



Schmerzbeeinflussung bei Bruxismus induzierten chronisch-muskulären Gesichtsschmerzen

Multimodale Schmerztherapie, Auto-Sanguis-Therapie¹

Im Rahmen einer klinischen Studie wurde geprüft, ob Patienten bei Bruxismus induzierten chronisch-muskulären Gesichtsschmerzen von einer Behandlung mit standardisierter Auto-Sanguis-Therapie profitieren.² Diese antihomotoxikologische Heilmethode wurde vom Arzt Dr. Hans-Heinrich Reckeweg entwickelt.

Aufgrund der großen medialen Aufmerksamkeit ist das Knirschen mit den Zähnen zu einer besonderen Wahrnehmung in der breiten Öffentlichkeit gelangt. Bisweilen wird es sogar zu einer neuen »Modeerscheinung« hochstilisiert und mit anderen psychischen Störungen verallgemeinert dargestellt. So scheint der Bruxismus, welcher bereits als »Volkskrankheit« bezeichnet wird, ein Indikator für Schwierigkeiten zu sein, mit den Lebensbedingungen zurecht zu kommen, die insbesondere Menschen in den Industrienationen entwickeln. Der Bruxismus wäre demnach ein Symptom für eine

durch Disstress bedingte emotional angespannte Befindlichkeit, welche in einen komplexen (psychosomatischen) Regelkreis eingebettet ist.

Einleitung

Zweifelsohne steigen die Kosten bei Erkrankungen psychischer Natur, wie Burnout-Syndromen und Depressionen. Dennoch kann aufgrund der vorliegenden Datenlage nicht geschlussfolgert werden, dass analog mit dem Anstieg psychischer oder psychosomatischer Erkrankungen auch der Tag- und Nacht-Bruxismus zu-

nimmt. Hierzu gibt es derzeit so gut wie keine Inzidenz-Studie, die diesen Zusammenhang belegen würde³.

Eine in der Literatur häufig beschriebene Ansicht ist, dass der Bruxismus und craniofasziale Schmerzen durch die beim Bruxismus verursachten Überlastungen im Gewebe (Bindegewebe und Muskulatur) zusammenhängen. Auch ein Dosis-Wirkungs-Gradient (Einfluss von Intensität und Dauer) wird angenommen. In einer Arbeit von Svenson et al.⁴ aus dem Jahre 2008 wird jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass diese Erklärung, craniofasziale Schmerzen auszubilden, nicht ausreicht oder gar linear sein kann, da die Zusammenhänge bei der Pathogenese eines Bruxismus in einem komplexeren Regelkreis zu suchen sind. Eher wird die Erkrankung als psychosomatisch eingeschätzt, da Stress und andere Angst-erkrankungen eine größere Bedeutung bei der Auslösung spielen.

Die Einflüsse sind in einem multifaktoriellen Regelkreis zu suchen. Um die Komplexität dieses Phänomens aufzuzeigen und um weitere Einflussmöglichkeiten zu ergänzen, stelle ich ein offenes Bruxismus-Biografie-Modell vor. Eine zentrale Frage zum Verständnis der Patho- beziehungsweise Salutogenese sollte daher nicht sein, welcher Faktor für die Funktionsstörung verantwortlich ist, sondern wie stark jeder Faktor an der Genese beteiligt ist, und wie diese Faktoren miteinander in Beziehung stehen (s. Abb. 1).

Interventionen

Etliche Therapiemöglichkeiten wie zum Beispiel Schmerzmittel⁵ oder Schienenbehandlung⁶ wurden zur Behandlung des Bruxismus und den eventuell daraus entstehenden muskulären Schmerzen im Kiefer- und Kausystem auf ihre Wirksamkeit bereits recht umfassend untersucht. Auch einige komplementärmedizinische Maßnahmen, wie Akupunktur oder klassische Homöopathie wurden in einigen Studien getestet, konnten jedoch ihre Wirksamkeit bisher nicht zuverlässig unter Beweis stellen.⁷

In der täglichen Praxis gibt es jedoch immer wieder Patienten, die nach weiteren Therapiemöglichkeiten bei schmerzhaftem Bruxismus nachfragen. Einige Therapien werden bereits erfolgreich kombiniert (z. B. Schienentherapie, Phy-

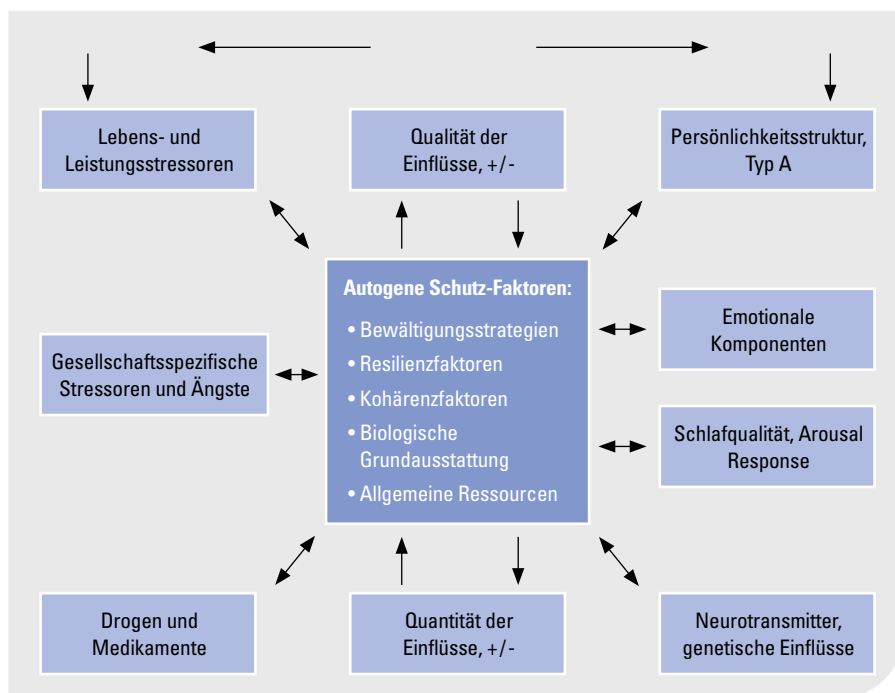


Abb. 1: Offenes Bruxismus-Biografie-Modell



siotherapie und Entspannungsverfahren). Im Sinne einer multimodalen Schmerztherapie sind diese Verfahren zur Verbesserung der Beschwerden in ihrer Wirkung bei den Patienten individuell verschieden. Einige Patienten sind zusätzlich auf ergänzende Schmerzmittel angewiesen.

Ob weitere komplementärmedizinische Maßnahmen für diese Patientengruppe infrage kommen können, wurde bislang nicht ausreichend untersucht. Belastbare Daten oder Studien zu diesem Thema sind mir nicht bekannt. Der erste logische Schritt war demnach in einer Anwendungsbeobachtung zu untersuchen, ob sich Verfahren aus der Komplementärmedizin, in diesem Fall die **Auto-Sanguis-Therapie (Eigenblutbehandlung mit homöopathischen Komplexmitteln)** dafür überhaupt eignen. Ein Ziel war es zu evaluieren, ob diese bislang wenig untersuchte Methode geeignet ist, eine Schmerzreduktion, zumal sie nicht an unerwünschte Wirkungen gekoppelt ist, herbeizuführen.^{8,9,10}

Durch eine von mir durchgeführte Pilotstudie zur Reduzierung von subjektiven Schmerzen bei Bruxismuspatienten mit antihomotoxikologischen Mitteln, wurden zunächst aussichtsvolle Ergebnisse evaluiert. Die anschließende Frage war nun, ob sich die erhaltenen, vielversprechenden Ergebnisse eventuell in einer Folgestudie replizieren lassen.

Antihomotoxikologische Heilmethode nach Reckeweg

Die antihomotoxikologische Heilmethode geht auf den deutschen Arzt Dr. Hans-Heinrich Reckeweg (1905–1985) zurück. In der klassischen Schulmedizin ausgebildet, suchte er auch die Nähe zu der von Hahnemann 1811 begründeten homöopathischen Heilmethode. Im Gegensatz zu dem therapeutischen Ansatz der Homöopathie, *Similia similibus coarctantur* (Ähnliches soll durch Ähnliches geheilt werden), bei dem in der Regel potenzierte Einzelmittel zur Anwendung kommen, liegt dem homotoxikologischen Ansatz ein komplexeres Denkmuster zugrunde. So stellen diese Mittel Gemische homöopathischer Einzelmittel in niedrigen bis mittleren Potenzen und zum Teil in der Urtinktur (keine Potenzierung) dar, die indikationsbezogen, an Symptomen orientiert, kombiniert werden.

Dieser Ansatz fußt auf den Arbeiten von Dr. Rudolf Gottfried Arndt (1835–1900) und Dr. Hugo Schulz (1853–1923) und findet als Arndt-Schulz-Regel in der Homöopathie nach wie vor ihre Anwendung.¹¹ Diese besagt, dass schwache Reize Lebensfunktionen anregen, mittelstarke Reize sich neutral verhalten, starke Reize hemmend wirken und stärkste Reize die Lebensfunktion aufheben.

Reckeweg ging davon aus, dass bei der Ausbildung von Krankheiten in den allermeisten Fällen mehrere schädigende Substanzen eine Rolle spielen und somit auch die Vergabe mehrerer potenzierten »Gegengifte« notwendig sei. Unter dem Begriff der Homotoxine wurden von Reckeweg alle für den Menschen schädigenden Stoffe (erweiternd könnten hier auch alle schädigenden Einflüsse überhaupt genannt werden, also auch Stress oder exogene Noxen, wie Elektrosmog u. a.) zusammengefasst und benannt. Die Annahme ist, dass durch Homotoxine Krankheiten im Körper ausgelöst, gefördert oder manifest werden.

Sechs-Phasen-Modell des Krankheitsgeschehens

Die Homotoxikologie teilt hierbei diese Manifestation der den Körper bedrohenden Giftstoffe (Homotoxine) in verschiedene Phasen ein. Diese sechs von Reckeweg beschriebenen Phasen stellen ein morphologisch-zeitliches Konstrukt dar. Dieses ermöglicht es dem Therapeuten, den betroffenen Patienten in seinem Krankheitsgeschehen, seinen Symptomen und anhand seiner Befunde in eine dieser Phasen einzuordnen. Diese Einordnung dient gewissermaßen als übergeordnetes Prinzip, welches alle pathologischen Verhältnisse berücksichtigt, unabhängig davon, um welche Krankheit es sich dabei handelt.

In Tabelle 1 ist diese Struktur veranschaulicht. Im vertikalen Abschnitt befinden sich die Organsysteme des Körpers, im horizontalen Abschnitt die verschiedenen Phasen mit ihrer möglichen Manifestation. So werden die Symptome beziehungsweise Krankheiten zunächst den betroffenen Organsystemen zugeordnet, bevor im Anschluss die geeigneten Therapeutika zur Behandlung dieser Störungen individuell ausgewählt werden.¹² Reckeweg stellt zwischen die Phasen einen soge-

nannten Biologischen Schnitt und benennt die Phasen auf der linken Seite »humorale« und auf der rechten »zelluläre« Phasen. Er ging davon aus, dass die Krankheiten links vom Biologischen Schnitt extrazellulärer Art und rechts davon hauptsächlich intrazellulär sind.

Betroffene Organsysteme beim chronifizierten, myofaszialen Schmerzsyndrom

Die in Tabelle 1 in Rot gekennzeichneten Bereiche stellen die meiner Ansicht nach betroffenen Organsysteme bei Bruxismus-Patienten dar. Die aufgeführten Abgrenzungen in der Tabelle stehen für die jeweiligen Manifestationen in den einzelnen Krankheitsphasen. Beim Bruxismus mit einem chronifizierten, myofaszialen Schmerzsyndrom könnten demnach folgende Organsysteme betroffen sein:

- Bewegungsorgan: TMJ (Temporomandibular Joint) mit periartikulären Strukturen, Kiefergelenksystem
- Nervensystem: Nervus Trigemimus, Limbisches System, vegetatives NS
- Blut
- Stoffwechsel
- Lymphsystem
- Hormonelles System
- Immunsystem und Psyche

Eine allgemeingültige Zusammenstellung homotoxikologischer Mittel zur Beeinflussung von Schmerz gibt es derzeit nicht, auch deshalb, weil aus Sicht der Homotoxikologie verschiedene Homotoxine an unterschiedlichen Rezeptoren in der neuronalen Verschaltung Störungen hervorrufen können. So sollte der Schmerz genau analysiert und qualifiziert werden, um den effektivsten Heilungsimpuls durch das ausgewählte Therapeutikum zu erzielen.

Mit der Darreichung des ausgesuchten Biotherapeutikums wird auch die zum Schmerz führende Homotoxinlage des Gewebes beeinflusst. Somit wird davon ausgegangen, dass im kurativen Wirkprinzip jedes Biotherapeutikum auch indirekt als Schmerzmittel wirken kann, wenn (weil) es die Gewebelage beziehungsweise das Milieu verbessert. Bei Schmerzmitteln aus dem allopathischen Bereich geht die Homotoxikologie davon aus, dass es hier-



bei nicht zu einer Verbesserung des Gewebemilieus kommt, sondern die Schmerzreduktion, vereinfacht gesagt, durch eine kurzfristige Blockierung der verschiedenen Schmerzrezeptoren und Verschaltungsareale entsteht.

Durchführung der Studie

In der Studie wurde die Wirksamkeit einer standardisierten Auto-Sanguis-Therapie (Eigenblutbehandlung) bei schmerzhaftem Bruxismus anhand folgender Fragestellung untersucht: Kann das subjektive Schmerzempfinden (und das Stresserleben) bei Patienten mit schmerzhaftem Bruxismus durch die Behandlung einer standardisierten Auto-Sanguis-Therapie im Vergleich zu einer vorangegangenen Wartezeit verringert werden? Es handelte sich um eine prospektive Beobachtungsstudie mit einer Kohorte und freiwilliger Teilnahme, bei der die Patienten zunächst in einer Wartebedingung von sechs Wochen untersucht und nicht behandelt wurden. Danach erfolgte ein ebenso langer Behandlungszeitraum mit der Auto-Sanguis-Therapie. Hierbei wurde den Probanden 0,5–1 ml venöses Blut aus der Armbeuge abgenommen und mit fünf antihomotoxikologischen Mitteln (Zusammensetzung auf Anfrage) in einem

Spritzenkonus durch kräftiges Schütteln vermischt. Das so erhaltene Medikament wurde nach dem Wechseln der Injektionsnadeln wahlweise in den M. deltoideus oder in den M. gluteus maximus (Injektionstechnik nach Hochstätter) injiziert. Dieses Vorgehen der Intervention wurde weitere vier Male (je einmal pro Woche) wiederholt. Die Behandlungen in der Interventionszeit erfolgten alle sieben bis zehn Tage. Die vorangegangene Wartezeit stellte somit die Kontrollbedingung dar, mit der die Intervention verglichen wurde. Diese Beobachtung verglich die Wartezeit mit der Behandlungszeit (s. Tab. 2, S 15).

Ergebnisse

In der Studie zeigten sich am Ende der Behandlungszeit gegenüber dem Ende der Wartezeit in allen Variablen signifikante Verbesserungen im Bereich des subjektiven Schmerzempfindens und eine Tendenz für die Variable des subjektiven Stressempfindens. Auch bei den Prä-Post-Effektstärken wiesen die Variablen am Ende der Behandlungszeit mittlere bis große Unterschiede zwischen denen der Wartezeit auf. Kleine bis mittlere Effektstärken konnten auch über die Studienzeit (explorative Auswertung) ermit-

telt werden. Die evaluierten Effekte werfen zudem die Fragestellung auf, ob sich die Auto-Sanguis-Therapie als alternative Schmerzbehandlung bei Patienten mit schmerzhaftem Bruxismus integrieren lässt, vor allem, da bei dieser Methode unerwünschte oder nachteilige Wirkungen minimal sind.

Diskussion

Derzeit ist nicht abzuschätzen, wie lange der ermittelte schmerzreduzierende Effekt anhält, da ein Follow-up in dieser Anwendungsbeobachtung nicht durchgeführt wurde. Da diese Behandlung vom Patienten nicht selbst durchzuführen ist, erfordert es seine Anwesenheit in der medizinischen Praxis und damit eine höhere Compliance im Prozedere. Es kann geschlossen werden, dass diese Therapie-maßnahme zwar nicht für jeden Patienten geeignet ist, jedoch aufgrund mangelnder alternativer Schmerzbehandlung als Zusatzangebot in der Komplementärmedizin durchaus eine willkommene Ergänzung darstellt.

Diese »homotoxikologische Schmerzbehandlung«, wie sie in der Studie erfasst wurde, könnte ein neuer therapeutischer Baustein werden, um bereits vorhandene Therapieangebote zu komplementieren

Organsystem	Humorale Phasen			Matrixphasen	Zelluläre Phasen		
	Exkretions-Phasen	Inflammations-Phasen	Depositions-Phasen	Biologischer Schnitt	Imprägnations-Phasen	Degenerations-Phasen	Differenzierungs-Phasen
Haut							
Nervensystem							
Sensorisches System							
Bewegungsorgan							
Atemwege							
Herz-Kreislaufsystem	Ausscheidung				Entartung		
Gastrointestinalsystem							
Urogenitalsystem							
Blut							
Lymphsystem							
Stoffwechsel					Ablagerung		
Hormonelles System							
Immunsystem							
	Alteration	Reaktion	Fixierung		chron. Fixierung	Defizite	Entkoppelung
Psyche							

Tab. 1: Die Sechs-Phasen-Tabelle nach Reckeweg mit den in Rot markierten, betroffenen Organsystemen beim Bruxismus



und zugänglicher zu machen (z.B. vorbereitend auf ein Entspannungsverfahren).

So ist es vorstellbar, in diesem schmerzfreien Intervall zum Beispiel leichter eine Entspannungstechnik zu erlernen, da Konzentrationsübungen ohne beziehungsweise mit weniger Schmerz effektiver ausgeführt werden können. Zum anderen wird eine weitere Maßnahme mit den bereits etablierten Interventionen (Schienentherapie, Physiotherapie, Psychotherapie und allopathischen Medikamenten) gebündelt und somit eine verbesserte Wirksamkeit der etablierten interdisziplinären Behandlungen im Sinne eines Synergieeffektes erzielt.

Insofern könnte die vorgenommene Intervention als eine neue Therapiemöglichkeit zur Schmerzreduktion bei Bruxismus-Patienten hilfreich sein. Denkbar wäre daher ein Konzept in Anlehnung an eine multimodale Schmerztherapie, bei welcher bewusst Synergieeffekte genutzt werden, da Einzelanwendungen bereits zu schwach sind, oder alleine nicht mehr genügend wirken. Da es sich bei dieser Klientel vorwiegend um chronische Schmerzpatienten handelt, bietet sich dieses Modell aus mehreren Gründen an. In Abbildung 2 ist ein möglicher Zusammenschluss von Therapiemöglichkeiten in einem Modell dargestellt.

Beginn	6. Woche	12. Woche
T1	T2	T3
PSQ	PSQ	PSQ
RDC II	RDC II	RDC II
RDC I	RDC I	RDC I
Funktion	Funktion	Funktion
PZK	PZK	PZK
Beobachtungszeit: 1.– 6. Woche T2 nach 6 Wochen	Behandlungszeit: 6. Woche → mit 5 Interventionen, 1x pro Woche	12. Woche T3

Zeichenerklärung:

T1, T2, T3, = erster, zweiter und dritter Messzeitpunkt, PSQ = Stressfragebogen zum Stressempfinden, RDC II = Schmerzfragebogen, RDC I = Palpationsbefunde/Druckschmerz, Funktion = Fragen zur Funktionsbeeinträchtigung; PZK = Primäres Zielkriterium (Frage drei des Schmerzfragebogens RDC II)

Tab. 2: Tabellarische Darstellung der Studienintervention mit Messinstrumenten und Dauer der Beobachtungs- und Behandlungszeit

Literatur / Anmerkungen

1. Martin F. Kulturwissenschaftliche Aspekte des Zähneknirschens und seine komplementärmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten am Beispiel der Auto-Sanguis-Stufentherapie. Gutachter: St. Schmidt & H. Walach. Europa Universität Viadrina. 2016, Frankfurt/Oder. Dr. Kovac-Verlag, Schriftenreihe – Medizin & Gesundheitswissenschaften, Dissertation: Frank Martin, unter: www.verlagdrkovac.de
2. Das Studienprotokoll wurde 2015 der Ethik-Kommission des Universitätsklinikums Freiburg zur Prüfung vorgelegt und genehmigt. Bei der Durchführung zur klinischen Überprüfung der Wirksamkeit dieser zugelassenen und registrierten Medikamente wurde davon ausgegangen, dass für unsere Patientengruppe ein gesundheitlicher

Vorteil zu erwarten und diese Anwendung aus medizinischer und ärztlicher Sicht vertretbar waren.

3. Hicks RA, Conti PA. Changes in the incidence of nocturnal bruxism in college students. Percept Mot Skills. 1969 & 1989; 2:481-2
4. Svensson P, Jadidi F, Arima T, Baad-Hansen L, Sessle BJ. Relationships between craniofacial pain and bruxism. J Oral Rehabil 2008; 35:524-547
5. Macedo CR, Macedo EC, Torloni MR, Silva AB, Prado GF. Pharma-cotherapy for sleep bruxism. Cochrane Database Syst Rev 2014 Oct 23; 10:CD005578
6. Macedo CR, Silva AB, Machado MA, Saconato H, Prado GF. Occlusal splints for treating sleep bruxism, tooth grinding. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Oct 17; 4:CD005514
7. Schule R. Möglichkeiten der homöopathischen Begleitbehandlung beim Zähneknirschen. Zusammenfassung S. 26, Komplement intergr Med 2008; 6
8. Schürer-Waldheim F. Über die Wirkungsweise der Eigenblutbehandlung. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1993; 352-362
9. Lanninger-Uecker D. Blut als Heilmittel, Grundlagen und Methoden der Eigenbluttherapie. Stuttgart: Sonntag-Verlag 2003
10. Koeniger H. Krankenbehandlung durch Umstimmung (»Unspezifische Therapie«). Eine Einführung für Ärzte. Thieme Verlag, Heidelberg 1929
11. Arndt R, Schulz H (1899). Die Arndt-Schulz-Regel. In Enzyklopädie.de. Deutsche-Enzyklopädie. Abgerufen am 10.5.2015 von www.enzyklo.de/Begriff/Arndt-Schulz-Regel
12. Ordinatio Antihomotoxica et Materia Medica der IGBM e.V. (1998). S. 2-4, 348, 526, 333, 370. Baden-Baden: o. V.

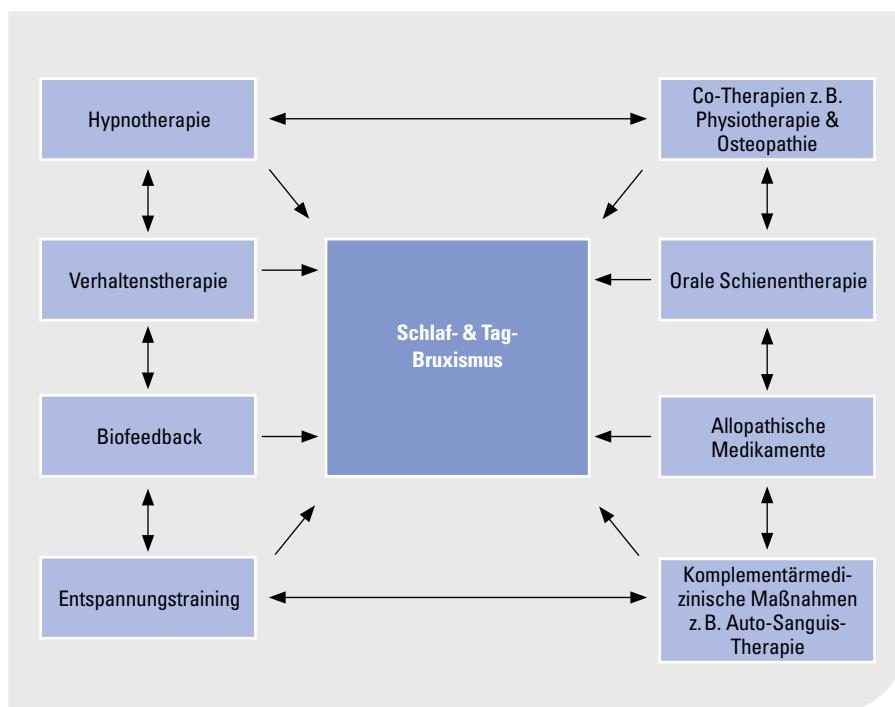


Abb. 2: Multimodales Therapiemodell zur Behandlung von Schlaf- und Tag-Bruxismus

Verfasser

Dr. phil. Frank Martin M. A.
Im Wallgraben 38
79761 Waldshut-Tiengen
www.naturheilpraxis-waldshut.de

