

Dimensionen der osteopathischen Interaktion
Symposium: Subjektivität in der Osteopathie Berlin, 19.11.2009
Osteopathie Schule Deutschland
Torsten Liem

Die osteopathische Annäherung an den Patienten basiert auf der Funktions-Struktur-Wechselbeziehung, der Einheit des Organismus sowie den selbstregulativen Fähigkeiten des Organismus.

Manuelle Fertigkeiten und Qualitäten können zwar als Bedingung für osteopathische Behandlungen angesehen werden, nicht aber als hinreichender Grund für eine bedeutungsvolle Palpation.

Das Gewebe steht in Wechselbeziehung zur Funktion, die einerseits (objektive) physiologische/energetische Parameter wie auch (subjektive) Aspekte des inneren Erlebens des Patienten umfasst. Definitionen der somatischen Dysfunktion lassen diese subjektiven Aspekte vermissen.

In einer erweiterten Sichtweise somatischer Dysfunktionen könnte diese als Gewebe-Energie-Bewusstseinskomplexe beschrieben werden. Dysfunktionen sind nicht nur mit bestimmten geweibigen energetischen Mustern gekoppelt, sondern ebenso mit gewissen Erlebnisinhalten, konditionierten Wahrnehmungsmustern (auf uns und andere), bestimmtem emotionalem Erleben, Glaubenssätzen, spezifischen Bedürfnissen, etc. Werden zum Beispiel mögliche emotionale Wunden in einer somatischen Dysfunktion nicht erkannt und nicht im Lösungsprozess der Dysfunktion berücksichtigt, scheint eine gewisse Gefahr zu bestehen, das Behandlungspotenzial auf translative Kompensation zu beschränken.

Die Osteopathin/der Osteopath ist jedoch potenziell in der Lage auch mit diesen Aspekten der Dysfunktion in Beziehung zu treten. Um die sogenannte Ganzheit des Patienten zu behandeln, sollte die Behandlung des Gewebekorrelats jedoch auch Zugänge zum inneren Erleben des Patienten umfassen. Es wird hypothetisiert, dass je mehr sich der Therapeut die Fähigkeit erarbeitet, diese Zusammenhänge bewusst und wertfrei wahrzunehmen, desto mehr Resonanz kann zu diesen Aspekten im Patienten hergestellt werden.

Diese Bewusstseinsinhalte sind jedoch nicht statisch sondern dynamisch und in Entwicklung. Ein allgemeines Entwicklungsstufenmodell von präkonventionell, konventionell, postkonventionell gibt eine allgemeine Richtung der Entwicklung vor. Jedoch können sich unterschiedliche Entwicklungslinien relativ unabhängig von- und zueinander entwickeln (und unterscheiden sich auch die jeweilig bestehenden Stufen für unterschiedliche Linien). So kann in einer Entwicklungslinie (z.B. Kognition) eine sehr hohe Kompetenz bestehen, während eine andere (z.B. zwischenmenschliche Kompetenz) kaum entwickelt ist. Hier kann es für den Therapeuten interessant sein, zu verstehen, wo seine eigenen Stärken und Schwächen liegen und die seiner Patienten.

Konditionierte (größtenteils nicht bewusste) Sichtweisen und Einstellungen des Therapeuten beeinflussen und färben die Palpationswahrnehmungen und die Fähigkeiten in Resonanz zum inneren Erleben des Patienten zu treten. Schulung der bewussten Wahrnehmung und Reflektion des eigenen inneren Erlebens in Beziehung zur eigenen Körperlichkeit könnte ein authentisches Verständnis von Körper-Energie-

Bewusstseins-Interaktionen im Patienten unterstützen helfen. Eine strikte Trennung von Beruf und Privat ist nach diesem Paradigma nicht vorhanden. Hingegen ist die Voraussetzung für eine echte Synchronisation mit tieferen Seinsebenen im Anderen, das eigene authentische Gewahrsein dieser Ebenen, wobei jeder Lebensaspekt mit eingeschlossen ist (unsere Beziehung und Sichtweisen zu Körper, Lebenspartner, Kindern, Freunden, „Feinden“, Sex, Essen, Urlaub, Geld, Macht etc.).

Objektive, subjektive, intersubjektive und interobjektive Sichtweisen der Palpation werden diskutiert.

Subjektiv: Mehrere Zugänge sind möglich: So kann man sich z.B. der subjektiven Wahrnehmung phänomenologisch oder strukturell annähern:

-Innerlich (Phänomenologisch): Welche Gefühle, Assoziationen, etc. treten während der Palpation im Therapeuten auf?

-Innerlich (Strukturell): Welche Muster kann ich in meiner palpatorischen Vorgehensweise entdecken (wiederkehrende Gefühle, Assoziationen, etc.). Hier wird Inneres objektiviert. Der Osteopath kommt so während der Palpation zu Landkarten seiner eigenen Innerlichkeit. Er erfährt so vielleicht Zusammenhänge von bestimmten Gewebevorgängen mit inneren eigenen Assoziationen oder von bestimmten Wahrnehmungen von Gewebequalitäten und psychologischen Phänomenen.

- **Intersubjektiv:** In der intersubjektiven Dimension entstehen Sichtweisen im einzelnen Osteopathen als Teil der osteopathischen Berufsgruppe. Diese werden durch die kulturelle Entstehungsgeschichte der Osteopathie, den gemeinsamen methodischen Hintergrund, durch ähnliche osteopathische Curricula (ähnliche Diagnostik- und Behandlungsprinzipien) und durch ähnlichen osteopathisch-medizinischen kulturellen Hintergrund gebildet. Der Einfluss der eigenen „kulturellen Geschichte“ mit ihren bewussten und unbewussten Hintergründen wird oft unterschätzt, weil er nicht direkt „gesehen“ werden kann. Neben dem Eingebundensein in seinen beruflichen Kontext ist der Osteopath Teil vieler anderer beruflicher und privater Beziehungen, der Gegenwart und Vergangenheit, welche ihren jeweiligen Einfluss ausüben. Auch das „wir“ Gefühl zwischen Therapeut und Patient findet hier bewusste Betrachtung.

Wir können uns der innerlichen Sichtweise der Intersubjektivität annähern, wenn wir uns z.B. fragen: „Schau mal, das empfinde ich, wenn ich palpiere. Was empfindest Du?“ Strukturell könnten wir unsere Aufmerksamkeit auf immer wiederkehrende Muster in der Palpation bestimmter Arten der Gewebeelastizität richten und so zu Deutungslandkarten zu diesem Phänomen gelangen.

- **Objektiv:**

Diese umfasst den Zeitrahmen, innerhalb dessen die Behandlung stattfindet, wie auch die äußeren Gegebenheiten/objektiven Parameter während der Palpation, z.B. Spannung, inhärente Bewegungen/Rhythmen/Beweglichkeiten, Dichte, Elastizität, Amplitude, etc. Die objektive Komponente der Gewebeelastizität entspräche dem, was ein Messinstrument als Ergebnis liefern würde oder ein objektivierbarer ausgeübter Druck oder Zug des Osteopathen, der eine objektivierbare Gewebe- und Physiologieänderung hervorruft. Die äußeren Dinge der physischen Welt lassen sich mittels objektiver Untersuchungsmethodiken erfassen. Ihr Vorteil besteht darin, dass sie der Subjektivität Schranken setzen. Allerdings gilt der große „Siegesszug der Naturwissenschaften“ nur für Äußeres. Bei Innerem (Gefühlen, Glaubenssystemen, Werten, Ethik, usw.) spielen Subjektivität und Intersubjektivität eine entscheidende Rolle. Die Qualitäten einer berührenden Hand eines Osteopathen oder der Grund für die Tränen in den Augen eines Patienten während der Behandlung werden sich niemals ausschließlich einer objektiven Betrachtung erschließen.

- **interobjektiv:** Hier entstehen Sichtweisen im einzelnen Osteopathen und in seiner

Art der Palpation, die durch die soziale Entstehungsgeschichte der Osteopathie und die sozialen Systeme, in denen er lebt und aufgewachsen ist, generiert wurden. Diese soziale Prägung wird in ihrem Einfluss oft unterschätzt – so hat z.B. die Erfindung des Internet, wenn auch ursprünglich für einen anderen Zweck gedacht, nicht nur das Verhalten von unzähligen Menschen beeinflusst, sondern auch ihr Bewusstsein. Für diesen Bereich gilt die (Teil)wahrheit von Marx: „Das (materiell/systemische) Sein bestimmt das Bewusstsein“. Wesentlich für die osteopathische Praxis ist hier z.B. das Gesundheitssystem, mit seinen Strukturen, Gesetzen, Verordnungen usw.

(Auf ähnliche Weise, wie oben dargestellt können wir die Reaktionen des Patienten auf die therapeutische Interaktion betrachten.)

Selbstverständlich besteht keiner der oben dargestellten Sichtweisen isoliert. Alle anderen „Blickwinkel“ sind immer mit dabei, d.h. jedes Ereignis kann – mindestens – aus vielerlei Blickwinkeln aus betrachtet werden:

- Der Osteopath übt einen Druck aus. Dahinter steckt eine Intentionalität des Osteopathen. Diese Intentionalität hat viele Ich-Hintergründe (Rationales, Emotionales, Bewusstes, Unbewusstes, Verdrängtes usw.).
- Diese Intentionalität hat auch viele „Wir-Hintergründe“ (bewusst und unbewusst - aus den beruflichen und persönlichen Beziehungen des Osteopathen, aus der Kultur in der er lebt, aus der gegenwärtigen Wir-Beziehung mit dem Patienten usw.
- Gleichzeitig hat diese Situation auch äußerlich-kollektive Aspekte: der Behandlungsraum, seine Architektur, Einrichtungsgegenstände, Beleuchtungsverhältnisse, Infrastruktur, die Struktur des Gesundheitssystems, gesetzliche Regelungen (welche therapeutischen Interventionen sind erlaubt, welche nicht).
- Objektiv Messbares wie z.B. der Druck als Kraft.

Anhand dieser Darstellung stellt sich die Frage, wie sich eine Absolutisierung einer Sichtweise auf das Verständnis der therapeutischen Interaktion auswirkt?

- Zum Beispiel wenn in den „Kranialen“ nahe stehenden – Bereichen, unter dem Mantel der Ganzheitlichkeit, auch unreflektierte regressive Tendenzen in Erscheinung treten, zum Beispiel als verabsolutierende Subjektivität von Palpationswahrnehmungen des Therapeuten.
- Oder wenn idealistische Modelle so tun als wären sie quasi objektive Wissenschaft
- Oder wenn religiöse Konzepte in anatomische oder embryologische Termini gekleidet werden bzw. letztere missbraucht werden um popularistische spirituelle Konzepte zu vermitteln. Eine Indikation dieses Vorgehens könnte sein, wenn Therapeuten häufig Worte wie „Embryologie“ benutzen um ihre Ansätze zu beschreiben, aber kaum Kenntnisse embryologischer Prozesse zeigen.