

Alain Croibier

Diagnostik in der Osteopathie

Leseprobe

[Diagnostik in der Osteopathie](#)

von [Alain Croibier](#)

Herausgeber: Elsevier Urban&Fischer Verlag



<http://www.narayana-verlag.de/b3697>

Im [Narayana Webshop](#) finden Sie alle deutschen und englischen Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise.

Das Kopieren der Leseproben ist nicht gestattet.
Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern
Tel. +49 7626 9749 700
Email info@narayana-verlag.de
<http://www.narayana-verlag.de>



INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung	xii	4	Die positive Diagnose in der Osteopathie ..	22
1 Der Begriff Diagnose	1	4.1	Die osteopathische Diagnose ..	22
1.1 Definitionen, Etymologie		4.1.1	Vom Physiologischen zum Pathologischen.....	22
1.2 Die Notwendigkeit der Diagnose	1	4.1.2	Die verschiedenen Arten von Störungen	24
1.3 Der diagnostische Ansatz	2	4.2	Die osteopathische Dysfunktion	25
1.4 Grundlagen der Diagnose	4	4.2.1	Pathophysiologie	25
1.5 Die verschiedenen Formen der Diagnose	4	4.2.2	Terminologie.....	26
1.5.1 Die positive Diagnose	5	4.2.3	Die somatische Dysfunktion	27
1.5.2 Die Differenzialdiagnose	6	4.2.4	Die viszerale Dysfunktion	28
1.5.3 Die ätiologische Diagnose.....	7	4.2.5	Die kraniosakrale Dysfunktion ...	30
1.5.4 Zusammenfassung.....	8	5	Die osteopathische Differenzialdiagnose.....	32
2 Das osteopathische Paradigma		5.1	Der Begriff der Kontraindikation in der Osteopathie	32
2.1 Kurzer geschichtlicher Überblick	9	5.1.1	Alternative und Ergänzung.....	32
2.2 Das „Alte Europa“ und die „Neue Welt“	10	5.1.2	Absolute Kontraindikationen	33
2.3 Philosophie und Prinzipien der Osteopathie	10	5.1.3	Prinzipien zur Bestimmung von Kontraindikationen	33
2.3.1 Das Konzept von AT. Still.....	10	5.1.4	Die wichtigsten Kontraindikationen	34
2.3.2 Die Weiterentwicklung des ursprünglichen Konzepts.....	11	5.1.5	Therapeutische Kompetenz	38
Grundlagen der osteopathischen Diagnose.....	14	5.2	Auswahl und Hierarchisierung	39
3.1 Der diagnostische Rahmen	14	6	Die ätiologische Diagnose in der Osteopathie __	40
3.2 Prinzipien der Diagnose.....	15	6.1	Die Gesundheit.....	40
3.3 Ziele der Diagnose	17	6.1.1	Definition	40
3.4 Mittel zur Diagnose.....	18	6.1.2	Die Prinzipien der Gesundheit...	41
3.5 Diagnostische Methode.....	19	6.2	Das gesundheitliche Gleichgewicht.....	46
		6.2.1	Die Gesundheitswaage	46
		6.2.2	Gleichgewichtsverlust.....	47
		6.2.3	Behandlung, Heilung und Selbstheilung.....	48

6.3 Die Ätiologie in der Osteopathie	50	9.3.6 Die Reaktionen des Patienten....	80
		9.3.7 Innere Bereitschaft und die Fähigkeit zuzuhören	82
		9.3.8 Die Präsenz einer Begleitperson.....	82
		9.3.9 Heikle Themen	83
		9.4 Die Anamnese.....	86
		9.4.1 Der Grund der Konsultation	86
		9.4.2 Symptome und Krankheitszeichen	87
		9.4.3 Frühere Erkrankungen	87
		9.4.4 Therapien und Medikamente. ...	88
		9.4.5 Systemüberblick, Suche nach Leitsymptomen	88
7.1 Die Objektivität der Wahrnehmungen.....	52		
7.2 Die diagnostische Berührung.....	53		
7.2.1 Gefühlsinn und Tastsinn	53		
7.2.2 Der osteopathische Tastsinn.....	54		
7.3 Osteopathische Tests	57		
7.3.1 Tests auf Grundlage der Untersuchung und Beobachtung der Struktur	58	10 Allgemeine Befunderhebung.....	93
7.3.2 Tests auf Grundlage der Untersuchung und Beobachtung der Funktion.....	59	10.1 Das Symptom	93
7.4 Manuelle Ecoute-Tests	60	10.2 Der Allgemeinzustand	94
7.4.1 Funktioneller Ecoute.....	60	10.2.1 Gewichtsverlust und Anorexie ...	94
7.4.2 Ecoute am Gewebe.....	61	10.2.2 Müdigkeit	95
7.4.3 Emotionaler Ecoute.....	61	10.2.3 Zusätzliche Elemente der Befunderhebung	96
7.5 Die Routineuntersuchung	62	10.3 Der Schlaf	96
		10.3.1 Klinische Bedeutung des Schlafes.....	96
		10.3.2 Zur Physiologie des Schlafes ...	97
		10.3.3 Klinische Beurteilung des Schlafes.....	99
8 Der praktische Ablauf der Diagnose	64	10.4 Das Fieber.....	101
8.1 Allgemeine Untersuchung, spezifische Untersuchung	64	10.4.1 Definitionen	101
8.2 Durchführung der Diagnose ...	65	10.4.2 Temperaturschwankungen	103
8.3 Zusammenfassung	66	10.4.3 Pathophysiologie	103
		10.4.4 Semiologie des Fiebers.....	104
9 Patientengespräch und Anamnese	67	10.5 Die Lymphadenopathien	105
9.1 Die Ziele	67	10.5.1 Die Merkmale der Lymphadenopathien.....	105
9.2 Die Grenzen der Anamnese ...	68	10.5.2 Lymphknotenregionen	107
9.3 Der Ablauf der Anamnese	68	10.5.3 Abflussgebiete	109
9.3.1 Einige Anamnese-Regeln.....	69	10.5.4 Nicht-ganglionäre Schwellungen	110
9.3.2 Verbale Kommunikation.....	69	10.5.5 Diagnose.....	110
9.3.3 Nonverbale Kommunikation ...	73	10.6 Die Ödeme.....	111
9.3.4 Das Verhalten des Patienten	77	10.6.1 Definition und Pathophysiologie	111
9.3.5 Die „besonderen“ Patienten ...	80		

10.6.2	Semiologie.....	112	11.2.5	Die Ganganalyse.....	160
10.6.3	Ätiologie.....	112	11.2.6	Untersuchung der Schuhe.....	161
10.6.4	Venöses oder lymphatisches Ödem?.....	114	12	Klinik der Individualität... 163	
10.7	Der Schmerz.....	114	12.1	Die Biotypologie.....	163
10.7.1	Die diagnostische Relevanz des Schmerzes.....	114	12.1.1	Allgemeines.....	163
10.7.2	Der diagnostische Wert des Schmerzes.....	115	12.1.2	Definitionen.....	164
10.7.3	Dauer des Schmerzphänomens ..	115	12.1.3	Das Konzept des Biotyps.....	164
10.7.4	Der akute Schmerz.....	115	12.2	Die somatische Einheit.....	166
10.7.5	Der chronische Schmerz.....	116	12.2.1	Anatomische Aspekte.....	166
10.7.6	Der subakute Schmerz.....	117	12.2.2	Funktionelle Aspekte.....	168
10.7.7	Projektionsschmerzen.....	118	12.2.3	Die vier Morphotypen.....	170
10.7.8	Individuelle Schmerzwahr- nehmung.....	120	12.3	Die psychische Einheit.....	180
10.7.9	Schmerzglossar.....	122	12.3.1	Definitionen.....	180
10.8	Übergewicht und Adipositas... 124		12.3.2	Die somatopsychischen Ver- bindungen.....	182
10.8.1	Gewichtszunahme.....	124	12.3.3	Persönlichkeit der 4 Morpho- typen.....	193
10.8.2	Der Körpermasseindex.....	124	12.3.4	Die Beurteilung der Persönlich- keit.....	196
10.8.3	Verteilung des Fettgewebes.....	126	<hr/>		
10.8.4	Klinische Konsequenzen.....	127	12.3.5	Klinische Beispiele für patholo- gische Persönlichkeiten.....	197
10.9	Das arterielle System.....	129	13	Die manuelle Obersichts- diagnose.....	211
10.9.1	Der Puls.....	129	13.1	Allgemeines.....	211
10.9.2	Die Strömungsgeräusche der Gefäße.....	132	13.1.1	Sensibilität und Spezifität.....	212
10.9.3	Der Blutdruck.....	134	13.2	Die Ecoute-Tests.....	212
11	Haltung und morphosta- tische Untersuchung.....	139	13.2.1	Die diagnostische Übersicht.....	212
11.1	Haltung und Gleichgewicht... 139		13.2.2	Globaler Ecoute-Test.....	213
11.1.1	Definitionen.....	139	13.2.3	Der segmentale Ecoute-Test.....	215
11.1.2	Die ideale Haltung.....	139	13.3	Die Routineuntersuchung.....	220
11.1.3	Architektur und Gleichgewicht ..	140	13.3.1	Routineuntersuchung des Bewe- gungsapparats.....	221
11.1.4	Globale Haltungsmechanik.....	142	13.3.2	Viszerale Routineunter- suchung.....	243
11.1.5	Haltungsregulation.....	144	13.3.3	Kraniosakrale Routineunter- suchung.....	252
11.1.6	Haltungsdekompensation.....	146	13.3.4	Die Patientenposition.....	262
11.1.7	Schonhaltung.....	146	14	Die Differenzialdiagnose.. 263	
11.2	Morphostatische Unter- suchung.....	147	14.1	Erkennen der Kontraindika- tionen.....	263
11.2.1	Praxis.....	147	14.1.1	Semiologische Kenntnisse.....	263
11.2.2	Untersuchung in der Frontal- ebene.....	148	14.1.2	Bildgebende Verfahren.....	263
11.2.3	Untersuchung in der Sagittal- ebene.....	153			
11.2.4	Untersuchung in der Horizontal- ebene.....	159			

14.1.3	Weitere Untersuchungsmethoden.....	264	14.2.5	Mittel zur Erstellung einer Hierarchie.....	268
14.2	Bestimmung der Pathogenie	264	14.3	Die osteopathische Indikation..	280
14.2.1	Der Begriff der Dysfunktionskette	264		Schlussbemerkung	282
14.2.2	Das Dysfunktionsmuster.....	264		Glossar.....	283
14.2.3	Hierarchisierung	267		Bibliographie.....	286
14.2.4	Der Rahmen für die Hierarchisierung	268		Register	291

3 GRUNDLAGEN DER OSTEOPATHISCHEN DIAGNOSE

„Keep it pure boys! Keep it pure!“

ANDREW TAYLOR STILL

In einer Zeit, in der sich zahlreiche Bewegungen auf die Osteopathie berufen, wäre es vermessen, sich als Vertreter der osteopathischen Orthodoxie, der einzigen reinen Lehre, zu präsentieren.

Dennoch möchten wir unterstreichen, dass eine Diagnose nur dann authentisch osteopathischer Natur sein kann, wenn sie mit den konzeptuellen und philosophischen Prinzipien von Dr. STILL im Einklang steht. Mit dem folgenden kurzen Überblick fassen wir den Aufbau und die Entwicklung der Osteopathie zusammen. So können die diagnostischen Besonderheiten unserer Kunst und ihr Bezug zum osteopathischen Konzept und zur osteopathischen Philosophie klar hervorgehoben werden. Wie wir dabei feststellen werden, dürfen die Regeln der osteopathischen Kunst nicht mit jenen Regeln verwechselt werden, die den Ausgangspunkt für die Diagnose bilden.

3.1 Der diagnostische Rahmen

A. T. STILL spricht in seinen Aufzeichnungen fast ausschliesslich von Philosophie. Er weist uns darauf hin, welche Geisteshaltung wir anzunehmen haben, wie wir den Organismus ausgehend vom Normalzustand zu bewerten haben, um die Anomalie zu

erkennen. STILL gibt nur sehr wenige praktische und technische Richtlinien vor. Für ihn bedeutet *Reparieren* ein „Korrigieren des anormalen Zustandes, den der Mechaniker vorfindet, hin zu den normalen Mechanismen, wie es sie in der Werkstatt gibt...“

Als osteopathischer Mechaniker können Sie für den Patienten nichts weiter tun, als den anormalen Zustand zu korrigieren. Die Natur macht den Rest.“

Heutzutage ist, nachdem das osteopathische Wissen immer vollständiger wird, eine Synthese notwendig geworden. Die globale Betrachtungsweise des Einzelnen ermöglicht es, auf einzigartige Weise mit und an der Gesundheit zu arbeiten. Doch wie soll man nun jeden einzelnen Teil präzise lehren, ohne den Blick auf das Ganze zu verlieren? Die geleisteten Fortschritte ermöglichen eine immer präzisere Festschreibung der Manipulationen mit immer feineren Griffen, von nie dagewesener Komplexität. Es reicht nicht mehr, die verschiedenen therapeutischen Techniken zu kennen, man muss auch in der Lage sein, sie bewusst einzusetzen. Wir müssen sie, je nach Situation, auf nützliche und intelligente Weise miteinander verbinden.

Die Therapie ist heute umfassender als zu Beginn. Langsam müssen die zahlreichen

Techniken erarbeitet werden, jede Technik braucht Zeit, sie muss reifen. Durch dieses langsame Erwerben der Techniken, dauert es häufig etwas länger, bis eine globale Sichtweise erreicht wird.

Das osteopathische Konzept stimmt mit zahlreichen aktuellen Daten und Fakten der Wissenschaft überein. Die Versuchung ist somit gross, das theoretische Wissen vor die manuelle Arbeitsweise zu stellen.

Die wachsende Komplexität der osteopathischen Kunst erklärt zweifellos, warum die konzeptuellen Referenzpunkte häufig verloren gehen. Zahlreiche Osteopathen greifen auf andere therapeutische Konzepte zurück, um ihr eigenes diagnostisches System zu erstellen.

Die Osteopathie braucht heute eine neue Kohärenz und gerade durch die Diagnose kann sie an die verschiedenen Aspekte des Konzepts anknüpfen. Wir verfügen über sehr effiziente therapeutische Werkzeuge, die natürlich so gut wie möglich im Interesse des Patienten zum Einsatz kommen müssen. Es gibt keine Wundertechnik, die systematisch angewandt werden kann. Jede Technik, sofern sie nicht indiziert ist, ist an sich wertlos.

Die beste Technik der Welt kann das Fehlen einer sorgfältig erarbeiteten Diagnose nicht ersetzen.

3.2 Prinzipien der Diagnose

Die osteopathische Diagnose untersucht die quantitativen und qualitativen Aspekte der menschlichen Mechanik

Die Osteopathie ist eine auf den Prinzipien der Mechanik aufbauende medizinische Kunst. Sie bildet ein eigenständiges Denk- und Bezugssystem. Für den Osteopathen kann die Gesundheit nur durch eine funktionierende, im Gleichgewicht befindliche Körpermechanik aufrechterhalten werden.

Der Begriff der Mechanik ist hier im weitesten Sinn zu verstehen. Es handelt sich nicht nur um den Bewegungsapparat, sondern um alle Gewebe und alle Elemente, die einen mechanischen Einfluss auf den Körper ausüben. Druckzustände, Spannungen, Belastungen, Kräfte aller Art sind stets im gesamten Körper bis auf die Ebene der intrazellularen Verbindungen präsent. Die osteopathische Diagnose bewertet die mechanischen Systeme in ihrer Gesamtheit, vom markantesten bis zum subtilsten Element. Die menschliche Mechanik ist *ein unteilbares Ganzes*

Die osteopathische Diagnose befasst sich nicht ausschliesslich mit der Wirbelsäule und den Gelenken.

Sie bemüht sich, so genau wie möglich die mechanischen Ursachen zu erkennen. Osteopathie ist nicht gleichzusetzen mit Wirbelsäulentherapie: Der Osteopath beschränkt seine Arbeit nicht auf die Manipulation einzelner Wirbel, und sein Denken lässt sich nicht zu einer ausschliesslich reflexologischen Erklärung der Pathologie zusammenfassen. Andererseits soll hier keinesfalls die Bedeutung der Wirbelsäule, die über das vegetative Nervensystem zahlreiche Funktionen lenkt und reguliert, gemindert werden. Es wäre jedoch sehr vereinfachend, ausschliesslich ihr die Verantwortung für mechanische Dysfunktionen zuschreiben zu wollen und sie als einziges Zentrum der osteopathischen Diagnose und Behandlung zu definieren. Die Osteopathie ist die Wissenschaft der mechanischen Wechselwirkungen im menschlichen Körper. Für den Osteopathen hängt die Mechanik nicht nur von den einzelnen Teilen des Skeletts und ihren Verbindungen ab, sondern von sämtlichen Elementen, die auf diese Teile Einfluss nehmen können.

Diese Zone hat eine enge Beziehung zum Abdomen. Der Mund ist die Verbindung zwischen unserem Bedarf an Nahrung und dem Wunsch nach Reproduktion.

Die Deutsche Schule (KRETSCHMER)

Der deutsche Psychiater Ernst KRETSCHMER analysierte die Verbindungen zwischen psychiatrischen Pathologien, Temperamenten und Morphotypen.

Die Morphotypen nach KRETSCHMER
KRETSCHMER unterscheidet vier Grundtypen: den leptosomen, den pyknischen, den athletischen und den dysplastischen Typ. Diese vier Typen weisen folgende physische Merkmale auf:

- Der leptosome oder asthenische Typ: normale Körpergröße, verringerte Breite. Der Leptosome ist langgliedrig. Seine Körperform ist trocken und eckig, seine Eingeweideräume reduziert, der Rumpf ist lang und die Gliedmassen sind dünn und lang.
- Der pyknische Typ: er ist mehr durch horizontale denn durch vertikale Ausdehnung gekennzeichnet. Das Wort „pyknisch“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet soviel wie dick, der Pykniker ist eine kurzgliedrige Person. Seine Körperform ist rundlich und ausladend, seine Eingeweidehöhlen sind voluminös, sein Rumpf ist gut mit Fett ausgepolstert und seine Gliedmassen sind kurz.
- Der athletische Typ: er besitzt einen kräftigen Körperbau und eine starke, gut strukturierte Muskulatur. Seine Formen sind robust, wie aus Stein gehauen. Sein Rumpf ist zylindrisch, seine Statur kräftig, seine Gliedmaßen sind muskulös, seine Hände riesig.
- Der dysplastische Typ: er wurde von der Natur nicht verwöhnt. Er umfasst eine heterogene Gruppe von Individuen, die alle Deformationen und angeborenen endokrinen Störungen aufweist.

Die Temperamente nach KRETSCHMER
KRETSCHMER definiert zwei Temperamente, den Zykllothymiker und den Schizothymiker, zwischen denen es viele Zwischenstufen gibt.

- Der Zykllothymiker ist eine extrovertierte, nach aussen gewandte Person mit gutem Bezug zur Realität.
- Der Schizothymiker ist eine introvertierte, auf sich bezogene Person, ein Träumer und Logiker.

Die Typologie nach KRETSCHMER

Durch die Verbindung von physischen und psychischen Faktoren konnte KRETSCHMER vier Typen definieren (• Abb. 12.15). Nach seiner Klassifizierung ist der Leptosome ein Schizothymiker und der Pykniker ein Zykllothymiker.

Neben diesen beiden Formen nennt KRETSCHMER noch die epileptoide Konstitution.

Der zykllothymische Pykniker

Seine natürliche Tendenz ist ein Hin- und Herschwanken zwischen Fröhlichkeit (Elan) und Traurigkeit (Depression) zwischen Mobilität und Schwere. Er verfügt über eine gewisse Intuition, seine Haltung ist offen, natürlich und sanft, meist gut an die Umstände angepasst.

Er ist der Typ des „grossen guten Mannes“, mit überschwänglichen Humor, von mehr oder weniger krankhafter Gesellschaftsfähigkeit, der zwischen frohlicher Exaltiertheit und melancholischer Depression schwankt. Wenn er ausgeglichen ist, gilt er als syntonisch, d.h. er ist realistisch, praktisch, gut harmonisiert (• Abb. 12.16).

TYP	Physische Erscheinung	Persönlichkeit	Im Kino verkörpert durch
Pykniker	klein und rund	expansiv, fröhlich, spontan, realistisch	Gerard Jugnot Danny deVito
Leptosomiker	gross und dünn	reserviert, kalt, träumerisch	Jean Rochefort, Clint Eastwood
Athletiker	breitschultrig und muskulös	impulsiv, jähzornig	Lino Ventura Harvey Keitel
Dysplastiker	schlecht entwickelt, Anomalien	asthenisch, fühlt sich minderwertig	Mr. Bean Woody Allen

Abb. 12.15:
Die vier Morphotypen nach KRETSCHMER

Der schizothymische Leptosome Seine psychische Einstellung lässt ihn zwischen Sensibilität (Hyperesthesie) und Gefühlskälte (Anesthetie) schwanken. Nach Kretschmer kommt das Temperament dieses Menschen abwechselnd auf zwei Arten zum Ausdruck: die kapriziöse Lebhaftigkeit und die widerspenstige Sturheit. Es handelt sich um eine reservierte Person, die ihre Anpassung an die Umwelt wohlüberlegt und kalkuliert. Sie legt oft eine den Umständen unangebrachte Haltung an

den Tag: reserviert, faul, gehemmt und starr.

Es handelt sich um das „lange Elend“ mit seinem gekrümmten Rücken, dieser Typ ist verschlossen, still und einzelgängerisch, in Gesellschaft mühsam, der zwischen angeführter Empfindlichkeit und verächtlicher Gleichgültigkeit schwankt.

Wenn der schizothymische Leptosome ausgeglichen ist, wird er auch als *intermediar* bezeichnet, d. h. energisch, hartnäckig, systematisch, logisch und ruhig (• Abb. 12.17).

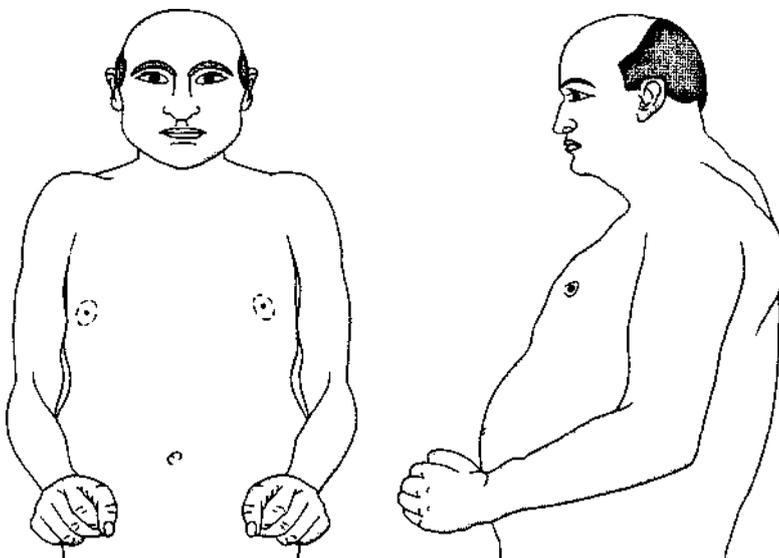
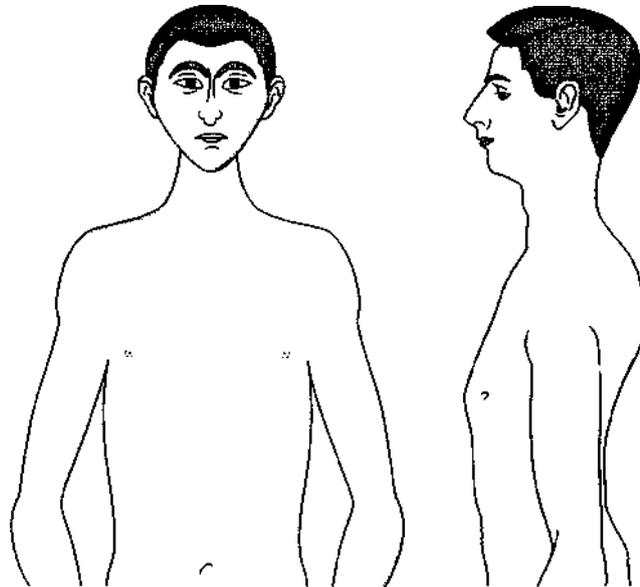


Abb. 12.16:
Der Pykniker nach
KRETSCHMER

Abb. 12.17:
Der Leptosome nach
KRETSCHMER

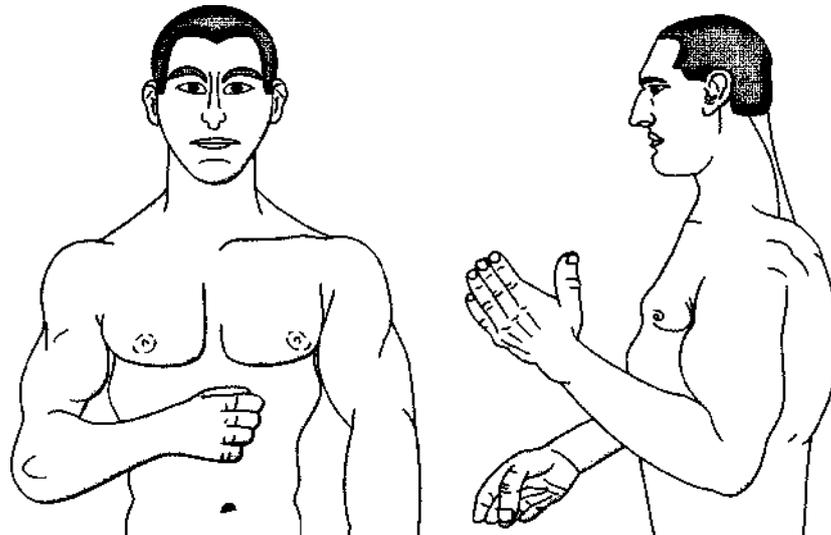


Der Epileptoide

Er entspricht dem athletischen und dysplastischen Typen. Seine Tendenz variiert zwischen Viskosität (ruhig, schwer) und Explosivität. Seine Gestik ist gemässigt, seine Phantasie begrenzt und seine Sprache lakonisch. Der Athletiker ist nicht nervös, er vermittelt eine grosse affektive Stabilität. Wenn sich die Reizungen und Stimuli häu-

fen entladen sich seine Emotionen allerdings explosionsartig. Diese Gruppe scheint zu krampfartigen Problemen zu neigen. Es sind die „sentimentalen Groben“ mit ihrer heftigen, impulsiven und hartnäckigen Leidenschaftlichkeit, die von einer fordernden, eifersüchtigen Zärtlichkeit zum wütenden und gewalttätigen Hass wechseln können (Abb. 12.18).

Abb. 12.18:
Der athletische Typ nach
KRETSCHMER



13.3.3 Kraniosakrale Routineuntersuchung

Die lokalen Ecoute-Tests am Kranium eignen sich sehr gut zur allgemeinen Untersuchung des kraniosakralen Systems und können in die Routineuntersuchung mit aufgenommen werden. Diese Tests werden allerdings gemeinsam mit der spezifischen Diagnose durchgeführt, da ihre Interpretation komplex ist und die Routineuntersuchung zum falschen Zeitpunkt „belasten“ würde. Wir beschreiben im Nachstehenden einfache und schnelle Tests zur Analyse des kraniosakralen Systems, bei denen nicht notwendigerweise auf den primär respiratorischen Mechanismus (PRM) geachtet wird. Die kraniosakrale Einheit bildet ein kohärentes mechanisches System, dessen verschiedene Komponenten mit strukturellen Tests untersucht werden können. Der Schädel ist ein verformbares mechanisches Ganzes und die Routineuntersuchungen, die wir im Folgenden vorschlagen, untersuchen die Reaktion der Gewebe auf eine von außen einwirkende deformierende Kraft. Aus puristischer Sicht ist dieser Ansatz etwas fragwürdig, dennoch stellt er eine schnelle und effiziente Möglichkeit zur Beurteilung des kraniosakralen Systems dar. Natürlich darf auch bei diesen Tests nur so viel Kraft und Amplitude verwendet werden, wie beim klassischen kranialen Ansatz.

Die Beurteilung der vier Schadelzonen

Aufgrund der hydraulischen Struktur bestehend aus den Knochen, Suturen, Membranen, dem ZNS und dem Liquor verfügt das Kranium über eine sehr geringe Elastizität. Wie im viszeralen System gibt es auch hier, wenn auch in geringerem Ausmaß, eine gewisse Viskoelastizität.

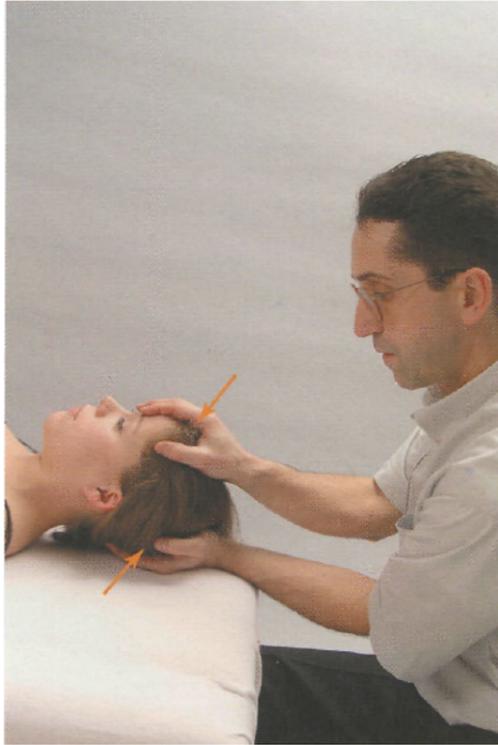


Abb. 13.65:
Beurteilung der Clabella-Inion Achse

Abb

Ahnlich wie bei den Tests für die viszerale Viskoelastizität kann man die Schädelmechanik in vier großen Zonen untersuchen (»• Abb. 13.65 bis 13.69). Jeder Test besteht aus einer leichten Kompression des Schädels, der präzisen Kraftlinien folgt und dazu dient, einen bestimmten Abschnitt der Schädelmechanik auszutesten.

Vom Prinzip her wird die bei der Kompression wahrnehmbare Elastizität untersucht und anschließend die Bewegungsqualität bei der Ruckbewegung beurteilt. Wenn eine Dysfunktion in der kraniosakralen Mechanik vorhanden ist, spürt man entweder eine größere Dichte bei der Kompression oder eine gehemmte Ruckbewegung, wenn der Druck nachlässt.



Alain Croibier

[Diagnostik in der Osteopathie](#)

312 Seiten, geb.
erschienen 2006



bestellen

Mehr Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise www.narayana-verlag.de