

Leseprobe aus *Lesebuch der Psychosomatischen Energetik*, Band 4

Herausgeber: Dr. Reimar Banis

(Ich bitte um Verständnis, dass der Beitrag hier nicht in voller Länge zu finden ist.) Das Lesebuch ist unter der ISBN-Nummer 978-3-934672-31-4 in jeder Buchhandlung zum Preis von ca. 35 € erhältlich.)

7. Schwerpunktthema funktionelle Zahnmedizin

Kommentar des Herausgebers zum nachfolgenden Artikel:

Zu den wichtigsten Störungen im Kiefer-Mund-Raum gehören funktionelle Kieferfehlstellungen. Der Fachmann spricht von „craniomandibulärer Dysfunktion“, einem in der zahnärztlichen Praxis immer häufiger anzutreffenden Krankheitsbild, das oftmals psychosomatische Ursachen hat. Wegen der leib-seelischen-Kausalität hat dieser Symptomenkomplex für die PSE verständlicherweise eine ganz besondere Bedeutung – eine Aussage, die man sinngemäss auch umkehren kann und die trotzdem genauso richtig bleibt: die PSE hat gemäss dem Zahnarzt und Heilpraktiker Guggenbichler für die Erkennung und Heilung der craniomandibulären Dysfunktion eine ganz besondere Bedeutung. Von der PSE ist deshalb die Rede, wenn Herr Guggenbichler im Untertitel der nachfolgenden Arbeit von einem „neuen supportiven Therapieansatz“ spricht.

In der nachfolgenden Übersichtsarbeit geht der Autor auf die Ursachen und Therapie dieses komplexen und schwierigen Krankheitsbildes ein. Die nachfolgende Arbeit verdient wegen ihres breiten gesellschaftspolitischen und psychologisch-philosophischen Ansatzes, nicht nur vom Fachmann gelesen zu werden, sondern geht eigentlich jeden PSE -Therapeut an. Guggenbichlers Gedanken insbesondere zum Thema Stress und Psychosomatik beziehungsweise tiefenpsychologischer Dynamik scheinen mir von ganz wesentlicher Bedeutung zu sein. Ihm gebührt das Verdienst, sie in dieser Übersichtsarbeit anschaulich und zugleich anregend dargestellt zu haben. Noch ein Hinweis: wegen ihrer grossen Länge musste ich die Originalarbeit leider kürzen (insbesondere jene Teile, die jedem PSE-Therapeuten bekannt sind sowie zahlreiche Fallschilderungen).

7.1. Stressbedingte craniomandibuläre Funktionsstörungen – ein generationenübergreifendes Krankheitsbild

Ein Beitrag aus psychosomatischer Sicht mit Vorstellung eines neuen supportiven Therapieansatzes

„Die Seele ist wund, der Leib nit.“ (Paracelsus)

Einleitung

Als Hans Selye 1936 seinen ersten Aufsatz über biologischen Stress schrieb, war noch nicht daran zu denken, in welchem Maße „Stress“ zu einem geflügelten Wort, einer Allerweltsflos-

kel werden sollte. Kaum einer, der nicht heute dieses Wort in unterschiedlicher Bedeutung gebrauchte, kaum einer, der nicht gerne ein Patentrezept dagegen hätte, der sich nicht mehr stressen lassen möchte. Statistiken wie die jährlichen BKK-Studien zur langfristigen Entwicklung zeigen: Stress im Berufsalltag und damit einhergehende zunehmende Arbeitsunfähigkeit sind ein zunehmendes Problem. (Bergius)

1976 wurden nur 2 Prozent aller Krankheiten als psychische Störungen erfasst; 2004 lag die Quote bei 8,3 %, 2006 bei 8,9 %. „Neurosen und Depressionen liegen damit an Platz vier der häufigsten Krankheitsarten.“ Auch Kinder unterliegen einem spezifischen Stress: „Fast die Hälfte von ihnen hat das Gefühl, im Unterricht nicht mitzukommen. Der Nachhilfemarkt boomt. Trotzdem verlässt fast jeder zehnte Schulabgänger das Bildungssystem ohne Hauptschulabschluss. Die Freizeit des Nachwuchses wird straff organisiert. Auf den Stress reagieren Kinder wie Erwachsene: mit psychosomatischen Beschwerden.“ (Gaschke)

Stress ist ubiquitär in allen Altersstufen verbreitet. „Zähneknirschen ist kein Phänomen des Alters. Es beginnt meist schon in frühen Kindheitstagen.“ (Quelle: <http://www.rp-online.de/leben/gesundheit/news/schon-babys-knirschen-mit-den-zaehnen-aid-1.2341084>)

Dies gilt auch für das spezifische Stresssymptom der cranio-mandibulären Dysfunktionen (abgekürzt CMD, häufig wird synonym der Begriff Bruxismus verwendet) und die sich daran anschließenden Folgeerscheinungen. (Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, DGZMK hat 2005 mit der „Craniomandibulären Zahnheilkunde“ und „Craniomandibulären Kieferorthopädie“ eine neue Gebietsbezeichnung für die Zahnmedizin / Kieferorthopädie eingeführt. Sie beschäftigen sich mit den Funktionszusammenhängen und Erkrankungen der Funktionen des Kopf-Schulterbereichs und zeigen darüber hinaus die grosse Bedeutung und Verbreitung derartiger Funktionsstörungen.)

Das Phänomen CMD ist für den Zahnarzt schwierig ursächlich zu behandeln und kann oft nur symptomatisch angegangen werden, um Folgeschäden vorzubeugen. Wegen der ubiquitären Verbreitung von Zahnerkrankungen und der vergleichsweise hohen Akzeptanz zahnärztlicher Diagnostik und Therapie ist somit oft der Zahnarzt der Erste, der die psychischen Probleme des Patienten erkennen kann. Allerdings hat er den Nachteil, dass er mit seiner üblichen klinischen Basisdiagnostik nur schlecht gerüstet ist, psychosoziale Belastungen und psychosomatische Erkrankungen zu erkennen. Häufig kommt es vor, dass diese „viel zu spät erkannt werden, was zu fatalen Folgen im Bezug auf den Erfolg einer zahnärztlichen Behandlung führen kann.“ (Bundeszahnärztekammer (Hg.): *Leitfaden Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde*, Berlin 2006, S. 11)

In Kenntnis dieses Umstandes ist die empfohlene Vorgehensweise, z.B. mittels einer entsprechenden Checkliste psychosomatische Beschwerdebilder von somatischen Beschwerden abzugrenzen. Auch wenn eine systematisierte Befunderhebung für die Routinediagnostik und Patientenbeurteilung angewendet wird, verbleiben trotzdem große Schwierigkeiten hinsichtlich der Zuverlässigkeit, des Umfangs und der Schnelligkeit der (Ausschluss-)Diagnose. Störend ist vor allem, dass eine Bündelung von eher somatischen mit eher psychischen Symptomen eine Einordnung des Patienten erschweren kann. Dieser Umstand dürfte auch verantwortlich dafür sein, dass nicht gerade selten nach einer zahnärztlichen Behandlungsmaßnahme eine psychosomatische Störung als unerwartetes Phänomen auftritt, die jedoch nur vom Therapeuten als solche eingeordnet wird. Weil der

Patient sich „falsch behandelt“ fühlt, der Therapeut vom Gegenteil überzeugt ist, weil seiner Kenntnis nach gemäß den Regeln der Kunst gearbeitet wurde, entsteht „Ratlosigkeit, gegenseitiges Unverständnis, zunehmende Wut und Aggression auf beiden Seiten, die dann oft zu unschönen, bisweilen sogar juristischen Auseinandersetzungen führen.“

Zutreffend ist, dass dieses Risiko durch eine geeignete Strategie der Patientenführung verringert werden kann. Wenn der Patient erfolgreich von seinem „somatischen Standpunkt“ abgeholt wird und aufgezeigt bekommt, „dass das Denken, Fühlen und Handeln einen entscheidenden Einfluss auf das eigene körperliche Befinden hat“, kann nicht nur im Idealfall der Patient motiviert werden, sich oder etwas in seinem Leben zu verändern, sei es z.B. durch das Erlernen von Entspannungsverfahren oder längerfristige aufdeckende bzw. verhaltensmodifizierende Therapien. Allerdings ist es auch häufig, dass Patienten die Tatsache einer psychischen Problematik sogar beim Arztbesuch verschweigen, meist weil sie dieses anderen nicht offenbaren möchten.

Dies gilt besonders dann, wenn ein Therapeut wie der Zahnarzt im gängigen Sinn nicht für eine Erkrankung zuständig ist. Er begegnet zusätzlich zwei Hürden:

1. Der Patient möchte mit seinem Problem nicht zu einem anderen Therapeuten „abgeschoben“ werden, weil er primär von ihm eine Lösung erwartet und / oder er lehnt eine „Psychiatisierung“, auch eine supportive Psychotherapie seiner Problematik ab. Diese Situation kommunikativ zu beherrschen ist eine Herausforderung, die auch eine von Empathie, Wertschätzung und Echtheit getragene Arzt-Patientenbeziehung – wie sie z.B. von Carl Rogers propagiert wird – bis aufs äußerste belasten kann, wie ich aus eigenem Erleben berichten kann.

2. Andererseits gilt es mittlerweile auch anzuerkennen, dass die Qualität der psychotherapeutischen Betreuung sehr unterschiedlich ist, teils aus immanenten Gründen, teils wegen der individuell sehr unterschiedlichen persönlichen Art des Therapeuten. Wenn „die Chemie nicht stimmt“, sei es auf Grund der Methode oder der Person des Therapeuten, ist dies ein Grund, der Patienten davon abhalten kann, sich um eine adäquate Therapie zu bemühen.

In Teil 1 soll ein Überblick über Einschätzungen zum Stellenwert der Psychosomatik in der Medizin gegeben und der Forschungsstand zur Psychosomatischen Diagnostik und Therapie bei Patienten mit craniomandibulären Störungen dargestellt werden.

Im Teil 2 stelle ich eine relativ neue Methode der supportiven Diagnostik (und Therapie) vor, die wesentliche Vorteile gegenüber gängigen Verfahren bietet: Sie ist verhältnismäßig leicht zu erlernen, sie kann schnell durchgeführt werden, hat eine hohe Akzeptanz beim Patienten und eine solide wissenschaftliche Basis aufzuweisen: Die Psychosomatische Energetik nach Dr. Reimar Banis.

Teil 3 illustriert durch Darstellung einiger Kasuistiken die Therapieoptionen im Rahmen einer nicht nur psychosomatisch sondern auch psychoenergetisch erweiterten Zahn- Mund- und Kieferheilkunde und verdeutlicht das therapeutische und präventive Potential der „Psychosomatischen Energetik“ nach Banis bei der zahnärztlichen Behandlung auch bei prothetischen und craniomandibulären „Problempatienten“.

Im Teil 4 ist der Diskussion der angeführten Sachverhalte und Erfahrungen vorbehalten sowie dem Versuch einer zusammenführende Bewertung.

7.1. Zur Psychosomatik in der Medizin und in der Zahnheilkunde

7.1.1 Psychosomatik in der Medizin – Begriffsklärung

Nach Hontschik lassen sich vier Konzepte unterscheiden. Die historisch älteste Auffassung ist eine eigenständige Krankheitstheorie, wonach es „echte“, d.h. ausschließlich psychogen bedingte Krankheiten gäbe wie z.B. das Asthma bronchiale, die Colitis ulcerosa oder das Ulcus duodeni. Hontschik: „Dieses Konzept ist längst überholt; Dennoch sitzt diese Vorstellung bis heute fest in den Köpfen der Patienten und auch der Ärzte, zumindest meiner Generation.“ Erfahrungsberichte, dass eine langjährige Colitis durch eine Ernährungsumstellung und Substitution orthomolekularer Substanzen binnen kurzem abklang, sind geeignet, die Unhaltbarkeit dieses Konzeptes zu bestätigen. (Volkmann)

„Die zweite Variante der Psychosomatik beschäftigt sich mit den Krankheiten ohne organische Ursache“, früher gebrauchte man den Begriff „funktionelle Krankheiten“, heute hat es sich eingebürgert, von „somatoformen Störungen“ zu sprechen und das ICD-Diagnoseraster anzuwenden. Hontschik kritisiert, dass dieses Konzept unter anderem die „historische Dimension von Diagnoserastern“ ignoriere, es sei also mehr ein Verlegenheitsbegriff, der ein Sammelsurium verschiedenster Diagnosen umfasse, deren organisches Korrelat nicht bekannt sei. Es sei aber davon auszugehen, dass „Liebe und Hass, Scham und Trauer, Depression und Freude, Ekel und Begeisterung irgendwo im menschlichen Körper (...) auch eine organische Grundlage haben“ müsse.

Als drittes sei der Begriff Psychosomatik in Sinne einer primär psychischen Behandlungsnotwendigkeit gebräuchlich. Psychotherapie werde dabei wie die Chirurgie als ein Handwerk aufgefasst. Diese Auffassung sei von einer ausgeprägt dualistischen Denkweise geprägt: „Die Seele sitzt in dem einen Stockwerk und macht den Körper, der sich in einem anderen Stockwerk befindet, krank.“ Viertens könne man Psychosomatik auch als eine „ärztliche Grundhaltung“ beschreiben, bei der ein Arzt mit der Zielsetzung handelt, „den Patienten nicht in Körper und Seele aufgeteilt, in einzelne Organe zerlegt wahrzunehmen und seine Krankheit nicht abschnittsweise und desintegriert zu behandeln. (...) Unter diesem Blickwinkel ist der Psychosomatiker ein Facharzt für ärztliche Grundhaltung.“

Aus dem Umstand, dass heute Psychosomatik als eigenständiges medizinisches Fach etabliert ist, deduziert Hontschik als fünfte Definition: „Psychosomatik ist das institutionelle Outsourcing des Menschen aus der Schulmedizin.“ Diese Entwicklung ergibt sich nach Hontschik aus folgenden Prämissen: „Die Schulmedizin denkt mechanistisch, ihr Menschenbild ist dualistisch, zweigleisig, und möglicherweise ist das erwünscht (...) Mit Einzelfällen, mit individuellen Arzt-Patienten-Beziehungen, mit Narrativen und Fallbesprechungen lässt sich aber keine Gesundheitsindustrie aufbauen und profitabel unterhalten. (...) Psychosomatik ist (...) die Notlösung der Schulmedizin für all jene Probleme, die sich bei der Ausübung der Heilkunst aus der scharfen Trennung zwischen Körper und Seele ergeben.“

Diese Definitionen mögen geeignet und gedacht sein als Anregung zu mehr begrifflicher Klarheit und zum Widerspruch herausfordern, kommen jedoch aus einer Wirklichkeit, die der Karikaturist in der Abbildung "Der Patient und die spezialisierte Medizin" pointiert graphisch dargestellt hat.



Dies um so mehr, als Hontschiks Vorstellungen einer „integrierten Medizin“ (in Anlehnung an Thure von Uexküll) bloss bleiben, auch die praktische Umsetzung nur angedeutet wird.

Die Vorstellung, eine Verbindung von Konstruktivismus, Semiotik und Systemtheorie lasse keine Wünsche mehr offen, ist nur ein Schritt in die richtige Richtung. Voraussetzung dazu ist ein anderes Kommunikationskonzept, welches besser geeignet ist, zu einer guten Beziehung zwischen Arzt und Patient beizutragen. Hontschik skizziert dies in Kombination mit einem dreigliedrigem, nicht-trivialen Modell (im Gegensatz zum zweigliedrigen Ursache-Wirkungs-Modell der Schulmedizin) von Krankheit. Die Sichtweise von Krankheit als Bestandteil einer individuellen Lebenskonstruktion eröffnet eine neue Art, Krankheitsbilder individuell in ihrer Sinnhaftigkeit zu erfassen und zum Gegenstand des Therapiegesprächs zu machen. Die Verknüpfung mit der Semiotik von Charles Sanders Peirce als kategorisierendes Werkzeug unterstütze eine auf den Anspruch der Nachvollziehbarkeit nicht verzichtende therapeutische Tätigkeit.

(Peirce, ein Philosoph des 19. Jahrhunderts, unterschied sämtliche existierenden Zeichen in drei „Universalkategorien“, nämlich die ikonische (basale körperbezogene Erfahrungen wie Hunger, Durst, Schmerz, Lust), die indexikalische (Zeichen, die Verbindungen herstellen oder Vorstellungen und Erfahrungen über Ursache und Wirkung enthalten, d. h. Kausalitätszusammenhänge, sensorisch-motorische Kompetenz und Raum- und Zielvorstellungsvermögen) und die symbolische (abstrakt-logische Zeichen, Repräsentanzen wie Ausdruck von Gefühlen über Sprache, nötig um die eigene Individualität auszudrücken und Sinnzusammenhänge herzustellen).

Mag dieses Konzept auch theoretisch brillant sein, eine erhebliche Schwierigkeit dürfte die Umsetzung in den Praxisalltag darstellen. Offen bleibt bei diesem Konzept auch, wie die Basis der Heilkunde, ihre vieltausendjährige Geschichte, ihre ethnologisch stark unterschiedliche Ausdifferenzierung, die dennoch oft Verbindendes erkennen lässt, mit einzubeziehen

wäre. Die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) ebenso wie der Ayurveda sind die ältesten datierbaren, heute noch vitalen Traditionen, ebenso wie der auf allen Kontinenten mündlich tradierte Schamanismus in seinen unterschiedlichen Formen. Sind dies perspektivisch gesehen Sackgassen in der Medizingeschichte, eines Tages medizinhistorisch von vergleichbarem Stellenwert wie die Entwicklung und das Verschwinden des Neandertalers in der menschlichen Kulturgeschichte? Im Teil 2 soll eine Antwort versucht werden, indem die theoretischen und praktischen Grundlagen der Psychosomatischen Energetik nach R. Banis dargestellt werden.

7.1.2 Psychosomatik in der Zahnheilkunde

(...)

7.1.3. Die Psychosomatische Sichtweise von Bernard Lown

(...)

7.1.4. Zur Physiologie der Stressverarbeitung

(...)

7.1.5. Psychosomatische Aspekte des Krankheitsbildes der „craniomandibulären Dysfunktion“

(...)

7.1.5.1. Definition

(...)

7.1.5.2. Diskrepanzen zwischen Theorie und Praxis

(...)

7.1.6. Zielsetzung

(...)

Mit dieser Arbeit soll zum einem dem erwähnten Mangel an beschriebenen Patientenfällen entgegnet werden. Andererseits soll herausgearbeitet werden, dass viel dafür spricht, dem psychosomatischen Ansatz bei der Ätiologie dieses Krankheitsbildes einen hohen Stellenwert zu geben. Es soll eine Methode dargestellt werden, die als kausale Therapie geeignet ist und die sowohl im Sinne einer Primärprävention als auch in jedem Stadium der Erkrankung und in jedem Lebensalter eingesetzt werden kann.

7.1.7. Grenzen der Psychoanalytischen Methode

Trotz seiner revolutionären und bahnbrechenden Arbeit wurden auf der Grundlage von Freuds Arbeit schon früh andere Wege der Therapie vorgeschlagen. C. G. Jung, Alfred Adler, Georg Groddeck, auch Wilhelm Reich und Viktor Frankl müssen in diesem Zusammenhang genannt werden. Die Situation nach Freuds Tod war durch diadochenartige Nachfolgeauseinandersetzungen geprägt, die hier nicht Gegenstand der Betrachtung sein sollen. Zumindest sind sie Indiz einer individuellen Schwerpunktsetzung, aber auch einer Weiterentwicklung und fortschreitender Differenzierung des Therapieangebotes, die bis heute angehalten haben.

(...)

Wenn wir 40 Jahre, nachdem Fromm diese Beobachtungen niederschrieb, die Statistik über die Morbiditätsstruktur betrachten, fällt auf, dass der Anteil an psychischen Erkrankungen bzw. somatoformen Störungen einen hohen Prozentsatz der chronisch Kranken ausmacht. Wenn auch keine Therapiemethode für sich in Anspruch nehmen kann, 100-prozentig bei jedem geeignet zu sein, werden die Grenzen der Freudschen Psychoanalyse als Therapiemethode und als konkrete Patientenerfahrung durch folgende Anekdote in nuce auf den Punkt gebracht. Auf die Frage „Verliert die Psychoanalyse an Bedeutung“ antwortete der slowenische Philosoph Slavoj Žižek: „Einmal saß ich mit 25 Psychoanalytikern zusammen und habe gefragt, wer „Prozac“, „Zoloft“ oder andere Antidepressiva nimmt. Bis auf einen haben alle die Hand gehoben. In den USA nehmen angeblich 20 bis 30 Prozent aller Erwachsenen Psychopharmaka – und 80 Prozent der Akademiker.“

(...)

7.2. Grundlagen der Psychosomatischen Energetik (PSE)

Die Psychosomatische Energetik ist ein Verfahren, das von Reimar Banis entwickelt wurde und 1997 erstmals der Öffentlichkeit vorgestellt wurde. Sie beruht auf zwei empirisch gefundenen Grundthesen. Die erste These findet sich historisch schon als Basis des indischen Yoga und der traditionellen chinesischen Medizin. Dort wird von der Existenz eines feinstofflichen Energiefelds ausgegangen („Prana“ bzw. „Chi“), das mit dem subjektiven Befinden korrespondiert und entscheidend mit Gesundheit und Krankheit zu tun hat. Die zweite These beruht auf der Auffassung, dass seelische Konflikte im Energiefeld des Patienten als abgespaltene Entitäten vorhanden seien. Im Unterschied zum Modell der modernen Psychotherapie geht die PSE davon aus, dass ein seelischer Konflikt keine rein immaterielle Erscheinung sein, sondern eine energetische Ladung und Präsenz im Energiefeld des Patienten.

7.3. Kasuistiken aus der zahnärztlichen Praxis

(Besonderen Dank möchte ich an dieser Stelle meinem Kollegen Eberhard Ulmer aussprechen, der mit Vorträgen und Veröffentlichungen mich bestärkt hat, die PSE als Methode in meine zahnärztliche Tätigkeit zu integrieren. Vgl. besonders: Ulmer, E: „Verbesserung der Materialverträglichkeit durch Eliminierung der getesteten Streßfaktoren“, in: *GPW*: 3. Jg. 2/96, S. 22-26 und Ulmer, E: „Faktor Psyche im Störfeldtest. Die Einbeziehung der Emotionalmittel nach Dr. R. Banis in den Herd-Störfeld-Toxintest mit Lykotronik-AMA, Physio-Energetik bzw. Kinesiologie“, in: *GPW* 6. Jg. 4/2001, S. 20-24)

(Die angegebenen Patientennamen entsprechen nicht denen der realen Patienten.)

7.3.1 Begleittherapie bei kieferorthopädischer Behandlung

(...)

7.3.2. Behandlungspublie

(...)

7.3.3. Rezidivierende neuralgische Schmerzen

(...)

Epikrise: Im Beobachtungszeitraum berichtete die Patientin nicht mehr von Schmerzanfällen. Auf Nachfrage gab sie an, die Schmerzintensität habe sich ganz stark reduziert, der Leidens-

druck durch gelegentliche Migräne sei erträglich. Die Ehekrise sei überstanden. Auf ihre Empfehlung hin stellt sich ihre Tochter als neue Patientin in der Praxis vor.

7.3.4. Hyperästhesie / Parodontose / CMD

(...)

7.3.5. Schmerzzustand nach Implantation

(...)

7.4. Diskussion

Die Grundlagen der PSE mögen hinsichtlich der Wirksamkeit der Methode zweifeln lassen, da weder Yoga noch Chinesische Medizin und deren zugrundeliegende Konzepte sich allgemeiner wissenschaftlicher Akzeptanz erfreuen, Energieteste sich als subjektive Testverfahren nicht objektivieren ließen und die Effizienz von Homöopathie als Therapieverfahren seit den Anfängen immer wieder in Frage gestellt wurde. Bei einer komplexen Methode wie der PSE wäre das Ergebnis Null, wenn nur einer der tragenden Faktoren mit Null zu bewerten wäre: Ein viereckiger Tisch ohne viertes Bein wäre als Esstisch ungeeignet, wenn man ihn nicht in die Waage bringen würde. Kann es möglich sein, dass durch die Verknüpfung von mehreren „wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten“ Verfahren eine stimmige Medizintheorie und ein praktikables Diagnose- und Therapiekonzept entstehen kann? Die Debatte um die angeführten Medizinkonzepte ist jedoch längst nicht so eindeutig zu Lasten der Glaubwürdigkeit abgeschlossen, wie von interessierter Seite oft vehement insinuiert wird. An mehreren Beispielen soll dies dargelegt werden.

7.4.1. Zur Wirksamkeit der Homöopathie

(...)

7.4.2. Zur Wirksamkeit des energetischen Medikamententests

(...)

7.4.2. Weitere Hypothesen zu Grundlagen von Gesundheit

(...)

7.4.3. Zum Verhältnis von Bewusstwerdung und Widerstand

„Heilung kommt von innen – durch Entspannung.“ (Serge Kahili King)

Der Widerstand, von dem Groddek, Freud und alle Therapeuten danach reden, ist als Widerstand gegen Selbsterkenntnis zu sehen. Der Patient will nicht einsehen, dass seine individuelle Krankheit etwas mit ihm zu tun hat und die äußere Einwirkung nur eine innere Disposition und Voraussetzung aktiviert hat, ohne deren Vorhandensein die Krankheit ausgeblieben wäre. Gegen diese Erkenntnis und die sich daraus ableitende Verantwortlichkeit wendet sich der Widerstand des Patienten. Der vielbeschworene mündige Patient will und kann oftmals aus seiner Entfremdung heraus gar keine Verantwortung für sich übernehmen und ist somit als unmündig einzustufen, eines gesundheitlichen Vormunds bedürftig. Christian Morgenstern schrieb einmal die Erkenntnis nieder: „Die Menschen wollen die tiefen Hieroglyphen ihrer Krankheit nicht lesen lernen. Hierin liegt die wahre Unheilbarkeit ihrer Krankheiten: im Mangel an und im Widerwillen gegen Erkenntnis. Hierin, nicht in den Bakterien.“

(...)

7.4.4. Sinnfindung als salutogenetischer Faktor

(...)

7.5. Zusammenfassung und Ausblick

„Medizin ist die Wissenschaft des Ungesicherten, die Kunst des Wahrscheinlichen.“
(William Osler)

Die PSE ermöglicht, Soma und Psyche des Patienten sowie die unbewussten Blockaden exakt zu benennen, zu vermessen und gezielt zu therapieren: Es handelt sich dabei um

- die genaue Lokalisation des Widerstands im Energiefeld des Patienten („Seelisches wird messbar“);
- die Verknüpfung zu den Lebensumständen und zum charakterlichen Grundtyp des Patienten als konstitutionellen Faktor;
- dazu die präzise Benennung des Konflikthaltens und des Therapiezieles;
- die energetische Auflösung des konstitutionell bzw. miasmatisch geprägten Widerstandes;
- Aktivierung der Potentiale des Patienten, hin zu einem wirklich gelebten Leben, zu einem mit Sinn erfüllten Lebensweg;
- ein naturwissenschaftlich fundiertes Modell der Transzendenz der irdischen Existenz.

Auffällig ist, dass Patienten, die mit dem Ergebnis eines Energie-Checks bekannt gemacht werden, sich überwiegend damit identifizieren können. Dies hebt den großen Wert der Methode besonders hervor.

Indem die Therapie fortschreitet, reduziert sich die mit dem Konflikt verbundene affektiv-emotionale Ladung (ähnlich wie eine Batterie durch Anschluss eines Verbrauchers sich zu entladen beginnt). Die praktische Probe nach der Konfliktauflösung ist dann zu bestehen, wenn eine vergleichbare Situation zu meistern ist. Wenn der ehemalige Patient in der Lage ist, frei mit dem existentiellen Thema umzugehen und nicht als Opfer in das gewohnte Muster des Traumas sich wiederfindet, wird eine Heilung offenbar. Da jeder Mensch mindestens 2 bis 3 Konflikte hat, manchmal auch mehr als 5 oder 8, kann eine Behandlung sich unter Umständen über mehrere Jahre strecken, je nachdem, in welcher Geschwindigkeit Konflikte reif für die Behandlung werden.

Erfahrungsgemäß lassen alle Umstände, die als Stress empfunden oder als Lebenskrise bezeichnet werden (wie z.B. Trennungen, Todesfälle, Unfälle, Prüfungen, Arbeitslosigkeit) als auslösende Momente die individuelle Grundfragen des Lebens in Form von Konfliktthemen an die Oberfläche kommen. Craniomandibuläre Funktionsstörungen sind oft Begleiterscheinung dieser Umstände und ein Indiz für den behandelnden Therapeuten. Krise als „Wendezeit“ erfordert für eine positive Lösung ein Sich-Frei-machen von existenziellen Lasten. Nur wenn die Vergangenheit aufhört, die Gegenwart zu gängeln, wird der Mensch frei für eine selbstbestimmte Zukunft.

„Glücklich sein heißt, ohne Schrecken seiner selbst innerwerden zu können.“ (Walter Benjamin)

Literatur

- Abresch, Jürgen (2003): *Zähneknirschen -Zähnepressen – Kiefer- und Kopfschmerzen – Annäherungsversuch an eine integrative und „bio-psycho-soziale“ Sicht und Selbstbehandlung*, Mondstein-Verlag Pohlheim.
- Ahlers, M.Oliver/Jakstat, Holger A. (Hrsg.) (2000): *Klinische Funktionsanalyse – Interdisziplinäres Vorgehen mit optimierten Befundbögen*, dentaConcept Verlag Hamburg (abgekürzt als: Ahlers/Jakstat).
- Anonymus (2004): *Schon Babys knirschen mit den Zähnen*. URL: <http://www.rp-online.de/leben/gesundheit/news/schon-babys-knirschen-mit-den-zaehnen-aid-1.2341084>.
- Balint, Michael (1965): *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Klett-Cotta Verlag Stuttgart.
- Balters, Wilhelm (1952): „Hindernisse und Hemmungen der Kieferdehnung“. In: *Die Kiefererweiterung*, Hanser Verlag München.
- Bergius, Michael (2007): „Die Kehrseite des Aufschwungs. In: *Frankfurter Rundschau* 63. Jg. Nr. 169 vom 24.7.
- Bundeszahnärztekammer (Hg.)(2006): *Leitfaden Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde*. Berlin.
- Egger M, Shang A, Huwiler-Muntener K, Nartey L, Juni P, Dorig S, Sterne JA, Pewsner D „Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebocontrolled trials of homoeopathy and allopathy“. *Lancet*. 2005 Aug 27-Sep 2; 366(9487):726-32.
- Egle UT, H.J. D, Fuhr K (1993): „Kindheitsentwicklung als Prädisposition für ein orofaziales Schmerz-Dysfunktionssyndrom. Empirische Ergebnisse einer kontrollierten retrospektiven Studie“, o.O., zit. nach Ahlers/Jakstat S. 306.
- Eisenberg, D.M.: „Unconventional medicine in the United States: Prevalence, costs, and patterns of use“. *New England Journal of Medicine* 1993; 328:246-252.
- Erikson, Erik .H. (1962): *Kindheit und Gesellschaft*, Klett Stuttgart.
- Euler, Hermann (1949): *Lebenserinnerungen eines Lehrers der Zahnheilkunde*. Hanser München.
- Fleischer-Peters, Annette (1985): „Der orale Bereich aus psychosomatischer Sicht“. In: Schneller /Fleischer-Peters, S. 145-151.
- Frankl, Victor E. (2007): *Ärztliche Seelsorge – Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*, dtv München.
- Freud, Anna (1971): *Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung*, Klett Stuttgart.
- Fromm, Erich (1981): *Jenseits der Illusionen – Die Bedeutung von Marx und Freud*, Rowohlt Reinbek.
- Gaschke, Susanne (2002): *Die Erziehungskatastrophe –Kinder brauchen starke Eltern*, Büchergilde Gutenberg Frankfurt/M.
- Gloy, Karen (1996): *Das Verständnis der Natur – Die Geschichte des ganzheitlichen Denkens*. C.H.Beck Verlag München.

- Graber Thomas M. (1994): „Kiefergelenkprobleme“. In: Schmuth Gottfried.P.F/Vardimon Alexander-D.: *Kieferorthopädie*, Thieme Stuttgart.
- Groddek, Georg (1983): *Krankheit als Symbol*, Fischer Frankfurt.
- Heim, Burghard (1985): *Elementarstrukturen der Materie*, Resch Innsbruck.
- Helöe B, Helöe LA, Heiberg A (1977): „Relationships between sociomedical factors and temporomandibular joint symptoms in norwegians with myofascial pain-dysfunktion syndrome“. *Community Dentistry an Oral Epidemiology* 5:207-12.
- Hontschik, Bernd (2006): *Körper, Seele, Mensch – Versuch über die Kunst des Heilens*, Suhrkamp Verlag Frankfurt am Main.
- Hupfauf, Lorenz (1964): „So genannte motorische Unarten als Ursache für Kiefergelenkerkrankungen und ihre Behandlung“, *Dtsch. zahnärztl. Z.*, 19, 269-272.
- Kopp, S/Sebald W.G./Plato, G. (2000): „Ätiologische und pathogenetische Aspekte der Cranio-Mandibulären Dysfunktion (CMD)“, In: Ahlers/Jakstat, S. 81-100.
- Lamprecht F/ Demel HJ/ Riehl A (1986): „Psychosomatische Befunde bei orofacialem Schmerzdysfunktionssyndrom“. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 32:382-93.
- Lesse, St. (1974): „Atypical facial pain of psychogenic origin“. In: Lesse, St. (Hg.): *Masked Depression*, New York, zit. nach Fleischer / Peters.
- Levine, S. (1971): „Stress and Behavior“, *Sci. Am.* 224, 26.
- Lown, Bernard (2004): *Die verlorene Kunst des Heilens – Anleitung zum Umdenken*, Suhrkamp Verlag Frankfurt/M.
- Melchart D. (2002): „Interesse, Akzeptanz und Inanspruchnahme von Naturheilverfahren“. In: Melchart D, Brenke R, Dobos G et al: *Naturheilverfahren*. Stuttgart Schattauer.
- Mérö, László (2002): *Die Grenzen der Vernunft – Kognition, Intuition und komplexes Denken*, Rowohlt Reinbek.
- Müller-Fahlbusch, Hans (1972): „Über situative Provokation endogener depressiver Phasen“. In: *Med. Welt*, 23, 919.
- Müller-Fahlbusch, Hans/Marxkors, Reinhard (1981): *Zahnärztliche Psychagogik – Vom Umgang mit dem Patienten*, Hanser München / Wien.
- Niaura, Raymond (2008): vgl. <http://www.3sat.de/nano/news/44054/index.html> Die Original-Studie der Forscher von der Brown University in Providence (US-Staat Rhode Island) ist im Fachjournal *Health Psychology* (Bd. 21, Nr. 6) veröffentlicht.
- Raetzke, Peter (1985): „Der Einfluß von Stress auf die oralen Strukturen“. In: Schneller/Fleischer-Peters S. 173-181.
- Sadjiroen, Andreas/Lamparter, Ulrich (2000): „Psychische Faktoren bei Funktionsstörungen des Kauorgans“. In: Ahlers/Jakstat S.281-307.
- Pauleikhoff, Bernhard (1979): *Person und Zeit im Brennpunkt seelischer Störungen*, Hüthig

Heidelberg.

Raith, Eva/Ebenbeck Gerhard (1986): *Psychologie für die zahnärztliche Praxis*, Thieme Stuttgart /New York.

Richter, Horst Eberhard (1970): *Patient Familie*, Rowohlt Reinbek.

Rogers, Carl/Stevens, Barry (2001): *Von Mensch zu Mensch*, Peter Hammer Verlag Wuppertal.

Schneller, Thomas /Fleischer-Peters, Annette (Hg.) (1985): *Anwendung psychologischer Methoden in der Zahnmedizin*, Fachbuchhandlung für Psychologie Verlagsabteilung Frankfurt am Main (abgekürzt: Schneller/Fleischer-Peters).

Todd, J.S. (1993): „Reform of the health care system and professional liability“. *New England Journal of Medicine*; 329: 1733-1735.

Vester, Frederic (1978): *Phänomen Stress – Wo liegt sein Ursprung, warum ist er lebenswichtig, wodurch ist entartet?*, dtv München.

Ulmer, Eberhard (1996): „Verbesserung der Materialverträglichkeit durch Eliminierung der getesteten Stressfaktoren“. In: *GPW*: 3.Jg. 2, S. 22-26.

Ulmer, Eberhard (2001): „Faktor Psyche im Störfeldtest. Die Einbeziehung der Emotionalmittel nach Dr. R. Banis in den Herd-Störfeld-Toxintest mit Lykotronik-AMA, Physio-Energetik bzw. Kinesiologie“. In: *GPW* 6. Jg. 4, S. 20-24.

Volkman, Peter-Hansen (2002): *Ökosystem Mensch – Gesundheit ist möglich*, Co'med Verlag/VBN-Verlag Hochheim/Massenheim/Lübeck.

Waxenegger, I./Endler, P. C./Wulkersdorfer, B./ Spranger H. (2007): *Der prä-therapeutisch angewendete 'kinesiologische Muskeltest' und die individuelle Prognose der Wirksamkeit einer therapeutischen Maßnahme*. Die Arbeit wurde im Rahmen des Master-Fernlehrganges für Komplementäre Gesundheitswissenschaften (www.inter-uni.net) am Interuniversitären Kolleg erstellt und in veränderter Form angenommen von *The Scientific World Journal*.

Weber, Christian (2006): „Heilung aus dem Nichts? Neue Studien, neue Fakten“. In: *FOCUS* 3. April

Weizsäcker, Victor (1949): „Psychosomatische Medizin“, In: *Psyche* 3, 331-341.

Wesiack, Wolfgang (1980): *Psychoanalyse und praktische Medizin*, Klett-Cotta Stuttgart.

Winnicott, Donald W. (1953): „Übergangsphänomene und Übergangsobjekte“, *Psyche* 23, 666.

WHO-Draft Homeopathy: „Review and analysis of reports on controlled clinical trials“, Zit. nach: *The Lancet* 2005; Vol. 366: p. 705.

Zenz, M., Strumpf, M. Willweber-Strumpf, A. (2004): *Taschenbuch der Schmerztherapie – Bochumer Leitlinien zur Diagnostik und Therapie*, WWG Stuttgart.

Žižek, Slavoj- Interview in: Possemeyer, Ines / Unruh, Rainer (2006): „Wir denken, wir seien frei – aber weiß das auch unser Unbewusstes?“ In: *Geo* 05, S. 162- 164.