

Mayer J / Standen C

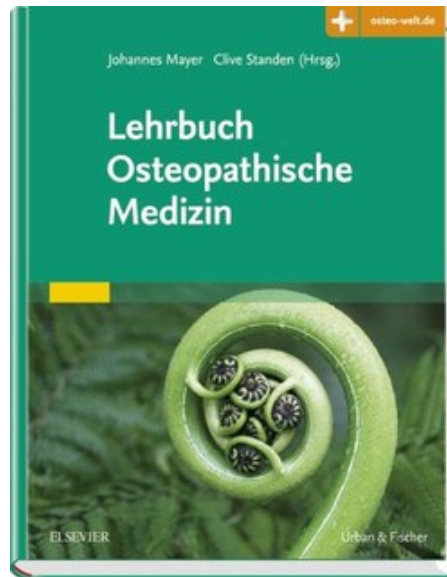
Lehrbuch Osteopathische Medizin

Reading excerpt

[Lehrbuch Osteopathische Medizin](#)

of [Mayer J / Standen C](#)

Publisher: Elsevier Urban&Fischer Verlag



<http://www.narayana-verlag.com/b21008>

In the [Narayana webshop](#) you can find all english books on homeopathy, alternative medicine and a healthy life.

Copying excerpts is not permitted.

Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern, Germany

Tel. +49 7626 9749 700

Email info@narayana-verlag.com

<http://www.narayana-verlag.com>



Inhaltsverzeichnis

1	Geschichte und Philosophie der Osteopathie	1	4	Stills Philosophie der Osteopathie – ein neuer Blickwinkel	29
1	Einführung in die Geschichte der Osteopathie			Christian Hartmann	29
	Christian Hartmann	3	4.1	Auf dem Weg zu einer Philosophischen Osteopathie	29
1.1	Osteopathie – eine rasante Entwicklung	3	4.1.1	Vorbemerkung	29
1.2	Die osteopathische Geschichtsforschung	3	4.1.2	Geschichte	30
1.3	Einleitung zum Abschnitt I	4	4.1.3	Bemerkungen zu diesem Kapitel	30
2	Wissenschaftliche, kulturelle und politische Zusammenhänge im 19. Jahrhundert		4.2	Die Kunst, Still zu interpretieren	31
	Martin Ingenfeld	7	4.2.1	Problematische Deutung	31
2.1	Politische und gesellschaftliche Entwicklungen in den Vereinigten Staaten des 19. Jahrhunderts	8	4.2.2	Voraussetzungen zur Analyse der Texte A.T. Stills	32
2.2	Der geistige Möglichkeitsraum der Osteopathie	10	4.2.3	Philosophie – eine Annäherung	32
2.2.1	Religiöse Erweckungsbewegungen im 19. Jahrhundert	11	4.3	Stills philosophische Osteopathie	33
2.2.2	Der Methodismus	12	4.3.1	Wissenschaftliche Erkenntnis	33
2.2.3	Freimaurerei, Swedenborgianismus, Spiritismus: Esoterische Metaphysik und Alternativmedizin	12	4.3.2	Kunsthandwerk statt Handwerk	34
2.2.4	Die Transzendentalisten	14	4.3.3	Stills Sprache	35
2.3	Entwicklungen in Medizin und Naturwissenschaften des 19. Jahrhunderts	14	4.3.4	Der Ausdruck „Philosophie der Osteopathie“	38
2.3.1	Die „heroische“ Medizin und ihre Gegner in den Vereinigten Staaten	15	4.3.5	Der Begriff „Philosophie“	38
2.3.2	Zur Entstehung einer naturwissenschaftlich orientierten Medizin	15	4.4	Hypothese	39
2.3.3	Die Evolutionstheorie	16	4.5	Fazit	39
3	Die Entwicklung der Osteopathie durch Andrew Taylor Still		5	John Martin Littlejohn: ein visionäres Paradoxon	
	Jason Haxton	19		John C. O'Brien	43
3.1	Die europäischen und indianischen Vorfahren von A. T. Still	19	5.1	Die Familie Littlejohn	43
3.2	Überleben als Siedler in Missouri – die Kindheit von A. T. Still	20	5.2	Sozialgeschichtliche Hintergründe	44
3.3	Ereignisse, die zur Entdeckung der Osteopathie führten	21	5.3	Bedeutung der familiären Bindungen	44
3.4	William Smith besucht Andrew Taylor Still	25	5.4	Die „Osteopathische Läsion“	45
3.5	Die Anfänge der ersten osteopathischen Schule	26	5.5	Die besondere Beziehung zwischen J. Martin Littlejohn und seinem Bruder James Buchan Littlejohn	47
3.6	Littlejohn-Training und andere internationale Schulen	27	5.6	British School of Osteopathy (BSO)	48
			5.7	Schlussbetrachtung	49
			6	Osteopathie – die ersten 50 Jahre	
				Zachary Comeaux	51
			6.1	Die Wurzeln der Osteopathie	51
			6.2	Die American School of Osteopathy	52
			6.2.1	Freunde und Feinde	53
			6.2.2	Verantwortlichkeit in der Medizin	54
			6.2.3	Integration	55
			6.2.4	International	55
			6.2.5	Osteopathisches Betätigungsfeld	56
			6.2.6	Konsolidierung und Wachstum	56

7	Die weltweite Ausbreitung der Osteopathie	9.2.2	Implantation und Differenzierung des Trophoblasten	98
	Zachary Comeaux			
7.1	Bedeutung der Geschichte	9.2.3	Differenzierung des Embryoblasten	100
7.2	Eine neue medizinische Fachrichtung – warum sich Sorgen machen?	9.3	Gastrulation	100
7.3	Die britische Erfahrung	9.3.1	Festlegung der Körperachsen	101
7.4	Osteopathie in Europa	9.3.2	Bildung des Primitivstreifens und Entstehung der Keimblätter	102
7.4.1	Frankreich	9.3.3	Entstehung und Bedeutung der Chorda dorsalis	103
7.4.2	Deutschland	9.4	Primäre Neurulation	104
7.4.3	Andere europäische Länder	9.5	Ausbildung der dreidimensionalen körperlichen Gestalt	107
7.5	Verbreitung außerhalb Europas	9.6	Ganzheitliche Entwicklungskonzepte	107
7.5.1	Südamerika	9.6.1	Dreigliedrigkeit in der menschlichen Entwicklung	108
7.5.2	Australien	9.6.2	Kinetische Embryologie nach Blechschmidt	108
7.5.3	Neuseeland			
7.5.4	Kanada			
7.5.5	Japan			
7.5.6	China			
7.5.7	Afrika			
7.6	Eine Einheit bilden			
II	Wissenschaftliche Basis der Osteopathie			
8	Das Faszien­system: Embryologie, Organisation und Zusammensetzung			
	Mark D. Schuenke, Joel Talsma und Frank H. Willard			
8.1	Embryonaler Ursprung	10	Zentrales und peripheres, somatisches und autonomes Nervensystem	111
8.2	Vier Hauptfaszienschichten		Winfried Neuhuber und Marion Raab	111
8.2.1	Oberflächliche Faszie	10.1	Definitionen	111
8.2.2	Tiefe Faszie oder Hüllfaszie	10.2	Zentrales Nervensystem	111
8.2.3	Meningeale Faszie	10.2.1	Allgemeines	111
8.2.4	Viszerale Faszie	10.2.2	Rückenmark	111
8.3	Zusammensetzung	10.2.3	Hirnstamm	113
8.3.1	Faszienkomponenten	10.2.4	Zwischenhirn	115
8.3.2	Bedeutung der Faszienkomponenten bei der Mechanotransduktion	10.2.5	Endhirn	118
		10.2.6	Kleinhirn	120
9	Grundlagen der Embryologie aus osteopathischer Sicht	10.3	Peripheres Nervensystem	120
	Marion Raab und Winfried Neuhuber	10.4	Somatisches (zerebrospinales) Nervensystem	122
9.1	Präimplantationsentwicklung: von der befruchteten Eizelle zur Blastozyste	10.5	Autonomes Nervensystem	122
9.1.1	Befruchtung	11	Mechanotransduktion: von der zellulären Ebene bis zum ganzen Körper	127
9.1.2	Furchungsteilungen (Tubenei)		Robert Schleip	127
9.1.3	Kompaktierung (Morula, Blastomere) und Polarisierung	11.1	Passive Biomechanik: meist keine ausreichende Erklärung	127
9.1.4	Blastogenese	11.2	Fibroblasten – die Baumeister faszialer Strukturen	128
9.1.5	Genetische und epigenetische Regulation am Beispiel der Präimplantationsentwicklung	11.3	Womit nehmen die Fibroblasten unsere mechanische Stimulation wahr?	128
9.2	Implantation der Blastozyste und Differenzierung von Trophoblast und Embryoblast	11.4	Einfluss der Konstitution auf die zelluläre Dynamik	129
9.2.1	Schlüpfen (Hatching) der Blastozyste	11.5	Welche mechanische Stimulation bewirkt welche Fibroblastenreaktion?	129
		11.6	Einfluss anderer Faktoren auf die zelluläre Dynamik	131
		11.7	Myofasziale Zugübertragung auf regionaler Ebene	131
		11.8	Mehrgelenkige myofasziale Ketten	132

12	Neurobiologische Grundlagen der Osteopathie Harald Walach, Stefan Schmidt und Marc Wittmann	135	14.4	Behandlungsansätze	163
12.1	Konzeptuelle Grundlagen – das Leib-Seele Problem	135	14.4.1	Biodynamik	163
12.2	Das Komplementaritätsprinzip zum Verständnis leib-seelischer Einheit und phänomenologischer Dualität	136	14.4.2	Focusing	163
12.3	Neurobiologische Aspekte	137	14.4.3	Psychosomatoformes Behandlungsbeispiel	164
12.3.1	Regulation peripherer Wahrnehmungen und zentrale Repräsentationen interozeptiver Signale	137	14.5	Evidenzbasierte Medizin	164
12.3.2	Die Gleichwertigkeit von Realität und Imagination im Gehirn	139	14.6	Placebo und Nocebo	165
12.3.3	Die Bedeutung des autonomen Nervensystems	140	14.7	Trauma	166
12.3.4	Neuroimmunologische Aspekte	141	14.8	Folgerungen	166
13	Soziale Kompetenz und Achtsamkeit in der Osteopathie Holger Pelz	145	15	Eine anthropo-ökologische Sichtweise Stephen Tyreman	169
13.1	Begrifflichkeit der Achtsamkeit	145	15.1	Die Verpflichtung der Osteopathie gegenüber dem „medizinischen Modell“	169
13.2	Anwendung von Achtsamkeit	147	15.2	Ganzheitlicher Ansatz	170
13.2.1	Anwendung der Achtsamkeit durch Osteopathen	147	15.3	Die zentrale Bedeutung der Beziehungen	171
13.2.2	Anwendung der Achtsamkeit durch Patienten	147	15.4	Ätiologische und ökologische Medizin	172
13.3	Kompetenz durch Achtsamkeit	148	15.5	Menschliches Handeln	174
13.4	Achtsamkeit und Osteopathie im biodynamischen Bereich	150	III	Osteopathische Forschung	177
13.5	Achtsamkeit und Emotionen	151	16	Osteopathische Forschung – die Entwicklung einer Forschungstradition Hollis King	179
13.6	Achtsamkeit und Empathie	151	16.1	Frühe osteopathische Forschung	179
13.7	Achtsamkeit und soziale Kompetenz	153	16.2	Erkrankungen des Bewegungsapparats	180
14	Psychotherapie und Osteopathie Holger Pelz	157	16.3	Gynäkologie und Geburtshilfe	181
14.1	Begrifflichkeiten	157	16.4	Funktionen des Immunsystems	182
14.2	Psychotherapie und Osteopathie	158	16.5	Systemische Krankheiten und physiologische Funktionen	182
14.2.1	Psychotherapie	158	16.6	Pädiatrie	183
14.2.2	Osteopathie	159	16.7	Ausblick	184
14.3	Beziehungsaspekte von Psychotherapie und Osteopathie	159	17	Statistische Prinzipien in der Forschung Gregor Slavicek	187
14.3.1	Übertragungen	159	17.1	Statistische Prinzipien	187
14.3.2	Kompensation und Dekompensation	160	17.1.1	Begriffsbestimmungen	187
14.3.3	Autonomes Nervensystem	160	17.1.2	Hypothesen	188
14.3.4	Faszien, intero- und exterozeptive Effekte	160	17.1.3	Fehler erster und zweiter Art	189
14.3.5	Somato und Emotio	161	17.2	Daten in statistischen Auswertungen	189
14.3.6	Emotion	161	17.2.1	Einteilung von Daten	189
14.3.7	Gefühl	161	17.2.2	Wahrscheinlichkeiten	190
14.3.8	Verknüpfungen und Speicherungen	162	17.2.3	Freiheitsgrad (Degrees of Freedom)	191
14.3.9	Beispiel	162	17.3	Deskriptive Statistik	191
			17.3.1	Grafische Darstellung von Daten	191
			17.3.2	Kennzahlen	191
			17.3.3	Verteilung von Daten	192
			17.4	Induktive Statistik	193
			17.4.1	Student-t-Test	193
			17.4.2	Varianzanalyse (ANOVA)	194
			17.4.3	Nichtparametrische Tests	194
			17.4.4	Suche nach Zusammenhängen	195

18	Prinzipien der qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden Gregor Slavicek	197	20.4	Formen der Anamneseerhebung	231
18.1	Unterschiede qualitativer und quantitativer Methoden	197	20.5	Probleme und Besonderheiten bei der Anamneseerhebung	232
18.2	Methodentriangulation	199	20.6	Komponenten der osteopathischen Anamnese ..	233
18.3	Die Befragung als Instrument der qualitativen und quantitativen Forschung	199	20.6.1	Beschwerden oder Grund der Vorstellung	233
18.3.1	Gestaltung eines Fragebogens	200	20.6.2	Unterschiedliche Typen von Fragen	233
18.4	Quantitative und qualitative Methoden der Datenerhebung	202	20.6.3	Kontext der Anamnese	234
18.4.1	Fragebogen	202	20.6.4	Inhalt der Anamnese	234
18.4.2	Qualitative Interviews	203	20.7	Humor	235
18.5	Auswertung und Analyse qualitativer Daten	205	20.8	Beispiele	235
18.6	Gütekriterien quantitativer und qualitativer Forschung	206	21	Die Kunst der Palpation	
18.6.1	Gütekriterien quantitativer Forschung	206	Johannes Mayer	237	
18.6.2	Gütekriterien qualitativer Forschung	207	21.1	Definitionen	237
19	Grundlagen der osteopathischen Behandlungsevaluation Carol Fawkes	209	21.2	Osteopathische Aspekte der Perzeption	237
19.1	Die Praxis überprüfen	209	21.3	Osteopathische Aspekte der Interozeption	238
19.1.1	Datenerfassung in der Praxis	210	21.4	Ebenen der Palpation	238
19.1.2	Nutzen der standardisierten Datenerfassung	210	21.4.1	Struktur	239
19.1.3	Durchführung der standardisierten Datenerfassung in einer Praxis	210	21.4.2	Gewebe	239
19.2	Klinisches Audit	210	21.4.3	Bewegung	240
19.2.1	Entwicklung	210	21.4.4	Rhythmus	240
19.2.2	Definition	211	21.4.5	Flüssigkeiten	241
19.2.3	Clinical Governance	211	21.4.6	Energetik	242
19.2.4	Nutzen	211	21.4.7	Kommunikation	244
19.2.5	Service-Evaluation, Audit, Datenerfassung und Forschung	212	21.5	Traditionelle Sicht der osteopathischen Palpation	245
19.2.6	Ethik	213	21.6	Palpationstraining	246
19.2.7	Inhalt	213	21.7	Intuition und implizites Wissen	246
19.2.8	Bedeutung für die Osteopathie	213	21.7.1	Wissenschaftliche Grundlagen der Intuition	247
19.2.9	Durchführung	214	21.7.2	Training der Intuition:	247
19.3	Weitere Informationsquellen	219	21.7.3	Intuitionsbarrieren	247
19.3.1	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) und Audit	219	21.7.4	Praxistipps für eine verbesserte Intuition in der Osteopathie	247
19.4	Audit in der Praxis – ein Arbeitsbeispiel	220	21.7.5	Intuition als psychologischer Prozess	248
19.5	Glossar	222	21.8	Intuition und der „metapersonale Raum“	248
IV	Diagnose und Grundsätze der osteopathischen Behandlung	227	21.8.1	Der Begriff „metapersonaler Raum“	248
20	Die Anamnese aus osteopathischer Sicht Clive Standen	229	21.8.2	Die osteopathische Perspektive im metapersonalen Raum	248
20.1	Konsultationsmodelle – eine Übersicht	229	21.9	Worin liegt die Kunst der Palpation?	249
20.2	Die osteopathische Anamnese	230	21.9.1	Wie wird man Experte in der Palpation?	249
20.3	Ansätze zur Informationsgewinnung	231	21.9.2	Wie kann man Palpation systematisch trainieren?	249
			21.9.3	Gibt es in der Palpation eine Kunst und worin liegt sie?	250
			22	Wissenschaftliche Grundlagen der Palpation Martin Grunwald und Stephanie Müller	251
			22.1	Haptik: Die Wissenschaft über das Tastsinnesystem	251
			22.2	Exterozeption	252
			22.3	Haptische versus taktile Wahrnehmung	253
			22.4	Propriozeption	253

22.5	Interozeption	254	26	Klinischer Einsatz der anthropo-ökologischen Sichtweise	
22.6	Wahrnehmungsschwellen des haptischen Systems	255		Stephen Tyreman	295
22.7	Der Haptik-Schwellen-Test	256	26.1	Nutzen, Fähigkeitigkeit und Organ	295
22.8	Vibration	257	26.2	Die anthropologische Sichtweise	298
22.9	Temperatur	258	26.2.1	Personenzentrierter Ansatz	298
22.10	Rezeptoren des haptischen Systems	258	26.2.2	Performative Handlungsfähigkeit	299
22.11	Kortikale Prozesse des haptischen Systems	260	26.2.3	Osteopathische klinische Anwendung	301
22.12	Das haptische System im Lebensverlauf	260	26.2.4	Osteopathischer Fokus	302
22.13	Training des haptischen Systems	261		Grundsätze osteopathischer Behandlung ...	305
22.13.1	Leipziger Haptik-Training	263		27	Osteopathische Behandlungsprinzipien
23	Screening – Scanning – Examination			Michael L. Kuchera	307
	Bernhard Ewen	267	27.1	Ziele/Lerninhalte	307
23.1	Kompensation – Adaptation – Dekompensation ..	268	27.2	Osteopathische Verordnung	307
23.2	Screening	269	27.3	Charakteristische osteopathische Behandlungsprinzipien	308
23.2.1	Visuelles Screening	269	27.4	Allgemeine Behandlungsprinzipien	311
23.2.2	General Listening	269	27.5	Auf den vier osteopathischen Grundsätzen beruhende Behandlungsprinzipien	311
23.2.3	Parietales Screening	271	27.6	Auf den fünf Behandlungsmodellen der Osteopathie beruhende Behandlungsprinzipien ...	312
23.2.4	Kraniosakrales Screening	273	27.7	Umsetzen der Behandlungsprinzipien mit integrierten Ansätzen	314
23.2.5	Thermodiagnostik nach Barral	273	27.8	Behandlungsprinzipien, die darauf beruhen wie, wo und wann eine osteopathische Behandlung erfolgen soll	316
23.3	Scanning	274	27.9	Mit OMT-Techniken zusammenhängende Behandlungsprinzipien	322
23.3.1	Allgemeine Scanning-Prozeduren	274		28	Selbsteilungsprozesse und osteopathische Behandlung: prozeduraler Ansatz
23.3.2	Viszerales Scanning	275		Eyal Lederman	325
23.3.3	Kraniosakrales Scanning	275	28.1	Warum benötigen wir ein neues klinisches Modell?	325
23.3.4	Parietales Scanning	276	28.2	Die drei Heilungsprozesse	326
23.3.5	Fazilitiertes Segment	277	28.3	Sich überschneidende Prozesse	327
23.4	Algorithmen	278	28.4	Einfluss von Umgebung und Verhalten auf die Heilung	328
23.5	Schlussbemerkungen	278	28.4.1	Verhalten und reparative Umgebung	328
			28.4.2	Verhalten und adaptative Umgebung	329
24	Primärläsion, Schlüsselälsion, Sequenzierung		28.4.3	Verhalten und Symptomlinderung	329
	Edward G. Stiles	281	28.5	Multidimensionale heilungsfördernde Umgebung	330
24.1	Historische Aspekte	281	28.6	Die Heilung beeinträchtigende Faktoren	331
24.2	Die Screening-Untersuchung	282	28.7	Functioncise und Selbstbehandlung	331
24.2.1	Ablauf der Untersuchung	282	28.8	Bedeutung osteopathischer Techniken bei einem prozeduralen Ansatz	332
24.2.2	Interpretation der Screening-Daten	283			
24.2.3	Behandlungsergebnisse	285			
25	Osteopathie: Red Flags und Yellow Flags				
	Jean-Michel Besnard	289			
25.1	Red und Yellow Flags	289			
25.2	Allgemeine Punkte	289			
25.3	Patientenabhängige Faktoren	290			
25.4	Red und Yellow Flags abhängig von der Behandlungstechnik	290			
25.4.1	Kontraindikationen gegen direkte Techniken	292			
25.4.2	Kontraindikationen gegen indirekte Techniken	292			

29	Historische Entwicklung der osteopathischen Techniken		32	Best Practice in Osteopathie und osteopathischer Medizin	
	Christian Fossum	339		Clive Standen und Johannes Mayer	385
29.1	Hintergrund	339	32.1	Ansätze zur Analyse von Best Practice	385
29.2	A.T. Still und manipulative Techniken	339	32.2	Best Practice im rechtlichen Rahmen	386
29.3	Jenseits der Gelenkkomplexe in den Anfängen der Osteopathie	341	32.3	Best Practice in Weiterbildungs- und Ausbildungsprogrammen	386
29.4	Die Bänder ... und die Faszien	342	32.3.1	Die Regulierungsinstanz	386
29.5	Die Entwicklung der Faszientechniken	343	32.3.2	Die Ausbildungseinrichtungen	386
29.6	Reflexechniken	344	32.3.3	Die Berufsverbände	387
29.7	Historische Betrachtung: „knacken oder nicht knacken“	345	32.3.4	Kollektive „edukative Best Practice“	387
29.8	Vom Prinzip der Übertreibung zu indirekten Techniken	345	32.4	Bedeutung der Osteopathie	387
29.9	Muskeln	346	32.4.1	Bedeutung aus Sicht des Berufsstands	387
29.10	Moderne Still-Techniken	347	32.4.2	Bedeutung aus Sicht der WHO	388
29.11	Klassifikation der osteopathischen Techniken	347	32.5	Gemeinsame Kernkompetenzen	388
			32.6	Kernkompetenzen osteopathisch tätiger Ärzte	389
			32.7	Good Practice in der Osteopathie	389
			32.8	Sichtweisen zur Best Practice	390
			32.8.1	Best Practice als Vorgang	390
			32.8.2	Best Practice und Systemtheorie	390
			32.8.3	Konzept der klinischen Praxis in der Osteopathie	391
			32.8.4	Best Practice und die Einstellung zur Osteopathie	392
			32.8.5	Der Weg zum osteopathischen Experten	393
30	Osteopathie und Übungen		V	Therapeutische Strategien in der osteopathischen Praxis – nach Regionen	
	Thomas Seebeck	351			
30.1	Was sind „osteopathische Übungen“?	351	33	Einleitung: Therapeutische Strategien in der osteopathischen Praxis	
30.2	Einsetzbarkeit osteopathischer Eigenübungen in der Praxis	351		Johannes Mayer und Clive Standen	397
30.2.1	Allgemeines	351	33.1	Grundsätzliche Anmerkungen	397
30.2.2	Osteopathische Eigenübungen nach Fulford	352	33.2	Aufbau der Abschnitte V und VI	397
30.3	Osteopathische Selbstbehandlungen	355	33.3	Gibt es diagnostische und therapeutische Unterschiede zwischen ärztlichen Osteopathen und Osteopathen?	398
30.3.1	Die Grundstruktur der Übungsabläufe	355		Kopf und Gesicht	399
30.3.2	Übungseinbindung in osteopathische Behandlungskonzepte	356	34	Kopfschmerzen aus neurologischer Sicht	
30.3.3	Zentrierungsübung	365		Ingo Schmitz	401
31	Osteopathie und andere komplementäre/traditionelle Methoden		34.1	Kopfschmerzen mit akutem Handlungsbedarf	401
	Rupert Lebmeier	369	34.1.1	Hirndrucksteigerung	402
31.1	Begriffsbestimmung	369	34.1.2	Subarachnoidalblutung	402
31.1.1	Komplementäre Medizin	369	34.1.3	Andere Hirnblutung	403
31.1.2	Schulmedizin	369	34.1.4	Meningitis	403
31.1.3	Naturheilverfahren	369	34.1.5	Hirntumor	403
31.1.4	Traditionelle Methoden	369	34.1.6	Riesenzellarteriitis	403
31.2	Grundlagen der biologischen Medizin	370	34.1.7	Akutes Glaukom	403
31.2.1	Bindegewebe – Verknüpfung und Information	370	34.2	Primäre Kopfschmerzen	404
31.2.2	Säure-Basen-Regulation	371	34.2.1	Migräne	404
31.3	Regulative Verfahren	373	34.2.2	Spannungskopfschmerz	404
31.3.1	Diagnostik	373			
31.3.2	Ausleitende Heilverfahren	374			
31.3.3	Regulierende Verfahren	377			
31.3.4	Ausleitendes und regulatives Verfahren: Homotoxikologie	381			
31.4	Phytotherapie	382			

34.2.3	Trigeminale autonome Kopfschmerzen	405	36	Schwindel aus medizinischer und osteopathischer Sicht	
34.2.4	Andere primäre Kopfschmerzen	405		<i>Ines Repik</i>	421
34.3	Sekundäre Kopfschmerzen	406	36.1	Anamnese	421
34.3.1	Traumatisch bedingte Kopfschmerzen	406	36.2	Klinische Diagnostik	422
34.3.2	Kopfschmerzen durch gefäßbedingte Störungen des Kopfes bzw. Halses	406	36.2.1	Durchführung	422
34.3.3	Kopfschmerzen durch nicht gefäßbedingte intrakranielle Störungen	406	36.3	Schwindelursachen und osteopathische Behandlungsansätze	424
34.3.4	Durch Substanzeinnahme oder deren Entzug bedingte Kopfschmerzen	406	36.3.1	Internistische Erkrankungen	424
34.3.5	Infektbedingter Kopfschmerz	407	36.3.2	Peripher-vestibuläre Störungen	425
34.3.6	Kopfschmerz bei Störungen der Homöostase	407	36.3.3	Zentral-vestibuläre Störungen	427
34.3.7	Kopf- oder Gesichtsschmerz	407	36.3.4	Okuläre Störungen	427
34.3.8	Kopfschmerz im Zusammenhang mit psychiatrischen Erkrankungen	407	36.3.5	Störungen der Kopf-Körper-Position, vertebrogenen Schwindel, posturale Instabilität	428
34.4	Atypischer Gesichtsschmerz und kraniale Neuropathien	407	36.3.6	Stomatognathes System	429
			36.3.7	Traumen	429
			36.3.8	Psychische Erkrankungen	429
			36.3.9	Schwindel im Kindesalter	430
			36.3.10	Schwindel im höheren Lebensalter	430
35	Kopfschmerzen aus osteopathischer Sicht		37	Mund-, Kiefer- und Gesichtsschmerz aus zahnärztlicher Sicht	
	<i>Bernhard Ewen</i>	409		<i>Werner Schupp und Wolfgang Boisserée</i>	433
35.1	Kompensation – Adaptation – Dekompensation	410	37.1	Der Zahnschmerz aus Sicht der konservierenden und parodontologischen Zahnheilkunde	433
35.1.1	Dekompensation verursacht Schmerzen	410	37.2	Atypische Odontalgie	436
35.2	Die Rolle der Dura mater	411	37.3	Der „Neurologische Zahn“	437
35.3	Kopfschmerz als dekompensierte Dura	412	37.4	Kraniomandibuläre Dysfunktion	438
35.3.1	Psychosomatisch mitverursachter Kopfschmerz	413	37.5	Kopfschmerz	443
35.3.2	Primärstörungen der Dura mater im Säuglingsalter	413			
35.4	Auffinden der Primärstörung durch Schichtpalpation	414	38	Gesichtsschmerz aus Sicht der HNO-Heilkunde	
35.5	Kopfschmerz bei erhaltener Kompensation	414		<i>Jim Bartley</i>	445
35.6	Häufige Mitursachen von Kopfschmerzen	415	38.1	Sinusitis	445
35.6.1	Schädel	415	38.2	Kontaktpunkte der Nase	446
35.6.2	Kraniozervikaler Übergang	415	38.3	Nasenobstruktion	446
35.6.3	Sakrum und Coccyx	415	38.4	Ohrenschmerzen	446
35.6.4	Untere Extremitäten	416	38.5	Erkrankungen des Temporomandibulargelenks (TMG)	447
35.6.5	Wirbelsäule	416	38.6	Zahnschmerzen	447
35.6.6	Obere Extremitäten	416	38.7	Anamnese und Diagnostik	447
35.6.7	Diaphragmen	416	38.7.1	Medikamentenanamnese	447
35.6.8	Viszera	416	38.7.2	Körperliche Untersuchung	447
35.7	Osteopathische Sicht auf besondere Kopfschmerzarten	416	38.7.3	Weiterführende Diagnostik	448
35.7.1	Migräne	416			
35.7.2	Spannungskopfschmerz	417	39	Kiefergelenk- und Gesichtsschmerz aus osteopathischer Sicht	
35.7.3	Zervikogener Kopfschmerz	417		<i>Rainer Heller</i>	451
35.7.4	Trigeminusneuralgie	417	39.1	Orofaziale Ontogenese	452
35.7.5	Atypischer Gesichtsschmerz	417	39.1.1	Anatomie und Funktion	452
35.7.6	Cluster-Kopfschmerz	417	39.1.2	Neurophysiologie des Gesichtsschmerzes	453
35.7.7	Medikamentös induzierter Kopfschmerz	418			

39.1.3	Fazit	455	43	Die lemniskatische Aktivität in den Geweben der oberen Extremität	
39.2	Gesichtsschmerz: Symptomatik und Ursachen	455		Maurice César	499
39.2.1	Akuter Gesichtsschmerz	455	43.1	Anmerkung	499
39.2.2	Akuter Kiefergelenkschmerz	456	43.2	Einleitung	499
39.2.3	Chronisch idiopathischer Gesichtsschmerz	457	43.3	Beschreibung	500
39.3	Das Kiefergelenk in seinen Verkettungen	458	43.4	Lemniskatische Aktivität des Gewebes	501
39.4	Therapie	460	43.5	Das „find it“-Protokoll – eine Anleitung zur diagnostischen Strategie	502
39.4.1	Akuter Gesichts- und Kiefergelenkschmerz	460	43.6	Das „fix it“-Protokoll – eine Anleitung zur therapeutischen Strategie	504
39.4.2	Chronischer idiopathischer Gesichtsschmerz	460		Thoraxregion	507
	Nacken und Schulter	465		44	Thoraxschmerzen aus Sicht der inneren Medizin
40	Schmerzen in der Schulter-Nacken-Region aus orthopädischer Sicht			Heiko Methe	509
	Frank Müller	467	44.1	Differenzialdiagnose Thoraxschmerz	509
40.1	Die Schulter-Nacken-Region	468	44.2	Kardiovaskuläre Ursachen des Thoraxschmerz	510
40.1.1	Anatomische Grundlagen	468	44.2.1	Koronare Herzkrankheit	510
40.1.2	Lokale Beschwerden	468	44.2.2	Aortendissektion	513
40.1.3	Ausstrahlende Beschwerden	468	44.2.3	Myokarditis und Perikarditis	514
40.2	Der Schultergürtel	469	44.3	Pulmonale Ursachen des Thoraxschmerzes	516
40.2.1	Erkrankungen im Bereich der knöchernen Verbindungen im Schultergürtel	469	44.3.1	Lungenembolie	516
			44.3.2	Pneumothorax	517
			44.3.3	Pneumonie	518
41	Schmerzen in der Schulter-Nacken-Region aus osteopathischer Sicht		44.4	Gastrointestinale Ursachen des Thoraxschmerzes	518
	Frank Müller	477	44.4.1	Gastroösophageale Refluxkrankheit	518
41.1	Die Schulter-Nacken-Region	477	44.4.2	Motilitätsstörungen	518
41.1.1	Ursachen für Beschwerden	477	44.4.3	Hypersensitiver Ösophagus	519
41.2	Der Schultergürtel	479	44.4.4	Ösophagusruptur	519
41.2.1	Anatomische Grundlagen	479	44.4.5	Andere gastrointestinale Ursachen	519
41.2.2	Ursachen für Beschwerden	480	44.5	Muskuloskeletale Ursachen	520
41.3	Red und Yellow Flags für osteopathische Behandlungen der Halswirbelsäule	484	44.5.1	Kostochondritis (Tietze-Syndrom)	520
			44.5.2	Diskushernie	520
	Obere Extremitäten	487	44.6	Herpes zoster	520
42	Funktionelle und strukturelle Erkrankungen aus orthopädischer Sicht		45	Der Thoraxschmerz aus orthopädischer Sicht	
	Bernhard Leimbeck und Helmut Hager	489		Andreas Schmitz	523
42.1	Schulter	489	45.1	Untersuchungsgang	523
42.1.1	Akromioklavikulargelenk (AC-Gelenk)	489	45.2	Diagnostische Methoden	524
42.1.2	Glenohumeralgelenk	490	45.3	Ursachen des Thoraxschmerzes aus orthopädischer Sicht	524
42.1.3	Skapula	492	45.3.1	Angeborene Deformitäten	524
42.2	Oberarm	492	45.3.2	Erworbene Deformitäten	526
42.3	Ellenbogen	493	45.3.3	Erworbene funktionelle Erkrankungen	528
42.4	Unterarm	494	45.4	Yellow Flags Thoraxschmerz	530
42.5	Handgelenk und Hand	496	45.5	Red Flags Thoraxschmerz	530

46	Thoraxschmerz aus osteopathischer Sicht		48.2.3	Pleura	568
	Rainer Kamp	535	48.2.4	Lunge	568
46.1	Definitionen	535	48.3	Lunge und Atemwege	569
46.1.1	Thorax	535	48.3.1	Gefäße	569
46.1.2	Schmerz	535	48.3.2	Faszienketten	569
46.1.3	Osteopathische Sicht	536	48.3.3	Neue „Ligamente“	570
46.2	Thoraxfunktionen	536	48.3.4	Lymphgefäße von Lunge und Atemwegen	571
46.2.1	Thorax als Schutzkorb	536	48.3.5	Atemkontrolle	572
46.2.2	Thorax und Atmung	536	48.3.6	Innervation	572
46.2.3	Thorax und Gang	537	48.3.7	Lungenmobilität	573
46.2.4	Thorax und Faszienystem	537	48.3.8	Lungenmotilität	574
46.2.5	Thorax und Nervensystem	538	48.3.9	Indikation zur Evaluation und Therapie von Lunge/Atemwege	575
46.2.6	Thorax als Durchgangsstation	540			
46.2.7	Thorax und Immunsystem	542			
46.2.8	Thoraxschmerz und Emotionen	542			
46.3	Klinischer Zugang	543			
46.3.1	Medizinische Ausschlussdiagnostik	543			
46.3.2	Osteopathische Untersuchung	543			
46.3.3	Behandlung	545			
	Lungenerkrankungen	549			
47	Management von Respirationsstörungen		49	Bauchschmerz aus internistischer Sicht	
	Rosalba Courtney	551		Rainer Heller	579
47.1	Bedeutung in der Osteopathie	551	49.1	Neurophysiologie der abdominalen Nozizeption	579
47.2	Normale Atmung und Respirationsstörungen	551	49.1.1	Allgemeines zur viszeralen Nozizeption	580
47.2.1	Definitionen	551	49.1.2	Organisation der abdominalen Afferenzen	580
47.2.2	Ursachen der Respirationsstörungen	552	49.2	Anamnese und körperliche Untersuchung	583
47.3	Klinische Bedeutung von Respirationsstörungen	555	49.2.1	Symptomatik	583
47.3.1	Schmerzen und Fehlfunktionen des Bewegungsapparats	555	49.2.2	Eigenanamnese	583
47.3.2	Atmung und homöostatische Oszillationen	555	49.2.3	Körperliche Untersuchung	583
47.3.3	Respirationsstörungen bei verschiedenen Erkrankungen	556	49.3	Schmerztopografie und Schmerzcharakter	584
47.4	Integrierte ganzheitliche Beurteilung der Atmung	557	49.3.1	Topografie	585
47.4.1	Respiratorische Symptome	557	49.3.2	Schmerzcharakter	586
47.4.2	Hyperventilation	558	49.4	Bauchschmerz und Pathogenese	592
47.4.3	Atemmusterstörungen	558	49.5	Der Weg zur Diagnose	596
47.5	Integrierte Atemtherapie	560	49.6	Funktionelle Schmerz- und Missempfindungssyndrome	599
47.5.1	Korrektur der Mundatmung	560	49.6.1	Epidemiologie des chronischen Viszeralschmerzes	599
47.5.2	Korrektur der Hyperventilation	560	49.7	Osteopathische manuelle Medizin (OMM) beim Bauchschmerzpatienten	601
47.5.3	Wiederherstellen optimaler Atemmuster	561			
47.5.4	Lernprinzipien der Atemtherapie	562			
84	Lungenerkrankungen aus osteopathischer Sicht		50	Schmerzen im Oberbauch aus osteopathischer Sicht	
	Ken Lossing	565		Jean-Pierre Barral	605
48.1	Atmung	565	50.1	Die Einheit des Körpers	605
48.2	Anatomie	566	50.2	Die osteopathische Diagnose	605
48.2.1	Nasopharynx	567	50.2.1	Die Rolle der Hand	605
48.2.2	Trachea und Bronchien	567	50.2.2	Die Primarität	606
			50.3	Indikationen für eine osteopathische Behandlung	610
			50.3.1	Adhäsionen	610
			50.3.2	Schmerzen vertebrealen Ursprungs	610
			50.3.3	Beziehungen zwischen Haltung und Emotion	611
			50.3.4	Viszero-emotionale Beziehungen	611
			50.3.5	Viszerale Manipulationen der Emotionen	613

51	Unterbauchschmerzen aus osteopathischer Sicht		54	Der unspezifische Rückenschmerz aus osteopathischer Sicht	
	Kenneth Lossing	615		Ralph Schürer	645
51.1	Evidenzbasierte diagnostische Verfahren	615	54.1	Entstehung von Rückenschmerzen	645
51.2	Bauchschmerzen	616	54.2	Rückenschmerzen: Red und Yellow Flags	646
51.2.1	Palpatorische Orientierungspunkte am Bauch	617	54.3	Behandlung unspezifischer Schmerzen des unteren Rückens	647
51.2.2	Anatomie von Sigmoid und Rektum	617	54.3.1	Funktionelle Störungen des Beckengürtels	647
51.2.3	Diagnostische Tests	617	54.3.2	Funktionelle Störungen der Lendenwirbelsäule	648
51.2.4	Adhäsionen	617	54.3.3	Myofasiales System und Rückenschmerzen	649
51.3	Chronische Schmerzen als Diagnose	618	54.3.4	Viszerales System	652
51.3.1	Mechanische Ketten	618	54.3.5	Kraniosakrales System	652
51.3.2	Chapman-Reflexe	619		Das Becken	655
51.4	Das Lymphsystem der Bauchorgane	619			
51.4.1	Lymphflüssigkeit aus dem Interstitium	621	55	Schmerzen im kleinen Becken bei der Frau aus gynäkologischer Sicht	
51.4.2	Aktive und passive Lymphpumpen	621		Ilka Funke-Wellstein	657
51.4.3	Lymphdrainage der Bauchorgane	621	55.1	Ursachen akuter Unterbauchschmerzen	657
	Unterer Rücken	625	55.1.1	Infektionen des kleinen Beckens	658
52	Der untere Rückenschmerz aus epidemiologischer Sicht		55.1.2	Sonstige Ursachen akuter Unterbauchschmerzen	660
	Ralph Schürer	627	55.2	Ursachen chronischer Unterbauchschmerzen	662
52.1	Epidemiologie	627	55.2.1	Dysmenorrhö	662
52.1.1	Definition	627	55.2.2	Endometriose	662
52.1.2	Interpretation epidemiologischer Daten	628	55.2.3	Uterus myomatosus	663
52.1.3	Lebenszeitprävalenz	628	55.2.4	Gutartige Adnextumoren	664
52.1.4	Einjahresprävalenz	628	55.2.5	Retentionszysten (unechte Zyste!)	666
52.1.5	Weitere Prävalenzen	630	55.2.6	Zysten der Ureterengänge	666
52.1.6	Punktprävalenz	631	55.2.7	Beckenbodenerkrankungen	666
52.1.7	Chronische Rückenschmerzen	631	55.2.8	Retrograde Menstruation	667
52.1.8	Lebensqualität	632	55.2.9	Malignome des weiblichen Genitale	667
52.2	Kosten durch Rückenschmerzen	633	55.2.10	Sonstige Ursachen chronischer Unterbauchschmerzen	669
53	Kreuzschmerzen aus multimodaler Sicht		55.3	Psychische Ursachen von Unterbauchschmerzen	670
	Hans-Christian Hogrefe	637			
53.1	Klassifikation von Kreuzschmerzen	637	56	Schmerzen im weiblichen Becken aus osteopathischer Sicht	
53.2	Diagnostik von Kreuzschmerzen	638		Ruppert Wellstein	673
53.2.1	Anamnese	638	56.1	Schmerzen im weiblichen Becken	673
53.2.2	Körperliche Untersuchung	639	56.1.1	Akute Schmerzen im weiblichen Becken	673
53.2.3	Psychologische Untersuchung	639	56.1.2	Chronische Schmerzen	674
53.2.4	Bildgebende Diagnostik	639	56.1.3	Derzeitiger Therapieansatz	675
53.2.5	Weitere Diagnoseverfahren	640	56.2	Anatomie des weiblichen Beckens und Beziehungen	675
53.2.6	Synopsis der Untersuchungsbefunde bei Kreuzschmerzen	641	56.3	Osteopathisches Vorgehen	680
53.3	Therapie von Kreuzschmerzen	641	56.3.1	Anamnese	680
			56.3.2	Untersuchung	680
			56.3.3	Therapieplanung und Therapieziel	680
			56.3.4	Therapiehinweise	681
			56.4	Fallbeispiele	681

57	Beckenschmerzen beim Mann aus osteopathischer Sicht		VI	Therapeutische Strategien in der osteopathischen Praxis – Spezialdisziplinen	
	Bernhard Ewen	683			
57.1	Definition	683	60	Entwicklungsstörungen aus neuropädiatrischer Sicht	
57.2	Anatomie	685		Jörg Hohendahl	715
57.3	Beckenboden als „Drehscheibe“ des Beckenrings	686	60.1	Entwicklungsstörungen	715
57.3.1	Beckenboden und Beckenorgane	686	60.2	Grundsätze der Untersuchungsverfahren in der Neuropädiatrie	716
57.3.2	Beckenboden und Coccyx	688	60.3	Rationale Diagnostik von Entwicklungsstörungen	717
57.3.3	Beckenboden und Ligamente	688	60.3.1	Anamnese	717
57.3.4	Beckenboden und Hüftgelenke	690	60.3.2	Klinische Untersuchung	717
57.4	Zugangswege für osteopathische Behandlungen	690	60.3.3	Ergänzende diagnostische Verfahren	718
57.5	Symptomatik bei Beckenbodendysfunktionen	691	60.4	Ursachen von Entwicklungsstörungen	719
57.5.1	Biomechanische Dekompensation	691	60.5	Klinische Differenzialdiagnostik von Entwicklungsstörungen im Säuglingsalter	720
57.5.2	Psychosomatische Dekompensation	691	60.5.1	Neurokinesiologische Diagnostik	720
57.6	Osteopathie und chronisches Beckenschmerzsyndrom (CPPS)	692	60.5.2	Die Lagereaktionen	721
	Untere Extremitäten	695	60.5.3	Zentrale Koordinationsstörung	721
58	Funktionelle/strukturelle Dysfunktion der unteren Extremität aus ärztlicher Sicht		60.5.4	Einbeziehung der frühkindlichen Reflexologie	722
	Dietmar Hellmich	697	60.5.5	Neurokinesiologische Diagnostik in der Osteopathie	723
58.1	Der aufrechte Gang	697	60.6	Diagnose der Entwicklungsstörung und ihre Konsequenzen	723
58.2	Anatomische Voraussetzungen	697	60.7	Entwicklungsfördernde Therapiemaßnahmen	724
58.2.1	Knöcherner Voraussetzungen	697	61	Entwicklungsstörungen bei Kindern aus osteopathischer Sicht	
58.2.2	Muskuläre Voraussetzungen	699		Heather Ferrill	727
58.2.3	Umsetzung im Gangbild	702	61.1	Das neurologische Konzept der osteopathischen Behandlung	727
58.3	Dysfunktionelle Ketten	702	61.1.1	Sensomotorisches Mapping	728
58.4	Therapieprinzipien	703	61.1.2	Allostatistische Last	728
58.4.1	Hemmung pathologischer Bewegungsmuster	703	61.1.3	Osteopathische manuelle Therapie für Kinder mit Entwicklungsstörungen	729
58.4.2	Bahnung der physiologischen Bewegungsmuster	704	61.1.4	Sensorische Verarbeitungsstörung	731
58.5	Red Flags	706	61.1.5	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	732
58.6	Einlagenversorgung	706	61.1.6	Autismus	734
59	Die lemniskatische Aktivität in den Geweben der unteren Extremität			Osteopathie in der Geriatrie	737
	Maurice César	709	62	Die Behandlung von Kindern mit Infektionen aus osteopathischer Sicht	739
59.1	Anmerkung	709		Heather Ferrill	739
59.2	Einleitung	709	62.1	Das respiratorisch-zirkulatorische Modell der Osteopathie	739
59.3	Beschreibung	709	62.2	Der lymphatische Niederdruckkreislauf	739
59.4	Verbindung der Extremitäten zum gesamten Körper	711	62.2.1	Studien zur Wirksamkeit der Lymphtherapie	740
			62.3	Klinische Anwendung bei Kindern	741

62.4	Otitis media	742	65.3	Embodiment im ZRM-Training und der Einsatz in der Osteopathie	785
62.4.1	Funktionelle Anatomie	742	65.4	Fallbeispiel aus der osteopathischen Rehabilitation	787
62.4.2	Osteopathische Behandlung	743			
62.5	Sinusitis	746	66	Psychische Erkrankungen aus osteopathischer Sicht	
62.5.1	Funktionelle Anatomie	747		Gerald G. Osborn	791
62.5.2	Osteopathische Behandlung	747	66.1	Allgemeine Überlegungen	792
62.6	Lungeninfektionen	748	66.1.1	Beratung und psychotherapeutische Fähigkeiten	792
62.6.1	Funktionelle Anatomie	749	66.1.2	Historische Entwicklung der osteopathischen Psychiatrie	792
62.6.2	Osteopathische Behandlung	749	66.1.3	Kontroversen über den Einsatz von Berührung	794
63	Multimorbidität im Alter aus internistischer Sicht		66.2	Psychische Erkrankungen, bei denen manuelle Therapien indiziert sind	795
	Rainer Heller	753	66.2.1	Angststörungen	795
63.1	Epidemiologie	753	66.2.2	Posttraumatische Belastungsstörung	796
63.2	Multimorbidität	754	66.2.3	Depressive Störungen	798
63.3	Polypharmazie	755	66.2.4	Körpersymptomstörung (früher somatoforme Störungen)	799
63.4	Bewegungsapparat	756	66.3	Psychische Störungen mit fraglicher Indikation für manuelle Therapien	801
63.4.1	Gangstörung	756	66.3.1	Schizophrenie, affektive Störungen, Delir und Demenz	801
63.4.2	Sturzgefahr	756	66.3.2	Parkinson-Syndrom	802
63.4.3	Extremitätengelenke	757	66.3.3	Persönlichkeitsstörungen	802
63.5	Frailty	757	66.4	Diskussion	803
63.6	Sarkopenie und Osteoporose	758	66.5	Ausblick	803
63.7	Kognitive Störungen	759		Osteopathie in der Rheumatologie	805
63.8	Osteopathische manuelle Medizin beim alternden Patienten	761	67	Differenzialdiagnose aus der Sicht des Rheumatologen	
63.8.1	Bewegungsapparat	761		Karl Donner	807
63.8.2	Viszera	762	67.1	Arthrose/Arthritis	808
63.8.3	Arterielle Hypertonie und Diabetes mellitus	762	67.2	Anamnese	808
63.9	Kompetenz der osteopathischen Medizin in der Geriatrie	763	67.2.1	Allgemeine Krankheitszeichen	809
	Osteopathie und Psychologie	769	67.2.2	Erstes Auftreten der Beschwerden	809
64	Psychosomatische Krankheitsbilder		67.2.3	Schmerzanamnese	809
	Nick Penney	771	67.2.4	Organmanifestationen	811
64.1	Dualismus von Körper und Geist	771	67.2.5	Veränderung von Statik und Gangbild	812
64.2	Modelle psychosomatischer Prozesse	772	67.2.6	Einschränkungen und Behinderungen	812
64.3	Klassifikation psychosomatischer Syndrome	774	67.3	Untersuchung	812
64.4	Management	776	67.3.1	Labor	813
64.5	Behandlungsansätze	777	67.3.2	Bildgebende Verfahren	814
64.6	Diskussion	778	67.4	Differenzialdiagnose entzündlicher Erkrankungen	815
65	Embodiment und Selbstmanagement nach dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM)		67.4.1	Entzündungen der Gelenke	815
	Maja Storch, Wolfgang Tschacher und Johannes Mayer	781	67.4.2	Entzündungen in der Wirbelsäule	819
65.1	Embodiment		67.4.3	Entzündungen des Bindegewebes	822
	Maja Storch und Wolfgang Tschacher	781			
65.2	Das Zürcher Ressourcen Modell (ZRM)	782			
65.2.1	Ressourcenbegriff	783			
65.2.2	Ressourcenaufbau	784			
65.2.3	Selbstkongruenzdiagnostik	784			

68	Osteopathische Behandlung systemisch-entzündlicher Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen	827	70	Integrierter Ansatz zum osteopathischen Management in Spitzensport und Rehabilitation	
	Karl Donner	827		David J. Vaux und Matt Wallden	857
68.1	Rheumatoide Arthritis (RA)	827	70.1	Performanz	857
68.2	Spondylitis ankylosans (AS)	828	70.1.1	Aktive osteopathische Intervention	858
68.3	Wege der Schmerzverarbeitung	829	70.1.2	Das SAID-Prinzip	859
68.4	Möglichkeiten einzelner Therapieansätze	831	70.1.3	Prähabilitation	859
68.4.1	Gelenk und Segment	831	70.2	Fallbeispiele	859
68.4.2	Muskulatur	832	70.2.1	Schlüsselfaktoren	861
68.4.3	Therapiemethoden und ihre Differenzialindikation für rheumatische Erkrankungen	833	70.3	Verletzungsanfälligkeit durch Minderperformanz im internationalen Sportlerteam	863
68.4.4	Übungstherapie	835	70.3.1	Funktionelle Sportprähabilitation zur Verbesserung von Performanz und Belastbarkeit von Spielern in multidirektionalen Sportarten	863
	Osteopathie in der Sportmedizin	839		Osteopathie in der Schmerztherapie	867
69	Sportverletzungen		71	Schmerztherapie aus medizinischer Sicht	
	Bernhard Leimbeck und Helmut Hager	841		Eduard Kraft	869
69.1	Epidemiologie	841	71.1	Epidemiologie	869
69.2	Grundsätze der Bindegewebsverletzung und deren Therapie	842	71.2	Biopsychosoziales Schmerzmodell	869
69.3	Kontusionsverletzungen	843	71.3	Multimodale Schmerztherapie	870
69.3.1	Weichteile	843	71.3.1	Psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen ..	870
69.3.2	Knochen und Gelenke	844	71.4	Multimodale Schmerztherapie bei CRPS	870
69.3.3	Schädelhirnverletzungen	844	71.4.1	Therapeutische Prinzipien bei Behandlungsbeginn ..	871
69.4	Distorsionsverletzungen	844	71.4.2	Multimodale physikalisch-medizinische Therapie i m Verlauf	872
69.5	Rupturen	845	72	Schmerzmanagement aus osteopathischer Sicht	
69.5.1	Kapselbandrupturen	845		Wolfgang Liebschner	875
69.5.2	Muskelrisse	846	72.1	Anamnese	875
69.5.3	Sehnenrisse	847	72.2	Osteopathische Untersuchung	876
69.5.4	Verletzung von Knorpelgewebe	848	72.3	Osteopathische Therapie	876
69.5.5	Bandscheibenverletzung	848	72.3.1	Grundsätzliche Überlegungen	877
69.6	Frakturen	849	72.3.2	Weichenstellungen	877
69.6.1	Untere Extremität	849	72.3.3	Fallbeispiele	878
69.6.2	Obere Extremität	850		Osteopathie in der Neurologie	881
69.6.3	Frakturen der Wirbelsäule	852	73	Management zentraler neurologischer Störungen	
69.6.4	Rippenfrakturen	852		Ingo Schmitz	883
69.6.5	Schädelfraktur	853	73.1	Anatomie des Gehirns	884
69.7	Ermüdungsfrakturen	853	73.2	Durchblutungsstörungen	885
69.8	Sportschäden	853	73.3	Hirnabszesse	886
69.8.1	Wirbelsäule	853	73.4	Hirntumoren	886
69.8.2	Hüfte	854			
69.8.3	Kniegelenk	854			
69.8.4	Schultergelenk	855			
69.8.5	Achillodynie	855			
69.8.6	Hand	855			

73.5	Infektionen des Zentralnervensystems	886	73.8	Anatomie des Rückenmarks	890
73.5.1	Erregerbedingte Infektionen des Zentralnervensystems	886	73.9	Myelopathien	892
73.5.2	Vaskulitiden	887	73.9.1	Degenerative Myelopathien	892
73.5.3	Multiple Sklerose	887	73.9.2	Druckbedingte Störungen	893
73.6	Basalganglienerkrankungen	887	73.9.3	Durchblutungsbedingte Störungen	893
73.6.1	Parkinson-Syndrom	888	73.9.4	Entzündliche Myelopathien	893
73.6.2	Choreatische Erkrankungen	888	73.9.5	Funikuläre Myelose	893
73.6.3	Ballismus	888	73.10	Osteopathische Behandlung zentralnervöser Störungen	894
73.6.4	Athetose	888			
73.6.5	Dystonien	888	74	Management peripherer neurologischer Störungen	
73.6.6	Tics	888		<i>Ingo Schmitz</i>	897
73.6.7	Tremor	889	74.1	Anatomie des peripheren Nervensystems	897
73.7	Degenerative Hirnerkrankungen	889	74.2	Polyneuropathien	898
73.7.1	Alzheimer-Krankheit	889	74.3	Nervenwurzelläsionen	899
73.7.2	Vaskuläre Demenz	889	74.4	Erkrankungen der peripheren Nerven	901
73.7.3	Lewy-Körperchen-Demenz	890	74.5	Erkrankungen des autonomen Nervensystems	905
73.7.4	Frontotemporale Demenz (Pick-Krankheit)	890	74.6	Erkrankungen der Hirnnerven	906
73.7.5	Jakob-Creutzfeldt-Krankheit	890	74.7	Muskelerkrankungen	907
73.7.6	Korsakow-Syndrom	890			

1

Christian Hartmann

Einführung in die Geschichte der Osteopathie

1.1	Osteopathie – eine rasante Entwicklung	3
1.2	Die osteopathische Geschichtsforschung	3
1.3	Einleitung zum Abschnitt I	4

1.1 Osteopathie – eine rasante Entwicklung

Die Osteopathie ist mit ihren ca. 130 Jahren ein noch sehr junges Phänomen der Medizingeschichte. Eingebettet in die bewegte Zeit des 19. Jahrhunderts etablierte sie sich nach Eröffnung der ersten Schule, der **American School of Osteopathy** (ASO) im Jahr 1892 in Kirksville, Missouri, rasch innerhalb des Mittleren Westens der gerade entstehenden USA (Booth 1924). Von dort aus erfolgte die zunehmende Anerkennung über das gesamte Land, und mit der Gründung der **British School of Osteopathy** (BSO) in London gelang ihr bereits 1918 der nachhaltige Sprung über den Atlantik (Collins 2005, O'Brien 2013).

Das explosive Wachstum der Anfangsjahre verebte in den folgenden Jahrzehnten, bis in den 1960er Jahren ein erneuter Entwicklungsschub einsetzte (Gevitz 2004). Diese „zweite Welle“ erfasste vor allem die Staaten des Commonwealth und das europäische Festland, sodass eine nachhaltige Internationalisierung eingeleitet wurde, die in der Anerkennung der Osteopathie als komplementärmedizinisches Schwergewicht durch die WHO in dieser Dekade ihren vorläufigen Gipfel erreicht hat (WHO 2002, Mayer 2013). Ein Blick in die Zukunft ist zwar nicht möglich, aber die Tatsache, dass die Osteopathie ihre klinische Arbeit vor allem anatomisch-physiologisch begründet und der etablierten Medizin somit große Schnittmengen anbietet, dürfte die weitere Annäherung an bestehende Gesundheitssysteme stark begünstigen.

Die ebenfalls noch junge Geschichte der Osteopathie zeigt hierbei, dass der damit verbundene Integrationsprozess nicht ganz unproblematisch ist. Ihr ursprünglich von Still rein gesundheitsorientierter Ansatz widerspricht in ihrer Kernaussrichtung den vorwiegend pathogenetisch, also krankheitsorientierten Gesundheitssystemen der westlichen Welt. Wie die Entwicklung der Osteopathie in den USA und den Staaten des Commonwealth belegt, gelingt eine vollumfängliche Integration nur dann, wenn der salutogenetische Aspekt außer Acht gelassen wird (Hartmann 2009, Hartmann und Pöttner 2011). Somit unterliegt die Osteopathie bei jeder Bemühung der Etablierung einer gewaltigen inneren Zerreißprobe, wobei

opportunistischen Kräften zunehmend traditionell orientierte Strömungen gegenüberstehen. Während die Opportunisten eine Integration favorisieren, um von innerhalb des Systems aus besser wirken zu können, sehen letztere bereits in formalen Zugeständnissen die Gefahr, ihre ursprünglich gesundheitsorientierte Identität schon während des Assimilationsprozesses zu verlieren. Der hier zu beobachtende Diskurs über die eigentliche Identität und damit die Zukunft der Osteopathie ist zwar keineswegs neu (Northup 1966), es scheint aber, als habe er in den letzten Jahren an Fahrt aufgenommen (van Dun und Wagner 2012, Gevitz 2004, 2014). Weil aber Identität zugleich auch immer kollektives Gedächtnis (Assmann 1988) und Gedächtnis immer Geschichte bedeutet, dürfte das zunehmende Interesse an diesem Thema wohl auch hauptsächlich mit der gegenwärtigen Renaissance der Geschichtsforschung innerhalb der Osteopathie zusammenhängen.

Erst durch die Veröffentlichungen historischer Fakten war es möglich, substanzielle Unterschiede zwischen Stills Ansatz und der modernen Osteopathie zu identifizieren. Und da es letztlich historisch interessierte Forscher sind, die jenes Fundament bauen, auf dem eine solide Identitätsfindung überhaupt erst möglich ist, soll die kleine, aber bedeutende Disziplin der osteopathischen Geschichtsforschung hier kurz vorgestellt werden.

1.2 Die osteopathische Geschichtsforschung

Anders als die klinisch orientierten Disziplinen spielte die Osteopathiesgeschichte bis vor Kurzem keine Rolle in der Osteopathie. Elmar R. Booth D. O. hatte zwar bereits 1905 mit seiner **History of Osteopathy and Twentieth-Century Medical Practice** einen umfassenden Einblick in die Gründerzeit der Osteopathie und die Entwicklung in den USA gewährt und damit einen bedeutenden Grundstein für die Geschichtsforschung gelegt, es sollte aber fast ein Jahrhundert dauern, bis seine Bemühungen wirklich nachhaltig aufgegriffen wurden (Booth 1924). In der Zwischenzeit finden sich zwar vereinzelt Abhandlungen, aber aufgrund fehlender oder feh-

lerhafter Quellenangaben sind sie wissenschaftlich nur bedingt verwertbar (Stark 2012). Erst mit der Wiederveröffentlichung der vier Monografien von Still im Jahr 1972 (Still 2005), vor allem aber 1994 durch die **American Academy of Osteopathy**, erwachte nicht nur langsam wieder ein größeres Interesse an der Gründerzeit, sondern man erhielt endlich die Möglichkeit, sich selbst ein Bild von **Stills Philosophie der Osteopathie** zu machen und war nicht mehr auf mündliche Überlieferungen angewiesen.

Um die Jahrtausendwende traten bedeutende Förderer der Geschichtsforschung in Erscheinung, allen voran der ehemalige Präsident der **Andrew Taylor Still University** in Kirksville, Missouri, Dr. James McGovern. Zwar existierte schon lange das bereits 1934 von Stills Tochter Blanche gegründete und heute der Universität angegliederte **Museum of Osteopathic Medicine (MOM)**, ehemals Still National Osteopathic Museum; die Umbenennung erfolgte im Jahr 2010) und zunehmende Zuflüsse aus Nachlässen hatten das Museum in den 1980er und 1990er Jahren in den USA bekannt gemacht, aber erst durch die nachhaltige Unterstützung von Dr. James McGovern wurde dieser Prozess entscheidend beschleunigt. Unter der Leitung von Jason Haxton und durch die tatkräftige Hilfe seiner Mitarbeiter Cheryl Gracy, Debora Summers, Carol Trowbridge und vieler anderer, die hier aus Platzgründen nicht genannt werden können, entwickelte sich das Museum innerhalb der vergangenen 15 Jahre von einem kleinen, eher national ausgerichteten Museum zu jenem internationalen und hochprofessionellen Epizentrum der Osteopathiegeschichte, wie wir es heute kennen und das jährlich von Hunderten geschichtsinteressierter Osteopathen aus der ganzen Welt besucht und kontaktiert wird (MOM 2005, 2009a, 2009b, 2014).

Vom Historiker John O'Brien initiierte und durch den ehemaligen BSO-Präsidenten Martin Collins sowie Robin Kirk unterstützte Projekte wie die Gründung des **National Osteopathic Archive (NOA)** im Jahr 2006 und die Etablierung der auf Osteopathiegeschichte spezialisierten Fachverlage **JOLANDOS** in Deutschland und **Edition Spirale** in Kanada sind weitere Belege für ein wachsendes Engagement dieser für die Osteopathie so wichtigen Disziplin.

Die wesentlich bessere Möglichkeit zur Recherche in den Archiven des MOM und später auch des NOA hat ihrerseits in den letzten zwei Jahrzehnten dazu geführt, dass nach und nach immer mehr wissenschaftlich relevante Arbeiten vor allem über A. T. Still und seinen Schüler J. M. Littlejohn veröffentlicht wurden (Gevitz 2004, McGovern und McGovern 2004, Collins 2005, Trowbridge 2006, Stark 2007, Hartmann und Pöttner 2011, O'Brien 2013, Fuller 2013, Lewis 2014). Auf der Basis dieser Arbeiten und dem ungebrochenen Engagement des MOM und des NOA ist es der Osteopathie schließlich erstmals in ihrer Geschichte möglich, ein gemeinsames und gut belegtes Gedächtnis als Grundlage für eine eigenständige Identität aufzubauen.

1.3 Einleitung zum Abschnitt I

Unabhängig von den unterschiedlichen Strömungen in der Osteopathie verbindet alle jedoch ein Aspekt: ihr Bezug auf den Entdecker der Osteopathie, den amerikanischen Landarzt A. T. Still (1828–1917) sowie auf dessen Ansatz. Folgerichtig widmet sich der erste Abschnitt des vorliegenden Lehrwerks umfassend diesem Themenkomplex.

In > Kap. 2 erfolgt hierbei zunächst eine kurze Hinführung an die Zeit und das Umfeld, von denen Still geprägt wurde und in denen er gewirkt hat. Dieser historische Rahmen wird anschließend in > Kap. 3 mit biografischen Daten gefüllt und durch detailliertere soziokulturelle Fakten ergänzt. Nun erst, da der Mensch Still „greifbarer“ geworden ist und aufgrund der Tatsache, dass ohne Kenntnis dieses Menschen die Interpretation seiner äußerst markanten Sprache unmöglich ist, kann die Annäherung an die vor allem in seinen vier Büchern dargelegte Philosophie der Osteopathie erfolgen.

Das > Kap. 4 ist schließlich ganz Stills Ansatz gewidmet und versucht dabei, eine neue **philosophische Sichtweise** darzulegen, um besser erschließen zu können, was Still mit den Ausdrücken „Osteopathie“ bzw. „Philosophie der Osteopathie“ verbunden hat. Hierzu wird der Begriff „Philosophische Osteopathie“ verbindend eingeführt. Die Interpretation der Schriften erfolgte hierbei also nicht – wie bisher üblich – aus primär therapeutischer Sicht. Da dieser Wechsel der primären Deutungshoheit von Stills Texten in Richtung Geisteswissenschaft ein Paradigmawechsel in der Still-Forschung darstellt, wird er in dem Kapitel ausführlich begründet. Am Ende des Kapitels werden die aus der neuen Sichtweise gewonnenen Schlussfolgerungen übersichtlich als Prinzipien zusammengefasst. Dies erfolgt einerseits, um die Bedeutung der sich daraus erschließenden Erkenntnisse für die heutige Osteopathie, vor allem aber ihrer Vertreter, zu verdeutlichen und andererseits, um klar umrissene Ansatzpunkte einer wissenschaftlichen, das heißt argumentativ begründeten und belegbaren Kritik zugänglich zu machen. Und schließlich bilden die Prinzipien von Stills „Philosophischer Osteopathie“ eine gute Brücke zum klinisch orientierten Abschnitt des vorliegenden Lehrbuchs, um daraus unabhängig von allen Autoritäten – so wie es Still von Osteopathen immer gewünscht und wie er es immer vorgelebt hat – ein völlig eigenes Verständnis über das Verhältnis von Stills Ansatz zur heutigen Osteopathie gewinnen zu können.

In dieser Tradition versteht sich auch der gesamte erste Abschnitt dieses Lehrbuchs.

LITERATUR

- Assmann J. Kollektives Gedächtnis und kulturelle Identität. In: Assmann J, Hölscher T (Hrsg.). Kultur und Gedächtnis. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1988. S. 9–19.
- American Osteopathic Association. Foundations for Osteopathic Medicine. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
- Booth ER. History of Osteopathy, and Twentieth-Century Medical Practice. Cincinnati: Caxton Press, 1905/1924.
- Collins M. Osteopathy in Britain. The first hundred years. London: Booksurge Ltd, 2005. p. 44.
- Fuller DB. Osteopathie und Swedenborg. Pähl: Jolandos Verlag, 2013. S. 44.
- Gevitz N. A degree of difference: the origins of osteopathy and first use of the „DO“ designation. J Am Osteopath Assoc. 2014; 114 (1): 30–40.
- Gevitz N. The DOs: Osteopathic Medicine in America. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2004, p. 189.
- Hartmann C. Osteopathie. Teil III: Berufspolitik, Ausbildung, Anerkennung. Physiotherapie med 2009; 3: 35–38.
- Hartmann C, Pöttner M. Klassische osteopathische Feldtheorie. Pähl: Jolandos Verlag, 2011.
- Lewis J. Vom trockenen Knochen zum lebendigen Menschen. Bangor: Dry Bone Press, 2014.
- Mayer J. Standortbestimmung der osteopathischen Medizin/Osteopathie in Europa und weltweit. Manuelle Medizin. 2013; 51: 297–301.
- McGovern JJ, McGovern RJ. Dein innerer Heiler. Pähl: Jolandos Verlag, 2004/2014.
- MOM. Museum of Osteopathic Medicine. Now & Then. 2005. www.atsu.edu/museum/pdfs/newsletter/museum_spring_05.pdf (letzter Zugriff 28.10.2015).
- MOM. Museum of Osteopathic Medicine. Now & Then. 2009a. www.atsu.edu/museum/pdfs/newsletter/museum_spring_09.pdf (letzter Zugriff 28.10.2015).
- MOM. Museum of Osteopathic Medicine. Now & Then. 2009b. www.atsu.edu/museum/pdfs/newsletter/museum_winter_09.pdf (letzter Zugriff 28.10.2015).
- MOM. Museum of Osteopathic Medicine. 80 years 1934–2014. 2014. www.atsu.edu/museum/pdfs/newsletter/museum_spring_14.pdf (letzter Zugriff 28.10.2015).
- Northup GW. Osteopathic Medicine: An American Reformation. Chicago: American Osteopathic Association; 1966.
- O'Brien J. Bonesetters: A History of British Osteopathy. Turnbridge Wells: Anshan Ltd.; 2013. p. 11.
- Stark JE. Stills Faszienskonzepte. Pähl: Jolandos Verlag; 2007.
- Stark JE. Quoting A. T. Still with rigor: a historical and academic review. J Am Osteopath Assoc. 2012; 112 (6): 363–373.
- Stark JE. The Source of Osteopathy: The Profound Factors Leading to Andrew Taylor Still's Discovery of Osteopathy. Aus Vortragsunterlagen; 2007.
- Still AT. Das große Still-Kompendium. Pähl: Jolandos Verlag, 2005.
- Trowbridge C. Andrew Taylor Still (1828–1917). Pähl: Jolandos Verlag; 2006.
- Van Dun PLS, Wagner C. Die Identitätskrise der Osteopathie in Europa. Osteopathische Medizin. 2012; 13 (4): 22–26.
- WHO. World Health Organization. Policy Perspectives on Medicine. Traditional Medicine – Growing Needs and Potential. Genf. 2002. apps.who.int/iris/bitstream/10665/122025/1/em_rc49_13_en.pdf (letzter Zugriff: 30.12.2015).
- WHO. World Health Organization. Benchmark for Training in Osteopathy. Genf. 2012. apps.who.int/medicinedocs/documents/s17555en/s17555en.pdf (letzter Zugriff 30.12.2015).

INTERNET-ADRESSEN

- American Osteopathic Association. www.osteopathic.org
National Osteopathic Archive. www.noa.ac.uk

3

Jason Haxton

Die Entwicklung der Osteopathie durch Andrew Taylor Still

<p>3.1 Die europäischen und indianischen Vorfahren von A. T. Still 19</p> <p>3.2 Überleben als Siedler in Missouri – die Kindheit von A. T. Still 20</p> <p>3.3 Ereignisse, die zur Entdeckung der Osteopathie führten 21</p>	<p>3.4 William Smith besucht Andrew Taylor Still 25</p> <p>3.5 Die Anfänge der ersten osteopathischen Schule 26</p> <p>3.6 Littlejohn-Training und andere internationale Schulen 27</p>
---	---

„[...] der Historiker muss die Zeit benennen, an der es noch keine Entdeckungen gab. Ich will die Zeit des Lesers bei der Darstellung der Geschichte der Osteopathie nicht damit verschwenden, dass ich erzähle, über wie viele Gesteinsbrocken die Räder meines Wagens gefahren sind, an wie vielen Baumstämmen sie hängen geblieben sind und wo sie über ein totes Wildschwein gerollt sind.“

A. T. Still, DO (Still, undatiert [a])

In dem vorstehenden Zitat bemerkt Andrew Taylor Still (> Abb. 3.1) über seinen Erzählstil, dass er es als nicht notwendig

erachtet, die Öffentlichkeit über alle kleinen Details seiner Entdeckung der Osteopathie zu informieren. Allerdings liefern seine Notizen und mehrere andere Quellen genügend Informationen, um eine klare, lineare Progression dieser wichtigen Schlüsselentdeckungen, die zu dieser neuen Behandlungsform führten, zu schaffen. A. T. Stills Reise und die Geschichte der Entdeckung der Osteopathie beginnt in seinen Augen, bevor das Konzept existierte – als Forscher muss man mehrere hundert Jahre zu den Vorfahren von A. T. Still zurückkehren, um seine Einflüsse aus kultureller Sicht zu betrachten.



Abb. 3.1 A. T. Still mit einem Femur und einem Beckenknochen in den Jahren vor der Eröffnung seiner ersten Schule für Osteopathie. [X349]

3.1 Die europäischen und indianischen Vorfahren von A. T. Still

A. T. Still, der Begründer der Osteopathie, wurde am 6. August 1828 in einer Blockhütte in der westlichen Spitze von Virginia in den USA geboren. Er war der dritte Sohn von Doktor/Reverend **Abraham „Abram“ Still** und **Martha Moore Still**. Sein Vater Abram war englischer und deutscher Abstammung und hatte als junger Erwachsener die Ausbildungen zum Arzt und zum Methodistenpriester abgeschlossen. In seiner Jugend hatte Abram gemeinsam mit seinen zahlreichen Geschwistern ein gutes Leben auf der Plantage in Buncombe County, North Carolina, geführt. Er wuchs in einem Umfeld der Sklaverei auf. Als Kind machte sich Abram vermutlich wenige Gedanken darüber, dass die Sklaven wie Eigentum behandelt wurden – ähnlich wie die Tiere der Farm. Erst als Abram erwachsen wurde und religiöses Mitgefühl entdeckte, geriet er in einen Konflikt mit dem Einsatz von Sklaven durch seine Familie.

Abram fühlte sich dazu verpflichtet, seine Stimme gegen den Lebensstil seines Vaters, Boaz, der fast überwiegend auf der Arbeit der schwarzen Sklaven beruhte, zu erheben. Da er keine Form der Sklaverei zu tolerieren bereit war, brach er den Kontakt zu seiner



Abb. 3.2 a: Statue des nachreformatorischen Bischofs John Still (1543–1608), Bischof von Bath und Wells, in der Kathedrale von Wells an der zum Kapitellhaus gerichteten Ostwand. Er war der religiöse Führer der Diözese Bath und Wells der Kirche von England in der Provinz Canterbury in England (Encyclopaedia Britannica 1911). [P168]

b: Nachkomme: Andrew Taylor Still, DO (1828–1917), Begründer der Osteopathie. [X349]

Familie ab. Abram erzog alle seine Kinder so, dass sie die Sklaverei hassten und Sklavenhalter verurteilten. Diese Lektion gegen die Sklaverei hatte A. T. Still so gut verinnerlicht, dass er die Öffentlichkeit nach seiner Wahl in die Kansas Free State Legislature als junger Mann davon zu überzeugen versuchte, die Sklaverei in dem neuen Staat Kansas als ungesetzlich zu erklären. Er hatte Erfolg: Kansas wurde 1861 als freier Staat in die Union aufgenommen.

Blickt man noch weiter in die Vergangenheit, wurden der Reichtum und der Einfluss der Familie Still, die ein Leben auf einer Plantage in Amerika überhaupt erst möglich machten, seit Generationen vom Bischof von Königin Elizabeth I, John Still, weitergereicht (> Abb. 3.2). **Bischof John Still** war sehr gebildet und extrem einflussreich. Er investierte sein kirchliches Einkommen in erfolgreiche Bleiminenunternehmen und vererbte den nachfolgenden Still-Generationen ein großes Vermögen.

Samuel Still (der Urgroßvater von A. T. Still) und seine fünf Brüder waren die ersten Mitglieder der Still-Familie, die England verließen und ihr Glück in Amerika suchten. Während des amerikanischen Unabhängigkeitskriegs war Samuel Still ein Scout der Rebellen. Samuel wurde gegen Ende des Krieges von den britischen Gefolgsleuten gefangen genommen, der Spionage beschuldigt und standrechtlich erschossen. Sein Sohn **Boaz Still**, der englischer und deutscher Abstammung war (der Großvater von A. T. Still) heiratete Mary Lyda, eine Frau mit niederländischer und indianischer Abstammung (Booth 1924, S. 1–2). Ihre indianischen Vorfahren gehörten zum Stamm der Cheraw, die später aufgrund des Flusses, in dessen Nähe sie lebten, in Lumbee umbenannt wurden. Die Behauptung von A. T. Still, dass in seinen Adern auch indianisches Blut fließt, bezieht sich auf die Blutlinie seiner Großmutter Lyda (Denslow 1979).

Wie bereits erwähnt, führte der Einsatz von Sklaven zum Betrieb der Plantage dazu, dass es zum Zerwürfnis von Boaz und Mary mit ihrem Sohn Abram kam, sodass A. T. Still seine Großeltern väterlicherseits niemals kennengelernt hat.

Die Mutter von A. T. Still, **Martha Moore**, war schottischer Abstammung und stammte aus einer großen und wohlhabenden Siedlerfamilie. Ihre Vorfahren, die Moores, hatten sich Land der Shawnee-Indianer in Abbs Valley, Virginia, angeeignet. Der zukünftige Großvater von A. T. Still, **James Jr.**, war mehrere Jahre zuvor von den Shawnee gefangen genommen worden – in der Hoffnung, dass die Familie Moore davon abgeschreckt und das Gebiet der Shawnee wieder verlassen würde. James Jr. wurde von den Indianern an einen kanadischen Händler, Bates Ariome, verkauft. Die Shawnee waren wegen der Aneignung ihres Landes durch die Siedler frustriert und griffen sie an. Dabei töteten sie alle Mitglieder der Moore-Familie, die zu dem Zeitpunkt zu Hause waren – bis auf eine Tochter, die gefangen genommen und als Sklavin verkauft wurde. Viele Jahre nach dem Angriff der Indianer, der die Familie Moore ausgelöscht hatte, hörte ein Nachbar der Familie in Abbs Valley, Thomas Evans, dass James Jr. und seine Schwester in Kanada lebten. Er kaufte sie frei und brachte sie nach Hause.

Eine unwahrscheinliche Schicksalswendung wollte es später, dass Martha „Moore“ Still, die Tochter von James Jr., sich eines Tages um eben jenen Stamm der Shawnee kümmerte, ihm helfen und unterrichten würde, der damals ihre Familie angegriffen hatte. Sie zog mit ihrem Ehemann Abram, dem Doktor und Prediger, und ihrem in der Ausbildung zum Arzt befindlichen Sohn, A. T. Still, in die indianische Mission Wakarusa. Der Begründer der Osteopathie trug über die Blutlinie seines Vaters indianisches Blut in sich und als Gegenstück dazu Siedlerblut seitens der Blutlinie seiner Mutter. A. T. Still war eine genetische Mischung deutscher, niederländischer, schottischer und indianischer (Cheraw) Abstammung (Booth 1924, S. 3–6).

3.2 Überleben als Siedler in Missouri – die Kindheit von A. T. Still

Obwohl er den Reichtum der Plantage seiner Eltern hinter sich gelassen hatte, setzte Abram Still seine Ausbildung und seine Interessen so ein, dass er seiner Familie gemäß dem neunjährigen A. T. Still ein komfortables Leben in schönen Häusern mit reichlich Nahrung und guter Kleidung bieten konnte. Als Abram Still 1837 den Auftrag erhielt, Missionsarbeit bei den Siedlern des neu eröffneten Staates Missouri zu leisten, besaß er zwei Planwagen voller schöner Möbel mit sechs guten Pferden und 900 US-Dollar in Gold und Silber – das war damals eine erhebliche Summe.

Nachdem er den Fluss Mississippi überquert hatte und in Missouri angekommen war, wurde Abram von einem methodistischen Priesterkollegen gefragt, ob er ihm 700 US-Dollar leihen könne – er würde diese Schulden nach vier Monaten mit Zinsen auf einer Methodistenkonferenz, an der sie beide teilnehmen wollten, zurückzahlen. Abram Still vertraute seinem Religionskollegen und übergab ihm fast seine ganzen Ersparnisse. Mit dem wenigen Geld, das ihnen verblieben war, kaufte die Familie Still Besitzansprüche an einem Stück Land mit einem kleinen Haus und zwei Kühen. Da das verliehene Geld nicht wie versprochen auf der Konferenz zurückgezahlt wurde, war die Familie Abram Still mittellos ohne Rücklagen für Notfälle.

21

Johannes Mayer

Die Kunst der Palpation

21.1	Definitionen	237	21.7	Intuition und implizites Wissen	246
21.2	Osteopathische Aspekte der Perzeption	237	21.7.1	Wissenschaftliche Grundlagen der Intuition	247
21.3	Osteopathische Aspekte der Interozeption	238	21.7.2	Training der Intuition:	247
21.4	Ebenen der Palpation	238	21.7.3	Intuitionsbarrieren	247
21.4.1	Struktur	239	21.7.4	Praxistipps für eine verbesserte Intuition in der Osteopathie	247
21.4.2	Gewebe	239	21.7.5	Intuition als psychologischer Prozess	248
21.4.3	Bewegung	240	21.8	Intuition und der „metapersonale Raum“	248
21.4.4	Rhythmus	240	21.8.1	Der Begriff „metapersonaler Raum“	248
21.4.5	Flüssigkeiten	241	21.8.2	Die osteopathische Perspektive im metapersonalen Raum	248
21.4.6	Energetik	242	21.9	Worin liegt die Kunst der Palpation?	249
21.4.7	Kommunikation	244	21.9.1	Wie wird man Experte in der Palpation?	249
21.5	Traditionelle Sicht der osteopathischen Palpation	245	21.9.2	Wie kann man Palpation systematisch trainieren? .	249
21.6	Palpationstraining	246	21.9.3	Gibt es in der Palpation eine Kunst und worin liegt sie?	250

Grundlage jeder manuellen Diagnose und Therapie ist die Palpation. Sie ist eine primäre und archaische Art der Kontaktaufnahme, ursprünglich in der Mutter-Kind-Beziehung. Archaisch in dem Sinne, dass diese Art des Kontakts wohl die älteste und in allen Kulturen verankerte taktile Beziehung zwischen Mutter und Kind präsentiert – bereits im Mutterleib, während der Geburt und unmittelbar nach der Geburt. „Der Tastsinn ist die Grundlage des ‚In-der-Welt-Seins‘, denn es ist das Medium, welches dem Menschen die Orientierung in Zeit und Raum ermöglicht“ (Burton und Heller 1964).

Im Rahmen dieses Kapitels werden die Dimensionen der Palpation im osteopathischen Kontext ausgeleuchtet. Der Fokus richtet sich auf die Praxis der Palpation, die Schulung und die „Meisterschaft“ in der Palpation.

21.1 Definitionen

Haptik Die Begriffe Haptik, Perzeption, Propriozeption, Extero- und Interozeption und deren wissenschaftliche Grundlagen werden in > Kap. 22 ausführlich erläutert.

Palpation „Palpation ist die Anwendung eines variablen Drucks der Finger auf die Oberfläche der Haut oder anderer Gewebe mit dem Ziel, den Zustand der darunterliegenden Teile zu bestimmen“ (Glos-

sary of Osteopathic Terminology 2011). Diese Definition aus dem amerikanischen Glossary ist absichtlich sehr global und unpräzise. Die eigentlichen Dimensionen der Palpation werden ausgeklammert. Wesentlich umfassender ist folgende Definition: „Palpation ist eine diagnostische Fähigkeit, die ein Osteopath dazu benutzt, um den Status des zu untersuchenden Gewebes oder Systems zu fühlen und wahrzunehmen. Dieser osteopathische Sinn beinhaltet die zahlreichen sensorischen Aspekte der Palpation, wie Flüssigkeit, Textur, Temperaturdifferenzen und subtile Bewegungen. Diese Fähigkeit, kleinste Bewegungen zu erfassen, erlaubt es dem Osteopathen, die inhärenten Bewegungen, die in allen lebenden Organismen vorhanden sind, wahrzunehmen“ (Canadian College of Osteopathy 2015).

21.2 Osteopathische Aspekte der Perzeption

Perzeption ist

- die Fähigkeit zu sehen, zu hören oder anderer Dinge gewahr zu werden über die Sinne,
- der Weg, bei dem etwas in Erwägung gezogen, verstanden oder interpretiert wurde (Oxford Dictionary 2015).

Perzeption wird als primär unbewusster Prozess der individuellen Informations- und Wahrnehmungsverarbeitung gesehen. Somit ist Perzeption nie „objektiv“, sondern immer subjektiv, multimodal und ein multi-dimensionales Erlebnis. Es variiert mit zahlreichen Faktoren, wie dem emotionalen Zustand, kognitiven Faktoren, dem Perzeptions- („bottom-up oder top-down“) und dem Visualisierungsprozess (Dror 2005). Im Prozess der Perzeption werden im Bewusstsein des Therapeuten die vorhandenen „Vorstellungsbilder“ mit den wahrgenommenen Teilaspekten der Wirklichkeit abgeglichen und daraus eine neue subjektive Wirklichkeit erzeugt.

Es existieren zahlreiche empirische Daten über die Funktionsweise des Gehirns, es gibt aber keine einheitliche Theorie. Der Neurowissenschaftler Karl Friston propagiert das „Free-Energy“-Prinzip für adaptive Systeme, mit dem Handlung, Perzeption und Lernen erklärt werden können (Friston 2010). Jedes sich selbst organisierende System, das im Gleichgewicht mit seiner Umgebung ist, muss die freie Energie reduzieren. Das Prinzip kann in einer mathematischen Formel ausgedrückt werden. Es zeigt, wie adaptive biologische Systeme, wie z. B. das Gehirn, der natürlichen Tendenz zur Unordnung widerstehen. Charakteristisch für biologische Systeme ist die Homöostase. Dadurch können Systeme bei sich konstant ändernder Umgebung (inneres und äußeres Milieu) ihre Struktur und ihren Funktionszustand erhalten.

Der Neurowissenschaftler und Philosoph Henrik Walter, Leiter des Forschungsbereichs Mind and Brain an der Charité Berlin, fasst die „free-energy theory“ folgendermaßen zusammen: *„Das Gehirn ist die Schaltzentrale eines lebenden Organismus und hat sich als Überlebensorgan entwickelt. Es muss Energie sparen. Daher, interessiert es sich nur für Neues und ‚geht davon aus‘, dass Bekanntes so bleibt, wie es ist. Das Gehirn sagt aufgrund seiner Erfahrung voraus, was das Ergebnis der Handlungen des Organismus sein wird, es generiert Hypothesen. Es registriert dann nur die Differenz von Vorhersage und Ergebnis (Vorhersagefehler). Es ist bemüht, diese Differenz möglichst gering zu halten, entweder durch bessere Hypothesen (top-down) oder genauere Wahrnehmung (bottom-up). Die Differenz lässt sich als ‚freie Energie‘ quantifizieren. Das Prinzip Vorhersage, Abgleich, Reaktion auf Differenz mit dem Ziel der Minimierung der freien Energie ist ein durchgehendes Organisationsprinzip auf jedem Level des hierarchisch gegliederten Systems“* (Walter 2013). Dies könnte die Grundlage dafür sein, dass erfahrene Osteopathen auf mehr gespeicherte Muster zurückgreifen und einen komplexeren Abgleich durchführen können – sozusagen das theoretische Modell für die intuitiven „top-down“-Entscheidungen und Handlungen.

21.3 Osteopathische Aspekte der Interozeption

Die wissenschaftlichen Grundlagen und die Rolle der Interozeption werden in > Kap. 22.5 erläutert. In diesem Kapitel wird der spezifische Bezug zum osteopathischen Konzept hergestellt.

In der somatosensorischen Forschung herrscht die Meinung vor, dass Berührung durch schnell leitende periphere Nerven übertragen wird und die kortikale Repräsentanz unterschiedlich ausgeprägt ist: für die Lippen und Fingerkuppen sehr hoch, für andere

Areale geringer (sensorischer Homunkulus). Es gibt seit einigen Jahren zunehmende Evidenz dafür, dass Berührung einen erheblich interozeptiven Anteil hat, der weniger mit dem diskriminativ-kognitiven System des somatosensorischen Kortex, sondern mehr mit dem emotionalen System verbunden ist (McGlone 2014). Man nennt dies die „**affektive Palpationshypothese**“ Diese Hypothese besagt, dass die freien Nervenendigungen die emotionale, hormonelle und verhaltensgesteuerte Antwort der Haut-Haut-Berührung gewährleisten. Andererseits hat man herausgefunden, dass eine physiologische emotionale Perzeption nur dann möglich ist, wenn beide Systeme (freie Nervenendigungen und schnelle Fasern) gemeinsam funktionieren.

Die Interozeption könnte eine wesentlich größere Bedeutung in der osteopathisch manuellen Therapie spielen als bisher angenommen. Da während jeder Therapie auch die freien Nervenendigungen stimuliert werden, ist immer eine direkte Verbindung in das limbische System möglich. Die **spinothalamische Bahn** könnte eine **Erklärung für somatoemotionale Reaktionen** liefern. Auf der anderen Seite sind so die typischen Effekte einer osteopathischen Behandlung wie Wärme/Kältegefühl, Wohlgefühl/Geborgensein, Leichtigkeit/Schwere, Expansion/Pulsation verständlich. Der Therapeut berührt den Patienten mit seinen Fingern und nicht mit seiner behaarten Haut. Dabei werden auch im Therapeuten überwiegend nur die schnellen diskriminativen sensorischen Bahnen aktiviert und nicht die interozeptiven.

Man könnte die haptische Interaktion Patient-Therapeut so interpretieren: Beim Patienten werden immer exterozeptive und interozeptive Impulse ausgelöst, die gleichzeitig ein körperliches und emotionales Erleben bewirken. Dabei können in beiden Bereichen positive, aber auch negative Wahrnehmungen sofort entstehen. Dies wäre eine Erklärung dafür, warum die vermeintlich „gleiche“ Behandlung je nach Kontext eine völlig unterschiedliche Reaktion im Patienten bewirken kann. Der Therapeut palpiert primär über die Mechanorezeptoren seiner Hand und nicht interozeptiv. Über die Beobachtung der Körpersprache des Patienten über vegetative Signale, Sprache usw. und dann sekundär über das „Halten“ des Patienten kann auch der Therapeut seine interozeptiven Kanäle öffnen und den Patienten wie sich selbst in seiner Ganzheit palpieren.

21.4 Ebenen der Palpation

Kappler (2002) fordert für die Kunst der Palpation: **Disziplin, Zeit, Geduld und Übung.**

Viola Frymann beschreibt eine Palpationsübung, bei der Temperatur, Textur, Feuchtigkeit, Elastizität, Turgor, Gewebespannung, Dicke/Dünne, Gestalt, Irritabilität und Bewegung palpirt werden sollen (Frymann 2007). Ähnliche Übungen finden sich in fast allen Osteopathielehrbüchern. Diese Übungen sind für die Lehre wichtig: Der Schüler lernt, den Fokus jeweils anders einzustellen und er lernt **afferentes Listening**.

Gibt es **Voraussetzungen für eine osteopathische Palpation** oder kann man einfach und zu jeder Zeit palpieren? Wie bereits ausgeführt, kann man die Palpation nur in einem größeren Kontext der Perzeption verstehen. Dabei spielen psychologische Faktoren,

Bewusstsein und Intention eine überragende Rolle. Vereinfacht kann man postulieren, dass zu einer osteopathischen Palpation **emotionale Intelligenz** eine wichtige Voraussetzung liefert. Goleman (2011) beschreibt unter emotionaler Intelligenz fünf verschiedene Qualitäten:

- **Selbstbewusstheit:** Fähigkeit eines Menschen, seine Stimmungen, Gefühle und Bedürfnisse zu akzeptieren und zu verstehen, und die Fähigkeit, deren Wirkung auf andere einzuschätzen
- **Selbstmotivation:** Begeisterungsfähigkeit für die Arbeit, sich selbst unabhängig von finanziellen Anreizen oder Status anfeuern zu können
- **Selbststeuerung:** planvolles Handeln in Bezug auf Zeit und Ressourcen
- **Soziale Kompetenz:** Fähigkeit, Kontakte zu knüpfen und tragfähige Beziehungen zu Patienten aufzubauen, gutes Beziehungsmanagement und Netzwerkpflge
- **Empathie:** Fähigkeit, emotionale Befindlichkeiten anderer Menschen zu verstehen und angemessen darauf zu reagieren

Als Osteopathen sollten wir uns dieser psychologisch-sozialen Dimensionen immer bewusst sein. Sowohl Patient als auch Therapeut stehen in diesem Kontext. Die emotionale Kompetenz sollte auch bei der Ausbildung und Fortbildung der Osteopathen und osteopathischen Ärzte einen größeren Stellenwert einnehmen als dies bisher üblich ist. Meist wird nur in Vorträgen darauf hingewiesen. Notwendig ist ein kontinuierlicher Reifungs- und Lernprozess vom Beginn der Ausbildung bis zum Ende. In Praxis- und Theorieteilen, wie sie z. B. in der „psychosomatischen Grundversorgung“ für Ärzte angeboten wird, können solche Fähigkeiten erworben werden (Curriculum psychosomatische Grundversorgung 2001). Während der Berufsausübung sind ergänzende Elemente, wie z. B. Balint-Gruppen unter Supervision, wichtig.

Die vielen palpatorischen Eindrücke, die jeder Therapeut erfassen kann, lassen sich in sieben Grundebenen mit vielen Unterebenen einteilen.

21.4.1 Struktur

Um die strukturellen Komponenten zu erfassen palpieren wir die

- **Form:** glatt/kantig, rund/eckig, groß/klein, spitz/stumpf, zylindrisch/kubisch.
- **Oberfläche:** glatt/rau, weich/hart, grobkörnig/feinkörnig, offenporig/geschlossen.
- **Tiefe:** oberflächlich/tief, klein/voluminös.
- **Gestalt:** Hier ist das strukturelle „Erfassen“ der gesamten Gestalt gemeint. Nach Goethe drückt sich in der strukturellen Gestalt häufig auch das Wesen der Dinge aus. Goethe übertrug das „Schauen“ auf die belebte Natur und entwickelte seine Morphologie. Hegel betrachtet die Gestalt als unmittelbaren Ausdruck eines Inneren. Für ihn ist Schönheit durch die Gestalt, die Ausdruck eines lebendigen und beseelten Innen ist, definiert. Aus osteopathischer Sicht sollte der Gestalt der Struktur durchaus mehr Bedeutung geschenkt werden, da so ein Zugang zu gestaltpsychologischen Ebenen ermöglicht wird. Eine weitere Betrachtung der Gestaltpsychologie ist sehr lohnenswert, übersteigt aber

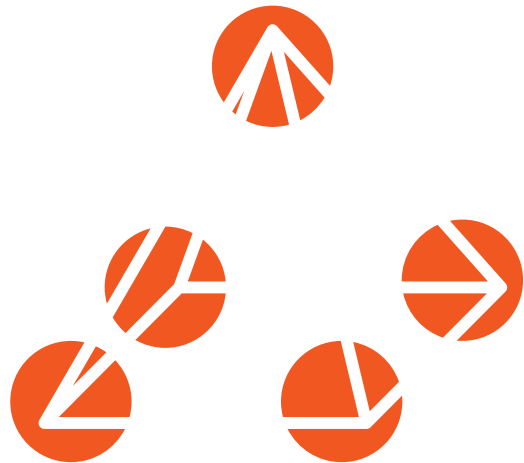


Abb. 21.1 Wie das Gehirn fehlende Teile ergänzen kann und eine dreidimensionale Pyramide entsteht. [L271]

den Rahmen dieses Kapitels. In > Abb. 21.1 wird ein Beispiel gezeigt, wie das Gehirn nach dem Gesetz der Prägnanz fehlende Elemente ersetzt.

- **Struktur in Beziehung zu Nachbarstrukturen:** Hier wird der Kontext angesprochen. Jede Struktur des menschlichen Körpers steht in einem anatomisch/physiologischen Kontext mit den Nachbarstrukturen. „Gesundheit“ drückt sich auch in einer physiologischen strukturellen Beziehung aus.

21.4.2 Gewebe

In der Osteopathie ist alles grundsätzlich Gewebe – von der Zelle bis zu komplexen Geweben wie einem Knochen oder einer Faszie. Die Palpation der Gewebedimension qualifiziert das Gewebe selbst. Nach van Allen (1964) gibt es fünf spezifische Kriterien, um die **Qualität von Geweben** zu charakterisieren:

- Spannung
- Turgor
- Dichte
- Eindrückbarkeit
- Elastizität

Wir ergänzen hier noch **Temperatur, Irritabilität** und **Textur**.

Temperatur Jedes Gewebe hat eine Temperatur, in der Regel entsprechend der Körpertemperatur. Bei Entzündungsprozessen oder Tumoren ist die Temperatur in der Regel immer erhöht, ebenso wie bei akuten Traumen (einer Art „steriler Entzündung“). Bei chronischen Prozessen, wie z. B. Narben, ist die Temperatur leicht erniedrigt. Der Körper hat insgesamt eine thermoabstrahlung im Infrarotbereich zwischen 800 und 1.000 nm (Barral 2004). Diese thermoabstrahlung ist wie eine Glocke oder eine zweite Haut im Abstand von ca. 8–10 cm um den gesamten Körper herum fühlbar. Sie kann auch mit entsprechenden Geräten gemessen werden. Barral entdeckte, dass bei somatischen Dysfunktionen oder bei strukturellen

len Veränderungen diese „Thermo-Glocke“ in charakteristischer Weise gestört ist. Diese Veränderungen werden bei der manuellen Thermodiagnose diagnostisch bewertet.

Spannung In der Osteopathie ist eine der wichtigsten Befunde die Gewebespannung. Grundsätzlich gibt es drei Möglichkeiten: ausbalanciert, zu viel Spannung oder zu wenig Spannung (van Allen 1964). Spannung kann man fühlen, indem man die zu untersuchenden Strukturen (Band, Faszie, Muskel usw.) langsam dehnt oder voneinander weg bewegt. Je tiefer man sich in den Körper hinein bewegt, desto langsamer und weicher muss palpirt werden. In der Regel vergleicht man die pathologische mit der physiologischen Seite (z. B. rechter Ellenbogen mit linkem Ellenbogen) oder man vergleicht von Segment zu Segment (z. B. thorakal 2–4). Die Palpation in verschiedenen Levels und Tiefen des Gewebes (Haut, superfizielle Faszie, Muskel, tiefe Faszie, Peritoneum usw.) ist keine Frage des Drucks, sondern mehr eine Frage der Intention (Comeaux 2005).

Turgor Unter Turgor versteht man den Wassergehalt eines Gewebes. Der Turgor beschreibt, wie geschwollen oder ausgedehnt ein Gewebe ist. Bei hohem Turgor ist das Gewebe härter, bei geringerem weicher. Bei einer akuten Entzündung wird z. B. der Turgor deutlich erhöht, bei einer chronischen Entzündung eher erniedrigt sein.

Dichte Osteopathisch wird zwischen hoher Dichte wie Knochen und niedriger Dichte wie Flüssigkeit unterschieden. Jedes Gewebe hat eine charakteristische Dichte. So kann z. B. eine Sehne, der Sehnen-Muskel-Übergang und der Muskel allein aufgrund der unterschiedlichen Dichte differenziert werden. Mehr Wassergehalt entspricht in der Regel auch weniger Dichte. Dies trifft aber nicht auf alle Gewebearten zu. Bei einem traumatisierten Gewebe kann die Dichte durch narbige Veränderungen und weniger durch den Wassergehalt bestimmt sein.

Eindrückbarkeit Hier geht es um die Frage, ob sich Strukturen durch Kompression annähern lassen. Können sie die dabei entstehende Spannung ausbalancieren oder entsteht eine höhere Spannung? Tritt beim Eindrücken des Gewebes plötzlich ein Dysfunktionsmuster auf und wenn ja, wo liegt das Fulcrum für dieses Dysfunktionsmuster?

Elastizität Geprüft wird die Elastizität des Gewebes, indem der Osteopath zunächst einen sanften Druck auf das zu untersuchende Gewebe ausübt. Beurteilt wird die Reaktion des Gewebes auf den Druck (Resistenz) sowie das Ausmaß der Verformung. Im zweiten Schritt wird die Reaktion des Gewebes beurteilt, wenn der Therapeut den Druck aktiv nachlässt (Resilienz).

Irritabilität Dies ist die lokale Reizbarkeit eines Gewebes (bei Entzündung vermindert), aber auch im übertragenen Sinn die Reizbarkeit (Dermografismus auf normalen Gewebereiz). Bei chronischen Schmerzpatienten ist z. B. die Irritabilität von Haut und Muskulatur in der Regel deutlich erhöht. Die Irritabilität ist somit auch ein Hinweis auf Reaktionen des autonomen Nervensystems und emotionaler Komponenten.

Textur Unter Textur versteht man die Oberflächenbeschaffenheit eines Gewebes, vergleichbar mit einem Stoffmuster, wo auch zwischen einem Seidenstoff und einem Baumwollstoff große Unterschiede bestehen. Aus osteopathischer Sicht wird die Textur durch folgende Zeichen beeinflusst: Ödem, Vasodilatation, Fibrose,

Hypertonizität, Kontraktur. Palpieren kann man z. B. den Fasergehalt, die Verdickung, die Zähigkeit, die „Durchsaftung“ des Gewebes und die Widerstandsfähigkeit.

21.4.3 Bewegung

Grundlage allen Lebens ist die Bewegung. Die osteopathische Palpation prüft daher immer die Bewegungsqualität und -quantität. Bei der Bewegung gibt es verschiedene Komponenten.

Normale Bewegung Physiologische Bewegungen in sagittaler, frontaler oder koronarer Ebene oder die entsprechenden Kombinationen dieser Ebenen. Wichtig ist dabei die Symmetrie der Bewegung. Bewegung wird im Glossary (2011) folgendermaßen definiert:

- Eine Änderung der Position in Bezug auf ein fixiertes System.
 - Der Akt oder Prozess, bei dem ein Körper seine Position in Bezug auf die Richtung, die Bahn und die Geschwindigkeit ändert.
- Physiologische Bewegungen sind Änderungen der Position von Körperstrukturen im normalen Bewegungsrahmen.

Physiologische Barriere Laut Glossary (2011) die Grenze der aktiven Bewegung.

Anatomische Barriere Laut Glossary (2011) die Grenze der Bewegung, die durch anatomische Strukturen bedingt ist – die Grenze der passiven Beweglichkeit.

Pathologische Barriere Laut Glossary (2011) eine Einschränkung der Gelenkbeweglichkeit, die mit einer pathologischen Veränderung der Gewebe einhergeht.

Endgefühl Wie verläuft eine Bewegung am Ende der physiologischen Bewegung? Findet sich ein elastischer, weicher Endpunkt oder ein harter Endpunkt? Ein hartes Endgefühl ist in der Regel ein Hinweis auf Dysfunktionen. Die Qualität des Endgefühls gibt Hinweise auf die Gewebe und Kräfte, die an der Dysfunktion beteiligt sind.

Bewegung im Kontext Analysiert wird auch die Bewegung im Zusammenspiel mit den Nachbargelenken oder Geweben. Findet sich ein harmonisches, ausbalanciertes Miteinander oder führt die Bewegung zu Dysfunktionsmustern?

21.4.4 Rhythmus

Bewegung braucht Rhythmus und die meisten körpereigenen Rhythmen unterliegen einer zirkadianen Kurve.

Atmung Der physiologische Atemrhythmus beträgt in Ruhe 10–14/min, er kann bei Anstrengung bis auf gut 25 steigen und in tiefer Meditation bis auf 1 sinken. Nachts verlangsamt sich die Atmung oft auf Werte < 10/min.

Arterieller Puls Der arterielle Puls liegt in Ruhe zwischen 40–80, je nach Trainingszustand des Herzens. Er kann bei Anstrengung auf über 180 steigen und in tiefer Entspannung Werte von 10 erreichen.

Kraniosakraler Rhythmus laut Glossary (2011) eine palpable rhythmische Fluktuation, von der man annimmt, dass sie mit dem „primären Atemrhythmus“ synchron ist. Dieser Mechanismus wird folgendermaßen beschrieben: ein konzeptuelles Modell, das einen Prozess beschreibt, der fünf interaktive eigenständige Funktionen umfasst:

1. Die inhärente Motilität des Gehirns und des Rückenmarks
2. Die Fluktuation der zerebrospinalen Flüssigkeit
3. Die Beweglichkeit der intrakraniellen und intraspinalen Membranen
4. Die artikulare Mobilität der Schädelknochen
5. Die Mobilität des Sakrums zwischen den beiden Ossa ilea, die unabhängig von der Bewegung der sphenobasilären Synchronose ist

Bezüglich einer wissenschaftlich nachweisbaren Palpation des **kranialen rhythmischen Impulses** (CRI) wird exemplarisch auf die wegweisenden Arbeiten von Nelson, Sergueef und Glonek hingewiesen (Nelson et al. 2001, 2006, Sergueef et al. 2001). Die Autoren konnten im direkten Vergleich Palpation mit Farblaser-Doppler-Flussmessungen eindeutige Korrelationen zwischen der beschriebenen und der gemessenen Palpationsbewegung herstellen. Aufgrund zahlreicher Messungen wird gefolgert, dass die Traube-Hering-Mayer-Welle (THM) synchron mit dem CRI verläuft. Laut Nelson liegt die Rate des CRI in den meisten Palpationsstudien zwischen 4 und 14. Die in der Doppler-Flussmessung gefundene Rate der THM-Welle liegt bei durchschnittlich 4,5. In der Studie von Nelson wurden von einem Großteil der Untersucher genau die Rate von 4–5 palpirt, von einem anderen Teil eine doppelt so hohe Rate von 8–12 in einem Verhältnis von 1:2 zur THM-Welle. Die in den verschiedenen Studien berichteten Raten einerseits zwischen 4–6 und andererseits um die 10 wären so erklärbar. Neben diesen beiden Frequenzen gibt es noch eine dritte langsamere, tidenartige Bewegung („long-tide“), die in einem Zeitraum von 9 Minuten ca. 6-mal stattfindet, also für einen kompletten Zyklus ca. 90 Sekunden benötigt (Becker 2007).

Viszerale Motilität Nach Barral (2007) ist die Motilität die natürliche, rhythmische Eigenbewegung eines Organs. Die Motilität ist unabhängig von der respiratorischen Atmung und dem CRI, der Rhythmus liegt bei 7–9 Zyklen/min. Der Ursprung dieser Bewegung ist wissenschaftlich nicht geklärt. Es wird postuliert, dass die Motilität ein Spiegel der embryonalen Entwicklungsbewegung darstellt. Neuere Erklärungen betrachten die Motilität als die Summe aller Flüssigkeitsbewegungen (➤ Kap. 50.2.2).

Lymphatischer Rhythmus Nach Chikly (2001) haben die Lymphangiome einen Eigenrhythmus von 6–9/min. Die Lymphbewegung kann in diesem Rhythmus in der Haut selbst, aber auch in tieferen Schichten, wie z. B. den Organen, palpirt werden.

Faszienbewegung Schleip et al. (2005) konnten in vitro nachweisen, dass die dorsolumbale Faszie eine eigenständige Kontraktilität aufweist. Histologisch finden sich in der humanen dorsolumbalen Faszie bei jüngeren Patienten eine höhere, bei älteren eine geringere Anzahl Myofibroblasten. Besonders viele kontraktile Elemente befinden sich in der Nähe von Blutgefäßen und intrafaszialen Nervenendigungen. Experimentell ausgelöste Kontraktionen von huma-

nen Faszien sind der ganz langsamen und lang anhaltenden Kontraktion von Schließbewegungen bei Muscheln ähnlich (archaische Muskelaktivität aus phylogenetischer Sicht). Der Eigenrhythmus der Faszien liegt bei 6–8/min. In neueren Studien (Follonier et al. 2010) wurde die Oszillation der Myofibroblasten untersucht und ein durchschnittlicher Rhythmus von 99 Sekunden gefunden. Hier darf spekuliert werden, ob der Myofibroblasten-Rhythmus mit der „long-tide“ identisch sein könnte.

21.4.5 Flüssigkeiten

Liquor cerebrospinalis Wie oben bereits erläutert, kann der CRI am Schädel, aber auch sonst im Körper, überall palpirt werden. Die Mittellinienstrukturen bewegen sich in einer Flexions-/Extensionsbewegung. Die paarigen, lateralen Strukturen bewegen sich während der kranialen Flexion in Außenrotation und bei der kranialen Extension in Innenrotation. Die Frequenz liegt zwischen 4–12/min. Das theoretische Modell für die überall palpierbare Liquorbewegung ist der Verlauf der peripheren Nerven bis in die äußerste Peripherie des Körpers. Da alle Nerven von Dura umhüllt sind, werden sie auch von Liquor umspült. Die Bewegung des CRI soll somit bis in die Peripherie gespiegelt werden.

Blut in Arterien und Venen Der arterielle Puls ist einer der verlässlichsten palpatorischen Eindrücke. Aus osteopathischer Sicht ist die Durchblutung aller Gewebestrukturen von großer Wichtigkeit. Still schreibt in seiner Autobiografie: „*The rule of the artery must be absolute, universal, and unobstructed, or disease will be the result*“ (Still 1897).

Es gibt einen osteopathischen Therapieansatz, bei dem gezielt in allen Geweben die Arterien im myofaszialen Gewebe aufgesucht und therapiert werden (Barral und Croibier 2011). Barral arbeitet vor allem mit Induktions- und mit Dehnentechniken.

Körperwasser Der Gesamtwassergehalt des menschlichen Körpers ist je nach Alter unterschiedlich. Säuglinge haben ca. 80–85 % Wassergehalt, Kinder 75 %, Erwachsene 65 % und ältere Patienten nur noch 55 %. Von der gesamten Körperflüssigkeit ist ca. zwei Drittel intrazellulär und ein Drittel extrazellulär (Schmidt et al. 2011). Aus osteopathischer Sicht kann man in jeder Art von Gewebe die „wässrige“ Komponente palpieren und auch in dieser „Fluid Phase“ arbeiten.

Fluid8-Methode nach J. Mayer

Die vom Autor entwickelte Fluid8-Methode soll hier am Beispiel der Wirbelsäule kurz beschrieben werden. Bei dieser globalen Palpation wird nicht auf die Gewebestruktur (Muskel, Faszie, Sehne, Knochen usw.) geachtet, sondern es wird das gesamte Gewebe links und rechts vom Dornfortsatz in Lokalisation über den Querfortsätzen wie eine Flüssigkeitssäule betrachtet. Fokus ist der von Becker beschriebene „Quantenkontakt“ (Becker 2007).

Becker beschreibt in seinen vier Schritten der Palpation folgendes: „*Wenn ihr euren Handkontakt hergestellt und eure propriozept-*

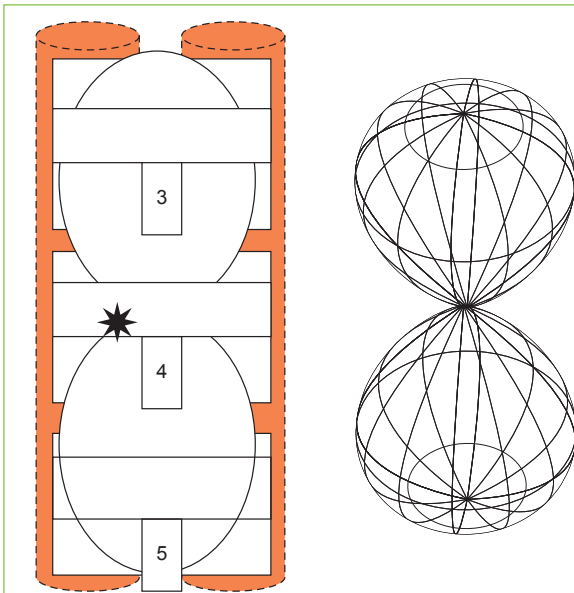


Abb. 21.2 Schematische Darstellung der Fluid8-Methode am Beispiel der Lendenwirbelsäule. [P177]

tiven Bahnen auf Empfang geschaltet habt, hört ihr dem zu, was in der Körperphysiologie geschieht – ihr schaltet sozusagen das sensorische Areal eures Gehirns ein. Denkt von oben aus, spürt von oben aus. Diese dritte Ebene der Palpation nenne ich sensorisch-motorisch. Wir haben jetzt diese drei Ebenen der Palpationsfähigkeit und wollen einen Schritt weitergehen. Nun könnt ihr diese drei Ebenen vergessen und euch sagen: Ich werde zuhören, zuhören, zuhören und ihr kommt auf die vierte, eine Quantenebene. Ich kann das nicht erklären, aber ich bekomme auf dieser Quantenebene mehr Informationen als auf allen drei anderen Ebenen zusammen. Diesen Quantenkontakt vergleiche ich gerne mit einem Wasserläufer.“

Voraussetzung für diese „Quantenebene“ ist ein extrem weicher und rein afferenter Kontakt (> Kap. 21.6). Beide Hände werden von lateral her flächig angelegt, wie ein „Eintauchen“ in die Wasseroberfläche mit Fokus auf eine flüssige Turbulenz, wie in einen Strudel; nicht in einen faszialen Zug mit Listening. In unserem Beispiel (> Abb. 21.2) liegen der Finger 3 auf dem Querfortsatz 3, der Finger 2 auf dem Querfortsatz 4 und der Daumen auf dem Querfortsatz 5. Wenn der Strudel gefunden ist, richten wir den Fokus auf das Zentrum des Strudels (Finger 2). Das Feintuning erfolgt über zwei Fulcra (Becker 2007), die im Falle der Wirbelsäule in den beiden Schultern des Therapeuten oder in den Ellenbogen liegen. Die Perzeption für den Strudel im Wasser ist nicht ein Hineinsinken, sondern eher eine leichte Erhabenheit mit dem Charakter einer Vibration. Der Strudel ist links oder rechts über dem Querfortsatz in einem Wirbelsäulensegment, z. B. L4 (> Abb. 21.2).

Alle lebenden Gewebe zeigen eine Flüssigkeitsdynamik, die als Eigenbewegungen sinusartig und dreidimensional ablaufen (> Abb. 21.2). Diese Eigenbewegung bezeichnet man als **Lemniskate** (Hermanns 2012). In der Natur gibt es zahlreiche Beispiele für Lemniskate, wie das Rollen eines Bootes auf dem Wasser oder die

Bewegung eines Drachens im Wind. Im menschlichen Körper finden wir strukturelle und funktionelle Lemniskate. Die bekanntesten strukturellen Lemniskaten sind das Becken und das Centrum tendineum des Zwerchfells.

Es erfolgt jetzt ein **afferentes Listening**: In welche Richtung startet die 8, nach oben links oder rechts, nach unten links oder rechts? Der Strudel liegt im Zentrum der 8. An der Wirbelsäule läuft die 8 immer über drei Segmente. Dies liegt vermutlich an der embryologischen Entwicklung der Wirbelkörper, die trisegmental gegliedert ist.

Wir folgen mit allen sechs Fingern gedanklich der 8; normalerweise läuft sie 3–5 Touren. Bei einem Stopp kann die 8 nochmals zwei- bis dreimal in die gleiche oder in eine ganz andere Richtung starten. Nach insgesamt 5–8 Touren mündet die 8 in einen Stillpunkt, der aber nur ca. 20–30 Sekunden dauert. Der Stillpunkt kann mit leichter Kompression vertieft werden. Wichtig ist es, den Stillpunkt über die Fulcra zu halten und zu balancieren. Nach dem Stillpunkt erfolgt eine dreidimensionale Expansion zunächst lokal, der wir folgen. Die Expansion geht dann an der Wirbelsäule in der flüssigen Phase die gesamte Wirbelsäule entlang bis zum Coccyx und zur Schädelbasis. In der Perzeption fühlt man eine Art Wellenbewegung entlang der Flüssigkeitssäule. Zum Abschluss der Technik erfolgt eine mechanische Segmentbewegung in Flexion und Extension zur „mechanischen Öffnung“ der Facetten. Bei dem erweiterten Fluid8-Modus wird zusätzlich die Midline-Bewegung als sich veränderndes Licht – ähnlich wie in der Biodynamik – betrachtet.

Die Fluid8-Technik kann an jeder Stelle des Körpers eingesetzt werden, auch im Knochen. Hier eignet sie sich insbesondere zur Therapie intraossärer Störungen. Je erfahrener der Therapeut wird, umso gezielter kann er der dreidimensionalen Bewegung der Lemniskate folgen (> Abb. 21.2). Die Fluid8-Therapie kann mit jeder anderen osteopathischen Technik ohne Probleme kombiniert werden; häufig ermöglicht sie erst den Einsatz einer Methode wie Muskel-Energie-Technik (MET) oder HVLA-Technik (High Velocity Low Amplitude). Die in > Kap. 43 und > Kap. 59 beschriebenen Lemniskate der Extremitäten sind Ausdruck komplexer myofaszialer Bewegungen. Im Gegensatz dazu ist bei der Fluid8-Methode die flüssige Phase aller Gewebe der diagnostische und therapeutische Fokus. Die Fluid8-Methode steht im klassischen osteopathischen Kontext (W. Sutherland, A. Wales, R. Becker). „Fluids first, than membranes, than bones“ (Zitat von Jane Carreiro in Pediatric Course 3–5 der Deutschen Gesellschaft für Osteopathische Medizin, DGOM).

21.4.6 Energetik

Energie wird in diesem Kontext primär als physikalisches Phänomen und nicht als spirituelles Phänomen betrachtet. Es soll die Frage beleuchtet werden, ob man Energie palpieren kann, wenn ja, welche und wie. Grundlage für diese Übersicht sind die aktuellen wissenschaftlichen Arbeiten, die im Buch „Energy Medicine East and West“ (Mayor und Micozzi 2011) veröffentlicht sind sowie die Präsentation der FAAO-These von J. Hendry (Hendryx 2014).

In der Osteopathie werden normalerweise **fünf konzeptionelle Modelle** präsentiert:

- Biomechanisch-strukturelles Modell
- Respiratorisch-zirkulatorisches Modell
- Neurologisches Modell
- Metabolisches Modell
- Biopsychosoziales Modell

Das **sechste Modell ist das bioenergetische**, das so unterschiedliche Konzepte wie Lebenskraft, Vitalität des Gewebes, biophysikalische und bioelektrische Eigenschaften umfasst (Hendryx 2014). Die bioenergetische Forschung gehört in die Kategorie Biophysik. Es wird erforscht, wie die endogenen und exogenen Energiequellen lebende Systeme beeinflussen. Becker versuchte in den 1960er Jahren, energetische Palpation zu erklären. In den Jahren 1964 und 1965 beschreibt er in vier Artikeln bioenergetische Felder, Biodynamik und biokinetische intrinsische Energien und Kräfte in Beziehung zu Fulcra, diagnostischer und therapeutischer Berührung und zur Potency (Becker 2007). Für Becker ist die wesentliche energetische Kraft im Körper die des CRI, die in allen Geweben palpabel ist. *„Wenn wir unsere Hände an einen Patienten legen, der bei guter Gesundheit ist, spüren wir ein allgemeines Gefühl von Wohlbefinden. Wir spüren den respiratorischen Zyklus seiner Atmung. Wir spüren die Flexion und Extension seiner in der Mittellinie verlaufenden Strukturen in ihrer Funktion. Wir fühlen die abwechselnde externe und interne Rotation seiner bilateralen Strukturen in ihrer Funktion. Im gesamten Körper ist etwas fühlbar, das in den heutigen Anatomie- und Physiologietexten normalerweise nicht erwähnt wird: eine generelle Tidenbewegung des gesamten Körpers, ein Hereinfluten und Hinausebben. Es ist eine rhythmische Bewegung innerhalb aller Körperflüssigkeiten.“*

Robert Fulford, einer der prominentesten Verfechter des bioenergetischen Modells, hielt auf der AAO Convocation 1997 einen bemerkenswerten Vortrag, in dem er Folgendes postulierte: *„Der menschliche Körper ist komponiert aus komplexen Strömen sich bewogender Energie. Wenn diese Energieströme geblockt oder eingengt werden, verlieren wir physische, emotionale und geistige ‚Flüssigkeit‘, die uns normalerweise zur Verfügung steht. Wenn die Blockade lang genug dauert, ist das Ergebnis Schmerz, Unbehagen, Krankheit und Distress.“*

Rubik definiert das **Biofeld** folgendermaßen: *„Das Biofeld ist ein komplexes und extrem schwaches elektromagnetisches Feld des Körpers, von dem man annimmt, dass elektromagnetisch die Homöodynamik gesteuert wird“* (Rubrik 2002).

Oschmann sieht den menschlichen Körper als eine piezoelektrische Matrix oder als Flüssigkristall eingebettet in einem Gewebeseintegrity-Modell (Oschmann 2003).

Ho spricht von einem kristallinen Bewusstsein: *„Der Organismus ist im Ideal eine Quantum-Superposition kohärenter Aktivitäten mit instantaner, nicht lokaler Interkommunikation im gesamten System. Die bestechendste Evidenz für die Kohärenz des Organismus ist die Entdeckung (1992), dass alle lebenden Organismen Flüssigkristalle sind. Man kann zeigen, dass von der makroskopischen bis auf die mikroskopische Ebene alle Aktivitäten kohärent organisiert sind“* (Ho 2008). In den Augen von Mae Wan Ho ist jeder Teil des Organismus in Kommunikation mit jedem anderen Teil durch ein dynamisches,

sich ständig veränderndes flüssiges kristallines Medium, das den gesamten Körper durchdringt, von den Organen und Geweben bis in jede Zelle. Der sichtbare Körper entsteht gerade dort, wo die Wellenfunktion des Organismus am dichtesten ist. Unsichtbare Quantumwellen breiten sich von jedem von uns aus und durchdringen alle Organismen; gleichzeitig nimmt jeder von uns die Wellen anderer Organismen auf. *„In einem ganz realen Sinn ist niemand allein, wir sind keine isolierten Atome, die gegen den Rest der Welt kämpfen, stattdessen ist jeder von uns unterstützt und konstituiert durch alles, was im Universum vorhanden ist. Wir sind im Universum zu Hause, vor allem sind wir nicht ohnmächtige Beobachter außerhalb der Natur, wir sind Teilhaber, wir sind ständig ‚Mitgestalter von uns selbst und von anderen, wir können unsere Träume wahr werden lassen“* (Ho 2008).

Das Substrat unserer diagnostischen und therapeutischen Bemühungen in der Osteopathie ist die **somatische Dysfunktion (SD)**. Im „Glossary of Osteopathic Terminology“ wird die SD folgendermaßen definiert: „Eingeschränkte oder beeinträchtigte Funktion der zueinander in Beziehung stehenden Komponenten des somatischen Systems, den skeletalen, gelenkmäßigen und myofaszialen Strukturen und deren Bezug zu vaskulären, lymphatischen und neuronalen Elementen“ (AACOM 2011). Dabei fehlt der bioenergetische Aspekt. Da alle lebenden Systeme von Natur aus energetisch sind, stellt sich die Frage, ob energetische Dysfunktionen im Körper somatische Dysfunktionen auslösen und damit die Gesundheit beeinträchtigen können. Vom therapeutischen Aspekt her stellt sich die Frage, ob bioenergetische Therapien somatische Dysfunktionen beeinflussen oder gar lösen können.

Welche bioenergetischen Phänomene können palpirt werden?

CRI Wie bereits erwähnt, ist auch der kraniosakrale Rhythmus ein bioenergetisches Phänomen, das überall im Körper palpirt werden kann. Bemerkenswert ist, dass laut Becker neben dem normalen CRI immer wieder spontane Stillpunkte zu beobachten sind – am Ort der Therapie, aber auch davon entfernt (Becker 2007). Diese häufig bestätigte Beobachtung ist nur bioenergetisch zu erklären.

Dynamic Strain Vector Release Hendryx beschreibt eine wirkungsvolle bioenergetische Therapie von somatischen Dysfunktionen. Über dem Gewebe der SD werden ein oder mehrere energetische Strain-Vektoren manuell lokalisiert und exakt eingestellt. Das Ergebnis ist ein sofortiger Release in der SD (Hendryx und O'Brien 2003). Der Autor selbst arbeitet seit Jahren erfolgreich mit dieser Methode, häufig als Abschlussbehandlung von hartnäckigen oder wiederholt auftretenden somatischen Dysfunktionen.

Manuelle Thermodiagnose nach Barral (> Kap. 21.4.2) Mit der manuellen Thermodiagnose lassen sich thermische Spots am Körper erfassen. Sie ist vor allem als rasche Screening-Methode diagnostisch geeignet.

Fluid8 Die in > Kap. 21.4.5 beschriebene Methode ist nur initial eine physikalische Bewegung im Wasser. Nach dem Stillpunkt tritt die Expansionsphase ein, die wie eine Welle die ganze Wirbelsäule entlangläuft. Dieses Gefühl der Wellenbewegung ist sicherlich nicht eine echte Wasserwelle, wohl eher eine elektromagnetischen Welle.

Laut Oschmann manifestiert sich Bioenergie im elektromagnetischen Spektrum von ganz niedrigwelligen Frequenzen (< 100 HZ) bis zu 10¹⁵ HZ im Bereich des sichtbaren Lichts (Oschmann 2003). Interessanterweise „verwandelt“ sich bei der Fluid8-Methode die Wellenbewegung am Ende fast immer in einen Lichtstrahl.

„Potency“ Sutherland hat diesen Begriff geprägt. Sein Schüler Becker erläutert die Potency in zahlreichen Artikeln und Vorträgen (Becker 2007). Er beschreibt die Potency der Tide: „*Der Liquor cerebrospinalis birgt in sich eine Potency, ein Lebensatem-Prinzip sowie ein Höchstes Bekanntes Element – eine Flüssigkeit in der Flüssigkeit. Diesen unsichtbaren Faktor findet man an dem Punkt in der Mitte zwischen Inhalation und Exhalation, einem Fulcrumpunkt in dem tidenartigen Wechseln von Flexion/Außenrotation zu Extension/Innenrotation. Am Balancepunkt der Tide des Liquors cerebrospinalis findet man sie, diese Potency.*“ Nach Becker drückt die Tide den „inhärenten Behandlungsplan“ des Patienten aus. Dieser Plan gibt dem Therapeuten die Orientierung, alles, was innerhalb des Heilungsprozesses erfolgen muss, ist eine Funktion der primären Atmung. Dieser Plan orientiert sich nicht an der Analyse und den Kenntnissen des Therapeuten, er entwickelt sich von selbst. Becker sagte einmal: „*Vertraue der Tide und geh dann aus dem Weg.*“

Die therapeutische Erfahrung der Potency ist praktisch nicht in Worte zu fassen. In der Potency kumulieren und interagieren verschiedene bioenergetische Phänomene, sodass jede Potency ihre eigene Perzeption im Therapeuten und Patienten auslöst. Die Wahrnehmung der Potency ist auch von der Interaktion Patient/Therapeut einschließlich der jeweiligen Intention abhängig. Somit ist die Perzeption der Potency immer ein subjektives einmaliges Stattfinden.

Auf der anderen Seite hat jeder Therapeut, der die Potency einmal erlebt hat, eine sofortige und nachhaltige Perzeption. Die Potency kann man nicht lernen, man muss sie zulassen. Becker fasst sein therapeutisches Prinzip folgendermaßen zusammen: „*Ich behandle, um die Gesundheit wieder herzustellen, ich versuche nicht das Problem zu lösen*“ (Becker 2007).

21.4.7 Kommunikation

Allgemein

Jede Palpation ist immer gleichzeitig eine Kommunikation zwischen Therapeut und Patient. **Wer berührt, wird berührt.**

Kommunikation erfolgt zum Großteil auf nonverbaler Ebene. Nach Nathan sind folgende Elemente zu beachten: Intonation, Be-

tonung und Lautstärke der Stimme, Interaktion Stimme und Atmung, nonverbale Laute wie Stöhnen, Seufzen, Bewegungen, Körperhaltung, Mimik, Gestik, körperliche Nähe, Halten, Berühren, Umarmen (Nathan 2001). Die physiologische Sichtweise der Palpation ist in der manuellen Medizin üblich, sie ist aber eine technische Einengung. Bei jeder Palpation findet Kommunikation statt. Jede Berührung ist psychologisch bedeutungsvoll. Jeder Therapeut ist verpflichtet, bei der Palpation ein sicheres psychologisches Umfeld für den Patienten zu kreieren. Dieses sichere Umfeld wird durch die innere Haltung des Therapeuten, die professionelle Umgebung, die Körpersprache und die professionelle Art der Palpation erreicht.

Somatische Dysfunktionen führen zu einem veränderten Körpererleben des Patienten. Osteopathische Therapie muss das veränderte Körpererleben des Patienten diagnostizieren und behandeln. Während einer osteopathischen Behandlung können unbewusste psychologische Ereignisse sowohl im Patienten als auch im Therapeuten aktiviert werden (> Tab. 21.1).

Osteopathie ist keine Psychotherapie, sie wirkt aber auch therapeutisch auf die Psyche.

Die Rolle des Oxytocin

Oxytocin ist ein Nonapeptid. Es wirkt als Neurotransmitter und als Hormon. Oxytocin wird im Bereich des Hypothalamus im Nucleus periventricularis (NPV) und im Nucleus supraopticus (NSO) produziert. In der weiblichen Brust und im Uterus sind reichlich Rezeptoren für Oxytocin vorhanden. Oxytocin-Rezeptoren sind aber auch überall im Gehirn verteilt (Freund-Mercier et al. 1987.) Vom NPV projizieren oxytocinerge Nervenfasern vor allem in die Amygdala, den Hippocampus, das Striatum, den Nucleus acumbens, die Raphe-Kerne, den Locus coeruleus und nicht zuletzt in das Rückenmark.

Durch physikalische Schädigung der Haut und/oder Schmerzreaktionen werden Corticotropin-Releasing-Faktoren (CRF) und Vasopressin freigesetzt. Dies löst eine Kaskade aus, die auf „Kampf oder Flucht“ ausgerichtet ist – die klassische Stressreaktion, die über die Achse Hypothalamus-Hypophyse und Nebenniere abläuft. Im Gegensatz dazu stimuliert sanfte Berührung der Haut – wie in der Osteopathie üblich – das Oxytocin-Netzwerk im Gehirn. Dies ist nach Meinung von Unväs-Mosberg der Gegenspieler zur klassischen „Abwehrreaktion“ (Unväs-Mosberg et al. 2005). Der physiologische Aspekt dieser Oxytocin-Kaskade ist ein **Anti-Stress-**

Tab. 21.1 Signale Arzt/Patient und Patient/Arzt

Signale Patient/Arzt – Beispiele		Signale Arzt/Patient – Beispiele	
Keiner glaubt mir.	Akzeptiere mich.	Ich schütze dich.	Ich ekle mich.
Niemand hilft mir.	Beschütze mich.	Ich halte dich.	Du schon wieder.
Ich habe Angst.	Halte mich.	Entspanne dich.	Du willst gar nicht.
Es tut so weh.	Ich kann nicht loslassen.	Ich nehme dein Leid an.	Ich bin verärgert.
Warum muss ich soviel Leid tragen?	Ich fühle mich wohl.	Ich will dir helfen.	Du schätzt meine Kunst gar nicht.
Ich bin unsicher.	Es tut so gut.	Ich freue mich.	Ja – aber

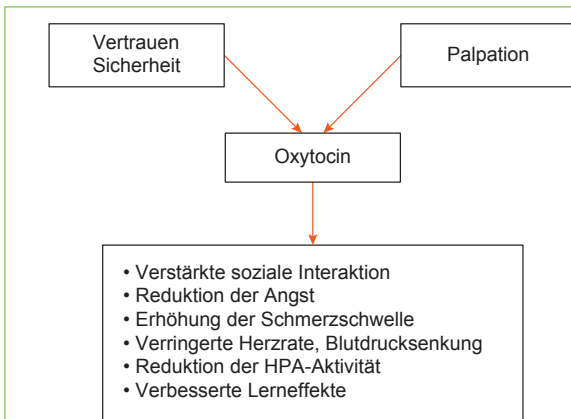


Abb. 21.3 Effekte von Oxytocin. HPA-Aktivität = Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Aktivität (Hypothalamo-Pituitary-Adrenal). [P177]

muster, das zur Entspannung und zu Wachstum führt. Die verhaltensmäßigen Aspekte beinhalten Beruhigung und vertiefte Beziehungen.

Aufgrund aller vorliegenden Daten aus Tierversuchen und Untersuchungen am Menschen kann man ferner davon ausgehen, dass Oxytocin nicht nur bei der Geburt und beim Stillen eine große Rolle spielt, sondern bei allen Menschen stimuliert wird, die sich sicher, beruhigt und in vertrauensvoller Umgebung fühlen. Es ist daher sehr wahrscheinlich, dass bei einer Palpation, die in einem vertrauensvollen und sicheren therapeutischen Setting durchgeführt wird, eine zentrale Oxytocin-Ausschüttung im Patienten und Therapeuten stimuliert wird (wer berührt, wird berührt). Therapeutische Signale des Vertrauens und der Sicherheit könnten so über die Achse Amygdala-Hippocampus unbewusst dazu führen, dass der Patient seinem Therapeuten vertraut und Oxytocin stimuliert wird. Dies führt dann zu verändertem Sozialverhalten, der Stresslevel nimmt ab und physiologische Regulationsprozesse werden stimuliert (Unväs-Mosberg 2005).

Bei der Palpation wird über die Oxytocin-Achse die Angst reduziert, das Wohlfühlgefühl gesteigert und die Schmerzschwelle gesenkt.

Der Oxytocin-Effekt wirkt also über zwei Wege: einerseits direkt über die Palpation und die Stimulation der Rezeptoren im Gewebe, andererseits über sog. Kontextfaktoren, die Kommunikation zwischen Therapeut und Patient und umgekehrt (➤ Abb. 21.3).

Fragen und mögliche Antworten

Auf der Kommunikationsebene sollte man sich als Therapeut verschiedene Fragen stellen:

- Warum fühle ich bei der Palpation, dass der Patient traurig oder ängstlich ist? Dies ist nur dann möglich, wenn ich die Palpationsebene Kommunikation „einschalte“. Dies gelingt am besten

bei einer „globalen Palpation“ mit Fokus auf den gesamten Patienten. Die Perzeption findet dann wohl im Unbewussten statt.

- Warum kann ich manchmal bei der Palpation direkt das Trauma im Patienten fühlen? Dies gelingt über die Verknüpfung der Palpationsebenen: Faszien, Trauma, Emotionen, Vegetativum, spirituelle Dimension.
- Warum fühle ich gelegentlich bei der Palpation die primäre Läsion ganz präzise? Meine Interpretation ist die intuitive Perzeption aller Palpationsebenen, die eben nicht immer gelingt und manchmal glasklar ist.
- Warum behandle ich einen Patienten zweimal mit der gleichen Methode ohne Erfolg und dann beim dritten Mal mit großem Erfolg? Dies könnte das Wechseln der Palpationsebenen über die Intuition sein.
- Wenn ich Gesundheit im Patienten fühle, was ist das palpatorische Substrat? Gesundheit ist die Interferenz und Kohärenz aller Systeme zu einer stabilen Midline.
- Nach einer erfolgreichen Behandlung fühle ich den Release, was fühle ich dabei im Patienten und in mir selbst? Der Release tritt immer in allen Ebenen der Palpation ein, auch emotional. Er löst auch bei mir eine globale Wahrnehmung aus.
- Wenn ich behandle, fühle ich manchmal die Schöpfung. Bin ich religiös? Nein, du fühlst die Gesundheit, dies ist ein Bild der Schöpfung.

- Osteopathie ist eine „Körpertherapie“, man sollte sich aber der Ebenen der Palpation bewusst sein.
- Osteopathie ist primär keine Psychotherapie, sie hat aber oft einen Effekt auf die Psyche.
- Notwendig ist die Kommunikation zwischen dem Patienten und dem Therapeuten selbst.
- Der Therapeut muss in erster Linie seinen Fingern und seiner Intuition vertrauen, in zweiter Linie seinem Intellekt.

21.5 Traditionelle Sicht der osteopathischen Palpation

In osteopathischen Lehrbüchern werden zahlreiche Palpationsübungen präsentiert, mit denen der Schüler die Gewebepalpation erlernen soll. Diese Darstellungen bauen auf den langjährigen Erfahrungen der Autoren auf und sie werden auch häufig benutzt (Greenman 2011, Kappler 2002). In der traditionellen osteopathischen Literatur hat sich Rollin Becker sein ganzes Leben lang intensiv mit der osteopathischen Palpation beschäftigt und er hat versucht, eine Systematik in den Prozess der Palpation zu bringen (Becker 2007). Nachfolgend werden Teile aus einem Vortrag, den er 1986 in Philadelphia gehalten hat, wiedergegeben:

„Ich gebe euch einige Vorschläge aus dem heraus, was ich über Jahrzehnte von meinen Patienten gelernt habe. Das Erste, was ihr – auch wenn euch das nicht gefallen wird – tun müsst, ist euer Ego aufgeben. Ihr seid halb so klug wie euer Körper bzw. der Körper des Patienten. Als nächstes ist es hilfreich über **vier Ebenen der palpatorischen Fähigkeiten** nachzudenken.

- Die **erste Ebene** ist ein **oberflächlicher** Kontakt.
- Die **zweite Ebene** der Palpationskunst entwickelt man, indem man mit den **propriozeptiven** Bahnen des M. flexor pollicis longus und des M. flexor digitorum profundus arbeitet. Hilfreich für das Funktionieren dieses zweiten propriozeptiven Kontakts ist es, ein Fulcrum zu schaffen. Eine Methode, den richtigen Druck zu finden, ist, sich zunächst zu stark hineinzulehnen und dann den Druck allmählich wieder teilweise aufzugeben. Plötzlich merkt ihr, dass etwas geschieht. An diesem Punkt seid ihr weder zu fest am Behandlungstisch noch hängt ihr frei; ihr habt einen schwebenden Kontakt. Durch diesen Kontakt wird alles, was im Patienten geschieht, reflektiert, was ihr daran merkt, dass eure Propriozeptoren jetzt genau im Einklang sind mit der Spannung in dem Teil des Mechanismus des Patienten, den ihr anfasst.
- Wenn ihr euren Handkontakt hergestellt und eure propriozeptiven Bahnen auf Empfang geschaltet habt, hört ihr dem zu, was in der Körperphysiologie geschieht – ihr schaltet sozusagen das sensorische Areal eures Gehirns ein. Denkt von oben aus, spürt von oben aus. Diese **dritte Ebene** der Palpation nenne ich **sensorisch-motorisch**. Wir haben jetzt diese drei Ebenen der Palpationsfähigkeit und wollen einen Schritt weitergehen.

Nun könnt ihr diese drei Ebenen vergessen und euch sagen: Ich werde zuhören, zuhören, zuhören und ihr kommt auf die **vierte, eine Quantenebene**. Ich kann das nicht erklären, aber ich bekomme auf dieser Quantenebene mehr Informationen als auf allen drei anderen Ebenen zusammen. Diesen Quantenkontakt vergleiche ich gern mit einem Wasserläufer.“

Beckers Darstellungen sprechen für sich, benötigen aber zusätzliche Erläuterungen. Die **erste Ebene der Palpation** ist der übliche sog. „sanfte Hautkontakt“. Becker betont immer wieder, dass dabei die Fingerbeeren entspannt sein müssen, damit überhaupt eine sensorische Wahrnehmung möglich ist. Diese Vorgehensweise wird auch in den meisten Osteopathieschulen so gelehrt.

Der **zweite Schritt der Palpation** ist ein entscheidender, um überhaupt intensiv palpieren zu können. Hier geht es nicht um die mechanische dorsale Extension des Handgelenks und die volare Flexion der Finger, es geht hier um die zentrale Ansteuerung der Muskeln, also um eine mentale Induktion. Das Ziel ist der „schwebende Hautkontakt“, der nur dann möglich ist, wenn die Kraftvektoren über das Fulcrum ausbalanciert sind und die Handmuskulatur mental angesteuert wird. Diese Kombination ermöglicht einerseits einen weichen Kontakt und andererseits ein „tiefes Eintauchen“ in das Gewebe.

Der **dritte Schritt** ist die „sensorisch-motorische“ Ebene. Dies kann nur gelingen, wenn alle sensorischen Kanäle aktiv geöffnet werden. Dieser dritten Ebene muss sich der Therapeut bewusst sein und auch die Vielzahl der Informationen zulassen.

Auf der **vierten Ebene**, dem Zuhören (**afferentes Listening**), erhält man die eigentlichen Informationen. Ähnlich, wie man einem Orchester zuhört, kann man den Gesamtklang hören, aber auch jedes einzelne Instrument. Entsprechend dieser Analogie kann man auch in der Palpation auf bestimmte Ebenen fokussieren. Hört man dem ganzen Orchester zu bzw. palpiert man alles gleichzeitig, dann

bildet dies das Gesundheits- oder Krankheitsmuster des Patienten ab (Becker 2007). Hierher gehören Kategorien wie Funktion/Dysfunktion, die allgemeine psychische Verfassung, die Vitalität des Gewebes und die Funktion des Nervensystems. Diese globale Palpation erfordert ein hohes Maß an Erfahrung und täglichem Üben. Sie ist auch stark abhängig von der Interaktion Patient/Therapeut. Einfacher ist der Fokus auf ein Instrument bzw. eine Ebene der Palpation, z. B. die Bewegung. Erfahrene Therapeuten sind immer in der Lage, zwischen „Orchester und Instrumenten“ zu wechseln, so lassen sich Dysfunktionen rascher palpieren. Besagt die Gesamtpalpation, dass etwas nicht stimmt, kann über die Ansteuerung der verschiedenen Ebenen rasch der Detailbereich, der gestört ist, herausgefunden werden.

21.6 Palpationstraining

Aus der Erfahrung des Autors heraus ist es sehr hilfreich, in allen Osteopathiekursen immer wieder Palpationsübungen zu integrieren. Dies kann in verschiedener Technik und auf verschiedenem Level erfolgen.

- Die mehr **anatomisch orientierte Palpation** (Greenman 2011), die den Schüler dazu motiviert, sich mit Anatomie zu beschäftigen und dann auch entlang der Anatomie zu palpieren. Man kann nur palpieren und einordnen, was man kennt.
- Zur Schulung des **afferenten Listening** ist immer gleichzeitig eine Systematik wie nach Becker zu integrieren (Becker 2007). Die Schüler lernen, präziser und fokussierter zu palpieren.
- Für das praktische Arbeiten besonders wichtig ist die sog. **Schichtpalpation**, die von Barral stark propagiert wird (Barral und Mercier 2005). Dabei wird im Rahmen der Palpation auf eine bestimmte anatomische Schicht, z. B. die erste fasziale Ebene oder das Peritoneum, fokussiert und dann in der jeweiligen Schicht afferentes Listening durchgeführt. Jede Schicht hat andere fasziale Bezüge und ergibt somit völlig unterschiedliche Befunde
- **Doppelhandpalpation**: Dabei legt der Schüler seine palpierenden Hände auf die des Lehrers, um die Art der Palpation nachzuempfinden. In der Regel kann so vor allem der Prozess der Palpation und der nachfolgenden Therapie, einschließlich deren Wirkung, am besten nachverfolgt werden. Bei besonders feinen Palpationen, wie am Schädel, ist es sehr hilfreich, wenn der Lehrer die Hände auf die des Schülers legt und so den palpatorischen Druck optimal simulieren kann.
- **Palpationspads**, wie sie z. B. von Martin Grunwald entwickelt wurden (> Kap. 22.13.1), sind zum technischen Training und zur Verlaufsbeobachtung sehr gut geeignet.

21.7 Intuition und implizites Wissen

Albert Einstein formulierte: „Das wirklich wichtige ist Intuition“. „Intuition ist ein sofortiges, globales Erlebnis, das bedeutungsvolle Dinge zusammenbringt“ (Goldberg 2006).

21.7.1 Wissenschaftliche Grundlagen der Intuition

Für Intuition sind nach Forschungen von Allman vor allem die sog. **Spindelzellen** im anterioren zingulären Kortex (ACC) und im fronto-insularen Kortex (FIC) verantwortlich (Allman et al. 2001, 2002). Der ACC hat eine Vielzahl von Funktionen im Schmerzmanagement. Er ist eine zentrale Verknüpfungsstelle zwischen Denken, Emotionen und den Reaktionen des Körpers. Der FIC demonstriert in Versuchen Aktivität, wenn jemand herausfindet, dass er im Stich gelassen wird. Spindelzellen trennen Mensch und alle höheren Primaten von den Säugetieren. Sie wurden erst 1998 entdeckt (Allman et al. 2001). Spindelzellen haben einen großen spiralartigen Körper und können eine riesige Menge an Daten in extrem kurzer Zeit verarbeiten. Letzte Forschungen zeigen, dass diese Zellen **intuitive soziale Interaktionen kontrollieren**. Die Hauptarbeit der Spindelzellen scheint die sehr schnelle Adaptation des menschlichen Verhaltens innerhalb komplexer sozialer Umgebungen zu sein. Unser Gehirn arbeitet ständig und ununterbrochen mit Intuition.

Im Bewussten können wir ca. 60 Bits pro Sekunde verarbeiten (Dijksterhuis 2010). Alle unsere Sinnesorgane zusammen können nach Hochrechnungen ca. 11,2 Millionen Bits pro Sekunde verarbeiten. Anders ausgedrückt: Wir können unbewusst ca. 200.000-mal soviel verarbeiten wie bewusst. Aus Sicht der modernen Psychologie besteht das Unbewusste aus allen psychischen Prozessen, derer wir uns nicht bewusst sind, die aber dennoch unser Denken und unsere Emotionen und damit unser Verhalten beeinflussen (Dijksterhuis 2010).

Um mit Intuition arbeiten zu können, braucht der Therapeut einen hohen Grad an Achtsamkeit intrapersonell, interpersonell und in Bezug auf die Gruppendynamik (Dijksterhuis 2010). Zusätzlich benötigt der Therapeut eine gute Eigenbalance, damit er seiner Intuition vertrauen kann. Dies wird durch Erfahrung, Selbstreflexion und Entwicklung erreicht.

21.7.2 Training der Intuition:

Intuition ist oft wie ein „scheues Kind“, das sich nur entwickelt, wenn sie ermutigt wird, sich zu zeigen, sich Zeit zu lassen und einfach auszudrücken, was immer sie wünscht. Hier einige praktische Tipps:

- Vertraue und folge deiner Intuition.
- Nimm dir einen Moment der Stille.
- Handle deiner Intuition gemäß.
- Entwickle vage Signale in vertraute und vertrauenswürdige.
- Vertraue deiner Neugier und mache multiple Erlebnisse.
- Sei dir deiner Bewertungen bewusst.
- Bleib immer achtsam und fokussiert.
- Benutze den Level an Aufmerksamkeit, der jetzt gerade notwendig ist.

21.7.3 Intuitionsbarrieren

Intuition ist wie ein Muskel, der trainiert werden muss. Einige Haltungen und Gedanken können diesen „intuitiven Muskel“ schwächen:

Alles immer recht machen:

- Wir sind daran gewöhnt, immer die „richtige Antwort“ zu geben. Dies tötet jede Intuition.
- Lass immer einigen Platz für Möglichkeiten, es gibt immer viele Arten, Dinge zu sehen.

Zu viel Verantwortung:

- Der Patient ist für seine Gesundheit verantwortlich, du unterstützt ihn in diesem Prozess.
- Zu viel Verantwortung schafft Abhängigkeiten, dies blockiert den Prozess des Gesundwerdens.

Die „Geschwindigkeitsfalle“:

- In der Osteopathie ist Geschwindigkeit kein Vorteil, sie ist auch kein allgemeiner Überlebensvorteil.
- Sich Zeit nehmen, schafft eine Balance – dies stimuliert die Intuition.

21.7.4 Praxistipps für eine verbesserte Intuition in der Osteopathie

- **Strukturierte Untersuchung:** Sie bildet einen Rahmen dafür, frühere Entscheidungen einzubinden und daraus zu lernen.
- **Listening mit allen Sinnen:** Ein verbessertes Listening vermittelt mehr situative Informationen und gleichzeitig gespeichertes Gewebewissen.
- **Reflektiere deine Entscheidungen:** Schau nach Bereichen, wo Emotionen deine Wahrnehmung stören könnten.
- **Überprüfe alle Überzeugungen:** Beruhen sie auf zuverlässigen Fakten und haben sie eine gewisse Evidenz? Vermeide Selbsttäuschung.
- **Konsultiere andere:** Lass dir ein Feedback geben und überprüfe deinen Entscheidungsprozess.
- **Kommuniziere:** Dein Entscheidungsprozess hinter deiner Intuition kann in Diskussionen mit anderen klarer werden.
- **Verbessere deine Erfahrung:** Probiere neue Dinge aus, mache mehr Erfahrungen und entwickle neue Muster.
- **Lerne durch Wiederholung:** Verschiedene emotionale Umgebungen verbessern die Konsistenz deines Entscheidungsprozesses.
- **Lerne, deine Emotionen zu erkennen und auch zu zulassen:** Zu lernen, was deine Emotionen anzeigen und wie zuverlässig sie sind, verbessert deine Fähigkeit, deiner Intuition zu trauen.
- **Schaffe dir eine Umgebung, die Intuition lernen zulässt:** bessere intuitive Entscheidungen kommt von mehr Entscheidungen treffen. Setze dich Situationen mit Toleranz und/oder geringem Risiko für Fehler und Situationen, die nicht deinen Stolz und deine Würde verletzen, aus. Dies ist optimal, um Intuition zu erlernen.

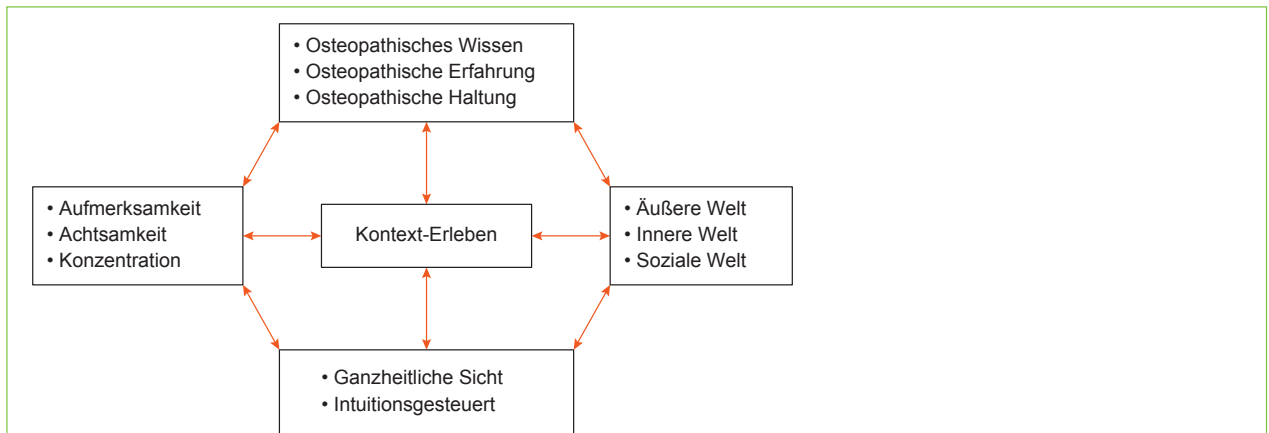


Abb. 21.4 Intuition in der Osteopathie. [P177]

21.7.5 Intuition als psychologischer Prozess

Wie in > Abb. 21.4 dargestellt, besteht die Intuition aus zahlreichen Prozessen. Als Voraussetzung auf Seiten des Therapeuten sind das osteopathische Wissen, die osteopathische Erfahrung und die osteopathische Grundhaltung notwendig. Alle drei Bereiche müssen ständig gepflegt, ergänzt und erweitert werden. Der Therapeut kann sich intuitiven Prozessen nur nähern, wenn er **aufmerksam, achtsam und konzentriert** ist. Hierzu ist auch ein tägliches Training mit Meditation und/oder Achtsamkeitstraining hilfreich. Gleichzeitig steht der Therapeut in einem Kontinuum mit seiner inneren, der äußeren und der sozialen Welt. Diese Bereiche interagieren ständig bei allen Wahrnehmungen, Überlegungen und Handlungen. Der intuitive Schlüssel ist vor allem das Kontext-Erleben Patient/Therapeut, in dem alle Bereiche einfließen.

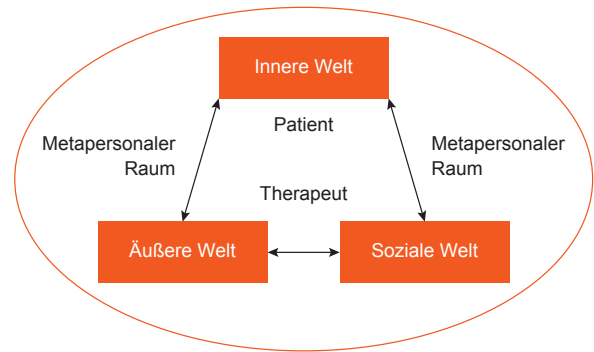


Abb. 21.5 Der „metapersonale Raum“. [P177]

21.8 Intuition und der „metapersonale Raum“

21.8.1 Der Begriff „metapersonaler Raum“

Wenn Patient und Therapeut vertrauensvoll und offen interagieren, berühren sich die jeweiligen inneren, äußeren und sozialen Welten.

- **Äußere Welt**, geprägt von Ablenkungen, Aufgaben, verschiedenen Reizen visueller, olfaktorischer, haptischer und akustischer Art
- **Innere Welt**, geprägt von Intuition, Werten und höheren kognitiven Funktionen
- **Soziale Welt**, geprägt von Sprache, Mimik, Gestik und Emotionen

So entsteht ein eigenständiger virtueller Raum, den Christian Hartmann und der Autor den metapersonalen Raum nennen. Manche therapeutischen Erlebnisse, unerwartete Veränderungen, auch Prozesse wie Heilung lassen sich nicht schlüssig aus einer Person heraus erklären. Als Therapeut und auch als Patient hat man oft die Wahrnehmung, dass sich zwei Unterbewusste getroffen und entschieden haben. So mancher Heilungsprozess wird rein intuitiv re-

gistriert. Patient und Therapeut ist oft schlagartig bewusst, dass die entscheidende Änderung jetzt eingetreten ist. Die Erklärung für solche häufig geschilderten Erlebnisse könnte die Kraft des metapersonalen Raums sein, der in der Therapiebeziehung entsteht und sich wieder löst (> Abb. 21.5).

21.8.2 Die osteopathische Perspektive im metapersonalen Raum

Osteopathische Ärzte und Osteopathen haben einen speziellen Fokus:

- Welche Erlebnisse hatte dieser Patient mit seinem Körper?
- Welche Art von Emotionen ist mit diesen Erlebnissen verknüpft?
- Wie sind die Überzeugungen des Patienten?
- Welche Haltung hat der Patient durch diese Erlebnisse entwickelt?

Ziele für einen Patienten aus osteopathischer Perspektive:

- Die Interaktion Patient/Arzt bzw. Patient/Therapeut muss mit Vertrauen und Empathie stattfinden.
- Wir müssen den Patienten einladen, ermutigen und inspirieren, neue und bessere Erlebnisse zu machen.

- Dies erfordert einen Raum der Erlebnisse für den Körper, die Emotionen, die Überzeugungen und Gedanken.
- Osteopathie muss dies alles zulassen und ermöglichen.

Die Rolle der Palpation:

- Berührung ist das fundamentale erste Erlebnis für einen Embryo im Mutterleib.
- Berührung ist ein Ausdruck von Verbundenheit und Autonomie.
- Berührung ist das Medium in den Körper, in die Emotionen, Überzeugungen und Gedanken des Patienten.
- Über die Palpation kann der Patient sein kognitiv-emotionales Netzwerk im Gehirn erfahren.
- Berührung verknüpft alles zu einem Ganzen.

21.9 Worin liegt die Kunst der Palpation?

Der Begriff Kunst wird höchst uneinheitlich definiert. Kunst ist ein menschliches Kulturprodukt, das Ergebnis eines kreativen Prozesses. Mit Kunst verbindet man Begriffe wie Wissen, Können, Wissenschaft, Fertigkeit, Handwerk, die schönen Künste und vieles andere. Was trifft davon auf die osteopathische Palpation zu? Vereinfacht können drei Themenbereiche beleuchtet werden: Wie wird man Experte in der Palpation? Wie kann Palpation systematisch entwickelt werden? Gibt es in der Palpation eine Kunst und worin liegt sie?

21.9.1 Wie wird man Experte in der Palpation?

Worin besteht die Expertise und wie ist diese Expertise lehrbar und trainierbar? Darüber gibt es in letzter Zeit einige bemerkenswerte Artikel, die Erkenntnisse aus der Neurowissenschaft mit edukatorischen Modellen verknüpfen (Esteves und Spence 2014, Browning 2014, Aubin et al. 2014). Bei der Frage, wie Experten ihr hohes Können in der täglichen Praxis anwenden können, zeigt sich, dass Experten Denkstrategien benutzen, die vor allem dadurch gekennzeichnet sind, dass sie ausgedehnte und komplexe Muster benutzen. Anfänger erkennen jedoch nur kleinere, weniger entwickelte Muster. Experten sind in der Lage, ihr Wissen, ihre Kenntnisse und Handlungen ständig neu zu strukturieren, neu zu organisieren und auf die aktuelle Situation abzustimmen. Dies ist nur durch die erfahrungsbasierte Neuroplastizität des Gehirns möglich. Die Forschungen von Esteves belegen, dass Experten bei der Diagnose von Dysfunktionen weitgehend von Top-down-Entscheidungen geleitet werden, nicht im Sinne analytischer Prozesse, sondern über das Erkennen komplexer Muster. Anfänger lassen sich vor allem von sensorischen Bottom-up-Prozessen, wie visuellen und haptischen Reizen, leiten, die vor allem analytisch aufgearbeitet werden. Das **Mustererkennen der Experten** ist nur dann möglich, wenn ständige multisensorische Erlebnisse, kontinuierliches Lernen und permanente Entscheidungsprozesse stattfinden. Esteves postuliert, dass bei der Entwicklung der osteopathischen Palpation das Nervensystem funktionell und strukturell alteriert werden muss (Esteves und Spence 2014).

21.9.2 Wie kann man Palpation systematisch trainieren?

Turvey entwickelte ein komplexes Tensegrity-Modell der haptischen Perzeption (Turvey und Fonseca Sérgio 2014). Basierend auf diesem Modell und der langjährigen Lehrtätigkeit des Autors soll ein Lernmodell für Palpation skizziert werden.

Palpatorisches Lernen wird immer als **Bottom-up-Prozess**, der Verarbeitung sensorischer Inputs, starten müssen. Voraussetzung dafür sind vor allem Grundkenntnisse in den Fächern Anatomie, Embryologie, Physiologie und Psychologie. So können die palpatorischen, sensorischen Inputs mit dem erworbenen und sich entwickelnden Wissen abgeglichen werden. Für jeden osteopathischen Anfänger besteht die Hauptschwierigkeit darin zu unterscheiden, was ist funktionell und was ist dysfunktionell. Der Autor propagierte bereits in diesem **Anfängerstadium eine Top-down-Komponente**, die initial noch nicht von der Patientenerfahrung, aber von der osteopathischen Philosophie und der darin enthaltenen osteopathischen Grundhaltung geprägt ist.

Die osteopathische Denkweise über Gesundheit und Krankheit bildet ein Rahmenkonstrukt für eine Top-down-Entscheidung, die natürlich immer durch die Bottom-up-Inputs feinjustiert werden muss.

Diese ersten Erfahrungen werden in der Regel durch gegenseitiges Üben an eher gesundem Gewebe gemacht.

Im weiteren Lernprozess kann das Erkennen von Funktions- und Dysfunktionsmustern nur am realen Patienten trainiert werden. Der reale Patient lebt mit vielen Mustern, die überwiegend normal, häufig adaptiert, in einigen Fällen kompensiert und in wenigen Fällen dekomensiert sind. Hier setzt das klinische Training am Patienten unter Supervision ein. Der Lehrer als Experte kann seine eigene Top-down-Kompetenz beim Patienten einsetzen, um dessen Funktions- und Dysfunktionsmuster zu erkennen und aufgrund seiner klinischen Erfahrung im Entscheidungsprozess zu bewerten. Gleichzeitig kann er dem Lernenden erläutern, wie Top-down und Bottom-up in diesem Patientenfall zusammenpassen.

Grundsätzlich können auch die Rahmenbedingungen für die Palpation trainiert werden. Wie in > Kap. 21.6 erläutert, kann Palpation mit technischen Mitteln, wie den haptischen Pads von Martin Grunwald, trainiert werden. Genauso wichtig ist das Training von Aufmerksamkeit, Fokussierung und Konzentration sowie die Förderung und Entwicklung emotionaler Intelligenz. In der osteopathischen Ausbildung müssen diese Tools angeboten werden, damit jeder Lernende sich nach seinen Kenntnissen, Fähigkeiten und Bedürfnissen entwickeln kann.

Um effektiv mit dem Patienten osteopathisch interagieren zu können, sind im fortgeschrittenen Stadium dann vor allem Kenntnisse der Krankheitsbilder und der Medizin erforderlich, da nur so die komplexen Zusammenhänge von Gesundheit und Krankheit beurteilbar werden. Parallel dazu ist die Weiterentwicklung der osteopathischen Philosophie notwendig, die dieses Wissen in einen Kontext stellt. Mit diesem zunehmend komplexen Grundgerüst

kann vermehrt auf Top-down-Prozesse zugegriffen werden, die immer unter Supervision modifiziert werden müssen. Dieses Palpations-Lernmodell muss durch intensive Forschungsarbeit evaluiert und modifiziert werden.

21.9.3 Gibt es in der Palpation eine Kunst und worin liegt sie?

Beobachtet man „osteopathische Stars“ bei der Arbeit mit komplizierten Patienten, dann ist man selbst als erfahrener Osteopath immer wieder davon berührt, wie intensiv und innig die Interaktion Patient/Therapeut ist und wie kunstvoll häufig eine Wende in der Therapie einsetzt. Worin liegt diese Kunst? Die Antwort ist eine Hypothese.

Die Kunst der Palpation liegt vermutlich in dem intuitiven Wechsel der Palpationsebenen während Diagnose und Therapie und der wechselseitig stattfindenden Interaktion im metapersonalen Raum.

LITERATUR

- AACOM 2011. Glossary of Osteopathic Terminology. Chevy Chase: American Association of Colleges of Osteopathic Medicine, 2011. p. 53.
- Allen van B. Improving our skills. JAOA year book, 1964. pp. 147–152.
- Allman JM et al. The anterior cingulate cortex. The evolution of an interface between emotion and cognition. *Ann NY Acad Sci.* 2001; 935: 107–117.
- Allman J, Hakeem A, Watson K. Two phylogenetic specializations in the human brain. *Neuroscientist.* 2002; 8 (4): 335–346.
- Aubin A, Gagnon K, Morin C. The seven-step palpation method: a proposal to improve palpation skills. *Int J Osteopath Med.* 2014; 17: 66–72.
- Barral JP. Manuelle Thermodiagnose. München: Urban & Fischer, 2004.
- Barral JP. Visceral Manipulation II. Seattle: Eastland Press, 2007.
- Barral JP, Croibier A. Die Behandlung visceraler Gefäße. München: Urban & Fischer, 2011.
- Barral JP, Mercier P. Lehrbuch der viszeralen Manipulation. Band 1. München: Urban & Fischer, 2005.
- Becker R. Leben in Bewegung & Stille des Lebens. Pähl: Jolandos-Verlag, 2007. S. 1–65.
- Browning S. An investigation into current practices and educational theories that underpin the teaching of palpation in osteopathic education: a delphi study. *Int J Osteopath Med.* 2014; 17: 5–11.
- Burton A, Heller LG. The touching of the body. *Psychoanalytical Reviews.* 1964; 51: 122–134.
- Canadian College of Osteopathy. 2015 <http://www.osteopathy-canada.com/osteopath-definition/> (letzter Zugriff: 26.12.2015).
- Chikly B. Silent waves: theory and practise of lymph drainage therapy. Upledger Institute, 2001.
- Comeaux Z. Zen Awareness in the Teaching of Palpation: an osteopathic perspective. *J Bodyw Mov Ther.* 2005; 9 (4): 318–326.
- Curriculum Psychosomatische Grundversorgung – Basisdiagnostik und Basisversorgung bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen einschließlich Aspekte der Qualitätssicherung. 2. Aufl. Bundesärztekammer (Hrsg.). Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung. Band 15. Berlin: Bundesärztekammer, 2001.
- Dijksterhuis A. Das kluge Unbewusste, Denken mit Gefühl und Intuition. Stuttgart: Klett-Cotta, 2010.
- Dror I. Perception is far from perfection: the role of the brain and mind in constructing realities. *Behav Brain Sci.* 2005; 28: 763.
- Esteves JE, Spence C. Developing competence in diagnostic palpation: perspectives from neuroscience and education. *Inter J Osteopath Med.* 2014; 17: 52–60.
- Follnier CL et al. A new lock step mechanism of matrix remodelling based on subcellular contractile events. *J Ce Sci.* 2010; 123: 1751–1760.
- Freund-Mercier MJ et al. Pharmacological characteristics and anatomical distribution of (3H)oxytocin-binding sites in the wistar brain studied by autoradiography. *Neuroscience.* 1987; 20: 599–614.
- Friston K. The free-energy principle: a unified brain theory? *Nat Rev Neurosci.* 2010; 11: 127–138.
- Frymann V. Die gesammelten Schriften von Viola Frymann. Pähl: Jolandos, 2007. S. 85 ff.
- Glossary of Osteopathic Terminology. November 2011 ed. Prepared by the Educational Council on Osteopathic Principles (ECOP) of the American Association of Colleges of Osteopathic Medicine (AACOM). Canadian College of Osteopathy. www.osteopathy-canada.com/osteopath-definition/ (letzter Zugriff: 20.12.2015).
- Goldberg P. The Intuitive Edge, understanding intuition and applying it in everyday life. Lincoln: iUniverse, Inc., 2006.
- Goleman D. Emotionale Intelligenz. München: dtv, 2011.
- Greenmann PHE. Principles of Manual Medicine. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011.
- Hendryx JT. The bioenergetic model in osteopathic diagnosis and treatment: An FAAO Thesis. Part 1 and 2. *J Am Osteopath Assoc.* 2014; 24 (1): 12–33.
- Hendryx JT, O'Brien R. Dynamic strain-vector release: an energetic approach to OMT. *AAO Journal.* 2003; 10 (3): 19–29.
- Hermanns W. GOT – Ganzheitliche Osteopathische Therapie. Auf der Grundlage des Body Adjustment nach Littlejohn und Wernham. 3. Aufl. Stuttgart: Haug, 2012.
- Ho, M-W. 2008 The rainbow and the Worm: The Physics of Organisms. 3rd ed. Singapore: World Scientific Publishing Co., 2008.
- Kappler RE. Foundations for Osteopathic Medicine. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
- Mayor D, Micozzi MS. Energy Medicine East and West. London: Churchill Livingstone/Elsevier, 2011.
- McGlone F, Wessberg J, Olausson H. Discriminative and affective touch: sensing and feeling. *Neuron.* 2014; 82: 737–755.
- Nathan B. Berührung und Gefühl in der manuellen Therapie. Bern: Hans Huber, 2001.
- Nelson KE et al. The cranial rhythmic impulse related to the Traube-Hering-Mayer oscillation: Comparing laser-Doppler flowmetry and palpation. *J Am Osteopath Assoc.* 2001; 101 (3): 163–173.
- Nelson KE, Sergueff N, Glonek T. Recording the rate of the cranial rhythmic impulse. *J Am Osteopath Assoc.* 2006; 106 (6): 337–341.
- Oschmann JL. Energy medicine in Therapeutics and Human performance. New York: Butterworth/Heinemann, 2003.
- Oxford Dictionary. 2015. www.oxforddictionaries.com/de/definition/englisch/perception (letzter Zugriff: 26.12.2015).
- Rubik B. The biofield hypothesis, its biophysical basis and role in medicine. *J Altern Complement Med.* 2002; 8 (6): 703–717.
- Schleip R, Klingler W, Lehmann-Horn F. Active fascial contractility: Fascia may be able to contract in a smooth muscle-like manner and thereby influence musculoskeletal dynamics. *Med Hypotheses.* 2005; 65: 273–277.
- Schmidt RF, Lang F, Heckmann M (Hrsg.). Physiologie des Menschen. 31. Aufl. Heidelberg: Springer, 2011. S. XXII.
- Sergueff N, Nelson KE, Glonek T. Changes in the Traube-Hering-Mayer wave following cranial manipulation. *Amer Acad Osteop J.* 2001; 11: 17.
- Still AT. Autobiography of Andrew Taylor Still with a History of the Discovery and Development of the Science of Osteopathy. Kirksville: Eigenveröffentlichung, 1897/1908. Kap. 14.
- Turvey, MT, Fonseca Sérgio T. The medium of haptic perception: A tensegrity hypothesis. *J Mot Behav.* 2014; 46 (3): 143–187.
- Unväs-Mosberg K, Arn I, Magnusson D. The psychobiology of emotion: the role of the oxytocinergic system. *Integr Physiol Behav Sci.* 2005; 12: 59–65.
- Walter H. The third way of biological psychiatry. *Front Psychol.* 2013; 4: 582.

50

Jean-Pierre Barral

Schmerzen im Oberbauch aus osteopathischer Sicht

50.1 Die Einheit des Körpers	605	50.3 Indikationen für eine osteopathische Behandlung	610
50.2 Die osteopathische Diagnose	605	50.3.1 Adhäsionen	610
50.2.1 Die Rolle der Hand	605	50.3.2 Schmerzen vertebrealen Ursprungs	610
50.2.2 Die Primarität	606	50.3.3 Beziehungen zwischen Haltung und Emotion	611
		50.3.4 Viszero-emotionale Beziehungen	611
		50.3.5 Viszerale Manipulationen der Emotionen	613

50.1 Die Einheit des Körpers

Für einen Osteopathen ist es immer eine schwierige und frustrierende Aufgabe, sich auf eine Körperregion beschränken zu müssen. Die Philosophie und das Konzept der Osteopathie betrachten den Organismus als eine untrennbare Einheit und unsere Patienten erinnern uns täglich daran. Allerdings sind wir aus didaktischen Gründen gezwungen, den menschlichen Körper in einzelne Abschnitte zu unterteilen. Wir werden uns also, trotz der in uns fest verankerten Überzeugung von der Einheit des Körpers, auf die Schmerzen im Oberbauch konzentrieren. Zunächst werden einige grundlegende Prinzipien betrachtet.

Ein einzigartiger Diagnose- und Behandlungsansatz

Gelegentlich drängt sich uns während der Behandlung der Gedanke auf, dass wir mit unserer osteopathischen Kunst manchmal das Leben von Patienten verändern können. Ein Beispiel: Durch eine Adhäsion im Bereich einer Arterie wird ein Organ weniger gut mit Blut versorgt. Doch plötzlich tritt, ohne erkennbaren Grund, eine Krankheit auf, da die Minderversorgung erst nach längerer Zeit ihre schädigende Wirkung erkennen lässt. Indem wir das Gewebe von der Adhäsion befreien, verbessern wir die arterielle und venöse Versorgung und tragen dazu bei, dass das Organ seine Gesundheit aufrechterhalten kann.

Techniken von großer Präzision

Der Osteopath ist ein mit großer Finesse ausgestatteter Mechaniker, man könnte ihn auch einen Uhrmacher nennen. Nur die Zeit, die Erfahrung und das detaillierte anatomische Wissen ermögli-

chen es, diese Ergebnisse zu erzielen. Dazu sind viele Jahre Arbeit und viel Bescheidenheit notwendig.

Man sieht den Wald vor lauter Bäumen nicht

Meist konsultieren uns Patienten zunächst aufgrund von Beschwerden im Bewegungsapparat. Auch wenn sich die Situation langsam zu ändern beginnt, so wird es wohl noch einige Zeit dauern, bis Patienten erkennen, dass dies nicht die einzige Indikation für eine osteopathische Behandlung ist.

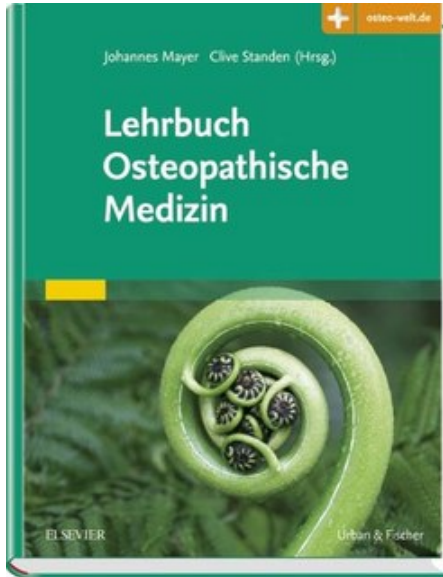
Während der Behandlung erklären wir dem Patienten, dass seine Schmerzen auch andere Ursachen haben könnten. Dank unseres globalen Behandlungsansatzes erwähnen wir andere Symptome, die mit der Beschwerde des Patienten verbunden sind und vom Patienten bestätigt werden.

50.2 Die osteopathische Diagnose

Jeder Osteopath hat seine persönliche Untersuchungsmethode. Zwei wichtige Grundlagen sind dabei aber immer die genaue Kenntnis von Anatomie und Physiologie und dass wir uns nicht auf das Symptom konzentrieren.

50.2.1 Die Rolle der Hand

Von guten Osteopathen sagt man, dass sie eine „gute Hand“ haben. Wir ziehen es vor, „zuerst zu spüren und dann zu denken“. Die Anamnese ist zwar wichtig, aber sie ist kein Alleinstellungsmerkmal der Osteopathie. Wir bestimmen zunächst manuell jene Körperzone, in der ein Konflikt besteht, ohne dass wir uns in der Diagnose vom Patienten beeinflussen lassen.



Mayer J / Standen C

[Lehrbuch Osteopathische Medizin](#)
mit Zugang zum Elsevier-Portal

992 pages, hb
will be available 2017



More books on homeopathy, alternative medicine and a healthy life
www.narayana-verlag.com