

Guido F. Meert

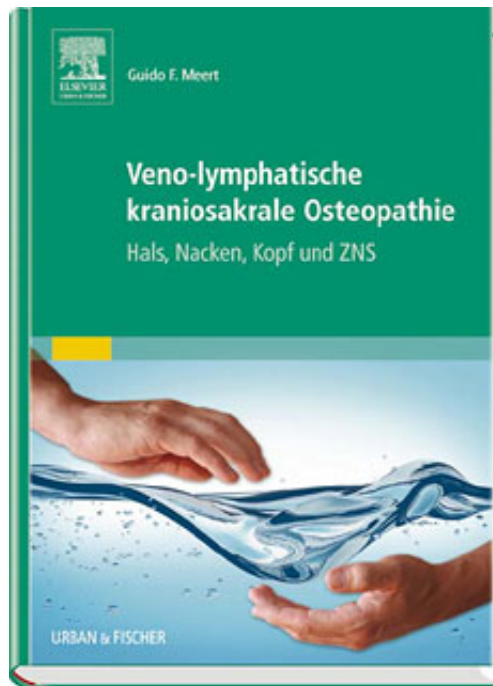
Veno-lymphatische kraniosakrale Osteopathie

Reading excerpt

[Veno-lymphatische kraniosakrale Osteopathie](#)

of [Guido F. Meert](#)

Publisher: Elsevier Urban&Fischer Verlag



<http://www.narayana-verlag.com/b12195>

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>



3

Krankheiten von Psyche und Seele

3.1 Einleitung

3.1.1 Berührung

Man kann als Therapeut (Osteopath), der an einen Menschen „Hand“ anlegt, nicht vermeiden, dass man beim „Patienten“ nicht nur mit „körperlichen Krankheiten“, sondern auch mit „psychischen und seelischen Problemen“ konfrontiert wird, genauso wie ein Psychologe kaum vermeiden kann, mit körperlichen Leiden des „Klienten“ konfrontiert zu werden.

„Patient“ hat etwas mit „passiv erdulden“ bzw. „leiden“ (lat. *patiens* = die/der Leidende) zu tun und lässt eine „Einbahnstraße“ vermuten, die vom Therapeuten zum Patienten führt. „Klient“ (lat. *cliens* = Anhänger, Schützling) könnte vielleicht eher eine gleichwertige Partnerschaft zwischen Klient und Therapeut ausdrücken, einen Weg in zwei Richtungen.

Freud riet Psychoanalytikern davon ab, Patienten zu berühren, weil das als Ausdruck sexueller Triebwünsche gedeutet werden könnte. Einige Psychotherapeuten sehen es mittlerweile anders als Freud und halten eine „Berührung“ des Patienten für eine Unterstützung, die Gefühle wecken und auszudrücken hilft. Berührungen und Massagen sollen den Oxytocin-Stoffwechsel und damit das Wohlbefinden positiv beeinflussen können (Marlock & Weiss 2006).

„Kenne deine Anatomie und deine Physiologie, aber wenn du mit deinen Händen den Körper des Patienten berührst, vergiss dann niemals, dass eine Seele darin verweilt.“ (Still 2002)

Littlejohn formulierte es so: *„In der Vergangenheit haben Physiologie und Medizin unterstellt, dass der Körper etwas ganz Anderes als der Geist sei. [...] Der Körper gilt als Instrument und Medium der mentalen 'Offenbarung' (Manifestation), sodass eine der Grundbedingungen für Gesundheit in einem Geist und einem Bewusstsein besteht, die den Körperzustand bestimmen. [...] Formung und Gestaltung des Körpers geschehen von innen. Die mentale Funktion ist die Basis jeder physischen Funktion. [...] Will man das psychische Gesetz der Vorherrschaft des Geistes zum Beseitigen jener krankhaften Zustände anwenden, muss im Innern begonnen werden. [...] Da gibt es nur ein Rezept: Pflege und ständige Aufrechterhaltung des mentalen Gleichgewichts.“* (Littlejohn 2008)

3.1.2 Krankheitsursachen erkennen

Brunnhuber et al. geben an, dass Patienten einer Hausarztpraxis in Deutschland in etwa 25 % der Fälle an einer psychischen

Erkrankung leiden (Brunnhuber 2005). Mir sind keine Zahlen bekannt, wie viele Patienten mit einer „seelischen Erkrankung“ in eine Osteopathie-Praxis kommen. Wenn ich an die „Sorgen und Nöte“ der modernen krisengeplagten Menschen denke, würde ich spontan eine viel höhere Prozentzahl angeben. Dass etliche Patienten oft erst nach einer längeren medizinisch-diagnostischen „Laufbahn“ zu uns kommen, spricht für eine gewisse psychische „Frustrations-, Angst- und Stresskapazität“.

Fleet et al. stellten in einer Studie an 441 Patienten fest, dass 25 % der Patienten, die sich wegen Brustschmerzen wiederholt in der Kardiologieambulanz vorstellten, zusätzlich auch Panikattacken in einem Fragebogen angaben. 75 % dieser Patienten wurden mit der Diagnose „nicht-kardialer Brustschmerzen“ entlassen. Die Autoren betonen, dass die Anzeichen von Panikattacken von Kardiologen meistens nicht erkannt werden (Fleet et al. 1996).

Die immer besser werdenden gerätetechnischen diagnostischen Möglichkeiten verstärken den Eindruck, dass sogenannte „echte“ (sprich „messbare“) Krankheitsursachen immer somatisch oder chemisch lokalisierbar und sichtbar sind. Dadurch entsteht die nicht unerhebliche Gefahr, andere (funktionelle, psychoemotionale, soziale, umgebungsbedingte, also nicht sichtbare oder nicht messbare) Krankheitsursachen zu ignorieren bzw. Patienten als „eingebildete“ Kranke abzustempeln. Denken wir einfach an das weniger gut messbare Symptom „Schmerz“!

Zwischen den Stühlen

Als Therapeut sitzt man ab und zu „zwischen den Stühlen“ einer manchmal seelenlosen Medizin und einer hin und wieder körperlosen Psychologie, zwischen einer akademischen Wahrheit und einem klinischen Alltag.

Manchmal bekommt man als Therapeut auch das ungute Gefühl, zwischen „wirklichen“ (somalischen) Krankheiten und (psychischen oder psychosomatischen) „Sonderfällen“ unterscheiden zu müssen, und wieder irgendwo zwischen die diagnostischen Fronten zu geraten.

Es ist sicherlich nicht **Aufgabe des Osteopathen**, eine psychotherapeutische Behandlung durch eine osteopathische zu ersetzen, aber es wäre aus „ganzheitlicher“ und menschlicher Sicht trotzdem wichtig, den Patienten zusätzlich psychisch und seelisch begleiten und psychische Störungen erkennen zu können. Der Osteopath wird während der „Hands-on“-Behand-

lungssituation häufig mit emotionalen Reaktionen und seelischen Äußerungen konfrontiert und muss sich demzufolge eine „psychologische und philosophische Strategie“ überlegen! So können beispielsweise Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen oder einer Suchtproblematik ein gewaltiges Chronifizierungsrisiko in sich tragen und müssen daher überwiesen und entsprechend psychotherapeutisch betreut werden.

3.1.3 Erfahrungen hinterlassen Spuren

Das Lösen von myofaszialen Spannungen kann beispielsweise tiefer „vergrabene“ Emotionen plötzlich hochkommen lassen, was in der Osteopathie als sogenannter „somatoemotionaler Release“ bekannt ist. Laut Gendlin tritt dabei ein sehr wichtiges Phänomen auf: „*Es gibt ein Wissen des Körpers, dem eine eigene Intelligenz und Evidenz zugehört und das nicht durch Deutung, sondern durch Erspüren und Erfühlen zugänglich ist!*“ (Gendlin 1998)

Tiefgreifende Erfahrungen beeinflussen selbstverständlich nicht nur die psychische Struktur, sondern hinterlassen deutliche Spuren in den körperlichen Verarbeitungsmechanismen. Manche deuten diese Spuren als „Charakterstrukturen“ (Reich), andere als „affektmotorische Schemata“ (Downing), manche als „Verwicklungen“ (v. Uexküll) und wieder andere als „somalische Marker“ oder körperliche Dimensionen von Erfahrung (Damasio). In der modernen Neurowissenschaft spricht man von „Multikodierung“, wobei man betont, dass Erfahrungen in mehreren Systemen des Gehirns einerseits als Gedanken, andererseits auch als Gefühle oder körperliche Empfindungen gespeichert werden.

Modell der Krankheitsentstehung

Littlejohn zufolge besteht das „Gesetz der Heilung“ in Anpassung, Koordination und Kooperation (Littlejohn 2008). Er begründet die Entstehung von Krankheit mit

- einem Mangel an Anpassung: Eine tote Substanz kann sich eben nicht selbst an ihre Umwelt adaptieren.
- einer Störung oder Behinderung der normalen Aktivität (Lebenskraft);
- Funktionsschwächen und daraus resultierenden Gewebeveränderungen (Littlejohn 2008).

Das intensive, beratende und respektvolle Gespräch mit dem Patienten ist einfach eine menschliche Notwendigkeit! Es ist aber auch wichtig, nach dem Ursprung von gelösten bzw. ungelösten Spannungen zu suchen und den verunsicherten Patienten darüber aufzuklären, bevor er die Praxis verlässt. Dabei kann das bereits in früheren Arbeiten beschriebene Konzept der „Hysterese“, d. h., dass lebendiges Gewebe Energie schluckt oder speichert, erfahrungsgemäß als sinnvolle Erklärung herangezogen werden (Meert 2007).

3.2 Drei Anamnese-Geschichten in einer

Es stellt sich als Aufgabe des Therapeuten heraus, sich ein breiteres Bild vom medizinischen, emotionalen, seelischen und sozialen Umfeld des Patienten zu machen! Bei der Anamnese sollten auch solche Fragen berücksichtigt werden.

Ich möchte darauf hinweisen, dass eine Anamnese eigentlich drei Geschichten beinhaltet (> Abb. 3.1):

Die Geschichte der Krankheit oder der Belastung mit ihren genetischen und biochemischen Faktoren und ihrem Verlauf in den verschiedenen Krankheitsstadien. Leider reduziert sich diese Geschichte oft auf einen „Krankheitserreger“, einen Gendefekt oder die Symptome, und leider wird die Krankheit selbst auch auf diesen Nenner reduziert. Eigentlich sollte es eher die Geschichte der Stressfaktoren heißen, bei denen es sich sowohl um Makrostressoren als auch um Mikrostressoren und das Fehlen von positiven Ereignissen handelt (>Kap. 3.4). Die Frage nach dem *Auslöser* ist durchaus berechtigt, aber sollte nicht isoliert betrachtet werden. Hierbei ist nämlich besonders wichtig, wie der Patient selber mit seiner Krankheit umgeht, wie „vorbelastet“ er ist und wie viele „Reserven“ vorhanden sind. Laut Kiecolt-Glaser et al. sorgen psychische Krankheiten wie Depressionen oder Angststörungen und schwere Lebensereignisse (Todesfall) für eine Dysregulation des Immunsystems. Dies wirkt sich vor allem bei Infektionskrankheiten und bei der Wundheilung negativ aus (Kiecolt-Glaser et al. 2002, Figueira & Ouakinin 2008).

- **Die Geschichte des Kranken** mit seinen Erfahrungen, Beziehungen, Emotionen und seiner momentanen Belastbarkeit. Wie geht der Patient mit seinen Fähigkeiten und Talenten um? Ist er fähig, sein Leben selbst in die Hand zu nehmen, einen Lebenssinn zu erkennen und frei zu verfolgen? Geht er zuversichtlich und optimistisch durchs Leben oder verliert er schnell die Hoffnung, weil Schicksalsschläge ihn beuteln? Empfindet er gegenüber seinen Mitmenschen Mitgefühl, Respekt und Zuneigung? Hierbei spielen auch vorangegangene Traumata und Verletzungen (Anzahl und Schwere der „Päckchen“, die der Patient tragen muss; >Abb. 2.9) und bisherige Erfahrungen mit der medizinischen „Fachwelt“ eine bedeutende Rolle. Die Frage „*Was hat diesen Menschen zusätzlich belastet und seine Abwehr so sehr geschwächt?*“ sollte in die Anamnese integriert werden. Es ist äußerst wichtig zu überprüfen, ob die Belastungstoleranz des Patienten nicht überschritten ist und die „Päckchen“, die er zu tragen hat, zu schwer geworden sind.
- **Die Geschichte des sozialen Umfeldes**, wobei vor allem der Anerkennung und Wertschätzung durch andere Menschen und auch den Aufgaben im Beruf, in der Freizeit und in der Familie eine wichtige Rolle zukommt. Wenn das Umfeld stimmt, erlebt der Patient Geborgenheit und Unterstützung und kann dadurch oft mit vielen Stressoren besser umgehen als ein isolierter Mensch. Ein harmonischer Umgang mit seinen Mitmenschen und auch mit der Natur ist ein bedeutendes Element von Gesundheit. Hinzu kommt in unserer

modernen Welt sicherlich finanzielle Unabhängigkeit. Finanzielle Sorgen und Nöte beinhalten ein großes Krankheitspotenzial. „Welche gesundheitsfördernden und unterstützenden Faktoren können dem Patienten helfen? Was kann der Patient selber aktiv beitragen?“, sind Fragen nach sehr wertvollen Elementen der Salutogenese. Hier wirken sich beispielsweise auch die Reaktionen des näheren Umfeldes des Patienten auf die Krankheit aus. Damit stellt sich unmittelbar die Frage, ob denn alle drei Geschichten bei einem Patienten gleich sind? Und falls nicht, welche „Geschichte“ bei der Diagnosestellung vorrangig (mit Priorität) berücksichtigt werden soll? Es wäre sinnvoll, die Diagnose als gemeinsame Leistung von Patient und Therapeut zu betrachten!

Therapeut-Patienten-Beziehung

Anamnese

Auch die Therapeut-Patienten-Beziehung, in die unter anderem Vorurteile des Therapeuten (oder der Freunde, Bekannten, Familienmitglieder) gegenüber dem Patienten sowie umgekehrt Vorurteile des Patienten gegenüber dem Therapeuten (Freunden, Bekannten, Familienmitgliedern) einfließen, sollte bei der Anamnese berücksichtigt werden. Die „Patientenwahrheit“ entspricht dabei wohlgerne nicht immer der „Therapeutenwahrheit“, geschweige denn der „apparativ-diagnostischen Wahrheit“!

Diagnose- und Behandlungsstrategie

Es sollte niemals vorschnell eine Diagnose erfolgen, sondern diese sollte behutsam und am besten „gemeinsam mit dem Patienten“ erarbeitet werden.

Dazu brauchen Therapeuten zuallererst Zeit und Unvoreingenommenheit.

Eine Behandlung ist hoffentlich mehr, als die richtigen Tabletten zu verordnen, „problematisches“ Gewebe rauszuschneiden, die korrekten Begriffe zu benutzen, ein „Unwinding“ von blockiertem Gewebe auszulösen oder den richtigen Körperteil

zu mobilisieren. Es soll sich zusätzlich um eine komplexe Untersuchungs- und Behandlungsstrategie handeln, die in aktiver Zusammenarbeit und „Kommunikation“ (im weitesten Sinne des Wortes) mit dem Patienten geplant, gefühlt, erspürt und durchdacht werden sollte.

3.3 Qualität der Therapie: Was ist eine gute Therapie?

Die Qualität einer Behandlung ist äußerst schwierig zu definieren. Einige Parameter, die dabei sowohl vom Therapeuten als auch vom Patienten berücksichtigt werden sollen, sind beispielsweise:

- Qualifikation des Therapeuten, Standardisierung, aber auch Individualität der Behandlung, Qualitätssicherung durch regelmäßige Weiterbildungen und Supervisionen
- Qualität der Patient-Therapeut-Beziehung: Fühlt sich der Patient beim Therapeuten gut aufgehoben und verstanden?
- Einstellung des Therapeuten (> Kap. 2.3.3, wo ich einige Grundhaltungen von Osteopathen beschrieben habe)
- Gestaltung der Termine, Behandlungsfrequenz, Zeitrahmen der einzelnen Sitzung
- Behandlungsergebnis: Geht es dem Patienten nach der Therapie besser?
- Sind realistische Ziele, die sich Patient und Therapeut gemeinsam gesetzt haben, verwirklicht worden?

Grawe definierte vier Wirkfaktoren, die eine Therapie wirksam machen (Grawe 2004):

- Bei der **Ressourcenaktivierung** geht es vor allem darum, die Möglichkeiten und Stärken des Patienten herauszufinden, aber z. B. auch hilfsbereite Freunde oder Verwandte bei der Behandlung miteinbeziehen zu lassen.
- **Problemaktualisierung** bedeutet, dass der Patient nicht nur über seine Probleme reden, sondern sie in der Therapie aktiv erleben, erkennen und erfahren soll. Hierbei erscheint es mir wichtig zu betonen, dass bei der Aufarbeitung einer unbewussten (verdrängten) Problematik unbedingt klar sein muss, dass man heute nicht mehr ändern kann, was früher geschehen ist.
- **Aktive Hilfe zur Problembewältigung** bedeutet, dass der Patient lernen muss, ein Problem so zu nehmen, wie es ist, ohne Umschweife und ohne sich durch irgendeine Verschleierung etwas vorzumachen.
- Eine **Klärung** soll dafür sorgen, dass die ursächlichen Faktoren gesucht und die grundlegenden Einflüsse auf die Problematik verstanden werden. Nur unter diesen Voraussetzungen kann der Patient es schaffen, Veränderungen in seinem Leben durchzusetzen.

Die Suche nach einer „passenden“ Behandlung für den Patienten („matching“) verlangt vom Therapeuten sowohl die Bereitschaft, über den eigenen Schatten zu springen (z. B. eigene Schwächen erkennen, andere Meinungen akzeptieren zu können).

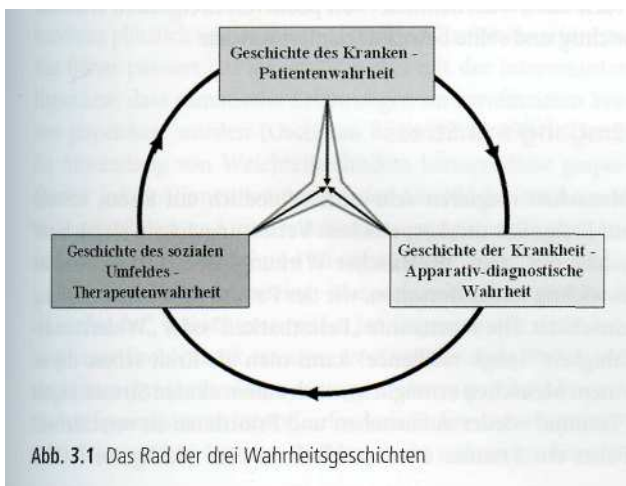


Abb. 3.1 Das Rad der drei Wahrheitsgeschichten

nen), als auch Empathie und ein breites Wissens- und Erfahrungsspektrum. Das ist viel schwieriger, als es auf den ersten Blick aussieht, und bedeutet sowohl für den Therapeuten als auch für den Patienten meistens ein Wachstumsprozess.

3.4 Coping

3.4.1 Stress und Stressfaktoren

Es stellt sich oft sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten als schwierig heraus, einen „Stressor“ genau zu benennen. In den letzten Jahren hat sich „Stress“ zu einem Modebegriff entwickelt. Selbst die Freizeit scheint leider immer mehr in Stress auszuarten. Stress steht nicht nur für Belastungen (bei Arbeit, Sport, Sozialkontakten), sondern auch für Ängste, Konflikte, Hektik und Überforderung. Stress wird zunehmend als ernsthafte Gesundheitsgefährdung betrachtet, und chronischer Stress kann zu einem Burnout-Syndrom oder einer Depression führen.

Menschen reagieren sehr unterschiedlich auf Belastungen. Ob etwas als Stress empfunden wird, hängt von der individuellen Bedeutung ab, die eine entsprechende Situation für den Organismus hat. Was für den einen Menschen eine Belastung darstellt, ist für den anderen vielleicht eher eine Herausforderung.

Das richtige Maß an Stress

Es scheint allgemein zwei „Stress-Typen“ zu geben:

- Der stress-sensible Typ (Sympathikotoniker) reagiert empfindlich und aufbrausend auf Stress.
- Der stress-resistente Typ (Vagotoniker) kann gelassener und relativ unbeeindruckt mit Belastungen umgehen.

Ob Stress unbedingt vermieden werden soll, lässt sich nur individuell und situationsbedingt beantworten. Unterforderung kann für einen Menschen genauso desaströs sein wie Überforderung. Deshalb kommt es eindeutig auf das richtige Maß an. Hier können Patient und Therapeut nur gemeinsam eine adäquate Antwort finden.

Sarafino definiert Stressoren als physisch oder psychisch herausfordernde Ereignisse oder Umstände. Stressoren und Belastungen sind Teil eines Anpassungsprozesses, in dem die Wirkung eines Stressors durch Verhaltens-, kognitive und emotionale Strategien aktiv beeinflusst werden kann (Sarafino 2008). Der Patient macht dabei fortwährend dynamische Anpassungszyklen durch, in denen kognitive Bewertungen, emotionale Empfindungen und Verhaltensänderungen eine Rolle spielen.

Holmes und Rahe haben eine Beurteilungsskala (Social Readjustment Rating Scale) für psychosoziale Stressfaktoren (Lebensereignisse) erstellt, um eine standardisierte Messung eines breiten Spektrums von häufigen Stressfaktoren zu ermöglichen (Holmes & Rahe 1967). Weil aber sowohl die Ziele, Erwartun-

gen, Wertigkeiten und die Persönlichkeit der Menschen sehr unterschiedlich sind, kann eine derartige Skala nur eine grobe und vor allem sehr individuelle Annäherung an die Quantität von Belastungen und die Wahrscheinlichkeit, krank zu werden, darstellen.

Makro- und Mikrostressoren

Trotzdem ist es sinnvoll, bei einer Anamnese einerseits nach **schwerwiegenden Lebensereignissen** wie Tod eines nahestehenden Menschen, Scheidung, Haftstrafe, Arbeitslosigkeit und andererseits nach trügerisch leichten Belastungen wie Bewegungsarmut (oder Übertraining), Unzufriedenheit, einseitiger Ernährung usw. zu fragen. Der Tod eines Ehepartners oder nahen Angehöriger zählt zu den bedrohlichsten und am stärksten belastenden Lebensereignissen („**Makrostressoren**“). Dabei spielt die depressive Reaktion auf das belastende Ereignis eine entscheidende Rolle bei der Immunmodulation (von Uexküll 2003). Auch viele kleinere „Auseinandersetzungen“ im täglichen Leben können die Belastbarkeit eines Menschen herabsetzen. Manche Psychologen arbeiten deswegen mit Skalen alltäglicher negativer Ereignisse (z. B. Hassles Scale). Diese „**Mikrostressoren**“ wirken kumulativ und stacheln Frust und Wut an. Deswegen kann es auch sinnvoll sein, nach dem alltäglichen Stress und seiner Bedeutung für den Patienten zu fragen: Gibt es Probleme mit Freunden, mit dem Partner, mit den Kindern oder mit den Eltern? Gibt es Stress im Job? Finanzielle Sorgen? Bewegen Sie sich ausreichend?

Ebenso wichtig ist es aber auch, nach „**Aufschwungfaktoren**“ und positiven Erlebnissen zu fragen, die den Mikro- und Makrostressoren entgegenwirken können: Welche Erfolge haben Sie in letzter Zeit erzielt? Welches Lob haben Sie bekommen? Aufweiche Leistungen sind Sie besonders stolz?

Sowohl die Mikrostressoren als auch die „Aufschwungfaktoren“ hängen sehr stark mit der Bewertung von Ereignissen zusammen und können demzufolge auch die „Coping-Fähigkeiten“ beeinflussen. Auch wenn es oft unmöglich ist, Makrostressoren zu vermeiden oder zu lösen, lassen sich durchaus etliche Mikrostressoren realistisch lösen, vermeiden oder reduzieren! Auch das „Wahrnehmen“ von positiven Ereignissen erscheint wichtig und sollte bewusst trainiert werden.

Umgang mit Stress

Menschen reagieren sehr unterschiedlich auf Stress, sowohl auf Ereignisse mit körperlichen Verletzungsfolgen als auch auf solche mit „rein“ psychischer Wirkung. Dementsprechend ist es wichtig nachzuforschen, wie der Patient selbst die Belastung einschätzt. Die sogenannte „Belastbarkeit“ oder „Widerstandsfähigkeit“ (engl. resilience) kann man als Kraft sehen, die es einem Menschen ermöglicht, nach einem akuten Stressereignis (Trauma) wieder aufzustehen und Prioritäten zu verschieben. Führt ein Trauma unvermeidlich in eine „Sackgasse“? Oder

kann man sich nach der akuten Stressreaktion mit der Problematik auseinandersetzen, um eventuell etwas aus dem „Schlammassel“ zu lernen?

E. von Hirschhausen schreibt belustigt, dass die etablierte Psychotherapie den Schock, wie wenig Menschen dauerhaft zu schockieren sind, noch gar nicht zur Kenntnis genommen, geschweige denn verarbeitet hat, oder dass sie da was verdrängt (von Hirschhausen 2009). Darüber hinaus braucht das Gehirn anscheinend ausreichend Stress („Eustress“), sozusagen als „Herausforderung“, um optimal aktiviert zu werden (Hüther 2007). Schon Hahnemann wusste: *„In jeder Krankheit ist auch das Potenzial zur Heilung vorhanden.“*

Ob eine Krise oder Krankheit zur Chance oder zur Falle wird, hängt wesentlich davon ab, wie der Mensch in dieser Krise mit seiner Angst umgeht und selbstverständlich auch von der Stärke der Krise oder Krankheit! So kann ein gefühlloses, manchmal sogar voreiliges und unüberlegtes „Dahinknallen“ einer schockierenden Diagnose (z. B. Krebs) die Angstgefühle eines Patienten übermächtig werden lassen. Das verschärft dann die Krise und macht sie sozusagen zu einem „Selbstläufer“.

Somatoemotionaler Release

Wenn sich während der Behandlung ein Somatoemotionaler Release anbahnt, ist es wichtig, dem Patienten diese Möglichkeit des Spannungsabbaus zu gewähren und ihn zu ermutigen, die Spannungen aus seinem Körper herauszulassen. Der Therapeut muss allerdings so lange bei dem Patienten bleiben, bis sich die Gefühlsaufwallung komplett gelegt hat. Dabei ist es wichtig, dem Patienten genügend „Platz“ (z. B. auf einer Matte) und „Privacy“ zum Ausruhen anzubieten. Eventuell kann es sogar notwendig sein, einen Verwandten anzurufen und den Patienten abholen zu lassen.

Allerdings erscheint es mir auch wichtig, die „verunsicherten“ und manchmal richtig „verängstigten“ Patienten im Nachhinein darüber aufzuklären (vgl. den „Hysterese“-Begriff; Meert 2007), dass hier aufgestaute Emotionen und manchmal sogar unbewusste oder verdrängte Themen wieder aufgetaucht sind. J. und N. Oschman sprechen in diesem Kontext vom „somalischen Gedächtnis“ (somatic recall), wenn sich Patienten während der Behandlung plötzlich wie in einem „Flashback“ an etwas erinnern, was früher passiert ist. Sie erklären das mit der interessanten Hypothese, dass somalische Erfahrungen im myofaszialen System gespeichert würden (Oschman & Oschman 1994). Durch die Anwendung von Weichteiltechniken können diese gespeicherten Informationen wieder an der Oberfläche erscheinen, weil interzelluläre und intrazelluläre Komponenten depolymerisiert und dadurch flexibel und flüssig werden.

Eine Behandlung darf meiner Meinung nach nicht zu schnell als „vollendet“ betrachtet werden. Im Gegenteil, die Aufarbeitung einer Problematik ist eine ernstzunehmende Sache und macht manchmal eine Überweisung zu einem psychotherapeutischen Spezialisten dringend erforderlich. Ein Somatoemotionaler Release allein löst das Problem nicht unbedingt. Somati-

sierung und Emotionalisierung brauchen manchmal (individuell unterschiedlich) zusätzlich eine Verbalisierung und „Enttabuisierung“, um eine sinnvolle Bewältigungsstrategie zu finden.

Nicht jeder Patient ist „gewillt“ bzw. fähig, Emotionen während der osteopathischen Sitzung „frei zu lassen“, und nicht jeder Patient (bzw. Osteopath) kann einen „emotionalen Absturz“ locker verarbeiten oder begreifen (bzw. auffangen). Mancher Patient erlebt einen emotionalen Release sogar als „Retraumatisierung“. Die Devise muss daher eindeutig lauten: „Erinnern statt wiederholen!“

Es sei übrigens extra betont, dass verbale Äußerungen und Gespräche den Körper und das Gedächtnis wahrscheinlich anders beanspruchen als taktile Mitteilungen durch aktive und passive Bewegungen! Kommunikation ist eben breit gefächert und beinhaltet „fließende“ Elemente (wie Sprache, Chemie, Energie, Mechanik, Elektromagnetismus).

Fazit

Das zartfühlende Erkennen und empathische Respektieren der körperlichen und emotionalen Reaktionen des Patienten sowie das „Erspüren und Auffangen“ mit anschließendem „einfühelndem Verbalisieren“ des Problems gehören zur Professionalität und Pflicht jedes Therapeuten. Es erscheint aber außerordentlich wichtig, dass „Behandelnde“ ihre eigenen Grenzen und die der Patienten kennen und respektieren!

3.4.2 Copingstrategien

In die Psychologie spricht man deswegen von „Coping“ (Bewältigungsverhalten). Damit ist gemeint, wie jemand mit belastenden Lebensereignissen und den damit verbundenen Emotionen umgeht. Coping beinhaltet kognitive, emotionale und behaviorale Bemühungen bzw. Fähigkeiten, „stressige“ Ereignisse zu bewältigen (Kolt & Andersen 2004).

Emotion und Kognition sind beim Bewerten von Ereignissen und Situationen eng miteinander verknüpft und es erscheint auch sinnvoll, beides (Wissen und Fühlen) zuzulassen! Zusätzlich spielen einerseits Geschlecht, Alter, Persönlichkeitsmerkmale (z. B. frühere Erfahrungen, negative oder positive Einstellung, Kämpfernatur) und andererseits das soziale Umfeld (z. B. Unterstützung durch Familie oder Freunde), soziale Spielregeln und Lebenserfahrungen eine Rolle.

Emotion und Ratio

In einem SPIEGEL-Themenheft beziffern R. D. Precht und G. Roth die Möglichkeit, dass sich Menschen verändern können, auf etwa 20 % (Roth & Precht 2009).

Precht meint, ein Erwachsener werde sein Leben nur aufgrund einer starken Emotion ändern. Trotzdem könne der Mensch aber lernen, intelligenter mit seinen „Macken“ umzugehen, seine Schwächen zu „kultivieren“ oder zumindest über sie zu schmunzeln.

20 Körper und Emotionen

20.1 Einführung

Ist alles beim Menschen, beispielsweise auch die Liebe, wirklich nur Biochemie?

Die Neuropsychologie glaubt, alle seelischen Vorgänge mit Rezeptoren und hormonellen Ausschüttungen erklären zu können. So vertritt beispielsweise die Anthropologin Fischer die Meinung, dass Botenstoffe unterschiedliche Hirnregionen und Schaltkreise aktivieren und dass demzufolge die Hormone Testosteron, Östrogen, Noradrenalin, Dopamin, Serotonin und Oxytocin, abhängig von ihrer Konzentration im Körper, unsere Persönlichkeit prägen und auch darüber entscheiden, wie wir lieben (Fischer 2009). Ich habe in den vorhergehenden Kapiteln öfters daraufhingewiesen, dass die „Wirkung“ einer chemischen Substanz auch vom Milieu beeinflusst wird und dass es unklug ist, Körper, Seele, Geist und Umfeld voneinander zu trennen (Kap. 2.3.17). Die „Persönlichkeit“ und demzufolge auch Gefühle und Liebe eines Menschen sind eindeutig mehr als das wissenschaftlich Messbare.

Ich möchte kurz noch einmal daran erinnern, dass lebende Systeme über folgende Hauptmerkmale verfügen: ein allgegenwärtiges, in allen Bereichen zyklisches Fließen und eine Kopplung dieser zyklischen Prozesse (- Kap. 2.5.4). Nicht nur Botenstoffe und chemische Komponenten sollen sich über die Körperflüssigkeiten richtig verteilen, sondern auch die Gefühle und Gedanken sollen frei in verschiedene Richtungen „fließen“ können.

Von Kindern lernen

Kleinkinder lassen ihren Emotionen größtenteils „freien Lauf“. Sie zeigen deutlich und unmissverständlich ihre Gefühle, und zwar oft von Kopf bis Fuß. Manchmal strahlen sie fröhlich über das ganze Gesicht (von einem Ohr zum anderen), manchmal sind sie tief traurig („bis ins innerste Mark“) oder gucken eingeschüchtert ängstlich, wenn sie „bedröppelt“ dastehen, die Füße nach innen gedreht.

Dass Kinder mit dem Körper und seinen Myofaszialketten experimentieren, haben sie als Erwachsene leider oft vergessen oder sogar bereits verlernt. Hierbei spielen viele Einflüsse eine Rolle: Emotionen, Verspannungen, Erfahrungen, Übung, Müdigkeit, Munterkeit, aber auch beispielsweise das Imitieren von Vorbildern.

Der Körper sucht sich eine Art „Neutralstellung“, die bei jedem Menschen individuell unterschiedlich und auch gewissermaßen von der Tagesform abhängig ist. Diese Neutralstellung könnte man als „Tensegrity-Position“ oder ein sich automatisch verlagerndes „Fulcrum“ angeben; in ihr heben sich alle Spannungen meistens kompensatorisch gegenseitig auf. Eine Ausnahme bilden allerdings akute Schmerzzustände, wo verständlicherweise die Schmerzlinderung oberste Priorität hat.

20.1.1 Zusammenhang der körperlichen und psychischen Ebenen

Die physiologische (biochemische) organische Ebene ist bei einem Lebewesen mit der emotionalen, der kognitiven und der mechanischen Ebene verbunden. Auch hier gibt es „übergreifend“ eine Tensegrity-Neutralposition, die sich beispielsweise auch in der Körpersprache, Körperhaltung und Bewegungswahrnehmung äußert. Die emotionale Ebene vermittelt uns die positiven und negativen Gefühlen, mit denen wir die Welt wahrnehmen und empfinden, während das kognitive System versucht, dies zu verbalisieren, zu systematisieren und zu begreifen, was der Körper buchstäblich „ausdrückt“ und „verarbeitet“.

Angst beispielsweise wird als bedrohlich und unangenehm empfunden und führt dazu, dass sich das Denken auf das Finden eines Fluchtweges konzentriert und der Körper mit Kontraktion und Anspannung reagiert. Es überrascht demzufolge nicht, dass körpertherapeutische und bioenergetische Psychotherapieverfahren auch mit physiotherapeutischen „Körpertechniken“ wie Massagen und Atemübungen arbeiten.

Kriz definiert Verhalten grundsätzlich als zielgerichteten Versuch des Organismus, seine Bedürfnisse, so wie sie in einem bestimmten Feld wahrgenommen wurden, zu befriedigen (Kriz 2007). Storch et al. betonen, dass beim Verharren in einer bestimmten Haltung auch die dazugehörige Emotion gewissermaßen „gespeichert“ und der Körper seiner Fähigkeit beraubt wird, andere Gefühle spontan und frei auszudrücken und auszuleben (Storch et al. 2006). Reich sprach von „Muskelpanzern“, die Energien und Gefühle bremsen können und somatische Korrelate und Verankerungen von neurotischen Konflikten darstellen (Reich 2006).

Es kann demgemäß sinnvoll sein, das Problem nicht nur auf der chemischen Ebene (mit Medikamenten) anzugehen, sondern auch auf der kognitiven Ebene (mit Gesprächen, Verbalisie-

rung und Ursachenforschung), auf der emotionalen Ebene (fühlen, was nicht „passt“ bzw. was eher „verborgen“ geblieben ist) und auf der mechanischen Ebene (Spannungen in der Haltung wahrnehmen und lernen, sie u. a. durch Bewegung zu lösen).

20.1.2 Stressfaktoren und Ressourcen

Normalerweise verschwinden Spannungen nach Beseitigung der ursächlichen, psychischen oder physischen Stressfaktoren wieder, wenn diese nur kurzzeitig auftraten. Aber nicht selten führen chronische Belastungen oder Konfliktsituationen dazu, dass sich unverarbeitete Belastungen auf Dauer im Körper „einnisten“ (Somatisierung) und eine Spannungssignatur im Körper hinterlassen.

Merke

Aber nicht jede Stresseinwirkung oder jeder Krankheitserreger muss zu einer Störung oder Pathologie führen! Stress birgt vielmehr sowohl die Gefahr, an der Belastung zugrunde zu gehen, als auch die Chance, daran zu wachsen (> Kap. 3.4)!

Therapeuten sollten sich bemühen, nicht nur die Krankheitserreger, die Pathogenese und die Stressfaktoren aufzuspüren, sondern auch nach den Gestaltungskräften, die das Individuum zu dem geformt haben, was es ist, sowie nach den salutogenen Faktoren suchen (> Kap. 2.3.5)! Auch die Aktivierung von Ressourcen ist sehr wichtig: Dabei geht es vor allem um die Möglichkeiten und Stärken, aber eventuell auch um das Einbeziehen und die Mitarbeit von hilfsbereiten Freunden oder Verwandten des Patienten bei der Behandlung. Es ist auch dabei sinnvoll, das Starre und Verspannte zu lösen und zu entkrampfen, um dadurch das Selbstbewusstsein und den Selbstausdruck des Patienten zu verbessern.

Reich betrachtete Charakterstrukturen interessanterweise als dynamische „Reaktionsmuster“, also wie ein Mensch typischerweise reagiert, wenn er „belastet“ ist. Unter Charakterstrukturen verstand Reich „eingefleischte“ kognitive Reaktions- und Verhaltensweisen, mit denen ein Mensch fortwährend zu sich selbst, zu seiner Umwelt und zu existentiellen Grundfragen Stellung bezieht, was weitgehend unbewusst abläuft und sich reflexartig wiederholt (Reich 2006).

20.2 Atembewegungen und Emotionen

Für die alten Griechen hatte die Seele ihren Sitz im Zwerchfell, und das griechische Wort „phren“ steht noch immer für Geist, Seele, Gemüt. Erst Anfang des 20. Jahrhunderts konnte sich die Arbeit mit der Atmung und dem Zwerchfell in der westlichen Welt durchsetzen. Sowohl in der Physiotherapie (Atemgymnastik) als auch in der Psychoanalyse und Körperpsychotherapie gelten Atembewegungen nun endlich auch als „beseelt“.

Middendorf zufolge steckt im Atem ein energetischer Kern, dessen Einfluss in alle Bereiche des menschlichen Lebens hineinreicht: in die Bewegung, in die Kunst, die Medizin, die Psychologie, die Philosophie und die Religion. Atem ist eine Urbewegung und daher unmittelbar Leben (Middendorf 2007).

Littlejohn sprach mangels eines besseren Ausdrucks von „Lebenskraft“. Im Prinzip sei Lebenskraft die Kraft des Fließens oder der Schwingung, vergleichbar mit den physischen Kräften. Sie kann Substanz durchdringen, ohne sie zu beeinflussen oder zu modifizieren (Littlejohn 2008). Es ist die Aufgabe jedes angehenden Osteopathen, diese fließende Lebenskraft erspüren zu lernen.

In meinem Buch „Das venöse und lymphatische System aus osteopathischer Sicht“ habe ich die Diaphragmen und Atembewegungen, auch der inneren Organe, ausführlich beschrieben (Meert 2007). Ich möchte nochmals betonen, dass die Körperflüssigkeiten ungehindert strömen müssen, damit Krankheit keine Chance hat, sich festzusetzen. *„Die Lungen sind eine von der Natur zur Verfügung gestellte Quelle lebensrettenden Wassers, das in unserem Körper angereicherte Unreinheiten auswäscht. Es wäre eine große Dummheit von uns, das menschliche Wesen durch die Feuer des Fiebers zu Tode verbrennen oder an Atemnot zugrunde gehen zu lassen, indem schlechter oder toter Lymphflüssigkeit, Albuminen (Proteine) oder anderen Substanzen erlaubt würde, die Kräfte der Natur abzuführen und das Blut nicht rein zu waschen“*, schrieb Still (Das große Still-Kompendium 2002, S. 327).

Die Atmung trägt bedeutend zu einer kontinuierlichen Strömung der Körperflüssigkeiten und zur Ausdrucksfähigkeit emotionaler Gemütslagen bei und sollte deswegen bei der Untersuchung eines Lebewesens auch entsprechend berücksichtigt werden.

Alle rhythmischen und automatischen Bewegungen der Gewebe und Körperflüssigkeiten interferieren zu einer Art „Umwälz-Bewegung“, die sich beispielsweise auch im Geweberhythmus widerspiegelt (> Kap. 4).

Die Atmung besteht aus einer rhythmischen Anspannung bzw. Entspannung von Agonisten und Antagonisten. Atemimpulse sollen dabei frei durch die gedehnten Myofaszialketten fließen können, denn diese Atemimpulse treiben Flüssigkeiten und demzufolge auch die bioenergetischen „Flüsse“ im Körper an und unterstützen die Gewebeatmung, die MikroZirkulation und den interstitiellen Flow (>Kap. 4.6.6).

Positive Wirkung einer „Vollatmung“

Nur wenn eine „ausgeglichene“ Grundspannung (Eutonie) vorhanden ist und der Patient bewusst locker lassen und sich entspannen kann, wird eine „Vollatmung“ bis in die myofaszial „verschlackten“ Ecken hineingezogen. Erst dann kann sich der interstitielle Flow oder der „Breath of Life“ voll entfalten und seine reinigende und ernährende Funktion im Gewebe ausüben. Mit dem Atmen kann sich Verspanntes und „Verschlacktes“ lösen und Gestautes drainiert werden, vorausgesetzt, die Atemwelle kann bis ins betroffene Gewebe vordringen und der Patient ist imstande, seine Atmung zu spüren.

Alle seelischen, geistigen und körperlichen Aufwallungen spiegeln sich im Atmen. Angst oder Frust können beispielsweise den Atem abschnüren, aber auch durch eine kyphotische Sitzhaltung während der Arbeit oder durch eine hypertone und übertrainierte Muskulatur (z. B. Bauchmuskulatur) kann die Atemfunktion behindert werden.

Hier sind selbstverständlich zusätzliche Übungen aus der Bioenergetik, Atemgymnastik, Yoga, Körperpsychotherapie oder Physiotherapie angebracht.

20.2.1 Erspüren der Atembewegungen

Die Patientin liegt entspannt auf dem Rücken und legt beide Hände auf ihren Bauch. Sie wird aufgefordert, mit den Händen bewusst die Atembewegungen zu fühlen. Bei der Einatmung wölbt sich der Bauch und bei der Ausatmung senkt er sich.

Danach wird sie aufgefordert, eine Hand auf den Bauch und eine Hand auf das Sternum zu legen. Erneut soll sie fühlen, welche Atembewegungen unter ihren Händen stattfinden.

- Bei entspannter Einatmung in Ruhe kommt es zuerst zur Hebung der Bauchdecke, dann zur Hebung des Sternums.
- Bei entspannter Ausatmung in Ruhe senkt sich zuerst die Bauchdecke, dann das Sternum.

Zunächst soll die Patientin die wohltuende Wirkung einer entspannten Atmung spüren. Sie soll erleben können, wie der Atem kommt, über eine sanfte Kuppe steigt und wieder abfließt, um dann warten zu können, bis er wiederkommt. Nach dem Ausatmen entsteht eine harmonische, schöpferische Pause (ähnlich wie ein „Still-point“), die sich ausdehnen und „schwebend“ genießen lässt.

Harmonische Atmung

- Das Atmen beinhaltet drei harmonische Phasen: Einatmen - Ausatmen - Atempause.
- Das setzt aber voraus, dass die Patientin ihren kontrollierenden Willen oder sich aufdrängende Gedanken und Sorgen „abstreifen“ und den Atem selbstständig kommen lassen kann, so wie er will. Gerade auf den Atem zu lauschen, nicht nur mit dem Gehör, sondern mit allen Sinnen, kann helfen, die alles bestimmenden Gedanken loszulassen, das Atmen einfach geschehen zu lassen und sich in Gelassenheit zu üben.
- Die „unterschwellig“en Kräfte der Atmung können Erstaunliches in die Wege leiten: Das Atmen ordnet, bewegt, reinigt, harmonisiert und aktiviert! Es regt Vasomotion und MikroZirkulation an, versetzt Flüssigkeiten, Energien, Gedanken und Emotionen in Bewegung und aktiviert auch Selbstheilungskräfte (> Kap. 2.2).

Die Patientin übt auch, das Ausatmen völlig passiv geschehen zu lassen, völlig loszulassen und insbesondere die Schultern und den Brustkorb fallen zu lassen. Nach einer ungezwungenen, ruhigen Atempause ist es wichtig, die Atemwelle erneut

unwillkürlich anrollen zu lassen und nicht krampfhaft nach Luft zu schnappen.

Manchmal entstehen lange Atempausen, nach denen die Patientin urplötzlich, wie in Lebensnot, nach Luft ringt. Hier kann es sinnvoll sein, nach Stimmung, Stressfaktoren und dem sozialen Umfeld der Patientin zu fragen (> Kap. 13.1.2).

Sobald die Patientin die erfrischende Passivität des Atmens „begriffen“ hat, kann man versuchen, die Atempausen auszuweiten, ohne dadurch eine verkrampfte Situation auszulösen. Vor allem sollte auch das erneute Einatmen ruhig, entspannt und ungezwungen erfolgen.

Manche Patienten atmen in Ruhe völlig flach und schnell, als hätten sie gerade eine sportliche Höchstleistung vollbracht. Manche schaffen es überhaupt nicht, Atempausen einzulegen. Auch hier ist es sinnvoll, nach Stressfaktoren und dem Umgang mit Stress zu fragen und bei Bedarf gemeinsam nach Ausgleichsaktivitäten und Copingstrategien zu suchen (z. B. Hobby, Sport, Zielsetzungen, Gefühle besser ausdrücken und Partnergespräche führen lernen).

20.2.2 Erfahren der Atemräume

Ich möchte die faszialen Kompartimente, die beispielsweise durch die Diaphragmen unterteilt werden, als Atemräume betrachten. Praktisch sollten zumindest folgende Atemräume beim Üben beachtet werden: Abdomen, Thorax, Kopf-Hals-Nacken, untere und obere Extremitäten.

Erfahrungsgemäß kommt die Atemwelle von Patienten anfangs nicht über den Thorax- und Abdominalraum hinaus. Meistens verebbt sie kaudalwärts in Nabelhöhe und verliert sich kranialwärts in Spannungen der Hals- und Nackenmuskulatur.

Atmen in Rückenlage

Der Kern in der Mitte des Körpers

Es empfiehlt sich, dass die Patientin zuerst die Rückenlage einnimmt, mit einer Rolle unter den Beinen. Ihre Hände liegen auf der Bauchdecke, unterhalb des Nabels, damit sie ein Feedback bekommt, ob und wie gut ihre Atemwelle in den Unterbauch hineinrollt. Die Atemwelle kann sie sich wie eine Quelle oder Woge vorstellen, die sich vom Bereich des Centrum tendineum im Körperinneren (mittig in Höhe des Übergangs vom Thorax- zum Bauchraum) kreisförmig und dreidimensional nach außen verbreitet - die es nicht zu führen, sondern zu fühlen und zu erfahren gilt. Diesen „Kern“ aufzusuchen und zu erleben, hat meiner Meinung nach etwas damit zu tun, seine Mitte zu finden.

Unterstützung des Therapeuten

Danach legt die Patientin ihre Hände neben den Körper, während nun der Therapeut seine Hand auf ihren Unterbauch legt,

um die Atemwelle bis in den Unterbauch hinein zu begleiten und zu verstärken. Der Therapeut sucht dabei zusätzlich nach Verklebungen und achtet auf ein „Sperren“ in den peritonealen Gleitflächen und Aufhängungsstrukturen der Bauch- und Beckenorgane. Bei Bedarf können viszerale und/oder fasziale Lösungs- und Mobilisierungstechniken für die peritonealen Gleitflächen eingefügt werden.

Das Zwerchfell bewegt sich wie die Schwanzflosse eines Fisches auf und ab. Dadurch wird die Atemwelle immer wieder angetrieben und die interstitielle Flüssigkeit in Bewegung versetzt.

Mögliche Atemhemmnisse

Wenn Patienten „Kopfmenschen“ sind, haben sie manchmal einen Kontrollzwang oder ein Rationalisierungsbedürfnis. Auch Patienten, die verspannt sind, weil sie unter Ängsten und großen Sorgen leiden, schaffen es oft nicht, loszulassen und in den Bauch hinein zu atmen. Darüber hinaus zwingen Asthma oder Pulmonalerkrankungen Patienten oft dazu, ihre Atemhilfsmuskulatur (Hals- und Nackenmuskeln) zu beanspruchen; sie atmen demzufolge oft nur in die Brust und nicht in den Bauch hinein.

Jede Spannung, Narbenbildung, Blähung oder Stauung im Abdomen versperrt der Atemwelle den Weg in den Bauch- und Beckenraum. Deshalb ist es manchmal notwendig nachzufragen, was hinter einer „gehemmten“ Atmung steckt, und beispielsweise viszerale, myofasziale, kraniosakrale, relaxierende, pumpende Techniken in den Untersuchungs- und Behandlungsplan einzufügen. Um den Pumpeffekt zu verstärken, ist es sinnvoll, dass der Therapeut die Atemräume während der Einatmung weiter öffnet (den Bereich mit den Händen ausdehnt) und während der Ausatmung mehr schließt (mit den Händen zusammenschiebt).

In Rückenlage werden demnach zuerst die Hände der Patientin und dann die Hand des Therapeuten auf den Brustkorb gelegt, um die Bewegungen des Brustbeins zu spüren und zu intensivieren.

Atmen in Bauchlage

Bevor man zu den Extremitäten überwechselt, hat es sich praktisch bewährt, der Patientin zuerst noch in Bauchlage, mit Neutralstellung des Kopfes, eine Hand unter den Bauch und eine Hand auf die LWS zu legen. Beide Hände der Patientin werden nachher auf ihre LWS und ihre Flanken gelegt, damit sie spüren kann, wie sich die Lendenwirbel während der Einatmung in Richtung Decke heben und die Flanken sich „füllen“. Während der Ausatmung senken sich die Lendenwirbel nach unten zum Boden hin und die Flanken „entleeren“ sich.

Extremitäten als Atemräume

Danach können, am besten erneut in Rückenlage, die Extremitäten als Atemräume exploriert werden. Während der Einatmung „füllen“ sich die Extremitäten bis in die Finger- bzw. Zehenspitzen und drehen sich nach außen. Während der Ausatmung „entleeren“ sich die Extremitäten und drehen sich wieder nach innen (> Abb. 20.1). Es kann sinnvoll sein, dass der Therapeut die Rotation der Extremitäten sowohl bei der Ein- als auch bei der Ausatmung anfangs leicht verstärkt.

Am schwierigsten ist letztendlich die Atmung in den Kopfraum hinein. Hierbei hilft es manchmal, sich die Atemwelle vorzustellen, wie sie von der Körpermitte kranialwärts zum Kopf rollt und den Kopf bei der Einatmung sozusagen mit Flüssigkeiten und Gedanken füllt, während er sich bei der Ausatmung wieder entleert.

Praktische Bedeutung von Atemübungen

Die Patientin soll diese Übungen auch regelmäßig als „Hausaufgabe“ anwenden.

Besonders für Patienten mit hohem Blutdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nervosität oder Angstzuständen sind diese Übungen geeignet, neue Abwehrkräfte und hoffentlich auch Lebensmut und Lebensfreude zu sammeln.

Auf diesem Weg gewinnen die Patienten Selbstvertrauen und lernen die Möglichkeiten der Abwehr- und Selbstheilungskräfte und die „Durchlässigkeit“ ihres Körpers kennen. Dabei findet eigentlich eine „Wanderung“ an den Grenzen zwischen Innen- und Außenwelt, zwischen Geist, Körper, Seele und Umfeld statt, bei der die Atmung als „Wanderführer“ dient.

Unbewusste Spannungen

Der Atem kann auch als Tor zum Unbewussten fungieren. Das Unbewusste muss jedoch nicht immer dramatische oder traumatische Gegebenheiten beinhalten. Ein erheblicher Teil des Erlebten bleibt einfach unbewusst wegen der beschränkten Verarbeitungskapazität unseres Gehirns und aus Gründen der psychoemotionalen Hygiene.

Trotzdem können unbewusste und verdrängte Spannungen plötzlich aus der Tiefe hervorquellen und die Patientin verunsichern und (individuell unterschiedlich) stark emotional reagieren lassen. Eine aufgeklärte Patientin wird sich dagegen meistens nachher freuen, dass sie ihren Körper und ihre Stimmungen besser „begreifen“ gelernt hat und „Dampf ablassen“ konnte.

Die Patientin sollte ermutigt werden, aufgestaute Spannungen und Emotionen, die manchmal weit zurückliegen können oder die sie einfach vor sich her schiebt, herauszulassen und deren Auswirkungen bewusst wahrzunehmen. So befreit können die Empfindungen verbalisiert und bei Bedarf gemeinsam nach Lösungs- bzw. Bewältigungsstrategien gesucht werden.

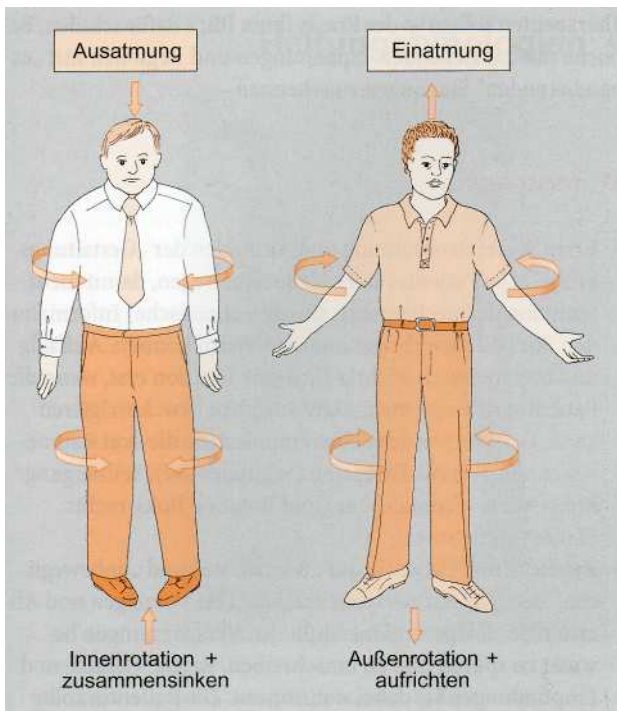


Abb. 20.1 Die Atembewegungen des menschlichen Körpers [2]

Manchmal kann es allerdings notwendig sein, die Patientin zu einem Psychotherapeuten zu überweisen (> Kap. 3).

20.2.3 Zusammenspiel von Atmung und Myofaszialketten erleben

Die folgende Übung kann eventuell in kleineren Zwischenschritten (einzelne Bewegungen der oberen und der unteren Extremitäten, des Beckens, der Wirbelsäule, des Kopfes) und verschiedenen Ausgangspositionen eingeübt und aufgebaut werden. Es würde aber den Rahmen dieser Arbeit sprengen, sie alle ausführlich zu besprechen.

Beispiel: im Stehen

Ausgangsposition: Die Patientin steht entspannt mit leicht gespreizten Beinen in aufrechter Haltung. **Ausführung:** Während sie langsam einatmet, führt die Patientin folgende Bewegungen gleichzeitig aus (> Abb. 20.2): Aufrichten und Strecken,

- Kopf heben und die HWS extendieren, Arme in Elevation durchstrecken und nach außen rotieren,
- Finger und Hände gestreckt in Dorsalextension führen, Beine nach außen rotieren und 0-Bein-Stellung einnehmen,
- Füße supinieren und in Hohlfußstellung (mediales Längsgewölbe hoch) führen.



Abb. 20.2 Einatmung im Zusammenspiel mit den posterioren Myofaszialketten. Die Arme müssen noch in Außenrotation gedreht werden.

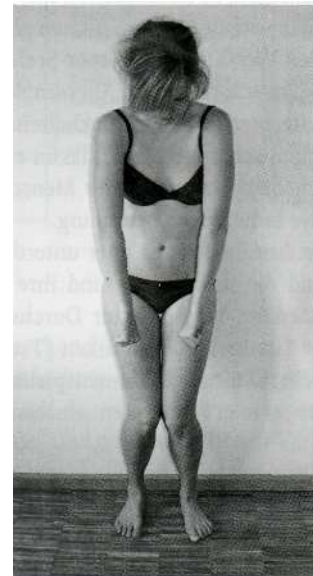
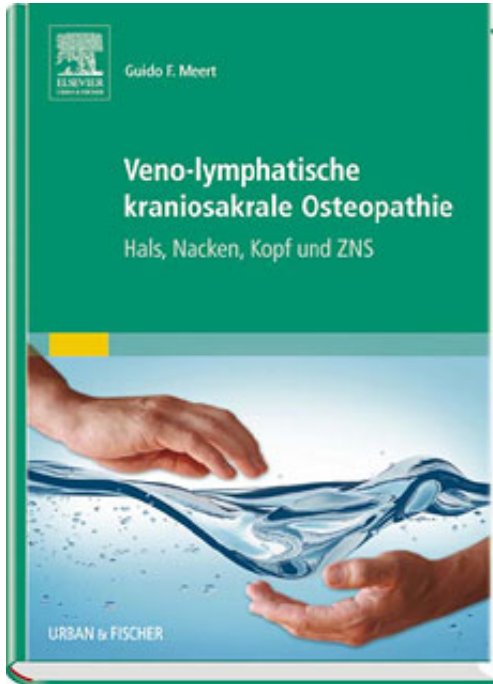


Abb. 20.3 Ausatmung im Zusammenspiel mit den anterioren Myofaszialketten

Diese Haltung drückt Offenheit und Kommunikationsbereitschaft aus. Die Patientin soll hinterher beschreiben, welche Gefühle in ihr aufgewallt sind.

Während der langsamen Ausatmung führt die Patientin folgende Bewegungen gleichzeitig aus (> Abb. 20.3):

- Sich zusammenrollen und klein machen,
- Kinn auf die Brust drücken und die HWS flektieren,
- Schultern absenken und Arme leicht gebeugt nach innen rotieren und kreuzen, Finger und Hände gebeugt in Palmarflexion führen,
- Beine nach innen rotieren und X-Bein-Stellung einnehmen,



Guido F. Meert

[Veno-lymphatische kraniosakrale
Osteopathie](#)

Hals, Nacken, Kopf und ZNS

616 pages, hb
publication 2012



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