

Grundlagen

- 1 Grundlagen der Osteopathie im kranialen Bereich
- 2 Palpation
- 3 Allgemeine Kopf- und Sakrumpalpation

Diagnose, Behandlung, Anatomie

- 4 Diagnoseprinzipien
- 5 Behandlungsprinzipien
- 6 Schädel
- 7 Einzelne Schädelknochen
- 8 Faszien und transversale Diaphragmen

Indikationen

- 9 Indikationen

Übersichtstabellen

- 10 Beziehung der relevanten Knochen zu den Muskeln, Ligamenten, Nerven und Gefäßen
- 11 Vaskuläre Störungen
- 12 Störungen der Hirnnerven und nervalen Strukturen

Anhang

- 13 Abkürzungsverzeichnis
- 14 Abbildungsnachweis
- 15 Literatur
- 16 Internetadressen
- 17 Sachverzeichnis

Checkliste



Kraniosakrale Osteopathie

Torsten Liem
Tobias K. Dobler

3. Auflage



Haug

Torsten Liem
Tobias K. Dobler

Checkliste Kraniosakrale Osteopathie

3., unveränderte Auflage

245 Abbildungen

Karl F. Haug Verlag · Stuttgart

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Anschrift der Autoren:

Torsten Liem
Osteopath G. Os. C. (GB)
Rabenberg 11
22391 Hamburg

Tobias K. Dobler
3501 Willow Lawn Drive
24503-3019 Lynchburg, VA
USA

1. Auflage 2010, Hippokrates Verlag in MVS
Medizinverlage Stuttgart GmbH & Co. KG
2. Auflage 2013, Karl F. Haug Verlag in MVS
Medizinverlage Stuttgart GmbH & Co. KG

© 2018 Karl F. Haug Verlag in
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart

Unsere Homepage: www.haug-verlag.de

Printed in Italy

Zeichnungen: Piotr Gusta, Champigny sur Marne/
Frankreich; Chryssa Dardamissis, Hamburg; mit
Übernahmen aus: Schünke M, Schulte E, Schuma-
cher U. Prometheus. LernAtlas der Anatomie. Illus-
trationen von M. Voll und K. Wesker. Stuttgart:
Thieme

Fotos: Thomas Möller, Ludwigsburg
Umschlaggestaltung: Thieme Verlagsgruppe
Umschlagfoto: Thomas Möller, Ludwigsburg
Satz: Druckhaus Götz GmbH, Ludwigsburg
gesetzt in (Satzsystem): APP V9.1 Unicode
Druck: L.E.G.O. S.p.A. Lavis

ISBN 978-3-13-242130-1

1 2 3 4 5 6

Auch erhältlich als E-Book:
eISBN (PDF) 978-3-13-242131-8
eISBN (ePub) 978-3-13-242132-5

Wichtiger Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Vorwort

Diese Checkliste hat das Bestreben, die osteopathisch relevanten Inhalte zum Thema „Kraniosakrale Osteopathie“ in einer komprimierten und strukturierten Form praxisnah darzustellen. Somit werden sowohl geschichtlich bedeutsame Theorien als auch aktuelle Sichtweisen dargestellt, um dem Leser einen Überblick zu Entstehung und Weiterentwicklung der Behandlungsweise im kranialen Bereich zu geben.

Die detaillierte Darstellung der Anatomie findet insbesondere im Bereich der funktionell wichtigen Strukturen statt. Neben der knöchernen Anatomie stehen nervale und vaskuläre Aspekte im Vordergrund. Eine Auflistung wichtiger anatomischer Beziehungen im Roten Teil erleichtert den schnellen Zugang für die klinische Anwendung. Die Beschreibung der wichtigsten Techniken mit vielen Fotos unterstützt das schnelle Erlernen der Grifftechniken. Die Ausführungen zu Vorgehensweise, Diagnostik und Behandlungsansätzen sind für den Praktiker prägnant und übersichtlich dargestellt.

Ein weiterer Teil ist der Beschreibung des osteopathischen Vorgehens bei verschiedenen Krankheitsbildern gewidmet und soll als Inspiration dienen. Die Darstellung gibt eine Übersicht einerseits über praktische Erfahrungswerte und andererseits über Strukturen, die in enger Beziehung zu bestehenden Symptomen stehen. Selbstverständlich kann diese Ausführung eine den ganzen Organismus umfassende osteopathische Untersuchung und Behandlung nicht ersetzen.

Sowohl während der Ausbildung als auch für Therapeuten in der Praxis kann das Werk wertvoll sein. Ein schnelles Nachschlagen der wichtigsten Strukturen und Verbindungen lädt zur Vertiefung jedes Wissensstandes ein.

Ein großer Dank geht an Monika Grübener vom Hippokrates Verlag und die Redakteurin Susanne Schimmer für die engagierte, kompetente und ausdauernde Bearbeitung des Buches.

Hamburg und Gerlingen, im August 2009

*Torsten Liem
Tobias K. Dobler*

Inhalt

Vorwort ▶ V

Teil 1

- 1 Grundlagen der Osteopathie im kranialen Bereich ▶ 2
 - 1.1 Geschichte der kraniosakralen Osteopathie ▶ 2
 - 1.1.1 Beginn der Osteopathie ▶ 2
 - 1.1.2 Beginn kranialer Ansätze in der Osteopathie ▶ 2
 - 1.1.3 Sutherlands Beitrag ▶ 3
 - 1.1.4 Weitere Entwicklung der Osteopathie im kranialen Bereich ▶ 4
 - 1.2 Grundlagen der Osteopathie ▶ 4
 - 1.2.1 Der Körper ist eine Einheit ▶ 6
 - 1.2.2 Der Organismus verfügt über eigene selbstregulative und heilende Kräfte ▶ 7
 - 1.2.3 Form und Funktion beeinflussen sich wechselseitig ▶ 8
 - 1.2.4 Die osteopathische Behandlung integriert alle vorher genannten Punkte ▶ 8
 - 1.3 Primär respiratorischer Mechanismus (PRM) ▶ 10
 - 1.3.1 Inhärente, eigenständige Motilität von Gehirn und Rückenmark ▶ 11
 - 1.3.2 Fluktuation der zerebrospinalen Flüssigkeit ▶ 12
 - 1.3.3 Mobilität der intrakranialen und intraspinalen Membranen ▶ 13
 - 1.3.4 Mobilität der kranialen Knochen ▶ 13
 - 1.3.5 Unwillkürliche Mobilität des Kreuzbeins zwischen den Darmbeinen ▶ 14
 - 1.3.6 Rhythmus der primären Respiration ▶ 15
 - 1.3.7 Frequenzen der primären Respiration ▶ 16
- 2 Palpation ▶ 18
 - 2.1 Methodik der Palpation ▶ 18
 - 2.2 Praxis Palpation ▶ 18

- 3 **Allgemeine Kopf- und Sakrumpalpatation ▶ 21**
- 3.1 Schädeldachhaltung nach Sutherland ▶ 21
- 3.2 Okzipitosphenoidale Palpatation nach Becker ▶ 22
- 3.3 Okzipitosphenoidale Palpatation nach Upledger ▶ 23
- 3.4 Sphenookzipitale Palpatation nach Magoun ▶ 24
- 3.5 Frontookzipitale Palpatation nach Sutherland ▶ 25
- 3.6 Gleichzeitige Palpatation an Schädel und Sakrum ▶ 26

Teil 2

- 4 **Diagnoseprinzipien ▶ 30**
- 4.1 Anamnese ▶ 31
- 4.2 Inspektion ▶ 32
- 4.3 Schädelform ▶ 33
- 4.4 Palpatation ▶ 33
- 4.4.1 Palpatation einzelner Strukturmerkmale ▶ 34
- 4.4.2 Palpatation der Gewebebedichte ▶ 37
- 4.4.3 Palpatation der Gewebeelastizität ▶ 37
- 4.4.4 Lokaler Druckschmerz ▶ 38
- 4.4.5 Palpatation der Bewegung/adaptive Spannungsvariationen ▶ 39
- 4.4.6 Palpatation inhärenter rhythmischer adaptiver Spannungsvariation ▶ 39
- 4.4.7 Palpatorische Differenzialdiagnostik ▶ 43
- 4.4.8 Duraler Zug ▶ 44
- 4.4.9 Palpatation der Fluidabewegung ▶ 45
- 4.4.10 Erspüren der räumlichen Organisation ▶ 46
- 4.4.11 Palpatation der Potency ▶ 46
- 5 **Behandlungsprinzipien ▶ 47**
- 5.1 Allgemeine Behandlungsprinzipien ▶ 47
- 5.1.1 Behandlungsschritte und Fulcrum ▶ 48
- 5.1.2 Fokus der Aufmerksamkeit ▶ 49
- 5.1.3 Verlagerung der Aufmerksamkeit ▶ 50
- 5.1.4 Bedeutung der Stille in der Behandlung ▶ 50
- 5.2 Spezielle Behandlungsprinzipien ▶ 51
- 5.2.1 Balanced Tension ▶ 51
- 5.2.2 Point of balanced membranous Tension (PBMT) ▶ 52

- 5.2.3 Einstellung des Point of Balance ▶ 53
- 5.2.4 Übertreibung (Exaggeration) ▶ 55
- 5.2.5 Direkte Technik ▶ 56
- 5.2.6 Auseinanderziehen (Disengagement) ▶ 56
- 5.2.7 Kompression/Dekompression ▶ 58
- 5.2.8 Entgegengesetzte physiologische Bewegung ▶ 59
- 5.2.9 Modellieren (Molding) ▶ 59
- 5.2.10 Unterstützung der Selbstheilungskräfte ▶ 60
- 5.3 Zusätzliche Behandlungshinweise ▶ 62
- 5.3.1 Sequenz der Behandlung ▶ 63
- 5.3.2 Natürlicher Endpunkt einer Behandlung ▶ 63
- 5.3.3 Behandlungsreaktionen ▶ 64

- 6 **Schädel** ▶ 68
- 6.1 Deskriptive Anatomie des Kopfskeletts ▶ 68
- 6.1.1 Erkennungsmerkmale ▶ 68
- 6.1.2 Schädeldach, Desmokranium ▶ 71
- 6.1.3 Schädelbasis, Chondrokranium ▶ 72
- 6.1.4 Platte Knochen des Schädeldaches ▶ 77
- 6.1.5 Gesichtsschädel ▶ 77
- 6.2 Membransystem ▶ 81
- 6.2.1 Intrakraniales Membransystem ▶ 81
- 6.2.2 Extrakraniales Membransystem ▶ 87
- 6.2.3 Gefäßversorgung der Meningen ▶ 90
- 6.2.4 Innervation der Meningen ▶ 91
- 6.2.5 Reziproke Spannungsmembran ▶ 93
- 6.2.6 Entstehung von Dysfunktionen ▶ 94
- 6.2.7 Untersuchung und Vorgehen ▶ 95
- 6.2.8 Behandlung der intrakranialen Dura ▶ 97
- 6.2.9 Behandlung der extrakranialen Dura ▶ 106
- 6.3 Anatomie und Physiologie der Hirnventrikel und des LCS ▶ 110
- 6.3.1 Liquorräume ▶ 110
- 6.3.2 Physiologie des Liquor cerebrospinalis ▶ 112
- 6.3.3 Liquorzirkulation ▶ 114
- 6.3.4 Liquor und Spinalnerv ▶ 117
- 6.3.5 Liquor und Lymphflüssigkeit ▶ 117
- 6.3.6 Hormonelle Einflüsse ▶ 117

- 6.3.7 Vegetative Einflüsse ▶ 117
- 6.4 Faszien ▶ 118
 - 6.4.1 Einfluss des PRM auf das Bindegewebe ▶ 118
- 6.5 Arterien ▶ 119
 - 6.5.1 Arteria carotis interna ▶ 119
 - 6.5.2 Arteria vertebralis, Arteria basilaris ▶ 120
 - 6.5.3 Circulus arteriosus cerebri ▶ 122
 - 6.5.4 Arteria carotis externa ▶ 122
- 6.6 Venöses System ▶ 126
 - 6.6.1 Sinus venosi durales ▶ 126
 - 6.6.2 Techniken zur Verbesserung der Zirkulation ▶ 131
- 6.7 Lymphatisches System ▶ 135
 - 6.7.1 Faktoren für Stauungen des Lymphsystems ▶ 136
 - 6.7.2 Lymphtechniken ▶ 140
- 6.8 Hirnnerven ▶ 142
 - 6.8.1 Nervus olfactorius ▶ 142
 - 6.8.2 Nervus opticus ▶ 142
 - 6.8.3 Nervus oculomotorius ▶ 143
 - 6.8.4 Nervus trochlearis ▶ 143
 - 6.8.5 Nervus trigeminus ▶ 144
 - 6.8.6 Nervus abducens ▶ 146
 - 6.8.7 Nervus facialis ▶ 146
 - 6.8.8 Nervus vestibulocochlearis ▶ 147
 - 6.8.9 Nervus glossopharyngeus ▶ 148
 - 6.8.10 Nervus vagus ▶ 149
 - 6.8.11 Nervus accessorius ▶ 150
 - 6.8.12 Nervus hypoglossus ▶ 150
- 6.9 Fluider Körper ▶ 151
 - 6.9.1 Fluider Körper nach Jealous ▶ 152
 - 6.9.2 Fluktuation des LCS ▶ 153
 - 6.9.3 Stillpunktinduktion ▶ 156
 - 6.9.4 Fluktuationstechniken ▶ 159
- 7 Einzelne Schädelknochen ▶ 172
 - 7.1 Os occipitale/Hinterhauptbein ▶ 172
 - 7.1.1 Anatomie ▶ 172

- 7.1.2 Lokalisation, Entstehung und Klinik von Dysfunktionen am Os occipitale ► 175
- 7.1.3 Diagnostik und Untersuchung ► 177
- 7.1.4 Behandlung des Os occipitale ► 179
- 7.1.5 Behandlung der SSB ► 185
- 7.2 Os sphenoidale/Keilbein ► 185
 - 7.2.1 Anatomie ► 185
 - 7.2.2 Lokalisation, Entstehung und Klinik von Dysfunktionen am Os sphenoidale und an der SSB ► 187
 - 7.2.3 Diagnostik und Untersuchung ► 189
 - 7.2.4 Behandlung der Synchondrosis/Synostosis sphenobasilaris ► 194
 - 7.2.5 Behandlung des Os sphenoidale ► 203
- 7.3 Os ethmoidale/Siebbein ► 206
 - 7.3.1 Anatomie ► 206
 - 7.3.2 Lokalisation, Entstehung und Klinik von Dysfunktionen am Os ethmoidale ► 208
 - 7.3.3 Diagnostik und Untersuchung ► 209
 - 7.3.4 Behandlung des Os ethmoidale ► 211
- 7.4 Os frontale/Stirnbein ► 217
 - 7.4.1 Anatomie ► 217
 - 7.4.2 Lokalisation, Entstehung und Klinik von Dysfunktionen am Os frontale ► 219
 - 7.4.3 Diagnostik und Untersuchung ► 220
 - 7.4.4 Behandlung des Os frontale ► 222
- 7.5 Os temporale/Schläfenbein ► 235
 - 7.5.1 Anatomie ► 235
 - 7.5.2 Lokalisation, Entstehung und Klinik von Dysfunktionen am Os temporale ► 238
 - 7.5.3 Diagnostik und Untersuchung ► 239
 - 7.5.4 Behandlung des Os temporale ► 241
- 7.6 Os parietale/Scheitelbein ► 266
 - 7.6.1 Anatomie ► 266
 - 7.6.2 Lokalisation, Entstehung und Klinik von Dysfunktionen am Os parietale ► 267
 - 7.6.3 Diagnostik und Untersuchung ► 269
 - 7.6.4 Behandlung des Os parietale ► 271

- 7.7 Maxilla/Oberkiefer ▶ 280
 - 7.7.1 Anatomie ▶ 280
 - 7.7.2 Lokalisation, Entstehung und Klinik von Dysfunktionen am Os maxillaris ▶ 282
 - 7.7.3 Diagnostik und Untersuchung ▶ 283
 - 7.7.4 Behandlung der Maxilla ▶ 286
- 7.8 Os palatinum/Gaumenbein ▶ 301
 - 7.8.1 Anatomie ▶ 301
 - 7.8.2 Lokalisation, Entstehung und Klinik von Dysfunktionen am Os palatinum ▶ 302
 - 7.8.3 Diagnostik und Untersuchung ▶ 303
 - 7.8.4 Behandlung des Os palatinum ▶ 305
- 7.9 Os zygomaticum/Jochbein ▶ 309
 - 7.9.1 Anatomie ▶ 309
 - 7.9.2 Lokalisation, Entstehung und Klinik von Dysfunktionen am Os zygomaticum ▶ 310
 - 7.9.3 Diagnostik und Untersuchung ▶ 311
 - 7.9.4 Behandlung des Os zygomaticum ▶ 313
- 7.10 Mandibula/Unterkiefer ▶ 315
 - 7.10.1 Anatomie ▶ 315
 - 7.10.2 Lokalisation, Entstehung und Klinik von Dysfunktionen am Os mandibulare und an der Articulatio temporo-mandibularis ▶ 316
 - 7.10.3 Diagnostik und Untersuchung ▶ 319
 - 7.10.4 Behandlung des Temporomandibulargelenks (TMG) ▶ 324
 - 7.10.5 Behandlung der Kondylen ▶ 333
- 7.11 Os nasale/Nasenbein ▶ 346
 - 7.11.1 Anatomie ▶ 346
 - 7.11.2 Lokalisation, Entstehung und Klinik von Dysfunktionen am Os nasale ▶ 347
 - 7.11.3 Diagnostik und Untersuchung ▶ 348
 - 7.11.4 Behandlung des Os nasale ▶ 349
- 7.12 Os lacrimale/Tränenbein ▶ 352
 - 7.12.1 Anatomie des Os lacrimale ▶ 352
 - 7.12.2 Lokalisation, Entstehung und Klinik von Dysfunktionen am Os lacrimale ▶ 352
 - 7.12.3 Diagnostik und Untersuchung ▶ 353

- 7.12.4 Behandlung des Os lacrimale ▶ 354
- 7.13 Concha nasalis inferior ▶ 356
 - 7.13.1 Anatomie ▶ 356
 - 7.13.2 Lokalisation, Entstehung und Klinik von Dysfunktionen an der Concha nasalis inferior ▶ 357
 - 7.13.3 Diagnostik ▶ 357
 - 7.13.4 Behandlung der Concha nasalis inferior ▶ 358
- 7.14 Os hyoideum/Zungenbein ▶ 358
 - 7.14.1 Anatomie ▶ 358
 - 7.14.2 Lokalisation, Entstehung und Klinik von Dysfunktionen orofazialer Strukturen ▶ 359
 - 7.14.3 Diagnostik und Untersuchung ▶ 359
- 7.15 Os sacrum (sacrale)/Kreuzbein ▶ 361
 - 7.15.1 Anatomie ▶ 361
 - 7.15.2 Lokalisation, Entstehung und Klinik von Dysfunktionen am Os sacrum ▶ 363
 - 7.15.3 Diagnostik und Untersuchung ▶ 365
 - 7.15.4 Behandlung des lumbosakralen Gelenks ▶ 366
 - 7.15.5 Untersuchung und Behandlung des iliosakralen Gelenks ▶ 372
- 7.16 Os coccygis/Steißbein ▶ 376
 - 7.16.1 Anatomie ▶ 376
 - 7.16.2 Lokalisation, Entstehung und Klinik von Dysfunktionen am Os coccygis ▶ 376
 - 7.16.3 Diagnostik und Untersuchung ▶ 378
 - 7.16.4 Behandlung des sakrokokzygealen Gelenks ▶ 379
- 8 Faszien und transversale Diaphragmen ▶ 381
 - 8.1 Faszien ▶ 381
 - 8.1.1 Funktion der Faszien ▶ 382
 - 8.1.2 Fasziale Organisation ▶ 383
 - 8.2 Anatomie der Diaphragmen ▶ 383
 - 8.2.1 Beckendiaphragma ▶ 383
 - 8.2.2 Thorakolumbales Diaphragma (Zwerchfell) ▶ 385
 - 8.2.3 Zervikothorakales Diaphragma ▶ 386
 - 8.2.4 Os hyoideum ▶ 387
 - 8.2.5 Kraniozervikales Diaphragma (Atlantookzipitalgelenk) ▶ 389
 - 8.2.6 Weitere transversal verlaufende Strukturen ▶ 390

- 8.3 Behandlung der Diaphragmen ▶ 390
- 8.3.1 Technik für die Beckendiaphragmen ▶ 393
- 8.3.2 Technik für das thorakolumbale Diaphragma ▶ 394
- 8.3.3 Technik für das zervikothorakale Diaphragma I ▶ 395
- 8.3.4 Techniken für die Halsfaszien ▶ 397
- 8.3.5 Techniken für das Zungenbein ▶ 401
- 8.3.6 Strukturelle Manipulation ▶ 401
- 8.3.7 Technik für das Atlantookzipitalgelenk ▶ 406
- 8.3.8 Tests und Techniken zur Harmonisierung des Beckenbodens und des intrakranialen Diaphragmas ▶ 408

Teil 3

- 9 **Indikationen** ▶ 414
- 9.1 Akute fieberhafte Infektionen ▶ 415
- 9.1.1 Ursachen ▶ 415
- 9.1.2 Diagnose und Differenzialdiagnose ▶ 415
- 9.1.3 Entstehung von Dysfunktionen ▶ 416
- 9.1.4 Behandlung ▶ 416
- 9.2 Asthma bronchiale ▶ 417
- 9.2.1 Ursachen ▶ 417
- 9.2.2 Diagnose und Differenzialdiagnose ▶ 417
- 9.2.3 Entstehung von Dysfunktionen ▶ 417
- 9.2.4 Behandlung ▶ 418
- 9.3 Migräne, Kopf- und Gesichtsschmerzen ▶ 419
- 9.3.1 Ursachen ▶ 419
- 9.3.2 Klinik ▶ 420
- 9.3.3 Diagnose und Differenzialdiagnose ▶ 421
- 9.3.4 Entstehung von Dysfunktionen ▶ 422
- 9.3.5 Behandlung ▶ 424
- 9.4 Bissanomalien und Störungen des Kiefergelenks ▶ 425
- 9.4.1 Ursachen ▶ 425
- 9.4.2 Diagnose und Differenzialdiagnose ▶ 426
- 9.4.3 Entstehung von Dysfunktionen ▶ 426
- 9.4.4 Behandlung ▶ 427
- 9.5 Sehstörungen ▶ 428
- 9.5.1 Ursachen ▶ 428

- 9.5.2 Diagnose und Differenzialdiagnose ▶ 429
- 9.5.3 Entstehung von Dysfunktionen ▶ 430
- 9.5.4 Behandlung ▶ 431
- 9.6 Mittelohrentzündungen ▶ 433
 - 9.6.1 Ursachen ▶ 433
 - 9.6.2 Diagnose und Differenzialdiagnose ▶ 434
 - 9.6.3 Entstehung von Dysfunktionen ▶ 434
 - 9.6.4 Behandlung ▶ 435
- 9.7 Schleudertrauma ▶ 436
 - 9.7.1 Ursachen ▶ 436
 - 9.7.2 Diagnose und Differenzialdiagnose ▶ 436
 - 9.7.3 Entstehung von Dysfunktionen ▶ 436
 - 9.7.4 Behandlung ▶ 437
- 9.8 Sinusitis ▶ 438
 - 9.8.1 Ursachen ▶ 438
 - 9.8.2 Diagnose und Differenzialdiagnose ▶ 438
 - 9.8.3 Entstehung von Dysfunktionen ▶ 439
 - 9.8.4 Behandlung ▶ 440
- 9.9 Skoliosen ▶ 441
 - 9.9.1 Ursachen ▶ 441
 - 9.9.2 Diagnose und Differenzialdiagnose ▶ 441
 - 9.9.3 Entstehung von Dysfunktionen ▶ 441
 - 9.9.4 Behandlung ▶ 442
- 9.10 Tinnitus ▶ 442
 - 9.10.1 Ursachen ▶ 442
 - 9.10.2 Diagnose und Differenzialdiagnose ▶ 442
 - 9.10.3 Entstehung von Dysfunktionen ▶ 443
 - 9.10.4 Behandlung ▶ 445
- 9.11 Torticollis ▶ 446
 - 9.11.1 Ursachen ▶ 446
 - 9.11.2 Diagnose und Differenzialdiagnose ▶ 447
 - 9.11.3 Entstehung von Dysfunktionen ▶ 447
 - 9.11.4 Behandlung ▶ 448
- 9.12 Schwindel ▶ 448
 - 9.12.1 Ursachen ▶ 448
 - 9.12.2 Diagnose und Differenzialdiagnose ▶ 449
 - 9.12.3 Entstehung von Dysfunktionen ▶ 449
 - 9.12.4 Behandlung ▶ 450

Teil 4

- 10 Beziehung der relevanten Knochen zu den Muskeln, Ligamenten, Nerven und Gefäßen ▶ 452
- 11 Vaskuläre Störungen ▶ 472
- 12 Störungen der Hirnnerven und nervalen Strukturen ▶ 474

Anhang

- 13 Abkürzungsverzeichnis ▶ 480
- 14 Abbildungsnachweis ▶ 481
- 15 Literatur ▶ 482
- 16 Internetadressen ▶ 484
- 17 Sachverzeichnis ▶ 485

Grundlagen

Teil 1

1	Grundlagen der Osteopathie im kranialen Bereich	2
2	Palpation	18
3	Allgemeine Kopf- und Sakrumpalpation	21

1 Grundlagen der Osteopathie im kranialen Bereich

1.1 Geschichte der kraniosakralen Osteopathie

1.1.1 Beginn der Osteopathie

Andrew Taylor Still. Entwickelt wurde die Osteopathie vom Amerikaner Dr. Andrew Taylor Still (1828 – 1917). Aus der Auseinandersetzung mit der zur damaligen Zeit betriebenen Heilkunde und der Unzufriedenheit über die übertriebenen Medikamentenverordnungen, Aderlässe und andere Methoden der Ärzte entwickelte er ein neues, ganzheitliches medizinisches System, das er Osteopathie nannte. Im Jahre 1874 trat er mit seinen philosophischen und praktischen Grundlagen der Osteopathie zum ersten Mal an die Öffentlichkeit.

John Martin Littlejohn. Durch J. M. Littlejohn hielt die Osteopathie auch in Europa ihren Einzug, sodass die erste europäische Osteopathieschule (British School of Osteopathy) 1917 in England gegründet wurde. 1957 wurde in Frankreich unter der Leitung von Paul Geny die „Ecole Francaise d'Osteopathie“ gegründet, die aufgrund von staatlichen Repressalien 1960 nach England verlegt wurde und zur „European School of Osteopathy“ in Maidstone wurde. Seit den 1980er-Jahren nimmt die Osteopathie in Europa stetig an Beachtung zu, wobei sich mehrere berufsbegleitende Aus- bzw. Fortbildungsinstitute gebildet haben.

1.1.2 Beginn kranialer Ansätze in der Osteopathie

Bereits Still soll mit Handpositionen und einer Leichtigkeit der Berührung behandelt haben, die den Beschreibungen der kranialosteopathischen Behandlungen ähneln. Charlotte Weaver D.O. (die auch in Frankreich praktizierte) wurde von Still aufgefordert, auszuarbeiten, wie die osteopathischen Prinzipien auf die Kopffregion angewendet werden können. Sie erkannte die Schädelknochen als modifizierte Wirbel. In ihrem Modell kann der Schädel z. B. während der Geburt traumatischen Kräften ausgesetzt sein und so Spannungen im Sinne einer osteopathischen Dysfunktion erfahren. Außerdem beschrieb Weaver Dysfunktionen der SSB, deren Behandlung einen großen Einfluss auf das Funktionieren des Gehirns hatte. Bereits 1913 veröffentlichte Dain L. Tasker D.O. in seinem Buch „Principles of Osteopathy“ vibratorische und Druckmanipulationen am Kopf, um vasomotorische Wirkungen zu erzielen.

Die Grundlagen der Osteopathie im kranialen Bereich, wie sie auch heute noch Anwendung finden, wurden dann hauptsächlich von William Garner Sutherland D.O. Anfang der 1930er-Jahre entwickelt.

1.1.3 Sutherlands Beitrag

Möglichkeit von Bewegung im Schädel. Während des Studiums an der Osteopathieschule in Kirksville hatte Sutherland einen zerlegten Schädel betrachtet. Die eigentümlich gebildeten Verbindungsflächen zwischen dem großen Keilbeinflügel und der Schläfenbeinschuppe erregten seine Aufmerksamkeit. Diese Verbindung erschien ihm gekantet, wie die Kiemen eines Fisches. Sie schienen auf eine gelenkige Beweglichkeit eines Atemmechanismus hinzuweisen. Obwohl alle ihm bekannten anatomischen Textbücher lehrten, dass die Schädelnähte verknöchern und ein unbewegliches, statisches Ganzes darstellen, ließ ihn der Gedanke um die Möglichkeit von Bewegungen im Schädel nicht wieder los.

Reziproke Spannungsmembran. Er studierte jedes anatomische Detail der Schädelknochen, um den Sinn der unterschiedlichen Anordnung der Schädelnähte zu verstehen, und erkannte, dass die Gelenkflächen der Schädelknochen eine Konstruktion darstellen, die Bewegung ermöglicht. Er fand heraus, dass die Bewegungen der Schädelknochen durch die Membranen im Schädel koordiniert werden. Diese bezeichnete er als „reziproke Spannungsmembranen“.

Grundlagen der Bewegung. Durch wiederholtes Palpieren seines eigenen und der Schädel seiner Patienten ertastete er eine Bewegung, die unabhängig vom Herz- und Atemrhythmus stattfand. Nach weiterem unermüdlichen Erforschen dieser feinsten Bewegungen kam er zu dem Schluss, die Eigenbewegung des Gehirns, die regelmäßigen, rhythmischen Fluktuationen der Hirn- und Rückenmarksflüssigkeit, die Beweglichkeit der duralen Hirn- und Rückenmarkshäute, der Schädelknochen sowie des Kreuzbeins seien die Grundlage dieser Bewegung.

Selbstversuche. Auch Selbstversuche waren Teil seiner weiteren Forschung. Er konstruierte sich einen Helm, mit dem er an bestimmten Stellen seines Kopfes Druck ausüben konnte. Auf diese Weise erforschte er die Auswirkung von Restriktionen an den Schädelknochen. Nicht nur, dass er mit Kopfschmerzen, Halluzinationen, Seh- und Hörstörungen auf diese künstlichen Restriktionen reagierte, sondern er überraschte seine Frau auch mit Persönlichkeitsveränderungen. Aufgrund seines Wissens um die normale Struktur der Gewebe und mithilfe seiner Frau korrigierte er diese Restriktion und beobachtete an sich die Ergebnisse. Schließlich erforschte er Möglichkeiten der Diagnose und Therapie, um vorhandene Störungen seiner Patienten heilen zu können.

Behandlung von Kleinkindern. Zwischen 1934 und 1939 behandelte Sutherland auch Kleinkinder, die unter zerebralen Lähmungserscheinungen, Hydrozephalus, Koordinationsstörungen, Hyperaktivität und anderen Entwicklungsstörungen litten. Dadurch vertiefte er seine Kenntnisse und erreichte im Laufe der Zeit zunehmende Erfolge bei diesen Kindern, sodass es vielen von ihnen ermöglicht wurde, wieder ein normales Leben aufzunehmen.

Entwicklung der kraniosakralen Osteopathie. Über 20 Jahre hinweg untersuchte Sutherland mit seinen „führenden, sehenden, denkenden ... Fingern“ die Strukturen, kleinste Bewegungsmöglichkeiten und feinste Bewegungen im und am Schädel

sowie vorhandene Restriktionen und ihre Behandlungsmöglichkeiten, bis er mit seinen Ergebnissen an die Öffentlichkeit trat. Allmählich entwickelte sich aus seinen Untersuchungen und Experimenten eine neue Behandlung: die kraniosakrale Osteopathie.

Fluidier Körper. Sutherlands größter Verdienst war neben der konsequenten Anwendung der osteopathischen Prinzipien auf den Schädel, der bis dahin auch unter Osteopathen als unbewegliches Ganzes angesehen wurde, die Entdeckung eines Regulationssystems für den Gesamtorganismus, das sich durch eine rhythmische, langsame Bewegung am Schädel äußerte. Er richtete seine Aufmerksamkeit auf die fluiden Bestandteile des Körpers, insbesondere auf den Liquor cerebrospinalis, und bemerkte, dass sich durch feinste Impulse auf die Fluida Fixationen fester Körperstrukturen zu lösen begannen.

1.1.4 Weitere Entwicklung der Osteopathie im kranialen Bereich

Publikationen. Harold Ives Magoun D.O. veröffentlichte 1951 das Buch *Osteopathy in the Cranial Field*, das lange Zeit als Grundlagenwerk für kraniosakrale Osteopathie galt. Im Gegensatz zur ersten Auflage, deren Entstehung Sutherland begleitete und die er ausdrücklich guthieß, wurde die zweite (1966) und dritte Auflage (1976) erst nach seinem Tod veröffentlicht. Um die Anerkennung der kranialen Osteopathie voranzutreiben, wurde in diesem ein Großteil seiner vitalistischen Ideen herausgestrichen.

Ausbildung. An seinem Sterbebett verpflichtete Sutherland 1954 seinen Schüler Magoun dazu, die kraniale Osteopathie auch in Europa zu lehren. Im Jahre 1964 unterrichteten Harold Magoun, Viola Frymann und Thomas Schooley in der British School of Osteopathy in London die Grundlagen der kranialen Osteopathie. Als sie dort auf Ablehnung und Skepsis stießen, begannen sie mit der Unterstützung des britischen Osteopathen Denis Brookes noch im gleichen Jahr in Paris, neun Osteopathen und Ärzte über vier Jahre hinweg in kranialer Osteopathie zu unterweisen.

Seitdem sind zahlreiche Veröffentlichungen erschienen und eine zunehmende Anzahl von Osteopathen und Wissenschaftlern haben die Ansätze von Sutherland und Weaver weiterentwickelt.

1.2 Grundlagen der Osteopathie

Palpationsfähigkeit des Osteopathen. Die palpatorische Annäherung der Osteopathie im kranialen Bereich entspricht den Grundlagen osteopathischer Vorgehensweisen. Die Palpationsfähigkeit eines Osteopathen umfasst nicht nur die Differenzierung der vitalen Gewebequalitäten von Knochen, Gelenken, Muskeln, Bändern, Membranen, Viszera, Nerven, Gefäßen und Fluida, sondern auch die Fähigkeit, ihre jeweilige Bedeutung für die Ganzheit des Organismus erfassen zu können und diese

Kenntnisse therapeutisch umzusetzen. Anstatt nur die Abfolgen von Techniken und Manipulationen zu erlernen, ist das Verständnis für die Dynamiken der Ganzheit wichtiger. Nichts anderes passiert im kranialen Kontext.

Wörtlich übersetzt heißt Osteopathie „krankhafte Veränderung des Knochens“, aber das kann zu Missverständnissen führen. Still wählte diesen Namen, weil er mit seinen Forschungen am Knochen begann und weil er sich therapeutisch zunächst auf das knöcherne Skelett konzentrierte.

Bewegung ist Leben. Still kam zur Erkenntnis, dass ein freier Blutfluss Gesundheit gewährleistet, wohingegen lokale oder allgemeine Zirkulationsstörungen Krankheiten hervorrufen. Bewegung ist Leben. Alles, was lebt, fließt. Die Bewegung ist das bedeutendste Kennzeichen und Voraussetzung für das Leben. Sind Bewegung und Beweglichkeit der Gewebe vermindert oder eingeschränkt, sodass die Flüssigkeiten (Blut, Lymphe usw.) nicht mehr ungehindert fließen können, entsteht eine mehr oder minder ausgeprägte Stauung. Auch die nervale Versorgung der Gewebe kann dadurch beeinträchtigt werden. Die Folge ist eine Einschränkung der Nährstoff- und Sauerstoffversorgung sowie ein verminderter Abtransport von Metaboliten im Gewebe. Das Gewebe verliert seine Vitalität – der Boden ist bereit für eine Erkrankung.

Beseitigung von Hindernissen. Still benutzte die Hebelwirkung der Knochen, um den Druck auf Nerven, Arterien und Venen zu entlasten und dadurch wieder die Voraussetzung für eine gesunde Physiologie zu schaffen. Auch heute besteht das Bestreben eines Osteopathen darin, die mechanischen und strukturellen Hindernisse zu beseitigen, die die Kommunikation der Körperflüssigkeiten hemmen, der intra- wie auch der extrazellulären, inklusive der Hirnflüssigkeit. Dabei ist die Vielfalt der „Techniken“ angepasst an die Vielfalt der Ursachen von Bewegungsverlusten (Frakturen, Verstauchungen, Entzündungen, Verklebungen, Narben, Fehlbelastungen, psychische und soziale Einflüsse, Ernährungs- und Lebensgewohnheiten).

Gesundheit. Die Osteopathie betrachtet die Ganzheit des Menschen in ihrer somato-viszeral-psychischen Einheit und Wirkungsweise. Sie umfasst die Eigenschaften und Aspekte, die das Leben ausmachen und erkennt die Gesetzmäßigkeiten an, die das Leben auf der Erde bestimmen. Diesen Gesetzmäßigkeiten sind die Tiere, die Pflanzen und auch die Menschen unterworfen. So versteht Still unter Gesundheit ein harmonisches Zusammenwirken von Körper, Seele und Geist. Dabei beeinflussen die Umwelt- und Lebensfaktoren den Zustand des Menschen in seiner Körper-Geist-Seele-Einheit (**Abb. 1.1**). Zu den Lebensfaktoren gehören u. a. Ernährung, Bewegung, Wasser, Luft, Sonne, Wach-Schlaf-Rhythmus, Aktivitäts-/Ruheverhältnis.

Merke Nach Still stellt die Gesundheit einen „positiven Zustand“ dar, der mehr als die Abwesenheit von Krankheit bedeutet.

Ziel der Behandlung. Die Osteopathie umfasst spezielle manuelle Diagnose- und Therapiemethoden, mit dem Schwerpunkt auf den strukturellen Beziehungen und Wechselwirkungen der verschiedenen Gewebe. Ziel einer osteopathischen Behandlung:

- Erhöhung der individuellen Lebensqualität des Patienten
- Verbesserung des strukturellen und dynamischen Gleichgewichts in seinen Körpersystemen
- Ökonomisierung seines Energieverbrauchs

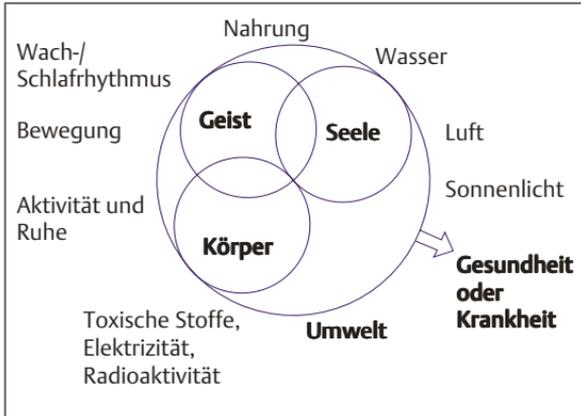


Abb. 1.1
Einflüsse auf die
Gesundheit.

Die osteopathische Medizin ist bestrebt, im Körper alle Ressourcen freizusetzen und sich entwickeln zu lassen, die die Grundlage für seine Wiederherstellung und seine Widerstandsfähigkeit gegenüber krankhaften Einflüssen bilden.

Betrachtung des Patienten. Der Patient wird in seiner Eigenschaft als Ganzheit und als Teil anderer Ganzheiten erfasst. Wesentlich ist die Fragestellung, wie der Organismus seine Ordnung und Intaktheit unter den gegebenen Bedingungen aufrechterhält. Erst dann wird u. a. der Erforschung der Ursachen nachgegangen, die zur Entstehung von Krankheitssymptomen geführt haben. Diese Ursachen können mannigfaltig sein und die Gesundheit und Lebenskraft durch Behinderungen der Flüssigkeits- und Energiebewegungen und der Nervenimpulse usw. beeinträchtigen. Im Heilungsprozess ist der Patient mit aufgefordert, die Bedingungen zu erkennen und in sein Leben zu integrieren, die ein normales Wirken seiner eigenen biologischen Kreislaufprozesse und seiner Selbstheilungskräfte ermöglichen.

1.2.1 Der Körper ist eine Einheit

Körper, Geist und Seele. Die Osteopathie betrachtet alle Teile des physischen Körpers, den Geist und die Seele (mit den Emotionen, die über das neurohumorale System vernetzt sind), als miteinander verbunden und in Wechselbeziehung zueinander stehend. Alle Zellen, Gewebe und Organe des Körpers arbeiten zusammen und sind als eine Einheit anzusehen, im gesunden wie auch im kranken Zustand.

Merke Die einzelnen Teile formen ein lebendiges Ganzes, das mehr als die Summe seiner Teile darstellt.

Auswirkung von Störungen. Abnorme strukturelle Veränderungen oder Störungen in der Funktion einzelner Gewebe, wie den Knochengelenken, Muskeln, faszialen Strukturen oder Organen, können sich auf den gesamten übrigen Organismus auswirken. So übt z. B. der viszerale Inhalt einen großen Einfluss auf seine Muskel-Faszien-Skelett-Umhüllung aus. In der Osteopathie wird weder der Psyche noch der Physiologie oder den Körperstrukturen eine vorrangige Stellung eingeräumt. Die eine kann durch die jeweils andere beeinflusst werden, wobei die Osteopathie bestrebt ist, über die Struktur des Körpers auf den Gesamtorganismus und die Zirkulation seiner Flüssigkeiten und Energien Einfluss auszuüben.

1.2.2 Der Organismus verfügt über eigene selbstregulative und heilende Kräfte

Diese Selbstheilungskräfte äußern sich in der

- homöostatischen Regulation der gesamten Vitalfunktionen des Organismus,
- angeborenen oder erworbenen Immunität gegen Krankheitserreger,
- Heilung von beschädigten Körpergeweben,
- Korrektur von Schäden aufgrund schädlicher äußerer Einflüsse,
- Kompensation irreparabler Schäden.

Der Körper ist in kontinuierlichem Bestreben, Toxine zu binden, zu entgiften und auszuscheiden, sodass er z. B. selbst bei jahrzehntelanger Fehlernährung noch erstaunlich gut funktionieren kann. Unablässig sucht und erkennt er veraltete oder entartete Zellen, baut sie ab und ersetzt diese durch funktionsfähige neue Zellen. Schädliche Bakterien werden angegriffen und spezifische Antikörper gegen sie gebildet. Wunden werden geschlossen und Verletzungen an Bändern, Gelenken und Knochen repariert. Diese Selbstheilungskräfte sind wiederum abhängig von genetischen und Umweltfaktoren, von der Ernährung, dem Lebensstil, der psychischen Verfassung und dem sozialen Umfeld.

Entstehen von Krankheiten. Das Entstehen von Krankheiten ist abhängig von den Abwehr- und Selbstheilungskräften des Organismus und der Stärke der toxischen Einflüsse. Bei besonders toxischen Erregern oder Stoffen können sich sofort Krankheitssymptome ausbilden. Während sich eine akute Krankheit als kraftvolle Aktion gegen krankmachende Einflüsse äußert, stellen chronische Krankheiten eher eine Anpassung des Organismus an derartige Einflüsse dar, die dieser nicht imstande war zu überwinden oder aufzulösen.

Erhöhung der Selbstheilungskräfte. Durch eine Auflösung krankmachender Einflüsse und durch Integration von Anteilen, die einen dysfunktionellen Anstieg oder einen Verlust relativer Autonomie erfahren haben, wird die Etablierung eines Gleichgewichts höherer Ordnung im Organismus unterstützt. Dies führt in der Regel zu einer Zunahme der Kompensationsmöglichkeiten, die wiederum die Fähigkeit der Selbstheilung verbessert.

1.2.3 Form und Funktion beeinflussen sich wechselseitig

Form versus Funktion. Die Beziehung zwischen der Struktur bzw. Anatomie des Körpers und seiner Funktion bzw. Physiologie ist die Grundlage der Diagnose und Therapie. Als Struktur werden die knöchernen, muskulären, faszialen, viszeralen und neuralen Teile und selbst die Körperflüssigkeiten (im Sinne einer beweglichen Struktur) des Organismus bezeichnet. Es besteht eine enge Beziehung zwischen der Art der Körperstrukturen und der Fähigkeit und Möglichkeiten des jeweiligen Menschen, sein Leben zu gestalten. Auf der anderen Seite führen bestimmte Anforderungen und Funktionen zur Ausprägung bestimmter struktureller Veränderungen, um diese Funktionen bestmöglich ausführen zu können (die Form folgt der Funktion). Gerade in der embryologischen Lebensphase entwickelt sich die Form in enger Wechselwirkung zur Funktion. Epigenetische Wechselwirkungen sind wesentlich für den Abruf genetischer Informationen.

Einfluss von Struktur und Funktion. Der gegenseitige Einfluss der Struktur und Funktion besteht auf

- mechanischem Niveau zwischen den Gelenken, Muskeln, Knochen,
- membranösem Niveau durch fasziale, ligamentäre Beziehungen zwischen den Organen und Geweben,
- zirkulatorischem Niveau aufgrund des Verlaufs von Blut- und Lymphgefäßen und der Fluktuationen der Hirn- und Rückenmarkflüssigkeit,
- neurologischem Niveau durch Informationsübertragung über die peripheren und zentralen Nervenbahnen,
- biochemischem, hormonellem und elektrophysiologischem Niveau zwischen den Geweben und Organen,
- emotionaler Ebene und Geistesebene, z. B. über neurohormonelle, neuroimmunologische Prozesse.

Normale Struktur und abnorme Veränderung. Eine normale Struktur und ein physiologischer Spannungszustand der gesamten Körpergewebe sind notwendig, um seine optimale Funktion zu gewährleisten. Demgegenüber können abnorme strukturelle Veränderungen zu einer Verschlechterung der Funktion, wie z. B. zu einer verminderten lokalen Durchblutung von Geweben oder zu einer gestörten Verdauung führen, sodass es über lange Sicht zu krankhaften Erscheinungen kommen kann. Jedes Körpergewebe bzw. jede nur erdenkliche Beziehung verschiedener Gewebe sind dabei für den Osteopathen von Bedeutung. Im Weiteren sind auch die Entstehung von Strukturen sowie die diese Entstehung regulierenden Faktoren für das Verständnis der jeweiligen Störung und der Therapie von Bedeutung.

1.2.4 Die osteopathische Behandlung integriert alle vorher genannten Punkte

Behandlung der Körperstruktur. Sie basiert auf dem Verständnis und dem Wissen um die Einheit und die Selbstheilungskräfte des Körpers, ebenso wie um die Wechselwirkungen der unterschiedlichen Gewebe zu ihrer Funktion. Der Osteopath ge-

braucht keine Drogen, um den Körper zu beeinflussen, sondern beabsichtigt durch die Behandlung der Körperstruktur des Patienten, auf seine Physiologie einzuwirken. Die eigentliche osteopathische Behandlung ist manuell, obwohl Ernährung, psychische, soziale und andere Lebensfaktoren je nach Erfahrung und Ausbildung des Osteopathen mit berücksichtigt werden.

Anregung der Lebenskraft. Durch einen minimalen therapeutischen Eingriff an den Körpergeweben, insbesondere am Muskel-Faszien-Skelett-System, z. B. durch Behebung von Hindernissen für die Flüssigkeitsbewegungen, wird es der Lebenskraft ermöglicht, Störungen in normale Funktion zurückzubringen. Die integrative Funktion des Nerven- und des endokrinen Systems auf den gesamten Organismus und die unterstützende Funktion des Gefäßsystems sind dabei für den Osteopathen von zentraler Bedeutung.

Ziel ist Selbstheilung. Eine osteopathische Behandlung versucht also, Beziehungen zwischen Strukturen zu erkennen, um diese dann ggf. zu normalisieren, damit sich wieder eine „normale“ Körperfunktion einstellen kann. Dabei wird der Patient nicht durch den Behandler geheilt, sondern es ist vielmehr der Organismus, der durch die Impulse der osteopathischen Behandlung zu einer Selbstkorrektur geführt wird, und die Natur, die in die Lage versetzt wird, den erkrankten Teil zu heilen. Das Ziel der Behandlung ist, ursächliche Krankheitsfaktoren aufzulösen oder abzuschwächen, freie Beweglichkeit der Gelenke und Faszien wieder einzurichten, die Austauschprozesse der gesamten Körperflüssigkeiten zu normalisieren, die bioelektrischen Phänomene zu koordinieren, das autonome Nervensystem auszugleichen, die Harmonisierung der Körperstatik, die Auflösung viszeraler Störungen, die Unterstützung und Regulierung der ernährenden Körperelemente, die Vertiefung der Atmung, Entspannung, Ionisierung, die Widerstandskraft des Körpers zu stärken und ihn zu ermutigen, seine eigene selbstregulative Tätigkeit wieder zu übernehmen, um sich selbst zu heilen.

Ganzheitlichkeit des Organismus. Je stärker sich der therapeutische Eingriff an der Ganzheitlichkeit des Organismus orientiert, desto tiefgreifender und erfolgreicher wird er sein. Grundlagen jedes Osteopathen sind aus diesem Grunde sehr exakte theoretische und praktische Kenntnisse der gesamten Gewebestrukturen (faszial, ligamentär, articular, nerval, vaskulär, viszeral usw.), deren Beziehungen und Wechselwirkungen zueinander sowie deren Physiologie und embryologische Entstehung.

Dysfunktion als Gewebe-Energie-Bewusstseins-Komplex. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Patient nicht eine statische, sondern eine sich dynamisch verändernde Entität darstellt, die zugleich Teil von Entitäten ist und sich innerhalb anderer Entitäten bewegt und bewegt wird. Je besser der Patient in diesem Kontext erfahren und verstanden wird, desto gezielter kann ein therapeutischer Impuls ausgeführt werden. Für die Diagnose untersucht der Osteopath zuerst die pathologischen Verhältnisse und die Art dieser Pathologien und sucht dann nach somatischen Dysfunktionen. Der Dysfunktionskomplex tritt jedoch nicht als reines Gewebemuster, sondern als Gewebe-Energie-Bewusstseins-Komplex in Erscheinung.

Merke Eine osteopathische Behandlung sollte nicht ohne eine genaue Diagnose erfolgen und es kann nur dann eine Behandlung empfohlen werden, wenn osteopathische Dysfunktionen gefunden werden.

Verschiedene Methoden, verschiedene Möglichkeiten. Still selbst gebrauchte verschiedene Vorgehensweisen. Einige davon werden heute nicht mehr benutzt, neue haben sich aus seinen Prinzipien entwickelt. Obwohl osteopathische Methoden auf den gleichen Grundsätzen beruhen (s. o.), hat jede Methode ihre eigenen diagnostischen Möglichkeiten und Behandlungstechniken. Auch kann eine entsprechende Diagnose mehrere Behandlungsmethoden ermöglichen.

1.3 Primär respiratorischer Mechanismus (PRM)

Der primär respiratorische Mechanismus (PRM) ist ein grundlegendes Modell in der klassischen kranialen Osteopathie. Seine Bestandteile bilden nach Sutherland die Grundlage für einen inhärenten, am Schädel und am gesamten Körper palpablen Rhythmus, der von der Herz- und Atmungsaktivität unabhängig und in einem etwas langsameren Rhythmus als die Atmung auftreten soll.

Motor der unwillkürlichen Bewegungen. Während der „Motor“ Muskulatur die Wirbelsäule bewegt, gibt es innerhalb des Schädels keinerlei Muskulatur, die diese Aufgabe erfüllen könnte. Nur einige exokraniale Muskeln inserieren am Schädel und beeinflussen die Mobilität der Schädelknochen, können aber nicht als eigentlicher Motor ihrer Beweglichkeit angesehen werden. Der PRM wird von Sutherland und Magoun als der Motor bzw. der Mechanismus angesehen, der die feinen unwillkürlichen Bewegungen im Organismus ermöglicht.

Fünf Faktoren des PRM. Der PRM setzt sich nach Magoun und Sutherland aus fünf Faktoren zusammen:

- Motilität (inhärente Bewegung) des Gehirns und des Rückenmarks
- Fluktuation der Hirn- und Rückenmarkflüssigkeit (Liquor cerebrospinalis, LCS)
- Mobilität (Beweglichkeit) der intrakranialen und intraspinalen Membranen
- Mobilität der Schädelknochen
- unwillkürliche Mobilität (Beweglichkeit) des Sakrums zwischen den Beckenknochen

Primär. Der Mechanismus wird primär genannt, weil er direkt mit der inneren Gewebeatmung des Zentralnervensystems verbunden sein soll, das die Lungenatmung und die gesamten Körperfunktionen reguliert. Demgegenüber bezeichnete Sutherland die Lungenatmung als ein sekundär respiratorisches System, das durch die primäre Atmung kontrolliert wird.

Respiratorisch. Er wird respiratorisch genannt, weil er, ebenso wie die Lungenatmung, einen rhythmischen Vorgang darstellt, der Einfluss auf Austauschprozesse

im Gewebe ausüben soll. Als intrakranialer anaboler wie kataboler Stoffwechselprozess soll er mit dem Nervensystem und dem LCS in Verbindung stehen.

Durch die rhythmische Drainage der gesamten Körpergewebe soll er auch eine bedeutende Rolle bei der Gewebeatmung des gesamten Organismus einnehmen. Die Gewebeatmung des Nervensystems wie des übrigen Körpers verläuft autonom und unwillkürlich.

Mechanismus. Er wird als Mechanismus bezeichnet, da er aus Teilen besteht, die zusammen den Mechanismus oder Motor bilden, der bestimmte rhythmische Erscheinungen, die PRM-Rhythmen, ermöglicht.

1.3.1 Inhärente, eigenständige Motilität von Gehirn und Rückenmark

Motilität und Mobilität. Motilität bezeichnet die Eigenschaft einer Substanz, ihre Form zu verändern. Mobilität hingegen bezeichnet die Eigenschaft der Positionsänderung eines Teils in Beziehung zu einem anderen Teil (z. B. die Bewegung des Keilbeins in Beziehung zum Hinterhaupt).

Vier Rhythmen am Schädel. Magoun beschreibt vier voneinander unterscheidbare Rhythmen am Schädel (Magoun 1951):

- eine Bewegung, die mit dem Herzschlag synchron verläuft,
- eine Bewegung, die sich in Übereinstimmung mit der Lungenatmung verhält, verbunden mit den wechselnden Druckverhältnissen während der Ein- und Ausatmung,
- zwei rhythmische und unwillkürliche Bewegungen, unabhängig von den vorherigen.

Eigenbewegung des Hirngewebes. Jedes lebende Organ soll eine inhärente aktive Eigenbewegung (Motilität) haben. Nach Magoun findet im Gehirn eine langsame und rhythmische Auf- und Entrollung der Großhirnhemisphären statt (**Abb. 1.2**). In der einen Phase soll sich ihr longitudinaler Durchmesser verkürzen, während sie sich nach lateral verbreitern, in der anderen Phase sollen sie sich in ihrem longitudinalen Durchmesser verlängern und lateral verengen. Einige Osteopathen sind der Auffassung, dass diese feinste Bewegung eine Art Wiederholung der Wachstumsbewegung darstellt, die Gewebe und Organe in der Embryonalzeit ausführten. Dabei kommt es auch zu einer Dilatation und Kontraktion der Hirnventrikel.

Neuere Forschung weist darauf hin, dass eine pulsierende Hirnbewegungen und hydrodynamische Veränderungen in Zusammenhang mit der arteriellen (und venösen) Durchblutung auftreten und somit weniger mit den langsamen Rhythmizitäten in Verbindung zu stehen scheinen. Zudem wurden kontraktile Elemente in den Astrozyten des Gehirns nachgewiesen, die aber aufgrund der geringen Anzahl nicht ausreichen, um eine Gesamtbewegung des Gehirns zu induzieren.