

Anmerkungen

- 1 Übersetzung aus dem Englischen von Dr.med.dent Christiane Kay Krause, Am Wasserbogen 48, 82166 Gräfelfing.

Hypnose in der Behandlung von Bruxismus

J. Henry Clarke¹

■ *Bruxismus (Zähneknirschen und Zähnepresen) ist ein allgemein verbreitetes Problem, welches chronischen Schmerz, starke Zahnabrasionen und andere Folgeschäden verursachen kann. Therapien, die bei einigen Patienten recht effektiv sind, helfen vielen anderen nicht. Deshalb bedarf es verschiedener therapeutischer Methoden, wobei Hypnose eine der effektivsten Behandlungsformen in Hinblick auf längerfristige Besserung sein kann. In diesem Artikel wird die klinische Bedeutung des Bruxismus behandelt sowie dessen Prävalenz, Behandlungsmethoden und die Rolle der Hypnose. Die bislang einzige wissenschaftlich evaluierte hypnotische Vorgehensweise wird beschrieben.*

Suchbegriffe: Bruxismus, Hypnose

Bruxismus wird definiert als „parafunktionelle Aktivität des Kauorgans bei Tage oder nachts, verbunden mit Pressen, Anspannen, Knirschen und mahlenden Bewegungen der Zähne“ (McNeil, 1993). Die häufigsten und unangenehmsten Folgen des Bruxismus sind oft täglich wiederkehrende Kopfschmerzen, chronische Schmerzen und Empfindlichkeit der Kaumuskulatur, starke Zahnabrasionen und Kiefergelenkschäden und -schmerzen (Katzberg, Westesson, Tallents & Drake, 1996; Thompson, Blount & Krumholz, 1994).

Studien aus Europa (Agerberg & Carlsson, 1975; Wigdorowicz-Makowerowa, Grodzki & Maslanka, 1982), aus Kanada (Lavigne & Montplaisir, 1994) und aus den Vereinigten Staaten (Glass, McGlynn, Glaros, Melton & Romans, 1993) berichten von einer Bruxismusprävalenz von etwa 20%. Manche früheren Studien nannten unter Zugrundlegung anderer Methoden und Kriterien ein viel höheres Vorkommen. Nimmt man als Hauptkriterium, daß der Patient sich des Symptoms des Bruxismus bewußt ist und daß ein oder mehrere Symptome vorhanden sind, so sind 20% bis 26% eine eher konservative, aber vernünftige Schätzung (Solberg, Woo & Houston, 1979; Van Dongen, 1992). In der Altersgruppe der 25-35-Jährigen wird eine Prävalenz des Bruxismus von 38% bis 50% beschrieben. Andere Altersgruppen weisen niedrigere Prävalenzraten auf (Glass, et al., 1993).

Die genaue Ätiologie des Bruxismus ist noch unbekannt. Jedoch haben neuere Forschungen eine Reihe von Hinweisen erbracht, daß Malokklusion und okklusale Disharmonien keine signifikanten ätiologischen Faktoren sind (Vanderas & Manetas, 1995; Wang, 1992). Neuere Untersuchungen stützen die Hypothese einer zentral vermittelten Reaktion (zentrales Nervensystem) verbunden mit emotionaler Belastung (Billups, 1992; Mercuri, Olsen & Laskin, 1979; Pierce, Chrisman, Benett & Close, 1995).

Behandlungsmethoden

Okklusale Behandlungskonzepte

In der Vergangenheit wurde Zähneknirschen durch Eingliedern von Okklusionsschienen und/oder durch selektives Einschleifen von Zahnunregelmäßigkeiten behandelt, in der Annahme, daß okklusale Interferenzen allein auslösende Ursache des Bruxismus seien und die normale Antwort auf diese Störungen eine Hyperaktivität der Kaumuskulatur sei. Ein therapeutischer Ansatz ist somit auch, den Mundschluß eher zu hindern als zu fördern. Eine ganze Reihe wissenschaftlicher Untersuchungen zeigt jedoch, daß eine adjustierte Okklusion nach selektivem Einschleifen keine effektive Methode zur Reduzierung des Bruxismus darstellt (Attanasio, 1991; Holmgren, Sheikholeslam & Riise, 1993; Klineberg, 1994).

Aufbißschienen (Okklusionsschienen)

Aufbißschienen reduzieren die Symptome bei einer großen Zahl von Betroffenen - aber nicht bei allen. Holmgren, Sheikholeslam und Riise (1993) stellten fest, daß Aufbißschienen das Bru- xen zwar nicht beenden, wohl aber bei vielen Patienten die Symptome signifikant verringerten. Für Symptome wie Schläfen-, Nacken- und Kopfschmerzen gab es bei ca. 20% der Betroffenen allerdings keine signifikante Besserung. Clark, Beensterboer, Solberg und Rugh (1979) untersuchten die Masseteraktivität elektromyographisch unter Schienentherapie. Bei 52% der Patienten zeigte sich eine signifikante Verringerung der Masseteraktivität, bei 28% trat keine Änderung ein und bei 20% erhöhte sich die Muskelaktivität während des Tragens der Schiene.

Verhaltensinterventionen

Massiertes Üben mit absichtlichem Knirschen bis zur Übermüdung der Kaumuskulatur, Gewohnheitskontrolle und Biofeedback zeigten in verschiedenen Untersuchungen unterschiedliche Ergebnisse, die keinen eindeutigen Hinweis auf eine Beherrschung des Bruxismus erbrachten. Zudem fehlen Langzeitstudien mit einheitlicher Methodik (Hathaway, 1995). Selbstkontrolle (Wärme, Bewegung, Haltung, etc.) und Physiotherapie erbrachten ebenfalls einigen Nutzen, aber es fehlen auch hier hinreichende wissenschaftliche Nachweise über die Erfolgswahrscheinlichkeit dieser Therapien (Thompson, Blount & Krumholz, 1994).

Hypnose

Keines der verhaltenstherapeutischen Verfahren zur Behandlung des Bruxismus wurde auf Langzeiteffektivität untersucht. Nach neueren Veröffentlichungen jedoch scheint Hypnose ein vielversprechender Ansatz zu sein. Es liegen zahlreiche Fallberichte, aber nur zwei wissenschaftlich gestützte Studien zur Anwendung von Hypnose bei Bruxismus vor.

FALLBERICHTE

Golan (1990) entwickelt während der Hypnose eine Handschuhanästhesie, sticht eine Nadel in den Handrücken, läßt den Patienten die Augen öffnen, damit er die schmerzlos eingestoche- ne Nadel sieht, um dann die Augen wieder zu schließen. Während der Patient noch in Hypnose ist, benutzt Golan die Erfahrung mit der Handschuhanästhesie, um dem Patienten seine eigene Kraft zur Kontrolle seiner Körperfunktionen und Empfindungen zu demonstrieren. Im Anschluß gibt er eine Reihe von Suggestionen hinsichtlich der wünschenswerten Fürsorge für den eigenen Körper und die Zähne - „dein wertvollster Besitz“, - und betont dann: „Nichts ist es wert, sich selbst aufzuessen.“ Dann suggeriert er, sollten im Schlaf die Kiefer pressen und zu knirschen beginnen, so wird der Druck auf die Zähne sein Unbewußtes veranlassen, ihn sofort zu wecken. Nach dem Erwachen wird der Patient mit Zufriedenheit feststellen, daß sein Schutzmechanismus funktioniert, und er wird sogleich in einen tiefen und entspannten Schlaf zurücksinken. Damit ist der Ansatz von Golan natürlich nur kurz umrissen. Seine praktische Vorgehensweise enthält viele Ausschmückungen mit positiven Suggestionen und Bildern.

Andere Therapeuten berichten über Fälle mit ähnlichem Ansatz. Neiburger (1990) suggeriert, daß bei beginnendem Pressen die Kiefer sich von selbst öffnen werden, damit sich die Zunge automatisch zwischen die Zähne legen kann und die Kaumuskeln „locker und weich wie nasse Baumwolle“ werden. Einige suggerieren wiederholt die Worte „Lippen zusammen - Zähne auseinander“ und andere empfehlen, der Patient solle einen kleinen Ball oder Schwamm in der Hand halten und wenn das Pressen beginnt, sollen sich die Kiefer lösen, während der Ball gedrückt wird (Erickson, 1990).

Das alles sind Suggestionen, die in Fallberichten geschildert werden, aber ohne objektive Auswertung des Erfolges bei einer größeren Anzahl von Patienten.

WISSENSCHAFTLICHE STUDIEN

Mehrere Autoren (Mulligan & Clark, 1979; Clarke & Reynolds, 1991) beschrieben ein Verfahren mit individuell besprochenen Tonbändern, um Patienten in Selbsthypnose zu schulen. Dies sind die einzigen Versuche einer objektiven Auswertung an verschiedenen Versuchspersonen. Mulligan und Clark (1979) verwendeten einen tragbaren Elektromyographen (EMG) mit Oberflächenelektroden, um die elektrische Aktivität des Massetermuskels im Schlaf über 10 Nächte vor und nach der Hypnosebehandlung aufzuzeichnen. Drei von sechs Probanden zeigten eine auf dem 0,05 Niveau signifikant verminderte Muskelaktivität. Zwei Monate nach der Behandlung füllten die Probanden einen Fragebogen aus, in welchem sie den Behandlungserfolg selbst einschätzten. Ein Proband berichtete, daß der Bruxismus vollständig verschwunden war, vier gaben an, daß er abgeschwächt, aber nicht behoben war, und einer berichtete von nicht gegück- ter Behandlung.

Clarke und Reynolds (1991) schilderten eine ähnliche Studie mit 8 Probanden. Sieben Näch- te vor und nach der Hypnosebehandlung wurden EMG-Messungen der Masseter vorgenommen. Die Selbsteinschätzung wurde unmittelbar nach der Behandlung und nach einem Zeitraum von 4 bis 36 Monaten durchgeführt. Bei allen Probanden zeigte sich eine Verringerung der elektri- schen Aktivität zwischen 18% und 70% mit einem auf 0,001 Niveau signifikanten Mittelwert.

Alle Selbsteinschätzungen zeigten eine Verbesserung an, sowohl unmittelbar nach der Behandlung als auch langfristig. Tabelle 1 zeigt die Ergebnisse der Selbsteinschätzungen.

Das in dieser Studie angewandte Behandlungsverfahren wurde von dem Autor vereinfacht und wird zur Zeit von ihm und einigen Kollegen mit einer Erfolgsrate von ca. 75% bis 80% praktiziert. Die Behandlung erfordert normalerweise vier Sitzungen von je 30 - 40 Minuten Dauer. Eine kurze Zusammenfassung dieser Behandlungsmethode wird im folgenden dargestellt.

Das Behandlungsprotokoll

A. Eingangsgespräch

- 1. *Aufklärung von Funktionsstörungen des Kiefergelenks:* Wenn chronischer Schmerz, eingeschränkte Mundöffnung/Mundschluß oder andere schwere Kiefergelenksymptome festgestellt werden, ist vor der Hypnosebehandlung eine qualifizierte Diagnostik notwendig.
- 2. *Schienenentherapie:* Ermittlung des Erfolgs mit Aufbißschienen. Falls der Patient noch keine Okklusionsschiene getragen hat, empfiehlt sich bei nächtlichem Bruxismus zunächst eine Schienenentherapie.
- 3. *Psychosoziale Faktoren:* Ein hoher Anteil der an den Folgen des Bruxismus Leidenden hat eine Vorgeschichte mit Mißbrauch, als Kind von Alkoholikern, mit anderen chronischen Schmerzen oder ist aus irgendeinem anderen Grund angespannt und übermüdet. Es ist wichtig, den Patienten nach solchen Faktoren zu fragen. Wenn ungelöste psychosoziale Faktoren vorhanden sind, ist eine Überweisung an einen Psychotherapeuten geboten.
- 4. *Hypnosevorbereitung:* Sind obengenannte Faktoren berücksichtigt und ist die Entscheidung getroffen, daß Hypnose die geeignete Methode ist, sollte der Patient auf diese vorbereitet werden. Er erhält eine kurze fachspezifische schriftliche Information, die auch Antworten zu allgemeinen Fragen über klinische Hypnose gibt. Das spart erheblich an Behandlungszeit und bewahrt den Patienten vor Folgen nicht vollständiger Aufklärung.

Patient	unmittelbar n. d. Behandlung	langfristig nach	Anzahl der Monate
Nr. 1	4,5	5	36
Nr. 2	5	4	4
Nr. 3	5	6	36
Nr. 4	5	4	15
Nr. 5	5	6	4
Nr. 6	5	5	11
Nr. 7	5	x	x
Nr. 8	5	5	9

Skalenwerte: 1 = viel schlechter; 2 = ein wenig schlechter; 3 = keine Änderung; 4 = ein wenig besser; 5 = viel besser; 6 = kein Bruxen mehr; x = zur Kontrolle nicht erreichbar

Tabelle 1: Selbsteinschätzung der mit Hypnose behandelten Bruxismuspatienten (Clarke & Reynolds, 1991)

B. Exploration und Zusammenarbeit

- 1. *Die Ziele dieser Sitzung* sind zweifach. Der Patient soll Hypnose mit vielfältigen Bildern, Redewendungen und Suggestionen erleben, die sich auf die Bruxismustherapie beziehen, und der Zahnarzt soll vom Patienten Feedback erhalten über die wirksamsten Suggestionen für das Selbsthypnosetonband, das beim nächsten Termin angefertigt wird.
- 2. *Exploration unter Hypnose:* Damit ist hier keine psychologische Exploration gemeint, sondern lediglich ein Verfahren, den besten Bereich hypnotischer Ansprechbarkeit und bevorzugter Imaginationen des Patienten herauszufinden. Eine Liste mit hilfreichen Induktionen, Redewendungen und Imaginationen findet sich in Tabelle 2.
- 3. *Zusammenarbeit:* Die Reaktion des Patienten auf jede der gegebenen Suggestionen wird überprüft und er wird ermutigt sich zu äußern, welches die hilfreichsten Suggestionen sind, die dann auf dem Tonband gegeben werden.

C. Tonband

Die in der vorherigen Sitzung gewonnenen Erkenntnisse werden kurz zusammengefaßt und das Tonband wird in Anwesenheit des Patienten und mithilfe seiner Reaktionen erstellt. (Wenn gewünscht, kann das auch ohne den Patienten geschehen.) Das Band zur Behandlung des nächtlichen Bruxismus ist normalerweise ungefähr 15 Minuten lang. Der Patient wird instruiert, das Band zu Beginn jeder Nachtruhe zu hören. Am Ende des Bandes sind Suggestionen enthalten, die einen Übergang von hypnotischer Entspannung in tiefen Schlaf ermöglichen. Einige Patienten schlafen bereits vor Ende des Bandes ein, aber das ist der Wirkung nicht abträglich. Sie können sich durchaus in einem hypnoiden Zustand befinden und die Suggestionen auf unbewußter Ebene annehmen.

Patienten, die tagsüber die Zähne pressen, können das Band ein bis zweimal täglich an einem ruhigen und entspannenden Ort anhören. Die Suggestionen am Ende des Bandes dienen dazu, daß der Patient in den normalen Bewußtseinszustand zurückkehren kann, hellwach, erfrischt und entspannt ist. Oft können die Bänder für den Tag kürzer sein (ca. 10 Minuten). Um die Mitarbeit des Patienten zu fördern, ist es sinnvoll, die gewünschte Länge mit ihm zu besprechen.

Die wichtigsten Suggestionen für das Tages- oder Nachthonband haben folgende Erfahrungen des Patient zum Ziel: (1) Ein verstärktes Bewußtsein für die unnötigen, kontraproduktiven Muskelanspannungen; (2) eine erhöhte Fähigkeit, sich zu entspannen; (3) seine speziellen Sprachformeln und Imaginationen werden eine Lockerung der Kaumuskulatur auslösen und (4) obengenannte Vorgänge werden automatisch, ob im Wachen oder Schlafen, wirken. Diese Suggestionen sollten zu Beginn des Tonbandes gegeben werden, wenigstens zwei bis dreimal im Verlauf wiederkehren und schließlich noch gegen Ende des Bandes.

D. Verlaufskontrolle

Tägliche Übung führt allgemein zu einer soweit ausreichenden Verbesserung, daß der Behandlungserfolg nach ungefähr vier bis fünf Wochen eingeschätzt werden kann. Wir vereinbaren normalerweise einen kurzen 20-30minütigen Kontrolltermin fünf Wochen nach Aufnahme des Tonbandes. Für die vorherigen Sitzungen berechnen wir ein Honorar, das ausreicht, diesen

Induktionen

1. Fokussierung auf entspanntes Atmen
2. Progressive Muskelentspannung
3. Wellen der Entspannung vom Kopf bis zu den Zehen

Imaginationen und ideosensorische Antworten

1. Der Kiefer hängt wie eine Hängematte oder Schlinge
2. Die Muskeln sind weich, geschmeidig und entspannt
3. Die Blutgefäße sind erweitert und warm
4. Das Körpergewebe wird ernährt
5. Eine warme Komresse*
6. Eine kalte Komresse*
7. Ein warmes Bad*
8. Sonnen oder skilaufen*
9. Spazierengehen, schweben, reiten, sich treiben lassen*

* Im Vorbereitungsinterview zur Hypnose wird gefragt, welche dieser Vorstellungen angenehm oder unangenehm sind.

Affirmationen und Sprachformeln

1. Lippen zusammen, Zähne auseinander
2. Kein Problem ist es wert, sich selbst aufzuessen **
3. Jetzt kannst du die Entspannung viel besser kontrollieren, als die Anspannung dich kontrolliert
4. Du kannst für dich selbst sorgen
5. Begegne der Welt mit Humor **
6. Lächle innerlich und nach außen **
7. Dein Körper ist dein wertvollster Besitz und du schuldest ihm Respekt in Gestalt einer guten Gesundheit

** Diese Affirmationen stammen von H.P. Golan, Hypnosis in Bruxism Treatment (Videocassette No. D-3). The American Society of Clinical Hypnosis

Tabelle 2: Hypnoseinduktionen, Imaginationen, Feststellungen und Sprachformeln für das „Explorieren und die patientenbezogene Zusammenarbeit“ in der Behandlung des Bruxismus

Kontrolltermin kostenlos durchzuführen. Das fördert die Compliance.

Gelegentlich erhalten wir zum Katamnese-Termin keine angemessenen Ergebnisse. Wir untersuchen dann solche Faktoren wie die Compliance, prüfen ob mehr Zeit notwendig ist, erstellen ein neues Band oder zusätzliche Bänder, überweisen an einen Physiotherapeuten zur begleitenden Behandlung oder an einen Psychotherapeuten um festzustellen, ob unbekannte oder ungelöste psychosoziale Probleme zu beachten sind.

Schlußbemerkung

Bruxismus ist ein ernstes klinisches Problem, welches vielfältige und manchmal auch kombinierte Behandlungsmethoden verlangt. Für Patienten mit nächtlichem Bruxismus, die mit Schienentherapie nicht adäquat behandelt werden können, und für Patienten, die tagsüber pressen, scheint Hypnose eine der wertvollsten Behandlungsmöglichkeiten zu sein. Um aber die Wirksamkeit von Hypnose bei der Behandlung des Bruxismus eindeutig bewerten zu können, ist mehr klinische Forschung vorzuziehen. Das in diesem Artikel beschriebene Behandlungsprotokoll und die beiden kleinen angeführten Studien zeigen jedoch einen hoffnungsvollen Ansatz.

Literatur

- Agerberg, G., & Carlsson, G.E. (1975). Symptoms of functional disturbances of the masticatory system: a comparison of frequencies in a population sample and a group of patients. *Acta Odontologica Scandinavica*, 33, 183-90.
- Attanasio, R. (1991). Nocturnal bruxism and its clinical management. *Dental Clinics of North America*, 35, 245-52.
- Billups, A.J. (1992). Mouthguards, nightguards, palliatives and collaboration. *Virginia Dental Journal*, 69, 19-21.
- Charbounneau, A., Dao, T.T.T., Lund, J.P., Feine, J.S., & Lavigne, G. (1991). One year follow-up of myofascial pain patients treated with splints: an interim report. *Journal of Dental Research*, 70, (Abstract No. 515).
- Clark, G.T., Beensterboer, P.L., Solberg, W.K., & Rugh, J.D. (1979). Nocturnal electromyographic evaluation of myofascial pain dysfunction patients undergoing occlusal splint therapy. *Journal of the American Dental Association*, 99, 607-11.
- Clarke, J.H., & Reynolds, P.J. (1991). Suggestive hypnotherapy for nocturnal bruxism: a pilot study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33, 248-53.
- Erickson, M.H. (1990). Erickson's suggestions with bruxism. In D.C. Hammond (Ed.), *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors* (p. 184). New York: Norton.
- Glass, E.G., McGlynn, F.D., Glaros, A.G., Melton, K., & Romans, K. (1993). Prevalence of temporomandibular disorder symptoms in a major metropolitan area. *The Journal of Craniomandibular Practice*, 11, 217-20.
- Golan, H.P. (1990). Suggestions with TMJ and bruxism. In D.C. Hammond (Ed.), *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors* (p. 182). New York: Norton.
- Hathaway, K.M. (1995). Bruxism: Definition, measurement, and treatment. In J.R. Friction & R. Dubner (Eds.), *Advances in pain research and therapy: Vol. 21. Orofacial and temporomandibular disorders* (pp. 382-84). New York: Raven.
- Holmgren, K., Sheikholeslam, A., & Riise, C. (1993). Effect of a full-arch maxillary occlusal splint on parafunctional activity during sleep in patients with nocturnal bruxism and signs and symptoms of craniomandibular disorders. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 69, 29-37.
- Katzberg, R.W., Westesson, P.L., Tallents, R.H., & Drake, C.M. (1996). Anatomic disorders of the temporomandibular joint disc in asymptomatic subjects. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 54, 147-53.
- Klineberg, I. (1994). Bruxism: Aetiology, clinical signs and symptoms. *Australian Prosthodontic Journal*, 8, 9-17.
- Lavigne, G.J., & Montplaisir, J.V. (1994). Restless legs syndrome and sleep bruxism: Prevalence and association among Canadians. *Sleep*, 17, 739-43.
- Lavigne, G.J., & Montplaisir, J.V. (1995). Bruxism: Epidemiology, diagnosis, pathophysiology, and pharmacology. In J.R. Friction & R. Dubner (Eds.), *Advances in pain research and therapy: Vol. 21. Orofacial pain and temporomandibular disorders* (pp. 387-403). New York: Raven.
- McNeil, C. (1993). Temporomandibular disorders: Guidelines for classification, assessment, and management. Chicago: Quintessence.
- Mercuri, L.G., Olson, R.E., & Laskin, D.M. (1979). The specificity of response to experimental stress in patients with myofascial pain dysfunction syndrome. *Journal of Dental Research*, 58, 1886-71.
- Mulligan, R., & Clark, G.T. (1979). Effects of hypnosis on the treatment of bruxism. *Journal of Dental Research*, 58, 1886-71.

- arch 58, (Abstract No. 926).
- Neiburger, E.J. (1990). Suggestions with TMI. In D.C. Hammond (Ed.), *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors* (p. 182). New York: Norton.
- Pierce, C.J., Chrisman, K., Bennett, M.E., & Close, J.M. (1995). Stress, anticipatory stress, and psychological measures related to sleep bruxism. *Journal of Orofacial Pain*, 9, 5-16.
- Solberg, W.K., Woo, M.W., & Houston, J.B. (1979). Prevalence of mandibular dysfunction in young adults. *Journal of the American Dental Association*, 98, 25-34.
- Thompson, B.A., Blount, B.W., & Krumholz, T.S. (1994). Treatment approaches to bruxism. *American Family Physician*, 49, 1617-22.
- Vanderas, A.P., & Manetas, K.J. (1995). Relationship between malocclusion and bruxism in children and adolescents: a review. *Pediatric Dentistry*, 17, 7-12.
- Van Dongen, C.A. (1992). Update and literature review of bruxism. *Rhode Island Dental Journal* (Winter), 11-16.
- Wang, K. (1992). [Discussion of the effect of occlusal factor on bruxism]. *Chung-Hua Kou Chiang i Hsueh* [Chinese Journal of Stomatology], 27, 19-22. (Eng. Abstr.)
- Wigdorowicz-Makowerowa, N., Grodzki, C., & Maslanka, T. (1982). Frequency and etiopathogenesis of bruxism (on the basis of prophylactic examination of 1000 middle-aged men). *Czasopismo Stomatologiczne*, 25, 1109-12.

The role of hypnosis in treating bruxism

Bruxism (tooth grinding and clenching) is a common problem causing chronic pain, severe tooth wear and other sequelae. Therapies that are quite effective for some patients do not benefit many others. A variety of remedies are needed and hypnosis may be one of the most effective treatments for longterm improvement. This article reviews the clinical significance of bruxism: its prevalence, methods of treatment, and the role of hypnosis. The only hypnotic treatment so far evaluated by objective research is described.

Keywords: Hypnosis, bruxism, myofascial, temporomandibular, pain

*englisches Original erhalten 12.12.1996, akzeptiert 18.2.1997
deutsche Übersetzung erhalten 26.1.1998, akzeptiert 7.2.1999*

J. Henry Clarke, DMD
Oregon Health Sciences University
School of Dentistry
611 SW Campus Drive
Portland, Oregon 97201, USA

Anmerkungen

- 1 Aus dem Englischen übersetzt von Dr. Dr. Marion Kniestedt, Belgradstr. 59, 80796 München, überarbeitet von Prof. Dr. W.B. Freesmeyer, Freie Universität Berlin, Abt. für zahnärztliche Prothetik, Alßmannshäuser Str. 4-6, 15197 Berlin.
- 2 Anmerkung der Übersetzerin: Als vertiefende deutsche Literatur ist zu empfehlen: Freesmeyer, Wolfgang B. (1993). *Zahnärztliche Funktionstherapie*. München: Carl Hanser.

Hypnotherapeutische und hypnodynamische Interventionen bei Kiefergelenkstörungen

Eli Somer¹

■ Kiefergelenkstörungen² sind ein Krankheitsbild, das sowohl aus zahnmechanischer als auch aus psychologischer Sicht verstanden werden muß. Anormale Kiefermuskulaktivität kann eine Folge von psychischem Stress und ein physiologisches Anzeichen emotionaler Probleme sein. In diesem Beitrag wird ein multimodaler Ansatz vorgeschlagen, der zuerst die Anwendung verhaltensmedizinischer Prinzipien beinhaltet, und dann die Anwendung psychodynamischer Behandlungsparameter, wenn der Verdacht besteht, daß zugrundeliegende psychologische Konflikte die Symptomatik aufrechterhalten. Der Einsatz von Hypnose bei Kiefergelenkstörungen wird anhand von zwei Fällen demonstriert. In einem Fall war ein gutes Ansprechen auf hypnotherapeutische Behandlung erkennbar, der andere Fall erforderte hypnodynamische Interventionen. Die Bedeutung der routinemäßigen psychologischen Evaluation und der interdisziplinären Zusammenarbeit zur Maximierung der Behandlungseffizienz bei Patienten mit Kiefergelenkstörungen wird diskutiert.

Suchbegriffe: Temporomandibuläre Störungen, Hypnose, Myoarthropathien

Kiefergelenkstörungen² sind definiert als Muskelskelettschmerzen oder Störungen des Kauapparates, die sich durch Kauen oder andere Kieferfunktionen verschlimmern, jedoch unabhängig sind von lokalen Krankheiten der Zähne, des Mundes und anderem Gewebe des Kauapparates (Clark, Seligman, Solberg & Pullinger, 1989). Typische Symptome sind Muskelschmerzen, die sich in Form von Bewegungseinschränkungen der Kinnladen, Kiefergelenkschmerzen, Crepitus-Störungen (Knirschen) der Kiefermobilität und arthritischen Problemen