

## Die Zwanghafte okklusale Vigilanz\*

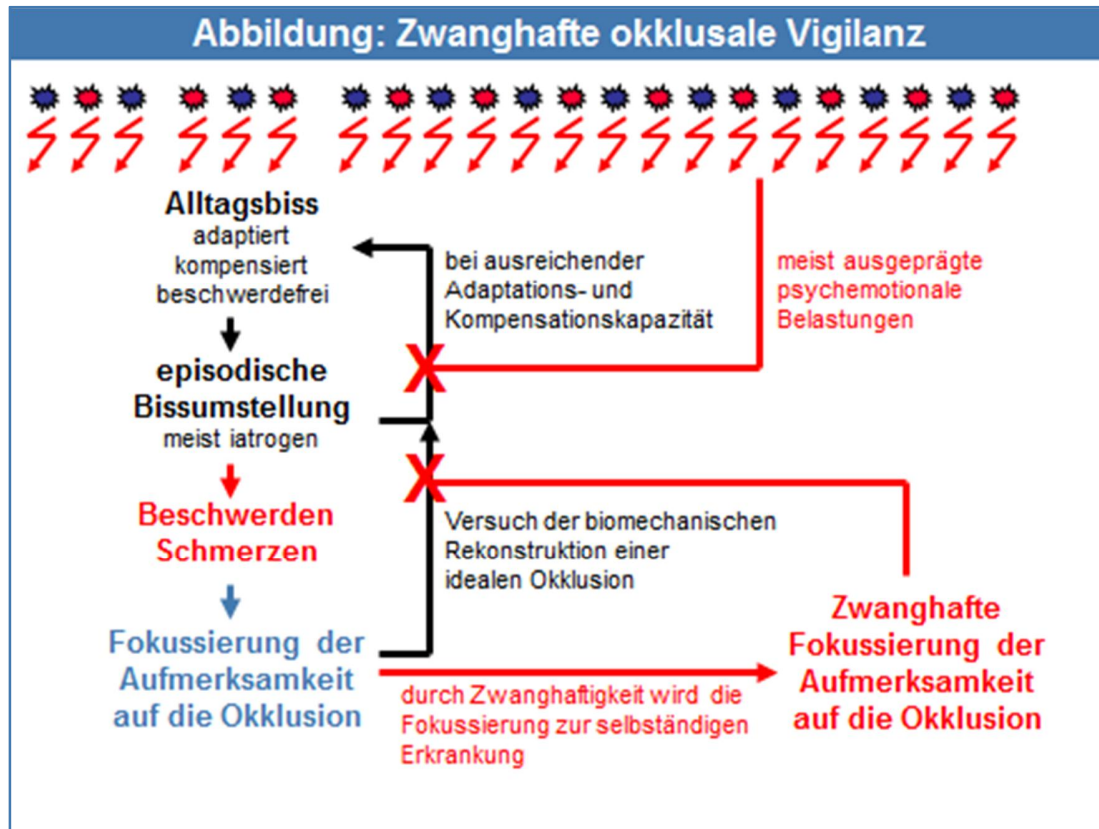
von Erich Wühr (Stand: Januar 2012)

In diesem Artikel geht es um Patienten mit therapieresistenten Kopf- und Gesichtsschmerzen und einem besonderen Leidensweg: Solche Patienten sind seit Jahren von einem gnathologischen Spezialisten zum nächsten „gewandert“ und präsentieren sich mit einer ganzen Reihe von Aufbiss-Schienen. Allein die Linderung ihrer Beschwerden ist bisher ausgeblieben. Die Patientinnen – es handelt sich in unserer Praxis fast ausschließlich um Frauen – erscheinen verzweifelt und berichten über einen enormen Leidensdruck. Den Beginn ihrer Beschwerden ordnen sie meist einer bestimmten restaurativen oder prothetischen Zahnbehandlung mit einer entsprechenden Okklusionsveränderung zu. Sie sind verbittert und weisen dem dafür verantwortlichen Zahnarzt „die ganze Schuld“ an ihren Beschwerden zu. Typischerweise breiten sich die Beschwerden im Laufe der Zeit von der Kopf-Gesichtsregion ausgehend in andere Körperregionen aus. Die Ganzkörperschmerzzeichnung dieser Patientinnen zeigt oft eine diffuse Schmerzverbreitung über fast den ganzen Körper.

In Fachkreisen werden diese Patienten als „Koryphäenkiller“ bezeichnet, weil schon mehrere Fachkoryphäen mit ihren Behandlungsversuchen (meist Aufbiss-Schienen) an den Beschwerden gescheitert sind. Aus der Perspektive der betroffenen Patienten ist dieses Verhalten des „doctor shoppings“ der mehr oder weniger verzweifelte Versuch, durch maximale Eigeninitiative eine Lösung für ihre Probleme zu finden – leider an den falschen Stellen mit den falschen Methoden. Die Diagnose atypischer Gesichtsschmerz (neuerdings zunehmend Fibromyalgie) begleitet diese Patienten. Besonders auffällig ist, dass sie fachlich hervorragend informiert sind. Sie kennen die biomechanischen Fachausdrücke von „Fronteckzahnführung“ über „Mediotrusion“ bis „Zentrik“ und sehen sich selbst schon als Experten der Okklusion. Sie erwarten sich von uns die „geniale“ Aufbiss-Schiene, die ihre Kopf- und Gesichtsschmerzen ein für alle Mal beseitigt. Die Gefahr ist groß, dass wir in diese Falle tappen und einen weiteren biomechanischen Behandlungsversuch mit einer Aufbiss-Schiene starten.

Wir erklären uns die Krankengeschichte dieser Patientinnen wie in der Abbildung dargestellt. In der Gnathologie ist die ideale Verzahnung biomechanisch genau beschrieben: Als statische Okklusion mit einer definierten Anzahl von okklusalen Kontakten pro Kaufläche in der sogenannten zentrischen Okklusion, das heißt bei zentrischer Position der Kondylen in den Kiefergelenkgruben; als dynamische Okklusion mit Fronteckzahnführung bei laterotrusiver und protrusiver Unterkieferbewegung; als definierte Beziehung zwischen Gelenkbahnneigung, Frontzahntorque und Höckerneigung der Prämolaren und Molaren und so weiter und so weiter. Allerdings kommt diese biomechanisch ideale Verzahnung in der Natur nicht vor. Die Regulation, Adaptation und Kompensation vielfältiger mechanischer, (bio-)chemischer, psychischer und physikalisch/physiologischer Irritationen führt auch in Bezug auf Form und Funktion des Kraniomandibulären Systems zu einer Verzahnung, die mehr oder weniger stark von der biomechanischen Idealvorstellung abweicht. Dieser „Alltagsbiss“ ist auch keine eindeutige räumliche Position: Abhängig von der Körperstellung, der Tagesform, der Tageszeit, dem aktuellen Tonus der Kaumuskulatur usw. nehmen wir immer leicht unterschiedliche Bisslagen und damit Okklusionspositionen ein. Mal kommt beim Schlussbiss der eine Zahn als erster in Kontakt, mal ein anderer. In der Regel nimmt ein Mensch diese Unterschiede ein Leben lang

nicht wahr. Dieser vom Ideal abweichende Alltagsbiss ist gut adaptiert und kompensiert und damit beschwerdefrei.



Auch episodische Bissumstellungen durch zahnärztliche Maßnahmen werden in der Regel schnell adaptiert und kompensiert, ohne dass irgendwelche Beschwerden auftreten. Nicht so bei Patienten, bei denen durch vielfältige Belastungen die adaptative und kompensatorische Kapazität nicht mehr ausreicht. Psychoemotionale und psychosoziale Belastungen scheinen dabei eine große Rolle zu spielen: Die Bissumstellung verursacht lokale Schmerzen in der Kaumuskulatur und im Bereich der Kiefergelenke. Dadurch wird die Aufmerksamkeit der Patientin auf den Biss gelenkt. Gelingt es dem Zahnarzt nicht, schnell und sicher wieder einen gut adaptierten und kompensierten Alltagsbiss herzustellen, bleiben die Beschwerden bestehen, und die Patientin fokussiert ihre Aufmerksamkeit weiter auf die Okklusion. Viele Betroffene informieren sich im Internet und werden zu „biomechanischen Spezialisten“. Weitere Behandlungsversuche mit Aufbiss-Schienen folgen. Diese Schienen mögen biomechanisch durchaus korrekte okklusale Beziehungen rekonstruieren. Aber die Patientinnen nehmen die oben erwähnten durchaus normalen Okklusionsunterschiede weiterhin als störend wahr. Sie fokussieren ihre Aufmerksamkeit zwanghaft auf die Okklusion und die Beschwerden, die sie damit in Verbindung bringen. In der psychologischen Fachsprache spricht man von Vigilanz (erhöhte Aufmerksamkeit, Daueraufmerksamkeit). Diese zwanghafte Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die Okklusion wird zur eigenständigen psychischen Störung, die jeden weiteren biomechanischen Behandlungsversuch zum Scheitern verurteilt. Trotzdem sucht die Patientin weiter nach dem zahnärztlichen Experten, der ihren Biss mit einer Schiene so rekonstruieren kann, dass ihre Beschwerden abklingen. Und jeder dieser zahnärztlichen

Experten tappt in die Falle und glaubt, „den Fall biomechanisch lösen zu können“. Selbst eine (zufällig) ideale Rekonstruktion der Okklusion würde von der Patientin als Veränderung und damit als störend wahrgenommen. Eine nachhaltige Linderung der Beschwerden kann nur gelingen, wenn vom Behandler wie von der Patientin erkannt und eingesehen wird, dass sich hier eine eigenständige psychische Störung entwickelt hat. Nur dann wird sich die Patientin auf die notwendige psychologische Beratung und Behandlung einlassen. Gelingt die Psychotherapie, so ist die nachfolgende zahnärztliche Rekonstruktion der Okklusion nach den entsprechenden Regeln einfach und wird von der Patientin gut akzeptiert.

Um nicht in die Falle zu tappen müssen wir die betroffenen Patienten an den folgenden Hinweisen rechtzeitig erkennen:

- Die Patienten haben einen enormen Leidensdruck. Sie äußern eine hohe subjektiv wahrgenommene Schmerzintensität. Sie sind verzweifelt und sprechen manchmal sogar von Suizid.
- Sie berichten von einer langen Erkrankungsdauer mit vielfältigen Behandlungsversuchen mit Aufbiss-Schienen – auch durch Experten („Koryphäenkillerphänomen“).
- Der Beginn der Beschwerden steht mit einer Zahnbehandlung und Bissveränderung im Zusammenhang. Die Patienten geben dem durchführenden Zahnarzt die Schuld an der „Misere“.
- Die Ganzkörperzeichnung ist ausführlich und zeigt komplexe Schmerzbilder – oft nahezu in allen Körperregionen.
- Die Patienten benutzen stark emotional geprägte Schmerzadjektive. Zum Beispiel: mörderisch, quälend, grausam, marternd, unerträglich usw.
- Sie verwenden biomechanische Fachausdrücke, verwickeln sich aber in laien-hafte Widersprüche und Missverständnisse.
- Die subjektive Wahrnehmung der Schmerzen und objektive Befunde passen nicht zusammen.
- Die Auswertung des Fragebogens „Graduierung chronischen Schmerzes“ ergibt Grad III und IV (dysfunktionaler chronischer Schmerz).

Der Umgang mit diesen Patienten erfordert viel Einfühlungsvermögen, kommunikative Kompetenz und Zeit. Zunächst müssen wir das Anliegen des Patienten ernst nehmen. Auf keinen Fall dürfen wir die Beschwerden als eingebildet und „psychisch“ abwerten. Wir müssen Verständnis zeigen und geduldig zuhören. Auch im eigenen Interesse: Wir ersparen uns viel Ärger und Frustration, wenn wir nicht in die „biomechanische Falle“ tappen und den Patienten in die richtige Richtung lenken. Selbst wenn sich der Patient nicht einsichtig zeigt und sich enttäuscht von uns abwendet, ist dies für ihn und für uns besser als eine erneute Fehlbehandlung.

Wir erkennen die Bissumstellung als Auslöser der Beschwerden an und geben dem Patienten eine rationale Erklärung der Pathogenese (siehe oben). Wir erklären ihm, dass sich im Laufe der Zeit eine zwanghafte psychische Störung verselbständigt hat und zur eigenständigen Erkrankung geworden ist. Wir machen ihm nachdrücklich klar, dass die Linderung seiner Beschwerden nur passieren kann, wenn es ihm gelingt, seine Aufmerksamkeit aus dem Mund wegzulenken. Dazu

empfehlen wir ihm professionelle Hilfe im Sinne einer psychologischen Beratung und Behandlung.

Als Schiene bieten wir ihm eine Jig-Schiene an, um „den störenden Biss auszuschalten und dem Unterkiefer freie Beweglichkeit zu geben“. Weitere Maßnahmen (vor allem irreversible Behandlungen, wie zum Beispiel Präparationen für Langzeitprovisorien) ohne vorhergehende psychologische Beratung und Psychotherapie verweigern wir dem Patienten.

Eine Linderung der Schmerzen von Patienten mit einer zwanghaften Fokus-sierung der Aufmerksamkeit auf die Okklusion ist nur möglich, wenn es dem Patienten gelingt, seine Aufmerksamkeit dauerhaft aus dem Mund wegzulenken. Dazu braucht er in der Regel kompetente psychologische Beratung und Behandlung. Die Bereitschaft zur Psychotherapie setzt von Seiten des Patienten rationales Verständnis seiner Situation und Krankheitseinsicht voraus. Meist können die betroffenen Patienten diese Bereitschaft nicht aufbringen und verlassen die Praxis wieder. Zur Vermeidung von Ärger und Frustration ist es für den Zahnarzt wichtig, der Versuchung einer erneuten biomechanischen Behandlung mit einer Aufbiss-Schiene zu widerstehen und diese dem Patienten zu verweigern.

\* Bei diesem Artikel handelt es sich weitgehend um einen Auszug aus dem Buch Wühr E. Kraniofaziale Orthopädie. Ein interdisziplinäres Konzept zur Diagnostik und Therapie von Muskel- und Gelenkschmerzen innerhalb und außerhalb des Kraniomandibulären Systems. Bad Kötzing: Verlag für Ganzheitliche Medizin 2007