

On the couch at the dentist's?

Psychosocial medical history in the dental office

Beim Zahnarzt auf der Couch?

Psychosoziale Anamnese in der zahnärztlichen Praxis

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

eigentlich ist der Einfluss der Psyche auf den Krankheitsverlauf kranio-mandibulärer Dysfunktionen schon seit langer Zeit bekannt. In einer der ersten Darstellungen einer Schienenbehandlung vermutete ein Berliner Zahnarzt schon im Jahr 1884, dass es sich bei den beobachteten muskulären Symptomen „lediglich“ um „psychische Affektionen“ handele¹. Doch bis heute hat es die Psychologie schwer, auf dem Gebiet der Zahnheilkunde Fuß zu fassen. Befördert durch die Theorien von Costen², Ramfjord³ und vieler anderer rückte die Korrektur morphologischer „Abweichungen“ wie Unterkieferfehlstellungen, Bisslage und Okklusion für lange Zeit in den Mittelpunkt der Behandlung von CMD. Das Problematische dabei war und ist, dass sich auch bei den Patienten aufgrund der oft langen Behandlung eine somatische Ursachenvorstellung verfestigt. Bleibt der Erfolg jedoch aus und versucht der Arzt dann das Erklärungsmodell in Richtung psychischer Ursachenattribution zu verschieben, wird nicht nur das Arzt-Patienten-Verhältnis empfindlich gestört⁴. In der Folge versuchen die Patienten häufig ihre Beschwerden durch eine organische Ursache zu legitimieren und suchen immer neue Ärzte auf, wenn sie das Gefühl haben, dass ihre Beschwerden nicht ernst genommen werden oder ihr Schmerzempfinden direkt infrage gestellt wird⁵.

Um diese Trennung von somatischen und psychosozialen Einflüssen bei der Krankheitsentstehung zu überwinden, wurde Ende der 1970er Jahre das biopsychosoziale Krankheitsmodell etabliert⁶. Der Verzicht

Dear Colleagues,

The influence of the psyche on the progress of temporomandibular disorders has actually been known for a long time. In as early as 1884, a dentist from Berlin speculated in one of the first descriptions of a splint therapy¹ that the observed muscle symptoms were “only a psychological affliction.” However, psychology can apparently still not take root in the field of dentistry. Promoted through the theories by Costen², Ramfjord³ and many others, correcting the morphological “abnormalities” such as misalignment of the mandible, of the occlusal relationship and occlusion, was at the center of TMD treatment for a long time. The issue with this kind of approach, however, was and still is that the idea that the causes were purely somatic is reinforced in the patients due to the long treatment duration. If the treatment is unsuccessful and the doctor tries to shift the explanatory model towards attributing the causes to mental factors, then the relationship between doctor and patient will also suffer considerably⁴. As a consequence, patients often try to justify their symptoms with an organic disease and keep consulting new doctors, if they feel their symptoms are not taken seriously or even their perception of pain is questioned⁵.

In the late 1970s, the biopsychosocial model was established to overcome the division between somatic and psychosocial influences on disease development⁶. Waiving this dichotomy into somatic and psychosocial causes enables early comprehension of the patient's disease in several dimensions. To be able to meet these expectations in the diagnosis of TMD, the *Research*

Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders were presented in the early 1990s. These include the assessment of psychosocial factors (Axis II) in TMD patients as part of the initial examination⁷. This diagnostic tool quickly became standard in clinical research. However, it did not gain acceptance in dental offices worldwide, which some people blame on the extensive psychosocial axis of this instrument. Apparently, clinicians feel insecure about how to handle the psychosocial data they have gathered, are afraid to be rejected by the patient, or simply insist on a biomedical model of disease⁸.

But the perception in our society has changed in the meantime. Simplified and popular euphemistic-sounding terms such as "burnout" or "coaching" have found their way into the German language, showing that an awareness of mental disorders is working its way into everyday public discourse. Experience shows that the patients in a dental office are indeed open for the biopsychosocial model of etiology. Questions about this issue are very rarely denied an answer. On the contrary, the majority of patients talk openly about psychological stress (addiction, relationship problems, symptoms of depression or anxiety, concerns about their body) if asked⁴.

After all, this is an opportunity for the patients (and perhaps their first) to reflect their biographical and psychosocial situation in the context of their disorder. The screening instruments⁹ that are available today facilitate opening this conversation about these often delicate and intimate-sounding questions, especially since patients traditionally rather expect a technical diagnostic procedure than a personal interview about their findings and state of health. Especially for colleagues specializing in the treatment of TMD in dental offices and clinics, this procedure simplifies a fast assessment of the patient's personality and character to enable the doctors to categorize the patient's complaints correctly.

This will (and should not) result in a psychological diagnosis. However, the doctor can thus evaluate the influence of psychosocial factors on the disease right from the start and can make the corresponding treatment decisions in consultation with the patient.

To this end, the patient should not lie in the chair as if it was a couch. It is recommended to take account

auf eine Dichotomisierung in somatisch und psychosozial erlaubt es bereits frühzeitig, das Krankheitsbild des Patienten mehrdimensional zu erfassen. Um diesen Ansprüchen auch bei der CMD-Diagnostik gerecht zu werden, wurden Anfang der 1990er Jahre die *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* vorgestellt, die die Erhebung psychosozialer Faktoren (Achse II) bei CMD-Patienten im Rahmen der Grunduntersuchung vorsehen⁷. Schnell entwickelte sich dieses Diagnostikschema zum Standard in der klinischen Forschung. In der zahnärztlichen Praxis hingegen konnte es sich auch international nicht durchsetzen. Unter anderem wird der umfangreiche, psychosoziale Teil des Instrumentariums dafür verantwortlich gemacht. Offensichtlich fühlen sich die Praktiker beim Umgang mit den gewonnenen psychosozialen Informationen unsicher, befürchten die Zurückweisung durch den Patienten oder beharren schlichtweg auf einer biomedizinischen Sichtweise⁸.

Doch mittlerweile hat sich die Wahrnehmung in der Gesellschaft verändert. Vereinfacht durch populäre euphemistisch anmutende Begriffe wie „Burn out“ oder „Coaching“, rücken psychische Erkrankungen zunehmend in das Blickfeld der alltäglichen öffentlichen Diskussion. Die Erfahrungen zeigen, dass auch die Patienten in der Zahnarztpraxis für das biopsychosoziale Ätiologiemodell durchaus offen sind. Fragen zu dieser Thematik werden nur sehr selten zurückgewiesen. Im Gegenteil: Patienten sprechen in der Mehrzahl offen über psychische Belastungen (Sucht, Beziehungsprobleme, Depressions- und Angstsymptome, körperbezogene Sorgen), wenn sie danach gefragt werden⁴. Schließlich bietet sich für die Betroffenen auf diesem Wege (vielleicht erstmalig) die Gelegenheit, die eigene biografische und psychosoziale Situation im Krankheitskontext zu reflektieren.

Die heute zur Verfügung stehenden vereinfachten Screening-Instrumente⁹ erleichtern den Gesprächseinstieg zu diesen oft heikel und intim anmutenden Fragestellungen, zumal vom Zahnarzt traditionell ein eher prozedurales Vorgehen als ein persönliches Interview über Befund und Befinden erwartet wird. Insbesondere für auf CMD spezialisierte Kolleginnen und Kollegen in Praxis und Klinik vereinfacht dieses Vorgehen das rasche Erfassen von Persönlichkeit und

Charakter des Patienten zur richtigen Einordnung der vorgetragenen Beschwerden.

Es können (und sollen) auf diese Weise keine psychologischen Diagnosen gestellt werden. Dem Zahnarzt wird es aber möglich, von Anfang an Einflüsse psychosozialer Faktoren auf das Krankheitsgeschehen abzuschätzen und entsprechende Therapieentscheidungen im Einvernehmen mit dem Patienten zu treffen. Dazu sollte der Patient nicht wie auf einer Couch im Patientenstuhl liegen. Es wird empfohlen, das Anamnesegespräch auf Augenhöhe in bequemer Sitzhaltung zu führen¹⁰.



Ihr
Matthias Lange

of the patient's history in a comfortable sitting posture and on an eye level with the patient¹⁰.



Yours,
Matthias Lange

References

1. Ritter. Heilung eines hysterischen Kaumuskelkrampfes durch Anwendung einer Kautschukpièce. Dtsch Monatsschr Zahnheilkd 1884;2:530–532.
2. Greene CS. The etiology of temporomandibular disorders: implications for treatment. J Orofac Pain 2001;15:93–105; discussion 106–116.
3. Ramfjord SP. Bruxism, a clinical and electromyographic study. J Am Dent Assoc 1961;62:21–44.
4. Schröter C, Schiltenswolf M, Fydrich T, Henningsen P. The Explanatory Model Interview in the diagnosis of orthopaedic pain patients. Orthopäde 2004;33:533–544.
5. Kouyanou K, Pither CE, Wessely S. Iatrogenic factors and chronic pain. Psychosom Med 1997;59:597–604.
6. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977;196:129–136.
7. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. J Craniomandib Disord 1992;6:301–355.
8. Durham J, Ohrbach R. Oral rehabilitation, disability and dentistry. J Oral Rehabil 2010;37:490–494.
9. Ahlers MO. Erfassung psychischer Kofaktoren bei der Diagnostik kranio-mandibulärer Dysfunktionen. J Craniomandibuläre Dysfunkt 2013;5:73–89.
10. Demmel HJ, Adler RH. Die biopsychosoziale Anamnese und das ärztliche Gespräch. In: Wolowski A, Demmel HJ (eds). Psychosomatische Medizin und Psychologie für Zahnmediziner. Stuttgart, Germany: Schattauer; 2010:79.