

BISSFEHLSTELLUNGEN

Frage:

Ich bin 30 Jahre alt. Meine Frau beobachtet, daß ich nachts auffällig mit den Zähnen knirsche, schnarche und unruhig schlafe. Mein Kiefer tut mir morgens weh und ich kann den Mund beim Frühstück kaum öffnen. Ich leide unter Nackenverspannungen. Ich habe ziehende Kopfschmerzen bis hinter die Augen, die vom Rücken her nach oben ziehen. Letztthin bemerke ich, daß mein Zahnfleisch nach dem Zähneputzen auffällig oft blutet. Ich habe seit 6 Monaten Ohrgeräusche und seit 2 Monaten einen Tinnitus. Mein Hals-Nasen-Ohren-Arzt fand eine chronische Rachenreizung und meinte, dies komme vielleicht vom Magen. Ich mache mir viele Gedanken über die Zukunft meiner jungen Familie. Ich versuche am Arbeitsplatz alles vorschriftsmäßig zu erledigen, es gelingt mir aber oft wegen der chronischen Müdigkeit nicht mehr. Gibt es eine ganzheitliche ursächliche Erklärung für meine Beschwerden.

»Du lebst, solange du dich noch durchbeißen kannst.«

Zitat: Michael Marie Jung (*1940)

Antwort:

In Ihrer Situation denke ich als osteopathisch orientierter Arzt tatsächlich an vernetzte Zusammenhänge, die über sogenannte Ursache- Folge- Ketten auch gut verständlich und nachvollziehbar werden. Es kann sein, dass dies schon zu einer allgemeinen Entspannung führt, die sehr gut tun kann. Allein schon zu verstehen, wieso wir unerklärliche und leistungsmindernde Beeinträchtigungen unseres Alltages haben, macht sehr zuversichtlich. Die sogenannten cranosakralen Zusammenhänge zwischen Kopf- Hals Region und Wirbelsäule- Kreuzbein- Beckengürtelregion sind sehr vielfältig und haben oft mit Störfeldern im Kiefer- Zahnbereich zu tun. Vor allem bei hartnäckig verlaufenden Beschwerden sollte man an Bissfehlstellungen denken.

Spannungsfelder in unserem Körper machen sich sehr oft durch übermäßige Muskelspannung bemerkbar. Durch kleine unerwartete Zusatzbelastungen von aussen kommt das Sytem des Bewegungsapparates dadurch ins Ungleichgewicht und in Verspannung. Das verhindert daß wir elastisch und veränderbar bleiben. Wir kommen in die sogenannte Regulationsstarre, die unsere Körperkraft blockiert. Unguter Stress entsteht, wenn unser Körper sein tägliches Streben nach Veränderung nicht mehr verwirklichen kann.

Die Fragebögen zu den jeweiligen Themen sind auch online unter www.prosalus.info abrufbar.

Entsprechende themenbezogene Zusendungen und Fragen können so wie bisher in bewährter Weise direkt an meine E-Mailadresse gruber@prosalus.info oder telefonisch unter **0474 409344** direkt an mich gerichtet werden.



Dr. Rudolf Gruber

Fragebogen zu Bissfehlstellungen:

1= trifft überhaupt nicht zu, 5= trifft genau zu

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Ich leide unter Lichtempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe Flimmern vor den Augen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich sehe doppelt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe Schmerzen hinter den Augen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe eine Fehlsichtigkeit. Ich sehe zu wenig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich knirsche mit den Zähnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe hohe Muskelspannung in der Kaumuskulatur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe abgeschliffene Kauflächen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe Kiefergelenksschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe Kiefergelenksschnacken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich kann den Mund nur bis zwei Finger breit öffnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe blutende Zahnfleischentzündungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe Zungentaubheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe Zungenbrennen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe unerklärliche Schulterschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe hartnäckige Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe unerklärliche Gelenksschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe Taubheit in Armen und Beinen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe Wirbelsäulenfehlfunktionen (Bandscheibe, Skoliose) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe unerklärliche Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe ein Druckgefühl im Kopf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe empfindliche Kopfhaut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe komische Gesichtsschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich leide unter zu großen Alltags Herausforderungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich leide unter abnormaler Müdigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich bin antriebslos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe Ein- und/oder Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich bin auffällig unruhig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich leide unter depressiven Symptomen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe einen therapieresistenten Tinnitus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich leide unter Ohrgeräuschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich leide unter schleichender Hörminderung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe immer wiederkehrende Ohrenschnmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Mir fallen die Ohren immer wieder zu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich leide unter Schwindel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich leide unter Nackensteifigkeit/Hexenschuss | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe generell oft Muskelverspannungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe oft Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe oft eine verstopfte Nase | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich leide unter Heiserkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe einen Kloß im Hals (Globusgefühl) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich muss mich ständig räuspern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich schnarche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe auffällige Stimmveränderungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe oft Gelenksblockierungen im Beckengürtelbereich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich hinke auffällig, habe ein kürzeres Bein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe auffällige Magen-Darmbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich habe auffällig übelriechenden Mundgeruch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ERGEBNIS:

- <80 Punkte:** Die Gebissituation scheint keine störende Rolle zu spielen.
- 81-160 Punkte:** Lassen Sie Ihre Beschwerden vom entsprechenden Facharzt (HNO, Zahnarzt, Orthopäde) abklären.
- >160 Punkte:** Lassen Sie sich osteopathisch untersuchen, wahrscheinlich gibt es vernetzte Zusammenhänge, die mit Bissfehlstellungen zusammenhängen.