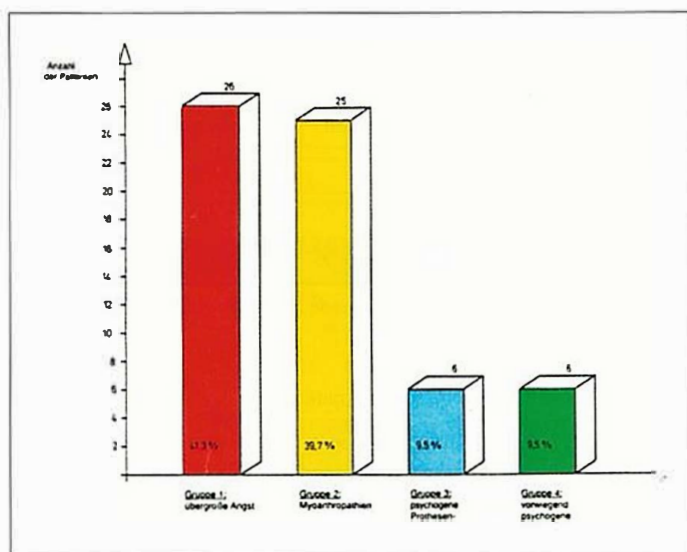


Abb. 6: Verteilung der psychosomatisch erkrankten Patienten auf 4 Diagnosegruppen.

Der Angelpunkt zur Bewältigung der Patientenangst ist das menschliche Verhalten des Zahnarztes und seines Teams gegenüber dem Patienten. Darüber hinaus einige spezielle Empfehlungen für den Bereich der Bundeswehrmedizin: Sehr bewährt haben sich informative Unterrichte in Form eines Diavortrages zum Themenkomplex Mundhygiene und Prophylaxe. Anhand der Dias können die Soldaten gezielte Fragen stellen und es entstehen Gespräche, an die dann auch viele ängstliche Soldaten bei ihrer späteren Behandlung anknüpfen können.

Ein typisches Fallbeispiel für übergroße Angst ist der Gefreite A. Schon zu Beginn seines ersten Besuches berichtete er: „Ich habe zwar totale Angst, aber jetzt habe ich tolle Schmerzen, und ein Kumpel hat gesagt, zu Ihnen könne man gehen.“



Abb. 8: Gebißzustand des Gefreiten A. vor der Behandlung.



Abb. 9: Gebißzustand des Gefreiten A. vor der Behandlung - Beläge mit Erythrosin angefärbt.



Abb. 10: Gebißzustand des Gefreiten A. nach der Oberkiefersanierung durch Kunststofffüllungen.



Abb. 11: Angefärbter Gebißzustand des Gefreiten A. nach der Oberkiefersanierung.

	Anzahl	Prozent		Anzahl	Prozent
1. Traumatische Kindheits- oder Jugenderlebnisse beim Zahnarzt	20	76,9	5. Zahnschmerzen	3	11,5
2. Dauernd wechselnde Zahnärzte bei der Bundeswehr	7	26,9	6. Extraktion	3	11,5
3. Wurzelkanalbehandlung	5	19,2	7. Bohren	2	7,7
4. Angst vor dem Zahnarzt selbst	4	15,4	8. Anblick der zahnärztlichen Instrumente	2	7,7
			9. Gedanke an den Zahnarztbesuch tags zuvor	2	7,7
			10. Spritze	1	3,8
			11. Geruch der Zahnarztpraxis	1	3,8

Abb. 7: Häufigkeitsverteilung angstauslösender Momente.

Seit 5 Jahren war der Patient nicht mehr beim Zahnarzt, und er berichtete bei der Anamnese von einer Vielzahl schrecklicher Zahnarztlebnisse im Kindes- und Jugendalter. Imponierend war bei der Befundung auch der API mit 100% und der Sulcus-Blutungs-Index in der gleichen Höhe. Zur Mundhygiene berichtet der Gefreite: „Seit einem halben Jahr habe ich Zahnschmerzen beim Putzen, seitdem putze ich gar nicht mehr (Abb. 8 und 9).“

Es folgte ein langes Gespräch über die Angst, über die Möglichkeiten der heutigen Lokalanästhesie und eine massive Aufklärung zur Mundhygiene. Danach wurden

6 Wochen lang 2 Termine pro Woche angesetzt, um das Gebiß wieder herzustellen. Die Zahnarztangst war so groß, daß der Gefreite zu 2 Terminen an seinem Dienstposten erneut zum Kommen motiviert werden mußte. Nach der abgeschlossenen OK-Sanierung bat mich der Soldat stolz, doch nochmals seine Zähne anzufärben, da er sich

mittlerweile immer viel Mühe beim Putzen gäbe. Das gute Ergebnis zeigen die Aufnahmen in Abb. 10 und 11.

Myoarthropathien

Der Umgang mit Patienten der zweiten Diagnosegruppe, den Myoarthropathien, stellt sich vergleichsweise deutlich schwieriger dar. Altersmäßig handelt es sich bei ihnen im wesentlichen um Soldaten zwischen dem 35. und 55. Lebensjahr. Betrachtet man die Dienstgradverteilung, so fällt auf, daß das Phänomen der Myoarthropathien offenbar mit zunehmendem Dienst-

Tab. 4: Anteil der Myoarthropathienpatienten an den psychosomatisch Erkrankten

Dienstgradgruppe	Anzahl	Anteil in %
Mannschaften	3 von 16	18,8
Uffz. o. P.	3 von 11	27,3
Uffz. m. P.	8 von 20	40,0
Offiziere	11 von 16	68,8
alle Dienstgrade	25 von 63	39,7

Tab. 3: Anteil der Myoarthropathien an den psychosomatisch Erkrankten

Alter	bis 25	26-35	36-45	46-55	56-65	0-65
Anzahl	6 von 22	5 von 16	3 von 5	10 von 16	1 von 4	25 von 63
Anteil in %	27,3	31,3	60,0	62,5	25,0	39,7



Abb. 12 und 13: Gebißzustand des Stabsfeldwebels B. mit gefärbten Schliffacetten.

grad steil ansteigt (Tab. 3 und 4). Um dem Verdacht vorzubeugen, daß zu dieser Gruppe Patienten mit funktionellen Störungen gezählt wurden, muß erläutert werden, daß bei der Untersuchung dieser Patienten auf funktionelle Fehler geachtet wurde und nur Patienten Eingang in die Diagnosegruppe 2 fanden, die funktionsanalytisch keine bzw. nur minimale Fehler aufwiesen.

Der Dienstgrad und das Alter der Patienten dieser Diagnosegruppe bereitete bei der biographischen Anamnese große Schwierigkeiten. Nicht selten gaben höhere Offiziere mit massivsten Schliffacetten Antworten wie: „Ich knirsche nie, das weiß ich 100%ig“, oder „das geht nur mich etwas an“.

Der höhere Dienstgrad, die eigene Weltanschauung, die eine psychosomatische Erkrankung als persönliche Minderwertigkeit einstufen würde, und die Sorge, das Gesicht zu verlieren, erschweren es vielen Patienten dieser Diagnosegruppe, gerade mit ihrem Truppenzahnarzt über persönliche Dinge zu reden. Über ähnliche Ergebnisse berichtet auch der Leiter der Abteilung Neurologie und Psychiatrie des Bundeswehrkrankenhauses Ulm, Oberstarzt Prof. Dr. KRIEBEL.

KRIEBEL vermutet eine starke Somatisierungstendenz gerade im militärischen Umfeld im Vergleich zum zivilen Bereich. Er erklärt dies in seiner Veröffentlichung „Syndromwandel mit Somatisierungsten-

denz am Beispiel der lavierten Depression“ mit einer besonderen Angst vor sozialer Diskriminierung in bezug auf Psychosomatik gerade im militärischen Umfeld (5). Zur Therapie der Myoarthropathie wird von vielen Autoren, wie FINKE und LANGEN, das autogene Training empfohlen (2/6).

Es ist von besonderer Wichtigkeit, jedem Myoarthropathiepatienten die Zusammenhänge von psychischer Belastung und Myoarthropathie zu erklären, denn oftmals ergeben sich allein durch diese Aufklärung für den Patienten Möglichkeiten, die Zustände psychischer Anspannung auf eigenen Wegen abzubauen.

Dieses veranschaulicht auch das **Fallbeispiel** zu dieser Diagnosegruppe: Oberstabsfeldwebel B. begab sich hauptsächlich zur Routinekontrolle in die Sprechstunde. Der Befund ergab ein suffizient konservierend versorgtes Gebiß mit massiven Schliffacetten (Abb. 12 und 13). Der Stabsfeldwebel berichtete: „Es haben mich schon viele Zahnärzte darauf angesprochen, daß ich wohl knirsche.“

Einen Zusammenhang zwischen seelischer Belastung und Bruxismus hatte er allerdings bisher nicht gesehen.

In der biographischen Anamnese betonte er, wie stark er seit einiger Zeit durch seine verantwortungsvolle Position belastet sei. 3 Wochen nach dem Gespräch über den Zusammenhang von Bruxismus und seeli-

scher Beeinträchtigung kam der Stabsfeldwebel wieder in die Praxis und berichtete wörtlich: „Ich habe festgestellt, daß ich wirklich immer dann, wenn ich Streß auf meiner Dienststelle habe und wenn ich mich total niedergedrückt fühle, anfangs zu knirschen. Da habe ich jetzt eine prima Therapie gefunden: Immer, wenn ich Streß habe, mache ich seit neuestem folgendes: Ich laufe im Treppenhaus 2 Stockwerke hoch und wieder runter. Danach fühle ich mich wieder richtig wohl!“ (12).

Die erfolgreiche Selbsttherapie des Stabsfeldwebels zeigt, daß die durch Streß hervorgerufene innere Verspannung auf gesünderem Wege als durch Bruxismus abgebaut werden kann.

Psychogene Prothesenunverträglichkeit

Weniger häufig waren bei den untersuchten Soldaten die Fälle einer psychogenen Prothesenunverträglichkeit (7). Die 6 Fälle rekrutieren sich größtenteils aus der Gruppe der 56–65jährigen und werden ausschließlich von Unteroffizieren m. P. und Offizieren gestellt (Tab. 5 und 6). Bei 4 der 6 Patienten stand die psychogene Prothesenunverträglichkeit in direktem Zusammenhang mit der Pensionierung, und auch in den beiden anderen Fällen zeigte sich eine zeitlich ausgesprochen ungünstige Terminierung des Zahnersatzes in der Vergangenheit. Der Schlüssel bei der psychogenen Prothesenunverträglichkeit liegt also im wesentlichen bei der richtigen Terminierung der prothetischen Maßnahme (Abb. 14). Dies zeigt auch das folgende **Fallbeispiel**:

3 Wochen vor seiner Pensionierung meldete sich Oberst C, ein Fliegeroberst, dem im Laufe des letzten Jahres mehrere Kronen und Brücken komplikationslos eingesetzt wurden. Er bat, sein Gebiß nochmals nachzusehen, da er jetzt pensioniert werde und anschließend auf eine 1/2jährige Segeltour gehen wolle. Die Inspektion ergab ein gut versorgtes Gebiß: nur der Randschluß der

Tab. 5: Anteil der Patienten mit psychogener Prothesenunverträglichkeit an den psychosomatisch Erkrankten

Alter	bis 25	26–35	36–45	46–55	56–65	0–65
Anzahl	0	1	1	1	3	6
Anteil in %	0,0	6,3	20,0	6,3	75,0	9,5

Tab. 6: Anteil der Patienten mit psychogener Prothesenunverträglichkeit an den psychosomatisch Erkrankten

Dienstgradgruppe	Anzahl	Anteil in %
Mannschaften	0 von 16	0,0
Uffz. o. P.	0 von 11	0,0
Uffz. m. P.	2 von 20	10,0
Offiziere	4 von 16	25,0
alle Dienstgrade	6 von 63	9,5

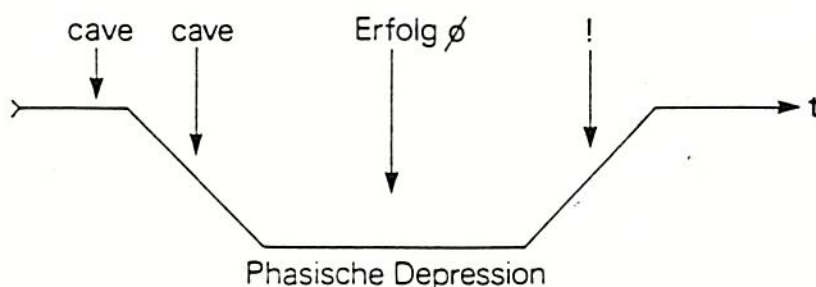


Abb. 14: Vorschlag zur Terminierung zahnärztlicher Maßnahmen (9).

alten Krone 37 war nicht optimal. In Absprache mit dem Patienten wurde die Krone abgenommen, der Zahn minimal nachbeschleift, und schon wenige Tage später konnte eine gut passende neue Vollguckkrone inkorporiert werden.

In der darauf folgenden Woche, also in den letzten 1 1/2 Dienstwochen vor seiner Pensionierung, begab sich Oberst C. fast täglich in die Sprechstunde. Dabei äußerte er folgende Probleme: „Seitdem ich die Kronen trage, habe ich Zahnfleischbluten. Manchmal blutet es, manchmal ist es kälte- und hitzeempfindlich in der ganzen Zahnreihe. Ich meine, die Krone ist nicht in Ordnung.“

Die sorgfältige Untersuchung ergab, daß der neue Randschluß optimal war und die Krone keine Störkontakte in Okklusion und Laterotrusion aufwies. Eine Blutung der Gingiva war ebenfalls nicht auszumachen. Bei der Vitalitätsprüfung reagierte der Zahn positiv, aber auch nicht überempfindlich.

Es wurde versucht, den Patienten damit zu beruhigen, daß mit der Krone wirklich alles in Ordnung sei. Bei der anschließenden Anamnese, die einen bis zu diesem Zeitpunkt medizinisch völlig unauffälligen Befund ergab, stellte sich heraus, welchen massiven Einschnitt die Pensionierung und der geplante „Seeurlaub“ für den Oberst C. darstellte.

Zwei Tage später kam Oberst C. ziemlich durcheinander wieder in die Sprechstunde und klagte über die gleichen Beschwerden. Wiederum wurde ihm nach genauer Untersuchung versichert, daß alles in Ordnung sei und daß er sich in ein oder zwei Wochen sicher an die Krone gewöhnt habe.

Tags darauf berichtete der Patient total aufgelöst: „Ich konnte die ganze Nacht nicht schlafen. Die Krone macht mich verrückt. Die paßt irgendwie nicht, ist aber auch nicht zu hoch.“ Er äußerte die Befürchtung, „die ganzen Entlassungsfeierlichkeiten und die Urlaubsvorbereitungen nicht bewältigen zu können“, da der Zahn ihn „total fertig“ mache. Die Krone wurde ein drittes Mal untersucht – wieder ohne Befund. Anschließend wurde Oberst C. die Möglichkeit aufgezeigt, den Zusammenhang zwischen Beschwerden einerseits und Pensionierung und Segeltörn andererseits einmal andersherum zu betrachten, nämlich, daß es vielleicht die Pensionierung und die hektischen Urlaubsvorbereitungen seien, die eine Mitursache an den Adaptionsschwierigkeiten der Krone sein könnten.

Glücklicherweise hatte Oberst C. durch die Inlaysanierung im Laufe des letzten Jah-

res und durch Gespräche genügend Vertrauen, um diese Äußerung nicht als Beleidigung eines Vorgesetzten oder als Unsinn abzutun.

Vier Tage später, nach erfolgter Entlassung, war Oberst C., nun in Zivil im Casino, wieder ganz der Alte und rief schon von weitem: „Alles in Ordnung mit dem Zahn, Doc. Sie hatten wohl doch recht, daß ich nur gesponnen habe. Jetzt hat bei mir der Zentralcomputer (er zeigte dabei auf seinen Kopf) den Alarm abgestellt. Das ist im Flugzeug genauso, da muß man bei Alarm nur eine Zeitlang das rote Lämpchen herausdrehen, dann ist wieder alles o.k.“

Die letzte Bemerkung des Oberst C. wird hier nicht zitiert, um die beschriebene Methode im Umgang mit dem Bordcomputer eines Transportflugzeuges zu empfehlen. Auch ist dem Autor wohl bewußt, welche gravierenden Unterschiede zwischen der Psyche eines erkrankten Patienten und dem Bordcomputer der Transall bestehen. Dennoch zeigt diese Aussage, wie positiv Oberst C. die gewonnene Selbsterkenntnis in sein persönliches Erfahrungsbild eingeordnet hat.

Bis zum heutigen Tage ist der Zahn 37 völlig ruhig geblieben, und die für Oberst C. zunächst unfassbare Verdachtsdiagnose einer psychosomatischen Erkrankung hat das Arzt-Patienten-Verhältnis ebenfalls nicht beeinträchtigt (Herr C. kommt, nun als Zivilist und Privatpatient, zur Behandlung) (12).

Vorwiegend psychogene Krankheitsfaktoren

Die 6 Patienten dieser Diagnosegruppe lassen sich nicht in die 3 vorherigen Diagnosegruppen einordnen. Ihre Beschwerden zeigen vorwiegend psychogene Krankheitsfaktoren.

Auch die Alters- sowie die Dienstgradverteilung ist im Gegensatz zu den anderen

Tab. 8: Anteil der Patienten mit vorwiegend psychogenen Krankheitsfaktoren an den erkrankten Soldaten

Dienstgradgruppe	Anzahl	Anteil in %
Mannschaften	3 von 16	18,8
Uffz. o. P.	0 von 11	0,0
Uffz. m. P.	3 von 20	15,0
Offiziere	0 von 16	0,0
alle Dienstgrade	6 von 63	9,5

Tab. 7: Anteil der Patienten mit vorwiegend psychogenen Krankheitsfaktoren an den erkrankten Soldaten

Alter	bis 25	26–35	36–45	46–55	56–65	0–65
Anzahl	3 von 22	0 von 16	1 von 5	2 von 16	0 von 4	6 von 63
Anteil in %	13,1	0,0	20,0	12,5	0,0	9,5

3 Gruppen in keiner Weise charakteristisch (Tab. 7 und 8).

Alle Patienten haben lange Krankengeschichten, teilweise 20 Jahre und länger, aufzuweisen, haben alle erreichbaren Ärzte, Fachärzte und Heilpraktiker aufgesucht. Zunächst hat es immer ein wenig geholfen, dann trat wieder Verschlechterung ein. Der Zahnarzt ist nur das momentan letzte Glied in einer langen Kette von Ärzten. In einigen dieser Fälle gelang es durch lange persönliche Gespräche, eine gewisse Veränderung der Einstellung dieser Patienten zu bestimmten Dingen des Lebens hervorzuheben; in anderen Fällen gelang dies aber auch nicht. In letzteren Fällen sind die Grenzen des Zahnarztes sicher erreicht, wenn nicht gar überschritten, und die Zusammenarbeit mit einem humanmedizinischen bzw. psychiatrisch tätigen Kollegen sollte gesucht werden.

Zusammenfassung

Psychosomatik und Psychopathologie haben sehr wohl große Bedeutung für die Sprechstunde des Truppenzahnarztes: 14% aller untersuchten Soldaten weisen medizinisch relevante psychosomatische Erkrankungen auf. Von besonderer Bedeutung sind die Angstpatienten und die Myoarthropathie-Patienten, die das Gros der psychosomatisch erkrankten Patienten darstellen.

Wichtig ist aber auch die richtige Terminierung von prothetischen Maßnahmen, um einer psychogenen Prothesenunverträglichkeit vorzubeugen, sowie eine richtige und u. U. fachübergreifende Behandlung von Patienten mit vorwiegend psychogenen Krankheitsfaktoren.

Literatur

- BÖNINGHOFF, M.: Untersuchung über die Beziehung zwischen Mundhygiene und psychosomatischen Erkrankungen, insbesondere Angst
Diss. Med. Fakultät Universität Münster 1987
- FINKE, J.: Zur psychischen Problematik des Zahnverlustes und Zahnersatzes
Dtsch. Zahnärztl. Zeitung 24/1969, 590
- KIELHOLZ, R.: Psychopharmaka in der Zahnheilkunde und Drogenabhängigkeit
Schweiz. Mschr. Zahnheilk. 84, Nr. 9 (1974), 1007–1023
- KIMMEL, K.: Angst und Schmerz als beherrschende Aspekte der zahnärztlichen Berufstätigkeit
ZWR 94, Jahrg. Nr. 1 (1985), 8–12
- KRIEBEL, J.: Syndromwandel mit Somatisierungstendenz am Beispiel der „lavierten Depression“
Wehrmed. Mschr. Heft 8/1987, 325–332
- LANGEN, D.: Der Einfluß von Erlebnis und Charakter bei der Entwicklung von Gebißanomalien
Fortsch. Kieferorthop. 2, 1 (1967)
- MARXKORS, R.; MÜLLER-FAHLBUSCH, H.: Psychogene Prothesenunverträglichkeit
Hanser, München Wien 1976
- MÜLLER-FAHLBUSCH, H.: Erhärtete Kriterien einer Verdachtsdiagnose
Mod. Medizin 8 (1980), 1968
- MÜLLER-FAHLBUSCH, H.: Zahnärztliche Psychagogik
Hanser, München Wien 1981
- MÜLLER-FAHLBUSCH, H.: Psychosomatik als Bindeglied in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Zahnärztliche Mitteilungen 20/90 80. Jahrgang
- SCHULTE, W.: Schmerz, Angst und Anästhesie in der Sicht des Patienten
ZM 18 (1967), 869–874
- WIETZORKE, Th.: Welche psychosomatischen Störungen in der Zahnheilkunde bekommt ein Truppenzahnarzt zur Diagnostik und Therapie?
Diss. Med. Fakultät Universität Münster 1988

Anschrift des Verfassers:
Oberstabsarzt Dr. Thomas Wietzörke
An der alten Kirche 87
440 Münster