

Der CMD Schmerzpatient:

Wenn nicht die Okklusion, was ist es dann?

Ein interessanter Fall zur Rolle des Unbewussten bei CMD-Patienten

Praxisbericht von Dr. Johann Lechner

Frau M. J., Jahrgang 1956, kam in meine Praxis mit folgenden akuten Beschwerden:

- Linkes Kiefergelenk knackt, rechtes Kiefergelenk schmerzt
- Die Patientin hat in den letzten 18 Jahren sechs Zahnärzte hinter sich gebracht; seit 18 Jahren hat sie ungelöste Bissprobleme.
- Diese Okklusionsprobleme sind mit Wirbelsäulenverspannungen verbunden, trotz ständiger osteopathischer Behandlung.

Bei der Erstvorstellung in unserer Praxis am 08. 09. 2005 trägt die Patientin völlig ungenügende therapeutische Kunststoff-Provisorien. Gleichzeitig liegt eine auffallend schiefe Okklusionsebene vor. Von meiner Seite wurde der Oberkiefer diagnostisch mit dem ACCU-Liner-System nach Dr. J. Carlson vermessen. Die Beson-

derheit des ACCU-Liners liegt darin, dass der anatomische Bezugspunkt der Oberkiefer-Okklusionsebene die Schädelbasis mit dem Os sphenoidale ist und nicht die Scharnierachse der Kondylen ist.

Wenn der Schlussbiss rechtwinklig zur Okklusionsebene erfolgt, sprechen wir von einer „orthokranialen Okklusion“ (Lechner 2001). Anschließend wurde der Oberkiefer in der idealen Okklusionsebene mit therapeutischen Langzeitprovisorien wiederhergestellt. Der Unterkiefer wurde danach mittels Myozentrik nach Jankelson neu eingestellt. (Abbildung 1)

Die durch die Myozentrik erstellte Unterkieferposition nimmt die Patientin sofort reproduzierbar an. Trotz dieses augenscheinlichen Erfolges des statischen und muskulären Anteils klagt die Patientin weiterhin über Schwierigkeiten im Kausystem:

Sie versuche ständig, den Unterkiefer gegen die Oberkieferzähne „abzustützen“.

Diese unbefriedigende Situation ist Anlass, sich die tieferen Ursachen von Knirschen, Pressen und muskulären Fehlfunktionen in Erinnerung zu rufen:

„Die Zähne bilden eine Spielwiese für unsere Psyche“ (Slavicek).

Parafunktionen des Kauorgans können ein Outlet für Stress und Aggressivität sein (zitiert nach Bruderhofer). Ergänzend beziehe ich mich auf die Äußerungen von Türp zur Bedeutung der Okklusion bei CMD-Patienten: Nach Türp wird aufgrund des aktuellen Stands der wissenschaftlich orientierten zahnmedizinischen Literatur der Zusammenhang zwischen Okklusion und CMD wie folgt am besten wiedergegeben: „CMD ist ein multifaktorielles Problem und die Okklusion ist dabei kein entscheidender kausaler Faktor“.

Soweit die Theorie. Doch was den betroffenen Praktiker, der die Erwartungshaltung des Patienten zu erfüllen hat, weit mehr interessieren dürfte sind folgende Fragen:

- Wenn es nicht die Okklusion und deren Optimierung nach cranialen und muskulären Kriterien ist, was bleibt für mich als Zahnarzt noch zu tun, um den CMD-Patienten zu behandeln?
- Wie kann ich als Zahnarzt dazu beitragen, die psycho-emotionalen Auslöser der Parafunktionen soweit zu kompensieren, dass meine zahnärztliche Arbeit nicht in einem unverschuldeten Fehlschlag endet?

Aufgrund eines aufklärenden Gesprächs willigt die Patientin in einen Test mit dem von mir entwickelten MindLINK TEST-Verfahren ein. Ziel des MindLINK TEST-Verfahrens ist es, über ideomotorische Reflexe einen komplexen Zugang zum Inneren Bewusstsein des Klienten zu erhalten. Mittels einer Transduzerspule werden psychoemotional besetzte Begriffe und Sätze berührungslos in Form eines skalaren Gedankenfeldes auf den Klienten übertragen.

MindLINK TEST entschlüsselt im ersten Testschritt die Blockaden der Selbstregulation. Der im Dezember 2005 bei der Patientin von uns durchgeführte Test zeigt folgende Affekte des Unbewussten mit negativer Energie (Abbildung 2):

Der zentrale Konflikt der Persönlichkeit liegt im Bereich des „Ich war“. Dies bedeutet, dass die augenblickliche Problematik der Unterkie-



