

Erfassung psychischer Kofaktoren bei Patienten mit schmerzhaften kranio- mandibulären Dysfunktionen

Indizes

Kraniomandibuläre Dysfunktion (CMD), Stress, Depression, Angststörung, Somatisierung, Screening

Zusammenfassung

Bei kraniomandibulären Dysfunktionen spielen psychosoziale Aspekte ätiologisch und auch als Folge von Belastungen durch Beschwerden eine wesentliche Rolle. In jedem Fall müssen solche Faktoren erkannt und mit den Betroffenen besprochen werden. Hier bieten psychosoziale Screeningverfahren eine Möglichkeit der Sensibilisierung für patientenspezifische Probleme. Sie sollen und können das Gespräch mit dem Patienten nicht ersetzen, helfen aber, die nur begrenzt zur Verfügung stehende Zeit gezielt zu nutzen. Die Auswahl adäquater Screeningverfahren orientiert sich an der Zielsetzung, den typischen bestehenden psychosozialen Pathologien, der Akzeptanz durch die Patienten in Zahnarztpraxen und der unkomplizierten Einsetzbarkeit.

Einleitung

Ätiologisch ist es mittlerweile unstrittig, dass neben vielen anderen Einflussfaktoren auch psychosoziale Aspekte bei kraniomandibulären Dysfunktionen (CMD) eine Rolle spielen^{17,26}. Dem behandelnden Zahnarzt stellt sich dennoch die Frage, ob diese überhaupt erkannt werden müssen. Ihm bietet sich im Fall der Suche nach Hilfe seitens Betroffener in der Regel das Bild einer somatisch feststellbaren Funktionsstörung, die als Einschränkung erlebt wird und zumeist auch schmerzhaft ist. Kurz gefasst könnte man davon ausgehen, dass somatische Befunde einer zahnärztlichen, physiotherapeutischen, manuellen und/oder physikalischen Maßnahme bedürfen und damit der Status quo vor Beschwerdebeginn wiederhergestellt werden kann. Dieses Konzept mag eventuell sogar langfristig greifen, sofern die Störung iatrogen – beispielsweise durch eine störende Füllung oder Krone – akut ausgelöst wurde.



Online-Wissenstest
zu diesem Beitrag
siehe Seite 1507



Anne Wolowski
Priv.-Doz. Dr. med. dent.

Poliklinik für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Universitätsklinikum Münster
Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude W30
48149 Münster
E-Mail: wolowsk@uni-muenster.de

M. Oliver Ahlers
Priv.-Doz. Dr. med. dent.

Spezialist für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT)
CMD-Centrum Hamburg-Eppendorf
und
Poliklinik für Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

■ ZAHNHEILKUNDE ALLGEMEIN

Erfassung psychischer Kofaktoren bei Patienten mit schmerzhaften kraniomandibulären Dysfunktionen



Damit wird man jedoch der Mehrzahl der betroffenen Patienten nicht gerecht, die eher selten ausschließlich ein somatisch erklärbares Akutereignis aufweisen.

In diesen Fällen stellt sich die Frage, was jenseits eines somatischen Erklärungsmodells bzw. bei „konstanten“ somatischen Rahmenbedingungen eine solche Störung verursacht hat. Den Einstieg in die Ursachenfindung bildet die Feststellung eines psychosozialen, pathologisch aktuellen Zustandsbildes. Dabei ist es zunächst unerheblich, ob registrierte Auffälligkeiten die primäre Ursache waren oder erst sekundär als Folge von Beschwerden bzw. Einschränkungen manifest wurden. Auf der Basis dieser Erkenntnis ist der Zahnarzt im Sinne der psychosomatischen Grundversorgung im Weiteren gefordert, über alle festgestellten Befunde aufzuklären, was angesichts von CMD bereits ein wesentliches Therapieelement darstellt^{9,24}. Ggf. ergibt sich die Notwendigkeit, dass die Behandlung psychosozialer Kofaktoren von einem entsprechenden Facharzt übernommen wird.

Wie erkennt man psychopathologische Einflussfaktoren?

Es stellt sich immer wieder die Frage, wie man im Kontext einer primär somatisch orientierten zahnmedizinischen Praxis psychosoziale Themen ansprechen kann, ohne Patienten, deren Erwartungshaltung verständlicherweise auf eine somatische Therapie gerichtet ist, zu verärgern. Hinzu kommt, dass das zahnärztliche Team kaum Routine im Umgang mit solchen Themen hat und die für eine ausführliche Anamneseerhebung zum psychosozialen Hintergrund erforderliche Zeit oft nicht zur Verfügung steht. Aus den genannten Gründen ist es wichtig, „tabufrei“ mit dem Ziel der Sensibilisierung für individuelle Probleme zu filtern, was durch geeignete Screeningverfahren möglich ist. Diese sollen typischerweise auftretende Psychopathologien bei CMD abfragen, sowohl für den Patienten als auch bei der Auswertung für den Zahnarzt einfach in der Anwendung sein und somit von allen Beteiligten schnell absolviert werden können. Außerdem muss der Patient die gestellten Fragen angesichts des Anliegens akzeptieren.

Typische Probleme bei CMD-Patienten

Typischerweise treten bei CMD-Patienten folgende Probleme auf:

- Neuere Studien bestätigen die auch schon in früheren Untersuchungen festgestellte erhöhte Prävalenz von Depressionen bei Kiefergelenkschmerzen und Kiefermuskelschmerzen. Dabei ist vielfach nicht eindeutig geklärt, ob depressive Störungen bei Patienten mit länger andauernden Schmerzen Ursache oder Folge sind¹³.
- Als weitere Komorbidität wird Angst beschrieben. *Gui* und *Rizzatti-Barbosa*⁷ führten auf der Basis einer Übersichtsarbeit hierzu detaillierter aus, dass an CMD Erkrankte durch Angst vor Schmerz und Bewegung, aber auch durch einen Hang zur Katastrophisierung charakterisiert sind.
- Ebenso stellte man bei CMD-Patienten Tendenzen zur Somatisierung fest^{6,8,11,13,16,18}. Gemeint ist damit die Neigung, vermehrt körperliche Symptome zu erleben, ohne dass diesen eine hinreichende organische Ursache zugeschrieben werden kann.
- Erhöhte Stressraten konnten sowohl angesichts spezifischer Belastungen durch den Beruf als auch durch persönliche Faktoren experimentell und im Tierversuch nachgewiesen werden^{12,15,16,22,30,31}.
- In Abhängigkeit von der Schmerzdauer bestehen schmerzbedingte Einschränkungen, wie sie bei chronifizierten Schmerzen beschrieben werden¹⁴.

Merkmale geeigneter Screeningtests

Screeningtests sind nur geeignet, wenn sie das zu prüfende Merkmal auch zuverlässig identifizieren. Für den jeweiligen Test sollten daher entsprechende Validierungsstudien vorliegen. Unter dieser Voraussetzung bestimmen die nachfolgend geschilderten Merkmale, ob ein Screeningtest für den Einsatz in der zahnärztlichen Praxis geeignet ist.



Einfachheit

Die einfachste Form eines Screenings sind Fragebögen zur Selbstbeurteilung mit zuverlässigen Grenzwerten, die das Erkennen von Auffälligkeiten erlauben. Um Tendenzen einer übertriebenen Demonstration des Leidensdrucks vorzubeugen, sollten die Fragebögen den Patienten vermitteln, dass es für die diagnostische Eingrenzung wichtig ist, auch zu wissen, was nicht zutrifft.

Schnelligkeit

Möglichst wenige kurze, prägnante Fragen oder Listen minimieren das Risiko, dass die Betroffenen ermüden und schließlich nach dem Zufallsprinzip antworten. Zudem ist es immer noch unüblich, Patienten in zahnärztlichen Praxen in größerem Ausmaß Fragebögen ausfüllen zu lassen, so dass mit der Länge eines solchen Bogens der Unmut steigen dürfte. Da das Ergebnis stets besprochen werden sollte, ist auch unter diesem Aspekt eine kürzere Variante vorzuziehen.

Akzeptanz

Akzeptiert wird das, was im Kontext des Anliegens steht. Das sind die Beschwerden, die den Anlass zu der Konsultation gegeben haben. Somit sollten diese sowohl im Screening als auch im Gespräch (vor allem im Erstgespräch) zunächst der zentrale Orientierungspunkt sein. Nachdem im Arzt-Patienten-Gespräch über die Möglichkeit auch psychosozialer Einflussfaktoren aufgeklärt wurde, können im gegenseitigen Einverständnis offensichtlich in diese Richtung zielende Fragebögen zusätzlich zum Einsatz kommen. Aber auch dafür gilt, dass sie den Gegebenheiten einer Zahnarztpraxis und der Kompetenz des Zahnarztes angemessen sein müssen. Insgesamt ist es vollkommen ausreichend, dass Hinweise auf entsprechende Störungen im Rahmen der zahnmedizinischen Diagnostik entdeckt werden. Ein tieferer Einblick sollte mit entsprechender Fachkompetenz erfolgen, denn hier kann es auch durchaus zu Situationen kommen, die selbst bei

guten psychosomatischen Grundkompetenzen eines Zahnarztes alle Beteiligten überfordern und deshalb leicht eskalieren können.

Für das Screening in Zahnarztpraxen geeignete Fragebögen

Erfassung von Anzeichen für eine Somatisierung

Für die Erst- bzw. Frühdiagnostik bieten sich rein beschwerdeorientierte Fragebögen an, mit denen Aspekte der Somatisierung und Chronifizierung abgefragt werden können. Betroffene werden aus einer Liste körperlicher Symptome, bezogen auf einen definierten Zeitraum, vergleichsweise mehr Dinge als zutreffend benennen. Mit der Beschwerdenliste nach *von Zerssen* und *Petermann*³² lassen sich subjektive Beeinträchtigungen durch körperliche Symptome bzw. Allgemeinbeschwerden im Selbstbeurteilungsverfahren mit Antwortmöglichkeiten von „gar nicht“ bis „stark“ abfragen. Dieser Fragebogen ist für das Altersspektrum von 14 bis 90 Jahren einsetzbar. Für die revidierte Fassung liegen bevölkerungsrepräsentative alters- und auch geschlechtsabhängig Normwerte vor.

Erfassung dysfunktionaler Schmerzen

Durch Schmerz bedingte soziale Einschränkungen und Abhängigkeiten, die auf eine dysfunktionale Entwicklung des Schmerzerlebens hinweisen, lassen sich mit der „Graded Chronic Pain Scale“ nach *von Korff et al.*¹⁴ erfassen. Mit sieben Fragen werden hier subjektive Beeinträchtigungen und das Schmerzerleben mit Hilfe von Analogskalen abgestuft in zehn Teilschritten evaluiert (0 = keine Beschwerden bis 10 = stärkste vorstellbare Beschwerden). Eine validierte Übertragung ins Deutsche in Form der Graduierung chronischer Schmerzen wurde von *Türp* und *Nilges*²⁸ erstellt. Mit diesen gemeinsam haben *Ahlers* und *Jakstat* das Instrument zur besseren Einsetzbarkeit in der zahnärztlichen Praxis schließlich neu gestaltet und um eine Anleitung ergänzt³⁰ (Abb. 1 und 2). Auf der Basis dieser „geführten



Fragebogen Chronische Schmerzen (1C)



Patient/in Datum

Patienten-Nummer Geburtsdatum

Praxis-Stempel

Graduierung chronischer Schmerzen (GCS)

Schmerzen im Kiefer- und Gesichtsbereich werden am häufigsten verursacht von den Zähnen oder durch Funktionsstörungen des Kauorgans (Kranio-mandibuläre Dysfunktionen, CMD). Wichtig für die Diagnostik und Therapieplanung ist dabei eine Abschätzung der Schmerzchronifizierung.

Ein international anerkanntes Instrument ist die „Graded Chronic Pain Scale (GCPS)“. Nachfolgend finden Sie die deutsche Fassung zur „Graduierung Chronischer Schmerzen (GCS)“. Wir möchten Sie bitten, die sieben Fragen durchzulesen und durch Eintragen/Ankreuzen zu beantworten.

Frage 1 An ungefähr wie vielen Tagen in den letzten sechs Monaten konnten Sie aufgrund Ihrer Schmerzen im Gesichtsbereich Ihren normalen Beschäftigungen (Beruf, Schule, Studium, Hausarbeit) nicht nachgehen? Tage

In den Fragen 2 bis 4 geht es um die Stärke Ihrer Schmerzen im Gesichtsbereich. Bitte kreuzen Sie Ihren Wert auf einer Skala von 0 bis 10 an. Der Wert 0 bedeutet, dass Sie keine Schmerzen haben/hatten, der Wert 10 bedeutet, dass die Schmerzen nicht schlimmer sein könnten.

Frage 2 Wie würden Sie Ihre Schmerzen im Gesichtsbereich, wie sie in diesem Augenblick sind, einstufen?

Keine Schmerzen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Stärkster vorstellbarer Schmerz

Frage 3 Wie würden Sie Ihre stärksten Schmerzen im Gesichtsbereich in den letzten sechs Monaten einstufen?

Keine Schmerzen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Stärkster vorstellbarer Schmerz

Frage 4 Wie würden Sie die durchschnittliche Stärke der Schmerzen im Gesichtsbereich in den letzten sechs Monaten einstufen?

Keine Schmerzen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Stärkster vorstellbarer Schmerz

In den Fragen 5 bis 7 geht es um die Beeinträchtigung von Aktivitäten durch Schmerzen im Gesichtsbereich. Bitte kreuzen Sie Ihren Wert auf einer Skala von 0 bis 10 an. Der Wert 0 bedeutet keine Beeinträchtigung, der Wert 10 bedeutet, dass Sie außerstande sind/waren, irgendetwas zu tun.

Frage 5 Inwieweit haben Ihre Schmerzen im Gesichtsbereich Sie in den letzten sechs Monaten bei Ihren alltäglichen Beschäftigungen beeinträchtigt?

Keine Beeinträchtigung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ich war außerstande, irgendetwas zu tun

Frage 6 Inwieweit haben die Schmerzen im Gesichtsbereich in den letzten sechs Monaten Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, an Familien- oder Freizeitaktivitäten teilzunehmen?

Keine Beeinträchtigung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ich war außerstande, irgendetwas zu tun

Frage 7 Inwieweit haben die Schmerzen im Gesichtsbereich in den letzten sechs Monaten Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, Ihre Arbeit/Hausarbeit zu verrichten?

Keine Beeinträchtigung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ich war außerstande, irgendetwas zu tun

Auswertung durch die Praxis

1a) Krankheitstage 0-6 Tage = 0
7-14 Tage = 1
15-30 Tage = 2
Anzahl derTage > 30 Tage = 3 BP (a)

1b) Subjektive Beeinträchtigung Fragen 5 + 6 + 7:
(+ +) 0-29 Punkte = 0
30-49 Punkte = 1
/3 x 10 = ... Punkte 50-69 Punkte = 2
≥ 70 Punkte = 3 BP (b)

1c) Summe a + b
3-4 Beeinträchtigungspunkte = III
5-6 Beeinträchtigungspunkte = IV BP (a+b)

1d) Schmerzintensität Fragen 2+3+4:
Nur bei a+b < 3 Beeinträchtigungspunkten
(+ +) 0 Punkte = 0
1-49 Punkte = I
/3 x 10 =Punkte ≥ 50 Punkte = II

2) Graduierung chronischer Schmerzen
0 I II III IV

Datum / Unterschrift

Version 1.0, Hamburg 2012

Abb. 1 Fragebogen Chronische Schmerzen zur Erfassung von psychosozialen Einflussfaktoren und ihren Auswirkungen auf das Schmerzgeschehen in Form funktionaler, dysfunktionaler bzw. chronischer Schmerzen (© dentaConcept)

Bearbeitung Priv.-Doz. Dr. M. Oliver Ahlers, CMD-Zentrum Hamburg-Eppendorf; Prof. Dr. Holger A. Jäkelat, Universität Leipzig

Entwicklung M. von Korf, J. Ormel, F.J. Keefe, S.F. Dworkin; Center of Health Studies, Group Health Cooperative of Puget Sound, Seattle; Deutsche Version J.C. Turp, Universität Basel, P. Nilgäs, DRK Schmerz-Zentrum, Mainz

© dentaConcept Verlag GmbH / Art. Nr. 920027 / ISBN 978-3-933485-48-1
Kopie/Nachdruck gem. § 106 ff. UrhG verboten
Falschmied 88/18, c. 20251 Hamburg, www.dentaconcept.de



Fragebogen Belastungsfaktoren (DASS)



Patient/in Datum

Patienten-Nummer Geburtsdatum

Praxis-Stempel

Fragen zu Ihrem Befinden in der letzten Woche

Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0, 1, 2 oder 3 an, die angeben soll, wie sehr die Aussage während der letzten Woche auf Sie zutrifft. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

	Traf gar nicht auf mich zu oder nie	Traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal	Traf in beträchtlichem Maß auf mich zu oder ziemlich oft	Traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit
1 Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	0	1	2	3
2 Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	0	1	2	3
3 Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben	0	1	2	3
4 Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	0	1	2	3
5 Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	0	1	2	3
6 Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	0	1	2	3
7 Ich zitterte (z.B. an den Händen).	0	1	2	3
8 Ich fand alles anstrengend.	0	1	2	3
9 Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	0	1	2	3
10 Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	0	1	2	3
11 Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	0	1	2	3
12 Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	0	1	2	3
13 Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	0	1	2	3
14 Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	0	1	2	3
15 Ich fühlte mich einer Panik nahe.	0	1	2	3
16 Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.	0	1	2	3
17 Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	0	1	2	3
18 Ich fand mich ziemlich empfindlich.	0	1	2	3
19 Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z.B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).	0	1	2	3
20 Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	0	1	2	3
21 Ich empfand das Leben als sinnlos.	0	1	2	3

Auswertung durch die Praxis

D. A. S.

..... Datum / Unterschrift Zahnarzt

Version 1.0, Hamburg 2012

Abb. 3
Erfassung der Aspekte Depression, Angst und Stress mit der Depressions-, Angst- und Stressskala (DASS) in Form des Fragebogens Belastungsfaktoren für die Zahnarztpraxis (© dentaConcept)

Entwicklung Dr. Paul Nilges, Mäurer, Dr. Joachim Korb, Mäurer, Prof. Cecilia Espau, London.
 Bearbeitung Priv.-Doc. Dr. M. Oliver Ahlers, CMD-Centrum Hamburg-Eppendorf

© dentaConcept Verlag GmbH / Art. Nr. 202025 / ISBN 978-3-933465-49-8
 Kopen/Machdruck gem. § 106 ff. UrHG verboten
 Falkenberg 88/Hs. C, 20251 Hamburg, www.dentaconcept.de



Auswertungsschablone zum Fragebogen zum Befinden: Legen Sie diese Schablone auf den ausgefüllten Fragebogen, so dass der Titel und die dentaConcept Wort-Bild-Marke zur Deckung kommen. Addieren Sie dann für jede Farbe die Skalenwerte und übertragen Sie die Summe in die farbig markierten Felder am Ende des Fragebogens. Markieren Sie kritische Werte mit einem **X**

Fragebogen Belastungsfaktoren (DASS)

Patient/in Datum

Patienten-Nummer Geburtsdatum Praxis-Stempel

Fragen zu Ihrem Befinden in der letzten Woche

Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0, 1, 2 oder 3 an, die angeben soll, wie sehr die Aussage während der letzten Woche auf Sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

	Traf gar nicht auf mich zu oder nie	Traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal	Traf in beträchtlichem Maß auf mich zu oder ziemlich oft	Traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit
1 Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	0	1	2	3
2 Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	0	1	2	3
3 Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben	0	1	2	3
4 Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	0	1	2	3
5 Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	0	1	2	3
6 Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	0	1	2	3
7 Ich zitterte (z.B. an den Händen).	0	1	2	3
8 Ich fand alles anstrengend.	0	1	2	3
9 Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	0	1	2	3
10 Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	0	1	2	3
11 Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	0	1	2	3
12 Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	0	1	2	3
13 Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	0	1	2	3
14 Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	0	1	2	3
15 Ich fühlte mich einer Panik nahe.	0	1	2	3
16 Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.	0	1	2	3
17 Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	0	1	2	3
18 Ich fand mich ziemlich empfindlich.	0	1	2	3
19 Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z.B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).	0	1	2	3
20 Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	0	1	2	3
21 Ich empfand das Leben als sinnlos.	0	1	2	3

Entwicklung Dr. Paul Nilges, Mainz; Dr. Joachim Korb, Mainz; Prof. Cecile Essau, London.
 Bearbeitung Priv.-Doz. Dr. M. Oliver Ahlers, CMD-Centrum Hamburg-Spendorf

© dentaConcept Verlag GmbH / Art.-Nr. 920018 / ISBN 978-3-938465-46-9
 Kopier-/Nachdruck gem. § 110c Ur. Ohne weitere
 Erlaubnis der Vts. C. Zahn Hamburg, www.dentaconcept.de

≥ 10
≥ 6
≥ 10

D A S

..... Datum / Unterschrift Zahnarzt
Version 1.0, Hamburg 2012

Abb. 4
 Mit einer aufzulegenden transparenten Auswerteschablone werden beim Fragebogen Belastungsfaktoren die einzelnen Fragen den jeweiligen Aspekten zugeordnet und die Gesamtpunktwerte pro Teilaspekt ermittelt (© dentaConcept)



Konsiliarbogen Psychosomatik (5)



Patient/in Datum

Patienten-Nummer Geburtsdatum

Praxis-Stempel

Zahnärztliche Fragestellung

Sehr geehrter Herr Kollege, sehr geehrte Frau Kollegin, bei der Patientin/dem Patienten wurde zahnärztlich eine Funktionsstörung des Kauorgans festgestellt.

Diese kann u.a. durch eine erhöhte Stressbelastung hervorgerufen werden. In diesem Zusammenhang bitten wir Sie um eine konsiliarische Untersuchung.

Grund der Vorstellung

- Routineuntersuchung bei Vorliegen eines
 - orofazialen Schmerz-Dysfunktion-Syndroms
 - atypischen Gesichtsschmerzes
- Der Patient / die Patientin füllte zur orientierenden Abklärung psychosozialer Stressfaktoren einen Life-Event-Fragebogen (modif. nach Holmes und Rahe) aus. Auf eine erhöhte Belastung deutet die dabei erreichte Punktzahl : Life-Event-Punkte
- andere:

Geplante zahnärztliche Behandlung

-  **Instrumentelle Funktionsdiagnostik**
Untersuchung der Bisslage und Gelenkfunktion (nicht invasiv, nicht schmerzhaft, Dauer: 3 x 60 Min.)
-  **Schientherapie**
Korrektur der Bisslage durch Aufbissbehelf ähnlich einer „Zahnsperre“ (nicht invasiv, nicht schmerzhaft, Dauer: 5 x 20 Min.)
-  **Therapie mit festsitzender Restauration**
Füllungen, Kronen, Brücken u.ä. (invasiv, erfordert Lokalanästhesie, Dauer: länger)
- andere:

Befund und Empfehlung aus psychosomatischer Sicht

- Als **zahnmedizinisch relevantes Ergebnis** ist anzunehmen, dass psychosoziale Faktoren ...
- an der Entstehung der Krankheit wesentlich beteiligt sind und/oder den Krankheitsprozess mit unterhalten.
 - sekundär in Folge der Erkrankung entstanden sind.
 - keinen wesentlichen Einfluss auf das Krankheitsgeschehen haben.
- Die geplante **zahnärztliche Behandlung** ...
- ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht zu empfehlen.
 - sollte möglichst erst nach Abschluss einer psychosomatischen/psychotherapeutischen Behandlung erfolgen.
 - sollte nur in Verbindung mit einer gleichzeitig begonnenen psychosomatischen/psychotherapeutischen Behandlung erfolgen.
 - Gegen die Durchführung der geplanten zahnärztliche Behandlung bestehen aus psychosomatischer Sicht keine Bedenken.
 - Zur Durchführbarkeit der geplanten zahnärztlichen Maßnahmen kann keine Aussage gemacht werden.

Psychosomatische Behandlung

- Die **nachstehend markierte(n) Behandlung(en)** ...
- führt der Untersucher selbst durch.
 - wird der Untersucher dem Patienten zu vermitteln versuchen.
 - Psychotherapeutische Intervention in mehreren Sitzungen
 - Entspannungsverfahren
 - Analytisch orientierte Psychotherapie
 - Verhaltenstherapie
 - Psychosomatische Klinikbehandlung oder Kur
 - Nervenärztliche / psychiatrische Behandlung
 - Medikamentöse Behandlung
 - Eine psychosomatische Mitbehandlung ist nicht erforderlich.
 - Eine psychosomatische Mitbehandlung wird vom Patienten nicht gewünscht.

..... Datum / Unterschrift / Stempel

Version 2.5, Hamburg 1997-2010

Abb. 5
Konsiliarbogen zur Unterstützung der Zusammenarbeit von Zahnarzt und Psychosomatiker (© dentaConcept)

Entwicklung Priv.-Doz. Dr. M. Oliver Ahles, CMD-Centrum Hamburg-Eppendorf, Prof. Dr. Holger A. Jägle, Universität Leipzig, Dr. A. Saßmann, Priv.-Doz. Dr. U. Lamparter, Psychosomatik und Psychotherapie/Medizinische Klinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

© dentaConcept Verlag GmbH / Art. Nr. 32/031 / ISBN 978-3-833465-15-3
Kopie/Nachdruck gem. § 108 ff. UrhG verboten
Falkenberg 88/16, C. 20251 Hamburg, www.dentaconcept.de



tungsschablone ermöglicht dabei eine zügige, für den Patienten verdeckte Auswertung u. a. mit klar definierten Grenzwerten für die Faktoren Angst, Depression und Stress.

Fazit für die Praxis

Die drei Fragebögen „Beschwerdenliste“, „Graded Chronic Pain Scale“ und „DASS“ bieten die Möglichkeit der Sensibilisierung für spezifische Probleme bei CMD. Die auf dieser Basis erworbenen Erkenntnisse müssen mit dem Betroffenen besprochen werden, denn die Bögen ersetzen das Arzt-Patienten-Gespräch nicht. Bei Bedarf sollte der Zahnarzt neben einer ggf. notwendigen somatischen Therapie Hilfestellung bei der Suche nach entsprechenden Spezialisten leisten. Da Zahnärzte keine Überweisung in die Allgemeinmedizin ausstellen dürfen, müssen die Betroffenen motiviert werden, mit ihrem Anliegen den Hausarzt aufzusuchen.

Im besten Fall sollte dies mit einem Überweisungsschreiben begleitet werden, welches sowohl den mitbehandelnden Kollegen als auch den Patienten hinsichtlich der Befunde und Zielsetzungen informiert. Auf diese Weise ist in der Regel auch sichergestellt, dass der nur „indirekt“ zuweisende Zahnarzt im weiteren Verlauf informiert wird, sofern der Patient dem zustimmt. Wenn der Zahnarzt keinen entsprechenden Arztbrief erstellen möchte, bietet sich alternativ der Konsiliarbogen Psychosomatik an (Abb. 5). Dieser wird offen ausgefüllt, so dass für den Patienten eine gewisse Transparenz gewährleistet ist. Die Art der Formulierung der Antwortoptionen ermöglicht es dem Konsiliararzt aber dennoch, Warnhinweise zum Schutz des Patienten und des Zahnarztes zu übermitteln. Wichtig ist dies vor allem in Fällen, in denen Patienten eine angeratene therapeutische Begleitung nicht in Anspruch nehmen möchten und/oder Rückinformationen an den Zahnarzt in Briefform nicht gestatten²³.

Literatur

- Ahlers MO. Erfassung psychischer Kofaktoren bei der Diagnostik kraniomandibulärer Dysfunktionen. *Z Kraniomand Funkt* 2013; 5:73-85.
- Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 1973;9:13-28.
- Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behav Sci* 1974;19:1-15.
- Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry* 1976; 128:280-289.
- Dworkin SF, Turner JA, Mancl L et al. A randomized clinical trial of a tailored comprehensive care treatment program for temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 2002;16:259-276.
- Fillingim RB, Ohrbach R, Greenspan JD et al. Psychological factors associated with development of TMD: the OPPERA prospective cohort study. *J Pain* 2013;14 (Suppl 12):T75-T90.
- Gui MS, Rizzatti-Barbosa CM. Chronicity factors of temporomandibular disorders: a critical review of the literature. *Braz Oral Res* 2015;29:1-6.
- Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P, Häuser W et al. Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. Stuttgart: Schattauer, 2013.
- Hautzinger M, Bailer M, Hofmeister D, Keller F. ADS – Allgemeine Depressionsskala. Göttingen: Hogrefe, 2012.
- Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res* 1967;11:213-218.
- Ismail F, Eisenburger M, Lange K et al. Identification of psychological comorbidity in TMD-patients. *Cranio* 2015 Apr 2 [Epub ahead of print].
- Jones DA, Rollman GB, Brooke RI. The cortisol response to psychological stress in temporomandibular dysfunction. *Pain* 1997;72:171-182.
- Kindler S, Samietz S, Houshmand M et al. Depressive and anxiety symptoms as risk factors for temporomandibular joint pain: a prospective cohort study in the general population. *J Pain* 2012;13:1188-1197.
- Korff M von, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF. Grading the severity of chronic pain. *Pain* 1992;50:133-149.
- Korszun A, Young E, Singer K, Carlson N, Brown M, Crofford L. Basal circadian cortisol secretion in women with temporomandibular disorders. *J Dent Res* 2002;81:279-283.
- Manfredini D, Bandettini di Poggio A, Cantini E, Dell’Osso L, Bosco M. Mood and anxiety psychopathology and temporomandibular disorder: a spectrum approach. *J Oral Rehabil* 2004;31:933-940.
- Manfredini D, Bucci MB, Montagna F, Guarda-Nardini L. Temporomandibular disorders assessment: medicolegal considerations in the evidence-based era. *J Oral Rehabil* 2011;38:101-119.
- Manfredini D, Winocur E, Ahlberg J, Guarda-Nardini L, Lobbezoo F. Psychosocial impairment in temporomandibular disorders patients. RDC/TMD axis II findings from a multicentre study. *J Dent* 2010;38:765-767.
- Nagel B, Pfingsten M, Lindena G, Nilges P. Deutscher Schmerz-Fragebogen – Handbuch. Überarbeitung Version 2012.2. Internet: http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/12_DSf_Manual_2012.2.pdf. Abruf: 29.10.2015.
- Nilges P, Essau C. Die Depressions-Angst-Stress-Skalen. *Schmerz* 2015;29:1-9.
- Nilges P, Korb J, Essau C, Ahlers MO. Fragebogen Belastungsfaktoren (DASS). *dentaConcept Formblätter: CMD Weiterführende Diagnostik. Hamburg: dentaConcept, 2012.*
- Rollman GB, Gillespie JM. The role of psychosocial factors in temporomandibular disorders. *Curr Rev Pain* 2000;4:71-81.
- Sadjiroen A, Lamparter U. Psychische Faktoren bei Funktionsstörungen des Kauorgans. In: Ahlers MO, Jakstat HA (Hrsg).

ZAHNHEILKUNDE ALLGEMEIN

Erfassung psychischer Kofaktoren bei Patienten mit schmerzhaften kraniomandibulären Dysfunktionen



Klinische Funktionsanalyse – Manuelle Strukturanalyse – Interdisziplinäre Diagnostik. 4. Aufl. Hamburg: dentaConcept, 2011:401-432.

24. Schindler HJ, Türp JC, Sommer C, Kares H, Nilges P, Hugger A. Therapie bei Schmerzen der Kaumuskulatur: Empfehlungen zum klinischen Management. Schmerz 2007;21: 102-115.
25. Schulz P, Schlotz W, Becker P. TICS: Trierer Inventar zum chronischen Stress. Göttingen: Hogrefe, 2004.
26. Survinen TI, Reade PC, Kempainen P, Kononen M, Dworkin SF. Review of aetiological concepts of temporomandibular

pain disorders: towards a biopsychosocial model for integration of physical disorder factors with psychological and psychosocial illness impact factors. Eur J Pain 2005;9:613-633.

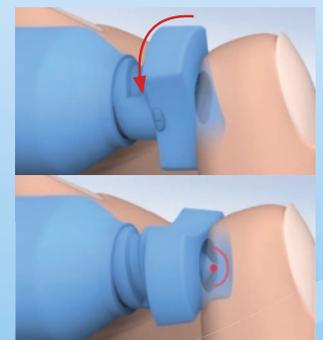
27. Turner JA, Holtzman S, Mancl L. Mediators, moderators and predictors of therapeutic change in cognitive-behavioral therapy for chronic pain. Pain 2007;127:276-286.
28. Türp JC, Nilges P. Diagnostik von Patienten mit chronischen orofazialen Schmerzen – Die deutsche Version des „Graded Chronic Pain Status“. Quintessenz 2000;51:721-727.
29. Türp JC, Nilges P. Muskuloskeletale Gesichtsschmerzen. In: Kröner-Herwig B,

Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hrsg.). Schmerzpsychotherapie; Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder. Berlin: Springer, 2011:419-430.

30. Türp JC, Nilges P, Ahlers MO, Jakstat, HA. Fragebogen Chronische Schmerzen. dentaConcept Formblätter. Hamburg: dentaConcept, 2012.
31. Wu G, Chen L, Fei H, Su Y, Zhu G, Chen Y. Psychological stress may contribute to temporomandibular joint disorder in rats. J Surg Res 2013;183:223-229.
32. Zerssen D von, Petermann F. Beschwerden-Liste (B-LR) – Revidierte Fassung. Göttingen: Hogrefe, 2011.



- physiotherapeutisches Trainingsgerät
- koordinatives Kiefermuskeltraining
- Therapie von Schmerzen bei muskulären Myoarthropathien des Kausystems (MAP)
- Rezidivprophylaxe (Vermeidung des Wiederauftretens schmerzhafter MAP)
- Therapie von Dysbalancen der Kiefermuskulatur
- hilft Schmerzen zu reduzieren
- Auflösung von schmerzbedingten Schonhaltungen
- aktiviert Selbstheilungskräfte



Produkt	REF-No / Bestell-Nr.:
RehaBite®	RB 600

rehabite.net



Dentrade International e.K.
 Monheimer Str.13
 D-50737 Köln • Germany
 Telefon: +49(0)221-9742834
 Fax: +49(0)221-9742836
 Internet: www.dentrade.de
 email: info@dentrade.de