

# Der Muskeltest der Applied Kinesiology in der zahnärztlichen Praxis

Frank Bittmann

In der ganzheitlich ausgerichteten Zahnmedizin – besonders wenn sie mentale Techniken wie die Hypnose einsetzt – wird das stomatognathe System nicht isoliert betrachtet, sondern als integraler Bestandteil eines komplexen sozio-psycho-somatischen Organismus. Aufgrund der hoch vernetzten Integration des Kauapparates in das Nerven- und das Lymphsystem und damit in das Immunsystem und das Akupunktur-Leitbahnsystem sind mannigfaltige reflektorische Auswirkungen auf vom Dentalbereich entfernte Organe und Funktionen möglich. Es ist dabei nicht immer einfach, das mehrdimensionale Netzwerk von Wirkfaktoren zu verstehen. Für die Navigation in diesem Dschungel von Kausalitäten kann die Applied Kinesiology (AK) wertvolle Hilfe leisten.

AK hilft beim Verstehen und Beherrschen alltäglicher zahnärztlicher Probleme, wie Okklusionsstörungen, craniomandibulärer Dysfunktion, Reosifikationsstörungen, Restostitiden, Zahnverlagerungen, craniosacralen Störungen, immunologisch anfälligen Odontonen (z. B. nach Wurzelkanalbehandlung oder WSR, Beherdungen), Frühkontakte, stofflichen Problemen oder toxischen Belastungen. AK kann aber auch gut bei mentalen Gesundheitsproblemen eingesetzt werden und bietet sich daher auch ergänzend zu Hypnosebehandlungen an.

Das Internationale Supervisionsseminar der DGZH im April 2009 auf Gozo gab Gelegenheit zu einer ersten Einführung in die AK. Hierbei wurden

einige wenige – im Behandlungsstuhl gut durchführbare – Muskeltests vermittelt und geübt. Neben den Grundwerkzeugen ging es um den AK-Zugang bei Störungen des Odontons, bei CMD und bei mentalem Stress. Aufgrund der vielen Berührungspunkte zwischen Zahnmedizin, Hypnose und AK wurde im Ergebnis des Workshops vereinbart, den DGZH-Mitgliedern einen speziell für die Bedürfnisse von Zahnärzten und Hypnosetherapeuten zugeschnittenen AK-Einführungskurs anzubieten (1. Dezemberwochenende 2009 in Potsdam; siehe Ankündigung in diesem Heft). Nachfolgend soll Interessierten und Neugierigen das System der Applied Kinesiology etwas nähergebracht werden.

## Zur Geschichte der AK

Applied Kinesiology wurde vom amerikanischen Chiropraktor (DC) George Goodheart (1919–2008) begründet. In den 1960er-Jahren machte er die Beobachtung, dass sich die Ergebnisse von klinischen Muskelprüfungen (z. B. der in der Chiropraxis gebräuchlich Tests nach Lovett oder Kendall) nach einer Behandlung qualitativ deutlich veränderten. Als guter Beobachter begann er, das Phänomen systematisch zu ergründen, und entdeckte empirisch zahlreiche Zusammenhänge zwischen Muskelfunktion und Zustand des Organismus. In der Folge fanden viele Behandler dieses Phänomen in der Praxis bestätigt und wandten es an. Inzwischen sind es viele Tausend weltweit. 1974 wurde

von Goodheart und der fachlichen Gruppe, die sich inzwischen um ihn gebildet hatte, das International College of Applied Kinesiology (ICAK) gegründet, aus dem inzwischen regionale Chapters hervorgegangen sind (Australien, Benelux, Brasilien, Kanada, Deutschland, Frankreich, Italien, Neuseeland, Österreich, Russland, UK, USA, ...).

## Was ist AK?

AK ist in ihrer Grundanlage zunächst kein Therapiesystem (wenngleich sich einige Therapietechniken daraus entwickelt haben). Es handelt sich vielmehr um ein diagnostisches Prinzip, das hilft,

– die Kausalität von gesundheitlichen Störungen eines Individuums zu verstehen und damit

– die Zielgenauigkeit von Behandlungen zu verbessern.

Sie stützt sich hierzu auf den von Goodheart entwickelten Muskeltest und – unter Verwendung des Tests – auf zwei diagnostische Prozeduren, die sogenannte Therapielokalisation und die Challenge.

AK ist kein in sich geschlossenes System, sondern ein offenes Prinzip. Dieses beruht darauf, dass überprüft werden kann, ob ein Stressor die homöostatische Regulation des komplexen Biosystems Mensch behindert bzw. ob eine Intervention das System entlastet. Es ist dabei weitgehend unabhängig von der Art des Stressors bzw. der helfenden Intervention, also nicht auf bestimmte medizinische

Fachgebiete, Therapiesysteme o. Ä. eingeschränkt. Es kann damit überall dort angewandt werden, wo das Reiz-Reaktions-Prinzip wirksam ist. Demnach sind die meisten Phänomene der AK-Diagnostik und -Therapie durch funktionell neurologische Gesetzmäßigkeiten erklärbar. Die Einsatzfelder entwickeln sich daher ständig weiter.

Der Ansatz wird damit auch der Komplexität und dem daraus resultierenden nichtlinearen Verhalten des Biosystems Mensch gerecht. Die hochkomplexe Vernetzung tausender Regelsysteme bedingt, dass sich ein Organismus unter gleichen Rahmenbedingungen völlig unterschiedlich verhalten kann. Daher führt auch die lineare Herangehensweise der evidenzbasierten Medizin (EbM), die eine äußere (vom Behandler unabhängige) Evidenz bietet, zu nur unbefriedigenden Ergebnissen. Während sich EbM auf statistische Gruppeneffekte stützt, liefert der AK-Muskeltest Hinweise auf die ganz individuelle aktuelle Regulations- und damit Reaktionslage eines Individuums und damit einen Beitrag zur inneren Evidenz, ohne die eine individuelle Betreuung nicht möglich ist.

### Der AK-Muskeltest

Beim kybernetischen Muskeltest nach Goodheart soll der Patient eine bestimmte, für jeden Muskel spezifische Position beibehalten, während der Tester mit steigender Kraft gegen die Bewegungsrichtung des Muskels

drückt. Es geht dabei darum, dass der Muskel einer steigenden, vom Tester erzeugten äußeren Kraft widersteht. Hierzu muss die äußere Kraft sensorisch erfasst und die adäquate Muskelantwort via motorische Steuerzentren exakt berechnet werden. Wenn der muskuläre Output während des Kraftanstiegs immer dem applizierten Input entspricht, liegt eine ungestörte motorische Regulation vor. Die Kraft bewegt sich dabei meist im submaximalen Bereich. Damit prüft der Test nicht die (Maximal-)Kraft, sondern die regulatorische, kybernetische Qualität der Steuerung. Sollte der Output niedriger als der Input sein, wird der getestete Körperteil nachgeben, was als neuromuskuläre Inhibition gewertet wird. Es ist davon auszugehen, dass dieses Phänomen auftritt, wenn in den infrage kommenden Regelzentren (spinal, Formatio reticularis, Thalamus) Störsignale (Nozizeptionen, Propriozeption und andere sensorische Inputs, zentrale Aufschaltungen, ...) zu einer Modulation der motorischen Ansteuerung führen.

Der AK-Muskeltest alleine liefert nie diagnostische Sicherheit! Eine ausschließlich auf dem Test beruhende Diagnosestellung ist unzulässig. Das Ergebnis des Muskeltests ist als Fingerzeig auf Lokalisation und Art einer Störung zu verstehen und sollte mit den dafür adäquaten diagnostischen Mitteln verifiziert werden. Unter Umständen führen auch probatorische Behandlungsversuche weiter.

Kasuistik: So führte bei einem jungen Fußballer eine minimale probatorische Sondierung in der Area 28 zur Bestätigung des Verdachts einer chronischen Kieferostitis, die mit der Bildgebung (Rö, Dental-CT) nicht darstellbar war. Im AK-Tests war die Regio 28 zuvor wiederholt klar positiv gewesen. Der Test führte nach über 19 Monaten Beschwerden zu der letztlich wirksamen Therapie, der Revision des Extraktionsgebietes.

### Wissensbasierung des AK-Tests

Der kybernetische Muskeltest nach Goodheart wurde aus der Praxisbeobachtung heraus empirisch gefunden. Seither machen viele tausend Behandler und Patienten verblüffende Erfahrungen mit diesem Werkzeug. Mit Hilfe der AK erreichen wir derzeit in unserem eigenen Potsdamer Behandlungszentrum bei mehr als 60 % der Patienten eine deutliche Beschwerdeminderung. Diese Patienten haben im Durchschnitt seit mehr als vier Jahren ihre Beschwerden und mehr als drei Behandlungsversuche absolviert und gelten in vielen Fällen als austerapiert. (Ergebnisse dieser Erhebung werden demnächst veröffentlicht.) Dies spricht für eine beachtliche Leistungsfähigkeit des Systems.

2007 legten Cuthbert und Goodheart (jr.) eine Übersicht über die wissenschaftliche Studienlage zum manuellen Muskeltest vor. Sie recherchierten über 100 Studien unterschiedlicher Qualität, die sich mit der klinischen Effizienz und den Gütekriterien des

Tests befassten, darunter 12 hochwertige RCT-Studien. Darin wurden gute bis exzellente Reliabilitätswerte festgestellt und auch Hinweise für die Validität des Tests gefunden. Nach aktuellem Stand kann demnach der Test als wissenschaftlich begründet angesehen werden.

Demgegenüber liegen bisher kaum wissenschaftliche Beweise für die speziellen AK-Methoden der Therapielokalisation und der Challenge vor. Deren Anwendung basiert

gegenwärtig noch auf Empirie und Hypothesen. Während die Güte des in der AK eingesetzten Muskeltests also als nachgewiesen gelten kann, stehen Beweise für die AK in toto noch aus. Hier besteht erheblicher Forschungsbedarf für die Zukunft. Die Professur für Regulative Physiologie und Prävention der Universität Potsdam ist derzeit mit Arbeiten auf diesem Gebiet befasst.



Prof. Dr. rer. nat. habil.

Frank Bittmann

Univ. Potsdam, Humanwissenschaftliche Fakultät

Dpt. Regulative Physiologie

Am Neuen Palais 10, Haus 12

14469 Potsdam

bittmann@uni-potsdam.de