

Geleitworte

Jean Pierre Barral
Akademischer Leiter
des Collège Interna-
tional d'Osteopathie
in St. Etienne,
Dozent an der Fakul-
tät für Medizin in
Paris Nord, der Euro-
pean School of
Osteopathy (ESO) in
Maidstone und der
Osteopathie Schule
Deutschland (OSD).

Leben ist Bewegung. Das Gleiche gilt für die Osteopathie und ihre Teilbe-
reiche. Die Osteopathie als Wissenschaft, Kunst und Philosophie ist nicht sta-
tisch, sondern befindet sich in kontinuierlicher Bewegung. Es ist unsere
große Herausforderung in den Prinzipien der Osteopathie verwurzelt zu sein
und uns gleichzeitig der Dynamik des Lebens zu öffnen, indem wir uns vom
täglichen Kontakt mit Patienten, von neuen wissenschaftlichen Erkenntnis-
sen sowie vom Austausch untereinander und den Erfordernissen unserer
Zeit berühren lassen.

Schon beim ersten Durchblättern des ersten Bandes von *Torsten Liem* war
ich beeindruckt vom didaktischen Aufbau und der einzigartig umfassenden
und lebendigen Darstellung der Kraniosakralen Osteopathie.

Das vorliegende Werk steht ganz in Kontinuität zum ersten Band. Die anatomi-
schen, physiologischen und dysfunktionellen Zusammenhänge sowie die
Behandlungsmethodik der viszeralen Strukturen des Schädels werden aus-
führlichst und klar verständlich dargestellt. Aber es dient auch als schnelles
Nachschlagewerk in der Praxis, in dem nicht nur die Techniken jedes Schä-
delknochens und die Diagnostik und Behandlung der Organe des Gesichts-
schädels beschrieben werden, sondern auch ihre möglichen Dysfunktionen
systematisiert aufgeführt werden. Dabei lässt er das Wesentliche nicht aus
den Augen: sich berühren zu lassen von der Einzigartigkeit jeder Berührung
und der Osteopathie.

Ich bin der vollen Überzeugung, dass jeder Student der Osteopathie und je-
der Osteopath sich glücklich schätzen wird, dieses Buch in Händen zu halten.

Fred L. Mitchell, jr.,
D.O., F.A.A.O., F.C.A.
Professor Emeritus
des College of Osteo-
pathic Medicine
der Michigan State
University

Die Notwendigkeit für ein vollständiges Lehrbuch für die kraniosakrale Ar-
beit war mir seit mehreren Jahrzehnten bewusst. „The Cranial Bowl“ (1939)
von *Sutherland* und „Osteopathy in the cranial Field“ (1951) von *Magoun*
stand für viele Jahre alleinvertretend, wobei keines von beiden als Lehrbuch
beabsichtigt geschrieben worden war. Jedes dieser Bücher zielte primär auf
die klinische Relevanz ab, jenes Phänomen zu untersuchen und zu behan-
deln, welches *Sutherland* den primären respiratorischen Mechanismus
nannte, sowie eine wissenschaftliche und theoretische Grundlage für die
Kraniosakrale Osteopathie zu bieten.

Howard und *Rebecca Lippincott* stellten ihr erstes Handbuch für kraniosa-
krale Techniken aus den Notizen zusammen, die sie während ihres Studiums
bei *William G. Sutherland* aufzeichneten und veröffentlichten es 1943 durch
die Academy of Applied Osteopathy. Eine zweite überarbeitete Ausgabe
wurde 1946 durch die „Osteopathic Cranial Association“ herausgegeben. Es
beschreibt ungefähr 60 Techniken, von denen später viele durch die Autoren,
sowie durch andere Studenten des kranialen Konzeptes ausgetauscht wur-
den. Viele dieser Änderungen müssen jedoch noch aufgeschrieben werden.

Während der letzten 6 oder 7 Jahrzehnte haben sich die kranialen Techniken
in den Köpfen und Händen von kreativen Studenten vervielfacht. Manche

XIV Geleitworte

dieser Studenten, wie *Charlotte Weaver*, *Beryl Arbuckle* und *Viola Frymann*, haben die Wichtigkeit der Embryologie und der Anwendung der Kraniosakralen Osteopathie in der praktischen Pädiatrie hervorgehoben. In diesem Zusammenhang wurden spezielle Techniken entwickelt. *Will Sutherlands* Lehrgänge müssen vor allem kreative Köpfe angezogen haben. *Paul Kimberly*, *Alan R. Becker*, *Rollin Becker*, *Robert Fulford*, *Kenneth Little*, *J. Gordon Zink*, *Olive Stretch*, *Tom Schooley*, *Howard Lippincott*, *Rebecca Lippincott*, *Anne Wales* und *Harold Magoun S. R.* waren unter denjenigen Studenten *Sutherlands*, welche mein eigenes kraniosakrales Konzept geformt haben. Jeder von ihnen hat einzigartige Vorgehensweisen beigetragen.

Torsten Liem hat hervorragende Forschungsarbeit geleistet und präsentiert in dieser Ausgabe eine exzellente Auswahl von wundervoll illustrierten kraniosakralen Techniken, welche dem Leser eine gut abgestimmte Grundausbildung der kraniosakralen Arbeit vermitteln. Viele Leser werden über die tiefe und detaillierte Darstellung des Abschnittes über Temporomandibulare Dysfunktionen begeistert sein.

Ein Wort zur Vorsicht: Sanftheit ist die erste Hürde bei der Ausbildung in Kraniosakraler Osteopathie. Klinisch wirksame kraniosakrale Manipulation erfordert Sanftheit und Geduld. Kraniosakrale Arbeit wird oft als „nichtinvasiv“ beschrieben, was jedoch zu sehr vereinfacht wäre. Man muss lernen mit einfühlsamem Verständnis die Gewebe zu durchdringen, anstatt nur mit den Händen allein. Dabei ist die klinische Beurteilung mit den wissenschaftlichen anatomischen und physiologischen Erkenntnissen die Grundlage für die Entscheidung der Vorgehensweise, ob bestimmte Techniken der manuellen Medizin sinnvoll angewandt werden.

Richard A. Feely,
D.O., F.A.A.O., F.C.A.
Ehemaliger Präsident
der Cranial Academy
Associate Professor
des Chicago College
of Osteopathic Medi-
cine/Midwestern
University.

Torsten Liem schreibt ein spannendes Fachbuch über die Techniken der Kraniosakralen Osteopathie. Er vervollständigt den im ersten Band beschriebenen historischen Hintergrund des Entdeckers *William Garner Sutherland*, D.O., D.Sc. (Hon.) mit einem Glossar, in dem die wichtigsten Begriffe der Kranialen Osteopathie mit Quellenangaben erklärt werden. *Dr. Sutherland* war ein Student des Gründers der Osteopathie, *Andrew Taylor Still*, M.D. Diese einzigartige amerikanische Form von Medizin und Behandlung begann am 22. Juni 1874, während die erste Schule 1892 gegründet wurde. *William G. Sutherland* trat in die ursprüngliche Schule der American School of Osteopathy in Kirksville, Missouri im Jahre 1898 ein. Im Jahre 1899, während er einen durch Aufquellung geöffneten Schädel in der Schule betrachtete, traf ihn die Erkenntnis, wie sehr die Squama des Schläfenbeins den Kiemen eines Fisches ähnlich waren. Der nächste Gedankengang folgte in logischer Weise, dass der Aufbau des Schädels für gewisse Bewegungen vorgesehen war. Dieser Gedanke verfolgte *Dr. Sutherland* für den Rest seines Lebens, bis er es sich selbst im Jahre 1938 beweisen konnte, dass der Schädel tatsächlich eine inhärente Bewegungsfähigkeit besitzt, nämlich die des primären rhythmischen Impulses (Primary Rhythmic Impulse). Im Weiteren erkannte er, dass die zerebrale und spinale Flüssigkeit fluktuiert, unterstützt durch die Motilität des Neuralrohrs, wobei die Dura mater eine reziproke Spannungsmembran bildet, unterstützt durch die Mobilität des Kreuzbeins zwischen den Beckenschaukeln und der Schädelknochen selbst.

Dieser Text befasst sich mit den biomechanischen und physiologischen Reaktionen in Bezug auf die manuellen diagnostischen und therapeutischen Techniken, die am menschlichen Schädel in verschiedenen Stadien von Gesundheitsstörungen und Erkrankungen angewandt werden.

„Die Praxis der Kraniosakralen Osteopathie“ wird bald das Fachbuch für alle deutschsprachigen Studenten und Praktiker der Osteopathie sein, welches die besten Referenzen bietet. Der Autor *Torsten Liem* behandelt jeden einzelnen Schädelknochen, indem er die physiologische Beweglichkeit und deren Einschränkungen, sowie die diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen und Methoden beschreibt. Um den Leser bei diesen Vorgehensweisen und Techniken in seiner Vorstellungskraft zu unterstützen, begleiten großartige Fotos und Illustrationen den Text.

Sehr interessant ist der Teil des Buches, der sich mit der Bearbeitung des Gesichtsschädels und seiner Organe befasst. Diagnose und Behandlung der Schädelorgane sind gut bearbeitet. Eine Auswahl von bekannten Pathologien veranschaulicht die osteopathische Herangehensweise. In diesem Zusammenhang verfolgt das Buch das ursprüngliche Thema in Bezug auf Diagnose und Behandlung der Kraniosakralen Osteopathie. Die sehr guten Literaturhinweise vervollständigen dieses Werk.

Seit langem ist amerikanischen Osteopathen die heilsame und lebensspendende Wirkung des physiologischen Phänomens bekannt, welches als der „Primary Rhythmic Impulse“ bezeichnet wird. *Torsten Liem* stellt dies hier sehr gut dar, wobei er dem Leser die Schwierigkeiten der diagnostischen und therapeutischen Methoden nicht vorenthält, die notwendig sind, um das Leben und die Gesundheit von Patienten günstig zu beeinflussen. Das genaue Verständnis und die richtige Anwendung, als Hilfe zur Wiederherstellung und Vollkommenheit, ist unerlässlich für die Verbesserung der Lebensumstände der Menschheit. Das in diesem Buch enthaltene Wissen muss unbedingt mit der persönlichen Unterweisung von kompetenten Meistern dieser starken psychomotorischen Fähigkeit vereinigt werden. Nur durch die persönliche Ausbildung und durch die Bestätigung der Entwicklung Ihrer Fähigkeiten werden Sie ein sicherer und vertrauenswürdiger Behandler sein, der sich auf seine Diagnose und Therapie, sowie den erwünschten Ergebnissen seiner Hände Arbeit verlassen kann.

Vorwort zur 2. Auflage

Aus der geplanten schnellen Durchsicht der Praxis der Kraniosakralen Osteopathie wurde eine ausführliche Überarbeitung. Deutliche Erweiterung hat dabei vor allem das Kapitel über das Kiefergelenk erfahren. Neue Forschungsergebnisse und Erkenntnisse der anatomischen Strukturen, ihrer physiologischen Bedeutung ebenso wie weitere diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen werden dargestellt. Osteopathische Behandlungsansätze des Kiefergelenks ergänzen gegenwärtig zunehmend kieferorthopädische Behandlungen. Solide Kenntnisse auf Seiten des Osteopathen sind hierbei unentbehrlich.

Auch alle weiteren Kapitel wurden jeweils auf den neuesten Stand gebracht. Die didaktische Strukturierung in der Behandlung jedes Knochens, orofaszieller Strukturen, sowie der Seh-, Hör- und Gleichgewichtsorgane, des oberen Atmungstraktes und bei Kopfschmerzen hat sich sehr bewährt und wurde in der bisherigen Form belassen.

Ich würde mich freuen, wenn das vorliegende Praxis- und Nachschlagewerk einen Teil dazu beitragen kann, dass die osteopathische Behandlung im kranialen Bereich weiterhin zunehmende Anerkennung findet.

Hamburg, April 2003

Torsten Liem

Vorwort zur 1. Auflage

In diesem Band werden mit wenigen Ausnahmen insbesondere Dysfunktionsmechanismen und Techniken vorgestellt, die zum engeren Bereich der kraniosakralen und kranio-mandibulären Osteopathie zählen.

Die etwas mechanische Darstellung der Strukturen in diesem Buch hat ausschließlich didaktische Gründe. Es soll auf keinen Fall der Eindruck entstehen, der therapeutische Eingriff erschöpfe sich in feinmechanischen Handgriffen. Ebenso wichtig für den Behandlungserfolg ist die Intuition, die liebevolle Zuwendung und das Einfühlungsvermögen des Therapeuten sowie seine Sensibilität der Hände. Eine zuhörende nicht invasive Aufmerksamkeit und Bewusstheit in der Palpation aktiviert die inhärenten Heilungskräfte im Organismus. Es ist ein großes Geschenk, wenn die Hände beginnen zu sehen, zu hören und zu wissen. Und es ist ein noch viel größeres Geschenk, dass dies ein andauerndes Abenteuer bleibt.

Praktizierende Therapeuten wissen: Jede Berührung vermittelt neue Einsichten in das Gesamtzusammenspiel des Organismus. Nur ein offener und leerer Geist ist fähig, diese Einsichten wahrzunehmen. Deshalb sollte auf die ganzheitliche Herangehensweise und die offene, zuhörende Berührung ebenso viel Wert gelegt werden wie auf das Erlernen und Verinnerlichen der spezifischen Strukturen sowie ihrer funktionellen und anatomischen Beziehungen. Es ist weniger das „Machen“, als vielmehr die Fähigkeit mit dem anderen zu „sein“, Nähe und Intimität zuzulassen, die in der therapeutischen Begegnung die Türen öffnen.

Ebenfalls aus didaktischen Gründen waren Wiederholungen aus dem ersten Buch nicht zu vermeiden. Die Alternative wäre gewesen, an den betreffenden Stellen auf den ersten Band zu verweisen. Das ist aber vor allem beim schnellen Nachschlagen sehr ungünstig.

XVIII Vorworte

Die Erörterung der Lokalisation, Entstehung und Klinik von Dysfunktionen der jeweiligen Knochen wurde auf die unmittelbar beteiligten Strukturen begrenzt.

Im vorliegenden Werk werden Techniken zu jedem Schädelknochen und zu den Organsystemen des Gesichtsschädels dargestellt. Es existieren allerdings noch eine große Anzahl weiterer Varianten und eine Vielzahl möglicher Ausführungen, die mindestens ebenso erfolgreich angewendet werden können. Jeder Therapeut wird im Laufe seiner Praxis mehr oder weniger seine individuelle Herangehensweise entwickeln. Nicht nur aufgrund seiner Praxiserfahrungen und individuellen Eigenschaften, sondern auch da jeder Patient, jeder Behandlungstermin und jede Struktur im Organismus einzigartig sind.

Grundlage der Osteopathie nach *Andrew Taylor Still* war nicht primär die Vermittlung bestimmter Techniken, sondern die Einsicht in bestimmte Prinzipien, die es dem Osteopathen ermöglichen sollten, eigene Techniken zu entwickeln. Je mehr ein Therapeut die Differenzierung der lebendigen Gewebe, ihre anatomischen und physiologischen Wechselbeziehungen, sowie die Diagnose- und Behandlungsprinzipien der Osteopathie verinnerlicht und ein Feingefühl in den Händen erworben hat, desto eher wird er dazu in der Lage sein.



William G. Sutherland

Sutherlands intuitive, „lebendige“ und spirituelle Inhalte und sein Konzept vom „Atem des Lebens“ wurden nach seinem Tode im überarbeiteten Standardwerk von *Harold Yves Magoun: Osteopathy in the cranial Field*, 3. Auflage von 1966, zum Teil herausgestrichen. Es sollte damit eine größere politische Akzeptanz unter den damals lebenden Osteopathen erreicht werden und der kraniale Ansatz der weiteren Forschung zugänglich gemacht werden. In der heutigen Zeit besteht mehr Bereitschaft auch diese Inhalte in Betracht zu ziehen. Für die Praxis der Kraniosakralen Osteopathie, ihre Weiterentwicklung sowie für die Weitergabe der Lehre ist auch das Verständnis ihrer geschichtlichen Zusammenhänge und ihrer Wurzeln, ebenso wie eine einheitliche Sprache, wichtig. Deshalb werden im Glossar grundlegende Begriffe vor allem anhand der Originalquellen von *Sutherland* erklärt.

Jetzt verbleibt mir noch, mich auf diesem Wege ganz herzlich für alle Zuschriften und Anregungen zu bedanken, die als Reaktion auf den ersten Band erfolgten.

Ich wünsche Ihnen beim Lesen, Palpieren und beim Anwenden der Techniken dieses Bandes mindestens so viel Freude wie ich beim Schreiben erfahren durfte und tagtäglich im Kontakt mit Patienten erfahre.

Und ganz besonders wünsche ich Ihnen ebenso viel Mut und Hingabe auf Ihrer Suche und Umsetzung dieser lebendigen Osteopathie, wie sie die Begründer dieser einzigartigen Lehre besaßen.

Hamburg, im Frühjahr 2000

Torsten Liem

Danksagung

Sehr inspiriert bin ich von dem Unterricht von *Jean Pierre Barral*, D.O., M.R.O. Nicht nur von seiner einzigartigen Erfahrung, die jede seiner Ausführungen wortlos begleitet, sondern besonders die ungezwungene Art, wie er mich und andere unterstützt, meiner Palpation zu vertrauen und Spaß daran zu haben. In der Tat würde ich ihm fast alles glauben, selbst wenn er mir erzählte, er würde die Farbe der Unterwäsche durch die Kleidung palpieren. *Franz Buzet* M.R.E.O., M.S.B.O. verdanke ich sehr sehr viel. Es ist ein so gutes Gefühl, wenn jemand an einen glaubt.

Ich danke *Beatrice Macazaga*, die mich vor vielen Jahren als Freundin und als unfreiwilligen Mutterersatz zur Heilkunde inspirierte.

Sehe ich *Anne Wales* D.O., F.A.A.O., F.C.A. in meinen Erinnerungen, sehe ich dem Altwerden als Osteopath sehr gelassen entgegen (dabei bin ich ja noch recht jung). Nicht nur, dass sie auch in den letzten Jahren noch jeden Zuhörer mit ihrer geistigen Auffassung in Bann zog. Es ist so wohltuend einen Menschen zu sehen, den durch seine Aufrichtigkeit, Bescheidenheit und Hingabe im Leben, im hohen Alter eine scheinbar zeitlose Jugend, Schönheit und einzigartige Ausstrahlung umgibt.

Fred L. Mitchell jr. D.O., F.A.A.O., F.C.A. ist für mich ein wunderbares Beispiel für einen Lehrer, der gleichzeitig einfühlsam, klar, anschaulich, bescheiden und kompetent ist, so dass er selbst die scheinbar blödeste Frage mit der immer gleichen Anteilnahme und Aufmerksamkeit beantwortet.

Ich danke *Alan R. Becker* D.O., F.A.A.O., F.C.A., der mich als Schüler in seinem Herzen aufnahm und mir lehrte wie einfach es ist zu berühren.

Über den Kontakt zu *Renzo Molinari* D.O., M.R.O. bin ich besonders dankbar. Nicht nur über die großartige Unterstützung seinerseits, sondern weil ich mir keinen kompetenteren, engagierteren und einfühlsameren Präsidenten der European School of Osteopathy vorstellen könnte.

Ich danke *Jim Jealous* D.O. dafür, dass er mich dazu bringt, meine Wahrnehmungen und Sichtweisen immer aufs Neue zu hinterfragen.

Robert Fulford D.O., F.A.A.O., F.C.A. ist für mich ein großes Vorbild, dass es auch in der Osteopathie bedeutend ist, seinem Herzen, seiner inneren Stimme und Überzeugung zu folgen, selbst wenn man damit einmal Konflikte provozieren sollte.

Artho Wittemann ist mir Therapeut und Freund. Ich danke ihm besonders, mich dabei zu unterstützen in Berührung mit zahlreichen Facetten meiner Selbst zu kommen. Ich bin immer wieder selbst überrascht, welche Seelen in meiner Brust gleichzeitig oder abwechselnd agieren.

Wenn ich jemals der Ansicht war, Osteopathie hätte etwas mit Kraft zu tun, dann hat mich *Lawrence H. Jones* D.O., F.A.A.O. vom Gegenteil überzeugt. Es war für mich beeindruckend mit welcher Leichtigkeit und Anmut, ähnlich eines Tänzers, *Dr. Jones* – selbst im hohen Alter – mich berührte, bewegte und behandelte. Durch ihn und durch *John C. Glover* D.O. habe ich erstmals begriffen, dass Strain/Counterstrain nichts mit „Punkte-Auswendiglernen“ zu tun hat.

Guy Claude Burger bin ich sehr dankbar. Durch ihn habe ich erfahren und gelernt, dass die Ernährung einen so tiefen Einfluss auf meinen Körper, Geist und mein Gefühlsleben ausübt, wie ich nicht einmal im Traum gedacht hätte und dass der Körper am besten weiß, was er braucht.

Ich danke *Sat Hari* und *Robert*, die mich in der Jugend von allzu viel Verwirrtheit zum Yoga inspiriert haben. Es ist schön zu spüren, wie langsam das Vertrauen in die Selbstregulation zunimmt.

XX Danksagung

Und ich danke auch allen meinen Patienten, die mir die Möglichkeit geben zu lernen, zu reifen und Erlerntes weiterzugeben sowie allen anderen ungenannten Lehrern und Menschen, die die Entstehung des Buches und meinen Wachstumsprozess unterstützten und unterstützen.

Besonderen Dank an *Sandra Bierkemeyer* für ihre Mühe und kreativen Einfälle bei der Erstellung der Grafiken dieses Buches sowie an *Karsten D. Franke* für die Realisierung der Fotografien.

Vielen Dank an *Nathalie Trottier*, deren Diplomarbeit mich sehr unterstützte bei der Erstellung des Glossars. Sehr möchte ich *Dr. Walter Schöttl* (Autor des hervorragenden, sehr inspirierenden Buches: Die craniomandibuläre Regulation, Hüthig Verlag), *Dr. Carola Pfeiffer*, *Dr. Michael Jaehne*, *Rainer Quast*, *Dr. Stefan Schlickewei*, *Uwe Senger*, *Irene Özbay*, *Michael Kaufmann* und *Katja Hinz* danken für die große Unterstützung bei den Korrekturarbeiten.

Und ganz besonders möchte ich mich beim Hippokrates Verlag sowie bei Frau *D. Seiz* und *Frau Horbatsch* bedanken für ihre abermals unglaubliche Geduld, Unterstützung und Flexibilität bis ins späte Stadium der Verlagsarbeit.

Zitate

„... Jedermann nimmt an, das Bewusstsein sei die exklusive Provinz des Hirns. Welch ein Irrtum! Ich habe meinen Anteil, natürlich, aber kaum genug, um besondere Vorrechte zu beanspruchen. Das Knie hat Bewusstsein, und der Schenkel hat Bewusstsein. Bewusstsein steckt in der Leber, in der Zunge, im Schwanz, in dir, Daumen. Es fließt auch durch dich, und du agierst es aus. Ihr alle habt Anteil daran. Außerdem gibt es Bewusstsein in Schmetterlingen und Pflanzen und Winden und Wassern. Es gibt keine zentrale Kontrolle. Kontrolle ist überall. Wenn es also das Bewusstsein wäre, was uns fehlte ...“

Tom Robbins: Even Cowgirls get the Blues.

„Die Wahrheit ist das ICH BIN. Die Blume ist mein Körper. Das Lied des Vogels ist mein Körper. Ich schließe alles mit ein. In der Stille, wenn keine Vorstellungen, keine Gedanken da sind, ist Raum für Wissen. Die Gesamtheit des Ganzen wird sichtbar ... Still sein bedeutet einfach, außerhalb von Vorstellungen zu leben.“

Christine Lore Weber: Schrei in der Wüste. Das Erwachen der Byron Katie.

„Der Osteopath, der am meisten Erfolg hat, hat diesen weil er sein Wissen in der Natur sucht und ihren Lehren gehorcht. Dann erzielt er gute Ergebnisse.“

Andrew Taylor Still

Einleitung

Behandlungsmethodik:

Im Folgenden wird eine allgemeine Vorgehensweise bei den Ausführungen der im Buch befindlichen Techniken beschrieben (siehe auch Band I, 3. Auflage, S. 333 f.).

1. „Neutraler Zustand“ nach *Jim Jealous*

Vergleichbar mit einem Konzert, in dem die Töne der einzelnen Orchesterinstrumente zu einer Musik verschmelzen, vereinigen sich im „neutralen Zustand“ die reziproken Spannungen im Körper und die Aspekte des Körpers, der Seele und des Geistes zu einer homogenen Körper-Geist-Seele-Einheit. Die Ganzheit des Patienten ist in diesem Zustand besonders empfänglich und rezeptiv. Dadurch kann der so genannte „Atem des Lebens“ am effektivsten mit dem Patienten in Interaktion treten und es wird eine direkte Reaktion des Patienten auf die Kräfte der so genannten Gezeitenbewegungen (siehe Band I, 3. Auflage, S. 16) ermöglicht. Dieser Zustand schafft die Bedingungen, in denen die Heilung und Umwandlung dysfunktioneller Muster am leichtesten und ehesten möglich ist. Der Therapeut benötigt im „neutralen Zustand“ am wenigsten Kraft bei Ausführung einer Technik. Außerdem ist am deutlichsten wahrnehmbar, wie viel Kraft bei Ausführung einer Technik angewendet werden muss und wann das Ende einer Technik erreicht ist. Negative Folgen einer Behandlung werden minimiert und der Patient kann selbst deutlicher die Veränderungen in seinem Organismus wahrnehmen.

Vorgang: Der Osteopath legt seine Hände auf den Schädel oder eine andere Körperstelle. Mit sanfter Aufmerksamkeit agiert der Osteopath als passiver Beobachter. Er vermeidet jeder Art von Bewegungen und Dysfunktionsmustern zu folgen. Ab einem bestimmten Moment kommen die unterschiedlichen Bewegungsimpulse und Spannungen in den Geweben des Patienten zur Ruhe. Es wird ein Rhythmus von etwa 2,5-mal pro Minute wahrnehmbar. Die verschiedenen Körpergewebe, die Fluida und die Potenz werden als eine nicht differenzierbare, homogene Dichte wahrgenommen. Der „neutrale Zustand“ ist als eine Art „point of balance“ der im Organismus befindlichen reziproken Spannungen palpierbar, in dem eine Integration von Körper, Geist und Seele entsteht. Der Organismus wird als Einheit erfahren, die sich in ihrem momentanen bestmöglichen Gleichgewicht befindet.

Während der gesamten folgenden Behandlung hält der Therapeut Kontakt zu diesem „neutralen Zustand“.

In seltenen Fällen wird der neutrale Zustand nicht erreicht. Dies geschieht meist nach Bewusstseinsverlust oder extremer Gewaltanwendung, mit der Folge von extremer Dissoziation zwischen Körper, Geist und Seele. Nach *Jealous* ist in diesen Fällen ein sanfter EV-4 indiziert.
2. Resonanz:

Der Therapeut gleicht die Krafteinwirkung seiner Hände auf die Spannung und Schwingung der zu behandelnden Struktur an: Knochen, Faszie/Membran, Fluida (Viszera: Hirn/Rückenmark etc.), elektrodynamisches Feld. Der Therapeut unterscheidet in seiner Palpation, mit welchem Gewebe er in Kontakt steht. Entweder entscheidet sich der Therapeut bewusst mit einer dieser Ebenen in Kontakt zu treten oder er lässt sich zu der Ebene geleiten, die sich in Dysfunktion befindet.
3. Einstellung des „point of balanced membranous tension“ (PBMT)

Der PBMT ist die Position, in der die Spannung in der Duralmembran und zwischen den beteiligten Strukturen bestmöglich ausgeglichen ist. Das Erreichen des PBMT kann durch folgende Techniken unterstützt werden: die Übertreibungstechnik, die direkte Technik, die entgegengesetzte physiologi-

XXIV Einleitung

sche Bewegung, das Auseinanderziehen (Disengagement) der Gelenkfacetten oder das Modellieren (Molding).

Bei Bewegungseinschränkungen, die sich innerhalb des physiologischen Bewegungsausmaßes befinden, lässt sich der Therapeut zum PBMT geleiten. Bei Bewegungseinschränkungen jenseits des physiologischen Bewegungsausmaßes führt der Therapeut die beteiligten Strukturen zum PBMT.

Mit Voranschreiten der Praxiserfahrung wird der Therapeut jedoch in der Regel die Erfahrung machen, durch immer weniger Kraftanwendung die körpereigene Korrektur einleiten zu können. Diese entspricht der Vorgehensweise *Sutherlands* in seinen späteren Lehrjahren. *Sutherland* legt besonderen Wert darauf, dass es weniger die Direktiven des Therapeuten als die fluiden Fluktuationen des PRM sind, die die Strukturen zum PBMT führen. Die Funktion des Therapeuten besteht eher darin, sich durch die fluiden Fluktuationen zum „point of balanced tension“ (PBT) geleiten zu lassen.

„Nicht wir haben den ‚point of balance‘ der reziproken Spannungsmembranen zu finden, denn die Gezeitenbewegungen der zerebrospinalen Flüssigkeit wird dies für uns tun. Wir wirken eher als Auslöser der Bewegung und folgen ihr, wenn das Fulcrum sich verschiebt. Diese Membranen halten eine kontinuierliche reziproke Spannung aufrecht, welches Muster auch immer in den knöchernen Anteilen des kranialen Mechanismus besteht. Durch eine richtige manuelle Anwendung der Technik wird den Gezeitenbewegungen ermöglicht, den Mechanismus zu einem Gleichgewichtspunkt in dem spezifischen Muster zu bewegen. Ist dieser Gleichgewichtspunkt erreicht, hat die zerebrospinale Flüssigkeit ihr richtiges Fulcrum erreicht und es ist in diesem Augenblick, dass die Korrektur geschieht.“¹

4. Halten des PBMT Ist der membranöse „point of balance“ einmal erreicht, besteht die Aufgabe des Therapeuten darin, diesen Gleichgewichtspunkt so lange zu halten, bis sich die abnorme Spannung der Duralmembran korrigiert hat und die Gezeitenbewegungen der zerebrospinalen Flüssigkeit die betroffenen Strukturen zur Korrektur geführt haben. Die Strukturen werden dabei mit sanftest möglicher Berührung im PBMT gehalten, bis ihre Bewegung zum Stillstand gekommen ist.²
5. Fluidimpuls Der Therapeut kann zusätzlich einen Fluidimpuls möglichst von der diametral gegenüberliegenden Stelle der zu behandelnden Struktur ausüben (siehe V-Spreiz-Technik, Band I, S. 322 und 510 f.). Hat der Therapeut keinen Finger frei, kann dieser Fluidimpuls auch mit einem anderen Körperteil oder mit einer der beiden Handflächen ausgesendet werden. Oder der Patient kann durch Dorsalflexion seiner Füße oder durch seine Lungenatmung die Behandlung unterstützen.
6. „Point of balanced fluid tension“ (PBFT) Ist der PBMT eingestellt, können die rhythmischen Bewegungen des primär respiratorischen Mechanismus (PRM) arbeiten. Dabei wird in der Regel zunächst eine Art zunehmende Unruhe in den fluiden Bestandteilen palpierbar. Diese kommt zur Ruhe, wenn sich ein PBMT, ein so genanntes Fulcrum in den Fluida einstellt. In diesem Moment geschieht die Korrektur. Für den Behandler ist ein Aufweichen verhärteter Strukturen und ein Auflösen von Gewebewiderständen wahrnehmbar. Die Fluktuationen des Liquors haben sich verändert. Es ist eine Art neues Gleichgewicht im Gewebe wahrnehmbar.
7. Fluktuationen Schließlich entsteht wieder ein leichtes Zunehmen der Fluktuationen des Liquors. Der Therapeut kann wahrnehmen wie die Fluktuationen in diesem Moment von keinen Geweberestriktionen in ihrer rhythmischen Ausbrei-

tung behindert werden. Die Amplitude, Stärke und Symmetrie der Fluktuationen hat deutlich zugenommen.

8. Letzte Phase der Korrektur In der letzten Phase der Korrektur kann unter Umständen ein spontanes „Zur-Ruhe-Kommen“ der Fluktuationen wahrnehmbar werden, ähnlich wie bei einer CV-4-Technik. Dabei können andere langsamere Rhythmisierungen palpierbar werden.

! Wichtig: *Die Ausführung der dargestellten Techniken variieren von einem zum anderen Therapeuten und von Patient zu Patient sowie vom Zeitpunkt der Behandlung mehr oder weniger deutlich.*

Der Grund liegt sicherlich darin, dass sich die Art der Ausführung einer Technik erst im unmittelbaren Dialog mit dem Gewebe, den agierenden Kräften und dem Gesamtorganismus herauskristallisiert. Es ist das Gewebe, das uns sagt, was es braucht und was wir tun sollen. So kann zur Etablierung eines „point of balance“ einmal eine Übertreibung, ein anderes Mal eine direkte Technik, eine entgegengesetzte physiologische Bewegung, ein Disengagement, eine Kompression oder eine Kombination der genannten Behandlungsprinzipien nötig werden.

(Einige allgemeine Vorgehensweisen, z. B. dass Kleinkinder tendenziell eher mit direkten Techniken behandelt werden, finden Sie in Band 1.) Es gibt allerdings keine unumstößliche Regel. So üben z. B. einige namhafte Osteopathen weitaus mehr Kraft am Schädel aus, als es gewöhnlich vermittelt wird. Einige davon arbeiten fast ausschließlich indirekt, selbst bei Kleinkindern wie z. B. Jean Pierre Barral (und sie haben große Erfolge dabei). Deshalb: Geben Sie sich die Erlaubnis, selbst Erfahrungen zu sammeln, mit Demut und Einfühlungsvermögen vor der Einzigartigkeit des Organismus und dem Gewebe gegenüber, aber jenseits von dogmatischen Begrenzungen. Testen Sie verschiedene Arbeitsmodelle und wenden Sie sie entsprechend ihrer palpatorischen Erfahrung an.

Auch die spezifische Reaktion eines Gewebes auf traumatische Krafteinwirkungen gibt Hinweise auf die Art der benötigten therapeutischen Berührung.

- ▶ Jede Technik variiert außerdem, je nachdem, ob sie in teilweiser oder völliger dynamischer Synchronizität mit der primären Respiration angewendet wird und auf welche Frequenz der primären Respiration sich der Behandler synchronisiert. (Aufgrund der Gefahr sich vom unmittelbaren Erfahren zu entfernen, sollte eine zu dogmatische Klassifizierung von Frequenzen – sei sie auf biomechanischen oder metaphysischen Modellen basierend – gegenwärtig jedoch vermieden werden. Diese bedürfen weiterer experimenteller und klinischer Untersuchung).
Jede der folgenden Techniken kann dynamisch in Synchronizität mit der primären Respiration durchgeführt werden, sodass nur während der inspiratorischen oder nur während der expiratorischen Phase eine Bewegung sanft unterstützt wird, und zwar entweder als direkte oder als indirekte Technik.
- ▶ Ebenso werden je nachdem, ob Bewegungsgrenzen therapeutisch begegnet werden, oder ob sich der Therapeut völlig vom Wirken des Konzeptes des „Breath of Life“ lenken lässt, Ausführungen zur Behandlung von Dysfunktionen deutlich voneinander abweichen. Jede Struktur kann behandelt werden, ohne eine Bewegungsgrenze anzugehen. In diesen Fällen wird besonders

XXVI Einleitung

dem natürlich auftretenden Disengagement während jeder Inspirationsphase Aufmerksamkeit gewidmet.

Das Disengagement zwischen den beteiligten Strukturen kann entweder durch eine mehr oder weniger deutliche physische Unterstützung, durch ein empathisches und mentales Raumgeben oder durch reine Fokussierung der Aufmerksamkeit auf diesen Prozess begleitet werden.

Die Retraktion und „Zunahme von Nähe“ im Gewebe kann entsprechend entweder durch eine mehr oder weniger deutliche physische Unterstützung, durch ein empathisches und mentales Begegnen der Kräfte in dem Sich-näher-kommen oder durch reine Fokussierung der Aufmerksamkeit auf diesen Prozess begleitet werden.

- ▶ Eine weitere therapeutische Möglichkeit besteht darin, während einer Phase, meist der Inspirationsphase, zusätzlich den Ausdruck der in der Dysfunktion agierenden Kräfte zu unterstützen. Diese zeigen sich meist als chaotische aberrante Bewegungen und Spannungen. Der Expirationsphase wird in diesem Fall passiv gefolgt.
Diese Entwirrung und Lösung gebundener fixierter Energiemuster kann mit einer Integration und Bildung einer neuen Ordnung im Organismus einhergehen.
- ▶ In der Regel wird mit zunehmender Erfahrung des Therapeuten in der Behandlung immer deutlicher, dass die inhärenten regulierenden und korrigierenden Kräfte der primären Respiration in den Vordergrund treten. Eine Palpation, die in einen Zustand entspannter nicht invasiver Aufmerksamkeit und Mitgefühl ausgeführt wird und durch Synchronisation des Therapeuten mit den inhärenten homöodynamischen Kräften und Rhythmisizitäten, wird im Organismus das spontane Auftreten eines lokalen oder systemischen Stillpunktes, z. B. als CV-4, EV-4 oder CV-3, unterstützen. Die Fokussierung des Therapeuten auf die inhärenten homöodynamischen Prozesse und die Gesundheit im Patienten ist eine der wesentlichsten Grundlagen in der Therapie.
- ▶ Die Art der Technikausführung hängt allerdings nicht nur von der Wahrnehmung des Therapeuten für die primären Respirationrhythmen ab, sondern auch von der Bewusstheit des Therapeuten für sein eigenes körperlich-geistig-seelisches Erleben, für seine in ihm agierenden Kräfte und Welten sowie für die dynamische Wechselbeziehung zwischen Innen- und Außenwelt.

Alle im vorliegenden Praxisbuch dargestellten Techniken können und sollten im Prozess des Dialogs mit dem Gewebe adaptiert werden!

- Hinweise:**
- ▶ Benennung der Dysfunktion:
Die Dysfunktion aller Knochen wird immer nach der Richtung der größeren Beweglichkeit benannt. Bei einer Einschränkung der Beweglichkeit des Schläfenbeins in die Innenrotation und größerer Beweglichkeit in die Außenrotation würde man dies als Außenrotations-Dysfunktion bezeichnen.
 - ▶ Mit den Begriffen „In- und Expiration“ werden im Folgenden die rhythmischen Phasen des primär respiratorischen Mechanismus (PRM) bezeichnet. Hingegen bezeichnen die Begriffe „Ein- und Ausatmung“ die rhythmische Bewegung der Lungenatmung, meist mit zusätzlichem Hinweis, dass die Lungenatmung gemeint ist.
 - ▶ Falls nicht anders angegeben befindet sich der Patient in Rückenlage.
 - ▶ Die Ellenbogen liegen wann immer es möglich ist auf dem Behandlungstisch

als Fixpunkt. Beide Füße sind auf dem Boden aufgestellt, sodass diese zusammen mit den Sitzhöckern auf dem Behandlungsstuhl ein Fulcrum darstellen. Der Therapeut sitzt aufgerichtet und stützt sich weder physisch noch psychisch auf den Patienten.

Sollte es nötig sein im Stehen zu arbeiten, kann sich der Therapeut zusätzlich mit seinem Körper an der Behandlungsliege abstützen.

- ▶ Alle bilateralen Handkontakte sollten – wann immer möglich – über ein Fulcrum verbunden sein (in der Regel über den Kontakt der Daumen miteinander).
- ▶ Von *Robert Fulford* wurde in den letzten Jahren darauf hingewiesen, dass es für die Behandlung wichtig sein kann, dass der Behandler mit seiner rechten Hand die linke Körperhälfte des Patienten und mit seiner linken Hand die rechte Körperhälfte berührt. In der Beschreibung der Techniken wurde dieser energetische Polaritätsaspekt nicht berücksichtigt. Gegebenenfalls können die Techniken so geändert werden, dass der Therapeut stehend und zum Patienten gerichtet seinen Handkontakt ausführt.
- ▶ Im vorliegenden Buch wird die Bewegungsbeschreibung der Schädelknochen auf der Grundlage suturaler, duraler, muskulärer (und fluider) Strukturen als biomechanische Palpation bezeichnet. Bewegungsbeschreibung der Schädelknochen auch auf der Grundlage embryologischer Entwicklung wird hingegen biodynamische Palpation genannt (siehe auch S. 607). Allerdings ist die Beschreibung der Bewegungsimpulse nur eine grobe Annäherung an die Realität. Zudem stellt die oben genannte Erklärung eine reine Hypothese dar (siehe auch Band I, S. 238 f.). Der Behandler sollte sich vorrangig frei jeder Theorie machen und möglichst unvoreingenommen der Erfahrung seiner Palpation vertrauen.
- ▶ Die Gesichtsschädelknochen sind, im Gegensatz zum Hirnschädel, nicht über die Duralmembranen miteinander verbunden. Es kann sich also eigentlich kein PBMT – wie es im Hirnschädel der Fall ist – einstellen. Dennoch erwähnt *Sutherland* das Behandlungskonzept des PBT auch für die Gesichtsknochen. Als Erklärung dient nicht nur die palpatorische Erfahrung *Sutherlands*, sondern ebenso der Aufbau der Suturen mit Faserstrukturen im intrasuturalen Gelenk (siehe Band I, 3. Aufl., S. 137 f). Nach *K. E. Graham* D. O. wäre der Ausdruck „point of balanced fascial tension“ umfassender, da jede Struktur im Körper von Faszien umgeben ist. Auch intraossale Dysfunktionen werden entsprechend dem PBT-Konzept behandelt. Es kann ein PBMT eingestellt werden, da der Knochen sich in einem periostalen Sack befindet sowie ein PBFT, da der Knochen selbst zu etwa 70 % aus Fluida besteht oder ein „point of balanced electrodynamic tension“ (PBET).

Abkürzungen

AR = Außenrotation

IR = Innenrotation

PBT = „point of balanced tension“

PBMT = „point of balanced membranous tension“

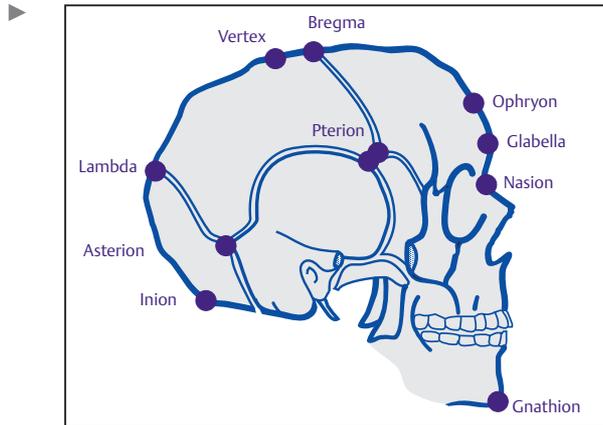
PBLT = „point of balanced ligamentous tension“

PBFT = „point of balanced fluid tension“

PBET = „point of balanced electrodynamic tension“

Im Folgenden wird der PBET nicht bei jeder Technik erwähnt. Hat der Osteopath diese Qualität der Palpation erworben, sollte er den PBET jedoch bei der Behandlung der Gewebe gegebenenfalls integrieren (siehe auch Band I und Glossar).

XXVIII Einleitung



Erkennungsmerkmale

Nasion: medianer Punkt der Sutura frontonasalis

Glabella: ebenes Feld zwischen den Augenbrauenbögen, am unteren Teil der Sutura metopica

Ophryon: oberhalb der Glabella

Bregma: Treffpunkt der Sutura sagittalis und der Sutura coronalis

Vertex: höchster Punkt des Schädels

Lambda: Treffpunkt der Sutura sagittalis und der Sutura lambdoidea

Inion: Protuberantia occipitalis externa

Pterion: Zusammenfügungspunkt des Os frontale, Os sphenoidale, Os temporale und des Os parietale

Asterion: Zusammenfügungspunkt des Os parietale, Os occipitale, Os temporale

Basion: Mitte des vorderen Randes des Foramen magnum

Opisthion: Mitte des hinteren Randes des Foramen magnum

Gnathion: unterster, in der Mitte gelegener Punkt an der Kinnspitze des Unterkiefers.



Quellenangaben:

1 Magoun, H. I.: Osteopathy in the cranial field. 1st ed. Journal Printing Company, Kirksville 1951, S. 172

2 ebenda, S. 73