

- 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*
 Tsa Chih [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, myofacial, 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 Kniesed, Belgradstr. 59, 80796 München, überarbeitet von Prof. Dr. W.B. Freesmeyer, Freie Universität Berlin, Abt. für zahnärztliche Prothetik, Almannshäuser 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.

Hypnobehaviorale und hypnodynamische Interventionen bei Kiefergelenkstörungen

Eli Somer¹

■ Kiefergelenkstörungen² sind ein Krankheitsbild, das sowohl aus zahnmechanischer als auch aus psychologischer Sicht verstanden werden muß. Anormale Kiefermuskellaktivität 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 hypnobehaviorale 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

äußern (Dubner, Sessle & Storey, 1978; Yemm, 1979). Ein Problem, das damit in Zusammenhang steht, ist nächtlicher Bruxismus, das kräftige Knirschen der Zähne im Schlaf. Rhythmische, kauähnliche Bewegungen führen oft zu hörbaren knirschenden Geräuschen sowie zu verlängerten Perioden isotonischer Kontraktion der Kiefermuskeln (Fuchs, 1975). Anormale Abnutzung der Zähne ist das am häufigsten erwähnte klinische Anzeichen für sowohl akuten als auch chronischen Bruxismus (Nadler, 1966). Ein Teil des periodontalen Schadens, der bei Bruxismus auftritt, beinhaltet Rückgang und Entzündung des Zahnfleisches (Moore, 1956) und Resorption des alveolaren Knochens (Scandrett & Ervin, 1973). Schäden am Kiefergelenk (Glickman, 1972), Hypertrophie des Masseter (Glaros & Rao, 1977) und eine Vielzahl von Gesicht- und Kopfschmerzen (Schwartz & Chavess, 1968) sind weitere bekannte Anzeichen und Symptome für Bruxismus. Diese Störung kommt aber auch tagsüber vor und bezieht sich nicht nur auf das Aufeinanderbeißen oder Knirschen der Zähne, sondern auch auf bestimmte Gewohnheiten wie Kauen der Nägel, Lippen oder Backen. Rao und Glaros (1979) demonstrieren, daß experimentell induzierter Streß zu Hyperaktivität beim Kauen führen kann. Hyperaktivität der Kiefer- oder Gesichtsmuskeln kann auch mit nonverbaler Kommunikation verbunden sein. Katz und Rugh (1986) wiesen darauf hin, daß ein Aufeinanderbeißen der Zähne häufig Ausdruck von Ärger oder Angst in bestimmten Kulturen ist. Epidemiologische Studien haben gezeigt, daß weniger als 10% der Erwachsenen in westlichen Industriegesellschaften sich dieser Störungen bewußt sind und die Prävalenz eines oder mehrerer der erwähnten Symptome von 28 - 86% reicht (Solberg, 1983).

Rugh und Solberg (1976) schlugen eine multifaktorielle, multiätiologische Theorie für Kiefergelenkstörungen vor, die funktionale (Bruxismus), strukturelle (Okklusion) und psychosoziale Faktoren einbezieht. Während hinsichtlich des Einflusses von psychosozialen Faktoren auf Kiefergelenkstörungen Übereinstimmung herrscht, sind sich einige ätiologische Modelle uneinig hinsichtlich der spezifischen Variablen, die beteiligt sein sollen. Es herrscht jedoch weitgehende Übereinstimmung, daß Streß eine gemeinsame ätiologische Variable ist – wenn man von durch externe Traumata induzierten Problemen oder degenerativen arthritischen Bedingungen absieht (Solberg, 1986; McCreary, Glenn, Merrill, Flack & Oakley, 1991; De Leeuw, Steenks, Ros, Bosman, Winnubst & Scholte, 1994). Mehrere Untersuchungen ergaben, daß Bruxer ("Knirscher") dazu neigen, im zwischenmenschlichen Ausdruck zurückhaltend, gehemmt, antriebslos, mit ihrem Leben unzufrieden, angstvoll besorgt und mit Schuldgefühlen beladen zu sein (Lebrun & Lelonde, 1986; Cannistraci & Friedrich, 1987; Hicks & Chancellor, 1987; Fischer & O'Toole, 1993). Der psychologische Ansatz für Kiefergelenkstörungen betrachtet die von diesen Patienten auf den Bereich ihres Kiefergelenks ausgeübte Belastung als physiologische Reaktion auf emotionalen Kummer. Dies ist möglicherweise vergleichbar mit anderen chronischen Muskelschmerzen, die mit erhöhter elektromyogener Aktivität verbunden sind.

Untersuchung

Nachdem die verhaltensmedizinische Literatur genügend symptombezogene Interventionen berichtet, will dieser Beitrag eine hypnotherapeutische Perspektive aufzeigen, die eine Vielzahl

von Behandlungsmöglichkeiten berücksichtigt, je nach den festgestellten spezifischen Ursachen, die zu den in Frage kommenden Kiefergelenkproblemen beitragen. Eine umfassende Anamnese des Patienten ist geboten, denn Streßreaktionen können die einfache Reaktion auf Faktoren der Umwelt, der Umstände oder des Lebensstils sein; sie können aber auch schwerwiegendere psychologische Störungen verdecken, die vielleicht auf Psychotherapie (oder Psychopharmakotherapie) besser ansprechen als allein auf symptom-fokussierte Methoden der Verhaltensmedizin.

Verhaltensmedizinische Untersuchung

Das Grundprinzip der Untersuchung in der Verhaltensmedizin ist die Neudefinition des Symptoms, so daß sich beobachtbare und meßbare Einheiten ergeben (Keefe & Blumenthal, 1982). Ein Patient mit Kieferschmerzen beispielsweise wird eingangs um eine Vielzahl von Informationen gebeten, die es dem Kliniker ermöglichen, eine Analyse der Muskelspannung, des Schmerzerlebens und der maladaptiven Kieferstellung vorzunehmen, um daraufhin objektive Meßmethoden zu entwickeln wie EMG-Aktivität oder quantifizierbare Schmerzprotokolle. Solche Daten, normalerweise im Selbstbeobachtungsverfahren erhoben, dienen dazu, die Funktion der Symptome im Leben des Patienten zu eruieren und die spezifische Art, wie Schmerz erlebt wird. Später können Patient und Therapeut anhand der Fluktuationen des Symptoms gemeinsam diejenigen Faktoren herausfinden, die das Schmerzniveau beeinflussen. Identifizierte Schmerzmuster liefern Hypothesen über Entstehung und Aufrechterhalten des Syndroms. Es muß betont werden, daß solche Untersuchungen bei Kiefergelenkstörungen muskulären Ursprungs sinnvoll sind. Über psychologische Faktoren, die mit arthrogenen Störungen verbunden sind, ist dagegen weniger bekannt.

Wenn Schmerz eine signifikante Komponente bei Kiefergelenkstörungen ist, müssen auch Bewältigungsstrategien zur Schmerzkontrolle auf ihre Brauchbarkeit hin untersucht werden. Melzack und Perry (1975) schlugen folgende Methode vor: Der Patient wird gebeten, zunächst eine Schmerz-Baseline in Bezug auf Kneifen zu erstellen. Bei jedem der nun aufeinanderfolgenden Versuche mit Kneifen wird eine neue Schmerzbewältigungsstrategie eingeführt und der Patient gebeten, auf einer Rating-Skala den Schmerz der Baseline mit den Schmerzen zu vergleichen, die er jeweils nach Anwendung der Bewältigungsstrategie empfunden hat. Verschiedene Schmerzbewältigungsstrategien wurden vorgeschlagen, u.a. Vermeidung oder Ablenkung, Erleichterung oder Veränderung des Schmerzerlebens und des Schmerzbewußtseins (Scott & Barber, 1977; Turk, Meichenbaum & Genest, 1983; in Deutsch z.B. Peter, 1996, Anm.d. Übers.). Die vom Patienten als am effektivsten erlebten Strategien können dann als hypnotherapeutische Interventionen gewählt werden.

Hypodynamische Untersuchung

Brown und Fromm (1987) wiesen darauf hin, daß gerade auch in der Verhaltensmedizin der Kliniker wachsam sein muß für Anzeichen von schwerer Geisteskrankheit, Substanz- oder Drogenmißbrauch, Charakterstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Depression usw. Aus der Anamnese soll ein Verständnis der Primärkonflikte und maladaptiven Beziehungsmuster des Patienten entwickelt werden. Es ist wichtig zu erfahren, ob die Kiefergelenkstörung als

Teil eines größeren Konfliktsystems fungiert oder nicht. Chronische Schmerzen können z.B. die Funktion haben, das Gleichgewicht innerhalb einer Beziehung aufrechtzuerhalten, verdeckte feindselige Gefühle dem Therapeuten gegenüber darzustellen oder fürsorgliches Verhalten ähnlich dem aus der Kindheit des Patienten zu provozieren.

Wenn die Symptome sich auf psychodynamische oder Systemkonflikte beziehen, ist eine verhaltenstherapeutische Behandlung möglicherweise nicht effizient. Der zweite Fall, der in diesem Beitrag vorgestellt wird, illustriert hypodynamische Prinzipien, die bei einem Patienten angewandt wurden. Unter anderem demonstriert dieser Fall auch die Anwendung von Hypnose im psychotherapeutischen Kontext mit dem Ziel, einen unterschweligen Konflikt aufzudecken, der sich in der Symptomatik von Kiefergelenkstörungen manifestiert. In der tiefenpsychologisch orientierten Hypnotherapie (Brown & Fromm, 1987) stellen die aufdeckenden Techniken einen fortlaufenden Untersuchungsprozeß dar, der mit dem psychologischen Heilungsprozeß verflochten ist. Eine ausführliche Darlegung dieser hypnoanalytischen Diagnose-Techniken überschreitet den Rahmen dieses Beitrags. Ein kurzer Überblick über repräsentative aufdeckende und hypnoprojektive Methoden ist jedoch angebracht, da sie Informationen hervorbringen können, die auf unbewußte Bedeutungen und Motivationen hinweisen (vgl. auch Peter, 1992, Anm.d. Übers.).

Theater- oder Fernseh-Technik: In der Theater-Technik (Wolberg, 1948) wird der Patient ermutigt, die unbewußte Bedeutung des Symptoms in ein imaginatives Theaterspiel zu projizieren. Bei der Fernseh-Technik kann jeder Kanal einen bestimmten Aspekt des Problems des Patienten symbolisch repräsentieren. Diese Technik ermöglicht zudem ein Zurückschalten auf ein Entspannungsprogramm und andere Kontrollmöglichkeiten.

Wolken-Technik: Der Patient wird gebeten, sich vorzustellen, daß er sich verändernden Wolkenformationen zuschaut und über seine Wahrnehmungen und über die Beziehung zwischen den imaginierten Wolkenformen und seinen Problemen berichtet.

Hypnotische Träume: Ferenczi (1926) beschrieb hypnotische Träume als "erzwungene Fantasie", durch die der Kliniker direkt unbewußte Prozesse erforschen kann, die als Antwort auf die in Trance gegebenen Traum-Suggestionen auftauchen (De Benedettis, 1996; Sacerdote, 1978).

Automatisches Schreiben: Mithl (1952) war einer der Pioniere dieser Technik, bei der der Hypnotiseur die Vorstellung einführt, daß die Hand der dissoziierte Sprecher des Unbewußten ist, ohne bewußtes Wahrnehmen des Schreibaktes oder der darin ausgedrückten Gedanken.

Altersregression: Mit dieser Methode können Erfahrungen aus verschiedenen Entwicklungsphasen exploriert werden, manchmal durch Wiedererleben vergangener Erlebnisse auf eine derart überzeugende Art und Weise, daß es unmittelbar evident wird, wie diese Erlebnisse zum gegenwärtigen Problem beigetragen haben (Cheek & LeCron, 1968; vgl. auch Peter, 1993, Anm.d. Übers.; Sheehan & McConcey, 1982).

Affektbrücke: Bei dieser Methode wird der starke evozierte Affekt, der mit dem Problem verbunden ist, als Brücke in eine frühere Zeit im Leben des Patienten benutzt, als er genau dasselbe fühlte (Watkins, 1971).

Behandlung

Der hypnotherapeutische Ansatz

Nachdem Streß als grundlegender Faktor der Ätiologie von Kiefergelenkstörungen identifiziert worden ist, müssen Streß-Bewältigungstechniken eingesetzt werden, um überdauernde Ergebnisse zu erzielen. Diese Methoden sollen nicht nur die Muskelspannung und den empfundenen Schmerz reduzieren, sondern auch das Problem bestimmter parafunktionaler Gewohnheiten ansprechen, die ebenfalls die Kiefergelenk-Symptomatik aufrechterhalten. Es liegen mehrere Berichte vor über die klinische Effektivität von Entspannungstechniken bei chronischen und akuten Kiefergelenkstörungen (Gessel & Aldermann, 1971; Reading & Raw, 1976; Stam, McGrath & Brook, 1984). Es gibt Hinweise, daß Patienten mit Kiefergelenkstörungen größere Schwierigkeiten beim Entspannen der Kaumuskulatur haben als Personen ohne diese Symptomatik (Moller, Sheik-Ol-Eslam & Lous, 1971). Kliniker haben u.a. Biofeedback angewandt, um ein Bewußtsein für die parafunktionalen Gewohnheiten und für Entspannungsmöglichkeiten bei Kiefergelenkstörungen-Patienten zu entwickeln (Berry & Wilmoth, 1977; Dohrmann & Laskin, 1978; Gale, 1979; Kardachni & Clarke, 1977; Rugh & Johnson, 1981; Pierce & Gale, 1988). Die Forschung auf diesem Gebiet belegt, daß sowohl nächtliches binäres Biofeedback als auch analoges Feedback tagsüber wirksame Behandlungsmethoden bei Kiefergelenkstörungen sein können. Eine größere Herausforderung bleibt die Korrektur von fehlangepaßten Kiefergelenkfunktionen. Der Zyklus des Zusammenbeißen und Muskelverkrampfungsschmerz kann durch leichtes Öffnen des Mundes reduziert oder eliminiert werden. Normalerweise kann es als Maß für die richtige interokklusale Distanz dienen, die Zunge zwischen die hinteren Zähne zu plazieren; das dient auch als Erinnerungstütze für unbewußtes Kieferschließen. Wird der Vor-schlag angenommen, daß der Patient, wann immer er seinen Kiefer zusammenpreßt, automatisch seine Zunge zwischen die Zähne plaziert, so kann er damit das Anfangsstadium des Muskelspannungs-Schmerz-Zyklus verhindern (Graham, 1964; Neiberger, 1971; Selter, 1971). Wenn Schmerzen hinzukommen, wird der Patient unterrichtet, in Trance die Schmerzbewältigungsstrategien zu verwenden, die für ihn am effektivsten sind. Da es für Menschen leichter ist, die affektive Komponente, das Leiden unter dem Schmerz zu beeinflussen als die Schmerz-Intensität, ist es empfehlenswert, sich zuerst dieser affektiven Komponente zuzuwenden. Eine schrittweise Annäherung empfiehlt sich, um den oft schwierigen Übergang von der Anleitung durch den Hypnotherapeuten zur Selbsthypnose zu unterstützen. Die ersten Selbsthypnose-Sitzungen werden in der Praxis durchgeführt; über die ersten Übungsversuche zuhause sollte dem Arzt in einem vorher vereinbarten Telefongespräch berichtet werden. Eine Hilfe bei der Selbsthypnose könnte eine Tonaufnahme einer Hypnotherapie-Sitzung sein, die für das häusliche Üben vorbereitet wurde.

Fallbeispiel 1: Eine hypnotherapeutische Intervention

Vorgeschichte: Die Patientin war eine 21-jährige alleinstehende Studentin in den Anfangssemestern. Sie wurde mir von ihrem Zahnarzt wegen schwerem Bruxismus und heftigem chronischem Kopfschmerz überwiesen. Eine komplette Röntgenuntersuchung des Kopfes ergab keinen intracapsulären Schaden im Kiefergelenk, doch all ihre Backenzähne zeigten anormale

Abnutzung. Die Patientin erzählte ihrem Zahnarzt, daß ihre Zimmerkameradin im College erwähnt hatte, daß sie nachts hörbar mit den Zähnen knirsche. Die Patientin war sich auch dessen bewußt, daß sie dazu neigte, tagsüber ihre Kiefer zusammenzupressen. Ihr Zahnarzt entschloß sich, sie zu einem Psychologen zu überweisen, nachdem die Patientin erzählt hatte, daß sie unter extremen Spannungen stand, weil ihr Freund, ein Infanterie-Offizier, im aktiven Einsatz an der unruhigen libanesischen Grenze stationiert war. Die Patientin berichtete ferner, daß sie neuerdings unter Prüfungsstress leide und daß ihr Bruxismus-Verhalten im Verlauf ihrer Examenperiode deutlich an Intensität zugenommen hat; ebenso von dem Augenblick an, als sie im Radio über Grenzfeindseligkeiten gehört hatte, solange bis sie einen beruhigenden Telefonanruf von ihrem Freund erhielt, der sie darüber informierte, daß es ihm gut gehe.

Sie war die erstgeborene Tochter in einer Vier-Personen-Familie. Ihre Eltern wurden als warmherzig und fürsorglich beschrieben. Sie bewunderte sie wegen ihrer beruflichen Leistungen und betrieb ihr Studium der Rechtswissenschaften in der Hoffnung, als erfolgreiche Strafverteidigerin in die Fußstapfen ihres Vaters zu treten. Eine Überprüfung ihres Geisteszustandes zeigte keine Persönlichkeitsstörung, wohl aber die DSM-IV Kriterien für Anpassungsstörungen mit Angst sowie psychologische Faktoren, die eine körperliche Krankheit beeinflussen (Streß, der zu Bruxismus führt). Ihr MMPI-2-Profil zeigte fortgesetztes Grübeln und Sorgen um ihre Gesundheit.

Behandlung: Die Patientin wurde über die psychologischen Faktoren, die Bruxismus beeinflussen, sowie über das multimodale Streßmanagement-Programm aufgeklärt. Ihre Studiengehnheiten wurden überprüft und sie erhielt Ratschläge, um ihre Lerneffektivität zu erhöhen. Eine Hypnose-Tonband war für sie vorbereitet worden, das sie jedes Mal anhören sollte, wenn sie sich zum Lernen für ihre Prüfungen hinsetzte. Unter anderem lauteten die Suggestionen: "Wenn Sie Ihre Augen öffnen, werden Sie sich auf Ihre Studien konzentrieren können. Sie werden sich so sehr konzentrieren können, daß Sie den Stoff aufnehmen wie ein Schwamm Wasser aufsaugt, und dabei eine unauslöschliche Spur in Ihrem Gedächtnis hinterlassen, damit Sie sich bei der Prüfung ganz leicht daran erinnern können. Sie werden tatsächlich bemerken, daß Sie in dem Augenblick, da Sie den Prüfungsraum betreten und Ihr Papier entgegennehmen, vollkommen ruhig und entspannt werden und das, was Sie gelernt haben, bei jeder Frage leicht verfügbar haben."

Die Patientin war in Selbstentspannungstechniken unterwiesen und ermutigt worden, täglich zu üben. Mehrere Sitzungen wurden der Korrektur ihres Bruxismus-Verhaltens gewidmet. Im Anschluß an die verhaltenstherapeutischen Sitzungen wurden folgende post-hypnotische Suggestionen erteilt (teilweise übernommen von Golan, 1989): "Sie haben nun sehr hilfreiche Fähigkeiten zur Streßbewältigung erworben. Wann immer Sie sich nun in einer angespannten Situation befinden, werden Sie feststellen, daß Ihre Kiefer die Tendenz haben, sich aufeinanderzupressen. Jedoch wird es nicht mehr nötig sein, Ihre Backenmuskulatur anzuspannen oder mit den Zähnen zu knirschen. Sie werden statt dessen bemerken, wie Ihr rechter Zeigefinger Ihren Daumen drückt, genau so wie Sie es in der Praxis geübt haben, und Sie werden nicht mehr Ihre Zähne einsetzen. Immer, wenn Ihre Zähne zufällig aufeinandertreffen, wenn Sie nicht gerade

essen, wird Ihr Unterkiefer sofort heruntersinken. Selbst wenn Ihre Lippen geschlossen sind, werden Ihre Zähne leicht geöffnet bleiben. Ihre Zunge wird sich daran erinnern, den richtigen Abstand zwischen Ihren Kiefern zu überprüfen, indem sie sich von Zeit zu Zeit zwischen Ihre hinteren Zähne legt. Das wird Ihren Muskeln helfen, locker, weich und entspannt zu sein. Das wird verhindern, daß sich Ihre Muskeln verkrampfen und wird Ihnen ermöglichen, wohlige und behagliche Gefühle zu genießen. In der Nacht werden Sie in der Lage sein, Ihre Entspannung mit in den Schlaf zu nehmen. Während Sie schlafen, werden Ihre Zähne geöffnet bleiben. Jedes Mal, wenn sich Ihre Kiefer aufeinanderpressen, werden Sie aufwachen, Ihr Unterkiefer wird heruntersinken und Sie werden sogleich wieder in tiefen Schlaf fallen und spüren, daß Ihr Unbewußtes Sie beschützt."

Die Patientin reagierte gut auf Suggestionen zur Schmerzlinderung. Ihr wurden Suggestionen gegeben, in Trance eine imaginierte schmerzstillende Salbe aufzutragen, die Taubheit hervorrufen würde. Diese Technik sollte nur als zusätzliche Maßnahme eingesetzt werden. Nach zehn wöchentlichen Sitzungen berichtete die Patientin, daß sie sich frei von Symptomen fühle. Bei einer katamnestischen Sitzung fünf Wochen später ging es ihr immer noch gut und sie hatte ihre Erfolge beibehalten.

Fallbeispiel 2: Eine hypnodynamische Intervention

Vorgeschichte: Dieser Patient (B.) war ein 69-jähriger Mann mit der Diagnose Bruxismus ohne anatomische Ursache bei Tag und Nacht. Schäden vom Knirschen, Zusammenpressen und -beißen wurden an seinen Zähnen und an den inneren Weichteilen festgestellt. Er litt unter starken Gesichtsschmerzen, die von den Kiefergelenken ausstrahlten, zeitweise zu völliger Handlungsunfähigkeit führten und absolute Bettruhe erforderlich machten. Obwohl keine intracapsuläre Pathologie im Kiefergelenk gefunden wurde, beeinträchtigte eine schwere Kieferbewegungsstörung seine Sprache und verursachte erhebliche Schwierigkeiten beim Essen. Eine fortgesetzte intensive nächtliche Hyperaktivität der Masseter verursachte schwere Schäden an einer Reihe von Zahnschienen, die regelmäßig ersetzt werden mußten. Nach vier Jahren intensiver craniomandibulärer Behandlung mit minimaler Besserung wurde dieser Patient zur psychologischen Behandlung an mich überwiesen.

B., ein emeritierter Professor der Mathematik, verließ die Universität im Alter von 65 Jahren und widmete die meiste Zeit dem Schreiben wissenschaftlicher Abhandlungen. Intensive Kopf- und Gesichtsschmerzen beeinträchtigten seine akademischen Bemühungen und trugen zur Entstehung erheblicher psychologischer Probleme bei. Während der drei zurückliegenden Jahre vor Beginn seiner Therapie bei mir litt er unter fortgesetzter Schlaflosigkeit und klagte über Energiemangel und Konzentrationsstörungen, zusätzlich zu seinen akademischen Schwierigkeiten. Als er zu mir kam, litt er unter mangelndem Selbstbewußtsein und war skeptisch, ob er sich je von seinen Qualen erholen würde. Dieser Patient erfüllte die DSM-IV-Kriterien für eine dysthyme Störung. Seine MMPI-2-Werte entsprachen einer schweren Depression, Introversion und tiefer Sorge um seine Gesundheit.

B. wurde als Einzelkind in Budapest geboren. Sein Vater, ein Arzt, und seine Mutter, eine Schauspielerin, waren beide im Holocaust ermordet worden. Ihm gelang es, dem Transport in die Todeslager zu entkommen, und er hatte sich unentdeckt bis Kriegsende im Keller eines aus-

gebombten Restaurants versteckt, wobei er sich hauptsächlich von einem großen Vorrat an getrockneten Bohnen ernährt hatte, den er zufällig gefunden hatte. Im Jahre 1948 emigrierte er nach Israel, wo er sofort zu den neu gegründeten israelischen Verteidigungskräften einberufen wurde. Er nahm an mehreren blutigen Schlachten teil und sah viele seiner Kameraden fallen. 1949 begann er sein Universitätsstudium und lernte in diesem Jahr auch seine zukünftige Frau kennen, ebenfalls Holocaustüberlebende, und heiratete sie. Der Patient widmete sein Leben der Mathematik und führte eine beständige, jedoch emotional distanzierte Ehe. Er berichtete, daß er bis zu seiner Pensionierung körperlich und seelisch gesund gewesen sei.

Behandlung: Der offensichtliche zeitliche Zusammenhang der craniomandibulären und emotionalen Schwierigkeiten und seiner Pensionierung verblüffte ihn. Er war jedoch nicht in der Lage, sich eine vernünftige Verbindung vorstellen zu können. Obwohl der Patient an einer psychotherapeutischen Exploration recht interessiert schien, gab er an, zu sehr von seinen körperlichen Beschwerden in Anspruch genommen zu sein, um noch Aufmerksamkeit für eine traditionelle "Gesprächstherapie" übrig zu haben. Er stimmte aber einer psychiatrischen Behandlung zu, und es wurden ihm 20 mg Fluktin verschrieben, eine Kapsel täglich, auf die er gut ansprach. Nach drei Wochen hatte er sein früheres Energieniveau wieder erreicht, seine Stimmung hatte sich gebessert und er schien hinsichtlich seiner Genesungschancen optimistischer. Die ersten vier Sitzungen mit mir waren der Aneignung einiger hypnotischer Schmerzlinderungstechniken gewidmet, ähnlich wie von Crasilneck (1995) beschrieben. Die Tatsache, daß die Schmerzen dieses zwar noch motivierten, jedoch niedergeschlagenen Patienten chronisch waren, ermutigte mich, eine schnelle Symptombeseitigung anzustreben. Der angewandte Ansatz beinhaltete ein Training in einigen abwechslungsreich gehaltenen hypnotischen Induktionsmethoden, die innerhalb einer psychotherapeutischen Sitzung hintereinander eingesetzt wurden. Zur Vorgehensweise gehörte (1) verdeckte hypnotische Muskelentspannung, (2) Verlagerung der Kiefergelenkschmerzen auf den rechten Daumen, (3) Handschuh-Anästhesie, (4) Übertragung der Handschuh-Anästhesie auf sensible Gesichtsräume. Eine spezielle Hypnose-Sitzung wurde auf Band aufgenommen, um das tägliche Üben zu erleichtern. Auf diesem Band wurden spezifische posthypnotische Suggestionen zur optimalen interokklusalen Distanz erteilt. In der fünften und sechsten Sitzung wurde der Patient in Selbsthypnose unterwiesen und deren Wirksamkeit bei der Schmerzbewältigung wurde demonstriert. In der Folge berichtete er über eine merkliche Besserung in seinem Schmerzerleben, aber der Bruxismus und erhebliche Beeinträchtigungen im Kiefergelenk bestanden weiterhin.

Die folgenden Sitzungen wurden in eher traditioneller psychotherapeutischer Form abgehalten. Dabei berichtete B. über einen Traum, in dem er sich vor einem Militärgericht wegen Verrats verantworten mußte. Die Verhandlung fand inmitten eines rauchenden Schlachtfelds statt, das von Körpern und brennenden Fahrzeugen übersät war. Der Traum endete mit seinem Schuldspruch und wie er im Schnellverfahren zur Exekution durch ein Nazi-SS-Erschießungskommando geführt wurde. Der Patient konnte den Traum nicht verstehen, doch er spürte, daß er sehr bedeutsam war. Ich entschloß mich, diese Spur weiterzuverfolgen, da der Traum einige Themen angestoßen zu haben schien, die mit seiner quälenden Vergangenheit in den Jahren um 1940 zusammenhingen. French und Fromm (1986) zeigten auf, daß Träume Reaktion und Aus-

druck eines aktuellen Konfliktes sind. Wenn die Vergangenheit im Traum präsent ist, so sei dies normalerweise eine Reaktivierung vergangener Themen in der Hier-und-Jetzt-Situation. Weiterhin postulierten Fromm und French (1974), daß jeder Traum einen oder mehrere erfolgreiche oder erfolglose Versuche enthält, den Konflikt zu lösen. Welcher Art der Konflikt von B. war, und wie der Zusammenhang mit den Traumthemen und seiner Kiefersymptomatik war, das waren die psychologischen Fragen, die meiner Meinung nach gelöst werden sollten.

Hypnodynamische Techniken können die Arbeit mit Träumen erleichtern und verbessern. Das sind die Techniken der Wahl, besonders im verhaltensmedizinischen Kontext, bei dem ein brennendes physisches Problem entscheidend ist für die Motivation des Patienten, psychologische Hilfe nachzusuchen. So versuchten wir, die verschlüsselten Botschaften in B.'s Traum zu entschlüsseln. Hierfür wurde er hypnotisiert und gebeten, seinen Traum noch einmal zu träumen (De Benedittis, 1996; Sacerdote, 1978). Das Unbewußte des Patienten wurde ermutigt, einen anderen manifesten Inhalt zu verwenden. Ich suggerierte auch, daß B. nun eher in der Lage sein werde, den Symbolgehalt sowohl des ursprünglichen als auch des folgenden Traumes zu verstehen. In seinem hypnotisch induzierten Traum berichtete er, daß er mit seinem Auto fahre. Er war wesentlich jünger und seine Frau und Kinder fuhren mit. Plötzlich wurde ihm bewußt, daß er wegen eines drohenden Zusammenstoßes aus dem Auto springen mußte. Entsetzt wachte er auf und flüsterte: "Ich habe sie umgebracht."

Die folgenden Sitzungen konzentrierten sich auf zweierlei tragische und schuldbeladene Erinnerungen, die automatisch aufgetaucht waren. Es handelte sich jeweils um die typischen Schuldgefühle Überlebender: eines war verbunden mit dem Tod seiner eigenen Familie in den Todeslagern und das andere mit seinen gefallenen Kameraden im israelischen Unabhängigkeitskrieg. Die Sitzungen 8-12 waren der Verarbeitung seiner Schuldgefühle gewidmet. Der Patient gestand ein, daß ihn Schuldgefühle auch gegenwärtig quälten und bemerkte, daß er solch eine "sinnlose Existenz" nicht rechtfertigen könne, wie er sie seit seiner Pensionierung führe. Die Psychotherapie dauerte noch weitere drei Monate, bis sie in beiderseitigem Einvernehmen beendet wurde. Von der 12. Sitzung an berichtete B. jedoch über eine komplette Auflösung seiner Kiefergelenksymptomatik. Bei einer Katamnese-Sitzung sechs Monate später ging es B. immer noch gut, und er erzählte, daß er sich einer allgemein stabilen und ausgeglichenen Gemütslage erfreue.

Diskussion

Dieser Beitrag zeigte die Anwendung von Hypnose in der Verhaltensmedizin, einmal in einer Verhaltenstherapie (erster Fall) und dann in einer psychodynamischen Kurzzeittherapie (zweiter Fall). Kiefergelenkstörungen können nicht allein als generalisierter oder umweltbedingter spezifischer Streß aufgefaßt werden, noch können solche Probleme mit Behandlungsmethoden angegangen werden, deren Ätiologieverständnis in erster Linie zahntechnischer und mechanischer Natur ist (Somer, 1991). Obwohl sich sowohl bei nächtlichem Biofeedback als auch bei Therapien mit Aufbisschienen zeigte, daß der Schweregrad des Bruxismus nachläßt, weisen kontrollierte klinische Berichte im allgemeinen das Fehlen eines Langzeit-Behandlungseffekts aus sowie ernsthafte Rückfälle kurz nach der Behandlung (Pierce & Gale, 1988; Rugh & Sol-

berg, 1975). Die hier und anderweitig (Somer, 1991) vorgestellten Fälle unterstreichen die Bedeutung psychologischer Faktoren bei Kiefergelenkstörungen und einer routinemäßigen psychologischen Evaluation jedes dieser Patienten. Patienten, die sich hilfesuchend an Experten für Kiefergelenkstörungen wenden, leiden wohl unter erheblichen körperlichen Beeinträchtigungen. Sie werden wahrscheinlich auch Somatisierer sein, d.h. Personen, die dazu neigen, unter psychologischem Streß körperliche Symptome zu entwickeln. Diese beiden Faktoren erfordern schnell wirksame und effektive psychologische Interventionen. Aus diesem Grund kann Hypnose oft als Behandlung der Wahl betrachtet werden. Der Kliniker muß jedoch einen Behandlungsplan entwerfen, der den besonderen Bedürfnissen des Patienten gerecht wird. Hochsensible Patienten, die eine sehr hohe Meinung von ihrem Zahnarzt haben, können unter Umständen auf direkte Suggestionen zur Symptomerleichterung spontan sehr positiv reagieren. Die Mehrheit der Patienten benötigt aber eine Verstärkung ihrer Streßbewältigungskompetenzen, die speziell auf ihre individuellen Lebensumstände zugeschnitten ist.

Mit der ersten Fallbeschreibung wurde eine systematische Kurzzeitintervention unter Verwendung hypnotherapeutischer Methoden dargestellt, die eine andauernde Besserungen der Symptomatik zur Folge hatte. Brown und Fromm (1987) empfahlen, daß alle ersten hypnotherapeutischen Sitzungen in der Verhaltensmedizin routinemäßig direkte und posthypnotische Suggestionen zur Symptomerleichterung enthalten sollten. Sie glauben, daß bis zu 20% der hochsensiblen Patienten positiv reagieren und keine weitere Intervention benötigen. Für diejenigen, die nicht ansprechen, empfehlen sie individuell zugeschnittene hypnotherapeutische Interventionen. Fall zwei ist ein Beispiel für jene Art von Patienten, deren tief verwurzelte psychologische Probleme selbst nach pharmakologischen und hypnotherapeutischen Interventionen eine vollständige Heilung verhindern. In seinen Ausführungen zum Bruxismus vor einem Vierteljahrhundert bestand Nadler (1973) darauf, daß der Streß der Patienten manchmal tiefer liegenden emotionalen Problemen entstammt, auch wenn verhaltenstherapeutische Interventionen oft eine wesentliche Komponente der erfolgreichen Behandlung des Bruxismus sind. Solche Patienten können nicht völlig auf direkte hypnotherapeutische Methoden reagieren, und die Behandlung stagniert dann, genau wie bei B. Patienten wie B. erfordern einen Ansatz, der ihnen hilft, mit dem Symptom verbundene, unbewußte Konflikte aufzudecken. Wenn der Verdacht besteht, daß die Symptome des Patienten durch ein pathologisches interpersonales System aufrechterhalten werden, könnte Familientherapie angebracht sein. Wenn die Symptomatik des Patienten fortbesteht, könnte Hypnotherapie nach Erickson, die auf Änderung des gewohnten Bezugsrahmens, des Glaubenssystems und des Krankheitsverhaltens abzielt, die alternative Behandlung der Wahl sein.

Dieser Beitrag beschreibt relativ fortgeschrittene hypnotherapeutische Interventionen bei Patienten mit Kiefergelenkstörungen. Die Grenze zwischen einer multimodalen zahnmedizinischen Intervention und hochspezialisierter psychotherapeutischer Behandlung wird unendlich. Experten für Kiefergelenkstörungen sollten in der Lage sein, ihre eigenen Stärken und Grenzen zu kennen, was die klinische Hypnose betrifft. Selbstverständlich erfordern einige der in diesem Beitrag vorgestellten psychotherapeutischen Interventionen eine umfassende Ausbildung, wenn nicht sogar die Approbation als Psychotherapeut. Da Kiefergelenkstörungen psychosomatisch

verursacht sind (d.h. sowohl physiologische als auch psychologische Wurzeln haben), sollten sich meiner Meinung nach alle Patienten routinemäßig einer psychologischen Überprüfung unterziehen, um festzustellen, wie Psychologe und Zahnarzt zusammenarbeiten können, um größtmögliche Effektivität der Behandlungen zu erzielen.

Literatur

- Berry, D.C., & Wilmot, G. (1977). The use of biofeedback technique in the treatment of mandibular dysfunction pain: A preliminary report on the Myotron 220. *Journal of Oral Rehabilitation*, 4, 255-260.
- Brown, D.P., & Fromm, E. (1987). Hypnosis and behavioral medicine. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cannistraci, A., & Friedrich, J.A. (1987). A multidimensional approach to bruxism and TMD. *New York State Dental Journal*, 53(8), 31-34.
- Cheek, D.B., & LeCron, L.M. (1968). *Clinical hypnotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Clark, G.T., Seligman, D.A., Solberg, W.K., & Pullinger, A.G. (1989). Guidelines for the examination and diagnosis of temporomandibular disorders. *Journal of Craniomandibular Disorders - Facial Oral Pain*, 3(1), 7-14.
- Crasineck, H.B. (1995). The use of the Crasineck Bombardment Technique in problems of intractable organic pain. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37(4), 255-266.
- De Benedittis, G. (1996). The healing dream. The therapeutic use of dreams in hypnosis. In B. Peter, B. Trenkle, C. Kinzel, C. Duffner, & A. Iost-Peter (Eds.), *Munich Lectures on Hypnosis and Psychotherapy* (pp. 69-78). Hypnosis International Monographs 2. Munich: M.E.G.-Stiftung.
- De Leeuw, J.R.J., Steenk, M.H., Ros, W.J.G., Bosman, F., Winnubst, J.A.M., & Scholte, A.M. (1994). Psychosocial aspects of craniomandibular dysfunction. An assessment of clinical and community findings. *Journal of Oral Rehabilitation*, 21, 127-143.
- Dohmann, R.J., & Laskin, D.M. (1978). An evaluation of electromyographic biofeedback in the treatment of myofascial pain-dysfunction syndrome. *Journal of the American Dental Association*, 96, 656-662.
- Dubner, R., Sessle, B.J., & Storey, A.T. (1978). The neural basis of oral and facial function. New York: Plenum.
- Fereneci, S. (1926). On forced fantasies. In *Further contributions to the theory and technique of psychoanalysis* (pp. 68-77). London: Hogarth Press.
- Fischer, W.F., & O'Toole, E.T. (1993). Personality characteristics of chronic bruxers. *Behavioral Medicine*, 19(2), 82-86.
- French, T.M., & Fromm, E. (1986). *Dream interpretation: A new approach*. Classics in Psychoanalysis: Monograph Series No. 5. New York: International Universities Press.
- Fromm, E., & French, T.M. (1974). Formation and evaluation of hypotheses in dream interpretation. In R.E. Woods, & H.B. Greenhouse (Eds.), *The new world of dreams* (pp. 271-283). New York: Macmillan.
- Fuchs, P. (1975). The muscular activity of the chewing apparatus during sleep. *Journal of Oral Rehabilitation*, 2(1), 35-48.
- Hicks, R.A., & Chancellor, C. (1987). Nocturnal bruxism and Type A behavior in college students. *Psychological Reports*, 60(10), 1211-1214.
- Gale, E.N. (1979). Biofeedback for TMJ pain. In B.D. Ingehall & W.D. McCutcheon (Eds.), *Clinical research in behavioral dentistry* (pp. 83-93). Morgantown, WV: West Virginia University.
- Gessel, A.H., & Alderman, M.M. (1971). Management of myofascial pain dysfunction syndrome of the temporomandibular joint by tension control training. *Psychomatics*, 12, 302-309.
- Glaros, A.G., & Rao, S.M. (1977). Bruxism: A critical review. *Psychological Bulletin*, 84(4), 767-781.
- Glickman, I. (1972). *Clinical periodontology* (4th edition). Philadelphia: Saunders.
- Golan, H.P. (1989). Temporomandibular joint disease treated with hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31(4), 269-274.
- Graham, G. (1974). Hypnoanalysis in dental practice. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 16, 178-187.
- Kardachi, B.J., & Clarke, N.G. (1977). The use of biofeedback to control bruxism. *Journal of Periodontology*, 48, 639-642.
- Katz, J.O., & Rugh, J.D. (1986). Psychophysiological aspects of oral disorders. *Annals of Behavioral Medicine*, 8(4), 3-9.
- Keefe, F.J., & Blumenthal, J.A. (1982). Assessment strategies in behavioral medicine. New York: Grune &

Stratton.

- Lebrun, M., & Lelonde, P. (1986). Le bruxisme, "symptome levant" d'un problème bio-psycho-social. *Union Médicale Canadien*, June, 421-424.
- McCreary, C.P., Glenn, C.P., Merril, R.L., Flack, V., & Oakley, M.E. (1991). Psychosocial distress and diagnostic subgroups of temporomandibular disorder patients. *Pain*, 44(1), 29.
- Melzack, R., & Perry, C. (1975). Self-regulation of pain: The use of alpha-feedback and hypnotic training for the control of chronic pain. *Experimental Neurology*, 46, 452-469.
- Moller, E., Sheikh-Ol-Eslam, A., & Lous, I. (1971). Deliberate relaxation of the temporal and masseter muscles in subjects with functional disorders of the chewing apparatus. *Scandinavian Journal of Dental Research*, 79, 478-482.
- Moore, D.S. (1956). Bruxism, diagnosis and treatment. *Journal of the Canadian Dental Association*, 22(3), 583-590.
- Mühl, A. (1952). Automatic writing and hypnosis. In L.M. LeCron (Ed.), *Experimental hypnosis* (pp. 426-438). New York: Macmillan.
- Nadler, S.C. (1966). The effects of bruxism. *Journal of Periodontology*, 37(3), 311-318.
- Nadler, S.C. (1973). Factors about dental bruxism. *New York Journal of Dentistry*, 43, 153-154.
- Neiburger, E.J. (1971). A syllabus on hypnosis and a handbook of therapeutic suggestion (p. 118). Chicago: American Society of Clinical Hypnosis Education and Research Foundation.
- Peter, B. (1992). Hypnoanalyse: Der Beitrag von Erika Fromm. *Hypnose und Kognition*, 9(1/2), 58-84.
- Peter, B. (1993). Hypnotische Phänomene [Altersregression]. In D. Revenstorf (Hrsg.), *Klinische Hypnose*, (25-68). Berlin: Springer.
- Peter, B. (1996). Hypnose. In H.-D. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig, H.P. Rehfisch & H. Seemann (Hrsg.), *Psychologische Schmerztherapie* (593-612). Berlin: Springer.
- Pierce, C.J., & Gale, E.N. (1988). A comparison of different treatments for nocturnal bruxism. *Journal of Dental Research*, 67(3), 597-601.
- Rao, S.M., & Glaros, A. G. (1979). Electromyographic correlates of experimentally induced stress in diurnal bruxists and normals. *Journal of Dental Research*, 58(9), 1872-1878.
- Reading, A., & Raw, M. (1976). The treatment of mandibular dysfunction pain. *British Dental Journal*, 140, 201-205.
- Rugh, J.D., & Solberg, W.K. (1975). Electromyographic studies of bruxist behavior before and during treatment. *Journal of the California Dental Association*, 3, 56-59.
- Rugh, J.D., & Solberg, W.K. (1976). Psychological implications in temporomandibular pain and dysfunction. *Oral Sciences Reviews*, 1(1), 3-30.
- Rugh, J.D., & Johnson, R.W. (1981). Temporal analysis of nocturnal bruxism during EMG feedback. *Journal of Periodontology*, 52, 263-265.
- Sacerdote, P. (1978). Induced dreams: About the theory and therapeutic applications of dreams hypnotically induced. Brooklyn, NY: Theo Gaus.
- Scandrett, F.R., & Ervin, T.H. (1973). Occlusion and preventive dentistry. *Journal of the American Dental Association*, 87(4), 1231-1233.
- Schwartz, L., & Chayes, C.M. (1968). Facial pain and mandibular dysfunction. Philadelphia: Saunders.
- Scott, D.S., & Barber, T.X. (1977). Cognitive control of pain: Effects of multiple cognitive strategies. *Psychological Record*, 2, 373-383.
- Secter, I.I. (1971). A syllabus on hypnosis and a handbook of therapeutic suggestion. Chicago: American Society of Clinical Hypnosis Education and Research Foundation.
- Sheehan, P.W., & McConkey, K.M. (1982). Hypnosis and experience: The exploration of phenomena and process. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Somer, E. (1991). Hypnotherapy in the treatment of the chronic nocturnal use of a dental splint prescribed for bruxism. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 39, 145-154.
- Solberg, W.K. (1983). Epidemiology, incidence and prevalence of temporomandibular disorders: A review. In D.M. Laskin, W. Greenfield, E.N. Gale, et al. (Eds.), *The president's conference on the examinations, diagnosis and management of temporomandibular disorders* (pp. 30-39). Chicago: American Dental Association.
- Solberg, D.K. (1986). Temporomandibular disorders: background and the clinical problems. *British Dental Journal*, 160(2), 157.
- Stam, H.J., McGrath, P.A., & Brooke, R.I. (1984). The treatment of temporomandibular joint syndrome

through control of anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 15, 41-45.

Turk, D.C., Meichenbaum, D., & Genest, M. (1983). Pain and behavioral medicine: A cognitive behavioral perspective. New York: Guilford.

Watkins, L.R. (1948). Medical hypnosis, Vols. I & II. New York: Grune & Stratton.

Watkins, J.G. (1971). The affect bridge: A hypnoanalytic technique. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 19, 21-27.

Yemm, R. (1979). Neurophysiologic studies of temporomandibular joint dysfunction. In G.A. Zarb, & G.E. Carlsson, (Eds.), *Temporomandibular joint: Function and dysfunction*. Copenhagen: Munksgaard.

Hypnobeavorale und hypodynamische Interventionen in temporomandibulären Störungen

Abstract: Temporomandibular disorders (TMD) are presented as pathology that must be conceptualized from both a dental/mechanical as well as a psychological perspective. Abnormal jaw muscle activity is seen as a potential outcome of psychological stress and as a physiological marker of possible emotional problems. The paper suggests a modular multimodel approach that involves the application of behavior medicine symptom-focused principles first, and the use of a psychodynamic treatment parameter if underlying psychological conflicts are suspected of maintaining TMD symptomatology. The use of hypnosis in TMD is demonstrated with two cases. One responded well to a hypnobeavorale treatment and the other required hypnodynamic interventions. The importance of routine psychological evaluation and interdisciplinary collaboration for maximization of treatment efficacy with TMD patients is discussed.

Keywords: Temporomandibular disorders, hypnosis

englisches Original erhalten 23.9.1996, akzeptiert 6.1.1997
deutsche Übersetzung erhalten 25.1.1999, akzeptiert 16.2.1999

Eli Somer, Ph.D.
School of Social Work
University of Haifa
Haifa 31905
Israel

Anmerkungen

- 1 Übersetzung aus dem Englischen von Heidi Stollreither, überarbeitet von Alida Iost-Peter.
- 2 Wir haben den englischen Ausdruck „Temporomandibular Disorders“ hier mit Kiefergelenkstörungen übersetzt. Je nach zahnärztlicher Schule finden sich im Deutschen auch die Begriffe temporomandibuläre Störungen oder Myoarthropathien.