



Markus R. Fussnegger<sup>1</sup>

# Plädoyer für einen Paradigmenwechsel in der Behandlung von Patienten mit orofazialen Schmerzen – ein personenzentrierter, narrativer Ansatz



Dr. Markus R. Fussnegger, M.A., cert. OFP

Foto: Aykan Elbasan, FotoGrafik, Pfullingen

*Case for a paradigm shift in the therapy of patients with orofacial pain – a person-centred, narrative approach*

## Warum Sie diesen Beitrag lesen sollten? / Why you should read this article?

Plädoyer für einen Paradigmenwechsel bei Patienten mit chronischen orofazialen Schmerzen: weg von einer therapeutenzentrierten Herangehensweise, hin zu einem personenzentrierten, narrativen Ansatz, der es ermöglicht, die Person mit ihrer Schmerzerkrankung und all ihren Dimensionen anzunehmen.

*Case for a paradigm shift in patients with chronic orofacial pain: from a therapist-centred approach, towards a person-centred, narrative approach that allows to accept the person with her/his pain disorder and all its dimensions.*

**Zusammenfassung:** Chronische Schmerzen stellen für die betroffenen Menschen, für die behandelnden Therapeuten, aber auch für die Gesellschaft als Ganzes ein enormes Problem dar. Dass es im Bereich der Zahnmedizin ebenfalls eine nicht zu unterschätzende Zahl an Patienten gibt, die unter chronischen Schmerzen und damit unter allen für allgemeine Schmerzpatienten zutreffenden Symptomen und Problemen leiden, ist jedoch immer noch weithin unbekannt. Für die betroffenen Menschen hat die Erkrankung meist mehr Dimensionen als nur die körperliche. Dies sind oft vor allem soziale Faktoren, die erst zu einer psychischen Belastung führen und damit sowohl zur Entstehung als auch zur Aufrechterhaltung der Problematik beitragen können. Auch spirituelle Faktoren beeinflussen vielfach bewusst oder unbewusst die Belastung durch die Schmerzerkrankung. Im (zahn-)medizinischen Alltag wird diesen für den Patienten wichtigen Aspekten der Schmerzerkrankung jedoch im Allgemeinen viel zu wenig Beachtung geschenkt. Der vorliegende Artikel plädiert daher für einen Paradigmenwechsel bei Patienten mit chronischen orofazialen Schmerzen: weg von einer therapeutenzentrierten, instrumentalisierten und auf somatische

**Summary:** Chronic pain represents a major problem not only for the person concerned, but also for the therapist and the society as a whole. The fact that there is also a considerable number of patients with chronic pain in dentistry who suffer from all the symptoms and problems that every pain patient is confronted with is still largely unknown. For these individuals, the illness has usually more than just a somatic dimension. In particular, there are often diverse social factors that eventually lead to psychological stress and, thus, may contribute to the development and continuation of the illness. Moreover, spiritual factors may influence the pain disorder consciously or subconsciously as well. However, far too little attention has been paid to these important aspects. This article pleads for a paradigm shift away from a therapist-centred instrumental and somatic approach towards a person- and patient-centred narrative approach to patients with chronic orofacial pain. It facilitates the perception of the person with her pain disorder and the concomitant somatic, psychological, social and spiritual dimensions. It also allows to accompany the patient as a partner on his chronic and presumably prolonged illness.

<sup>1</sup> Zahnarzt/Counsellor, praxisHochschule Köln

Peer-reviewed article: eingereicht: 04.07.2016, revidierte Fassung akzeptiert: 17.08.2016

DOI 10.3238/dzz.2016.0371-0377

Befunde fokussierten Herangehensweise, hin zu einem personenzentrierten, narrativen Ansatz. Er ermöglicht, die Person mit ihrer Schmerzerkrankung und ihren körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimensionen anzunehmen und ihr als Partner zur Seite zu stehen.

(Dtsch Zahnärztl Z 2016; 71: 371–377)

*Schlüsselwörter: personenzentrierter Ansatz; narrative Medizin; orofazialer Schmerz; psychosoziale Faktoren; Empathie; bedingungslose positive Wertschätzung*

*Keywords: person-centred approach; narrative medicine; orofacial pain; psychosocial factors; empathy; unconditional positive appreciation*

## Einführung

Chronische Schmerzen stellen für die betroffenen Menschen und die behandelnden Therapeuten, aber auch für die Gesellschaft als Ganzes ein enormes Problem dar. Die Deutsche Schmerzgesellschaft (DGSS) geht von mehr als 12 Millionen Menschen mit chronischen Schmerzen in Deutschland aus, die jährliche Gesamtkosten von etwa 38 Mrd. Euro verursachen [35]. Über die wirtschaftlichen Folgen hinaus sind jedoch vor allem die Belastungen für die Patienten hervorzuheben, die sich in Form von Angstgefühlen, Depressionen, Hoffnungslosigkeit, einer Vielzahl von sozialen Problemen und einer daraus verminderten Lebensqualität darstellen können, welche den Patienten ebenso wie sein Umfeld betreffen. Dass es im Bereich der Zahnmedizin ebenfalls eine nicht zu unterschätzende Zahl an Patienten gibt, die unter chronischen Schmerzen und damit unter allen für allgemeine Schmerzpatienten zutreffenden Symptomen und Problemen leiden, ist aber immer noch weiterhin unbekannt [23, 27]. Neben temporomandibulären Erkrankungen gehören hierzu unter anderem therapieresistente Schmerzen, zum Beispiel nach Traumata sowie endodontischen oder chirurgischen Behandlungen, ferner das chronische idiopathische Mund- und Zungenbrennen (Burning mouth disorder, BMD) und andere Formen idiopathischer persistierender Schmerzen [20, 23, 36].

## Vernachlässigte psycho-soziale und spirituelle Faktoren?

Sinnvoller- und notwendigerweise wird bei chronischen Schmerzen versucht, eine somatische Ursache zu finden. Selten

wird jedoch, trotz inzwischen vielfacher Empfehlungen und Diagnoseschemata [1, 3, 25, 36, 41, 51], der Mensch in seiner Ganzheit betrachtet. Stattdessen werden soziale und psychologische Faktoren weiterhin meist erst zu einem Zeitpunkt in Betracht gezogen, wenn die Suche nach einer somatischen Ursache erfolglos blieb. Die Darstellung dieser bedeutsamen Co-Faktoren wird dann nach Erfahrung des Autors häufig in einer für den Patienten abwertenden Art und Weise für den Patienten durchgeführt („Sie haben nichts. Körperlich sind Sie gesund. Wahrscheinlich ist es doch psychisch bedingt“).

Für die unter einem chronischen Schmerz leidenden Menschen hat die Erkrankung meist mehr Dimensionen als nur die körperliche. Neben den körperlich empfundenen Schmerzen, die nicht selten auch die Schlafqualität massiv beeinträchtigen [2, 9, 44], leiden die Patienten oft darunter, dass sie weder in ihrem Arbeitsumfeld noch in ihrem Freundeskreis, häufig selbst nicht einmal bei ihren Familienmitgliedern, ein adäquates Verständnis für ihre Erkrankung finden. Die Erkrankung kann weitere soziale Auswirkungen haben, indem sich die Menschen aufgrund ihres Schmerzleidens immer mehr aus ihrem Lebensumfeld zurückziehen und sich isolieren. Sie empfinden ihr Leben als bedeutungslos, fühlen sich hilf- und hoffnungslos. Aufgrund vielfältiger Arzttermine oder krankheitsbedingter Fehltag drohen zudem der Verlust des Arbeitsplatzes und damit verbunden finanzielle Probleme. Aus der Unfähigkeit, einem normalen und gewohnten Leben nachgehen zu können und angesichts der vielfältigen und häufigen Frustrationen, die den vielen hoffnungsvollen Therapieansätzen folgen, können sich psychische Folgen entwickeln, wie Angststörungen und De-

pressionen, bis hin zu Suizidgedanken, die das Zusammenleben mit dem Partner und der Familie stark beeinträchtigen (Tab. 1).

Psychosoziale Probleme sind aber nicht nur die Folge chronischer Schmerzen, sondern können ihrerseits auch zur Entwicklung und Aufrechterhaltung eines chronischen Schmerzzustandes beitragen [7, 22]. Dabei spielen nicht nur die Intensität, Dauer oder Qualität der Schmerzen eine Rolle, sondern vor allem auch, welche Bedeutung den Beschwerden vom Patienten selbst beigemessen wird und welche Ursache(n) der Betroffene dahinter vermutet. Es zeigt sich, dass ungünstige Schmerzverarbeitungsmechanismen, wie Katastrophisieren, eine ungünstige Rolle spielen [11, 21] und die Lebensqualität der betroffenen Person weiter negativ beeinflussen [11, 21, 28, 45, 50]. Es ist daher unzweifelhaft als Fortschritt anzusehen, dass sich die Schmerzmedizin von einem rein biomedizinischen zu einem biopsychosozialen Ansatz weiterentwickelt, auch wenn insbesondere soziale Aspekte bis auf weiteres nur in der Diagnostik eine gewisse Rolle spielen, im therapeutischen Bereich aber mangels Zeit, Kosten und einer noch spärlich bis gar nicht vorhandenen Infrastruktur einer schmerzbezogenen klinischen Sozialarbeit [37] bedauerlicherweise meist vernachlässigt werden [34]. Dabei wird der Einsatz der klinischen Sozialarbeit in der Schmerztherapie auch von der Internationalen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (IASP) empfohlen [4, 25]. Die diversen Möglichkeiten der klinischen Sozialarbeit werden bereits seit vielen Jahren beschrieben, die durch andere Dienstleister im Gesundheitssystem nicht ausreichend erbracht werden können (Tab. 2) [30, 34, 40, 49].

Darüber hinaus werden spirituelle Einflüsse – welchen übergeordneten

Soziale kausale (Co-Faktoren)	Soziale Auswirkungen
<b>Familiär</b> Todesfälle Meinungsverschiedenheiten Trennung/Scheidung Sorgerecht Erbstreit Hochzeit (Ungewollte) Schwangerschaft Geburt Kindererziehung Auszug eines Kindes Schule Studium Erkrankung eines Familienmitglieds Umzug	<b>Häufige Fehlzeiten</b> Probleme mit Arbeitgeber Diskriminierung (Drohender) Arbeitsplatzverlust (Langzeit-)Arbeitslosigkeit Finanzielle Einbußen Maladaptives Krankheitsverhalten Verstärkte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen Schonung/Schonhaltung statt adäquater Bewegung Reduzierte Freizeitaktivitäten Reduzierte kulturelle Aktivitäten Reduzierte Sozialkontakte Verlust des Freundeskreises Reduzierte Rolle im Haushalt Reduzierte Rolle als Elternteil Überlastung/Überforderung der Familienmitglieder Nachlassende familiäre Unterstützung Soziale Isolation Veränderung/Verschlechterung der Regelmäßigkeit und Qualität der Nahrungsaufnahme Trennung/Scheidung vom Partner Gefühl, in der Gesellschaft „invalide“, nichts wert zu sein Depression Suizidale Vorstellungen Suizidversuche Suizid
<b>Finanziell</b> Schulden Arbeitslosigkeit Mietlast	<b>Sekundärer Krankheitsgewinn</b> Familie beruflich finanziell Rentenversicherung
<b>Persönlich</b> Nachbarschaftsstreit Vermieter (Schwere) Erkrankung Chronische Schmerzen Vergewaltigung Rechtsstreit Anklage Gefängnisstrafe Behinderung Sexuelle Probleme	
<b>Beruflich</b> Entlassung Probleme mit Vorgesetzten Versetzung Überforderung Unterforderung Überstunden Kurzarbeit Ruhestand Mangelnde Anerkennung Insolvenz	

**Tabelle 1** Soziale Faktoren und ihre Auswirkungen**Table 1** Social factors and their consequences

Quelle: Dr. M. R. Fussnegger, M.A., 2010

Sinn bzw. welche Bedeutung hat die Situation für die jeweilige Person? – meist weder vom Patienten und noch seltener vom Therapeuten beachtet. Dies spiegelt sich im kompletten Fehlen dieser Thematik in Therapieempfehlungen, Leitlinien und Anamnesebögen wieder, wengleich Studien, insbesondere aus der Palliativmedizin und dem Hospizbereich, den Einfluss spiritueller Aspekte auf die empfundene Lebensqualität, die Schmerzempfindung und erst recht auf den Umgang mit einer chronischen Schmerzsituation belegen [10, 12, 17, 19, 24].

Dabei muss betont werden, dass die 4 aufgeführten Bereiche (somatisch, psychisch, sozial, spirituell) lediglich zur Darstellung der Problematik isoliert betrachtet werden dürfen. Sie stellen vielmehr die verschiedenen Dimensionen eines untrennbar Ganzen dar, das einen Menschen ausmacht. Deshalb sind sie in der Begegnung mit dem Patienten auch in dieser umfassenden Weise zu berücksichtigen. Im Sinne einer personzentrierten, das Individuum wertschätzenden und akzeptierenden Herangehensweise müssen aber auch hier das individuelle Bedürfnis oder die Ablehnung des Gegenübers erkannt und für die weitere klinische Entscheidungsfindung berücksichtigt werden.

### Die personzentrierte Medizinethik

„Personzentriertes Handeln ist die konkrete, praktische Umsetzung dieser ethi-

schen (...) Einstellung, die von Respekt, ja Liebe getragen ist.“[43]

Es ist auch eine grundsätzliche ethische Frage, wie an Personen mit chronischen Schmerzen herantreten wird. Dabei spielen die persönlichen, mehr oder weniger expliziten ethischen Maßstäbe des Therapeuten für jeden Lebensbereich, die eng mit dessen Erziehung, seinen Erfahrungen, seiner persönlichen Geschichte, seinem Erleben von Traditionen und seiner Ausbildung zusammenhängen, eine zentrale Rolle. Im Sinne des personzentrierten Ansatzes nach Rogers [39] ergibt sich gegenüber dem Patienten eine ethische Einstellung, die beinhaltet, authentisch für ihn da zu sein, d.h. präsent zu sein, Zeit zu haben, aktiv zuzuhören, auch „zwischen den Zeilen zu lesen“ und damit eventuell „sich Bewegendes am Rande der Gewährwerdung des Patienten“ zu erfassen [26]. Dies wird dem Wunsch der meisten Patienten gerecht, die auf die Frage, was ihnen im Kontakt mit dem (Zahn-)Arzt wichtig sei, zumeist Faktoren nennen wie Zeit, sich ernstgenommen fühlen, Einfühlungsvermögen und Geduld seitens des (Zahn-)Arztes sowie eine ausführliche und gründliche Beratung [18]. In einer systematischen Übersichtsarbeit stellten Lemon und Smith diesbezüglich jedoch klar, dass nicht die Dauer einer Konsultation an sich den entscheidenden Faktor für die Zufriedenheit der Patienten darstellt, sondern die Art und Weise, wie auf die psychosozialen Bedürfnisse des Patienten eingegangen wird [29]. Es geht darum, sich als Therapeut bzw. Be-

rater „aus der Gegenwärtigkeit und Begegnung heraus auf neue Erfahrungen einzulassen“ [42] und *zusammen* mit dem Patienten einen Weg zu finden, der das aktuelle Problem löst, ihm gleichzeitig jedoch die Gelegenheit und die Atmosphäre gibt, zukünftige Probleme zu vermeiden oder anders mit ihnen umzugehen.

### Der narrative Ansatz

Verschiedene Autoren erinnern daran, dass die (klinische) Medizin im Gegensatz zu anderen Wissenschaften nicht nur mit „unpersönlichen Fakten“ [16] oder „produzierenden, toten Dingen“ [32], sondern mit Menschen zu tun habe. Dies verpflichte den behandelnden Arzt, moralisch angemessen zu handeln, indem er die Andersartigkeit und Unterschiedlichkeit der Patienten – auch der eigenen Person gegenüber – respektiere. Eine Möglichkeit, dem Menschen diesen Respekt zu erweisen, ihn als unteilbar Ganzes mit all seinen Dimensionen wahrzunehmen, besteht darin, aufmerksam und aktiv *seiner* Geschichte, in *seiner* Art und mit *seinen* Worten zuzuhören und auf seine Mimik und Gestik zu achten, dabei aber auch seine Pausen zu respektieren und ertragen zu können [13, 16]. Charon beschreibt diesen narrativen Ansatz innerhalb der Anamnese – wie zuvor bereits Carl Rogers – als ein Einlassen des Therapeuten auf sein Gegenüber und ein Eintauchen in die Präsenz der kranken Person, um ihre gesamte Situation wahrnehmen und aus

Erweiterung des Diagnostik- und Therapiespektrums auch in soziale Bereiche  
Erkennen/Bearbeiten sozialer Einflussfaktoren auf die Entstehung und Aufrechterhaltung der Schmerzerkrankung  
Erkennen/Bearbeiten von Auswirkungen der Schmerzerkrankung auf das soziale Umfeld des Patienten

Einbeziehen der:

- sozialen Konflikte (Partner, Kinder, Freundeskreis, Nachbarn, Vermieter, Kollegen, Vorgesetzte, Behörden)
- finanziellen Situation
- juristischen Probleme
- Krankheitsverarbeitung in der Familie
- umweltbedingten Faktoren

Unterstützung bei kulturell bedingten Problemen  
Unterstützung bei krankheitsbedingter Isolation  
Unterstützung beim Wiederaufbau eines normalen Alltags mit der Schmerzerkrankung  
Reintegration in das Berufsleben  
Unterstützung bei krankheitsbedingten Problemen mit Krankenkassen, Rentenversicherung, Arbeitgeber

**Tabelle 2** Arbeitsfelder der klinischen Sozialarbeit bei Patienten mit chronischen Schmerzen

**Table 2** Areas of work of clinical social work in patients with chronic pain

ihrer Perspektive verstehen zu können [13–15, 38]. Dies bedeutet, dass der Patient nach einer kurzen Einleitung, „was ihn erwartet“, die Gelegenheit erhält, seine Krankheitsgeschichte in einer vom Therapeuten nicht vorgegebenen, möglichst unstrukturierten Art und Weise frei erzählen zu können. Bedeutend ist hierbei, dass die Person nicht nur frei erzählen kann, sondern dass es ihr darüber hinaus überlassen ist, welche Aspekte zu welchem Zeitpunkt in ihrer Geschichte auftauchen. Eine personzentrierte, d.h. empathische, die Person unbedingt wertschätzende, nicht bewertende, authentische und vor allem nicht-direktive Haltung ist die Voraussetzung dafür, dass sich zwischen dem Hilfe suchenden Patienten und dem Therapeuten eine vertrauensvolle und belastbare Beziehung entwickeln kann. Auf dieser Grundlage wird der Patient zu irgendeinem Zeitpunkt ohnehin auf für ihn wichtige, psychosoziale Aspekte eingehen [8]. Wann dieser Zeitpunkt ist, hängt von vielen Faktoren ab und ist nicht vorherzusehen. Dazu gehören unter anderem die Prägung durch die Erziehung, kulturelle oder religiöse Faktoren, bisherige, allgemeine Lebenserfahrungen und speziell frühere Erfahrungen mit Ärzten und der Medizinwelt.

Dieser Ansatz steht im krassen Widerspruch zur Realität in Arztpraxen und Kliniken. Studien haben gezeigt, dass Patienten beim Schildern ihrer Problematik gerade einmal zwischen 18 und 103 Sekunden Redezeit hatten, bevor sie vom Arzt bereits erstmalig unterbrochen wurden [6, 33, 48]. Im medizinischen Alltag kommt eine ausführliche Anamnese, die es dem Patienten gestattet, *seine* Geschichte erzählen zu können, meist zu kurz, während psychologische und soziale Faktoren nur selten direkt, und wenn, dann nur oberflächlich, angesprochen werden. Meist werden Fragenkataloge in teilstandardisierten Interviews zeitökonomisch „abgearbeitet“ oder es werden vom Patienten vorab ausgefüllte Anamnesebögen während des Gesprächs nur noch um besonders hervorzuhebende Auffälligkeiten ergänzt. Dabei hätte ein narrativer Ansatz den Vorteil, dass sich der Patient unter Umständen schon zu Beginn des diagnostischen Prozesses über Inkongruenzen seiner Geschichte bewusst werden und sich der Therapeut anhand der individuellen Erzählung bereits früh ein Bild

machen könnte, was für seinen Patienten generell, aber insbesondere bezogen auf die Symptomatik und Therapie wichtig ist.

Dieses Vorgehen ist sicherlich nicht der einfachere Weg und kostet zudem mehr Zeit und damit Geld, weshalb es im Rahmen einer (Zahn-)Arztpraxis und auch im Klinikbetrieb in unserem Gesundheitssystem sicherlich schwierig umzusetzen ist. Betrachtet man die Studien von Lemon und Smith [29] sowie Stewart et al. [46], so ist es jedoch denkbar, dass dieser Ansatz schneller zu einer akzeptablen Situation für den Patienten führen kann und damit dem Patienten und der Gesellschaft teure und unnötige Diagnostik vermeiden hilft [18, 29, 46]. In jedem Fall würde die neue Strategie dem Gegenüber wesentlich gerechter, indem sie den Hilfe suchenden Menschen als vollwertige Person in ihrer Ganzheit und mit all ihren Dimensionen wahrnimmt und wertschätzt und der Mensch sich nicht nur als ein auf einen medizinischen Fall reduziertes Objekt erfährt [5].

### Schlussfolgerung

Trotz der großen Fortschritte in der Neurobiologie, der Schmerzphysiologie, der Genetik und der Epigenetik sind die Resultate in der alltäglichen, klinischen Situation mit Patienten ernüchternd. Es fühlt sich an, als ob man sich in 2 Parallelsphären bewegt: 1. eine wissenschaftliche Sphäre, die nahezu täglich mit neuen Erkenntnissen euphorisiert, und 2. eine klinische Sphäre, auf die bestenfalls im Schnecken tempo etwas davon überzugehen scheint und in der ein Medikament mit einer Number Needed to Treat (NNT, Anzahl notwendiger Behandlungen) von 4 bereits als Erfolg angesehen wird (d.h.: von 4 Patienten mit derselben Diagnose, die mit dem Medikament behandelt werden, wird eine die gewünschte Besserung erfahren).

Stohler konstatiert, dass die professionelle Hilfe heute nicht so weit entwickelt sei, wie man es sich durch die Forschung und den damit verbundenen ungeheuren Zugewinn an Wissen ursprünglich erhofft hatte. Der größte Fortschritt der vergangenen Jahrzehnte sei vielmehr, dass sich das Verhältnis zwischen Arzt und Patient bedeutend

verändert und sich herausgestellt habe, wie wichtig und notwendig eine patientenzentrierte Versorgung der Menschen sei [47]. An einzelnen Stellen scheint also erkannt zu werden, dass man den hilfesuchenden Menschen vor sich nicht nur als zu „be-hand-elndes“ oder zu reparierendes Objekt betrachten darf, um ihn schnellstmöglich in den Wirtschaftszyklus reintegrieren zu können, sondern ihn in seiner Gesamtheit und seiner spezifischen Situation wahrnehmen muss.

Wir sollten uns daher darauf besinnen und uns demütig eingestehen, dass *nicht wir* (Zahn-)Ärzte den Weg unserer Schmerzpatienten kennen und bestimmen können. Wir sollten uns vielmehr die Geschichte des leidenden Menschen mit all ihren Facetten, ganz entsprechend des von Rogers beschriebenen Ansatzes – empathisch und wertschätzend – anhören und dabei nicht nur den medizinischen Aspekten unser Augenmerk schenken.

Die in dem vorliegenden Beitrag dargestellte personzentrierte, narrative Herangehensweise ermöglicht es, die Person mit ihrer Schmerzerkrankung und ihren körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimensionen anzunehmen, wertzuschätzen und sich empathisch in sie einzufühlen. Im Gegensatz zu den überwiegend technisch-operativ ausgerichteten Gebieten der Zahnmedizin geht es hier nicht darum, sie nur technisch und nach vorgegebenen, standardisierten Verfahren zu „be-hand-eln“, sondern sie in authentischer Art und Weise auf dem Weg einer chronischen und damit sehr wahrscheinlich noch länger anhaltenden Erkrankung zu begleiten und ihr als Partner zur Seite zu stehen. Hierzu bedarf es neben Medizinern, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten auch psychosozialen Beratern und (klinischen) Sozialarbeitern [4, 20, 25], die *zusammen* mit der Person nach Wegen suchen, wie diese ihr Leben gegebenenfalls auch mit einem weiterhin persistierenden Schmerz bewältigen kann. Zu dieser komplexen und oft komplizierten Aufgabe gehört neben der Suche nach Ressourcen des Menschen mitunter auch die Arbeit in der Familie und am Arbeitsplatz, aber zum Beispiel auch die Moderation und Betreuung von Selbsthilfegruppen. Dies sollte parallel zu einer somatischen Diagnostik und Therapie im Sinne einer

palliativen Therapie (lat: „palliare“: mit einem Mantel umhüllen) von Beginn an angeboten werden. Ihr primäres Ziel muss und kann oftmals nicht unbedingt die vollkommene „Gesundung“ sein, sondern eine bestmögliche Anpassung an die gegebenen physiologischen, psychologischen und sozialen Verhältnisse.

Der narrative Ansatz bedarf vor allem Zeit, die Geld kostet. In einer Gesellschaft, in der nahezu alles in wirtschaftlichen und finanziellen Dimensionen gesehen und gemessen wird, scheint dies ein unüberwindbares Problem zu sein. Betrachtet man aber andererseits die ungeheuren Summen, die der Gesellschaft jedes Jahr aufgrund chronischer Schmerzen und de-

ren unzureichender Behandlung entstehen, und nimmt man die selbstaufgelegte Ethik in der Medizin [31] wirklich ernst, dann wird man erkennen, dass sich die für Beratung oder auch sozialtherapeutische Leistungen erbrachte Zeit- und Geldinvestition medizinisch und ethisch lohnt, zumal sich die Kosten für unzählige, redundante, teilweise überflüssige und ergebnislose Diagnostik sowie erfolglose pharmakologische und andere medizinische Therapieversuche vermutlich stark reduzieren würden. Vor allem aber könnte sich der Patient bei einem solchen personenzentrierten Ansatz als Mensch wahrgenommen fühlen und nicht als „Zugehöriger einer diagnosebezogenen Fallgruppe“.

**Interessenkonflikt:** Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des Internationalen Komitees der Herausgeber medizinischer Fachzeitschriften (ICMJE) besteht.

#### Korrespondenzadresse

Dr. Markus R. Fussnegger, M.A.,  
cert. OFP  
Zahnarzt/Counsellor  
praxisHochschule  
Neusser Straße 99  
50670 Köln  
mfussnegger@online.de

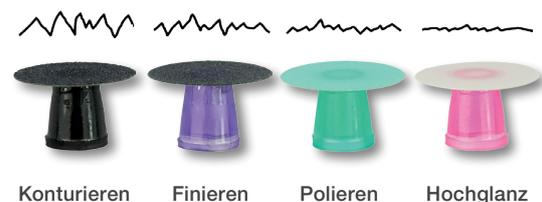
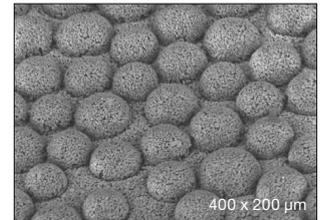
## Literatur

1. AADR: Policy Statement: temporomandibular disorders. 2015. URL: <http://www.aadronline.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3465#TMD> (letzter Zugriff am 27.09.2016)
2. Adamo D, Schiavone V, Aria M et al.: Sleep disturbance in patients with burning mouth syndrome: a case-control study. *J Orofac Pain* 2013; 27: 304–313
3. Ahlers MO, Freesmeyer W, Fussnegger MR et al.: Zur Therapie der funktionellen Erkrankungen des kranio-mandibulären Systems. *Dtsch Zahnärztl Z* 2005; 60: 539–542
4. Altilio T, Cagle J, Coombe K et al.: IASP Curriculum outline for pain in social work. 2015. URL: [www.iasp-pain.org/Education/CurriculumDetail.aspx?ItemNumber=4956](http://www.iasp-pain.org/Education/CurriculumDetail.aspx?ItemNumber=4956) (letzter Zugriff am 27.09.2016)
5. Arnold E, Franke B, Holzbecher M, Illhardt FJ, Lezius-Paulus R, Wittrahm A (Hrsg): Ethik in psychosozialen Berufsfeldern: Materialien für Ausbildung und Praxis. GwG-Verlag, Köln 2006
6. Beckman HB, Frankel RM: The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984; 101: 692–696
7. Benoliel R, Svensson P, Heir GM et al.: Persistent orofacial muscle pain. *Oral Dis* 2011; 17(Suppl 1): 23–41
8. Blau JN: Time to let the patient speak. *BMJ* 1989; 298: 39
9. Bonvanie IJ, Oldehinkel AJ, Rosmalen JGM, Janssens KAM: Sleep problems and pain: a longitudinal cohort study in emerging adults. *Pain* 2016; 157: 957–963
10. Bovero A, Leombruni P, Miniotti M, Rocca G, Torta R: Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice. *European Journal of Cancer Care* 2015; doi: 10.1111/ecc.12360
11. Buenaver LF, Edwards RR, Haythornthwaite JA: Pain-related catastrophizing and perceived social responses: Interrelationships in the context of chronic pain. *Pain* 2007; 127: 234–242
12. Büssing A, Janko A, Baumann K, Hvidt NC, Kopf A: Spiritual needs among patients with chronic pain diseases and cancer living in a secular society. *Pain Med* 2013; 14: 1362–1373
13. Charon R: Narrative and medicine. *N Engl J Med* 2004; 350: 862–864
14. Charon R: What to do with stories: the sciences of narrative medicine. *Can Fam Physician* 2007; 53: 1265–1267
15. Charon R, Wyer P, Group NW: Narrative evidence based medicine. *Lancet* 2008; 371: 296–297
16. Clifton-Soderstrom M: Levinas and the patient as other: the ethical foundation of medicine. *J Med Philos* 2003; 28: 447–460
17. Cobb M, Dowrick C, Lloyd-Williams M: What can we learn about the spiritual needs of palliative care patients from the research literature? *J Pain Symptom Manage* 2012; 43: 1105–1119
18. Corah NL, O'Shea RM, Bissell GD, Thines TJ, Mendola P: The dentist-patient relationship: perceived dentist behaviors that reduce patient anxiety and increase satisfaction. *J Am Dent Assoc* 1988; 116: 73–76
19. Davison SN, Jhangri GS: The relationship between spirituality, psychosocial adjustment to illness, and health-related quality of life in patients with advanced chronic kidney disease. *J Pain Symptom Manage* 2013; 45: 170–178
20. De Laat A, Sessile BJ, Svensson P: IASP curriculum outline on pain for dentistry. 2015. URL: [www.iasp-pain.org/Education/CurriculumDetail.aspx?ItemNumber=763](http://www.iasp-pain.org/Education/CurriculumDetail.aspx?ItemNumber=763) (letzter Zugriff am 27.09.2016)
21. Edwards RR, Smith MT, Kudel I, Haythornthwaite J: Pain-related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain. *Pain* 2006; 126: 272–279
22. Fillingim RB, Ohrbach R, Greenspan JD et al.: Psychological factors associated with development of TMD: the OP-ERA prospective cohort study. *J Pain* 2013; 14: T75–90
23. Fussnegger MR: Neuropathische Schmerzen in der Zahnmedizin: Ursachen und Differenzierung. *Bayer Zahnärztebl* 2007; 44: 53–57
24. Garschagen A, Steegers MAH, van Bergen AHMM et al.: Is there a need for including spiritual care in interdisciplinary rehabilitation of chronic pain patients? Investigating an innovative strategy. *Pain Pract* 2015; 15: 671–687
25. IASP. Recommendations for pain treatment services. 2009. URL: [www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1381](http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1381) (letzter Zugriff am 27.09.2016)
26. Knubben R. Ausbilder der Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung. Persönliche Kommunikation. Gladbeck 2007
27. Kohlmann T: Epidemiologie orofazialer Schmerzen. *Schmerz* 2002; 16: 339–345
28. Lamé IE, Peters ML, Vlaeyen JWS, Kleef Mv, Patijn J: Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *Eur J Pain* 2005; 9: 15–24
29. Lemon T, Smith R: Consultation content not consultation length improves patient satisfaction. *J Family Med Prim Care* 2014; 3: 334
30. MacDonald JE: A deconstructive turn in chronic pain treatment: a redefined role for social work. *Health Soc Work* 2000; 25: 51–58

31. Maio G: Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin: Ein Lehrbuch. Schattauer, Stuttgart 2012
32. Maio G: Für eine Medizin der Zuwendung. Fachbuchjournal 2015; 7: 22–28
33. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB: Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA 1999; 281: 283–287
34. McEwen S: Social work in health care when conventional meets complementary: nonspecific back pain and massage therapy. Health Soc Work 2015; 40: 19–25
35. Nobis HG, Roke R: Herausforderung Schmerz. 2012. URL: www.dgss.org/patienteninformationen/herausforderung-schmerz/ (letzter Zugriff am 27.09.2016)
36. Okeson JP: Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis, and management. Quintessence, Chicago 1996
37. Pauls H, Mühlum A: Klinische Kompetenzen. Eine Ortsbestimmung Klinischer Sozialarbeit. Klin Sozialarbeit 2005; 1: 6–9
38. Rogers CR: Empathic: An unappreciated way of being. Couns Psychol 1975; 5: 2–10
39. Rogers CR: Eine Theorie der Psychotherapie. Ernst Reinhardt, München 2009
40. Roy R: Social work and chronic pain. Health Soc Work 1981; 6: 54–62
41. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E et al.: Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: Recommendations of the international RDC/TMD consortium network\* and orofacial pain special interest group†. J Oral Facial Pain Headache 2014; 28: 6–27
42. Schmid PF: Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis: ein Handbuch. [2]: Die Kunst der Begegnung. Junfermann, Paderborn 1996a, 520
43. Schmid PF: Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis: ein Handbuch. [2]: Die Kunst der Begegnung. Junfermann, Paderborn 1996b, 532
44. Schmitter M, Kares-Vrincianu A, Kares H, Bermejo JL, Schindler H-J: Sleep-associated aspects of myofascial pain in the orofacial area among temporomandibular disorder patients and controls. Sleep Med 2015; 16: 1056–1061
45. Schütze R, Rees C, Preece M, Schütze M: Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. Pain 2010; 148: 120–127
46. Stewart M, Brown JB, Donner A et al.: The impact of patient-centered care on outcomes. J Family Pract 2000; 49: 796–804
47. Stohler C: Temporomandibular joint disorders – the view widens while therapies are constrained. J Orofac Pain 2007; 21: 261
48. Stunder W: Spontane Redezeit von Patienten zu Beginn der Konsultation in einer Hausarztpraxis. Z Allg Med 2004; 80: 49–52
49. Subramanian K, Rose SD: Social work and the treatment of chronic pain. Health Soc Work 1988; 13: 49–60
50. Turner JA, Jensen MP, Warme CA, Cardenas DD: Catastrophizing is associated with pain intensity, psychological distress, and pain-related disability among individuals with chronic pain after spinal cord injury. Pain 2002; 98: 127–134
51. Türp JC, Hugger A, Nilges P et al.: Aktualisierung der Empfehlungen zur standardisierten Diagnostik und Klassifikation von Kaumuskel- und Kiefergelenkschmerzen. Schmerz 2006; 20: 481–489

# Super-Snap X-TREME

## Scheibe für Scheibe zur Komposit-Politur



Konturieren    Finieren    Polieren    Hochglanz

