

Die zahnärztliche Behandlung depressiver Patienten

Einige Allgemeinerkrankungen können in der Mundhöhle zu therapiebedürftigen Symptomen führen. Eine optimale zahnärztliche Behandlung betroffener Patienten beinhaltet ein individuelles Vorgehen und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit medizinischen Kollegen. Hier soll eine entsprechende Kasuistik aus dem klinischen Alltag vorgestellt werden. Sie zeigt die möglichen ausgeprägten Folgen einer erkrankten Psyche auf die Mundgesundheit. Die Besonderheiten während der Behandlung werden hervorgehoben und das in diesem Fall zum Erfolg führende Vorgehen wird zusammenfassend dargestellt. Abschließend folgt ein Einblick in das Krankheitsbild der depressiven Störung.

Anamnese

Der Erstkontakt mit dem 26-jährigen Patienten erfolgte auf Initiative und in Begleitung seiner Familie. Auffällig war das passive Auftreten des Patienten im Vergleich zum aktiven Interesse des Vaters an einer zahnärztlichen Behandlung. Als Kernanliegen der Konsultation wurde die Beseitigung von schwarzen Flecken auf den Zähnen angegeben. Der zum damaligen Zeitpunkt arbeitslose Patient fühlte sich durch die ästhetische Beeinträchtigung auf seiner Suche nach einem Ausbildungsplatz benachteiligt.

In diesem Fall kam der sozialen Anamnese eine besondere Bedeutung zu. Trotz des Zusammenlebens mit seiner Familie hatte sich der Patient zunehmend in soziale Isolation begeben. Über einen längeren Zeitraum widmete er sich sehr häufig dem Computer

und konsumierte kontinuierlich große Mengen Softdrinks. Der Patient gab an, die Lebensumstände hätten zu einer starken psychischen Belastung durch die fehlende Zukunftsperspektive und erzwungene Passivität geführt. Dies zog bei dem Patienten einen starken Leidensdruck nach sich.

Aufgrund seiner persönlichen Situation spielte die Zahnpflege lediglich eine untergeordnete Rolle und war oft vernachlässigt worden. Außer den ästhetischen Nachteilen und gelegentlichem Zahnfleischbluten gab der Patient keine Beschwerden seitens der Mundhöhle an. Er versicherte, sonst somatisch gesund zu sein und dauerhaft keine Medikamente und keine Rauschmittel einzunehmen.

Klinischer Befund

Multiple tief-kariöse Läsionen im Front- und Seitzahnbereich von Ober- und Unterkiefer, Ausdehnung ausschließlich vestibulär zwischen Zahnfleischrand und dem mittleren oder koronalen Zahndrittel, weiche und feuchte kariöse Substanz mit Aktivität, starke Plaqueablagerungen auf Zähnen und Gingiva, Parodontaler Screening Index (PSI) in allen Sextanten 2, Vitalitätsprobe aller Zähne positiv (Abbildung 1).



Abb. 1 bis 3 – Erosiv-kariöse Mischläsionen mit ausschließlich vestibulärer Lokalisation



Abb. 4 und 5 – Unbetroffene orale Glattflächen

Diagnose

Die klinische und radiologische Untersuchung ergab erosiv-kariöse Mischläsionen der vestibulären Glattflächen an 20 Zähnen und eine Plaque-induzierte Gingivitis. Die Ausprägung und die Lokalisation deuteten auf Erosionen durch saure Noxen als bahnenden Initialprozess hin. Die starke Plaqueakkumulation, als Folge der vernachlässigten Mundhygiene, hatte vermutlich sekundär zu einem Übergang in einen kariösen Zustand geführt. Für die Entstehung des dramatischen klinischen Bildes war offenbar die nicht-therapierte psychiatrische Grunderkrankung verantwortlich (s. Abbildungen 1 bis 5).

Therapieziele

Für den noch jungen Patienten sollte die orale Rehabilitation eine der Voraussetzungen für seine gesellschaftliche Reintegration werden. Das Erreichen einer motivierten kontinuierlichen Compliance für die notwendige umfangreiche zahnmedizinische Versorgung war eng mit der Aufnahme und dem Erfolg einer Therapie des psychischen Zustandes verknüpft. Die oberste Priorität in der Behandlungsplanung wurde dem Erhalt der Vitalität aller Zähne zugesprochen.

Therapie

Die Motivation zur Mundhygiene und die Reduktion des Konsums säure- und zuckerhaltiger Getränke bildeten die Basis für alle folgenden Behandlungsschritte. Der Patient erhielt dazu mehrfach professionelle Zahnreinigungen, Anleitungen zur häuslichen Mundhygiene und Hinweise zur Ernährung. Zunächst wurden die aktiven kariösen Läsionen zügig provisorisch versorgt, um eine fortschreitende Destruktion der Zahnhartsubstanzen abzuwenden. Beim vorliegenden hohen Zerstörungsgrad wurde aufgrund des geringen Patientenalters dem klassischen Verfahren der schrittweisen Kariesentfernung der Vorzug gegeben. Zur Schonung wurde in Pulpennähe mit Handinstrumenten gearbeitet. Ziel waren die Vitalerhaltung möglichst aller Zähne und gleichzeitig eine Besserung der stark blutenden Gingivitis. Diese schloss zu The-

rapiebeginn eine definitive Versorgung vorerst aus.

Von insgesamt 20 betroffenen Zähnen konnten 19 Zähne vital erhalten werden. Ein Weisheitszahn war nicht erhaltungswürdig und wurde extrahiert. 14 Zähne wurden mit Kompositen konservierend behandelt. Drei Zähne waren aufgrund vorbestehender älter

er Füllungen in Approximal- und Okklusalbereichen besonders stark betroffen. Diese mussten einer Versorgung mit Aufbaufüllungen und Kronen zugeführt werden. Dabei wurden dem Patienten im Oberkiefer zwei teilverblendete Metallkeramikronen und im Unterkiefer eine vollverblendete Krone eingegliedert. Ein Zahn konnte aufgrund der fehlenden Möglichkeit zur adäquaten Trockenlegung nicht definitiv versorgt werden (s. Abbildungen 6 bis 10).

Es gelang, den Patienten zu einer regelmäßigen Mundhygiene zu motivieren, deren Qualität jedoch nicht ausreichte, die Gingivitis zur Ausheilung zu bringen. Die zahnärztliche Sanierung bot die ästhetische Voraussetzung für die gesellschaftliche Wiedereingliederung.

Diskussion

Erst mehrere Wochen nach dem Beginn der zahnärztlichen Sanierung ergaben sich Kapazitäten für die ambulante psychologische Diagnostik und Therapie des Patienten. Es wurde die Hauptdiagnose einer depressiven Störung mit Soziophobie gestellt und mit einer psychotherapeutischen Behandlung begonnen.

Dieser Fall beinhaltete mehrere interessante Aspekte. Aufgrund des ausgeprägten intraoralen Befundes erfolgte die Erstvorstellung des psychisch kranken Patienten im zahnmedizinischen Fachgebiet. Dies verpflichtete den Zahnarzt, den Patienten im Gesundheitsapparat zu binden und auch zu einer Behandlung des psychiatrischen Grundleidens zu motivieren. Eine Beschränkung auf eine routinemäßige zahnärztliche Behandlung, hätte aufgrund der hohen Suizidalität der später diagnostizierten Depression das Risiko schwerwiegender Folgen mit sich gebracht.

Trotz der bis zum Erfolg der Psychotherapie anhaltenden Rückzugstendenz musste der Patient sofort in eine kontinuierliche zahnmedizinische Therapie eingebunden werden. Deren Basis bildete der Aufbau einer suffizienten Arzt-Patienten-Beziehung. Dazu gehörten ein festes Behandlungsteam und verbindliche persönliche Absprachen von Folgeterminen nach jeder Therapieeinheit. Jede Sitzung begann mit einem Gespräch über das aktuelle Befinden, an das das Behandlungsvorhaben angepasst wurde. Die Compliance des Patienten variierte dabei mit dem Erfolg der Psychotherapie. Während des Urlaubs der Therapeutin war sie deutlich vermindert, sodass in dieser Zeit nur kleine Behandlungsschritte gemacht werden konnten.

Der Patient hatte während der gesamten Therapie einen hohen Kontrollbedarf. Die ausführliche Erläuterung der Behandlungsschritte, die aktive Beteiligung an Therapieentscheidungen, das Einhalten vorher vereinbarter Behandlungszeiten und die Dokumentation des Therapieerfolges im Spiegel und mit Bildern trugen zur Patientenzufriedenheit bei. Das Zeitfenster einer Sitzung wurde so gewählt, dass bei Bedarf Behandlungspausen eingeschoben werden konnten. Diese wurden vom Patienten regelmäßig in Anspruch genommen.

Auffällig war zu Beginn der Therapie eine stark angehobene Schmerzschwelle. Ohne größere Schmerzen und damit auch ohne Lokalanästhesie konnte die kariöse Substanz bis in unmittelbare Pulpennähe abgetragen werden. Die verringerte Sensibilität wirkte sich auf die Exkavation der Caries profunda aus, da ein wichtiger Indikator für eine bevorstehende Pulpenreizung oder -eröffnung fehlte. Mit zunehmender Psychotherapiedauer regenerierte das Schmerzempfinden und machte bei der definitiven Versorgung Lokalanästhetika notwendig.

Wie auch bei der vorliegenden Depression verlaufen viele psychiatrische Erkrankungen chronisch in Phasen oder in Schüben. Aus zahnärztlicher Perspektive ergibt sich daraus ebenfalls die Gefahr eines oralen Rezidivs. Mit dem Patienten wurde daher ein regelmäßiger Recall vereinbart, an den bei Versäumnis auch telefonisch erinnert wurde.

Fazit

Neben somatischen Krankheitsbildern können auch Erkrankungen der Psyche schwerwiegende Folgen für die Mundhöhle haben. Bei ausgeprägten Befunden ohne körperliches Grundleiden sollte daher auch eine psychiatrische Erkrankung in Betracht gezogen werden. Die Durchführung der sozialen Anamnese ist in einem solchen Fall unbedingt notwendig. Der Umgang mit psychisch kranken Patienten ist nicht alltäglich und bedarf einer offenen Ansprache des Verdachtes, einer intakten Arzt-Patienten-Beziehung und einer individuellen Behandlung. Im dargestellten Fall einer depressiven Störung mit Soziophobie war das folgende Vorgehen von Vorteil:

- offenes Ansprechen der Problematik einschließlich der Suizidalität
- Schaffung einer vertrauenswürdigen Atmosphäre durch ein festes Behandlungsteam
- Anpassung des Behandlungsvorhabens an das aktuelle Befinden
- Vereinbarung und Einhaltung einer festen



Abb. 6 bis 10 – Gebisszustand nach zahnärztlicher Sanierung

- und nicht zu langen Behandlungsdauer
- Ermöglichung von Behandlungspausen
- Transparenz der Behandlungsschritte
- individuelle Abstimmung von Therapieentscheidungen mit dem Patienten
- Motivation durch Veranschaulichung des Therapieerfolges
- verbindliche persönliche Terminabsprache zur Sicherung der Compliance
- Sensibilität für evtl. veränderte Schmerzwahrnehmung
- Einbindung in ein Recall-System nach abgeschlossener Primärbehandlung

Die Diagnose „Depressive Störung“

Depressive Erkrankungen werden zu den affektiven Störungen gerechnet. Sie haben weltweit eine hohe Prävalenz und betreffen etwa 25 % der Frauen und 12 % der Männer mindestens einmal im Leben (Gelenberg, 2010). Depressive Störungen stellen damit die häufigste psychiatrische Erkrankung dar (Kuhn et al., 2010). Die Vererbungsrate des Krankheitsbildes liegt zwischen 40 und 70 % (Yu et al., 2008).

Die Entstehung einer Depression ist ein multifaktorieller Prozess. Ursächlich scheint eine Interaktion zwischen der genetischen Ausstattung von Neuronen und dem sozialen Umfeld zu sein (Yu et al., 2008). Erziehung und bestimmte Ereignisse im Laufe des späteren Lebens können im Gehirn eine epigenetische Wirkung entfalten. Das heißt, dass psychische Einflüsse in der Lage sind, zellulär die Expression von Genen zu beeinflussen, ohne die Basensequenz zu verändern. Auf diese Weise kann das Gleichgewicht von Neurotransmittern in bestimmten Hirnarealen verändert werden und die Aktivität, die Vernetzungen und das Überleben von Neuronen dauerhaft verändert werden. Beim Vorliegen einer solchen Veranlagung können neu hinzukommende Stressereignisse den Ausbruch einer Depression begünstigen (Yu et al., 2008).

Eine Depression kann vielgestaltig in Erscheinung treten. Führend sind oft depressive Verstimmung, Verlangsamung des Denkens, Hemmung des Antriebs und Schlafstörungen (Möller et al., 2009). Betroffene Patienten zeigen meist wenig Interesse und Motivation und entwickeln ein negatives Weltbild. Sie werden von Ängsten und dem Eindruck von Ausweglosigkeit geplagt. Sie setzen sich mit diesen Problemen meist grübelnd auseinander, was eine starke innere Unruhe erzeugt. Dies kann einen Rückzug aus dem sozialen Umfeld und eine hohe Suizidalität bedingen (Möller et al., 2009). Im Falle einer larvierten Depression kann sich

die Erkrankung auch durch körperliche Symptome äußern.

Depressive Störungen können mit einem Desinteresse an oraler Hygiene, kariogener Diät und vermindertem Speichelfluss assoziiert sein. Folglich bringen sie aus zahnärztlicher Sicht ein erhöhtes Risiko für Karies, Parodontalerkrankungen und ästhetische Beeinträchtigungen mit sich (Friedlander et al., 1991).

Depressionen verlaufen in der überwiegenden Zahl der Fälle phasenweise. Die einzelnen Krankheitsphasen wechseln sich mit Intervallen klinischer Symptombefreiheit ab. Aus neurophysiologischer Perspektive scheint jedoch auch ein schubweiser Verlauf denkbar, wobei auf neuronaler Ebene Restzustände persistieren. Dadurch wäre erklärbar, weshalb neu auftretende depressive Phasen die Patienten meist öfter und deutlich länger befallen (Yu et al., 2008).

Depressive Patienten erfahren einen starken Leidensdruck, aber gleichzeitig existieren auch gesellschaftsbedingte Hemmnisse, die psychische Krankheit anzuerkennen und psychologische und medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Durch das Aufrechterhalten einer intakten Fassade bleiben viele Depressionen lange unerkannt und unbehandelt. Obwohl Betroffene dringend auf professionelle Hilfe angewiesen sind, gibt es mitunter längere Wartezeiten für Therapiebedürftige. Der Bedarf an einer psychotherapeutischen Behandlung übersteigt wie im geschilderten Fall teilweise das Angebot. Vor und begleitend zu einer Psychotherapie ist eventuell die Anwendung antidepressiver Medikamente notwendig, um den Zugang für die psychologische Behandlung überhaupt erst zu ermöglichen (Möller et al., 2009). Viele Antidepressiva basieren auf dem Ansatz, den aus dem Gleichgewicht geratenen Haushalt der Neurotransmitter wieder auszubalancieren. Dabei wirken sie auf Ebene der Synapsen und beeinflussen die Ausschüttung oder die Wiederaufnahme von Botenstoffen. Bei medikamentöser und psychologischer Therapieresistenz oder Chronifizierung bestehen die Möglichkeiten der Elektrokonvulsionstherapie und der tiefen Hirnstimulation (Kuhn et al., 2010). Die Elektrokonvulsionstherapie bewirkt die Auslösung eines generalisierten epileptischen Anfalls und beeinflusst auf diese Weise den Neurotransmitterhaushalt. Bei der tiefen Hirnstimulation werden die betroffenen neuronalen Funktionskreise durch stereotaktisch implantierte Elektroden dauerhaft stimuliert und moduliert (Kuhn et al., 2010).

Dr. med. Dr. med. dent. Julia Kramer
Dresden



Hier laufen Bakterien gegen die Wand.

> Golddichtung zwischen Trias®-Implantat und Abutment:

kein bakterien-kontaminierter Mikrospace, minimiert Auftreten von Periimplantitis und krestalem Knochenverlust signifikant

> Jetzt auch: Trias®-Interims-implantate und Miniimplantate ProTem-ball

4. Implantologie-Tagung Kahla

Computergestützte Implantologie: Risiken minimieren, Komplikationen vermeiden
13. November 2010 im Zeiss-Planetarium Jena

Jetzt anmelden unter www.mk-dental.de

mk dental Jena
Spezielle Dental-Produkte

Im Camisch 49
07768 Kahla
Fon: 03 64 24 1 811-0
mail@mk-webseite.de