

Dr. Markus R. Fussnegger

Personzentrierte Zahnmedizin – keine Behandlungsexotik

Ein Feld für den Personzentrierten Ansatz?



Markus R. Fussnegger
markus.fussnegger@charite.de

Zahnarzt, Master of Counselling; Personzentrierter Berater (MA), GwG, Wissensch. Ang. an den Universitätszahnkliniken Tübingen und Berlin (FU Berlin / Charité – Universitätsmedizin Berlin). Postgrad Studium im Bereich Orofaziale Schmerzen und Temporomandibuläre Dysfunktionen, Orofacial Pain Center, University of Kentucky, USA. Arbeitsgebiete: Diagnostik und Therapie von Menschen mit chronischen, orofazialen Schmerzen, Kiefergelenkerkrankungen, Personzentrierte Beratung, Rauchentwöhnung

Auf den ersten Blick erscheint es etwas merkwürdig: Wie passen der Personzentrierte Ansatz (PZA) und die Zahnmedizin zusammen, wenn man einmal von einer personzentrierten Grundhaltung des Zahnarztes absieht? Auf den zweiten Blick zeigt sich, dass es gerade in der Zahnmedizin viele Bereiche gibt, in denen psychologische Aspekte hineinwirken und geradezu personzentrierte Herangehensweise fordern. Insbesondere: Einfühlungsvermögen in den Patienten oder den Aufbau einer guten Zahnarzt-Patient-Beziehung. Zudem gibt es auch spezifische Patientengruppen, die eine noch intensivere Auseinandersetzung mit psychologischen und sozialen Aspekten erfordern (z. B. Angstpatienten). Ziel dieses Artikels ist es darzustellen, dass die in der Zahn-/Medizin verbreitete, oft ausschließlich somatische Betrachtung und Behandlung dem Menschen nicht gerecht wird und warum der PZA auch im Bereich der (Zahn-) Medizin besonders interessant und sinnvoll ist.

Einführung

Die Zahnmedizin in Deutschland: Menschen denken bei Zahnmedizin überwiegend an karies- und parodontalprophylaktische, rekonstruktive und chirurgische Themengebiete. Das gilt auch für die Wissenschaft. Andere Bereiche wie die Oralmedizin, die sich mit chronischen, nicht-operativ zu behandelnden Erkrankungen der Mundhöhle und den Auswirkungen allgemeinmedizinischer Erkrankungen im Bereich der Mundhöhle befasst, fristen im Gegensatz zu anderen Ländern eher ein Schattendasein (Tab. 1). Auch die Psychologie und die Psychosomatik sind in der Zahnmedizin Randgebiete.

Psychologische Faktoren spielen in der Zahnmedizin jedoch schon deshalb eine große Rolle, weil Menschen die Situation im Zahnarztstuhl mit schmerzhaften Behandlungen als unangenehm empfinden und sich davor fürchten. Kinder, ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen oder PatientInnen mit psychosomatischen Erkrankungen erfordern zudem ein besonderes Maß an Einfühlungsvermögen. Darüber hinaus wird der Zahnarzt mit Menschen

- Konservierende Zahnheilkunde
- Prothetik
- Zahnärztliche Chirurgie
- Implantologie
- Parodontologie
- Kieferorthopädie
- Mund-/Kiefer-/Gesichtschirurgie
- Endodontologie
- Funktionslehre
- Kinderzahnheilkunde
- Oralmedizin
- Zahnärztliche Radiologie
- Alterszahnheilkunde
- Orofaziale Schmerzmedizin
- Psychologie/Psychosomatik in der Zahnmedizin
- Oralpathologie
- Orale Strukturbiologie

Tab. 1: Zahnmedizinische Fachdisziplinen

konfrontiert, die unabhängig von ihren zahnmedizinischen Problemen unter unterschiedlichsten, psychischen Symptomen und Erkrankungen leiden (z. B. Angststörung, Depression, Posttraumatische Belastungsstörung). All dies stellt neben den normalen, fachspezifischen Problemen zusätzliche Anforderungen an ihn, die schon während der ersten Gespräche eine hohe Sensibilität erfordern. Nur so kann der/die Zahn-

ärtn derartige Besonderheiten bemerken und sie für die weitere Behandlung zu berücksichtigen. Verschiedene Autoren stellen für den zahnärztlichen Beruf die gleichzeitig notwendigen Kompetenzen hinsichtlich technischer, als auch kommunikativer Fertigkeiten fest und begründen dies mit einer Zunahme an Beratungstätigkeit in unterschiedlichen Berufsfeldern der Zahnmedizin (Fussnegger, 2009; Klages & Sergl, 1996, S. 33; Kluckhuhn, 2006).

Entpersönlichende Medizin

Beratung sollte sich dabei nicht nur darauf konzentrieren, welche zahnmedizinischen und zahntechnischen Lösungsalternativen zur Verfügung stehen. Sie sollte auch den ganzen Menschen in seiner Mehrdimensionalität und seiner sozialen Eingebundenheit wahrnehmen und in den Mittelpunkt stellen. Hinzu kommt, dass die enormen und fraglos wichtigen Fortschritte der medizinischen Wissenschaft und technologische Weiterentwicklungen gleichzeitig von einer personenzentrierten, medizinischen Versorgung weg, hin zu einer entpersönlichenden Medizin geführt haben (Clifton-Soderstrom, 2003). Dies gilt auch für die Zahnmedizin. Dabei sollte es in der Zahn-/Arzt-Patienten Situation zumindest zu Beginn nicht darum gehen, was der/die TherapeutIn oder Technologien leisten können, denen sich der Patient hinzugeben und unterzuordnen hat. Vielmehr sollte die hilfeschende Person in ihrer Gesamtheit und mit ihren verschiedenen Bedürfnissen im Mittelpunkt der Therapie stehen, und zwar nicht aus beruflich-finanziellen Gründen, sondern schlicht, weil die menschliche Existenz und Würde es so bedingt.

Die medizinethische Betrachtung

Medizinethische Richtlinien beschreiben nüchternen und allgemein, nach welchen ethischen Prinzipien die Mitglieder des jeweiligen Berufsstandes zu handeln haben. Sie greifen dabei unter anderem auf humanistische Werte zurück: wie Wohlergehen des Menschen, das Verbot dem Menschen zu schaden, das Recht auf Selbstbestimmung des Patienten sowie die Achtung

der Menschenwürde (American Dental Association, 2009; Council of European Dentists, 2007). Dieser prinzipienorientierten Ethik steht eine werteorientierte Ethik gegenüber, die den/die TherapeutIn mit seinen/ihrer inneren Qualitäten und Charakterzügen in den Mittelpunkt stellt. Sie versucht in denselben Situationen nicht zu fragen „Was soll ich tun?“, sondern „Wer will ich sein?“ Kritiker einer prinzipienorientierten Ethik argumentieren, dass es in der Berufs-/Ethik nicht um Prinzipien und Richtlinien per se ginge, sondern um die Haltung des Therapeuten dazu (Jordan & Meara, 1990). Beide Formen schließen sich dabei nicht aus, sondern ergänzen sich. Betrachtet man in diesem Zusammenhang den PZA, so stellt man fest, dass es nicht darum geht, als TherapeutIn eine bestimmte Grundhaltung anzuwenden, sondern sie zu verinnerlichen, oder anders ausgedrückt, sie zu sein, um damit die Basis für eine gute therapeutische Beziehung zu schaffen. Es geht sowohl für den Therapeuten als auch für den Patienten um Erleben, Erfahrung und um Wahrnehmung und zwar bezüglich seiner selbst wie auch dem anderen gegenüber. Der PZA ist daher von vorne herein eine an bestimmten Werten ausgerichtete Herangehensweise an den Menschen, die nach Ansicht des Autors universell ist und demnach auch in der Zahnmedizin ihre Bedeutung hat.

Eine personenzentrierte Medizinethik

Die Grundbedingungen des PZA stellen also im besten Sinne der Definition die Ethik einer personenzentrierten Herangehensweise, zum Beispiel auch in der Zahnmedizin dar. Sie geben gewissermaßen die Normen vor, die der Zahnarzt/Berater im Umgang mit seinen Patienten bzw. Klienten verinnerlicht haben sollte. Insbesondere Respekt und Wertschätzung seitens des Therapeuten für Patienten, aber auch gegenüber Kollegen und der Gesellschaft im Allgemeinen, lassen die in den verschiedenen Ethikrichtlinien erscheinenden Unterpunkte eigentlich schon von sich aus berücksichtigen. Aus den oben dargelegten Bezügen ergibt sich eine ethische Einstellung gegenüber dem Patienten, die beinhaltet, authentisch für den Pa-

tienten da zu sein, präsent zu sein, Zeit zu haben, aktiv zuzuhören und auch „zwischen den Zeilen zu lesen“ und damit eventuell auch sich Bewegendes am Rande der Gewährleistung des Patienten zu erfassen. Darüber ist das Recht des/der PatientIn auf Selbstbestimmung nicht nur das Recht auf freie Arztwahl oder sein Recht auf Vertraulichkeit seiner Daten. Dazu gehört auch, dass das Hilfsangebot des/der ZahnärztIn die Individualität des Gegenübers, dessen aktuelle Möglichkeiten, ggf. Ressourcen und vor allem Wünsche berücksichtigt.

Ziel ist dabei, nicht einfach ein Behandlungskonzept oder eine Technik eines Therapeuten umzusetzen oder irgendwelche ethischen Prinzipien anzuwenden. Es geht darum als TherapeutIn bzw. BeraterIn „sich aus der Gegenwartigkeit und Begegnung heraus auf neue Erfahrungen einzulassen“ (Schmid, 1996, S. 520). Er/sie sollte zusammen mit dem/der PatientIn nach einem Weg suchen, der gegebenenfalls ein aktuelles Problem löst, ihm gleichzeitig jedoch die Gelegenheit, den Raum und die Atmosphäre gibt, zu wachsen und zukünftige Probleme zu vermeiden oder anders mit ihnen umzugehen. Diese bewusst gewählte, allgemeine Formulierung, die zunächst an eine Beratungssituation erinnert, trifft eben auch auf verschiedene Bereiche der Zahnmedizin zu: von die Kariesprophylaxe, Parodontalerkrankungen die Rauchentwöhnung bis hin zu chronischen, orofazialen Schmerzen.

Clifton-Soderstrom unterstreicht, dass die (klinische) Medizin anders als Wissenschaften nicht nur mit unpersönlichen Fakten, sondern mit Menschen zu tun hat. Diese verpflichten den behandelnden Arzt moralisch angemessen zu handeln, indem er deren Andersartigkeit und deren Unterschied zu sich selbst respektiere (Clifton-Soderstrom, 2003). Eine Möglichkeit, dem Patienten diesen Respekt zu erweisen und dabei das medizinische Handeln auf eine ethische Grundlage zu stellen ist, aufmerksam und aktiv seiner Geschichte, in seiner Art und mit seinen Worten zuzuhören. Dieses, von Clifton-Soderstrom zu Recht als nahezu non-existent beschriebene Vor-

gehen ist nicht neu, denn der PZA handelt bereits seit Jahrzehnten danach. Sicherlich ist eine so umfangreiche biopsychosoziale Anamneseerhebung in vielen Bereichen der Zahnmedizin nicht notwendig (z.B. Kariestherapie, Zahnersatz). In den Bereichen Rauchentwöhnung oder chronischen, orofazialen Schmerzerkrankung, ist sie unabdingbar. Dieser Weg mag nicht unbedingt der einfachere sein, mag mehr Zeit kosten und ist deshalb im Rahmen einer allgemeinen Zahn-/Arztpraxis schwieriger umzusetzen. Er wird jedoch dem Gegenüber als Person wesentlich gerechter: Derartiges Handeln wertschätzt die Person, und der Patient erfährt sich nicht nur als ein, auf einen medizinischen Fall reduziertes Objekt (Arnold, Illhardt, & Wittrahm, 2006, S. 10f.; Clifton-Soderstrom, 2003). Die heute so häufig benutzten und fast schon abgedroschen klingenden Begriffe einer bio-psychosozialen oder multifaktoriellen Krankheitsauffassung bekämen so einen ganz neuen Inhalt.

Personzentrierte Beratung in der Zahnmedizin

Bemerkenswert ist ein Leitartikel der „Zahnärztlichen Mitteilungen“, der offiziellen Zeitschrift der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zu „Zähne und Seelenkummer“. Darin kommt die Autorin zu dem Schluss, dass die Beziehung zwischen Zahnarzt und Patient ebenso wichtig sei, wie das handwerklich-technische Geschick und betont dabei drei zentrale Begriffe: Empathie, Wertschätzung und Echtheit (Kluckhuhn, 2006). Auch wenn dies in der Sache meiner Ansicht nach der richtige Weg ist, so ist es doch bedauerlich, dass darin wie so häufig, weder Rogers als Begründer zitiert wird, noch der PZA als solcher erwähnt wird. Die Grundhaltung des PZA wird hier sozusagen als Allgemeingut der Zahnmedizin dargestellt, was in keiner Weise der Realität entspricht. Vielmehr fällt beim Lesen der zahn-/medizinischen Literatur immer wieder die „Defizitorientiertheit“ sowie die im Rahmen der Ökonomisierung des Gesundheitssystems gewünschte Ziel- und Lösungsorientierung auf. Das bedeutet,

dass jedes Abweichen vom Normalzustand eines Menschen als „Defekt“ angesehen wird, den es von Seiten der Zahn-/Medizin oder der Psychologie so schnell und kostengünstig wie möglich zu „reparieren“ gilt. Der PZA vertraut hingegen in die hilfeschuchende Person und deren eigene Fähigkeiten zur Weiterentwicklung, wenn die Bedingungen für die individuelle Person förderlich sind. Diese Haltung mag für die Zahnmedizin zunächst eigentümlich klingen, und für die typische prophylaktische oder restaurative Behandlung ist dies außer der Grundhaltung gegenüber Menschen allgemein, sicherlich von untergeordneter Bedeutung. Es wird jedoch noch zu zeigen sein bei welchen Erkrankungen innerhalb der Zahnmedizin, eine personzentrierte Haltung sinnvoll ist. Nicht nur in der Medizin, sondern auch in der Zahnmedizin müssen bei der Betreuung der PatientInnen die zwei unterschiedlichen Bereiche der Anamnese/Exploration und Therapie/Beratung unterschieden werden.

Anamnese, Exploration

Die typische und in der Zahn-/Medizin verbreitete Anamnese besteht unter anderem aus ökonomischen Gründen meist darin, sehr direkt und strukturiert vorgegebene Punkte abzufragen, auf die der/die PatientIn zu antworten hat. Dies führt sicherlich zu akzeptablen Ergebnissen bezüglich Chronologie, Qualität und Intensität der körperlichen Symptome und ist für die typischen, zahnmedizinischen Behandlungen meist ausreichend. Insbesondere bei chronischen, orofazialen Schmerzen sind aber psychische und soziale Faktoren sowohl für ihr Entstehen und Aufrechterhaltung sehr wichtig. Ob und in wie weit sich ein Mensch unter diesen Anamnese-Bedingungen hinsichtlich der für ihn relevanten psychischen und sozialen Faktoren öffnet, kann zumindest bezweifelt werden. Das beschriebene Vorgehen betont darüber hinaus die Expertenrolle des Therapeuten, die bei somatischen Erkrankungen auch erforderlich ist. Jedoch kann er in den wenigsten Fällen weitere, für die Erkrankung bedeutsame Zusammenhänge kennen und sie demnach auch nicht durch direktes Befragen

herausfinden. An dieser Stelle kommt dem PZA mit seiner Grundhaltung auch in der Zahnmedizin eine besondere Bedeutung zu. Es ist nicht nur für die personzentrierte Beratung und Therapie, sondern auch im zahn-/medizinischen Bereich grundsätzlich wichtig, bereits zu Beginn der Behandlung eine therapeutische Beziehung aufzubauen, die es dem/der PatientIn ermöglicht, eventuell auch Aspekte aussprechen zu können, die ihm/ihr selbst wichtig, kurios oder auch peinlich sind (Nilges, 2002; Sergl, 1996, S. 22).

Es ist die herausfordernde Aufgabe, dass der Zahnarzt/Berater/Therapeut, sich authentisch in die Situation des Menschen einführend auf derartige Äußerungen und Gefühle einlässt und dem Patienten damit zu verstehen gibt, dass er diese zulassen kann und er ihn trotz dieser Gefühle (wert-)schätzt. Gelingt dem Zahnarzt/Berater/Therapeuten dieses nicht-wertende oder diagnostizierende Reflektieren des Verstandenen und Gefühlten, erhöht sich die Chance, dass sich bereits in dieser Anfangsphase eine vertrauensvolle Basis entwickelt. Das erleichtert dem/der PatientIn unter Umständen eine tiefere Selbstexploration, auch mit Blick auf die Erkrankung und deren Zusammenhänge. Gerade hierbei ist es von großer Bedeutung, dem Patienten Zeit einzuräumen: so viel Zeit, dass er seine Geschichte in seiner Wahrnehmung, Wirklichkeit und Ordnung erzählen kann. Psychosoziale Zusammenhänge, die der Patient sich in selbstexplorativer Weise erschließt, sind für ihn meist leichter anzunehmen, als wenn der Therapeut ihn mit einer derartigen Erkenntnis, die er für sich gewonnen hat, konfrontiert.

Therapie/Beratung

Immer wieder wird berichtet, dass es häufig schwierig sei, insbesondere in der zahnärztlichen Situation mit Patienten über den Sinn oder die Notwendigkeit einer psychologischen Diagnostik, Beratung oder Therapie zu sprechen. Tatsächlich gibt es Menschen, die Schwierigkeiten haben, über psychische Probleme oder psychologische Zusammenhänge zu sprechen. Zeigen

wir dem Gegenüber jedoch unsere eigene Offenheit für diese Themen und lassen ihm Zeit für Gespräche und seine aktuell wichtigsten Themen, so treten oft zu irgendeinem Zeitpunkt auch die psychischen und sozialen Aspekte der Erkrankung zu Tage. Sie werden für den Patienten erkennbar, und er kann sie leichter zulassen. Nicht selten entsteht dann aus dem Patienten selbst heraus das Interesse diese Faktoren entweder selbständig oder auch mit Hilfe eines Beraters oder Therapeuten weiterbearbeiten zu wollen.

Rogers schlug auch bei Patienten mit psychosomatischen Problemen vor, ihnen nur die Möglichkeiten der Therapie aufzuzeigen, auf deren Grundlage sie selbst entscheiden mögen, welche die für sie passenden Lösungen darstellen. Er antizipierte dabei jedoch die Schwierigkeiten, die ein solches Vorgehen in der Medizin hervorbringen würde (Rogers, 1951, dt. 2005, S. 211). In der Arbeit mit orofazialen Schmerzpatienten ergeben sich jedoch häufig Situationen, in denen dieses Vorgehen anwendbar ist. Geht es zum Beispiel um die Verordnung von Physiotherapie oder mancher Medikamente, so können wir lediglich die Möglichkeiten aufzeigen, während die Entscheidung darüber, ob, wann welche Therapieform zum Einsatz kommt vollständig dem/der PatientIn überlassen wird. Das erfordert jedoch ein Umdenken. Der Zahnarzt ist es gewohnt, als Experte nach einer schnell gefassten Diagnose sofort die Lösungsalternativen parat zu haben und prinzipiell sofort mit der Therapie beginnen zu können. Aus personenzentrierter Sicht ist es hingegen seine Aufgabe, Wege darzustellen, die nach seiner Erfahrung, dem Erfahrungsschatz anderer Spezialisten und dem Stand der Wissenschaft zu einer Linderung führen können. Die Komplexität jedes Menschen und jeder (Schmerz-) Erkrankung alleine bedingen schon, dass es für viele Diagnosen nicht einen standardisierbaren, therapeutischen Weg geben kann. Erst in der empathischen Auseinandersetzung durch den Zahnarzt mit der hilfeschuchenden Person und der ihr eigenen Subjektivität kann sich ein effektives und für diese Person förderliches Konzept entwickeln.

Keine überheblichen Ratschläge

Bei der hier aufgezeigten Variante ist ein deutlich höheres Maß an Geduld erforderlich, da der Therapeut sich mit seinen Lösungshypothesen zurückhält und auf die Aktualisierungstendenz des Patienten vertraut. Selbstverständlich bezieht sich dies nicht auf Fragen, die nur eine medizinische Therapieoption zulassen (Bsp. Therapie eines Abszesses). Wenn wir jedoch krankheitsfördernde Verhaltensweisen erkennen (z. B. mangelhafte Mundhygiene, Rauchen, Stress, orale Parafunktionen, maladaptives Krankheitsverhalten) ist der Weg des „Selbst-Erkennens“ wie oben beschrieben der vielleicht langsamere hin zu einer unmittelbaren Linderung. Möglicherweise ist er aber die nachhaltigere Lösung, da sich der Patient nicht durch wohlgemeinte, aber auch als überheblich empfundene Ratschläge verletzt oder überfordert fühlt. Erarbeitet er sich sein eigenes Konzept, ist er darüber hinaus auch für zukünftig entstehende Situationen besser ausgerüstet. Beratungen wie die einfache Aufforderung, bestimmte Angewohnheiten (z. B. Zähneknirschen) zu reduzieren oder gar umfangreiche Übungs- oder Verhaltensprogramme auszuführen, haben keine besonders hohe Erfolgsquote (Wig, Aaron, Turner, Huggins, & Truelove, 2004).

Nach meiner Erfahrung ist es hingegen wirksamer und nachhaltiger, mit dem Patienten zusammen eine Reihe an Möglichkeiten in einer offenen und nicht-direktiven Weise zu besprechen. Dabei beobachte ich immer wieder, dass Patienten kreativ und sehr wohl in der Lage sind, die für sie richtige Kombination an Therapieoptionen zu wählen, beziehungsweise herauszufinden. Dies gilt insbesondere für Selbstbeobachtungsstrategien hinsichtlich sogenannter Parafunktionen (Bsp. Zähneknirschen) und Modifikationen des Alltags, die der Therapeut nie besser wissen kann als der Patient. Ein von Patient und Zahnarzt gemeinsam erstellter Therapieplan muss so seltener ständig wieder motiviert werden. Der Patient arbeitet aufgrund seiner Eigenmotivation besser mit. Diese Erfahrung entspricht Rogers' Auffassung, dass der Klient der einzige

ist, der die Möglichkeit hat, die Eigentümlichkeiten seiner Wahrnehmungen und seines Verhaltens voll und ganz zu erkennen“ (Rogers, 1951, dt. 2005, S. 207). Eine Verhaltensänderung könne nicht durch eine intellektuelle Leistung, sondern nur durch die eigene Erfahrung einer veränderten Wahrnehmung erreicht werden (Rogers, 1951, dt. 2005, S. 208). Der hierfür notwendige Antrieb kann entsprechend des PZA nicht von außen kommen, sondern steckt in Form der Tendenz zur Selbstaktualisierung in jedem Menschen. In diesem Licht betrachtet scheint ein personenzentrierter Umgang mit zahnmedizinischen Patienten plötzlich nicht mehr merkwürdig, sondern geradezu logisch zu sein.

Anwendungsgebiete in der Zahnmedizin

Bei den Anwendungsgebieten des PZA in der Zahnmedizin geht es nicht um eine genaue Beschreibung der zugrunde liegenden Störungen. Vielmehr möchte ich darstellen, wie die personenzentrierte Beratung dabei helfen kann, in den exemplarisch ausgewählten Gebieten über die übliche, zahnmedizinische Therapie hinaus, mit dem Patienten zusammen, in seinem Tempo auch psychische Aspekte zu erfassen und zu thematisieren.

Orofaziale Schmerzen

Orofaziale Schmerzen beschreiben akute und persistierende Schmerzzustände, die mit Erkrankungen der Hart- und Weichgewebe des Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereiches, aber auch des Kopfes und des Halsbereiches verbunden sein können (Okeson, 1996, S. 1) (Tab.2). Die in der Zahnmedizin häufigsten chronischen Schmerzkrankungen sind Beschwerden der Kaumuskulatur, der Kiefergelenke und aller damit verbundenen Strukturen, die als Temporomandibuläre Erkrankungen (Temporomandibular Disorders - TMD) zusammengefasst werden (AADR Council, 2010).

Sie sind mit einer Sechs-Monats-Prävalenz in der Gesamtbevölkerung über 18 Jahren von 12% (Von Korff, Dworin, Le Resche, & Kruger, 1988) bis

14% (Kohlmann, 1991) relativ häufig und stellen damit ein bedeutendes Gesundheitsproblem dar. Dies auch, da Patienten insbesondere bei sehr chronischen Verläufen in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität teilweise stark beeinträchtigt sind (Kohlmann, 2002). Vor dem Hintergrund, dass es bei PatientInnen mit orofazialen Schmerzen eine hohe Komorbidität mit psychischen Störungen wie Depressionen, Angststörungen, somatoformen Störungen und auch posttraumatischen Belastungsstörungen gibt, wird heute in der internationalen Literatur generell ein multimodales Vorgehen verlangt (Okeson, 1996, S. 21; Turp et al., 2006). Neben den üblichen zahnmedizinischen (z. B.

Schientherapie) oder physiotherapeutischen Möglichkeiten sollten deshalb immer auch psychosoziale Aspekte sowohl diagnostisch, wie auch therapeutisch berücksichtigt werden (Carlson, 2007). Zu den beschriebenen häufigen Komorbiditäten kommt oft die lange Erkrankungsdauer hinzu. Dies beinhaltet unabhängig davon, ob eine zugrundeliegende psychische Störung vorliegt, dass die PatientInnen meist eine Odyssee an Therapieversuchen mit zahlreichen Ärzten, Zahnärzten, Kliniken und teilweise auch Psychologen hinter sich haben. Dies bleibt nicht ohne Wirkung. Die PatientInnen blicken häufig frustriert, verzweifelt und hoffnungslos in eine Zukunft, in der sie womöglich

mit dem Schmerz leben müssen. Sie leiden unter Ängsten, da niemand eine körperliche Ursache findet, sind niedergeschlagen, weil der Schmerz bei jeder Tätigkeit präsent ist und meiden deshalb auch soziale Aktivitäten. All dies sind Faktoren, die noch zu einer weiteren Chronifizierung beitragen können (Keefe, Rumble, Scipio, Giordano, & Perri, 2004). Hinzu kommt, dass sie vielfach Therapeuten mit unterschiedlichen und auch ablehnenden Einstellungen erlebt haben: „Sie haben nichts, Sie bilden sich den Schmerz nur ein“ (Tanenbaum, 2010). Das hieraus entstehende, zum Teil offene Misstrauen gegenüber weiteren Zahn-/Mediziner kann zu vehementen, auch persönlichen Äußerungen oder Aggres-

sionen führen. Derartigen Äußerungen in gleicher, abwehrender Weise zu begegnen, wirkt sich kontraproduktiv auf die Arzt-Patient-Beziehung aus. Gerade hier ist trotz oder gerade wegen des bisweilen entgegengebrachten Misstrauens eine personenzentrierte Haltung des Zahnarztes mit einer unbedingten Wertschätzung und einem größtmöglichen Einfühlungsvermögen in dessen langen und frustrierenden Krankheitsweg für das Entstehen einer therapeutischen Beziehung erforderlich.

Psychosomatische Patienten

Psychosomatische oder funktionelle Störungen spielen auch für einen Teil der Zahnmedizin, bei chronischen, orofazialen Schmerzen eine bedeutende Rolle (Baad-Hansen, Leijon, Svensson, & List, 2008; Maixner, 2009). Die Behandlung psychosomatischer Patienten ist ein schwieriges Feld, das bereits mit der Definition des Begriffes Psychosomatik beginnt. (Reisch, 1992, S. 6f.). Eine Definition zu Psychosomatik unterteilt nicht medizinisch-analytisch, sondern sieht den Menschen als komplettes, nicht aufteilbares Ganzes an. Sie geht davon aus, dass jede Erkrankung den ganzen Menschen mit all seinen körperlichen, seelischen und geistigen Facetten erfasst. Viele Menschen wurden ein Leben lang geprägt von dem descartes'schen, linear-kausalen, medizinischen System, in dem eine Ursache eine Wirkung zur Folge hat, die dann durch den Experten behandelt und vor allem beseitigt wird (Abb.1a).

Dieses Ursache-Wirkungs-Prinzip trifft für die meisten Menschen, oberflächlich betrachtet, über viele Jahre und Jahrzehnte bei den unterschiedlichsten Erkrankungen zu. Umso befremdlicher ist die Erfahrung, an einer komplexen Erkrankung oder einem Schmerz zu leiden, die bzw. der diesem Prinzip nicht folgen will. Es ist verständlich, weshalb es für viele PatientInnen so schwierig zu akzeptieren ist, dass insbesondere bei chronischen Erkrankungen auch psychosoziale und weitere Faktoren eine wesentliche Rolle spielen (Abb.1b).

Temporomandibuläre Erkrankungen – (TMD)	
Muskuläre Erkrankungen	Kiefergelenkerkrankungen
Lokale Myalgie der Kaumusku- latur	Diskusverlagerungen
Myofasziale Schmerzen der Kau- muskulatur	Strukturelle Veränderungen des Diskus
Muskelkrampf	Capsulitis
Muskelkontraktur	Luxation
Zentral bedingte Myalgie	Osteoarthrose
Intraorale Schmerzerkrankungen	
Zahnschmerzen	Schleimhaut-Erkrankungen
Überempfindliche Zahnhäule	Lichen planus
Zahninfraktur ("Crack")	Herpes simplex
Akute/chronische Pulpitis	Herpes zoster
Akute/chronische Parodontitis	Aphthen
Zahnfraktur	Candidiasis
Neuropathische Schmerzerkrankungen	
Primäres Zungen-/Mundbrennen	
Idiopathischer, persistierender Zahnschmerz	
Idiopathischer, persistierender Gesichtsschmerz	
Chronische, posttraumatische, neuropathische Schmerzen	

Tab. 2: Auswahl an orofazialen Schmerzerkrankungen

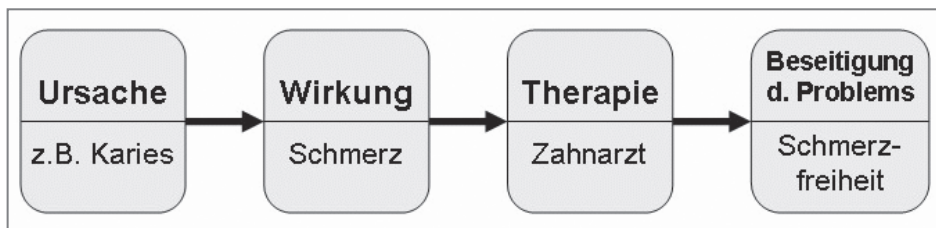


Abb. 1a Lineares Ursache-Wirkungsprinzipmodell bezüglich der Ätiologie und Therapie einer Erkrankung.

Typischerweise treffen mit einem an einer psychosomatischen Schmerzkrankung leidenden Menschen und dem behandelnden Zahnarzt zwei Menschen aufeinander, die sich zunächst scheinbar ergänzen: Der Patient, der seine psychischen Probleme oder Co-Faktoren nicht symbolisiert, trifft bei der Suche nach einer somatischen Therapie seiner Beschwerden auf einen Zahnarzt, der ihm genau diese anbietet (z.B. Schienentherapie). So lange die Beziehung auf diese Weise existiert, sind kaum Probleme zu erwarten. Rückt der Therapeut aber aufgrund der Therapieresistenz von seiner somatischen Ätiologiehypothese ab und bringt mögliche, psychische Ursachen oder eine Psychotherapie ins Spiel, kann sich das Verhältnis schnell ändern, da sich die Einschätzung des Patienten, der ja weiterhin von einer körperlichen Ursache ausgeht, und die des Therapeuten plötzlich diametral unterscheiden. Aufgrund der unterschiedlichen Auffassungen kommt es zum Therapieabbruch. Da meist eine Vielzahl an unterschiedlichen, schulmedizinischen Fachärzten aufgesucht werden, die immer wieder in der gleichen Weise reagieren, entsteht aufgrund der sich wiederholenden Abfolge von Hoffnung und Enttäuschung eine Hilflosigkeit, die weiter zur Chronifizierung beiträgt (Keefe, Rumble, Scipio, Giordano, & Perri, 2004). Gleichzeitig wird der Patient, so er seinen Leidensweg offenbart, häufig noch zum „doctor-shopper“ stigmatisiert und abgewertet. Reisch vertritt hierzu die Einstellung, dass das Abgewiesenwerden des Therapeuten durch den Patienten vom Therapeuten häufig als psychopathologische Störung umgedeutet wird, um die drohende Erkenntnis bei diesen Patienten immer wieder „zu versagen“ abzuwehren. (Reisch, 1994, S. 32).

Der PZA erscheint gerade bei diesen Patienten, die sehr körperfixiert sind, das Mittel der Wahl zu sein. Diese Menschen präsentieren sich, wie beschrieben, ausschließlich mit ihren körperlichen Problemen und erkennen oft keinen Bezug zu inneren Konflikten oder anderen psychosozialen Problemen. Nach dem personenzentrierten Verständnis kann man sagen, dass der psychosomatische, zahnmedizinische Patient mit der Erkrankung einhergehende, psychische Probleme und Zusammenhänge noch nicht symbolisiert hat und in sein Selbst integrieren konnte. Das kann je nach Ausmaß der entsprechenden Faktoren durchaus im Sinne eines Selbstschutzes die Lebensfähigkeit dieser Person aufrechterhalten. Es wäre deshalb kontraproduktiv, solche Zusammenhän-

ge, so sie überhaupt erkannt werden, vom Zahnarzt/ Berater/ Therapeuten plötzlich aufzudecken. Zum einen ist davon auszugehen, dass der/die PatientIn ein solches Angebot ohnehin ablehnt und gegebenenfalls auch den Kontakt einstellen würde. Zum anderen birgt es das Risiko, einer Dekompensation mit einem Zusammenbruch der Person. Das kann weder im Sinne einer zahnmedizinischen Schmerztherapie noch einer Beratung oder Psychotherapie sein. Reisch weist daraufhin, dass die unbedingte Wertschätzung bei psychosomatischen Patienten zwei Facetten hat. Zum einen gilt es, den Wunsch des Patienten nach Nähe, der sich ja mit einem komplexen, nicht verstehbaren und therapieresistenten Problem an den Therapeuten wendet, bedingungslos zu akzeptieren. Zum anderen gilt es, den gleichzeitigen Wunsch des Patienten nach Distanz zu respektieren, indem er bezogen auf seine inneren Vorgänge, vielleicht sogar Wahrnehmungen nicht angesprochen werden möchte (Reisch, 1992, S. 100f.). Vor allem letzteres kann für den Zahnarzt, der es gewohnt ist, „zu wissen, wo es lang geht“, eine neue Erfahrung sein. Auch die Empathie hat bei psychosoma-

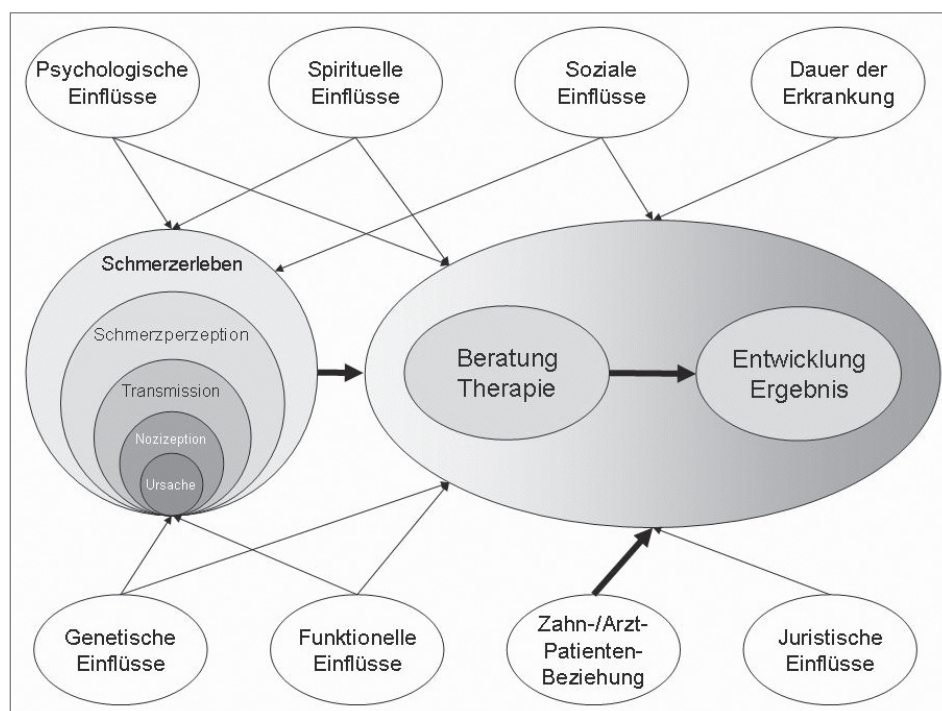


Abb. 1b Multifaktorielles Modell zur Aetiologie, Aufrechterhaltung und Therapie bei chronischen Schmerzen.

tischen Patienten eine andere Konnotation. Während wir normalerweise davon ausgehen, Patienten zur Selbstexploration anzuregen, wenn wir sie einführend verstehen und die verstandenen, emotionalen Erlebnisinhalte verbalisieren, wird der Psychosomatiker genau dieses abwehren, denn es ist genau dieser Aspekt den er ablehnt. Seine Erkrankung hat in seinen Augen nichts mit psychischen Einflüssen zu tun. Reisch betont deswegen, dass sich Empathie in diesen Fällen, vor allem am Anfang, auch nur auf das vom Patienten Angebotene, nämlich die Symptome beziehen soll. Durch eine solche, personenzentrierte Einstellung gegenüber dem psychosomatischen, zahnmedizinischen Patienten kann er das Gefühl bekommen, mit dem, was ihm wichtig ist, ernst genommen zu werden. Auf dieser dadurch

lerkrankungen als Folgen des Rauchens weniger geläufig. Tatsächlich machten erstere nach Schätzungen des Robert-Koch-Instituts im Jahr 2004 etwa 2,4% aller Krebsneuerkrankungen aus (Tab. 3).

Dem Zahnarzt kommt bei diesen Erkrankungen die bedeutende Rolle der Krebsvorsorge und der Früherkennung zu (Krämer, 2007). Dazu gehört, vorhandene Schleimhautveränderungen früh zu erfassen – vor allem aber auch, im Vorfeld Risikopatienten zu erkennen und präventiv mit ihnen zusammenzuarbeiten. Geboy fand in seinem Übersichtsartikel eine nur mäßige Erfolgsrate hinsichtlich einer dauerhaften Entwöhnung. Dennoch zeigte er, dass ein spezifisches „Counseling“ des Arztes oder des Zahnarztes bessere Ergebnisse er-

bit“ (Benowitz, 2010; Spanagel, 1997, S. 297). Auspersonenzentrierter Sicht gleicht es einem frontalen Angriff auf das Selbst der Person zu, Selbstschutz und Abwehr sind häufig die Folgen. Dieses Inkongruenzverhalten bietet infolgedessen ein klassisches Feld für eine Personenzentrierte Beratung. Möchte der Zahnarzt auf diesem Gebiet präventiv arbeiten, muss er den/die PatientIn gerade wegen seiner Erkrankung unbedingt wertschätzen und darf ihn/sie deswegen nicht beschämen oder gar abwerten. Dazu gehört auch, dass kleine Erfolge, wie eine Reduktion der Anzahl an Zigaretten anerkannt werden. Dies widerspricht der aktuellen, medizinischen Auffassung, dass nur ein sofortiges und endgültiges Aufhören erfolgreich sein könne. Aus neurochemischer Sicht mag das richtig sein, weil nur dadurch ein körperlicher Entzug des Nikotins stattfinden kann. Jedoch muss der Patient auch eine psychische Bereitschaft dafür mitbringen. Um diesen Punkt erreichen zu können, ist von Seiten des Beraters jedoch Geduld erforderlich. Durch aufrichtige Empathie und Verständnis für die unter Umständen verzweifelte Situation des Patienten durch unzählige, erfolglose Versuche oder auch für dessen Genuss und Lust am Rauchen kann der Zahnarzt mit einem solchen Patienten eher eine therapeutische Beziehung aufbauen. Auf dieser Grundlage

kann der Patient sein inkongruentes Verhalten gegenüber dem Rauchen erkennen und zulassen, und kann dadurch, vielleicht erst mittelfristig, die Motivation entwickeln, das Rauchen zu reduzieren oder sogar aufzugeben.

Abgrenzung von Beratung und Therapie

Eine besondere Problematik ist hier die Beratung und Therapie voneinander abzugrenzen. Zahnmedizinisch wird der Patient therapiert, während er psychologisch beraten wird. Verschärft wird diese Doppelfunktion dadurch, dass zum Beispiel in der Therapie von chronischen, orofazialen Schmerzen auch psychotrope Medikamente wie Antidepressiva und Benzodiazepine eingesetzt werden. Die

Krebsinzidenz 2004	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Alle Krebsarten	230464	100,00%	206010	100,00%	436474	100,00%
Lungenkrebs	32848	14,25%	13188	6,40%	46036	10,55%
Mund-/Rachenkrebs	7622	3,31%	2784	1,35%	10406	2,38%
Kehlkopfkrebs	2993	1,30%	391	0,19%	3384	0,78%

Tab. 3: Zusammenstellung an Krebsneuerkrankungen im Jahr 2004, die mit Tabakrauchen in Verbindung gebracht werden im Vergleich zur Gesamtzahl an Krebsneuerkrankungen im Jahr 2004 (Quelle: Robert-Koch-Institut, Dachdokumentation Krebs. Datenbankabfrage am 5.08.2009)

entstehenden Basis und möglicherweise auch erst nach vielen Sitzungen, kann es ihm gelingen, auch an tiefere Erfahrungen heranzukommen und zu artikulieren.

Rauchentwöhnung

Es ist lange bekannt, dass Tabakkonsum das „bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko in den Industrieländern“ darstellt (Robert-Koch-Institut, „Tabakkonsum,“ 2006). Während Herz-Kreislauferkrankungen und maligne Erkrankungen der Atemwege als schwerwiegende und Lebenszeit verkürzende Auswirkungen des Rauchens hinreichend bekannt sind, so sind Tumorerkrankungen der Mundhöhle und des Rachenbereichs aber auch Parodonta-

brachte, als andere Verfahren oder nichts zu tun (Geboy, 1989). Die Bevölkerung ist gut informiert, dass Rauchen zu lebensbedrohlichen Erkrankungen führen kann. Gleichzeitig wehren jedoch viele diese Gedanken ab, indem sie sie aus einer Inkongruenz heraus verdrängen, bagatellisieren oder schlicht wider besseren Wissens negieren. Sie mit Schreckensbildern oder -berichten zu konfrontieren (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2009) sowie sie direktiv aufzufordern, das Rauchen einzustellen, bewirkt nach meiner Erfahrung typischerweise bestenfalls eine kurzzeitige Nikotinkarenz. Dies wird der Tatsache nicht gerecht, dass es sich dabei um eine schwerwiegende, körperliche wie psychische Abhängigkeitserkrankung handelt und nicht um ein einfaches „Ha-

Trennung ist in Deutschland aber aus juristischen Gründen strikt einzuhalten, da die Ausübung von Psychotherapie nach dem Psychotherapeutengesetz seit 1999 nur noch den darin aufgeführten Berufsgruppen erlaubt ist (PsychThG1998). Der Unterschied scheint in der Praxis eher künstlicher Natur zu sein: ausgehend von Rogers' Persönlichkeitstheorie ist eine Inkongruenz von Selbst und organismischer Erfahrung die Basis sowohl für Lebensveränderungskrisen und Anpassungsstörungen. Sie kann aber auch Basis für manifeste, psychische Erkrankungen sein (Rogers, 1959, dt. 1991, S. 51-55). Die Übergänge sind naturgemäß fließend, und Rogers selbst machte diesen Unterschied ohnehin nicht. Letztlich geht es im PZA in der Interaktion mit dem Klienten/Patienten um die Haltung und die Grundeinstellung gegenüber dem Menschen mit dem man sich beschäftigt und die Beziehung zu diesem und weniger um die Bezeichnung der ausgeübten Tätigkeit.

Abhängigkeitsentwicklung

Rogers thematisierte dieses Problem schon sehr früh und vermutete, dass die Hauptgefahr eventuell daraus hervorgehe, wenn der Patient aufgrund von Interpretationen, Kritik, Lob, etc. Wertungen seitens des Beraters erfahre, aufgrund derer er zu dem Schluss kommt, dass dieser offensichtlich sein Selbst besser versteht als er. Als Konsequenz daraus würde dessen Selbstvertrauen immer unbedeutender und gleichzeitig die Abhängigkeit vom Berater und dessen Meinung und Bewertung immer wichtiger (Rogers, 1951, dt. 2005, S. 201-205). Ein personzentriert beratender Zahnmediziner befindet sich in einer kontinuierlichen Doppelfunktion. Einerseits ist er der Ansprechpartner des Patienten für alle oralmedizinischen Fragen, Medikamentenwirkungen, Dosierungen, Nebenwirkungen, in der eine Information durch den Experten gefragt ist, die durchaus im positiven Sinne bewertend sein kann. Andererseits ist er im beratenden Anteil des Gesprächs auf der gleichen Ebene mit dem Klienten und wird versuchen, möglichst keinerlei Wertung einzubringen. Diese Situation kann leicht zu einer vermischten Wahrneh-

mung auf Seiten des Patienten führen, in der der „Experte“ in der Gesamtwahrnehmung überwiegt, und in der auch der Berater die beiden Anteile nicht immer auseinander halten kann. In der Folge kann sich dann die Abhängigkeit entwickeln, die Rogers beschrieben hat. Diesen Rollenkonflikt gilt es in der Beratung im Auge zu behalten.

Zusammenfassung

Der PZA und erst recht die personzentrierte Beratung spielen in der Zahnmedizin bisher keine Rolle. Dies mag in Deutschland daran liegen, dass dieser Bereich der Medizin überproportional stark auf restaurative und chirurgische Aspekte ausgerichtet ist, in denen Beratung keine besonders ausgeprägte Rolle spielt und andere Disziplinen eher eine Randexistenz fristen. Dazu kann aber auch beitragen, dass die Psychologie generell immer noch eine relativ geringe praktische Bedeutung innerhalb des Faches hat, auch wenn sie dieses schon lange wissenschaftlich begleitet. In der medizinischen, wissenschaftlichen Literatur ist dagegen durchaus ein Trend festzustellen, dass die in Ethik-Leitlinien geforderte Patientenorientierung in der Therapie auch immer mehr tatsächlich propagiert wird. Aus einem Editorial des Journals of Orofacial Pain von 2007 geht hervor, dass es unter Umständen auch ein etwas demütiges Eingeständnis der bisherigen, paternalistischen Medizin und ihrer Vertreter sein kann, dass die Medizin trotz anspruchsvollster und höchst entwickelter Techniken zwar eine Fülle an Wissen zu verschiedenen Erkrankungen hinzugezogen hat, dass aber die professionelle Hilfe trotzdem nicht so gut ist, wie man sie sich dadurch erhofft hat. Das wichtigste Ergebnis der Forschung sei vielmehr, dass sich das Verhältnis zwischen Arzt und Patient bedeutend verändert hat. Es habe sich herausgestellt, wie entscheidend und notwendig eine patientenzentrierte Versorgung der Menschen ist (Stohler, 2007). Es scheint erkannt zu werden, dass man den hilfesuchenden Menschen vor sich nicht nur als zu behandelndes oder zu reparierendes Objekt betrachten darf, sondern ihn als in seiner Gesamtheit, seiner Individualität

und seiner spezifischen Situation wahrnehmen muss. Studien zeigen darüber hinaus, dass der Erfolg einer Therapie, vor allem aber die Patientenzufriedenheit und die Häufigkeit von rechtlichen Schritten, die gegen einen Arzt unternommen werden entscheidend von der Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung abhängt (Stewart et al., 2000). Und genau diese therapeutische Beziehung ist es, wovon es im PZA zu allererst geht.

Insofern sind der PZA und die Zahnmedizin keine Gegensätze und die Integration des PZA in die Zahnmedizin stellt keine „Behandlungsexotik“ dar. Vielmehr ergänzen sich beide Bereiche, wenn dies auch in den Unterdisziplinen der Zahnmedizin in unterschiedlichem Maße erforderlich ist.

Ist die Zahnmedizin also ein Feld für den PZA? Ohne Frage ist die Zahnmedizin ein vor allem operatives Fach, in dem es überwiegend einen relativ geringen Bedarf an psychologischer Beratung gibt. Ich habe allerdings auch exemplarisch Bereiche aufgezeigt, in denen er unbedingt notwendig erscheint. Aufgrund meiner Erfahrung, dass PatientInnen nach einem gewissen anfänglichen Erstaunen ein solches Beziehungsangebot in der Therapie gerne annehmen, glaube ich, dass der PZA auch in der Zahnmedizin eine wertvolle und vor allem für beiden Seiten befriedigendere Herangehensweise ist.

Literatur

- AADR Council. (2010). Temporomandibular Disorders (2nd Aufl.). Alexandria: American Association for Dental Research,.
- American Dental Association. (2009). Principles of Ethics and Code of Professional Conduct.
- Arnold, E., Illhardt, F.-J., & Wittrahm, A. (2006). Ethische Grundlagen für personzentriertes Handeln in Therapie und Beratung. In A. Wittrahm (Hrsg.), Ethik in psychosozialen Berufsfeldern. Materialien für Ausbildung und Praxis. (S. 11). Köln: GwG-Verlag.
- Baad-Hansen, L., Leijon, G., Svensson, P., & List, T. (2008). Comparison of clinical findings and psychosocial factors in patients with atypical odontalgia and temporomandibular disorders. *Journal of Orofacial Pain*, 22(1), 7-14.
- Benowitz, N. L. (2010). Nicotine addiction. *The New England Journal of Medicine*, 362(24), 2295-2303.

- Bundesministerium der Justiz. (1998). Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz - PsychThG).
- Carlson, C. R. (2007). Psychological Factors Associated with Orofacial Pains. *Dental Clinics of North America*, 51(1), 145-160.
- Clifton-Soderstrom, M. (2003). Levinas and the Patient as Other: The Ethical Foundation of Medicine. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 28(4), 447-460.
- Council of European Dentists. (2007). Berufskodex für Zahnärzte in der europäischen Union.
- Deutsches Krebsforschungszentrum. (2009). Ein Bild sagt mehr als tausend Worte: Kombinierte Warnhinweise aus Bild und Text auf Tabakprodukten. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.
- Fussnegger, M. R. (2009). Der personenzentrierte Ansatz in der Zahnmedizin. Unveröffentlichte Masterarbeit. Hagen: FernUniversität.
- Geboy, M. J. (1989). Dentists' involvement in smoking cessation counseling: a review and analysis. *The Journal of the American Dental Association*, 118(1), 79-83.
- Jordan, A. E., & Meara, N. M. (1990). Ethics and the professional practice of psychologists: The role of virtues and principles. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(2), 107-114.
- Keefe, F. J., Rumble, M. E., Scipio, C. D., Giordano, L. A., & Perri, L. M. (2004). Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *The Journal of Pain*, 5(4), 195-211.
- Klages, U., & Sergl, H. G. (1996). Kommunikation in der Zahnarztpraxis. In H. G. Sergl (Hrsg.), *Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde* (S. 33-45). München: Urban und Schwarzenberg.
- Kluckhuhn, C. (2006). Wenn die Seele knirscht. *Zahnärztliche Mitteilungen*, 96(4), 32-36.
- Kohlmann, T. (1991). Schmerzen in der Lübecker Bevölkerung. *Der Schmerz*, 5(4), 208-213.
- Kohlmann, T. (2002). Epidemiologie orofazialer Schmerzen. *Der Schmerz*, 16(5), 339-345.
- Krämer, J. (2007). Pressemitteilung: Rolle des Zahnarztes bei der Raucherentwöhnung wächst. abgerufen am 11.08.2009, von <http://www.bzaek.de/service/oav10/artikel.asp?lnr=793>
- Maixner, W. (2009). Temporomandibular Joint Disorders. In E. Mayer, A. & M. C. Bushnell (Hrsg.), *Functional Pain Syndromes: Presentation and Pathophysiology* (1. Aufl., S. 55-69). Seattle: IASP Press.
- Nilges, P. (2002). Psychosoziale Faktoren bei Gesichtsschmerz. *Der Schmerz*, 16(5), 365-372.
- Okeson, J. P. (Hrsg.). (1996). *Orofacial Pain: Guidelines for assessment, classification and management*. Carol Stream: Quintessence Publishing.
- Reisch, E. (1992). Klientenzentrierte Psychotherapie in der Psychosomatik - Beziehungsanalyse und therapeutische Implikationen. Dissertation Braunschweig: Technischen Universität Carolo-Wilhelmina.
- Reisch, E. (1994). Verletzbar Nähe: ein klientenzentrierter Weg zum psychosomatischen Patienten. (Vol. 91). München: Verlag J. Pfeiffer.
- Rogers, C. R. (1951, dt. 2005). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie* (17. Aufl.). Frankfurt am Main: Fischer-Verlag.
- Rogers, C. R. (1959, dt. 1991). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. (3. Aufl.). Köln: GwG.
- Schmid, P. F. (1996). Antworten und verantworten - Solidarisch und autonom handeln. Ansätze zu einer personenzentrierten Ethik. In P. F. Schmid (Hrsg.), *Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis*. Ein Handbuch. Die Kunst der Begegnung. (S. 521-532). Paderborn: Junfermann.
- Sergl, H. G. (1996). Der Zahnarzt und sein Patient - Zahnarzt-Patient-Beziehung. In H. G. Sergl (Hrsg.), *Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Spanagel, R. (1997). Suchtkrankheiten. In T. Herdegen, T. R. Tölle & M. Bähr (Hrsg.), *Klinische Neurobiologie: Molekulare Pathogenese und Therapie von neurologischen Erkrankungen* (S. 281-306). Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., et al. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of family practice*, 49(9), 796-804.
- Stohler, C. (2007). Temporomandibular Joint Disorders - The view widens while therapies are constrained. *Journal of Orofacial Pain*, 21(4), 261.
- Tabakkonsum. (2006). abgerufen am 5.08.2009, von Robert Koch Institut: http://www.rki.de/cln_162/nn_197444/DE/Content/GBE/Auswertungsergebnisse/Gesundheitsverhalten/Tabakkonsum/tabakkonsum_inhalt.html?__nnn=true
- Tanenbaum, D. R. (2010). Academy News: Letter from the AAOP President. *Journal of Orofacial Pain*, 24(1), 128.
- Turp, J. C., Hugger, A., Nilges, P., Hugger, S., Siegert, J., Busche, E., et al. (2006). Recommendations for the standardized evaluation and classification of painful temporomandibular disorders: an update. *Schmerz*, 20(6), 481-489.
- Von Korff, M., Dworkin, S. F., Le Resche, L., & Kruger, A. (1988). An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain*, 32(2), 173-183.
- Wig, A. D., Aaron, L. A., Turner, J. A., Huggins, K. H., & Truelove, E. (2004). Shortterm Clinical Outcomes and Patient Compliance with Temporomandibular Disorder Treatment Recommendations. *Journal of Orofacial Pain*, 18(3), 203-213.

Impressum

Die Zeitschrift *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* erscheint vierteljährlich. Der Bezugspreis wird durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten. Für Nichtmitglieder beträgt der Preis eines Jahresabonnements 40,00 Euro.

Einzelheft: 12,50 Euro.
Herausgeberin: Sylvia Rasch-Owald (V. i. S. d. P.)
Redaktion: Ursula Reinsch, Michael Barg
DTP/Layout: Sven Stadhouders
Fotos: Ursula Reinsch
Druck: ALBERSDRUCK GMBH & CO KG,
Leichlinger Straße 11, 40591 Düsseldorf
Auflage: 3700

Herausgeber und Verlag:
Gesellschaft für wissenschaftliche
Gesprächspsychotherapie (GwG) e. V.
Melatengürtel 125a, 50825 Köln
Telefon: 0221 925908-0, Fax: 0221 251276
E-Mail: gwg@gwg-ev.org
Internet: www.gwg-ev.org

Die Rubriken Gesundheits- und Sozialpolitik sowie GwG-Intern/GwG-Informationen liegen in der Verantwortung von Vorstand und Bundesgeschäftsführung.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion und der GwG wieder.

Alle Rechte vorbehalten. Ein Nachdruck darf nur mit vorheriger Einwilligung des Verlages erfolgen. Zuschriften und Manuskripte können an die Geschäftsstelle der GwG gesandt werden. Für unverlangt eingeschickte Manuskripte kann keine Haftung übernommen werden. Die Redaktion behält sich vor, eingegangene Manuskripte vor einer Veröffentlichung zu überarbeiten.

ISSN 0932-934 X

Die Mitgliedschaft in der GwG kann bei der Bundesgeschäftsstelle beantragt werden.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 195,00 Euro jährlich. Arbeitslose, Studenten und Teilzeitbeschäftigte können den ermäßigten Beitrag von 97,50 Euro beantragen. Der Mitgliedsbeitrag für Gebietskörperschaften (Fördermitgliedschaft) beträgt mindestens 50,00 Euro pro Jahr.

Bei Beitragszahlungen bitte stets die Mitgliedsnummer angeben.

Adressen, Bankdatenänderungen und Reklamationen bitte der Bundesgeschäftsstelle schriftlich mitteilen.

Konten:
Sparkasse KölnBonn
BLZ 370 501 98, Konto 2083 2978
IBAN: DE34 3705 0198 0020 8329 78
SWIFT/BIC: COLSDE33
Postbank
BLZ 200 100 20, Konto 352 683 204
IBAN: DE05 2001 0020 0352 6832 04
SWIFT/BIC: PBNKDEFF

Nächste Ausgabe Nr. 4/2010
Erscheinungsmonat: Dezember 2010
Redaktionsschluss: 15.10.2010