

**„Psycho-dentaler“ Behandlungsansatz bei Bruxismus
 „Hypothese der habituierten Emotionsunterdrückung“
 „Erregungs-Simulations-Training“
 Dipl.-Psych. Martin Junghöfer, Bonn**


Meine sehr verehrten Damen und Herren!

**„Psycho-dentaler“ Behandlungsansatz
 bei Bruxismus**

Diplom-Psychologe Martin Junghöfer
 Praxis für Psychotherapie, Gesundheitsförderung
 und Arbeitspsychologie
 Bonn


22. Januar 2014, Nürnberg

06.08.2014



1

Ich habe Vorträge mit fast identischem Titel schon mehrfach vor Psychotherapeuten gehalten. Ziel und Zweck dieser Vorträge war es, Psychotherapeuten, insbesondere Diplom-Psychologen, die im Schmerzbereich arbeiten, einerseits sensibel zu machen für den weit verbreiteten Bruxismus und die eher seltenere Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) und ihnen andererseits ein verhaltenstherapeutisches Instrumentarium zur Veränderung der verursachenden und aufrechterhaltenden Faktoren an die Hand zu geben; nach meinem Kenntnisstand hieß die CMD vor einigen Jahren noch Myofaziales Schmerzsyndrom (MFSS) und heißt jetzt Temporomandibuläre Dysfunktion (TMD). Als ich 1983 anfing, mich damit zu beschäftigen, wurden beide – Bruxismus und CMD - ausschließlich medizinisch betrachtet. Heute – 30 Jahre später - rede ich über dieses Thema vor – wie ich vermute – überwiegend Zahnärzten. In der Zwischenzeit hat sich viel verändert. Damals hatte ich den Eindruck, der erste Psychologe gewesen zu sein, der eine verhaltenstherapeutische Theorie über die Verursachung, Aufrechterhaltung und damit Therapie des Bruxismus erarbeitet hatte. Eine Internetrecherche, die ich jetzt mal wieder gemacht habe, hat ergeben, daß es mittlerweile eine Vielzahl von Psychotherapeuten und auch Zahnärzten gibt, die die psychische Seite des Bruxismus berücksichtigen, die scheinen aber immer noch in der Minderheit zu sein.



Ziele dieses Vortrags:

für Psychotherapeuten:	für Nichtpsychotherapeuten:
<ul style="list-style-type: none"> ■ 1. Sensibilisierung für psychische Aspekte des Bruxismus ■ 2. Erhöhung der Bereitschaft zu patientenorientierter Kooperation mit anderen Heilberufen ■ 3. Vermittlung eines verhaltenstherapeutischen Instrumentariums zur Veränderung der verursachenden und aufrechterhaltenden Faktoren des Bruxismus. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1. Sensibilisierung für psychische Aspekte des Bruxismus ■ 2. Erhöhung der Bereitschaft zu patientenorientierter Kooperation mit anderen Heilberufen ■ 3. Reduktion der Vorbehalte gegenüber psychologisch / psychotherapeutischen Therapien ■ 4. vielleicht auch Reduktion der Angst, Patienten zu verlieren.

06.08.2014
2

Ich mußte mir also die Frage stellen und beantworten: was ist der Sinn und Zweck dieses Vortrages? Hier meine Antwortversuche:

- a) Sensibilisierung für psychische Aspekte des Bruxismus,
- b) Erhöhung der Bereitschaft zu patientenorientierter Kooperation mit anderen Heilberufen;
- c) Reduktion der Vorbehalte gegenüber psychologisch/psychotherapeutischen Therapien,
- d) vielleicht auch Reduktion der Angst, Patienten zu verlieren,

Diese Aufzählung spiegelt einen Teil meiner Erfahrungen mit Psychologen und Zahnärzten wieder:


zu a) und b) die Hinwendung zu alternativen Aspekten liegt offensichtlich im Trend, zu c) ich habe in vielen Diskussionen mit Ärzten und auch Zahnärzten den Eindruck gewonnen, daß viele eine Empfehlung zur Psychotherapie deswegen vermeiden, weil sie keine schlüssige, vernünftige und nachvollziehbare psychologische Theorien zu psychophysiologisch/psychosomatischen Phänomenen kennen und sie deshalb Psychotherapie tendenziell für Scharlatanerie halten; mit diesem Vortrag möchte ich versuchen, zumindest ansatzweise dieser Meinung entgegenzuwirken; und zu d): manchmal, spät abends, nach einigen Bieren haben einige Zahnärzte von der frustrierenden Erfahrung berichtet, die Patienten, denen sie eine Psychotherapie dringend anempfohlen hatten, nie mehr wiedergesehen zu haben.

Psychologische Aspekte und Erklärungsansätze an den Anfang des Kongresses „**Bruxismus und Abrasion – ein komplexes Behandlungskonzept**“ zu stellen hat für mich als Psychologen folgenden Sinn:

Viele Menschen schädigen durch Pressen und Knirschen mit den Zähnen ihr stomatognathes System, d.h. Zähne werden verschlissen, der Zahnhalteapparat wird überlastet, das Kiefergelenk, die Kaumuskelatur, aber auch andere Muskelgruppen, die zur Stabilisierung des Kopfes angespannt werden, können geschädigt werden (Definition nach Wikipedia).

Zahnärztliches Handeln zielt auf

- Veränderung der Ursachen, soweit sie in den anatomischen Gegebenheiten des Betroffenen liegen,
- auf Verhinderung von Schädigungen
- und vor allem auf Rekonstruktion von aufgetretenen Veränderungen.



„Psycho-dentaler“ Behandlungsansatz bei Bruxismus


■ Was ist Bruxismus?

■ Definition nach Wikipedia: Viele Menschen schädigen durch Pressen und Knirschen mit den Zähnen ihr stomatognathes System, d.h. Zähne werden verschlissen, der Zahnhalteapparat wird überbelastet, das Kiefergelenk, die Kaumuskulatur, aber auch andere Muskelgruppen, die zur Stabilisierung des Kopfes angespannt werden, können geschädigt werden.

06.08.2014 3

Falls es aber andere Ursachen gibt, so ist es nicht nur sinnvoll, sondern absolut notwendig, diese so weit als möglich zu eliminieren, damit die sinnvollen zahnärztlichen Therapiemaßnahmen nicht durch fortgesetztes Knirschen und Pressen zunichte gemacht werden.

Die psychologische Herangehensweise kann solche anderen Ursachen sichtbar und damit hoffentlich auch veränderbar machen.



„Psycho-dentaler“ Behandlungsansatz bei Bruxismus

■ zahnärztliches Handeln zielt auf:

- Verhinderung von Schädigungen,
- Rekonstruktion von aufgetretenen Veränderungen und
- Veränderung der Ursachen, soweit sie in den anatomischen Gegebenheiten des Betroffenen liegen

06.08.2014 8

Wie unterscheiden sich nun die ärztlich/zahnärztliche Sichtweise von der psychologischen?
Ich möchte versuchen, diese hochkomplexe Fragestellung faßbar und damit praktikabel zu erhellen.

In Patientenvorträgen über psychosomatische Erklärungsansätze habe ich häufig folgendes Bild benutzt:



stellen Sie sich vor, ich fotografiere einen Porsche von schräg oben und von unten; dann erhalte ich zwei völlig unterschiedliche Bilder, von denen ich nicht sagen kann, daß eins wahrer bzw. richtiger ist als das andere, beide Bilder versinnbildlichen sehr verschiedenen Aspekte ein und derselben Sache. Genau so ist es auch hier: der ärztliche und der psychologische Blickwinkel einer Sache führen zu u.U. sehr verschiedenen Ergebnissen, die man auf den ersten Blick kaum als von derselben Sache kommend identifizieren kann und beide sind wahr!

Die zahnärztliche Blickweise habe ich zu Anfang einer Doktorarbeit der Uni Düsseldorf gefunden: (ich zitiere wörtlich)

„**Orale Parafunktionen** sind definiert als unphysiologische Bewegungsabläufe im Bereich des stomatognathen Systems. Hierzu gehören besonders der Bruxismus, das Pressen und Knirschen mit den Zähnen.“ (Zitat Ende)

Die Psychologie ist die Wissenschaft vom Verhalten und Erleben des Menschen. Somit betrachtet ein Psychologe, der sich mit Bruxismus beschäftigt nicht den Bruxismus, sondern **das Verhalten und Erleben des Menschen, der knirscht und presst** – Knirschen und Pressen sind also Verhaltensweisen. Die Verhaltenstherapie ist die therapeutische Anwendung der Wissenschaft Psychologie und deshalb leitet der verhaltenstherapeutische Blick auf die **verursachenden und aufrechterhaltenden Faktoren des Knirsch- und Pressverhaltens**.

Man kann die verhaltenstherapeutische Herangehensweise nicht in drei Sätzen darstellen, trotzdem möchte ich an dieser Stelle versuchen, einige Vorurteile über die VT zu revidieren, die ich immer wieder auf ärztlichen Internetseiten finde.

- VT ist – wie gesagt – die therapeutische Anwendung der Wissenschaft Psychologie, somit setzt sich jeder verhaltenstherapeutisch arbeitende Psychotherapeut der wissenschaftlichen Überprüfung seines Tuns aus.
- Zu Anfang jeder VT steht eine Verhaltensanalyse, das heißt eine möglichst genaue Erfassung des individuellen und somit einzigartigen Störungsbildes und –gefüges!
- Die sture Überstülpung von verhaltenstherapeutischen Programmen ohne Berücksichtigung der individuellen Geschichte hat nichts mit VT zu tun, auch wenn z.B. Krankenkassen das gerne anders definieren!
- Da verhaltenstherapeutisches Tun immer auch auf die Veränderung des Selbstmanagements zielt, ist es unabdingbarer Bestandteil der VT, den Klienten (!) dabei zu helfen eine für sich selber stringente subjektive Krankheits- bzw. Störungstheorie zu entwickeln, die möglichst folgende Aspekte beinhaltet:
 - o was habe ich,
 - o wieso habe ausgerechnet ich das,
 - o wie kann ich das mit meinem Verhalten verändern,
 - o was muß ich dem Experten überlassen
 - o was kann ich jetzt ändern,
 - o was kann ich nur auf lange Sicht ändern
 - o und was muß ich vielleicht hinnehmen, womit muß ich zu leben lernen,
 - o wobei kann eventuell meine Umwelt – Familie, Freunde, Kollegen – helfen,
 - o u.U. was bin ich nicht bereit oder willens zu ändern, selbst wenn es möglich wäre, weil es meinen Überzeugungen oder meinem Selbstbild zuwiderläuft.

Verhaltenstherapie ist immer eine an das Individuum und seine einzigartige Lebenssituation angepaßter Prozess auch dann, wenn man letztlich auch verhaltenstherapeutische Bausteine und Programme anwendet!

Meine langjährige Erfahrung als verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapeut lehrt mich immer wieder, daß sich in dem großen Psychotopf eine Unmenge unklarer, schemenhafter, mißverständlicher und Verwirrung stiftender Begriffe tummeln, die nicht unwesentlich zur Aufrechterhaltung der unzureichenden therapeutischen – nicht nur psychotherapeutischen Versorgung beitragen.

Zur Veranschaulichung dieses Grundproblems erlauben Sie mir eine anekdotische Erläuterung. In dem Roman: „Briefe in die chinesische Vergangenheit“ von Rosendorfer landet der Protagonist Kao-tai, ein chinesischer Mandarin aus dem 10. Jahrhundert, mit einer Zeitmaschine in München des ausgehenden 20. Jahrhunderts. Er erklärt - kurz gesagt - die Verwirrungen der Neuzeit mit dem konfuzianischen Begriff des

„zheng ming, der Richtigstellung der Bezeichnungen“:

Bruxismus und craniomandibuläre Dysfunktion – psychologische Aspekte



■ Konfuzius:
■ zheng ming:
■ die Richtigstellung der Begriffe

„ ... Wenn die Begriffe nicht richtig sind,
so stimmen die Worte nicht;
stimmen die Worte nicht,
so kommen die Werke nicht zustande ...
Das ist es, worauf alles ankommt.“

06.08.2014 10

Zitat Konfuzius: „ ... Wenn die Begriffe nicht richtig sind, so stimmen die Worte nicht; stimmen die Worte nicht, so kommen die Werke nicht zustande ... Das ist es, worauf alles ankommt.“ (Zitat Ende).

Hier, beim Bruxismus bedeutet dieser konfuzianische Ansatz, daß unklare Begrifflichkeiten zu chaotischen oder nicht zielgerechten Handlungen führen. Sie kennen das Prinzip alle aus dem medizinischen Alltag:

aus der Diagnose folgt konsequent die Therapie!

Wenn die Diagnose falsch ist, führt das zu falscher Therapie und auch umgekehrt: wenn eine Therapie nicht zum Ziel führt, war wahrscheinlich die Diagnose falsch und muß revidiert werden.

Das ist in der Psychotherapie nicht anders! Eigentlich - denn fast nirgendwo sonst wird mit so viel unklaren Begriffen gearbeitet, oder, um es deutlicher zu sagen, rumgehampelt, rumgefuscht und scharlatanisiert wie in der Psychotherapie! Die Ursachen dafür liegen in der Regel in der fehlenden Richtigstellung von Bezeichnungen, im fehlenden zheng ming!

Das für mich gravierenste Beispiel für solch eine Verwirrung der Worte und Begriffe, die entsprechend zu nicht stimmigen Werken und Handlungen führt, d.h. zu ineffektiven psychotherapeutischen Maßnahmen, ist der Begriff „Streß“.

Er taucht so gut wie immer dann auf, wenn psychische Ursachen von Bruxismus aufgeführt werden.

Bruxismus und craniomandibuläre Dysfunktion – psychologische Aspekte

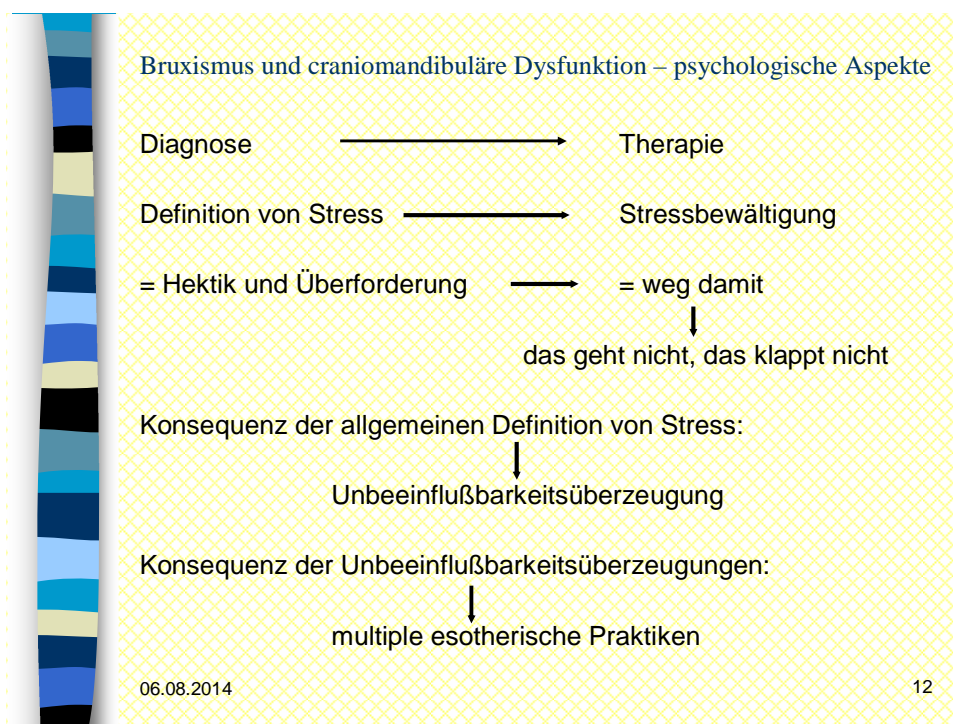
- der Stress ist an allem Schuld !!!
- zheng ming???

06.08.2014 11

Ich zitiere mal aus drei willkürlich herausgegriffenen Bruxismusseiten im Internet:

- ein Heilpraktiker aus der Eifel: „Die Zähne zusammenbeißen ist eine Antwort des Körpers auf jede Art von Streß, z.B. Leistungsdruck, Überforderung, Ängste, Ärger usw.“
- **Onmeda:** Beim Zähneknirschen (Bruxismus) liegen die Ursachen vermutlich im Gehirn und hängen mit emotionalem **Stress** zusammen, der im Schlaf verarbeitet wird.
- **Hardtwaldklinik Zwesten: Die Psychosomatik des Zähneknirschen`s**
Bruxismus bedeutet einfach: Unwillkürliches Knirschen und Pressen der Zahnreihen zu nicht funktionellen Zwecken. Ursachen sind neben "Aufbissstörungen" psychoreaktive Faktoren und Stress. Psychosomatiker empfehlen, den Zusammenhang von Stressverarbeitung und Zähneknirschen in der Therapie zu berücksichtigen.

Eine inhaltsanalytische Untersuchung der Bedeutung des Streßbegriffes, sowohl bei wissenschaftlichem als auch bei alltäglichem Gebrauch, führt zu der Methadefinition:



Bezeichnung / Diagnose / Definition:

Streß hat in der Regel die Bedeutung von Hektik und Überforderung!


Die daraus abgeleitete

Handlung / Therapie / Streßbewältigung lautet:
weg damit!

Die unmittelbar einsetzende Erkenntnis, daß das nicht geht, nicht machbar und durchführbar ist, führt i.R. blitzschnell zu einer Kaskade weiterer Erkenntnisse und Überzeugungen:

- a) Streß ist nicht oder so gut wie nicht beeinflussbar,
- b) das darf nicht sein,
- c) irgendwas muß man tun!

In Konsequenz dieser allgegenwärtigen aber verdrängten Unbeeinflussbarkeitsüberzeugung wuchern nicht zum Ziel führende esoterische Praktiken, wie z.B. Feng Shui, Powerbänder, Kraft der Edelsteine, Bach-Blüten-Therapie, positives Denken, falsch eingesetzte Entspannungstechniken oder einfach Ignorieren und Resignation!



„Psycho-dentaler“ Behandlungsansatz bei Bruxismus

- konfuzianischer Ansatz bei Bruxismus:
- **unklare Begrifflichkeiten** führen zu chaotischen und nicht-zielgerichteten therapeutischen Handlungen,
- **klare Begrifflichkeiten** (z.B. stringente Verhaltensanalyse) führt (hoffentlich) zu einer zielgerichteten Therapie.

06.08.2014 14


Ich wage mittlerweile eine krasse These:

Wann immer Streß als Ursache von irgendetwas identifiziert wird – auch als Ursache von Bruxismus – besteht die große Gefahr, daß die daraus abgeleitete Therapie in die Irre geht!

Manchmal kann diese Irre besser sein, als gar nichts; aber mir als wissenschaftlich ausgebildetem Diplom-Psychologen und kognitivem Verhaltenstherapeut ist dieses Tun suspekt! Und ich empfehle jedem, der häufig „Streß“ zur Erklärung von was auch immer benutzt, sich mal in einer ruhigen Stunde zurückzunehmen und nach zheng ming – der Klärung der Begriffe – zu suchen: Streß, Stressor, Streßreaktion, intervenierende Variable

oder hypothetisches Konstrukt, warum reagieren verschiedene Menschen auf identische Stressoren unterschiedlich usw.!

Nun zu der von mir entwickelten psychologischen Theorie – oder besser gesagt – Arbeitshypothese über die Entstehung und Aufrechterhaltung bruxistischer Verhaltensweisen.



„Psycho-dentaler“ Behandlungsansatz bei Bruxismus

- mein Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung der meisten bruxistischen Verhaltensweisen lautet:
 - „Hypothese der habituierten Emotionsunterdrückung“

Beschreibung auf zwei Ebenen:

1. **anatomisch-physiologisch-funktionale Ebene**
2. **Verhaltensebene**

06.08.2014 17

Der Anschaulichkeit wegen möchte ich zu Anfang in Ausschnitten ganz kurz den Fall eines meiner ersten Bruxismus-Patienten beschreiben, durch den ich angeregt worden bin, Beobachtungen und weitergehende Überlegungen zum Themenkomplex "Bruxismus" zu machen:

Einzelfall, Herr B: Herr B. lebt in Hamburg. Gegen Ende des Krieges war er 14 Jahre alt. Er überlebte die schweren Bombenangriffe, wurde jedoch gezwungen, unmittelbar danach beim Leichenaufsammeln mitzuhelfen. Er mußte tagelang grauenhaft verstümmelte Leichenteile auf einen „Bollerwagen“ sammeln und zum Rathausplatz bringen, wo sie auf einem riesigen Scheiterhaufen verbrannt wurden. Schon dabei hat er "tapfer" nicht geweint und jegliches Gefühl von Trauer, Ekel, Angst usw. **weggedrückt, indem er die Zähne zusammengebissen und kräftig geschluckt hat, also den "Kloß im Hals" erfolgreich beseitigt hat.**

In den darauf folgenden Jahren hat er immer wieder bei Erinnerungen an diese Erlebnisse das hochsteigende Weinen (den Kloß im Hals) durch **trockenes Schlucken und damit einhergehend Zähnezusammenbeißen** erfolgreich verhindert (und somit langsam die Erinnerung verdrängt).

Später wurde er von Beruf Straßenbahnfahrer und fuhr viele Jahre in Vororten von Hamburg. In diesen Jahren des Aufbaus einer Existenz und einer Familie verblaßte die Erinnerung an die schrecklichen Erlebnisse mehr und mehr. Sehr viele Jahre später wurde er auf eine andere Straßenbahnlinie versetzt, die den Rathausplatz berührte. Etwa zwei Jahre danach fing er an, verschiedene psychosomatische Störungen zu entwickeln. Er wurde 1983 zur Kur geschickt, um den letzten Versuch

zu unternehmen, eine drohende 2/3-Magenresektion zu verhindern. Er klagte über vieles, vor allem aber über Bauch- und Magenschmerzen und extreme Kopf- und Gesichtsschmerzen. Es war auch schon über eine frühzeitige Pensionierung nachgedacht worden.

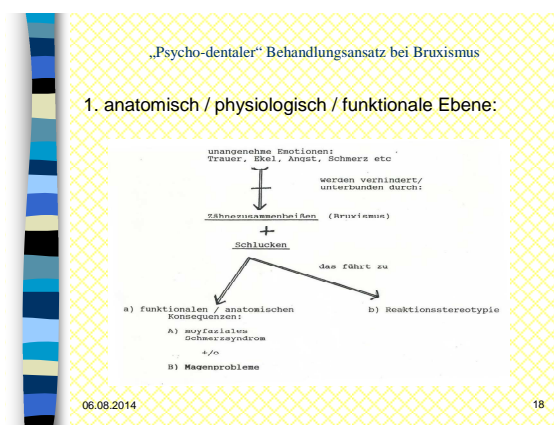
NB: über Kieferschmerzen klagte er NICHT!

Weil die Inhalte seiner Klagen mit den "objektiven", medizinischen Befunden wenig übereinstimmten, wurde er vom Stationsarzt zum Psychologen (zu mir) geschickt und ich machte mit ihm eine eingehende Verhaltensanalyse und Verhaltenstherapie.

Durch diesen „Fall“ wurde ich angeregt, intensiv über Bruxismus nachzudenken.

Die Überlegungen und Erkenntnisse zum Thema **Zähnezusammenbeißen** beschreibe ich aus psychologischer Sicht auf zwei Ebenen:

1. auf der anatomisch / physiologisch / funktionalen Ebene und
2. auf der Verhaltensebene.



zu 1. anatomisch / physiologisch / funktionale Ebene:

Unangenehme Emotionen: Trauer, Ekel, Angst, Schmerz (genauer: die Wahrnehmung der physiologischen Korrelate von Emotionen, z.B. aufsteigende Tränen) können verhindert und unterdrückt werden durch **Schluckbewegungen incl. dem damit einhergehendem Zähnezusammenbeißen**. Diese muskulären Aktionen lösen einen Reflex aus und sind insoweit als ein normales, häufig vorkommendes Verhalten anzusehen.

Als gelegentliches Ereignis ist es relativ konsequenzenlos und zu vernachlässigen. Diese gelegentliche Verhaltenssequenz kennen wir wahrscheinlich alle: wenn man im Kino oder auf der Couch sitzt, einen etwas rührseligen Film schaut und plötzlich merkt, daß Tränen aufsteigen und man das aber nicht will – aus welchen Gründen auch immer – schluckt man dreimal kräftig und die Heulgefahr ist gebannt! Wenn dies aber zu einem jahrelangem / jahrzehntelangem Verhalten wird, wenn es **habituiert**, zur Gewohnheit wird, kann dieses langandauernde, extreme Verspannen der Kaumuskeln - am Tage wie in der Nacht - zu anatomischen und funktionalen Veränderungen führen:

Mögliche **anatomische Veränderungen**: es können dadurch Zähne und Plomben abgerieben werden und die Kiefergelenkbereiche in Mitleidenschaft gezogen werden, all die Beschwerden, die Ihnen fast täglich in Ihren Praxen begegnen.

„Psycho-dentaler“ Behandlungsansatz bei Bruxismus

mögliche Ursachen von craniomandibulärer Dysfunktion

06.08.2014

19

Mögliche funktionelle Veränderungen:

- a) der Kiefergelenkbereich wird u.a. vom Trigemiusnerv, vom Fazialisnerv und von gehirnversorgenden Arterien durchzogen. Deswegen kann jede anatomische Beeinflussung dieses hochsensiblen Bereichs massive (üble) Folgen nach sich ziehen. Eine Querschnittsverengung der gehirnversorgenden Arterien wird als mitverantwortlich angesehen für Kopfschmerzen, die meist nicht klar unterscheidbar sind von Migräne und Spannungskopfschmerz; Druck auf den Fazialisnerv kann Gesichtsschmerzen und –lähmungen verursachen, entsprechend führt der Druck auf den Trigemius zu Trigemiusneuralgie. Diese Trias: migräneartiger Kopfschmerz, oberflächlicher Gesichtsschmerz und Trigemiusneuralgie wurde als „myofaziales Schmerzsyndrom“ bzw. wird als „craniomandibuläre Dysfunktion“ bzw. als „temporomandibuläre Dysfunktion“ bezeichnet. Gelegentlich tritt nur einer der Schmerzen auf.

„Psycho-dentaler“ Behandlungsansatz bei Bruxismus

mögliche Ursachen von Störungen im Magen- Darmbereich

06.08.2014

20

- b) Spannungsrezeptoren in der Kau- und Schluckmuskulatur sind über zentralnervöse Reflexzentren mit dem Verdauungstrakt verbunden, um den Verdauungstrakt bei erwarteter Nahrung zu rechtzeitiger Arbeit anzuregen. Bei paranormaler Anspannung der Kaumuskulatur wird der Verdauungstrakt jedoch zu „leerer“ Arbeit angeregt, d.h. wenn keine Speise geschluckt wird, die regulär verdaut werden könnte, sondern durch das Schlucken das Aufsteigen unangenehmer Emotionen unterbunden wird, so kann das - nach jahrelanger "Übung" - zu funktionalen Magen- und Darmbeschwerden führen und in Konsequenz davon natürlich auch wieder zu anatomischen Veränderungen!

Bei Vorliegen anatomischer Veränderungen neigen manche (glücklicherweise immer weniger) Mediziner dazu, die Relevanz psychologischer Faktoren zu ignorieren!

Diese beiden Störungsfelder: myofaziales Schmerzsyndrom und Magen-Darm-Beschwerden können auch wieder entweder einzeln oder zusammen auftreten.

zu 2. Erklärungsmodell auf der Verhaltensebene:

Auf der Ebene des Verhaltens läßt sich das **trockene Schlucken und Zähnezusammenbeißen** beschreiben als "Reaktionsstereotypie" im Sinne von BIRBAUMERs "Hierarchie der Therapieziele bei psychophysiologischen Störungen".

Er führt folgendes aus:

„Die psychologische Behandlung „psychisch“ bedingter Organstörungen wird sich prinzipiell nicht von der Behandlung von Verhaltensstörungen unterscheiden. Liegt bereits eine manifeste Organpathologie vor, so muß die psychologische Behandlung mit der notwendigen medizinischen Versorgung abgestimmt werden und vice versa.

Es gibt keine einheitlich anwendbare und wirksame psychologische Behandlung für psychophysiologische Störungen. Die Behandlung sollte sich zwingend aus der Verhaltensanalyse ergeben und müßte für eine bestimmte Störung und Person oder Personengruppe spezifisch sein. Da aber viele Störungsformen z.T. gemeinsame Ursachen und Auslöser aufweisen und wir heute über keine gesicherten Entstehungstheorien verfügen, werden unterschiedliche Störungen oft mit sehr ähnlichen Behandlungsverfahren modifiziert werden.“

Und weiter führt er aus:

„Bei **psychophysiologischen Störungen** sind fünf hierarchisch geordnete Therapieziele zu verfolgen, bei denen ein Erfolg auf irgendeiner Stufe einen jeweils hinreichenden auf der vorhergehenden Stufe voraussetzt. ...

Hierarchie der Therapieziele bei psychophysiologischen Störungen.

- | | |
|-----------------|--------------------------------------------------|
| 1. Modifikation | erhöhter autonomer Erregung, |
| 2. Modifikation | von Reaktionsstereotypie, |
| 3. Modifikation | von Selbstwahrnehmung und -kontrolle, |
| 4. Modifikation | störungsspezifischer Einstellungen und |
| 5. Modifikation | der sozialen Interaktion (verbal und nonverbal). |

ad 1. „Modifikation erhöhter autonomer Erregung“ (weiter Zitat): „Psychophysiologische Störungen zeichnen sich durch erhöhtes tonisches Erregungsniveau und/oder extreme phasische Erregungsanstiege in mehreren autonomen Systemen aus.“

ad 2. „Modifikation von Reaktionsstereotypie“ (weiter Zitat): "Entspannungstraining, Änderung der Lebensführung usw. werden bei jenen psychophysiologischen Störungen nicht ausreichen, die bereits eine organische Schädigung aufweisen oder die extreme Reaktionsstereotypie einen Teil des Copingmechanismus auf spezifische Stressoren darstellen. Für solche Störungsformen ist die Modifikation der spezifischen Reagibilität eben dieses Systems notwendig. Biofeedback spezifischer einzelner Biosignale ist hier wohl die Methode der Wahl."

(Alle Zitate aus BIRBAUMER: "Psychophysiologie der Angst".)

Coping bedeutet die Art und Weise des subjektiv (manchmal nur scheinbar) erfolgreichen Umgehens mit Reizen.

Diese Beschreibung der Therapie einer psychophysiologischen Störung von Birbaumer, einer der führenden Psychologen Deutschlands, trifft in doppeltem Sinne beim Zähnezusammenbeißen zu:

Nach meiner Auffassung und Erfahrung ist das extreme Zusammenbeißen der Zähne eigentlich ein Kolateralereignis des trockenen Schluckens.

Dieses aber, das Zähnezusammenbeißen

1. führt es zu verschiedenen **organischen Schädigungen** und ist
2. Teil eines **Copingmechanismus** (= subjektiv erfolgreicher Umgang mit belastenden Emotionen).

Es ist wichtig, hier auf einen immanenten Aspekt des Begriffs "Copingstrategie" hinzuweisen. Coping-Strategie bedeutet u.a.,

- a) daß der Mensch etwas **aktiv macht** - bewußt oder unbewußt - und
- b) daß dieses Machen, Tun - hier das Zähnezusammenbeißen - **Konsequenzen** hat.

Der aktive Aspekt wird hier von mir aus zwei Gründen betont:

1. manche medizinische Interventionen bieten zwar wünschenswerte, aber nur kurzfristige Hilfe, das **Zähnezusammenbeißen** als aktives Tun wird dabei aber nicht verändert:
z.B. die Aufbißschiene ist eine eher hilfreiche Intervention und Psychopharmaka sind wenig hilfreiche Interventionen;
2. weist der häufig benutzte Begriff "Bruxismus" zu undeutlich auf ein Verhalten hin, also ein Tun und Machen:
"ich beiße die Zähne zusammen" ist die Beschreibung eines Verhaltens, wohingegen die Aussage: "der Patient hat Bruxismus" nicht verhaltens-relevant ist.

Also: in Addition zu sinnvollen, medizinischen Maßnahmen, geht psychotherapeutisches Vorgehen an die verursachenden und/oder die aufrechterhaltenden Bedingungen des schädigenden Verhaltens **verändernd** heran.

Verhaltenstherapeutisch lassen sich folgende drei Behandlungsstränge unterscheiden:

1. das Bearbeiten der eher verursachenden Bedingungen, wie z.B. im anfangs dargestellten Fall die Bearbeitung der Kriegserlebnisse;
2. die Veränderung der zugrunde liegenden erhöhten autonomen Erregung und
3. die Veränderung der aufrechterhaltenden Bedingungen, hier die Reaktionsstereotypie "Zähnezusammenbeißen".

Aus diesen drei Behandlungssträngen besteht meine Bruxismustherapie. Um die Wichtigkeit aller drei Stränge zu betonen, habe ich das Symbol eines Hockers genommen:



Ein Hocker steht gut auf 3 Beinen, kein Bein ist wichtiger als die anderen und wenn man ein Bein wegnimmt – egal welches, fällt der ganze Hocker um!

Diese drei Beine – oder um es ein bißchen schöner zu sagen: die drei Säulen sind:

1. **in Gesprächen** werden die verursachenden Bedingungen aufgedeckt und verändert, z.B. der Umgang mit belastenden Emotionen und meistens traumatisierenden Erlebnissen. Hier steht das ganze Arsenal der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen, Strategien und Therapietechniken zur Verfügung,
2. **Progressive Relaxation** ist die Methode der Wahl zur Modifikation und Reduktion des erhöhten tonischen Erregungsniveaus und des extremen phasischen Erregungsanstiegs,
3. **mit Biofeedback** wird die Gewohnheit verlernt, bei Belastung die Zähne zusammenzubeißen.

Aus dem ganzen Cluster der psychotherapeutischen Inhalte, Abläufe und Interventionsschritte, die nicht nur symptom- oder verhaltensabhängig sind, sondern vor allem auch individuell einzigartig sind, sei hier nur der Teil dargestellt, der die Veränderung dieses Zähnezusammenbeißens beschreibt.

Es sei noch einmal zurückverweisen auf das BIRBAUMERSCHE Schema der "Hierarchie der Therapieziele bei psychophysiologischen Störungen":

Die erste Stufe lautet: "Modifikation erhöhter autonomer Erregung."

Dies ist durch intensives, tägliches Entspannungstraining, vor allem Progressiver Relaxation gut zu erreichen. Ich habe vor Jahren versucht, die PR zu effektivieren und damit die positiven Effekte zu beschleunigen. Diese Weiterentwicklung der PR habe ich Spannungs-Kontroll-Regulierungs-und-Optimierungs-Training genannt. Die Patienten sollen dieses Training zu Hause so oft als eben möglich praktizieren, dazu erhalten sie eine von mir gesprochene CD.

Die Einleitungsphase des Biofeedback-Trainings hat genau denselben Effekt und wirkt somit verstärkend in dieselbe Richtung.

Die zweite Stufe lautet: "Modifikation der Reaktionsstereotypie."

Das bedeutet hier:

1. generelles Absenken des durchschnittlichen Spannungsniveaus der Kaumuskeln

UND vor allem

2. Dekonditionierung der gelernten, übermäßigen Durchbeißreaktion in emotional erregenden Situationen.

Durch Verhaltensbeobachtungen und Messungen habe ich erfahren, daß bei Menschen mit Bruxismus diese extrem erhöhte Kaumuskelspannung nicht nur bei unangenehmen Stressoren, "Dis-Stress", sondern auch im "normalen" Leben, tagsüber, bei mittlerem Streßniveau, bei erwünschten, gesunden, anregenden und angenehmen "Eu-Stress-Reizen" zu beobachten ist. Deswegen darf die Therapie sich nicht darauf beschränken, die Spannung der Kaumuskulatur zu senken.

Entscheidend ist es, daß der Patient lernt, bei Erregung (negativer und positiver) die Kaumuskeln nicht übermäßig anzuspannen.

Zur Erreichung dieses Ziels habe ich ein spezifisches Biofeedback-Training entwickelt, das ich „**Erregungs-Simulations-Training (EST)** genannt habe.

Es besteht aus einem kombinierten Einsatz von EMG- und PGR-Biofeedback:

EMG = **E**lektro - **M**yo - **G**raph, Ableitung der elektrischen Muskelspannung (hier: m. masseter);

PGR = **P**sycho - **G**alvanische - **R**eaktion, Ableitung der elektrischen Hautleitfähigkeit als Indikator genereller Erregung

In der ersten Phase wird der Patient mit dem Verfahren vertraut gemacht. Er erhält PGR-Feedback mit der Anweisung, nur zu entspannen. Danach erhält er EMG-Feedback ebenso mit der Anweisung, zu entspannen. Wenn er mit dem Verfahren vertraut ist, erhält er beide Feedbacks gleichzeitig mit der Anweisung, nur zu entspannen. Dabei wird als erster Übungsschritt die durchschnittliche Spannung in der Kaumuskulatur erheblich abgesenkt. Was erheblich ist, wird im Einzelfall entschieden.

Hier sehen Sie einige Beispiele der durchschnittlichen masseter-Spannung in μV innerhalb der Sitzungen:

Pat.: \ Sitzung:	1	2	3	4	5	6	7	8	
B.	5,2	3,3	2,6	1,2	3,1	2,7	3,0	1,3	μV
W.	3,5	5,5	1,8	1,7	1,1				μV
K.	2,5	1,3	1,0	1,0					μV
Z.	1,0	1,0	1,0						μV

Der anfangs beschriebene Pat. B aus Hamburg reduzierte die durchschnittliche Spannung seines linken m. masseter in 8 Sitzungen von 5,2 auf 1,3 μV ,

Frau W. in 5 Sitzungen von 3,5 auf 1,1 μV ,

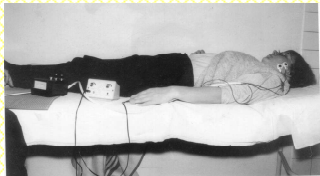
Herr K. in 4 Sitzungen von 2,5 auf 1,0 μV ,

Frau Z. zeigte extreme Anspannung nur bei Erregung.

Die zweite Phase ist die eigentliche therapeutische Dekonditionierungsphase. Es werden wieder beide Biofeedbacksignale abgegriffen und der Patient erhält zunächst die Anweisung, sich zu entspannen, also beide Signale nach unten zu fahren; nach 10 Minuten soll er sich dann aufzuregen bzw. erregen und dabei die Kaumuskel entspannt halten. Wie er das machen soll, wird möglichst nicht vorgegeben. Dabei steigt die masseter-Spannung natürlich zu Anfang an. Dieser Dualblock – 10 Minuten entspannen und 10 Minuten erregen mit masseter-Entspannung, wird pro Sitzung mehrfach wiederholt. Ziel dieses Verfahrens ist es, daß der Patient den konditionierten Reflex, auf Erregung mit extremer masseter-Anspannung zu reagieren, verlernt.

„Psycho-dentale“ Behandlungsansatz bei Bruxismus
EST 1984

- „Erregungs-Simulations-Training“:
- gleichzeitiges, **gegenläufiges** Biofeedback von
- PGR (Hand) und
- EMG (m. masseter)

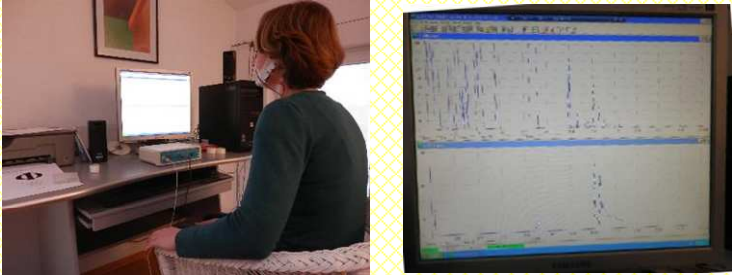


06.08.2014 33

Der konditionierte Reflex ist ein unbewußtes Verhalten, das sowohl am Tage als auch in der Nacht abläuft. Meine Hypothese zielt darauf ab, daß die Dekonditionierung dementsprechend auch in der Nacht wirkt.

„Psycho-dentaler“ Behandlungsansatz bei Bruxismus

EST 2014



06.08.2014 34

Dieses Erregungs-Simulations-Training ist dann abgeschlossen, wenn es zu keinem wesentlichen Anstieg der masseter-Spannung in der Dekonditionierungsphase mehr kommt. Auch das Erreichen dieses Kriterium wird im Einzelfall entschieden.

Der Verlauf sei an den vier o.g. Beispielen demonstriert:

Bei den vier oben aufgeführten Patienten ist das durchschnittliche Spannungsniveau des m. masseter links (↓) zu Beginn der Sitzungen aufgeführt und rechts daneben (↑) die Spannung in den Dekonditionierungsphasen in μV .

\ Patient:	B.		W.		Z.		K.	
Sitzung	↓	↑	↓	↑	↓	↑	↓	↑
1	2,6	4,0	1,0	1,0	0,7	2,2	1,0	2,7
2	2,4	3,0	1,1	1,2	0,6	1,8	1,1	1,5
3	1,2	2,2	1,1	1,2	0,2	1,6	1,0	1,2
4	1,8	2,7	2,8	3,0	0,3	0,5	1,0	1,1
5	1,3	1,8	1,2	1,2				
6	1,2	1,5						

alle Angaben in μV

↓ = Entspannung

↑ = Anspannung, Erregung, Aufregung.

Von 1983 bis 2003 habe ich während meiner Arbeit in zwei Kur- und Rehakliniken mit 35 Patienten dieses

"strukturierte, psychologische Therapieverfahren durch Kombination von psychotherapeutischen Gesprächen, Entspannungstherapie und Biofeedback bei Bruxismus und myofazialen Schmerzsyndrom"

durchgeführt. Die Therapiedauer im Setting einer Kur- und Rehaklinik betrug 1 - 5 Wochen. Sie war gekennzeichnet durch „**massierte Übung**“, d.h. die Patienten hatten mehrere Sitzungen in der Woche, alle Therapie-segmente liefen parallel: Gespräche zur Bearbeitung der auslösenden Faktoren, "Erregungs-Simulations-Training" (= Biofeedback) und das Entspannungstraining täglich im normalen Klinikablauf. Dadurch wurde zwar einerseits die strikte Abfolge der „Hierarchie der Therapieschritte“ (nach BIRBAUMER) aufgeweicht, andererseits zeigten die Erfolge, daß massierte Übung die Therapiedauer - und damit auch die Kosten - erheblich reduzieren kann!

Alle Patienten haben am Ende eine erhebliche Verbesserung ihrer Beschwerden angegeben. Eine systematische Katamnese hat nicht stattgefunden, aber 13 der 35 Pat. haben mir spontan nach geraumer Zeit (½ - 3 Jahre nach der Kur) geschrieben und von weiteren Verbesserungen berichtet; eine Patientin war nach 5 Jahren wieder zur Kur und hat vom völligen Verschwinden ihrer Beschwerden berichtet.

Herr B. aus Hamburg hat noch seinen ganzen Magen, er ist mit 65 Jahren in Rente gegangen.

Seit November 2003 biete ich dieses Behandlungskonzept in meiner Praxis an.

Der spezifische Charakter der „**massierten Übung**“ und der Kurzzeittherapie kann hier bei Bedarf erhalten bleiben. Durch den Wegfall der restringierenden zeitlichen Begrenzung einer Kurklinik lassen sich aber auch die drei weiteren Birbaumerschen Therapieziele:

3. Modifikation von Selbstwahrnehmung und –kontrolle,
4. Modifikation störungsspezifischer Einstellungen und
5. Modifikation der sozialen Interaktion
therapeutisch verändern.

Zum Abschluß ein Zitat von Priv.-Doz. Dr.med.dent. KLUGE auf der Tagung der „Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“, Februar 1998:

„ ... Erst nach erfolgloser Somatotherapie über den psychosomatischen Charakter der Störung nachzudenken, ist der häufigste therapeutische Fehler in der Zahnmedizin. Von Anfang an sollten deshalb interdisziplinäre Therapieprogramme angewendet werden, die neben der Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle oraler Parafunktionen physiotherapeutisches Training, Entspannung der Muskulatur sowie psychotherapeutisch orientiertes Gespräch zur besseren Stressbewältigung enthalten.“

Das hier vorgestellte psycho-physiologische Therapieprogramm enthält alle geforderten Elemente und kann in einem zeitlich überschaubaren Rahmen angeboten werden.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.