

# Evidence-based Dentistry – Tipps für die Praxis.

## Fall 10: (Zahnärztliche) Interventionen im Kindes- und Jugendalter bei Anomalien der Zähne zur Prävention einer Stigmatisierung

*Evidence-based Dentistry – current advice for the practitioner.*

*Case 10: (Dental) interventions in children and adolescents with dental abnormalities to prevent stigmatization*

„Seen but not heard“ war im viktorianischen Zeitalter eine Beschreibung dafür, welches Verhalten von Kindern und Jugendlichen erwartet wurde. Angepasst, folgsam, ohne echte eigene Bedürfnisse. Heute ist dies in vielen Ländern dieser Welt ganz anders: Die Kindheit dauert insgesamt länger, die Rechte der Kinder wurden in der UN-Kinderrechtskonvention festgelegt [37], und manche Erziehungsansätze stellen gar jegliche Bedürfnisse des Kindes über die der Eltern („attachment parenting“). Im Jahr 2014 feierte diese Kinderrechtskonvention ihr 25-jähriges Bestehen. Im weltweiten Kontext beinhaltet diese Konvention jedoch viele Aspekte, die leider noch weit davon entfernt sind, sie als durchgesetzt oder etabliert betrachten zu können. Auch in Deutschland besteht in einigen Punkten noch Handlungsbedarf. Generell aber war die Inauguration der Kinderrechtskonvention ein Meilenstein. Insbesondere ist im Zusammenhang mit diesem Beitrag hervorzuheben, dass in Artikel 2, Absatz 2, die Verpflichtung der Vertragsstaaten festgehalten ist, Kindern und Jugendlichen den Schutz und die Fürsorge zu gewährleisten, die zu ihrem Wohlergehen notwendig sind. Die Begriffe Wohlergehen und Wohlbefinden dürfen sicherlich synonym verwendet werden – und somit an die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezüg-

lich Gesundheit erinnern [38]. Dort ist festgehalten, dass Gesundheit ein Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht die bloße Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen ist.

Wie schon in Beitrag 7 (DZZ 1/2013) beschrieben gibt es aber eine große Gruppe Patienten mit Anomalien der Zähne und/oder des Gesichtes, für deren Behandlung bisher oft nur unzureichendes Wissen und nicht zufriedenstellende Therapieoptionen verfügbar sind [12]. Hinzu kommen die Patienten mit erworbenen Strukturanomalien (s. Exkurs). Die eingangs erwähnte Forderung, gesehen aber nicht gehört zu werden, ist somit für diese Patientengruppe leider Alltag: Sie werden gesehen – und wie! – deshalb gehänselt, leiden darunter, zeigen Entwicklungsdefizite und/oder –störungen auf, doch eine Behandlung bzw. eine umfangreiche Behandlung/Rekonstruktion wird oft als nicht durchführbar angesehen, solange die Patienten nicht ausgewachsen sind.

Laut Definition der WHO ist damit weder das körperliche, seelische und/oder soziale Wohlbefinden gegeben – und die Patienten sind deshalb nicht als gesund zu betrachten. Ebenso ist der Schutz dieser Gruppe damit nicht gewährleistet.

Die Frage, die sich keinesfalls einfach beantworten lässt, ist, warum bis-

her eine in der Summe so große Gruppe meist vernachlässigt wurde. Während im Beitrag 7 (DZZ 1/2013) dieser Reihe schon erörtert wurde, wie schwierig es ist, geeignete Maßnahmen für Diagnostik und Therapie zu finden [6, 7, 10, 12], ist das Ziel dieses Beitrages, darauf aufmerksam zu machen, welchen Einfluss die Nicht-Behandlung auf die Entwicklung der jungen Patienten hat. Im Speziellen sind damit das Selbstbewusstsein, der Selbstwert, die Sozialkompetenz, schulische Leistungen sowie die Auswirkungen auf die Familie angesprochen.

Für eine Übersicht zu zahnärztlichen Behandlungsoptionen wird auf weiterführende Literatur verwiesen [6, 7, 10, 12].

Das Bundesgesundheitsministerium nimmt zu dieser Problematik u.a. wie folgt Stellung: „Auch sind die Wege zu guten Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten häufig nicht klar ersichtlich. Dies führt auch dazu, dass die Einzelnen sich oft mit ihrer Erkrankung alleine gelassen fühlen und eine Diagnose in der Regel erst deutlich verzögert gestellt wird.“ [8].

Natürlich betrifft dies nicht nur die Diagnostik, sondern auch oft die Therapie, schon allein dadurch bedingt, dass oft viele Jahre bis zur Diagnostik, die für eine Therapie längst hätten genutzt werden können, vergehen. Für die Gründe der (vermeintlich) nicht mög-

chen Behandlung gibt es in der Regel nur anekdotische Evidenz (ausgenommen sind hier Konzepte zur Rekonstruktion bei LKGS etc.), ebenso stehen aber auch noch viele Therapieansätze auf einem bisher schwachen Fundament [12].

### Exkurs Strukturanomalien

Anomalien des Schmelzes und des Dentins sowie Formveränderungen und/oder Nichtanlagen von Zähnen treten als einzelne Erkrankung oft nur mit geringer Prävalenz auf, die Summe all dieser Erkrankungen ist aber doch beachtlich. Deshalb sind Strukturanomalien auch in der täglichen Praxis durchaus regelmäßig anzutreffen [12].

Diese Veränderungen lassen sich generell in 2 Gruppen unterteilen, die der angeborenen und die der erworbenen Strukturanomalien. Die Gruppe der angeborenen Anomalien umfasst alle genetisch bedingten Veränderungen, d.h. in der Regel wird der Defekt von den Eltern bzw. einem Elternteil auf das Kind übertragen. Sehr häufig ist dann der zugrunde liegende Gendefekt auch eindeutig identifizierbar. Nur selten sind andere Vorgänge ursächlich (z.B. spontane Neumutationen oder Keimzellmosaik). Genetisch bedingte Anomalien betreffen normalerweise beide Dentitionen und auch alle Zähne, wenige Ausnahmen sind bisher beschrieben. Die erworbenen Anomalien haben dagegen variable Ursachen, meist werden gesundheitliche Probleme der Mutter während der Schwangerschaft und/oder des Kindes während der ersten Lebensjahre angegeben. Eine weitere Ursache kann ein Frontzahntrauma im Milchge-

biss mit Auswirkungen auf die bleibende Dentition sein. Eine eindeutige ätiologische Zuordnung ist nicht in allen Fällen möglich. Es besteht eine große Variabilität im Erscheinungsbild der Zähne, ebenso ist oft nur eine Dentition betroffen und dann zumeist die bleibende. Beispiele für häufig beschriebene erworbene Strukturanomalien sind die Dentalfuriose und auch die Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation [13].

In der Regel sind die Kinder und Jugendlichen mit genetischen Veränderungen aber früher und ausgeprägter von den Veränderungen betroffen [14].

### Defizite in der Entwicklung durch verändertes Aussehen

#### Selbstwert

Der Selbstwert ist die Summe positiver Selbstbewertungen [23, 26]. Nach *Baumeister* [4, 5] setzt sich die Selbstwertschätzung (= Selbstwert) einer Person aus positiven und negativen selbstbezogenen Bewertungen zusammen.

Die bedeutsamen Inhalte von Selbstbewertungen beschrieben schon *Shavelson, Hubner* und *Stanton* [32], indem sie eine akademische, eine soziale, eine emotionale und eine physische Komponente identifizierten (Abb. 1). Die physische Komponente kann dabei durchaus über die drei anderen Komponenten dominieren. Die moderne psychometrische Erfassung des Selbstwerts trägt dem Rechnung, indem zwei von insgesamt sechs Skalen zur Erfassung des Selbstwerts die an sich wahrgenommene physische Attraktivität messen [31]. Der korrelative Zusammenhang zwischen niedrigem Selbstwert

und Störungen der sozialen Integration ist vielfach beschrieben [25]. Besonderes Augenmerk ist hier zu legen auf das Risiko der Entwicklung einer sozialen Phobie, deren Erstmanifestation in der Regel in der Pubertät zu beobachten ist, die jedoch oft erst nach jahrelangem stillen Leiden klinisch behandelt wird [33]. Die wesentlichen Symptome der sozialen Phobie bestehen in der Erwartung einer negativen Bewertung durch andere Menschen sowie in Gefühlen von Angst und Scham in sozialen Situationen. Die regelmäßige Folge dieser Störung ist der weitgehende Rückzug aus sozialen Kontexten, Leistungsdefizite und andere komorbide Störungen wie beispielsweise Depressionen oder Abhängigkeitserkrankungen.

Die Attraktivität des Gesichtes hat einen entscheidenden Einfluss auf eine gesunde Psyche und das Sozialleben [19, 34]. Im Gegensatz zu Patienten, die gewisse Charaktereigenschaften an sich nicht akzeptieren und deren Selbstwert und Selbstbewusstsein darunter leidet – aber ansonsten ein nicht von der Norm abweichendes Aussehen haben –, sind Veränderungen und Abweichungen der Strukturen im Gesicht für jeden – und jederzeit – unmittelbar ersichtlich (Abb. 2). Darüber hinaus können frühe stigmatisierende Erfahrungen dazu führen, dass diese Patienten später unterdurchschnittliche Schulleistungen zeigen und in der Folge auch im Beruf weniger erfolgreich sind als ihre Möglichkeiten es eigentlich zulassen [19, 35]. Dabei ist es gerade für Jugendliche und junge Erwachsene für ihre eigene Selbstwertschätzung besonders wichtig, im Leben das Möglichste zu erreichen [30]. Schon ab dem Kindergartenalter wird der Vergleich mit anderen bedeutsam [9]. Von

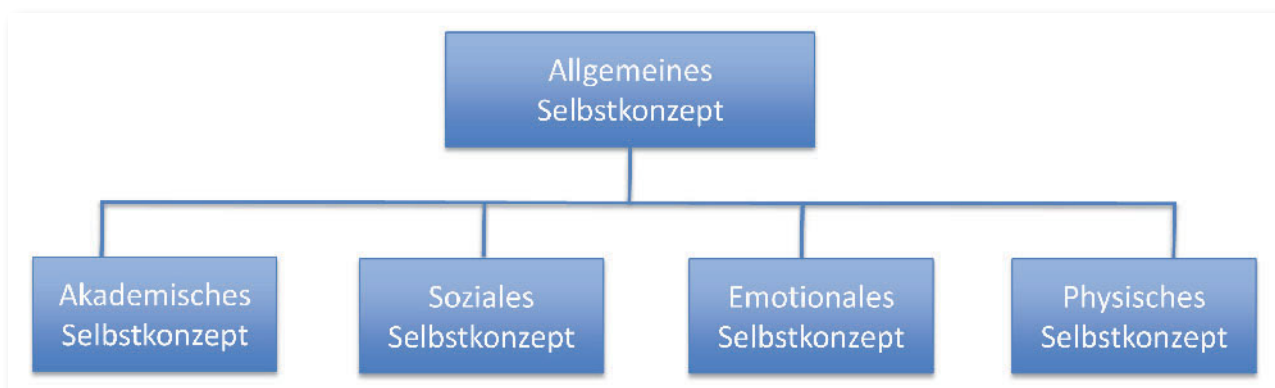
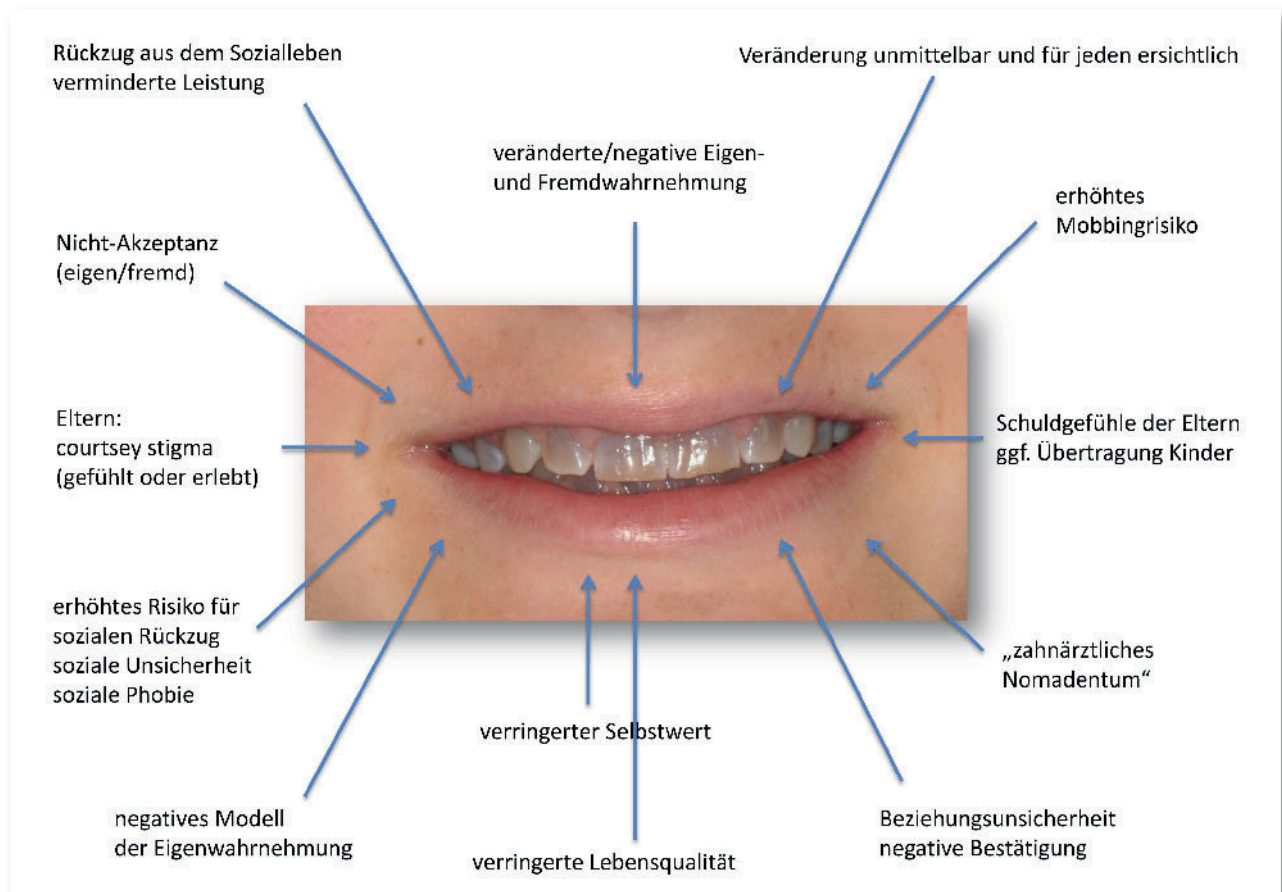


Abbildung 1 Hierarchische Organisation des Selbstkonzeptes nach *Shavelson, Hubner* und *Stanton* [32].



**Abbildung 2** Die extraorale Ansicht des 10-jährigen Patienten aus Fall 7 (DZZ 1/2013). Der junge Patient war in der Schule Hänseleien und Anfeindungen ausgesetzt. Seine überaus unterstützende Familie wollte deshalb zum frühest möglichen Zeitpunkt präventiv tätig werden und scheute für dieses Vorhaben keinen Aufwand.

ihrem Umfeld werden Menschen mit Veränderungen im Bereich des Gesichtes als weniger vollständig oder sogar in vielerlei Hinsicht eingeschränkt oder behindert wahrgenommen – sich selbst über solche Erfahrungen wahrzunehmen, führt wiederum zur Bildung eines negativen internen Modells der eigenen Person (= Selbstkonzept) [15].

Das Gefühl, von anderen akzeptiert zu werden, ist für den Menschen zentral für die Einschätzung der eigenen Person [3]. Gerade im Jugendalter ist die Beliebtheit bei anderen und die äußere Erscheinung eine wichtige Quelle der eigenen Selbstwertschätzung [11]. Zusammenhänge zwischen physischer Attraktivität (insb. subjektiv), Wohlbefinden und Selbstwertschätzung bestehen [16]. Eine Stigmatisierung im frühen Kindes- und Jugendalter ruft damit eine niedrige Selbstwertschätzung als Folge sozialer Zurückweisung hervor. Zusammenhänge zwischen niedriger Selbstwertschätzung, Depression, Ängstlichkeit und

Drogenmissbrauch sind nachgewiesen [30]. Darüber hinaus kann ein selbstschädigendes Verhalten wie die Zugehörigkeit zu einer „falschen“ Gruppe ebenfalls ein Zeichen sein; bevor überhaupt keine Gruppenzugehörigkeit besteht wird die Zugehörigkeit zu einer beliebigen Gruppe von den betroffenen Patienten bevorzugt – unabhängig davon, ob die Gruppe schädlich für die einzelne Person ist [30].

Bestehende Zweifel am Selbstwert haben generell das Potenzial eine Beziehungsunsicherheit hervorzurufen [17, 21]. Hier ist besonders hervorzuheben, dass dies insofern ein schwerwiegendes Problem darstellt, als dass die Betroffenen dazu tendieren, immer wieder ausgerechnet diese negative Bestätigung zu suchen. Die Reaktion anderer auf orofaziale Veränderungen kann daher maßgeblich dazu beitragen, welchen Selbstwert ein Kind überhaupt entwickelt [28]. Je mehr ein Kind dazu tendiert, seinen Selbstwert über sein Aussehen zu defi-

nieren, umso größer ist der negative Einfluss durch abwertende Bemerkungen oder Handlungen Dritter [20, 28]. Allgemein gilt, dass Anomalien der Zähne den stärksten Einfluss auf die Lebensqualität dieser Patienten haben, insbesondere die Aspekte emotionales und soziales Wohlbefinden [28].

Einen niedrigen Selbstwert später zu verändern ist zwar möglich, aber überaus schwierig [30], da insbesondere früh in der kindlichen Entwicklung angelegte Elemente des Selbstkonzepts meist unbemerkt und in Form von wenig kontrollierbaren automatischen Reaktionsmustern auf die Selbstbewertung Einfluss nehmen [25, 26].

### Mobbing

Mobbing in der Jugend kann überaus schädigend sein (Übersicht in [34]).

Kinder, die mit ihrem Aussehen unzufrieden sind, haben ein dreifach höheres Risiko, Opfer von Mobbing-Kam-

pagnen zu werden [27]. Bezüglich der Zähne lässt sich dies sogar inzwischen sehr genau beziffern: Mobbing aufgrund veränderter Zähne, Zahnfarben, fehlender Zähne, lückig stehender Zähne sowie sehr prominenter Oberkiefer-Frontzähne kann bis zu 50 % der Mobbing-Fälle an einer Schule ausmachen [1]. Eine große Anzahl der gemobbten Kinder ist jünger als 12 Jahre. Darüber hinaus ist dies der empfindliche Zeitraum, in dem Kinder Einschätzungen hinsichtlich des Aussehens annehmen, die denen Erwachsener sehr ähneln [34]. Mit anderen Worten ist dies der Zeitraum, in dem Attraktivität ein soziales Gut wird [1].

Normal aussehende und gleichmäßig stehende Frontzähne bewirken in der Einschätzung durch andere, dass es sich bei der entsprechenden Person um ein attraktiveres, intelligenteres und angepassteres Gegenüber handeln muss als bei weniger gerade und/oder nicht normal aussehenden Zähnen [29]. Solche Veränderungen sind im Vergleich zu anderen craniofazialen Anomalien als geringfügig einzustufen – aber völlig paradox rufen sie im Betrachter deutlich eher eine Abneigung und abwertende Bemerkungen hervor als bei einer Person, die wesentlich schwerwiegender bzw. offensichtlicher von einer Anomalie betroffen ist [29].

Ein oft vergessener Aspekt kommt erschwerend hinzu: Kinder und Jugendliche tendieren dazu, ihre Definition bezüglich Aussehen und Schönheit durch die Medien zu normieren bzw. normieren zu lassen. Dies betrifft die Erwartungen und Empfindungen hinsichtlich des eigenen Aussehen ebenso wie die des Aussehens anderer [34]. Wenn sich das Aussehen ändert, ändern sich auch andere persönliche Attribute [34] (vgl. Abb. 1).

## Familie

Nicht bei allen Erkrankungen, die für die betroffenen Patienten mit sichtbaren Veränderungen im Gesicht einhergehen, sind auch die Eltern (bzw. meist ein Elternteil) oder andere Familienmitglieder betroffen. Gibt es schon ähnliche Fälle in der Familie, so wissen die Familien meist von vielen fehlgeschlagenen Therapieversuchen zu berichten, oft gebunden an ein sogenanntes zahnärztliches Nomadentum [36]. Dieses Phänomen gilt aber häufig auch bei erstmaligem/einmaligen Auftreten.

Weniger präsent ist das Bewusstsein für das sog. „curtsey stigma“ durch die Familie. Hierunter wird eine Stigmatisierung anderer, nicht von der Erkrankung betroffener Familienmitglieder verstanden, die sich entweder durch die Erkrankung des Familienmitgliedes selbst stigmatisiert fühlen oder aber tatsächlich die verzerrte Wahrnehmung durch Außenstehende erleben. Oft wird ein hoher Übereinstimmungsgrad in der Empfindung von Stigmatisierungen durch Mütter/Eltern und ihre Kinder beschrieben [34]. Dieser Aspekt sollte immer mit betrachtet werden, da die Familie die Persönlichkeit formt [22] und somit die Gefahr besteht, eine weitere Last auf die Kinder zu übertragen. Ebenso kämpfen viele Eltern mit Schuldgefühlen, für die das Kind wiederum sehr empfänglich sein kann [18].

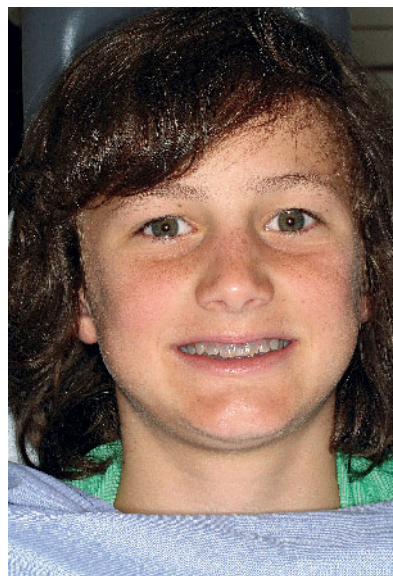
Umgekehrt gilt aber auch, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen sich trotz ihres veränderten Aussehens umso sicherer und aufgehoben fühlen, je mehr positive Unterstützung und Akzeptanz sie durch ihre engste Familie erhalten [2].

Es darf sicherlich vermutet werden, dass die häufig lange ausbleibende Hilfe (in Form zahnärztlicher Restaurationen)

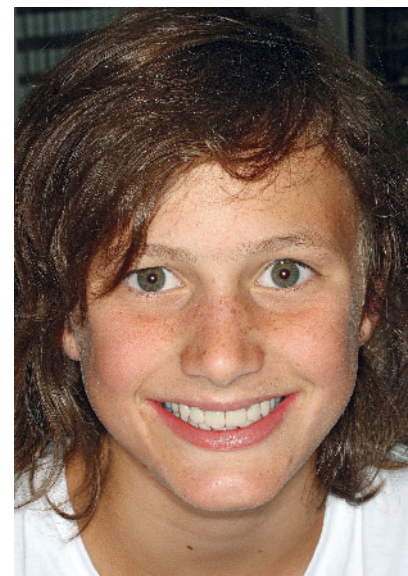
diese Wahrnehmung fördert – wenn auch bisher Daten zu dieser spezifischen Fragestellung fehlen.

Ein ebenfalls oft nicht oder kaum beachteter Aspekt ist der, dass Kinder und Jugendliche, bei denen **keine** Veränderungen vorliegen, die Haltungen ihrer Eltern übernehmen und deshalb die anders Aussehenden mit Furcht, Argwohn oder Missachtung betrachten [19]. Auch dies kann und sollte ein Hinweis dafür sein, diese Patientengruppe nicht sich selbst zu überlassen und eine verbesserte öffentliche Aufklärung zu fördern.

Ergänzend zu Fall 7 (DZZ 1/2013) ist an dieser Stelle zu erwähnen, dass das präventive Vorgehen der Eltern des vorgestellten jungen Patienten – umfangreiche zahnärztliche Versorgung vor dem Wechsel auf die weiterführende Schule – bewirkt hat, dass bisher weder Mitschülern noch Lehrern aufgefallen ist, an welcher Erkrankung der Patient ursprünglich litt. Dies ist sicherlich die maximale Form der Prävention, nicht nur für die Zähne, sondern auch für die Psyche sowie weitere Entwicklung des Patienten, und gleichzeitig auch für alle Beteiligten die zufriedenstellendste (Abb. 3 und 4).



**Abbildung 3** Anhand der intraoralen Situation des Patienten aus Abbildung 1 sind die negativen Folgen von Strukturanomalien beschrieben. Nicht immer müssen alle Kriterien erfüllt sein, oft bedingen aber einzelne Aspekte wiederum andere negative Folgen.



**Abbildung 4** Unmittelbar nach Einsetzen der Restaurationen (wenige Wochen nach Abb. 1) ist das völlig veränderte Lächeln des Patienten bemerkbar. Auffällig ist das harmonische Zusammenspiel der beteiligten Muskulatur im Vergleich zum Ausgangszustand. (Abb. 1–4: S. Feierabend)

## Fazit

Die Auswirkungen des veränderten Aussehen durch Strukturanomalien der Zähne oder Abweichungen des Gesichtes von der Norm haben wesentlich mehr Implikationen als die alleinige Diagnosestellung mit konsekutiver Therapie. Es bedarf daher dringend eines umfassenderen Ansatzes für diese Patientengruppe, der nicht nur auf zahnärztliche Behandlungsmöglichkeiten beschränkt ist.

Die möglichen und oft auftretenden Schädigungen innerhalb dieser vulnerablen Phase der Kindheit und Ju-

gend können nur durch frühzeitige Interventionen verhindert werden. Therapien – egal ob zahnärztlich und/oder psychologisch – weit nach dem Zeitpunkt der Schädigung können für die Betroffenen nur einen schwachen Trost darstellen.

## „Disability is not inability“

Ein befreites Lächeln ist gleichbedeutend mit einem positiven Selbstwert, Selbstvertrauen und Wohlbefinden. Wie eingangs erwähnt, ist es ein Ziel der Kinderrechtskonvention, den

Schutz und die Fürsorge zu gewähren, die zum Wohlergehen notwendig sind. Deshalb besteht dringender und offensichtlicher Handlungsbedarf.

## Anmerkung

Der Umfang des Beitrages lässt keine genauere Betrachtung einzelner Aspekte zu (z.B. die Unterschiede bei Patienten mit Gesichtsanomalien gegenüber derer, die „nur“ Zahnanomalien aufweisen), sondern soll dazu dienen, auf die Thematik an sich aufmerksam zu machen. DZZ

Dr. Stefanie Feierabend, Freiburg

## Literatur

- Al-Bitar ZB, Al-Omari IK, Sonbol HN, Al-Ahmad HAT, Cunningham SJ: Bullying among Jordanian schoolchildren, ist effects on school performance, and the contribution of general physical and dentofacial features. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2013;144:872–878
- Aslan S: The analysis of relationship between school bullying, perceived parenting styles and self-esteem in adolescents. *Procedia Soc Behav Sci* 2011; 30:1798–1800
- Baumeister RF, Leary MR: The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychol Bull* 1995;117: 497–529
- Baumeister RF: The self. In: Gilbert DT, Fiske ST, Lindzey G (Hrsg.): *The handbook of social psychology*. 4. Auflage, Verlag Plenum Press, New York 1998
- Baumeister RF, Campbell JD, Krueger JI, Vohs KD: Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest* 2003;4:1–44
- Barron MJ, McDonnell ST, Mackie I, Dixon MJ: Hereditary dentine disorders: dentinogenesis imperfecta and dentine dysplasia. *Orphanet J Rare Dis* 2008; 3:31
- Bloch-Zupan A, Sedano H, Scully C: *Dento/oro/craniofacial anomalies and genetics*. 1. Auflage, Elsevier Inc, London 2012
- Bundesgesundheitsministerium URL: <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/seltene-erkrankungen.html>; abgerufen am 02.02.2015
- Butler R: Age trends in the use of social and temporal comparison for self-evaluation: examination of a novel developmental hypothesis. *Child Dev* 1998; 69:1054–1073
- Crawford PJ, Aldred M, Bloch-Zupan A: Amelogenesis imperfecta. *Orphanet J Rare Dis* 2007;2:17
- DuBois DL, Tevendale HD, Burk-Bra-xton C, Swenson LP, Hardesty JL: Self-system influences during early adolescence: investigation of an integrative model. *J Early Adolesc* 2000; 20:12–43
- Feierabend S, Hellwig E, Frei O et al.: Evidence-based Dentistry – Tipps für die Praxis. Fall 7: Seltene Erkrankungen – relevant für den Zahnarzt? *Dtsch Zahnärztl Z* 2013;1:14–18
- Feierabend S: Behandlungskonzepte bei Strukturanomalien des Zahnschmelzes und des Dentins. *Wissen kompakt* 2014;8:13–25
- Feierabend S: Anomalien der Zähne, des Gesichtes und des Schädels – genetische Grundlagen und gegenwärtige Forschung. *Anomalies of teeth, head and face – the genetic basis and recent research*. *Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde* 2014;36:28–33
- Filipp SH: Entwurf eines heuristischen Bezugsrahmens für Selbstkonzeptforschung: Menschliche Informationsverarbeitung und naive Handlungstheorie. In: Filipp SH (Hrsg.): *Selbstkonzept-Forschung: Probleme, Befunde, Perspektiven*, Verlag Klett-Cotta, Stuttgart 1979
- Jovanovic J, Lerner RM, Lerner JV: Objective and subjective attractiveness and early adolescent adjustment. *J Adolesc* 1989;12:225–229
- Katz J, Joiner TE: The aversive interpersonal context of depression: Emerging perspectives on depressotypic behaviour. In: Kowlaski RM (Hrsg.): *Behaving badly: Aversive behaviours in interpersonal relationships*. American Psychological Association, Washington 2001
- Locker D, Jokovic A, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G: Family impact of child and oro-facial conditions. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002;30:438–448
- Lovegrove E, Rumsey N: Ignoring doesn't make it stop: adolescents, appearance, and bullying. *Cleft Palate Craniofac J* 2005;42:33–44
- Marshman Z, Gibson B, Robinson PG: The impact of developmental defects of enamel on young people in the UK. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009;37:45–57
- Murray SL, Holmes JG, MacDonald G, Ellsworth PC: Through the looking glass darkly? When self-doubts turn into relationship insecurities. *J Pers Soc Psychol* 1998;75:1459–1580
- Papanikolaou M, Chatzikosma T, Kleio K: Bullying at school: The role of family. *Procedia Soc Behav Sci* 2011;29: 433–442
- Potreck-Rose F: Stärkung des Selbstwerts. In: Senf W, Broda M, Wilms B: *Techniken der Psychotherapie*. Thieme Verlag, Stuttgart 2013, 64–68
- Potreck-Rose F: Von der Freude, den Selbstwert zu stärken. 10. Auflage, Verlag Klett-Cotta, Stuttgart 2014
- Potreck-Rose F, Jacob G: Selbstzuwendung. *Selbstakzeptanz. Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl*. 9. Auflage, Verlag Klett-Cotta, Stuttgart 2015
- Potreck-Rose F: Den Selbstwert stärken. Die Selbstentwertung reduzieren und aktiv an der Selbstwertschätzung arbeiten. *Psychotherapie im Dialog*. Thieme Verlag, Stuttgart 2015 (in press)
- Rech RR, Halpern R, Tedesco A, Santos DF: Prevalence and characteristics of victims and perpetrators of bullying. *J Paediatr (Rio J)* 2013;89:164–170
- Rodd HD, Marshman Z, Porritt J, Bradbury J, Baker SR: Oral health-related quality of life of children in relation to

- dental appearance and educational transition. Br Dent J 2011;211:E4
29. Scheffel DL, Jeremias F, Fragelli CM, Dos Santos-Pinto LA, Hebling J, de Oliveira OB Jr: Esthetic dental anomalies as motive for bullying in schoolchildren. Eur J Dent 2014;8: 124–128
  30. Schütz A: Je selbstsicherer, desto besser?: Licht und Schatten positiver Selbstbewertung. Verlag Beltz, Weinheim-Basel 2005
  31. Schütz A, Sellin I: Die multidimensionale Selbstwertkala (MSWS) Verlag-Hogrefe, Göttingen 2006
  32. Shavelson RJ, Hubner JJ, Stanton DC: Self-concept: Validation of construct interpretations. Review of Educational Research 1976;46:407–441
  33. Stangier U, Heidenreich Th, Peitz M: Soziale Phobien. 2. Auflage, Verlag Beltz, Weinheim 2009
  34. Strauss RP, Ramsey BL, Edwards TC et al.: Stigma experiences in youth with facial differences: a multi-site study of adolescents and their mothers. Orthod Craniofac Res 2007;10:96–103
  35. Sullivan K: The anti-bullying book. Oxford University Press, Oxford 2000
  36. Trentesaux T, Rousset MM, Dehaynin E, Laumailé M, Delfosse C: 15-year follow-up of a case of amelogenesis imperfecta: importance of psychological aspect and impact on quality of life. Eur Arch Paediatr Dent 2013;14:47–51
  37. UN-Kinderrechtskonvention URL: <http://www.national-coalition.de/pdf/UN-Kinderrechtskonvention.pdf>; abgerufen am 02.02.2015
  38. Weltgesundheitsorganisation (WHO) URL: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>; abgerufen am 02.02.2015

# Die Dentalkamera, die scharf auf Zähne ist!

## EyeSpecial C-II



### So einfach, so sicher, so überzeugend

Einfach fotografieren, sicher mit detailscharfen Bildern brillieren und überzeugend argumentieren:

Mit der EyeSpecial C-II Digitalkamera lassen sich Zähne jederzeit und von jedem optimal in Szene setzen.

Ob Routine-, Risiko- oder KfO-Patient, zur Intraoralfotografie oder Dokumentation – **eine Kamera für alle Fälle!**



[www.shofu.de](http://www.shofu.de)

