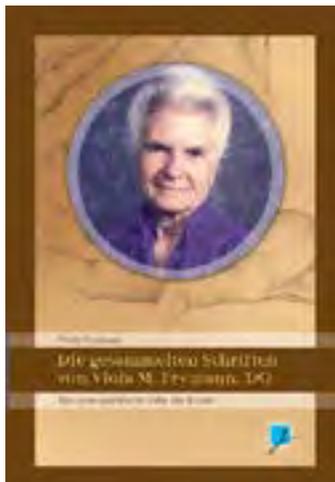




Frymann, Viola

Die gesammelten Schriften von Viola M. Frymann, DO



zum Bestellen hier klicken

by naturmed Fachbuchvertrieb

Aidenbachstr. 78, 81379 München

Tel.: + 49 89 7499-156, Fax: + 49 89 7499-157

Email: info@naturmed.de, Web: <http://www.naturmed.de>



Viola Frymann

Die gesammelten Schriften von Viola M. Frymann, DO

Das osteopathische Erbe für Kinder



Die gesammelten Schriften von Viola M. Frymann, DO

Das Erbe der Osteopathie für Kinder

Viola M. Frymann,
DO, FAAO, MB, BS (London)

Aus dem Amerikanischen von
Monika Reiter & Dr. Martin Pöttner

Titel der Originalausgabe:

The Collected Papers of Viola M. Frymann
Legacy of Osteopathy to Children

Viola M. Frymann, DO, FAAO, MB, BS (London)

Copyright © 1998 Viola M. Frymann

ISBN 0-940668-07-6 PB

© 2007, JOLANDOS
Am Gasteig 6, D-82396 Mhl
www.jolandos.de

Bestellungen

HEROLD Verlagsauslieferung GmbH,
Raiffeisenallee 10, D – 82041 berhaching
tel +49.(0)8808.924.588, fax +49.(0)8808.924.589,
order@jolandos.de

Herausgegeben und bearbeitet von

Christian Hartmann

Übersetzung

Monika Reiter & Dr. Martin Pöttner

Umschlaggestaltung

Anette Page

Lektorat

Dr. Martin Pöttner

Satz

Sandra Bator

Druck

Buchproduktion Ebertin,
Uhdingen / Bodensee, Germany

Jede Verwertung von Auszügen dieser deutschen Ausgabe ist ohne Zustimmung von JOLANDOS unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen und Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Medien.

ISBN 978-3-936679-69-4



INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort des Herausgebers	i
Vorwort des amerikanischen Herausgebers	v
Danksagungen	vii
Vorwort der Autorin	ix
Palpation und darüber hinaus	xiii

I. KLINISCHE FORSCHUNG

1. Der Zusammenhang von Störungen des Kraniosakralen Mechanismus mit der Symptomatik bei Neugeborenen: Eine Studie mit 1.250 Neugeborenen	3
2. Eine Studie über die rhythmischen Bewegungen des lebenden Schädels	25
3. Lernschwierigkeiten von Kindern aus dem Blickwinkel der Osteopathie	43
4. Die Überprüfung osteopathischer Konzepte in einem praxisnahen Setting	61
5. Auswirkungen der osteopathischen Betreuung in Bezug auf die neurologische Entwicklung von Kindern	63

II. ANWENDUNGEN DER OSTEOPATHISCHEN PRINZIPIEN IN DER KLINISCHEN PRAXIS

6. Palpation: Das Studium der Palpation während eines Workshops	85
7. Faziale Release-Techniken	107
8. Der osteopathische Ansatz bei kardialen und pulmonalen Beschwerden	125
9. Die Bedeutung der osteopathischen Läsion als Faktor für kardiale Pathologie	135
10. Die Rolle der osteopathischen Läsion bei funktionellen und organischen renalen Pathologien	141
11. Zerebrale Dysfunktion: Vorsorge und Behandlung im Hinblick auf das osteopathische Konzept	147
12. Der osteopathische Ansatz beim allergischen Patienten	157
13. Diagnose und Behandlung von Mittelohrentzündungen bei Kindern	167
14. Der einzigartige und signifikante Beitrag zur allgemeinmedizinischen Versorgung der U.S. Air Force durch osteopathische palpatorische Diagnostik und Betreuung	171

III. OSTEOPATHIE IN DER SCHÄDELSPHÄRE: STRUKTUR UND FUNKTION

15. Der Primäre Respiratorische Mechanismus	177
16. Die Bewegung der Zerebrospinalen Flüssigkeit	183
17. Seien Sie sich der Anatomie bewusst	189
18. Die Kernverbindung und die drei Diaphragmen	203
19. Wahrnehmende Palpation = Diagnose	215
20. Das expandierende osteopathische Konzept (1960)	219
21. Die Entwicklung des erweiterten osteopathischen Konzepts	239
22. Das erweiterte osteopathische Konzept: Erweiterung #1 zum kranialen Bereich	245
23. Dr. Sutherland reicht die Fackel weiter	255
24. Manipulative Behandlung einer Sinusinfektion	265
25. Die Kraniale Osteopathie und ihre Rolle bei Störungen des Articulatio temporomandibularis (TMJ)	271
26. Warum braucht der Kieferorthopäde die Osteopathie in der kranialen Region?	283
27. Lateral-Strain der Synchrondrosis sphenobasilaris (Symphyse)	285

IV. DAS VERSPRECHEN DER OSTEOPATHIE AN DIE KINDER

28. Das Warum, Wann und Wie der osteopathischen Behandlung von Neugeborenen und Kindern	291
29. Das Trauma der Geburt	297
30. Das Geburtstrauma: die häufigste Ursache für Entwicklungsverzögerungen.....	307
31. Lernstörungen in der Kindheit	309
32. Eine Entdeckungsreise zur Körperhaltung und zu den Körperfunktionen	317

V. FÜR FAMILIEN UND ELTERN

33. Interview mit Viola M. Frymann	325
34. Ein Blick in die Zukunft	333
35. Vorwort zur Osteopathie für Eltern	337
36. Osteopathie für Eltern	339
37. Was Sie zuhause tun können	349
38. Musiktherapie	359
39. Vorsorge	367

VI. VORTRÄGE AUF EINLADUNG VOR DER OSTEOPATHISCHEN PROFESSION

40. Das Gesetz von Verstand, Materie und Bewegung	373
41. Bewegung – Der Unterschied zwischen Leben und Tod	387
42. Besteht das Konzept den Test der Zeit?	397
43. Die Osteopathie bringt Frieden, Harmonie und Heilung	409

VII. OSTEOPATHISCHE MEDIZINPHILOSOPHIE

44. Osteopathie, Krankheit, Gesundheit	419
45. Was liegt in einem Namen beschlossen?	427
46. Die Philosophie der Osteopathie	435
47. Die Philosophie in Aktion	445
48. Die Verantwortung des Osteopathen für den Menschen	455
49. Einzigartige Aspekte der osteopathischen Gesundheitspflege	467

VIII. BEITRÄGE ZUR INTEGRATIVEN MEDIZIN UND ZU ANWENDUNGEN DER HEILUNGSPRINZIPIEN

50. Eine wissenschaftliche Studie über das Gebet und die Heilung durch den Heiligen Geist	473
51. Das fortschreitende osteopathische Konzept	483
52. Verstand, Materie, Bewegung	491
53. Bewegung	499
54. Die therapeutische Potency	505
55. Der ganze Patient braucht einen ganzen Osteopathen	513
56. Was ist der Mensch, dass Du seiner gedenkst? – Teil I	519
57. Was ist der Mensch, dass Du seiner gedenkst? – Teil II	523

IX. INTERNATIONALE OSTEOPATHIE

58. Die Osteopathie im kranialen Bereich debütiert auf der neuen Bühne der Sorbonne	531
59. Nur per Einladung	535

X. ALEXANDER TOBIN & RUTH KELLEY

Alexander Tobin (1921 - 1992)	551
Ruth Kelly (1902 - 1987)	553

VORBEMERKUNG DES HERAUSGEBERS

Wichtige Einführung

Die Autorin dieses Buches ist amerikanische Osteopathin. In den Vereinigten Staaten ist dieser Berufsstand (DO) den Ärzten (MD) rechtlich gleichgestellt und seine Vertreter sind berechtigt, alle ärztlichen Tätigkeiten inkl. der Chirurgie auszuführen. Berufspolitische Einflüsse haben im Lauf der letzten 100 Jahre allerdings dazu geführt, dass der ganzheitliche Behandlungsansatz und die Nutzung der Hände als wichtigstes medizinisches Instrument bei Diagnosestellung und Behandlung fast vollständig aus dem osteopathischen Praxisalltag in den Vereinigten Staaten verschwunden sind. Nur noch wenige Praktiker, zumeist Mitglieder der *American Academy of Osteopathy* (AAO), arbeiten im Praxisalltag überwiegend manuell mit ihren Patienten. Frau Dr. Frymann, eine unmittelbare Schülerin von William Garner Sutherland, DO (1873-1954), dem Entdecker der Kranialen bzw. Kraniosakralen Osteopathie, gehört zu ihnen. Diese kleine, aber sehr lebendige Gruppe trägt nicht nur maßgeblich zu der Erweiterung des osteopathischen Konzeptes in ihren ganzheitlichen Aspekten bei, sondern ist nicht zuletzt auch aufgrund des enormen Engagements von Frau Dr. Frymann seit Mitte der 1960er die wohl bedeutendste Kraft bei der weltweiten Verbreitung der Osteopathie, darunter auch in Europa. Hier gibt es allerdings weder einheitliche Ausbildungsrichtlinien oder gesetzliche Regelungen noch eine ärztliche Anerkennung der Osteopathie. Dafür nehmen der ganzheitliche Aspekt und insbesondere die therapeutische Bedeutung der Hände in der Praxis einen wesentlich größeren Raum ein.

Konsequenzen für die Übersetzung

Warum ist das wichtig für dieses Buch? Nun, bis vor 200 Jahren wurden nahezu alle medizinischen Fachbegriffe in lateinischer bzw. griechischer Terminologie verfasst. Der Einfluss der

angelsächsischen Medizin hat dieses sprachlich solide System inzwischen nachhaltig erschüttert. Diese Tatsache und eine sich aus der oben angesprochenen Heterogenität innerhalb der Osteopathie ergebende Gemengelage, die sich auch im Fehlen einer verbindlichen Terminologie ausdrückt, machen es einem Übersetzer unmöglich, eine für alle akzeptable Übersetzung zu erstellen. Jede Übersetzung folgt individuellen Richtlinien, die stets einen Balanceakt zwischen inhaltlichen, stilistischen und umgangssprachlichen Ansprüchen darstellt. Als Herausgeber für osteopathische Literatur muss ich meine Leser folglich mit einem für beide Seiten gelegentlich unbefriedigenden Kompromiss konfrontieren. Nicht nur um diesen Missstand zu beseitigen und damit eine Kommunikation innerhalb der Osteopathie zu stärken, sondern auch um der wissenschaftlichen Anerkennung in Deutschland willen, ist es daher erforderlich, eine verbindliche deutschsprachige Terminologie im Bereich der Osteopathie festzulegen. Hier die wichtigsten „Richtlinien“ in diesem Buch:

Osteopath, Arzt, Mediziner

Da Frau Dr. Frymann eine menschliche Eignung als zwingende Voraussetzung zum Erlernen und späteren Praktizieren der Osteopathie ansieht, wurde auf eine Trennung der Begriffe Osteopath und Osteopathischer Arzt/Mediziner bzw. Osteopathie und Osteopathische Medizin in der vorliegenden Übersetzung verzichtet. Diese Trennung stellt eine rein berufspolitische Problematik dar und spielt bei Fragen zu Inhalt und Anwendung der Osteopathie keine Rolle.

Der Begriff *Osteopath* bezeichnet in der vorliegenden Übersetzung einen Behandler, der entweder diese Berufsbezeichnung besitzt (was aber nicht unbedingt heißen muss, dass er oder sie auch im osteopathischen Sinn behandelt) – oder zu einer anderen Berufsgruppe gehört, die Osteopathie aber im ganzheitlichen Sinn ausübt. *Arzt* bezeichnet den Schulmediziner im klassi-

schen Sinn. Die Autorin verweist zudem immer wieder auf eine vorliegende oder wünschenswerte Gemeinsamkeit zwischen Osteopathen und Ärzten. Als gemeinsamer übergeordneter Begriff wurde hierzu *Mediziner* gewählt. In diesem Sinn sind auch die Begriffe *Osteopathie*, *ärztliche Tätigkeit* und *Medizin* zu interpretieren.

„DO“ und „Dr.“: Da amerikanische Osteopathen über die volle ärztliche Zulassung verfügen, ihre europäischen Kollegen jedoch nicht, wäre die alleinige Bezeichnung *DO* eines amerikanischen Osteopathen für einen deutschen Leser verwirrend, da es sich tatsächlich doch um einen voll approbierten Arzt handelt. Der Titel *Dr.* drückt den inhaltlichen Tätigkeitsbereich besser aus, auch wenn dies juristisch nicht korrekt ist. Diese Entscheidung und die ebenso streitbare Abwechslung zwischen *DO* und *Dr.* in Bezug auf amerikanische Osteopathen wurden bewusst gewählt, um keine berufspolitische Parteinahme zu vermitteln.

Eine Hommage an W. G. Sutherland: Die Bedeutung der Kranialen bzw. Kraniosakralen Osteopathie ist für die Osteopathie so fundamental, dass die wichtigsten Begriffe in diesem Zusammenhang immer groß geschrieben werden, also z. B. *Reziproke Spannungsmembran*, *Kraniale Osteopathie*, *Kraniosakraler Mechanismus*, *Kranialer Rhythmischer Impuls*, *Primärer Respiratorischer Impuls* etc.

OMT: Alle an osteopathischen Colleges in den Vereinigten Staaten vermittelten Techniken werden unter dem Sammelbegriff *Osteopathisch manipulative Techniken* (OMTs) gelehrt. Dies umfasst auch funktionelle und z. T. sogar kraniosakrale Techniken. Unglücklicherweise wird das Akronym *OTM* auch in der Bedeutung *Osteopathische Manipulative Therapie* verwendet, aber der Unterschied dürfte aus dem Textzusammenhang leicht zu erkennen sein.

Bewusstheit – Bewusstsein: Hier wurde die Entscheidung danach getroffen, ob es sich im Textzusammenhang um einen *aktiv-mentalen* Zustand im Sinn eines Bewusst-Machens (→ *Bewusstheit*),

um einen *passiv-mentalen* Zustand im reflexiven Sinn (→ *Bewusstsein*) oder um einen *passiv-physiologischen* Zustand im Sinne der Nicht-Bewusstlosigkeit (→ *Bewusstsein*) handelt.

Primäre & sekundäre Atmung: In Textstellen, in denen es um den Primären Atemmechanismus geht, werden die Begriffe *Respiration*, *Fluktuation*, *Inspiration* und *Expiration* verwendet, bei der Lungenatmung wurden *Atmung*, *Inhalation* / *Einatmen* und *Exhalation* / *Ausatmen* als Vorgaben gewählt.

Diaphragma: Im vorliegenden Buch werden drei verschiedene interagierende Diaphragmen behandelt. Der Deutlichkeit halber wurden diese konsequent in *kraniales Diaphragma*, *Zwerchfell* und *Diaphragma urogenitalis* unterschieden.

Mechanismus: Dieser häufig vorkommende Ausdruck bezieht sich immer auf bestimmte, abgeschlossene Systeme. Somit entspricht der *Kraniale Mechanismus* nicht dem *Kraniosakralen Mechanismus* oder gar dem *Körpermechanismus*. Vielmehr ist ersterer nur eine Unterfraktion des *Kraniosakralen Mechanismus*, der wiederum lediglich einen Teil des *Körpermechanismus* darstellt.

Fachterminologie: Es gibt zwar bestimmte Standardwerke für medizinische Termini, aber auch darin finden sich nicht alle Begriffe eindeutig wieder. Als klassisches Beispiel sei der Plural von *Os ilium* angeführt. Da *Ilium* ein Wort griechischen Ursprungs ist und es keine Vorgabe gibt, bleibt es jedem selbst überlassen die passende Endung zu wählen. Eine noch größere Freizügigkeit findet sich in der osteopathischen Fachterminologie, wie etwa bei dem Begriff „Strain-Pattern“ und es würde zu weit führen, hier alle Überlegungen zu den „Richtlinien“ des Projekts darzulegen. Kritische Diskussionen in diesem Zusammenhang sind zwar erwünscht, aber nur dann sinnvoll, wenn sie im Rahmen einer offiziellen Initiative mit dem Ziel eines verbindlichen Nachschlagewerks im Bereich der Osteopathie geführt werden.

Eine Anekdote für den Leser

Anstatt umständlicher Einführungen zur osteopathischen Philosophie von Frau Dr. Frymann, möchte ich Ihnen stellvertretend meine erste Begegnung mit ihr berichten. Sie behandelte gerade ein 9 Monate altes Baby vor einem Auditorium während eines Kurses an der DAAO in Isny. Ich kam kurz vor Ende des Behandlungstages, da sie mir wenige Wochen zuvor ohne eine einzige Gegenfrage die Übersetzungsrechte für das vorliegende Buch zugesichert hatte und ich mich dafür zumindest persönlich bedanken wollte. Sie hatte die kraniale Behandlung beendet, blickte entspannt in die Runde und fragte „Irgendwelche Fragen?“ Keine zwei Sekunden später hörte ich „Was haben Sie da gemacht?“ Frau Dr. Frymann blickte dem Fragenden freundlich in die Augen und sagte ganz unspektakulär: „Ich? Ich habe gar nichts gemacht, ich lasse es zu, dass die Dinge durch mich hindurch gemacht werden.“ Es folgte ratloses Schweigen und ich fühlte mich seltsam berührt. Gehört hatte ich das ja schon oft in anderer Form, aber hier saß diese alte Dame und lebte es klar und einfach vor. Mein eh' schon schwankendes medizinisches Weltbild kippte aufgrund der tieferen Bedeutung dessen, was da eben gesagt und v. a. gezeigt wurde. Warum?

„Ärzte und Osteopathen müssen sich ins Bewusstsein rufen, dass sie keine Heiler sind.“

(Viola Frymann)

Nachdem der Kurs beendet war und die meisten Teilnehmer gegangen waren, erzählte ihr der Behandler und die Mutter des Babys, was für Probleme das Kind gehabt hatte und wie viel besser es jetzt schon durch die Osteopathie geht. Frau Dr. Frymann hörte geduldig zu, während Sie liebevoll das Kind im Tragekorb betrachtete. Nach etwa fünf Minuten blickte sie dem Behandler und der Mutter abwechselnd in die Augen und sagte sanft: „Sprechen Sie niemals in Gegenwart eines Kindes über seine Probleme!“ Es war ihre sanfte, aber dennoch bestimmte Art und die Botschaft ihrer Aussage, die mich erneut zutiefst bewegte.

Meine Empfehlung: Lesen Sie das Buch mit offenem Geist und lassen Sie sich insbesondere von den Stellungnahmen berühren, die Sie normalerweise ablehnen oder sogar lächerlich finden mögen. Insbesondere die Abhandlungen über Spiritualität und ihre Bedeutung für die Behandlung sind beachtlich und erschließen Ihnen jene Potency der Osteopathie, die Sie möglicherweise schon lange in sich spüren, aber bisher noch nicht erreichen konnten.

Danksagung

Kurz nachdem Monika Reiter die Supervision des Projektes übernommen hatte, erlitt Sie einen sehr schweren Reitunfall. Für mich völlig unerwartet, bestand Sie aber noch im Krankenhaus darauf, weiterhin die Aufgabe wie versprochen zu erfüllen. Die Leistung, deren Zeuge ich in den Folgemonaten sein durfte, kann wohl nur ermessen, wer die Umstände miterlebt hat, unter denen sie übersetzt bzw. die angelieferten Rohübersetzungen von Christina Hesser, Katja Hinz, Yvonne Kertsch und Ariane Merzt nachgebessert hat. Danke, Monika. Das ist Dein Buch!

Ein besonderer Dank geht auch wieder einmal an Dr. Martin Pöttner, der einen Teil der Übersetzung und das unter den gegebenen Umständen keineswegs einfache Lektorat wie immer engagiert und zuverlässig erledigt hat. Als Produktionsleiterin hat Frau Sarah Spitzer sich inzwischen an meine oftmals lediglich improvisierten und keineswegs verlagsüblichen Eingebungen gewöhnt und hier gilt mein Dank ihrer stoischen Ruhe und Geduld. Zum Schluss möchte ich noch Frau Sandra Bator und Frau Anette Page danken, die mit dem Buchsatz bzw. Coverdesign für das schöne Erscheinungsbild dieses Buchs verantwortlich sind.

Viel Vergnügen beim Lesen!

Christian Hartmann
Pähl, 23. Februar 2007

VORWORT DES AMERIKANISCHEN HERAUSGEBERS

Dieses von der AAO in Auftrag gegebene Buch, repräsentiert einen Teil der Arbeit, die Viola Frymann, DO, FAAO, FCA, in ihrem Dienst an der Menschheit geleistet hat. In ihrem unmittelbaren Kontakt mit Patienten, Eltern, Schülern und Kollegen war Dr. Frymann auf eine tiefgreifende und aufschlussreiche Weise wegweisend, ermutigend, inspirierend und herausfordernd tätig. Die entsprechenden Auswirkungen können in den vorliegenden Schriften nur erahnt werden. Sie gehören zu den Resultaten einer wahrlich bemerkenswerten beruflichen Laufbahn in der Osteopathie, die sich nun schon über fünfzig Jahre erstreckt und noch immer andauert. In ihnen wird ihr Leben als Wissenschaftlerin, Lehrerin, ärztliche Heilungsunterstützerin, Philosophin, Mutter und Bewahrerin der Profession offenbart. Hier wird eine breite, aber doch reine Perspektive der Osteopathie dargestellt.

Dr. Frymann betrieb bedeutende klinische Forschungen, die in den Beiträgen des ersten Abschnitts vorgestellt werden. In praktisch jedem Buch, das seit den 1960ern über die Kraniale Osteopathie veröffentlicht wurde, werden diese Forschungen zitiert. Je mehr man die Arbeit von Dr. Frymann aus historischer Perspektive betrachtet, desto klarer wird auch, dass diese Forschungsarbeiten möglicherweise zu ihren Wichtigsten zählen. Das liegt an ihrer Bedeutung für das Publikum, klinisch arbeitende Osteopathen, die eine Bestätigung des Kranialen Konzepts brauchten. Bis zum Ende des 20ten Jahrhunderts waren die meisten Elemente des Kranialen Konzepts von Dr. Frymann selbst – und durch ihre Ermutigung anderer – wissenschaftlich bewiesen worden.

Jene unter uns, die das Privileg hatten, mit Dr. Frymann zusammen gearbeitet und unterrichtet zu haben, sind sich bewusst, dass die Arbeiten über die Anwendung der osteopathischen Prinzipien im klinischen Alltag und die Kraniale Osteopathie keine komplette Zusammenstellung ihrer Lehren darstellen. Viele der

vorliegenden Beiträge wurden noch nie zuvor veröffentlicht. Wir hätten uns mehr Schriften dieser Art, z. B. über einige ihrer Lieblingsthemen, wie „Atmung“ und die „Anatomie des Schädels“ von Dr. Frymann gewünscht. Dieses Buch enthält alles, was bis heute geschrieben wurde, und das Material ist eine hervorragende Ergänzung für *jeden* Osteopathiekurs.

Die große Leidenschaft im Leben von Dr. Frymann liegt in ihrer Arbeit mit Kindern und wurde zum Teil durch den Verlust ihres ersten Kindes und die spätere Erkenntnis, dass die Osteopathie und insbesondere die Kraniale Osteopathie diesen Verlust vielleicht hätte verhindern können, ausgelöst. Die Arbeit mit allen Kindern, aber insbesondere mit Kindern, die eine besondere Förderung benötigen, wie jene mit „Kinderlähmung“ und „Lernschwierigkeiten“, sind das Steckenpferd ihrer Arbeit im *Osteopathic Center for Children* in San Diego, USA. Die Beiträge „Das Erbe der Osteopathie für Kinder“ (und für Familien und Eltern) wurden eigentlich für ein Laienpublikum geschrieben, enthalten aber auch viele Informationen für den Experten, wie der Stoff wirkungsvoll und effektiv präsentiert werden kann. Man kann davon ausgehen, dass dieses Buch dazu dient, Eltern und Familien die Arbeit des *Osteopathic Center for Children* und von Dr. Frymann näher zu bringen.

Im Laufe ihres beruflichen Werdegangs erhielt Dr. Frymann zahlreiche Auszeichnungen und Ehrungen für ihren Verdienst um den Berufstand und ihre Patienten. Sie ist aktives Mitglied sowohl in der *American Academy of Osteopathy* als auch der *Cranial Academy* und war zeitweilig Präsidentin dieser Organisationen. Die Vorträge, zu denen man Sie einlud, waren ebenso eine Ehrung dieser Organisationen und dienten als Gelegenheit, wichtige Themen in Bezug auf den osteopathischen Beruf anzusprechen. Ihre Ausarbeitungen „Gesetz von Verstand, Materie, Bewegung“ und „Bewegung – der Unterschied zwischen Leben und Tod“ zu A. T. Still sind in

der Tat würdige, auf die heutige Zeit angepasste Weiterführungen der Gedanken des Gründers unserer Profession.

Der Abschnitt über die Philosophie der Osteopathie führt die in den Vorträgen angesprochenen Themen weiter. Einige der Schriften überschneiden sich in ihrer Thematik, die Punkte werden jedoch so subtil differenziert ausgearbeitet, um für sich alleine stehen zu können. Dr. Frymann wandte die Philosophie der Osteopathie in Zusammenhang mit der Gesamtaufgabe der Heilung, der medizinischen Praxis und der medizinischen Forschung an. Sie lebt das, wofür sie sich einsetzte. Im Sprachgebrauch der 1990er Jahre würde man sagen „sie ließ den Worten Taten folgen“.

Gleichermaßen verband Dr. Frymann ihre persönlichen religiösen und spirituellen Prinzipien mit der osteopathischen Philosophie, um die Anwendungsgebiete der sogenannten „alternativen“, „komplementären“, oder „integrativen Medizin“ zu betrachten. Immer wenn Dr. Frymann Sonntagmorgens da war, leitete sie im *Osteopathic Center for Children* eine Bibelstudien- und Gebetsgruppe. Da ich einem dieser Gebete beiwohnte, kann ich aus persönlicher Erfahrung sagen, dass dies unwahrscheinlich kraftvolle Erlebnisse waren. Dieser andächtige und spirituelle Ausdruck war in erster Linie an ihre Patienten und besonders die Kinder gerichtet. Als jemand, der viele von Dr. Frymanns erwachsenen Patienten behandelte, nachdem sie selbst anfangs nur noch Kinder zu betreuen, hörte ich Geschichten von wahrhaft wunderbaren Behandlungsergebnissen als Folge von Manipulation, bereichert durch das Gebet und die Anwendungen von Heilprinzipien, basierend auf Energiemedizin wie z. B. der Homöopathie. In diesem Zusammenhang muss Mary Helen Powers, die Dr. Frymann bei der Betreuung der Kinder unterstützt, und ihr Beitrag zur positiven Heilungsatmosphäre des *Osteopathic Center for Children* während der letzten 35 Jahre, erwähnt werden.

Dr. Frymanns internationale Arbeit begann im Jahre 1964. Weltweit hat sie Programme initiiert und mitgeholfen individuelle Behandler auszubilden. Der Abschnitt über die Internationale Osteopathie berichtet über einige der

Erfahrungen und Höhepunkte ihrer Reisen. Die Arbeit von Dr. Frymann hatte großen Einfluss auf die Entwicklung der Praxis der Osteopathie weltweit. Eine Leistung, die dazu führte, dass ihr internationales Ansehen möglicherweise noch größer ist, in den USA selbst.

Die Ehrungen von Alexander Tobin und Ruth Kelley schließen diese Sammlung ab und beschreiben zum Teil eine Episode in der Geschichte der Osteopathie, welche die Existenz des osteopathischen Berufes in Frage stellte. Dr. Frymann war führend daran beteiligt, die Infrastruktur der Osteopathie im Kalifornien der 1960er und 70er Jahre wieder zu etablieren.

Es bleibt zu hoffen, dass diese Sammlung von Beiträgen nicht nur eine Hommage an Dr. Frymanns glänzende Berufslaufbahn darstellt, sondern auch ein Wissen vertieft, das die Praxis der Osteopathie stärkt und so sicherstellt, dass die Träume ihres Gründers Wahrheit werden.

Hollis Heaton King, DO, PhD

DANKSAGUNGEN

Zunächst gebührt Dr. Frymann unser Dank, da sie sich mit der Durchführung dieses Projekts einverstanden erklärte. Bereits vor vielen Jahren begann Barbara Peterson damit, aber Dr. Frymann zögerte noch. Erst als man das Gefühl hatte, dass genug Material vorhanden war, gab Dr. Frymann ihr Einverständnis zur Fertigstellung dieser Sammlung.

Großer Dank gilt Stephen J. Noone, dem Präsident der *American Academy of Osteopathy* (AAO), dem Kuratorium und dem Publikationskomitee der Akademie für ihre Unterstützung in den Jahren der Vorbereitung dieser Sammlung. Besonderer Dank geht auch an Diana Finley, stellvertretende Präsidentin, die bei der Textverarbeitung ein wesentliches Bindeglied zwischen Herausgeber und Drucker darstellte.

Anerkennung verdient John David Heaton King für das Scannen der Originaldokumente. Dieses Projekt hätte ohne die entscheidende Unterstützung von Winona Crum, Fachassistentin des Herausgebers für Layout, Formatierung und Fotoreproduktion, nicht fertig gestellt werden können.

Im Folgenden sind alle Zeitschriften aufgelistet, die in diesem Buch erwähnt wurden, ebenso wie die Organisationen deren Material verwendet wurde.

Academy Therapy

American Academy of Osteopathy
(*AAO Yearbook*)

American Osteopathic Association
(*JAOA, The DO*)

The Cranial Letter

Danish Society of Manual Medicine

Dental Clinics of North American

The Journal of Energy Medicine

The Journal of Holistic Medicine

The Journal of OPSC

New Developments

Osteopathic Annals

Osteopathic Medical News

The Pacific Coast Homoeopathic Bulletin

Well Being

VORWORT DER AUTORIN

Ich kam nach Kalifornien, um Osteopathie zu studieren. Meine Familie hatte vollkommen darauf vertraut, seit ich vier Jahre alt war. Durch die Behandlung eines dynamischen Vertreters dieser Methoden, wurde die Gesundheit meines kranken Vaters und eines schwächlichen Kindes wiederhergestellt. Ich war mir daher über das Potenzial dieser Behandlungsmethode bewusst.

Allerdings befand sich der Beruf in Kalifornien, ohne mein Wissen, dass ich etwas davon wusste, bereits auf einem verborgenen zerstörerischen Pfad in die Vernichtung. Mir wurde bald klar, dass ich mich selbst auf die Suche begeben musste, um das zu finden, weswegen ich gekommen war. Das Resultat meiner ersten Studienarbeit war im Jahr 1948 erstellte Abhandlung für den Wettbewerb der *Academy of Applied Osteopathy* über die Rolle osteopathischer Läsionen bei Herzbeschwerden. Im folgenden Jahr wurde ich dazu aufgefordert, die Rolle osteopathischer Läsionen bei funktioneller bzw. organischer Nierenpathologie zu erforschen und die Bibliothek am College für Osteopathie war inzwischen zur Quelle meines Wissens geworden.

Es war der wiederholte Hinweis einer von Thomas Schooley, DO, erfolgreich behandelten Patientin, welcher mich dazu brachte mit großer Beklommenheit an einem Kurs über das umstrittene Thema der Kranialen Osteopathie in Denver teilzunehmen. William Garner Sutherland hielt den Einführungskurs über das Erbrechen bei Neugeborenen. Er beschrieb das Geburtstrauma, die daraus resultierende Verformung des Okziput und die dadurch ausgelöste Beeinträchtigung des Nervus vagus. Eine schnelle und einfache Technik, so behauptete er, würde das Problem umgehend lösen. Ich hatte kurz zuvor ein Baby mit unkontrollierbarem Erbrechen, trotz aller Maßnahmen, verloren und konnte kaum glauben, was ich gerade gehört hatte. Es war einfach zu logisch, zu simpel. Aber mein Baby hatte tatsächlich eine harte Geburt hinter sich gehabt und war mit

einem verformten Kopf geboren worden. Ich musste einfach herausfinden, ob diese Theorie der Wahrheit entsprach. Obwohl ich nur ein paar Wochen Erfahrung in Kranialer Osteopathie hatte, überzeugte ich das örtliche osteopathische Krankenhaus mir zu erlauben, Neugeborene zu untersuchen. Mit der Naivität eines Neulings war ich mit einer verheerenden Unzulänglichkeit der palpatorischen Fähigkeiten konfrontiert. Mit Hilfe der Schriften des bekannten Klavierprofessors Tobias Matthay und der Erkenntnis, dass die Fertigkeit Klaviertasten zu manipulieren, um wahre Musik zu erzeugen, viel mit der Technik der osteopathischen, palpatorischen Diagnose und Behandlung gemeinsam hat, wurde ein Workshop für Palpation entwickelt. Erst nach einer ausführlichen palpatorischen Ausbildung war ich in der Lage Rückschlüsse in Bezug auf Neugeborene zu formulieren.

Es war eine Zeit der Skepsis. Außer es könne im Forschungslabor nachgewiesen oder durch ein Diagramm gezeigt werden, dass sich die Schädelknochen bewegen, erklärten die Doktoren der Osteopathie mit Vehemenz, habe dieses Konzept keinerlei Gültigkeit. Ein weiterer Patient kam mir zu Hilfe. F. George Steele, ein Pionier in der frühen Computerentwicklung, nahm diese Herausforderung an und einige Jahre lang mühten wir uns Feierabend für Feierabend gemeinsam ab, bis es auf einmal am 30. Mai 1968 gelang, den Kraniosakralen Rhythmus mit einem Oszillografen aufzuzeichnen. Die große Freude und ein neuer Weg für grundlegende osteopathische Forschung waren eröffnet.

Der wunderbare ehemalige Schüler von William Garner Sutherland, Rollin Becker, DO, sagte immer zu mir: „Es sind unsere Patienten, die uns lehren“. Und schließlich war es wieder ein Patient, der mir eine Pionierin auf dem Gebiet der Lernschwierigkeiten bei Kindern, Amorita Treganza, OD, vorstellte. Tatsächlich wuchsen sie und ich auf diesem Gebiet zusam-

men und wir veröffentlichten einen gemeinsamen Artikel im Jahre 1973. Harold Magoun Sr., DO, FAAO, ein weiterer früherer Schüler von Dr. Sutherland und unermüdlicher Verfechter der Kranialen Osteopathie forderte mich mit der Frage heraus: „Was ist beim Schädel von Kindern mit Lernbehinderungen anders?“ Ich hatte keinerlei Antwort darauf, aber ich hatte Hunderte von Aufzeichnungen, aus denen man die Ätiologie von Lernstörungen herausfinden konnte.

„1976 bat mich Eugene Dyer, DDS, ein Professor der Zahnheilkunde an der *USC School of Dentistry*, telefonisch um ein 8-stündiges Seminar für Zahnärzte über temporomandibuläre Dysfunktion!“ Ich versuchte ihn davon zu überzeugen, dass alles, was ich darüber weiß, in einer Viertelstunde gesagt werden kann, aber er ließ sich nicht abwimmeln. Wieder einmal tauchte der notwendige Patient auf. Als ich mit einer Mutter zusammen saß, die mir die Krankengeschichte ihrer Tochter erzählte, faszinierten mich die abwegigen Bewegungen ihres Kiefers beim Sprechen. „Haben Sie ein Problem?“ fragte ich. In ihrer Antwort beschrieb sie ihre unerträglichen Schmerzen und Dysfunktion in beiden Kiefergelenken nach starkem Zusammenbeißen ihrer Zähne während einer schweren Geburt. Sie wurde meine Patientin und damit zugleich Lehrerin bei der Vorbereitung dieses Zahnseminars. Das Seminar öffnete die Tür zu den Zahnärzten. Sie begannen zu erkennen, dass sie Einfluss auf mehr als nur Zähne haben: dass Zähne Auswüchse von Knochen sind, die direkt oder indirekt mit allen Knochen des Kopfes artikulieren, welche wiederum mit dem gesamten Patienten in Beziehung stehen. Außerdem könnte die Kraniale Osteopathie Okklusionsstörungen tiefgreifend verbessern; Kieferorthopäden entdeckten, dass ihre Arbeit auf bedeutende Weise bereichert werden könnte, wenn sie die Möglichkeit hätten einen Osteopathen zu konsultieren und mit ihm zusammenzuarbeiten.

In Kalifornien eröffnete 1978 das *College of Osteopathic Medicine of the Pacific* seine Türen. Es war nicht meine Absicht, Mitglied der Fakultät irgendeines Colleges zu werden, aber im Januar 1979 forderte mich der Präsident Philip Pume-

rantz, PhD, auf, den Unterricht in den osteopathischen Prinzipien und der osteopathischen Praxis zu übernehmen, die ich schon so viele Jahre lang gefördert hatte. Nun folgten sieben Jahre, in denen ich pro Woche 800 km pendelte, nebenbei eine Praxis unterhielt und zugleich eine Abteilung für osteopathische Prinzipien und Praxis am College aufbaute. Ein Lehrplan wurde entwickelt, Handzettel zu dessen Unterstützung wurden gestaltet und bestimmte Themen in Bezug auf die Praxis angesprochen. Einer der ersten Studenten, der als Lehrassistent für den Undergraduate-Kurs an der OPP ausgewählt werden sollte, studierte mit einem Stipendium der US-Luftwaffe. Ihm wurde die einjährige Zurückstellung verweigert, die zur Erfüllung seiner Lehrassistenten nötig gewesen wäre. Ich suchte Rat bei Osteopathen innerhalb und außerhalb der US-Luftwaffe, um ein überzeugendes Dokument vorzubereiten, das erklären sollte, warum diese Extraausbildung in osteopathischen Prinzipien und osteopathischer Praxis einem Fliegerarzt zusätzliche Fähigkeiten von großem Wert für Luftwaffenpersonal im Allgemeinen und Flieger im Besonderen vermitteln würde. Dieses Dokument fand seinen Weg durch die Ränge der Stabsärzte der US-Luftwaffe bis zum Schreibtisch des *Surgeon General*, aber es war vergeblich... außer, dass ich dabei wichtiges klinisches Material erlernte.

Vorsorge ist ein wichtiger Aspekt der osteopathischen Praxis. Ein Artikel wurde formuliert, um den Gedanken- und Argumentationsprozess anzuregen und um wichtige Fragen aufzuwerfen und damit eine Philosophie der Praxis zu prägen.

Zum 21. Jahrestag der Gründung der *Osteopathic Physicians and Surgeons of California* wurde ich gebeten für ihre Gedenkschrift einen Artikel über die Profession zu verfassen. Ich verfasste eine Vision für die Zukunft und beschrieb ein Zentrum für die osteopathische Behandlung von Kindern, in dem aus Geburtstraumata resultierende Probleme erkannt und behoben werden würden, in dem Vorsorge an erster Stelle stünde und an dem es Kindern ermöglicht würde zu gesunden, glücklichen, leistungsfähigen Bürgern heranzuwachsen. Ein Großvater las diesen neu veröffentlichten Artikel, wäh-

rend ich seinen Enkel behandelte. „Ich möchte Ihnen einen Scheck geben“, sagte er „für dieses, wie heißt es?“ Es war nur eine Vision, aber abschließend hieß es im Artikel „Dies ist das Versprechen der Osteopathie an die Kinder“. Ohne es darauf angelegt zu haben, fand die Vision Anerkennung und die gemeinnützige Organisation „*Osteopathy's Promise to Children*“ wurde gegründet.

Die Studenten des COMP (*College of Osteopathic Medicine of the Pacific*) mussten klinische Rotationen durchlaufen. Unsere Praxis in LaJolla hatte seit 1962 ein besonderes Augenmerk auf die Probleme von Kindern gerichtet. Mit Hilfe der großzügigen Unterstützung der *Irene Anderson Foundation* wurden umfassende Umbaumaßnahmen durchgeführt und 1982 wurde das *Osteopathic Center for Children* als angeschlossenes Lehrinstitut des *College of Osteopathic Medicine* in Pomona gegründet.

Damit war ein weiteres Forschungsprojekt möglich geworden, nämlich die Erforschung der Ergebnisse osteopathischer Behandlungen bei Kindern mit neurologischen Entwicklungsstörungen. In Zusammenarbeit mit Peter Springall, PhD, einem Experten für neurologische Entwicklung, wurde ein Entwicklungsprofil dazu entwickelt und verwendet, um den Entwicklungsstand eines Kindes vor, während und nach dem osteopathischen Behandlungsprogramm zu evaluieren. Die bedeutenden Fortschritte als Folge einer solchen Behandlung waren nun in der Literatur erwiesen und dokumentiert.

Abschließend hoffe ich, die von mir auf der Suche nach Antworten erstellten schriftlichen Beiträge als für mich nötige Lernerfahrung erkannt werden und sie den Anforderungen der osteopathischen Leser genügen.

PALPATION UND DARÜBER HINAUS

Ein Interview von Barbara Peterson

Frage: *Sie sind Engländerin aus Nottingham. Wie wurde aus Ihnen eine Osteopathin in Kalifornien?*

Dr. Frymann: Mein Kontakt mit der Osteopathie begann als ich vier Jahre alt war aus dem einfachen Grund, dass ich ein schwächliches Kind war. Durch Zufall fanden wir einen Osteopathen, der die ganze Familie einschließlich des Hundes mit erstaunlichem Erfolg behandelte! Aber ursprünglich hatte ich nicht die geringste Absicht, die osteopathische Medizin zu meinem Beruf zu machen; ich wollte Balletttänzerin werden. Mein Leben und meine Ausbildung waren auf das disziplinierte Training für diese Karriere ausgerichtet. Am Tag vor meiner Abschlussprüfung, nach sechs Wochen intensivsten Trainings, stürzte ich und verletzte mir dabei meinen Knöchel so sehr, dass ich nicht mehr tanzen konnte. Es war ein Osteopath, der mich damals behandelte.

Nachdem ich mich von der bitteren Enttäuschung, nicht mehr tanzen zu können, erholt hatte, galt mein einziger Gedanke der Osteopathie. Aber es waren die Jahre der Wirtschaftskrise und mein Vater sah keine Möglichkeit für mich diesen Beruf zu ergreifen, also begann ich ein wissenschaftliches Studium. Dann kam der Krieg und die osteopathische Schule in England wurde geschlossen. Nun schlug mir mein Vater vor zunächst Medizin zu studieren, damit ich rechtlich in der Lage wäre alle Bedürfnisse meiner Patienten zu erfüllen, statt mit den Einschränkungen eines Osteopathen in England leben zu müssen.

Nach Abschluss meines Medizinstudiums und nach einer medizinischen/chirurgischen Facharztausbildung strebte ich eine Zusatzausbildung im Bereich der Geburtshilfe an. Gerade zu dieser Zeit kamen alle Männer aus dem Krieg zurück und die wichtigste Weiterbildung, die sie für die Allgemeinärztliche Praxis brauchten, war Geburtshilfe. Bei jedem Vorstellungsge-

spräch wurde ich gefragt: „Haben sie im Krieg gedient“? Nach 22 Absagen, fragte ich mich, ob dies vielleicht ein Zeichen sei, dass ich etwas anderes machen sollte.

Als ich im *British Medical Journal* blätterte, sah ich eine Anzeige des homöopathischen Krankenhauses und begann daraufhin dort ein praktisches Jahr. In dieser Zeit begann ich ernsthaft darüber nachzudenken, wie ich es schaffen könnte osteopathische Medizin zu studieren. Ein befreundeter Osteopath sagte zu mir: „Um eine angemessene Ausbildung zu bekommen, musst du in die Vereinigten Staaten gehen“. Nach einiger Zeit schrieb ich mich am *College of Osteopathic Physicians and Surgeons* in Los Angeles ein, ohne etwas über diese oder irgendeine der Schulen zu wissen.

Zur Vervollständigung meiner persönlichen Chronik: als ich meine Ausbildung abschließen und nach England zurückkehren sollte, traf ich meinen Mann und nach unserer Heirat lebte und praktizierte ich in LaJolla in Kalifornien.

Zu Beginn meines Studiums im College in Kalifornien anfang, war ich bitter enttäuscht. Sehen Sie, meine Erfahrungen in der Osteopathie waren mit Menschen gewesen, die Osteopathie praktizierten. Unser Osteopath zu Hause benützte seine Hände; es gab ja nichts, was er sonst hätte benützen können – und er behandelte alles. Aber während der ersten sechs Monate in Los Angeles sah ich keine einzige Behandlung im College. Es gab jedoch einen Osteopathen aus Honolulu, der die nötigen Stunden absolvierte, um seine kalifornische Lizenz zu bekommen. In der Zeit, die wir in der Klinik verbringen mussten, lehrte er mich osteopathische Manipulationstechniken.

Dann sah ich die Ausschreibung eines Wettbewerbs der *American Academy of Osteopathy* für die beste Abhandlung. Das erste Thema war, wie ich mich erinnere, die Auswirkungen osteopathischer Läsionen auf Herzerkrankungen.

Also begann ich die Bibliothek nach alter osteopathischer Literatur zu durchforsten. Ich schrieb mein Manuskript fertig und wurde dadurch mit Dr. Thomas L. Northup bekannt, der eine große Inspiration für mich werden sollte. Im folgenden Jahr schrieb ich eine weitere Arbeit für den Wettbewerb der Akademie, diesmal über Nierenerkrankungen.

Nach meinem Abschluss wurde ich zu einem Kurs in der Akademie eingeladen. Das war mein erster Kurs, den ich in traditioneller Osteopathie hatte; es war der Einführungskurs der *Academy of Applied Osteopathy*, der Vorgängerorganisation der *American Academy of Osteopathy*, welcher darauf ausgelegt war, die mechanischen Prinzipien der vertebrealen Gelenkbewegung zu unterrichten.

Frage: *Wie hat sich Ihr Interesse an der Palpation entwickelt – die Fähigkeit, die Sie in solch außerordentlichem Maße entwickelt haben?*

Dr. Frymann: Das war eine langsame Entwicklung. Es begann, glaube ich, mit einem Kurs in Kranialer Osteopathie, an dem ich 1952 in Denver teilnahm. Ich hatte mich nur dafür angemeldet, weil ich eine Patientin mit Nasen-Nebenhöhlen-Beschwerden betreute und ich es nicht mehr hören konnte, wenn sie sagte: „Ich wünschte, Sie könnten mich so behandeln wie Dr. Schooley, als ich in Phoenix war“.

Während dieses Kurses hielt Dr. Sutherland jeden Tag einen Vortrag. Im ersten davon sprach er über *das Erbrechen bei Neugeborenen* und wie es in vielen Fällen mit nur einer Behandlung behoben werden könne. Ich hatte erst im Jahr zuvor ein Baby mit dieser Symptomatik verloren; eine Autopsie ergab jedoch weder eine Pylorusstenose noch irgendeine andere anatomische Ursache für die Symptome. Doch während dieses Vortrags erinnerte ich mich, dass mein Baby einen etwas verformten Hinterkopf gehabt hatte.

Als ich wieder zu Hause war, konnte ich es kaum erwarten einige Neugeborene zu untersuchen, um herauszufinden, ob das, was Dr. Sutherland gesagt hatte, wirklich der Wahrheit entsprach. Nachdem ich mich ungefähr sechs Wochen lang bemüht hatte die kranialen Techniken zu

beherrschen, bekam ich die Erlaubnis ein paar Neugeborene im osteopathischen Krankenhaus in San Diego zu untersuchen. Zu meiner großen Bestürzung konnte ich gar nichts fühlen, als sie die Neugeborenen vor mich hinlegten: Ich dachte, ich hätte zu diesem Zeitpunkt bereits angemessene Fertigkeiten bei der Behandlung von Erwachsenen erworben, aber der Kopf eines Neugeborenen ist so viel kleiner. Obwohl das relative Bewegungsausmaß größer ist, ist das tatsächliche Bewegungsausmaß kleiner.

Aber Neugeborene sind erstaunlich kooperativ. Sobald die Läsion im Kopf eines Neugeborenen gelöst wird, entspannt es und sein Weinen und Schreien sind mit einem Mal vorbei. Auch wenn die Veränderung im Kranium vielleicht nicht fühlbar ist, ist das Ergebnis deutlich zu sehen.

Nach und nach bekam ich das Gefühl ein bisschen über die Köpfe von Neugeborenen Bescheid zu wissen. Aber das war eine sehr langsame Entwicklung. Wir gründeten eine Studiengruppe in Los Angeles für alle, die an den kranialen Kursen teilgenommen hatten. Es dauerte nicht lange, bis mir klar wurde, dass die meisten, die das kraniale Behandeln erlernen wollten, nur durch ihr Unvermögen zu palpieren daran gehindert wurden. Egal wie sehr man die Philosophie versteht oder über die Anatomie Bescheid weiß, wenn man nicht fühlen kann, was vor sich geht, ist man extrem eingeschränkt.

Also begann ich nach einem Weg zu suchen, die Palpation zu unterrichten. Jedoch konnte ich nirgendwo in der osteopathischen Literatur etwas darüber finden, *wie* man palpiert – nur darüber, *was* palpiert werden soll.

Eines Tages sprach ich zufällig darüber mit dem Musiklehrer meiner Tochter und er meinte: „Ich habe genau das richtige Buch für Sie. Es heißt *The Visible and Invisible in Piano Technique* von Tobias Matthay (Oxford University Press, 1932 und 1947)“. Dieses Buch erwies sich als Meisterwerk in der Kunst der Palpation, da Matthay genau lehrt, wie der Musiker die Tasten berühren soll, um eine bestimmte Reaktion zu erzielen. Er bespricht nicht nur, was an den Fingerspitzen passiert, sondern was im gesamten Arm vor sich geht. Er betont, dass man eine ganze

Reihe von Muskelbewegungen erlernen muss, die durch den Arm gehen, um eine bestimmte Resonanz in der Fingerspitze hervorzurufen.

Nachdem ich begann dies zu lernen und umzusetzen, merkte ich, dass man nicht nur etwas fühlen muss, sondern auch beobachten muss, *wie* man fühlt: „Was mache ich mit meiner Hand, meinem Ellbogen und meiner Schulter, wenn ich eine bestimmte Bewegung im Körper fühlen möchte“? Auf diese Weise beginnt man die Finger – ja den gesamten Mechanismus – zu trainieren, sich auf eine bestimmte Ebene im Körper des Patienten einzustimmen.

Frage: Also machen Sie in Wirklichkeit zwei Dinge: Gedanklich halten Sie die Befunde im Körper des Patienten fest und sind sich dabei dessen bewusst, was in Ihrem eigenen Körper vor sich geht.

Dr. Frymann: Ja. Wenn unerfahrene Schüler die Palpation erlernen, lernen Sie zunächst wie man Struktur palpiert. Man fühlt die Oberfläche der Haut, ihre Beschaffenheit, Temperatur, Feuchtigkeit usw. Dann lernt man, sich auf die Funktion in diesem Bereich einzustimmen. So kann es sein, dass man z. B. bei der Palpation des Thorax eine Rippe palpiert und dabei ein Gefühl für ihre Position, Richtung, Beschaffenheit usw. bekommt. Belässt man dann die Hand an derselben Stelle, merkt man auf einmal, dass man sich gar nicht bewusst war, wie die Rippe während der Untersuchung unentwegt in Bewegung war. Also achtet man auf die Bewegung und stellt fest, dass man die rein strukturelle Wahrnehmung verlässt.

Frage: Der Osteopath sollte also bei der Untersuchung von Bewegung und Struktur in dieser Reihenfolge vorgehen?

Dr. Frymann: Ja, weil er in seinem eigenen Kopf zwischen Beiden unterscheiden muss. Es geschieht zu oft, dass wir als Osteopathen dazu tendieren, bei unserer Diagnose und der Behandlung automatisch vorzugehen. Wir halten nicht ein und fragen uns: „Wie steht es um das Gewebe dieses Patienten? Was sagen mir diese Gewebe?“ Außerdem müssen wir dafür offen sein, das zu palpieren, was in diesem Moment

in diesem Patienten vorgeht – nicht was uns die Bücher vorschreiben. All dies bedeutet eine Steigerung der Wahrnehmung in den Fingern, während sie auf dem Körper liegen.

Frage: Sie haben einmal über ein besonderes „totes“ Gefühl im Bereich des Thorax bei einem Patienten, der einen Herzinfarkt erlitten hatte, berichtet. Könnte das als Illustration dafür dienen, welche Art der Veränderung in der Funktion man erwarten könnte?

Dr. Frymann: Ja, aber ich denke, wir könnten das sogar noch weiter verallgemeinern. Ein Beispiel, das ich hierbei nützlich finde ist der Schock. Stellen Sie sich vor, jemand sitzt in seinem Auto an einem Stoppschild und ein anderes Auto fährt mit hoher Geschwindigkeit von hinten auf. Bei dieser Person ist dann der offensichtlichste palpatorische Befund die seltsame Empfindung einer Abwesenheit der inhärenten physiologischen Bewegung. Das hat nichts mit Verstauchungen oder Knochenbrüchen, Schnittwunden oder Blutergüssen zu tun; vielmehr ist es ein Gefühl der Trägheit, als hätte plötzlich alles angehalten.

Frage: Würde dies sofort einsetzen? Wie lange würde es dauern?

Dr. Frymann: Sofort, ja. Es könnte über viele Monate lang andauern. Nach einem schweren Unfall kann man den Befund jahrelang wahrnehmen. Der gleiche Befund könnte auch bei einem emotionalen Schock auftreten, beispielsweise nach dem Tod einer, dem Patienten nahestehenden Person. Wie lange dies andauert, hängt davon ab, wie lange es dauert den emotionalen Schock zu überwinden. Ein Patient, der an der Trauer festhält, wird auch weiterhin körperliche Symptome haben.

Dies erklärt auch die Hartnäckigkeit diffuser Symptome nach einem Schleudertrauma. Von Anwälten wird es sarkastisch das „Schmerzensgeldsyndrom“ genannt, aber das ist ein unmenschliches Urteil. Diese Leute sind krank. Sie können ihre Krankheit nicht definieren; sie erscheint weder in Röntgenaufnahmen noch in Labortests, aber man spürt sie. Sobald der Kör-

per anfängt sich zu verändern, beginnt der Patient sich besser zu fühlen, egal ob der Fall vor Gericht geklärt ist oder nicht.

Frage: *Ist im Falle eines Myokardinfarktes das Gefühl von „Gewebe unter Schock“ lokalisiert oder betrifft es den ganzen Körper?*

Dr. Frymann: Meine Erfahrung erstreckt sich hauptsächlich auf Menschen, die den Infarkt vor Wochen oder Monaten erlitten hatten. Legt man hier seine Hände auf die Brustwand, entweder von vorne oder von hinten, ist es als wäre dort ein „toter“ Bereich. Die inhärente Bewegung des Körpers ist sonst überall zu spüren, nur hier nicht. Lässt man die Hände dort, bis die Energiereaktion stattfindet, fühlt man, wie wieder Bewegung in den Bereich zurückkehrt.

Frage: *Welche Beziehung haben die anderen Sinne wie das Sehen, das Riechen und das Schmecken zur Palpation?*

Dr. Frymann: Man sollte seine Augen für unerwartete Veränderungen bei dieser Person offen halten, z. B. bezogen auf Farbe, Form, Symmetrie, Hautveränderungen. Es gibt auch spezielle Gerüche bei gewissen Patienten, die diagnostisch sehr wertvoll sein können, wie z. B. bei einer diabetischen Ketose. Es ist sehr wichtig, darauf zu hören, was ihnen ein Patient sagt. Ich habe schon oft zu einem Patienten gesagt: „Was ist Ihrer Meinung nach die Ursache für dieses Problem?“ Worauf mir geantwortet wurde: „Also ich habe den Ärzten erzählt, was ich denke und sie haben gemeint, das hätte ganz und gar nichts damit zu tun.“ Gewöhnlich antwortete ich darauf, „Ich hätte gerne, dass Sie es mir erzählen, weil es wichtig sein könnte.“

Frage: *Ist das die Führung, die ihnen sagt, wie und wo Sie palpieren?*

Dr. Frymann: Möglicherweise. Aber es kann dabei helfen, das, was man fühlt, zu interpretieren. Ich hatte z. B. einen Patienten, der wegen starker Kopfschmerzen zu mir kam, unter denen er seit dem letzten Krieg gelitten hatte. Seine Anamnese ergab, dass die Kopfschmerzen

ganz plötzlich begonnen hatten – dass er einmal mit Kopfschmerzen aufgewacht war und seitdem praktisch ständig darunter gelitten hatte. Ich fragte ihn nach seiner Meinung und er berichtete: „Also die Schulmediziner sagen ja, dass das nichts damit zu tun habe, aber ich stand mit meinem Jeep an einer Kreuzung, als ein Auto mit hoher Geschwindigkeit in meine Seite fuhr.“ In jedem Teil seines Körpers war ein lateraler Strain spürbar und es gab eine einfache Erklärung dafür. Da die Ärzte, bei denen er vorher war, nicht darin geschult waren diese Kraft wahrzunehmen, konnten sie den Unfall nicht damit in Verbindung bringen.

Frage: *Sie haben gerade den Begriff „Kraft“ verwendet, statt „struktureller Befund.“ Würden Sie auch hier von Funktion sprechen statt von Struktur?*

Dr. Frymann: Nein. Das ist eine andere Art der Palpation. Es gibt viele verschiedene Dinge, die man im Körper palpieren kann. Eine davon, die vielleicht einen weiteren Schritt beim Erlernen der Palpation darstellt, ist eine Kraft, die auf den Körper gewirkt hat. Legt man seine Hände irgendwo auf den Körper und belässt sie dort, bis man sich voll auf das, was vor sich geht, eingestimmt hat, beginnt man plötzlich diese Kraft direkt aus dem Körper zu fühlen. Es ist, als würde der Körper in die Richtung der verletzenden Kraft zu einem Punkt jenseits und außerhalb des Patienten getragen. Man folgt ihr bis zu ihrer äußersten Grenze und die Kraft kehrt langsam in den Körper des Patienten zurück; dann verschwindet das Gefühl, das oft von Patienten als „zerstreut“ oder „durcheinander“ beschrieben wird.

Frage: *Es verschwindet...?*

Dr. Frymann: Sobald diese Kraft gelöst wurde.

Frage: *Haben Sie in der Zwischenzeit irgendetwas anderes getan, als Ihre Hände in der Position zu halten?*

Dr. Frymann: Ja, aber nichts, das von Außen sichtbar oder objektivierbar wäre. Aber Sie

befreien gewissermaßen diese Energie, die in diesem Organismus eingeschlossen war. Um das zu finden, muss man nur offen bleiben. Vor ein paar Jahren unterrichtete ich einen Kurs für eine Gruppe von Schülern, die ihr zweites Jahr begannen. Am ersten Morgen bat ich sie, sich gegenseitig zu palpieren und die Ergebnisse zu berichten, damit ich beurteilen konnte, was sie seit dem letzten Jahr gelernt hatten.

Einer der Schüler sagte: „Ich verstehe das nicht, aber dieser ganze Kopf fühlt sich so an, als würde er sich in einer rechten Diagonale bewegen und ich habe so etwas noch nie gespürt.“ Ich erwiderte daraufhin: „Vielleicht hat er dir nicht erzählt, dass er gestern auf dem Nachhauseweg einen Autounfall hatte.“ Wir hatten noch nie über diese Kräfte gesprochen, aber dieser Schüler war bewusst und objektiv genug um zu berichten, was er fühlte, obwohl er es nicht verstand.

Frage: *Ist das etwas, das jeder Behandler lernen kann oder ist es eine besondere Sensitivität, die nur manche haben?*

Dr. Frymann: Ich denke, dass das Erlernen der Palpation für manche leichter ist als für andere, genauso wie es manchen leichter fällt Klavierspielen zu lernen. Aber jeder kann eine ganze Menge lernen und die Meisten können sehr viel lernen, wenn sie sich wirklich bemühen.

Frage: *Die Wahrnehmung einer Kraft oder Richtung – würde nicht bei jedem Patienten etwas dieser Art auftreten? Nicht jeder hatte einen Autounfall aber fast jedem von uns ist schon einmal etwas ziemlich Schlimmes passiert.*

Dr. Frymann: Wenn es eine beträchtliche Kraft war, wird es sich zeigen. Es löst sich nach und nach mit der Zeit auf. Wenn Sie sich beispielsweise aufrichten und sich kräftig oben am Kopf an einer Schranktür anstoßen würden und Sie innerhalb von einer oder zwei Wochen zu mir kämen, könnte ich wahrscheinlich diese Kraft, die von oben durch ihren Kopf geht, wahrnehmen. Kämen Sie erst nach einem Jahr zu mir, würde ich die Auswirkungen des Unfalls strukturell fühlen, aber ich würde wahrscheinlich die

Kraft nicht in gleichem Maße spüren. Aber in vielen Fällen hält sie eine lange Zeit an, sogar von der Kindheit bis hin zum Erwachsenenalter. Das Lösen der Krafrichtung bedeutet natürlich nicht, dass alle strukturellen Probleme korrigiert wurden.

Frage: *Wenden Sie jemals konventionelle Thrust-Techniken oder andere aktive Korrekturen an, wie sie normalerweise mit Manipulation in Verbindung gebracht werden?*

Dr. Frymann: Gelegentlich. Es gab ein paar Situationen, in denen diese Techniken die einzigen waren, die ich anwenden konnte. Aber normalerweise wende ich eine Behandlung an, die man als Anwendung von Dr. Sutherlands kranialem Konzept auf den gesamten Körper bezeichnen könnte.

Frage: *Muss das weiter erklärt werden?*

Dr. Frymann: Ja, weil das Wesentliche dabei ist, zu erkennen, dass die Korrektur durch die inhärenten Kräfte innerhalb des Körpers vorgenommen wird: befreie sie und lasse sie arbeiten.

Die einfachste Entsprechung ist eine Telefonschnur, die sich verwickelt hat: Man kann entweder bewusst jede einzelne Verwicklung lösen; oder man kann sie an einem Ende halten und den Hörer fallen lassen, sodass sie sich durch die geringe Spannung, durch das Gewicht des Hörers von selbst entwirrt, erst in die eine Richtung, dann in die andere, bis alle Verwicklungen gelöst sind. Es gibt ein Gleichgewicht innerhalb des Mechanismus. Der Körper verfährt nach dem gleichen Prinzip. Gelingt es uns einen Bereich des Körpers bis zum Punkt der ausbalancierten Spannung zu bringen und ihm anschließend zu erlauben, sich selbst zu entwirren, wird er einen Punkt erreichen an dem der Prozess beendet ist.

Dieser Vorgang wirkt sich auf jeden Teil des Körpers aus, da der primäre Mechanismus auf der Ebene der Faszie zu liegen scheint, die jede Zelle des Körpers umgibt. Dies ist der Mechanismus, der es dem menschlichen Körper ermöglicht als eine Einheit zu funktionieren, jeder Teil im Zusammenspiel mit jedem anderen.

Frage: Als wäre alles das noch nicht verblüffend genug, muss ich Sie nach etwas fragen, das noch unglaublicher ist: die Möglichkeit einen Körper zu palpieren ohne ihn zu berühren. Ich habe Sie darüber sprechen hören.

Dr. Frymann: Ja. Viele der früheren Osteopathen bewegten teilweise zu Erstellung ihrer Diagnose ihre Hände etwa 1 ¼ cm über dem Körper entlang der Wirbelsäule. Sie waren so in der Lage einen Läsionsbereich wahrzunehmen. Sie beschrieben das, was sie palpieren als eine Temperaturveränderung und m. E. entspricht das wahrscheinlich der Wahrheit. Über einer akuten Läsion würde sich ein warmer Bereich und über einer alten Läsion ein kalter Bereich befinden.

Man kann auch Energiefelder palpieren. Dazu muss man nicht unbedingt vom Körper entfernt sein. Aber es ist ein interessantes Experiment – für das ich noch keine praktische Anwendung gefunden habe – auf eine Person zuzugehen, die Hände auf beiden Seiten vielleicht 45 cm von der Körperoberfläche entfernt zu halten und dann langsam nach innen zu führen. Man erreicht dabei einen Punkt, an dem man etwas hautähnliches, wie eine Wasseroberfläche, spürt. Sie ist vielleicht nicht ganz so stark; aber Sie kennen das Gefühl, wenn man seine Handfläche auf die Wasseroberfläche legt und es sich fast so anfühlt als berühre man eine Haut? Was man um den Körper herum fühlt, ist wie eine sehr gedämpfte Haut.

Frage: Besteht zu einer bestimmten Zeit um eine Person herum ein einheitliches Feld oder gibt es dabei Unterschiede, abhängig von beispielsweise Störungsbereichen?

Dr. Frymann: Diese Erkenntnis beschränkt sich nicht auf den menschlichen Körper. Der erste, der das beschrieb, war ein Mann namens Baxter, ein Berater für das FBI in Sachen Lügendetektoren. Er wies darauf hin, dass man dieses Energiefeld wahrnimmt, wenn man seine Hände um eine Blume hält. Man kann es auch um ein Tier herum fühlen. Baxter wies auch ein weiteres erstaunliches Phänomen nach, nämlich, dass bei einer Pflanze, einer Geranie zum Beispiel, eine

Aufzeichnung starker Angst im Lügendetektor auftritt, wenn ein Mann in bedrohlicher Weise z. B. mit einem brennenden Streichholz auf sie zukommt. Dies führt uns zur nächsten Erörterung von Energie, zum emotionalen Körper. Er ist getrennt und doch vollständig eingebunden. Er ist das Kleidungsstück, das man trägt, sobald der physische Körper verschlissen wurde. Er ist so individuell wie unser physischer Körper, aber viel veränderbarer. Er ist der lebendige Ausdruck von allem, was man denkt und fühlt.

Dies wird das ätherische Feld genannt und ist am engsten mit der physischen Struktur verbunden; es reicht ca. 3 - 5 Zentimeter über die Oberfläche des Körpers hinaus und ist wahrscheinlich das, worüber wir im Zusammenhang mit „Hände knapp über der Körperoberfläche bewegen“ sprechen.

Eine Dysfunktion zeigt sich vorrangig im ätherischen Körper. Jene Symptome, die von Patienten mit „Unwohlsein“ beschrieben werden, aber ohne spezifischen Schmerz oder Dysfunktion auftreten, haben ihren Ursprung in diesem ätherischen Körper, als würde die Batterie ausgehen. Die Palpation dieser verringerten inhärenten Bewegung liefert den Beweis, dass bei diesem Patienten nicht alles in Ordnung ist.

Frage: Würden Sie dieses ätherische Feld als physische Energie beschreiben?

Dr. Frymann: Sie ist insofern physisch, als dass es sich um gedämpfte physische Energie handelt; sie entspricht der Elektrizität, welche die Glühbirne zum Leuchten bringt. Man würde nicht sagen, dass die Elektrizität nicht physisch ist; jedoch gehört sie nicht zur gleichen Dimension, wie die Struktur der elektrischen Glühbirne. Das ätherische Feld verkörpert die Energie, die bewirkt dass jede Körperzelle funktioniert. Sie ist wahrscheinlich am besten als elektromagnetisch zu beschreiben.

Frage: Ich frage mich, ob es hier einen Zusammenhang mit der Kirlian-Fotografie gibt, die so zu funktionieren scheint, dass reaktive elektrische Phänomene zwischen dem hautnahen Bereich und von außen zugeführtem Strom fotografiert werden. (Vor

20 Jahren galt dies als wahr, aber heute ist die Gültigkeit der Kirlian-Fotografie weniger akzeptiert.)

Dr. Frymann: Ich bin mir sicher, dass es sich so verhält. Aber es gibt noch etwas Alltäglicheres. Durch das Elektronenmikroskop können heute solch winzige Partikel sichtbar gemacht werden, so dass die Grenze zwischen dem, was wir physische Substanz nennen, und dem, was wir als Energie wahrzunehmen beginnen, schwer zu definieren ist. Und natürlich ist das Medium für die Visualisierung seinerseits Energie.

Jede Zelle hat ihren zentralen Energiepunkt; es geht tatsächlich um ein energetisches Gegenstück des physischen Körpers, bis ins kleinste Detail.

Frage: *Kann man trainieren, dieses Feld zu „sehen“?*

Dr. Frymann: Möglich ist alles. Ich denke, dass das eines Tages alltäglicher sein wird.

Frage: *Ich glaube Sie sprechen außerdem von einer Ebene des „Verstandes“, die in Verbindung mit jedem Menschen wahrgenommen werden kann.*

Dr. Frymann: Der Verstand ist jenes Instrument, durch das der Geist auf die physische Welt konzentriert wird, wodurch Inspiration und Intuition praktisch umgesetzt werden können.

Sie verwenden den Begriff „Ebene“. Das sind keine Ebenen. Sie durchdringen sich gegenseitig so vollständig, dass man eine nicht beeinflussen kann, ohne alle anderen zu beeinflussen. Es ist vergleichbar mit einem von Wasser durchdrungenem Schwamm, in dem freier Sauerstoff sprudelt. Dies ist ein wesentlicher Punkt für den Osteopathen, weil wir dadurch keinen Sinn darin sehen, dass ein Arzt den Körper des Patienten behandelt, ein anderer seine emotionalen Probleme, wieder ein anderer seine psychischen Probleme und ein Priester sich um seine spirituellen Probleme kümmert.

Keiner dieser individuellen Aspekte – Körper, Energie, Emotion oder Verstand – machen einen Menschen wirklich aus, jedenfalls nicht mehr als die Kleider, die er trägt. Er ist viel-

mehr ein ewiger Geist und diese Aspekte sind wie Kleidungsstücke, die er sich anzieht, um in einem bestimmten Bereich zu funktionieren.

Frage: *Nun begeben Sie sich vom Bereich der Sinne auf eine Ebene, die näher am Glauben liegt, nicht wahr?*

Dr. Frymann: Wir begannen mit einem Gespräch über Palpation und haben uns tatsächlich weniger als es erscheint mag von der Palpation entfernt. Aber nun sprechen wir über eine Palpation, die sich nicht unserer Finger bedient. Nehmen wir an, Sie haben einen Patienten, der keine Fragen beantworten will; es gibt solche Leute, die es einem übel nehmen, wenn man alles über sie wissen will, obwohl sie gekommen sind, um sich helfen zu lassen. Gelingt es, mit diesen Patienten über einen anderen Weg als ihren bewussten Verstand zu kommunizieren, beginnen sie zu reagieren.

Ich habe das schon oft erlebt. Ich bin dabei einen Patienten zu behandeln und habe meine Hand irgendwo an seinem Körper, da sage ich innerlich: „Du musst mir zeigen, was du wirklich brauchst“. Bald beginnt der Patient daraufhin über einen wichtigen und oft unvermuteten Faktor seines Problems zu sprechen. Später fragt er sich dann sogar vielleicht, warum er darüber gesprochen hat.

Frage: *Ist das so etwas, wie wenn jemand ein guter Zuhörer ist?*

Dr. Frymann: Ja, weil es wirklich auf Einfühlungsvermögen und Mitgefühl ankommt, wenn es darum geht einen Menschen zum Reden zu bewegen. Sobald wir wissen, dass uns jemand verständnisvoll zuhört, sprechen wir über unsere tiefsten Bedürfnisse.

Frage: *Wir versuchen also einige der Dinge zu analysieren, die zumindest sensible Menschen schon aus Erfahrung kennen?*

Dr. Frymann: Ja, obwohl sie sich dessen vielleicht nicht bewusst sind. Es gibt da ein Sprichwort: „Was du bist, spricht so laut und deutlich, dass ich nicht hören kann, was du sagst.“ Das ist

eine tiefe Wahrheit. Bald werden die Menschen soweit sein, dass sie sensibel genug sind, um uns alle, unabhängig davon was wir sagen, als das zu erkennen, was wir sind.

Frage: *Bedeutet das, dass wir ein persönliches oder mechanisches Feingefühl entwickeln werden, welches uns jetzt noch nicht bekannt ist?*

Dr. Frymann: Eine persönliche Bewusstheit, ja. Sogar innerhalb der letzten fünf Jahre sind das Interesse und die Bereitschaft in diese Richtung zu denken, gewaltig gewachsen.

Es ist jedoch wichtig den Unterschied zwischen einer Diskussion spiritueller und religiöser Grundsätze zu differenzieren. Religion besteht hauptsächlich aus der menschlichen Interpretation oder Annahme bestimmter Dinge, über die uns keine Tatsachen zur Verfügung stehen. Wenn wir vom Geist sprechen, dann sprechen wir über etwas, das genauso Teil des gesamten Menschen ist, wie sein physischer Körper. Daher obliegt es uns, uns daran zu machen, herauszufinden was auf seiner spirituellen Ebene vor sich geht.

Unsere Patienten haben heutzutage möglicherweise ein Leiden, für das ich den Namen „spirituelles Verhungern“ gewählt habe. Das können Menschen sein, deren Leben so intensiv auf die materielle Ebene oder sogar die intellektuelle Ebene ausgerichtet ist, dass sie dadurch nicht zulassen, wie die spirituelle Seite ihrer Natur ihren Ausdruck findet. Dieses Verhungern beeinflusst ihre gesamte Natur und kann eine ernste Krankheitsursache darstellen.

Die Naturgesetze gelten auf der spirituellen Ebene ebenso wie auf der physischen Ebene.

Wir halten uns automatisch daran, egal ob wir sie nun aussprechen oder nicht. So befolgte die Menschheit das Gesetz der Schwerkraft Jahrtausende, bevor Newton es formulierte. Die Menschen wussten zum Beispiel, dass man, wenn man von einer Klippe fällt, unten auf dem Boden landet und sich verletzt. Aber erst nachdem das Gesetz der Schwerkraft präzise definiert worden war, konnte man es beherrschen und in den Weltraum starten.

Derzeit müssen die spirituellen Gesetze angewandt werden, um verstanden zu werden: zum

Beispiel, das Gesetz des Glaubens, das Gesetz der Vergebung oder das Gesetz der Liebe. Liebe lässt Pflanzen aufblühen, Tiere gedeihen und macht Menschen gesund. Liebe ist eine Heilerin, die wir geben und empfangen dürfen. Sie ist der wichtigste Zusatz zur Lebensnahrung für alle, die krank sind. Ich weiß nicht, wie es funktioniert, aber ich weiß, dass es funktioniert – immer.

Frage: *Glauben Sie, dass die Kenntnis und die Anwendung dieser Gesetze zum Handwerkszeug eines Osteopathen gehören?*

Dr. Frymann: Das müssen sie, wenn wir wirklich dem Patienten im ganzheitlichen Sinn helfen wollen. Ich denke wir müssen im wahrsten Sinne des Wortes wissenschaftlich vorgehen. Wir neigen im Allgemeinen dazu das Wort „wissenschaftlich“ nur im Sinn von „materialistisch“ zu gebrauchen; tatsächlich bedeutet das englische Wort für „wissenschaftlich“ aber „in Übereinstimmung mit dem Gesetz“.

Ich frage mich: Sind wir als osteopathischer Berufsstand bereit, das von Dr. Still formulierte Gesamtkonzept voll zu entwickeln? Bei der Lektüre von Dr. Stills *Autobiografie* stellt sich heraus, dass es sich von Anfang bis Ende um einen spirituellen Diskurs handelt.

Frage: *Viele der Schüler, die Dr. Stills Unterricht kurz vor seinem Lebensende besuchten, hatten folgendes zu berichten: „Dieser Mann spricht in schwierigen Allegorien. Ich habe ihn nicht verstanden“.*

Dr. Frymann: Das ist wahr, aber Sie müssen bedenken, dass die Menschen damals nicht gewohnt waren so zu denken, wie wir es heute tun. Heute ist die Welt eher bereit dafür. Tausende von Menschen erleben trotz vieler Ärzte und Osteopathen eine spirituelle Heilung. Wir können es uns nicht leisten zurückzustehen und so zu tun, als ob es das nicht gäbe; es passiert überall um uns herum. Wir dürfen das nicht länger als etwas Gesondertes unserer Arbeit betrachten. Die Zeit für uns als Berufsstand ist gekommen die spirituellen Kräfte, die überall um uns herum angeregt werden zu erkennen,

zu erforschen und mit ihnen zu arbeiten. Sobald wir eine Partnerschaft mit dem Großen Mediziner eingehen, auf seine Führung hören und Ihn einladen unsere Hände als Seine zu verwenden, um diesem Patienten Heilung zu bringen, wird das „Unmögliche“ möglich und die Patienten erleben während ihrer osteopathischen Behandlung tiefgreifende Veränderungen.

Wir müssen uns jedoch darüber bewusst sein, je mehr unser Verständnis dieser Kräfte wächst, desto größer ist die Verantwortung des Osteopathen, sie auch wirklich richtig einzusetzen – genauso wie es mit allen anderen neuen Behandlungsmethoden der Fall ist. Der Osteopath muss sich bilden und disziplinieren, sie klug einzusetzen. Er muss sich selbst wesentlich höhere Maßstäbe setzen als je zuvor und er muss sich aufs Neue dem Dienst Gottes und seiner Mitmenschen verschreiben.

Übungen zur Entwicklung der palpatorischen Sensibilität

1. Mit geschlossenen Augen sanft die Oberfläche eines Tisches palpieren und die Stelle der Tischbeine finden. In diesen Bereichen ist die Elastizität geringer und der Widerstand größer.
2. Eine kleine Münze unter einem Telefonbuch finden
3. Ein menschliches Haar unter mehreren Seiten eines Telefonbuchs finden. Dabei bemerkt man eine Erhebung in der glatten Oberfläche der Seite.

Palpation – Schicht für Schicht

1. Eine sehr leichte Berührung, oder sogar das Entlangführen der Hand etwa einen halben Zentimeter über der Haut, liefert Informationen über die Oberflächentemperatur. Eine akute Läsion zeigt sich als ungewöhnlich warm; der Bereich einer langjährigen, chronischen Läsion ist möglicherweise im Vergleich zur Haut in anderen Bereichen ungewöhnlich kalt. Eine Beeinträchtigung oder Distorsion der inhärenten Bewegung innerhalb des Körpers kann so palpiert werden. Die

se Technik ist von besonderem Wert bei Patienten, die ein akutes Trauma erlitten haben und es nicht zulassen den Körper, d. h. die Oberfläche der Haut palpieren zu lassen.

2. Eine leichte Berührung offenbart außerdem die kutane Feuchtigkeit, das Schwitzen oder die Aktivität der Talgdrüsen der Haut.
3. Der Tonus, die Elastizität, der Turgor der Haut kann durch leichten Druck festgestellt werden.
4. Ein etwas festeres Vorgehen lässt den Untersuchenden mit der Oberflächenmuskulatur in Verbindung treten, um so ihren Tonus, ihren Turgor und ihren metabolischen Zustand zu bestimmen.
5. Ein tieferes Vordringen ermöglicht ein ähnliches Studium der tieferen Muskelschichten.
6. Der Zustand der Faszien und ihrer Dichte kann festgestellt werden.
7. Beim Abdomen liefert eine gleichartige Palpation Informationen über den Zustand der darin liegenden Organe.
8. Bei einem tieferen Eindringen, bestimmt und dennoch sanft, nimmt man Kontakt mit den Knochen auf.

I. KLINISCHE FORSCHUNG

I. DER ZUSAMMENHANG VON STÖRUNGEN DES KRANIOSAKRALEN MECHANISMUS MIT DER SYMPTOMATIK BEI NEUGEBORENEN: EINE STUDIE MIT 1.250 NEUGEBORENEN

Viola M. Frymann, DO, FAAO
Genehmigter Nachdruck aus *JAOA* (65)
1059-1075, 1966

In dieser Studie wird die Möglichkeit eines Zusammenhangs zwischen der Symptomatik bei Neugeborenen und den anatomisch-physiologischen Störungen des Kraniosakralen Mechanismus erforscht. Die Hypothese des Primären Respiratorischen Mechanismus postuliert eine rhythmische kraniale Bewegung, die von außen palpirt werden kann, und die aus dem kombinierten Effekt der inhärenten Motilität des Zentralen Nervensystems, der Fluktuation der Zerebrospinalen Flüssigkeit, des reziproken Spannungsmechanismus der Dura mater und ihrer Auffaltungen und der Gelenkbeweglichkeit der Schädelknochen und des Sakrum zwischen den Ossa ilia hervorgeht. Die Wehen haben unter Umständen einen offensichtlich traumatischen Effekt auf den Kraniosakralen Mechanismus. Strain-Muster innerhalb der sich entwickelnden Teile des Os occipitale scheinen signifikant an der Auslösung von Symptomen des Nervensystems beteiligt zu sein. Bei nervösen Säuglingen wurden ein Flexions-Strain an der Symphysis sphenobasilaris, ein sakraler Extensions-Strain und eine Kompression an der Symphysis sphenobasilaris festgestellt. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Torsions-Strain der Symphysis sphenobasilaris mit Restriktion der Mobilität des Os temporale und den die Atmung und den Kreislauf betreffenden Symptomen.

Der Schädel ist zum Zeitpunkt der Geburt so beschaffen, dass er sich den bei der Geburt entstehenden Kräften bestmöglich anpassen und somit Traumata für das empfindliche Nervensystem minimieren kann. Zusätzlich besitzt er die größtmögliche Kapazität für eine Rückformung nach Vollendung der Geburt.

Zum Zeitpunkt der Geburt ist die Ossifikation der Schädelknochen noch nicht abgeschlossen: Os occipitale, Os temporale, Os sphenoidale, Os frontale und die Mandibula bestehen aus mehreren Teilen. Jeder Bestandteil dieser Knochen kann funktionell als ein separater Knochen betrachtet werden und ist im Stande sich im Verhältnis zum Nachbarknochen sowohl physiologisch in Reaktion auf die Kräfte, die aus dem Schädel selbst kommen und sich pathologisch auf ein von außen wirkendes Trauma zu bewegen. Ein gründliches Wissen über die betreffende Anatomie ist essenziell für das Verständnis der Symptomatik, die aus einem bestimmten Strain-Muster hervorgehen kann. Zudem wird es den Osteopathen zur primären Ursache hinter einem sich manifestierenden Symptom weisen.

Aus Zeitgründen kann hier nicht zu detailliert auf diese wichtigen Bereiche eingegangen und somit können nur herausragende Beispiele betrachtet werden.

Anatomische und Physiologische Betrachtungen¹

Das *Os occipitale* besteht zum Zeitpunkt der Geburt aus vier Teilen: die Pars basilaris, den beiden Partes condylaris laterales und der Squama, die aus einem Zusammenschluss des membranösen interparietalen Okziput und dem kartilaginären Supraokziput hervorgeht und ab dem dritten Schwangerschaftsmonat gebildet wird. Diese vier Teile formen die anterioren, lateralen und posterioren Ränder des Foramen magnum. Eine Verschiebung ihrer gegenseitigen Verbindungen zueinander kann das Foramen magnum verzerren, was häufig auch der Fall ist (**Abbildungen 1-6**). Der Nervus hypoglossus durchtritt den Knorpel zwischen Pars basilaris, Massae laterales und Partes condyla-

res (Abbildungen 2, 3, 5). Der Nervus hypoglossus repräsentiert den motorischen Nerv der Zunge und seine physiologische Funktion ist von herausragender Bedeutung für den Saug- und Schluckmechanismus. Das Foramen jugulare befindet sich unmittelbar antero-lateral zur Artikulation zwischen Pars basilaris und der Pars condylaris. Die Vena jugularis verlässt hier den Schädel auf beiden Seiten und sorgt für den Abfluss von 95% des Blutes aus dem Kopf. Anterior zur Vena jugularis im Foramen jugulare liegt der Nervus vagus und der Nervus accessorius, die vom Nervus glossopharyngeus anterior wiederum nur durch ein Septum der Dura mater getrennt sind. Der Nervus glossopharyngeus sorgt für das Schlucken; der Nervus vagus hat weite Wirkungsbereiche, ist aber beim Neugeborenen besonders wichtig im Zusammenhang mit der neuromuskulären Physiologie des Verdauungssystems, des Kreislaufs und der Atmung. Mit anderen Worten, bei Unregelmäßigkeiten der Atmung, kardialen Störungen und Erbrechen oder hyperaktiver Peristaltik liegt eine Störung des Nervus vagus nahe.

Die Okziputbasis artikuliert anterior mit der Sphenoidbasis, von der sie durch einen Meniskus getrennt ist. Das *Os sphenoidale* entwickelt sich aus zwei Teilen, dem so genannten Prä- und dem Post-Sphenoid. Das Prä-Sphenoid ist anterior zum Tuberculum sellae turcicae platziert. Die Ala minor geht in sie über. Das Post-Sphenoid umfasst die Sella turcica sowie das Dorsum sellae und ist mit der Ala major und dem Processus pterygoideus verbunden. Das Prä- und das Post-Sphenoid vereinigen sich während des siebten oder achten Monats des fötalen Lebens. Zum Zeitpunkt der Geburt besteht das *Os sphenoidale* aus drei Teilen, nämlich dem Körper und den beidseitig vorhandenen Alae minores bzw. den Einheiten von Alae majores und Processi pterygoidei. Die extraokulären Muskeln haben ihren Ursprung im Ligamentum annulare, das die Fissura orbitalis superior, den Raum zwischen der Ala minor und der Ala major, überspannt. Dieselbe Fissur stellt einen Eingang für alle die okuläre und orbitale Funktion betreffenden Nerven dar. Eine Ausnahme bildet lediglich der Nervus opticus; er stellt zugleich den Ausgang für den venösen Abfluss

des Auges und der Augenhöhle dar. Das Ganglion sphenopalatinum beeinflusst die Orbita und die oberen Atemwege tiefgreifend und liegt im Winkel zwischen dem Körper und dem Processus pterygoideus, welcher seinerseits mit dem *Os palatinum* artikuliert.

Der intraossäre epiphysiale Knorpel zwischen der Einheit der Ala major und dem Processus pterygoideus und dem Körper des *Os sphenoidale* liegt tief im Sinus cavernosus mit der ihn begleitenden Arteria carotis interna und der dritten, vierten, ophthalmischen Division des fünften und sechsten kranialen Nervs. Daher sollten okuläre, orbitale sowie nasale Symptome und Symptome in den oberen Atemwegen die Aufmerksamkeit auf jene Bereiche lenken, die mit den drei Teilen des *Os sphenoidale* in Verbindung stehen.

Das *Os temporale* besteht zum Zeitpunkt der Geburt aus zwei sich entwickelnden Anteilen: der Squama, die sich kurz vor der Geburt mit dem tympanischen Ring vereinigt, und der Pars petromastoidea (Abbildungen 1 und 6). Die Bedeutung der Integrität des Foramen jugulare, bei welchem die Pars petrosa ossis temporalis die antero-laterale Grenze formt, wurde bereits betont. Die Funktion des Hörens, des Gleichgewichts, der Bewegungen der Gesichtsmuskulatur und der dentalen Okklusion sind abhängig von der anatomisch-physiologischen Effizienz des *Os temporale*.

Beim neugeborenen Kind sind die Gelenkmechanismen des erwachsenen Schädels noch nicht ausgereift; es gibt noch keine Suturen, keine Verzahnungen, keine Gomphosen, überlappende und nicht überlappende Artikulationen usw. Die knöchernen Elemente der Schädelbasis entwickeln sich in ihrer kartilaginären Matrix, während jene des Schädeldachs in einer Membran aus dural-periostalem Gewebe eingehüllt sind, in dem sie sich entwickeln. So wird für die maximale Beweglichkeit der Basis gesorgt, um sich innerhalb der Begrenzungen der membranösen Einschränkungen den Mechanismen der Geburt und einem Zusammenziehen des Schädeldachs anzupassen. Die Bestandteile des *Os frontale* und des *Os occipitale* können eventuell über oder unter die *Ossa parietalia* und die *Alae majores* des *Os sphenoidale* gleiten, welche sich

ihrerseits noch tiefer unter die Squama des Os temporale und die Alae majores des Os sphenoidale schieben können, um den Kopf so weit zu verkleinern, damit er durch den Geburtskanal treten kann (Abbildungen 1, 4). Sobald der gesunde Säugling schreit, wird der Schädel wieder ausgeweitet und danach folgt eine normale Entwicklung. Wenn das Kind jedoch eine geringe Vitalität aufweist oder die während der Geburt wirkenden Kräfte unverhältnismäßig stark waren, wird der Schädel durch die Aktivitäten des Kindes nur unvollständig entfaltet.

Dr. Sutherland² beschrieb die rhythmische Bewegung des Schädels im Jahre 1939 in *The Cranial Bowl*. Eine solche Bewegung kann leicht mit empfindsamen Händen ertastet werden. Steele berichtete 1965 auf der Konferenz der *Sutherland Cranial Teaching Foundation* in Kirksville, Missouri, von bereits entwickelten Methoden für die Aufzeichnung dieser Bewegung. Es wird behauptet, dass diese palpierba-

re rhythmische Bewegung des Kraniaum einen kombinierten Effekt der inhärenten Motilität des Zentralen Nervensystems, der Fluktuation der Zerebrospinalen Flüssigkeit, des Reziproken Spannungsmechanismus der Dura mater und ihrer Auffaltungen, dazu der Gelenkbeweglichkeit der Schädelknochen und des Sakrum zwischen den Ossa ilia darstellt. Jede Komponente hängt von der anderen ab und ist für die Effekte der pathologischen Störungen in allen anderen Komponenten empfänglich.

Diese Hypothese ist bekannt als der Primäre Respiratorische Mechanismus. Dabei handelt es sich nicht um eine willentliche Gelenkbeweglichkeit, die durch eine muskuläre Aktion ausgelöst wird, sondern um eine unwillkürliche Bewegung. Das ganze System funktioniert während der Respirationsphasen als eine Einheit.

Die mechanische Interpretation des Gelenkflächen-Designs der Schädelknochen, wie etwa die abgeschrägten Gelenkflächen, weist auf eine



Abbildung 1. *Geschätztes Alter, pränatal. Beachten Sie die sich in der Entwicklung befindlichen Teile des Os occipitale. Das Foramen magnum ist durch die Asymmetrie der Partes condylares verzerrt. Die sich entwickelnden Teile des Os temporale sind erkennbar.*



Abbildung 2. *Geschätztes Alter, drei Monate. Die posteriore Fontanelle beginnt zu kalzifizieren. Beachten Sie die sich entwickelnden Teile des Os occipitale mit der auf beiden Seiten verlaufenden Rinne für den Nervus hypoglossus zwischen Pars condylaris und Pars basilaris. Beachten Sie auch die Asymmetrie der Fossa jugularis.*

dem Respiratorischen Mechanismus zugehörige Bewegung hin. Dies bezieht sich nicht auf den Atemmechanismus des thorakalen Zwerchfells. Es ist ein eigenständiger Primärer Respiratorischer Mechanismus. Alle physiologischen Zentren des menschlichen Körpers, einschließlich des Atemzentrums, sind auf der Ebene des vierten Ventrikel angesiedelt. Der Primäre Respiratorische Mechanismus nimmt im Hinblick zum thorakalen Atemmechanismus durch das Atemzentrum eine primäre Stellung ein.

Dr. Sutherland³ beschrieb die Gelenkbeweglichkeit sehr lebhaft in einem unveröffentlichten Vortrag, den er 1944 im *Des Moines Still College* hielt, etwa so: Es gibt eine Gelenkbeweglichkeit der Schädelbasis, die aus Knochenkernen besteht, welche innerhalb kartilaginärer Substanz ossifizieren. Dies stellt die Schale des Schädels dar, wobei es in diesem Bereich ohne eine entsprechende Kompensation im Schädeldach keine Mobilität gäbe. Dort entstehen die Knochen durch Ossifikation der Membranen. Diese Kompensation

wird durch zwei Eigenschaften erreicht. Eine davon ist die Bereitstellung der suturalen Bewegung, welche durch das gezahnte Design der Artikulationen zwischen den Knochen des Schädeldgewölbes angedeutet ist. Die andere besteht in der Flexibilität, innerhalb der strukturellen Teile dieser aus Membranen entstehenden Knochen. Das Os sphenoidale, einschließlich der Sella turcica, kann man sich nun wie ein Rad mit Speichen vorstellen. So wie sich das Os sphenoidale dreht oder rotiert, bewegen sich die verschiedenen Stellen des Rades, wie es eben bei Speichen der Fall ist. Es handelt sich nicht um eine zurück- oder vorwärtsgelungene Bewegung.

Das Os occipitale dreht sich ebenfalls wie ein Rad und beide Räder drehen sich zur selben Zeit. Während der Inspirationsphase in diesem Primären Respiratorischen Mechanismus, die *Flexion* genannt wird, dreht sich das radähnliche Os sphenoidale nach anterior und das Os occipitale nach posterior. Daher bewegt sich sowohl die Sella turcica als auch das anteriore

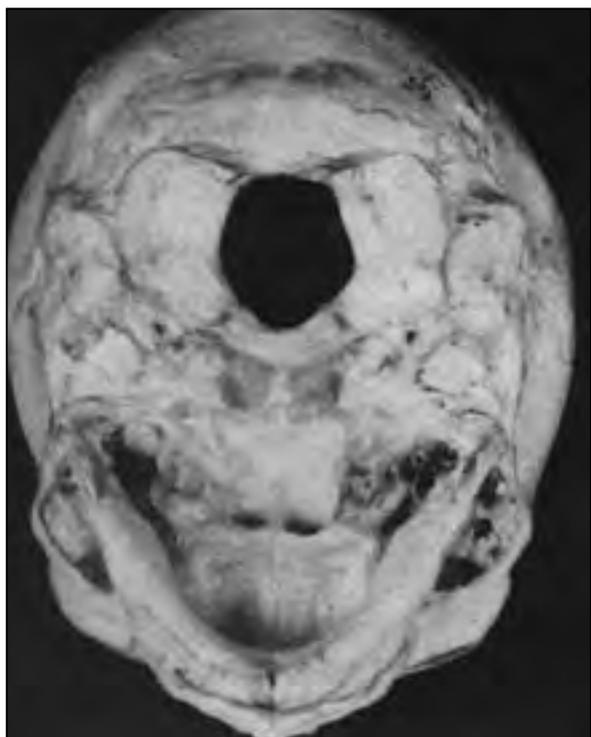


Abbildung 3. *Geschätztes Alter, Neugeborenes. Beachten Sie die Distorsion des Foramen magnum, der Sphenoidbasis und der posterioren Nasenlöcher.*



Abbildung 4. *Geschätztes Alter, pränatal. Tatsächlich handelt es sich um eine Distorsion der Mandibula. Beachten Sie die Asymmetrie der Partes condylares des Os occipitale, des Foramen magnum, der Ossa temporalia und daher auch der Mandibula.*

Ende des Processus basilaris des Os occipitale nach superior. Während der Expirationsphase, die *Extension* genannt wird, passiert genau das Gegenteil: Das Os sphenoidale bewegt sich nach posterior und das Os occipitale nach anterior. Daher bewegt sich die Sella turcica nach unten, das anteriore Ende des Processus basilaris bewegt sich ebenfalls nach unten, und das Foramen jugulare sowie das Foramen magnum drehen sich genauso mit dem Rad, wie es vorher durch die Speichen veranschaulicht wurde. Obwohl sich die Sella turcica und der Okziputbasis abwärts bewegen, bleiben sie wie in einem Bogen angeordnet.

Da sich die Ossa temporalia der Bewegung der Okziputbasis anschließen, werden sie im Hinblick auf ihre Form und ihre Anordnung zwischen dem Os sphenoidale und dem Os occipitale als nächstes betrachtet. Eine genaue Studie ihrer Gelenkflächen deutet auf die Mechanik jener Bewegung hin, die das Os sphenoidale und das Os occipitale während der Flexion und der Extension an der Symphysis sphenobasilaris ausführen. Das Os temporale bewegt sich dabei wie ein schaukelndes Rad. Die Partes petrosi sind auf einer Diagonale angeordnet, die nach vorne und zur Mitte des Kopfes zeigt. Diese diagonale Linie ist die Achse, um die sich der Knochen bewegt. Stellen Sie sich das Os temporale vor: Es liegt innerhalb der Schädelbasis zwischen dem Os occipitale und dem Os sphenoidale mit der Einkerbung an der Spitze der Partes petrosae und in Verbindung mit dem flachen Teil des Processus basilaris des Os occipitale. Bewegen sich Os sphenoidale und Os occipitale während der Inspirationsphase in Flexion, rotieren die Partes petrosae nach außen. Sobald sich das Os sphenoidale und das Os occipitale wieder in die Extension bewegen, rotieren die Partes petrosae hingegen nach innen. Bei der Außenrotation der Pars petrosa bewegt sich das Mastoid nach antero-lateral und der Processus mastoideus nach postero-medial, was wiederum zur Folge hat, dass bei einer Außenrotation der Partes petrosae das Mastoid an der Außenseite des Schädels prominenter ist und der Processus mastoideus weniger prominent. Im Fall der Innenrotation der Partes petrosae verhält es sich umgekehrt.

Daher gibt es auf der Außenseite des Schädels Beweise für eine Rotation der Partes petrosae, die sich auf das Innere des Schädels beziehen, und diese kann man fühlen. Die Ossa temporalia bewegen sich mit der Pars basilaris des Os occipitale, da sie aufgrund der kiemenähnlichen Artikulationen und auch durch den Processus jugulare bewegt werden. Sobald sich der Processus basilaris wie eine Speiche des okzipitalen Rades dreht, dreht sich die Pars petrosa des Os temporale mit. So gibt es eine zeitgleiche Bewegung zwischen den zwei Knochen an der Sutura okzipitomastoidale, welche der Bewegung des Deckels eines Einmachglases ähnelt. Zusammenfassend kann man daher sagen: Sobald das Os occipitale sich wie ein Rad dreht, wird der Processus basilaris nach vorne gedreht und die Processus jugulare sowie das Foramen magnum drehen sich auch nach vorne. Die Pars petrosa des Os temporale rotiert nach außen, das Mastoid wird an der Außenseite des Schädels prominenter, während der Processus mastoideus weniger herausragt.

Das sich radähnlich verhaltende Os sphenoidale dreht ebenfalls mit, wobei sich das anteriore Ende nach unten und die Alae majores nach vorne bewegen. Diese Bewegung lässt die Augen nach vorne und die Ecken der Bestandteile des Os frontale auf die Seite treten; daher gibt es ein Zurückweichen an der Sutura metopica, an welcher die beiden sich entwickelnden Knochen zusammenfinden.

In der Mittellinie artikuliert die Spitze des Os ethmoidale und der Körper des Os sphenoidale mit der Lamina perpendicularis des Os ethmoidale. Dieses artikuliert seinerseits mit dem Vomer, das wiederum mit dem Rostrum auf dem Körper des Os sphenoidale artikuliert. Das Vomer erstreckt sich wie eine Pflugschar über Gaumen und Maxilla.

Dreht sich das Os sphenoidale, kommt es zu einer geringen Gleitbewegung zwischen dem Os ethmoidale und dem Vomer. Der Processus pterygoideus stößt unter dem Körper des Os sphenoidale an und folgt dessen Bewegung wie die Speichen eines Rad nach unten, hinten und außen. Sie drehen sich zu den Einkerbungen auf der posterioren Seite des Os palatinum. Die Ossa palatina passen so in die Ossa maxillaria, dass der Processus pterygoideus die Maxilla ebenso

nach außen und posterior dreht, wie auch die seitlichen Ecken des Os frontale. Die oberen Schneidezähne weichen zurück, genauso wie die Sutura metopica des Os frontale. Da die Alae majores und die Alae minores des Os sphenoidale einen Teil der Augenhöhlen formen, lässt die Vorwärtsbewegung der Alae majores bei der Flexion die Augäpfel hervortreten. Durch seine Artikulation mit dem Os zygomaticum kippt es die Alae majores bei der Flexion nach außen. Da der Processus zygomaticus des Os temporale sich mit der Pars petrosa in eine Außenrotation bewegt, hilft es auch bei einer Außenrotation des Jochbeins, welches wiederum die Außenrotation der Maxilla indiziert.



Abbildung 5. Geschätztes Alter, 1 - 1 ½ Jahre. Beachten Sie die Asymmetrie des Foramen magnum und der Fossa jugularis. Der intraossäre artikulierende Raum zwischen der Pars condylaris und dem basalen Anteil des Os occipitale, welcher den Nervus hypoglossus einschließt, ist deutlich von beiden Seiten zu sehen. Die Asymmetrie der Alae majores des Os sphenoidale ist offensichtlich, der linke steht relativ anterior zum rechten. Die Asymmetrie ist auch bei den posterioren Nasenlöchern, den horizontalen Platten der Ossa palatina und der Maxilla beobachtet worden.

Bei einem Schädeltyp mit Flexion und Außenrotation kommt es zu einer Expansion des Schädels mit geweiteten Augenhöhlen und prominentem Augäpfeln. Das Mastoid ist prominent und die Spitzen des Processus mastoideus weichen zurück. Bei einem Schädeltyp mit Extension und Innenrotation passiert genau das Gegenteil: Der Schädel ist eng, das Os sphenoidale ist nach hinten gedreht, das Os frontale nach innen und das Ethmoid ist nach posterior verengt. Die Maxilla steht oben und nach innen und das Os zygomaticum hat sich nach innen gedreht, was eine Verengung und Vertiefung der Orbita bewirkt. Die Partes petrosae stehen rotiert nach innen, was bedeutet, dass das Mastoid und die parietalen Ecken medial liegen und der Processus mastoideus hervorspringt.

Diese Beschreibung der Flexions- und Extensionsphasen der kranialen rhythmischen Bewegung ist notgedrungen kurz und beabsichtigt lediglich eine Andeutung der Grundlagen, die für diese spezielle Studie benötigt werden. Vollständigere Informationen hierzu ergeben sich aus den Kursen und Veröffentlichungen

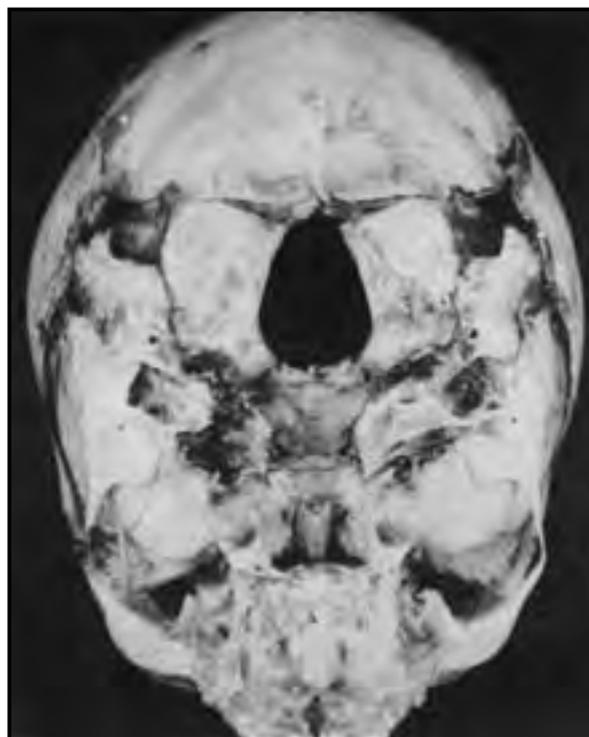


Abbildung 6. Geschätztes Alter, 1 - 1 ½ Jahre. Beachten Sie das Foramen magnum und die Asymmetrie des Os temporale.

der *Sutherland Cranial Teaching Foundation* in Denver, Colorado.

Die besagte rhythmische Bewegung muss solange weitergehen wie das Leben besteht. Ihr Muster mag durch physiologische oder pathologische Umstände gestört sein, ihre Frequenz kann verändert, ihre Amplitude vergrößert oder verkleinert sein, aber die Bewegung muss weitergehen. Bei der Erstellung der vorliegenden Studie wurde herausgefunden, dass weniger als 12% von 1250 Babys normale, symmetrische, frei bewegliche Mechanismen haben. Der Geburtsprozess stellt somit wahrscheinlich den häufigsten Belastungsfaktor dar, dem der Schädel ausgesetzt ist. Die effiziente physiologische Entwicklung und Funktion des darin enthaltenen Zentralen Nervensystems hängt von der Integrität dieses Mechanismus ab. Es ist daher an der Zeit, den Geburtsprozess in der Weise zu beurteilen, wie er sich auf eben diesen fein abgestimmten Kranialen Mechanismus auswirken kann.

Der Mechanismus der Geburt⁴

Während der Entwicklung nimmt der Fötus eine Flexionsstellung ein. Die Wirbelsäule beschreibt eine einzige, sanfte konkave Kurve nach vorne, wobei sich der Kopf zur Brust hinunterbeugt. Während des Weges vom Leben im Uterus bis zur Geburt steigt der Fötus hinab, beugt sich, rotiert nach innen, streckt sich und rotiert schließlich nach außen. Dies geschieht als Folge der Schwerkraft, der Gebärmutterkontraktionen, des Widerstands des knöchernen Beckens und der Weichteilgewebe der Mutter auf dem Weg des Deszensus. Die daraus resultierenden Kräfte, die auf den sich präsentierenden Teil einwirken, verändern dabei die Form und Position so, dass der Fötus sich besser den Konturen der verschiedenen Ebenen des Geburtskanals anpassen kann.

Bevor die Wehen beginnen, ist der Fötus in einer unvollständigen Flexion und der okzipito-frontale Durchmesser präsentiert sich. Ist sein antero-posteriorer Durchmesser größer als jener



Abbildung 7. Alter 5 ½ Jahre. Achten Sie auf die anhaltende Asymmetrie des Foramen magnum, nachdem die Verknöcherung abgeschlossen ist.



Abbildung 8. Alter 10 Jahre. Anhaltende Asymmetrie des Foramen magnum und der Fossa jugularis. Eine relative anteriore und mediale Stellung des linken temporomandibulären Gelenks verglichen zum rechten.

des mütterlichen Becken, muss der Kopf mit seinem größten Durchmesser in den Geburtskanal eintreten und der längste Durchmesser wird als Transversale bezeichnet. Der Kopf trifft im Becken und seiner Beckenmuskulatur auf beträchtlichen Widerstand, welcher dazu dient ihn zu formen. Die Eminentia parietale posterior steigt bis zu einem Punkt unterhalb des Promontorium ab; somit liegt der größte Teil des Os parietale posterior über dem Inlet und die Sutura sagittalis liegt näher zum Os pubis als zum Sakrum. Während der Teil des Os parietale posterior gegen das Promontorium lehnt, bleibt er relativ stationär und bildet einen Drehpunkt. Die Eminentia parietale anterior wird stückweise nach unten hinter das Os pubis bewegt und bringt die Sutura sagittalis im Zentrum des Beckens in eine synklitische Position.

Steigt der Kopf während der Geburt weiter ab, trifft er auf den Widerstand der konvergenen Seitenwände des mittleren und unteren Beckens. Der Fötus wird immer weiter *flektiert*, da etwa gleichwertige Kräfte von den Beckenwänden gegen die Stirn und das Os occipitale einwirken. Sie bilden die beiden Arme eines Hebels, wobei das Foramen magnum das Fulcrum bildet. Da der anteriore Arm länger ist als der posteriore, steigt das Os occipitale mit jeder Kontraktion hinab, während die Stirn solange relativ stabil bleibt, bis die Flexion vollständig ist. Der kleinste Durchmesser des Kopfes, der subokzipito-bregmatische Durchmesser, kommt dann zum Vorschein.

Es findet auch eine *Innenrotation* statt, da das Sakrum und die unteren Seitenwände des Beckens nach innen und nach anterior abfallen, und weil die Musculi levator ani eine zweischichtige geneigte Ebene bilden und das daraus resultierende Gefälle auch in anteriore Richtung weist. Sobald das Os occipitale weiter hinabsteigt, trifft es auf die Muskelbäuche der Levatormuskulatur und die knöchernen Seitenwände und wird daher gezwungen, den Beckenboden hinauf bis zu einer Position unterhalb des Arcus pubis zu gehen. Sobald der anterior rotierte Kopf weiter hinuntersteigt, wird der subokzipitale Bereich unterhalb des Os pubis gedrückt und dient dort als Pivot, um den Kopf in die Extension zu rotieren. Dabei gleiten die

Stirn, das Gesicht und eventuell auch das Kinn entlang der geneigten Ebene nach oben, entlang der Strukturen, die das Perineum bilden. Nachdem der Kopf geboren wurde, rotiert er in einen 45 Grad-Winkel auf die rechte oder linke Seite, um seine normale Beziehung mit dem Rücken und den Schultern einzunehmen.

Eine Anzahl an Faktoren kommen zu diesem normalen Mechanismus hinzu, nämlich (1) die Unterstützung der mütterlichen Unterleibsmuskulatur, um die fötale Flexion aufrechtzuerhalten, (2) der Widerstand des Beckenbodens, um eine Drehung des Kopfes nach innen auszulösen, während das Baby hinuntersteigt, (3) nicht zu viel oder zu wenig Platz im Becken für den Kopf, (4) normale Beckenform und (5) rhythmische progressive Gebärmutterkontraktionen bei gleichzeitiger Dilatation des Gebärmutterhalses.

Anomalitäten der Größe und der Form des fötalen Kopfes können bei Verformung durch ein zusammengezogenes Becken entstehen. Anomalitäten in der Position und der Präsentation, die wiederum den Kopfformen, können von Mängeln kommen, die aus den fünf oben aufgelisteten Faktoren resultieren. Schrittweise vergrößerte Grade der fötalen Extension können vorkommen und die Rotation mag verzögert oder aufgehalten sein. In solchen Momenten muss eine beträchtliche Verformung des Kopfes stattfinden, wenn der Kopf durch den Geburtskanal treten soll. Die traumatischen Auswirkungen einer andauernden okzipitoposterioren Position, einer Querlage im kleinen Becken, Brauen- und Gesichtsgeburtslagen („Sternengucker“) sind jeder Hebamme oder jedem Kinderarzt bekannt. Aber es ist wichtig, dass man die Effekte eines solchen Traumas im Detail versteht und somit ein Mittel der Lindering findet oder es komplett beheben kann.

Untersuchung der Neugeborenen

Jedes Kind dieser Studie wurde von dem Osteopath, der in der unmittelbaren Phase unmittelbar nach der Geburt anwesend war, komplett untersucht. Die spezielle strukturelle Untersuchung für diese Studie wurde innerhalb der ersten fünf Lebensstage gemacht, es sei denn

Tabelle 1 GEBÄRENDE		
Geburten	Fälle	% (dokum. Fälle)
Primipara	389	32,91
Multipara	793	67,09
Undokumentiert	68	
Gesamt	1.250	

Tabelle 2 GEBURTSDAUER		
Dauer	Fälle	% (dokum. Fälle)
Kurz	367	31,72
Mittel	414	35,78
Lang	376	32,50
Undokumentiert	93	
Gesamt	1.250	

Tabelle 3 GEBURTSGEWICHT		
Gewicht	Fälle	% (dokum. Fälle)
< 6 Pfund	126	10,15
6–8 Pfund	798	64,30
> 8 Pfund	317	25,55
Undokumentiert	9	
Gesamt	1.250	

das Kind benötigte eine bestimmte Isolation, wie etwa bei einigen Frühgeburten. In solchen Fällen wurde die Untersuchung so schnell wie es ging nach der Isolationsphase gemacht. Einzelheiten der Wehen, einschließlich der Parität der Mutter, wurden dokumentiert. Lag kein Wehenverlauf vor, wurde das Baby nicht in diese Reihe mit aufgenommen. Dies war das einzige Kriterium für einen Ausschluss aus dieser Studie. Insgesamt wurden 1.250 randomisiert ausgewählte Neugeborene in der Studie berücksichtigt.

Gebärende

Eine Primipara wird hier als Mutter definiert, die ihr erstes lebendes Kind zur Welt bringt. Dieser Ausdruck bezeichnet auch jene, die vorher schon Fehlgeburten mit einem nicht-lebenden Embryo oder Fötus hatten. 33% waren Primipara, 67% Multipara (Tabelle 1).

Geburtsdauer

Es wurden drei Wehenkategorien gewählt – kurz, mittellang und lang. Kurze Wehen wurden definiert als weniger als sechs Stunden, mittellange Wehen dauerten sechs bis zwölf Stunden und lange Wehen dauerten über zwölf Stunden. Die Studiengruppe zeigte folgende Verteilung: kurz: 32%, mittellang: 36%, lang: 33% (Tabelle 2).

Geburtsgewicht

Babys mit weniger als sechs Pfund Geburtsgewicht wurden als klein bezeichnet, jene, die zwischen sechs und acht Pfund wogen, als mittelgroß, und große Babys waren jene, die acht Pfund oder mehr wogen. Etwa 10% der Kinder waren klein, 64% lagen in der mittleren Kategorie und 26% wurden als groß eingestuft.

Geburtsmechanismus

Die Art der Verformung des Kopfes nach der Geburt wird durch die Stellung desselben bestimmt, wie sie sich beim Durchtritt durch den Geburtskanal zeigt. Der Kopf, der mit dem Os occipitale in posteriorer Richtung hinabsteigt, sich aber schließlich dreht und durch einen anterioren okzipitalen Mechanismus entbunden wird, wird aufgrund der posterioren okzipitalen Stellung zum mütterlichen Becken geformt. Dasselbe gilt für den Kopf, der durch eine Querlage im kleinen Becken geformt wurde. Es ist die Position, in welcher der Kopf die längste Zeit im Becken verbringt und das am längsten anhaltende Strain-Muster nach der Geburt bewirkt. Von allen aufgezeichneten Wehen hatten 79% einen anterioren okzipitalen Mechanismus, entweder nach rechts oder links. 5% waren in Steißlage, während die übrige

gen 16% posterior-okzipitale Geburtslagen, Querlagen und Geburtslagen mit dem Gesicht nach vorne aufwiesen (Tabelle 4).

Art der Anästhesie

Die zwölf Fälle mit einer natürlichen Geburt ohne jede Betäubung oder Schmerzmittel waren entweder bei Müttern, die speziell nach dieser Methode fragten oder bei jenen, die eine sehr schnelle Geburt hatten, nachdem sie das Krankenhaus erreichten, und bei der keine Zeit mehr für die Anordnung einer Anästhesie möglich war. In 32 Fällen erhielt die Mutter eine Pudendusanästhesie und 27 Frauen erhielten lediglich ein paar Züge Äther während der starken Kontraktionen und der Geburt des Kopfes. Diese Gruppe stellt 6% der Gesamtheit dar. Einige Arten der Spinalanästhesie, entweder eine peridurale Anästhesie (PDA) oder eine Sattelblockanästhesie wurden bei 67% angewandt und 27% erhielten eine inhalative Vollnarkose (Tabelle 5).

Art der Entbindung

Die Entbindung geschah entweder spontan, durch Zange oder per Kaiserschnitt. In drei Fällen wurde die Forceps-Entbindung angewandt, da der Kopf bei der Präsentation in Steißlage „nachkam“ und bei einem Fall gab es eine Geburt durch Kaiserschnitt nach zu trägen Wehen und fehlgeschlagener Zangengeburt. 33% der Entbindungen erfolgten spontan; bei 63% war eine Zangengeburt nötig und bei 4% ein Kaiserschnitt (Tabelle 6).

Der Bezug der „Art der Entbindung“ zur „Art der Anästhesie“ ist in Tabelle 7 dargestellt. Es ist offensichtlich, dass bei einer Spinalanästhesie häufiger die Zange als Hilfsmittel zur Geburt eingesetzt wird.

Untersuchung des Säuglings

Jedes anormale Verhalten oder entsprechende Symptome in der Phase unmittelbar nach der Geburt wurden dokumentiert. Diese wurden wie folgt klassifiziert: Jene ohne anormale Symptome waren in jener asymptomatischen Kate-

gorie eingestuft, die 874 Fälle, einschließlich 14 Zwillingen umfasste.

Die Klassifizierung ‘nervös’ deckte jene Babys ab, die an Erbrechen, unersättlichem Appetit ohne jegliche Gewichtszunahme, hypertoner Muskulatur, an opisthotonen Spastiken, Tremor und Schlaflosigkeit litten (204 Säuglinge). Zusätzlich wurden fünf nervöse Kinder mit Gelbsucht und zwei lethargische Kinder ohne Gelbsucht in diese Kategorie eingeteilt, was eine Gesamtzahl von 211 ergab.

Die Gruppe der Säuglinge mit Problemen bezogen auf den Kreislauf oder die Atmung schloss jene Kinder mit einer schweren, unregelmäßigen oder brodelnden Atmung bzw. übermäßiger Schleimbildung (72 Babys) ein, jene Kinder mit zirkulatorischer Stase und deutlicher Zyanose (16, einschließlich zwei Zwillinge), nervöse Kinder mit Problemen der Atmung (7) oder mit zirkulatorischer Stase (7), Säuglinge mit Problemen der Atmung und Gelbsucht (3), mit Lethargie (1), mit zirkulatorischer Stase (50) und ein mongoloides Kind mit Problemen der Atmung (1). Die Gesamtanzahl in dieser Kategorie betrug 157 Kinder.

Es gab fünf Babys mit Gelbsucht, ein mongoloides Kind (angeborener Hypopituitarismus) und ein lethargisches Kind mit Gelbsucht. Diese acht Säuglinge machten die Gelbsucht-Mongoloismus-Kategorie aus. Die Gesamtzahl beträgt 1.250. Die Untersuchung schließt die Beobachtung des ganzen Kindes, seiner Haltung, seines Muskeltonus, seiner Reizbarkeit sowie Farbe und Form mit ein.

Unregelmäßigkeiten von Struktur oder Funktion wurden dokumentiert.

Die speziellen Vorgehensweisen bei der körperlichen Untersuchung werden in beachtlicher Genauigkeit beschrieben, aber für ein besseres Verständnis ihrer Bedeutung wird der Leser an die vorher präsentierte anatomische und physiologische Diskussion erinnert. Der Schädel eines Neugeborenen hat eine sehr empfindliche Struktur und die Herangehensweise muss mit äußerster Sanftheit erfolgen. Die Kunst der Palpation wurde in einer früheren Veröffentlichung⁵ beschrieben und es ist essenziell, eine sensible Wahrnehmung und ein Verständnis für

Tabelle 4			
GEBURTSMECHANISMUS			
Mechanismus	Fälle	% (dokum. Fälle)	Kommentar
Okziput anterior	828	79,16	
Okziput posterior	152	14,53	davon 9 mit Okziput anterior <i>geboren</i>
Tiefe Querlage	8	0,77	davon 2 mit Okziput anterior <i>geboren</i>
Gesichtspräsentation	4	0,38	
Beckenendlage	54	5,16	
Undokumentiert	204		beeinhaltet 48 Kaiserschnittgeburten
Gesamt	1.250		

Tabelle 5			
ART DER ANÄSTHESIE			
Anästhesie	Fälle	% (dokum. Fälle)	Kommentar
Keine	12	} 6,01	
Örtliche Pudendus-Anästhesie	32		
Äther-Inhalation während der Kontraktionen	27		
Inhalationsnarkose mit Trilene oder Äther	321	27,16	• 72 davon erhielten zusätzlich eine Pudendus-Anästhesie
Spinalanästhesie – peridural oder Sattelblockanästhesie	790	66,83	• 7 davon erhielten nach erfolgloser Peridural-Anästhesie eine Sattelblockanästhesie • 32 davon erhielten zusätzlich eine Inhalationsnarkose • 4 davon erhielten zuerst eine Pudendus-Anästhesie
Undokumentiert	68		
Gesamt	1.250		

Tabelle 6		
ART DER ENTBINDUNG		
Entbindung	Fälle	% (dokum. Fälle)
Spontan	387	33,28
Zangengeburt	728	62,60
Kaiserschnitt	48	4,12
Undokumentiert	87	
Gesamt	1.250	

den diagnostischen „Touch“ in den Fingern zu entwickeln, wenn diese Störungen beim Neugeborenen entdeckt und korrigiert werden sollen.

Das *Sakrum* wird zuerst untersucht. Der Osteopath, der rechts neben dem auf dem Rücken liegenden Kind auf dem Untersuchungstisch sitzt, führt seine rechte Hand zwischen die Beine und legt sie unter das Sakrum, wobei er den Ellenbogen auf den Tisch legt. Die untersuchende Hand baut einen wahrnehmenden Kontakt mit dem Kreuzbein, den iliosakralen Artikulationen, den unteren Lendenwirbeln

	Keine Anästhesie	% (dokum. Fälle)	Inhalations- Narkose	% (dokum. Fälle)	Spinal- Anästhesie	% (dokum. Fälle)
Spontan	12	100	143	66,2	45	8,7
Zangengeburt	--	--	73	33,8	472	91,3
Undokumentiert	--	--	20	--	13	--
Gesamt	12		236		530	

Strain-Pattern des Os occipitale	Fälle	% (dokum. Fälle)	Asymptomatisch		Ikterus (Mongoloid)		Respiratorische/zir- kulatorische Symptome		Neurologische oder nervöse Symptome	
			Fälle	% (dokum. Fälle)	Fälle	% (dokum. Fälle)	Fälle	% (dokum. Fälle)	Fälle	% (dokum. Fälle)
Kompression rechts	218	19,73	153	20,08	2	28,57	32	22,86	31	15,82
Kompression links	32	2,90	28	3,67	--	--	2	1,42	2	1,02
Kompression bilateral	508	45,97	282	37,01	3	42,86	69	49,29	154	78,57
Frei	347	31,40	299	39,24	2	28,57	37	26,43	9	4,59
Undokumentiert	145		112		1		17		15	
Gesamt	1.250		874		8		157		211	
% eines gewissen Kompression-Grades d. Partes condylares				60,76		71,43		73,57		95,41

und der danebenliegenden Muskulatur auf.

Die rhythmische Bewegung des Sakrum ist eine empfindliche, sanfte mit dem Verlauf der Flexion und Extension schaukelnde Bewegung, die mit der leichten Bewegung eines Bootes auf ruhigem Wasser verglichen werden kann. Die palpierende Hand beobachtet die Position der Sakrumbasis, ob sie sich anterior wie bei der Extension oder posterior wie bei der Flexion befindet, ob sie auf einer Seite im Vergleich zur anderen superior steht und ob sie um eine Vertikal-Achse gedreht ist. Dies führt dazu, das es

zum Os ilium auf der einen Seite relativ anterior und auf der Gegenseite posterior steht. Es findet eine sehr sanfte Aktivierung der physiologischen Bewegung der Flexion und Extension statt und es kann ein freies Bewegungsausmaß festgestellt werden. In einigen Fällen gibt es eine freie schaukelnde Bewegung; in anderen fühlt sich das Sakrum an, als wäre es entgegen der Extension eingeschränkt, das heißt, die Basis bewegt sich relativ stetig in anteriore Richtung, aber sie hat eine sehr geringe Schwingung nach posterior. Bei einem Flexions-Strain ver-

hält es sich umgekehrt. Diese Flexions-Extensions-Bewegung kann durch eine Drehung um eine Sagittal-Achse verändert werden, welche die Sakrumbasis dazu bringt, links oder rechts höher zu stehen. Sie kann auch durch eine Drehung um eine Vertikal-Achse modifiziert werden, welche die eine Seite nach anterior und die andere nach posterior bringt. Es sind auch Spannungen im lumbalen Bereich aufgefallen.

Der Osteopath sitzt anschließend zur Durchführung der *kranialen* Untersuchung am Kopf des Babys. Die Größe und Form des Kopfes, Überschneidung oder Trennung von Suturen, die Größe der Fontanellen, das Vorkommen von Abschürfungen und Kontusionen, jede Gesichtslähmung, jede Art von Ödemen und die Symmetrie der Augen, des Mundes und der Nasenlöcher werden aufgenommen. Daraufhin wird der Kopf abgetastet, um seine Spannung, die Überlappung oder das Herausragen von Artikulationen und seine allgemeine Form zu evaluieren.

Die *Partes condylares des Os occipitale* werden als Nächstes untersucht, um ihre Position im Verhältnis zueinander und zum Atlas und ihre freie Beweglichkeit im Verhältnis zum Primären Respiratorischen Mechanismus zu bewerten.

Bei der Spezifizierung einer Position sollte niemals vergessen werden, dass es sich um einen dynamischen Mechanismus handelt. Die Position spezifiziert demnach jene Richtung, in welche sich diese Struktur hauptsächlich im Vergleich zu der medianen symmetrischen Position einer balancierten Bewegung beim Normalen bewegt. Es gibt viele Fälle, in denen die komprimierenden Kräfte so stark waren, dass die inhärente Motilität in einem bestimmten Gebiet bis hin zu Null reduziert vorgefunden wird, aber es ist sorgfältiger, auch jene Gebiete des neugeborenen Schädel zu beobachten, die eine drastisch reduzierte physiologische Bewegung aufweisen, als lediglich jene, die überhaupt keine haben. Man kann die Bewegung durch einen Vergleich der beiden Seiten einschätzen: Zum Beispiel bewegt sich die rechte Pars condylaris bereitwilliger nach anterior als nach posterior. Daher sollte die benutzte Terminologie als eine Richtung des Strains bezeichnet werden; jene Richtung also, in welche sich der Balancepunkt in der Bewegung verschoben hat.

Mit dem Begriff „Kompression“ wird eine deutliche Reduktion der inhärenten physiologischen Bewegung angedeutet und es ist oft nötig, einen Bereich zu dekomprimieren, bevor

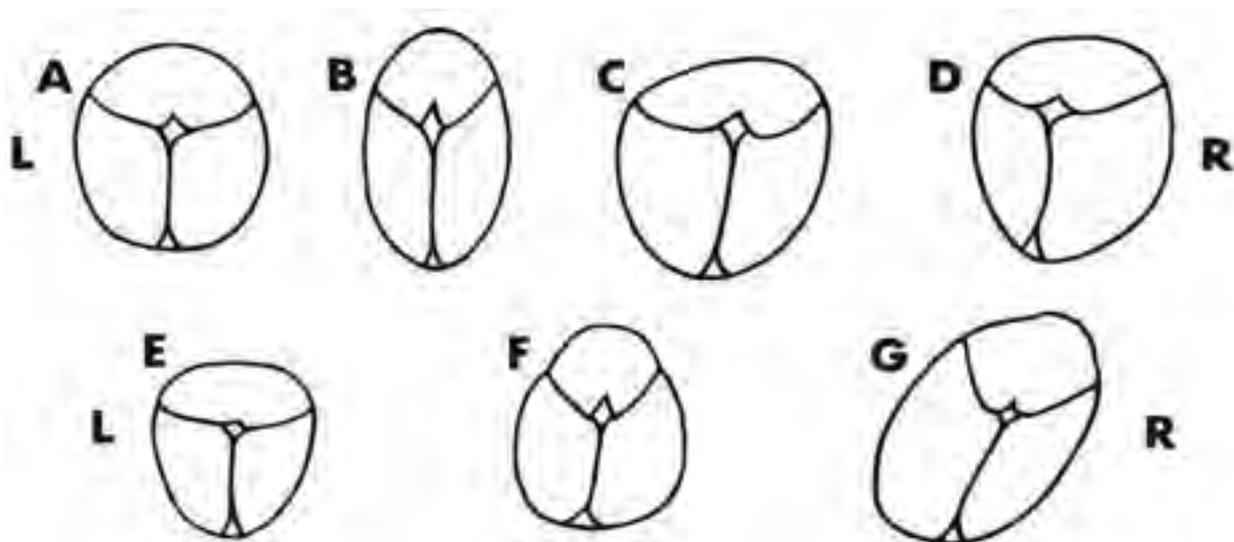


Abbildung 9. Diagramme der Schädelkapsel von oben: A, Flexion; B, Extension; C, Torsion nach links; D, Side-bending-Rotation, konvex zur rechten Seite; E, Vertikal-Strain der Basis sphenoidalis superior; F, Vertikal-Strain der Sphenoidbasis, inferior; G, lateraler Strain mit der Basis sphenoidalis zur linken Seite hin.

sein Bewegungsmuster evaluiert werden kann (Tabelle 8).

Daher wird beim Bericht eine mögliche bilaterale Kompression als solche aufgenommen, obwohl das Ausmaß auf einer Seite viel größer sein kann als auf der anderen. Eine unilaterale Kompression wird folgendermaßen definiert: Eine Seite ist eingeschränkt und die andere Seite hat freie Beweglichkeit. Jene Fälle, bei denen es keine Einschränkung der physiologischen Beweglichkeit gab, wurden als 'frei' bezeichnet. In der ganzen Reihe wurden bei 31%, also etwas weniger als einem Drittel frei bewegbare okzipitale Knochen festgestellt. Bei 46% wurde ein Ausmaß an bilateraler Kompression, entweder schwer oder moderat festgestellt. Dabei wurde das Ausmaß danach bestimmt, wie leicht eine Dekompression erreicht wurde. Von 508 bilateralen Kompressionen wurden 97 oder 19% als moderat eingestuft.

Die Bedeutung eines Strain-Musters kann nicht voll erfasst werden, wenn keine Nachuntersuchungen in der Phase der Kindheit stattfinden. Nichtsdestotrotz zeigt sich bei kritischer Betrachtung der verschiedenen klinischen Klassifizierungen ein Trend, der annehmen lässt, dass okzipitale Strains der Partes condylares von klinischer Signifikanz sind (Tabelle 8). Bei den asymptomatischen Säuglingen wiesen 37% einen gewissen Grad an bilateraler Kompression der Partes condylares auf, bei nervösen Babys ließ sich hingegen bei 79% ein schwerer Grad dieser Kompression nachweisen. Nervöse Babys zeigten keinerlei lediglich moderate Kompressionen. Auf der anderen Seite zeigten 39% der asymptomatischen Kinder keine Anzeichen von okzipitalen Strains, während es bei den nervösen Kindern nur 5% waren; 95% der nervösen Kinder hatten irgendeine Art eines okzipitalen Strains. Während 61% der asymptomatischen Kinder auch einen gewissen Grad an Strain-Mustern aufwiesen, so muss bemerkt werden, dass die Symptome der nervlichen Reizung nicht immer innerhalb der ersten Lebensstage auftreten. Des Weiteren folgt der Dekompression eines solchen okzipitalen Strains bei nervösen Kindern häufig eine sofortige Entspannung: Das Schreibaby hört auf zu schreien, das angespannte Kind entspannt sich und schläft,

das sich übergebende Kind fängt nun an, die Nahrung bei sich zu halten.

Als nächstes wird die Motilität der *Symphysis sphenobasilaris* anhand des Kontaktes mit dem Schädeldach studiert. Die Zeigefinger sind auf den Anguli laterale des Os frontale und den Alae majores des Os sphenoidale, der kleine Finger ruht auf den Anguli laterale des Os occipitale und die übrigen Finger liegen über dem Os parietale und den Squamae der Ossa temporalia. Die Daumen überkreuzen sich oben, sind aber nicht in Kontakt mit der Sutura sagittalis. Dann werden die Daumen als Fulkrum benutzt, um dem Mechanismus sanft in Richtung Flexion, dann in Richtung Extension, zur rechten und linken Torsion, zu einer Side-bending-Rotation rechts oder links, zum vertikalen Strain mit superiorer Basis des Os sphenoidale, zum vertikalen Strain mit inferiorer Basis des Os sphenoidale und letztendlich zum lateralen Strain mit der Basis des Os sphenoidale zur rechten oder zur linken zu bewegen. Damit kann eine Einschätzung des Grades der anteroposterioren Kompression erhalten werden.

Flexion und Extension (Abbildungen 9A und B) wurden schon als physiologische Bewegungen des primären Respirationsmechanismus beschrieben. Ein *Torsions-Strain (Abbildung 9C)*, der häufig durch eine Kompression der peripheren Artikulation in einem Quadranten des Kopfes sowie etwa dem Pterion oder dem fronto-sphenoidalen bzw. okzipito-mastoidalen Bereich verursacht wird, ist eine Rotation des Os sphenoidale und des Os occipitale in einer gegenläufigen Richtung um eine Sagittal-Achse. *Side-bending-Rotations-Strains (Abbildung 9D)* resultieren häufig aus dem Druck auf die Seite des Kopfes über die spheno-squamöse Artikulation, welcher durch das sakrale Promontorium der Mutter entstehen kann, sobald der Kopf ins Becken eintritt. Dieser periphere Strain löst eine seitlich geneigte Rotation aus, das heißt, eine Rotation der okzipitalen und sphenoidalen Basis in entgegengesetzte Richtungen um die Vertikal-Achsen mit einer gleichzeitigen Drehung um eine Sagittal-Achse in derselben Richtung, hin zur Konvexität. Die Konturen des Kopfes deuten den Typus des Strain-Musters im Kopf an.

Vertikale Strain-Muster entstehen als Folge okzipitaler Kompression der Partes condylares oder einer Gesichtskompression bei Stirnlage. Die „Räder“ des Os sphenoidale und des Os occipitale kann man sich so vorstellen: Sie rotieren um parallele Horizontal-Achsen in dieselbe Richtung und erzeugen so einen Abscher-Strain an der Symphyse. Es gibt eine flexionsartige Position des Os sphenoidale mit einer extensionsartigen Position des Os occipitale, sobald die Sphenoidbasis sich superior gedreht hat bzw. umgekehrt. Dreht die Sphenoidbasis superior (**Abbildung 9E**), lässt die Beobachtung von außen ein breites Gesicht, hervorstehende Augen, eine flache Sutura metopica, einen abgeflachten Gaumenbogen und ein enges Os occipitale und Schädeldach, ein abgeflachtes Mastoid sowie eine Prominenz des Processus mastoideus zum Vorschein kommen (beim Neugeborenen ist der Processus mastoideus noch nicht entwickelt, aber die Palpation des Ursprungs der zervikalen Muskeln, die aus ihm hervorgehen, bieten den nötigen Anhaltspunkt). Steht die Sphenoidbasis inferior (**Abbildung 9 F**), ist das Gesicht schmal,

die Augenhöhlen klein, die Augäpfel zurückweichend, die Sutura metopica prominent und der Gaumenbogen hoch und eng, während sich das Os occipitale abgeflacht und die Ossa parietalia sich weit präsentieren und die Ossa temporalia am Mastoid prominent bzw. am Processus mastoideus zurückweichend sind.

Ein *lateral Strain* der Symphysis sphenobasilaris (**Abbildung 9G**), respektive die gleichgerichtete Rotation des „Rades“ des Os sphenoidale und des Os occipitale um die parallelen Vertikal-Achsen erzeugt die Kopfform, die uns als ein parallelogrammförmiger Kopf bekannt ist.

Da die Symphysis sphenobasilaris den zentralen Punkt dieser komplexen Artikulationsstrukturen bezeichnet, betrifft die sie beeinflussende Belastung automatisch alle anderen Teile des Kopfes. Torsions-Strains können ihre Ursache etwa in einer unilateralen Kompression der Partes condylares oder des okzipito-mastoidalen Bereichs bzw. fronto-sphenoidalen Bereiches haben, nur um einige der am häufigsten vorkommenden Ursachen zu nennen. Alle anderen Strain-Muster der Basis können in ähnlicher Weise mit den

Tabelle 9										
HÄUFIGKEIT VON STRAIN-PATTERN AN DER SSB										
BEI 1.250 KLEINKINDERN MIT SYMPTOMEN										
Strain-Pattern der SSB	Analyse anhand des dominanten Strain-Pattern		Asymptomatisch		Ikterus (Mongoloid)		Respiratorische/zir kulatorische Symptome		Neurologische oder nervöse Symptome	
	Fälle	% (dokum. Fälle)	Fälle	% (dokum. Fälle)	Fälle	% (dokum. Fälle)	Fälle	% (dokum. Fälle)	Fälle	% (dokum. Fälle)
Flexion	124	10,04	68	7,83	1	14,30	11	7,28	44	21,05
Extension	51	4,13	31	3,58	1	14,30	9	5,96	10	4,78
Torsion	352	28,50	262	30,18	1	14,30	55	36,42	34	16,27
Side-bending-Rotation	150	12,15	111	12,79	1	14,30	16	10,60	22	10,53
Vertikal- / Lateral-Strain	60	4,86	39	4,49	--	--	6	3,97	15	7,18
Kompression	216	17,49	110	12,67	2	28,50	29	19,21	75	35,89
Frei	282	22,83	247	28,46	1	14,30	25	16,56	9	4,31
Undokumentiert	15		6		1		6		2	
Gesamt	1.250		874		8		157		211	

Tabelle 10				
HÄUFIGKEIT EINES FLEXIONS-STRAIN AN DER SSB BEI NEUROLOGISCH AUFFÄLLIGEN, NERVÖSEN UND ASYMPTOMATISCHEN KLEINKINDERN				
Flexion	Asymptomatisch		Neurologische oder nervöse Symptome	
	Fälle	% bei 868 dokum. Fällen	Fälle	% bei 209 dokum. Fällen
Nur Flexion	68	20,74	44	67,46
Flexions-Element in einem komplexen Strain Pattern	112		97	

Tabelle 11				
HÄUFIGKEIT EINES TORSIONS-STRAIN AN DER SSB BEI KLEINKINDERN MIT RESPIRATORISCHEN UND ZIRKULATORISCHEN SYMPTOMEN UND BEI ASYMPTOMATISCHEN KLEINKINDERN				
Torsion	Asymptomatisch		Respiratorische/ zirkulatorische Symptome	
	Fälle	% bei 868 dokum. Fällen	Fälle	% bei 151 dokum. Fällen
Nur Torsion	262	32,14	55	83,44
Torsions-Element in einem komplexen Strain-Pattern	17		71	

peripheren Strain verbunden sein. Jedoch erzeugen Distorsionen des gesamten Kopfes, wie in **Abbildungen 9 und 10** gezeigt wird, primäre Strain-Muster des Primären Respiratorischen Mechanismus. Da es häufig vorkommt, dass es komplexe Muster gibt, die aus mehreren Strain-Elementen bestehen, wird eine Klassifizierung schwieriger. Daher wird eine Kompression des Mechanismus, die mit einer eingeschränkten Bewegung in allen Richtungen einhergeht, bei den abschließenden Analysen vorrangig betrachtet. Vertikale oder laterale Strain-Muster haben den Vorrang, mit Ausnahme der Kompression; Flexion und Extension sind gegenüber allen anderen Strain-Mustern nachrangig zu sehen (**Tabelle 9**). Die gleiche Analyseverfahren wurde auf die verschiedenen Studiengruppen angewandt (**Tabelle 9**).

Angesichts des häufigen Vorkommens eines Flexions-Musters bei nervösen Babys war es von Interesse zu bestimmen, wie viele Kinder der

nervösen Gruppe verglichen mit der asymptomatischen Gruppe eine Flexions-Komponente bezogen auf die Kopfformen aufwiesen. Ein Flexions-Strain an der Schädelbasis kam bei Kindern mit neurologischen Symptomen noch häufiger vor als bei asymptomatischen Kindern (**Tabelle 10**). Das Ereignis einer Kompression ist auch sehr viel häufiger in dieser Gruppe.

Das häufige Vorkommen eines Torsions-Musters bei Kleinkindern mit Beschwerden der Atmung oder zirkulatorischer Stase wird in **Tabelle 9** aufgezeigt. Das Vorkommen einer Torsion wurde dann in ähnlicher Weise aus den komplexen Strain-Mustern herausgelesen (**Tabelle 11**). Das häufige Vorkommen eines Torsions-Musters bei den Kleinkindern mit Beschwerden der Atmung oder zirkulatorischer Stase wird nochmals hinsichtlich der Strains im Temporalbereich betrachtet.

Die Ossa temporalia werden folgendermaßen untersucht: Das Os occipitale wird mit den

hohlen Händen gestützt und die Zeigefinger liegen auf den Spitzen der Processi mastoidei. Die Positionen im Verhältnis zur relativen Prominenz der Ossa mastoidea werden als Maß für die Außen- bzw. Innenrotation benutzt. Eine sanfte Bewegung wird ausgelöst, um den Eindruck, der durch die Beobachtung der Position gewonnen wurde, zu bestätigen. Die Ossa temporalia werden Strain-Muster an der Symphysis sphenobasilaris reflektieren, aber sie können genauso durch die Kräfte, welche die okzipito-mastoidalen, parieto-mastoidalen, sphenosquamösen oder zygomatico-temporalen Artikulationen komprimieren oder eindrücken, verzerrt werden.

Um die Aufzeichnung zu vereinfachen, wurde jedem Säugling mit einer eingeschränkten temporalen Beweglichkeit ein temporaler Strain zugeschrieben. Er wurde als rechts, links oder bilateral bezeichnet. Ob es sich bei dieser Einschränkung um eine Außen- bzw. Innenrotation handelt, konnte nicht unterschieden werden, noch wurden spezifische ätiologische Bereiche der Kompression erfasst, die im okzipito-mastoidalen bzw. sphenosquamösen Bereich auftraten. Da die Veränderung der lokalen physiologischen Funktion und ihre Wirkung auf den Primären Respiratorischen Zyklus klinisch signifikant sind, ist eine solche Reduzierung zulässig. Eine weitere Studie mit einem speziellen artikulierenden Bezug im Hinblick auf den Mechanismus während der Geburt wäre wahrscheinlich dazu geeignet, einige der Mechanismen, die für die Entstehung solcher Strains verantwortlich sind, vorzustellen.

Bei der Gruppe mit Problemen der Atmung oder des Kreislaufs kam der rechte temporale Strain am häufigsten vor. Zudem soll beachtet werden, dass weniger als 8% dieser Fälle frei bewegliche Ossa temporalia aufwiesen, während sie bei 29% asymptomatischen Kleinkindern frei beweglich waren. Des Weiteren kam es bei einem Release der eingeschränkten Ossa temporalia und der Wiederherstellung einer freien, rhythmischen Bewegung zu einer ruhigen, leichten, rhythmischen Atmung und einer Verbesserung der Hautfarbe des Kindes. Bei der Diskussion der Strain-Muster der Symphysis sphenobasilaris wurde in unserer Studiengruppe

die Aufmerksamkeit auf das vermehrte Vorkommen von Torsions-Strains gelenkt. Restriktionen des Os temporale gehen einem Torsions-Muster an der Schädelbasis häufig voraus und es wird stets von Ungleichgewichten am Os temporale begleitet (Tabelle 12).

Bilaterale Restriktionen werden häufig bei nervlich angespannten Kindern gefunden. Es wird nochmals daran erinnert, dass eine Kompression der Symphysis sphenobasilaris auch ein sehr häufiger Befund bei solchen Babys war. Eine solche temporale Restriktion könnte die Folge eines absoluten komprimierenden Effektes eines großen Kopfes in einem kleinen Becken sein, einer geringeren Unverhältnismäßigkeit, welche die Geburt verzögert, aber letztlich doch eine vaginale Geburt erlaubt, oder sie kann sekundär sein zur antero-posterioren Kompression des teilweise erweiterten Kopfes, der die Mobilität an der Symphysis sphenobasilaris vermindert (Tabelle 12).

Zum Schluss wird in dieser Studie der untere Pol des Mechanismus, das Sakrum, betrachtet. Strain-Muster des Sakrum sind eng mit jenen innerhalb des Kopfes verbunden, da die Kernverbindung der Dura mater nicht nur am Foramen magnum, am Axis und C3 und seinem oberen Pol fixiert ist, sondern auch durch fibröse Bänder bis hin zum zweiten sakralen Segment an seinem unteren Pol⁶. Es wird etwa oft darauf hingewiesen, dass eine Kompression der Pars condylaris auf der rechten Seite mit einem Ungleichgewicht an der Sakrumbasis einhergeht, sodass die linke Seite im Verhältnis zur rechten etwas höher steht. Mit anderen Worten: Eine eingeschränkte Pars occipitalis inferior ist mit einer tiefer stehenden Sakrumbasis auf derselben Seite verbunden. Physiologisch betrachtet bewegt sich die Schädelbasis während der Inspirationphase in Richtung Flexion, welche als die Richtung der postero-superioren Bewegung der Schädelbasis und der anterioren Bewegung des Apex definiert ist. In der Gruppe mit nervösen Kindern wurde eine Flexion an der Schädelbasis bei 103 Kindern oder 49% der Fälle gefunden und davon zeigten 76 Kinder auch ein in Extension fixiertes Sakrum. In der gesamten Gruppe mit 211 Kindern mit nervösen Symptomen, wiesen 142 oder 73,2% einen schweren sakralen Extensions-

Tabelle 12										
HÄUFIGKEIT EINER RESTRIKTION IN DER BEWEGUNG DES OS TEMPORALE BEI 1.250 KLEINKINDERN MIT SYMPTOMEN										
Strain-Pattern am Os temporale	Fälle	% (dokum. Fälle)	Asymptomatisch		Ikterus (Mongoloid)		Respiratorische/ zirkulatorische Symptome		Neurologische oder nervöse Symptome	
			Fälle	% (dokum. Fälle)	Fälle	% (dokum. Fälle)	Fälle	% (dokum. Fälle)	Fälle	% (dokum. Fälle)
Rechts	373	32,58	254	31,32	2	33,33	59	37,82	58	33,72
Links	267	23,32	208	25,65	1	16,67	28	17,95	30	17,44
Bi-Lateral	223	19,48	103	12,70	1	16,67	47	30,13	72	41,86
Gemischt	21	1,83	10	1,23	-	-	10	6,41	1	0,58
Frei	261	22,79	236	29,10	2	33,33	12	7,69	11	6,40
Undokumentiert	105		63		2		1		39	
Gesamt	1.250		874		8		157		211	

Tabelle 13										
HÄUFIGKEIT VON STRAIN-PATTERN AM OS SACRUM BEI 1.250 KLEINKINDERN MIT SYMPTOMEN										
Strain-Pattern am Os sacrum	Fälle	% (dokum. Fälle)	Asymptomatisch		Ikterus (Mongoloid)		Respiratorische/ zirkulatorische Symptome		Neurologische oder nervöse Symptome	
			Fälle	% (dokum. Fälle)	Fälle	% (dokum. Fälle)	Fälle	% (dokum. Fälle)	Fälle	% (dokum. Fälle)
Links Superior	135	12,37	105	13,76	2	33,33	13	10,16	15	7,73
Rechts Superior	45	4,12	32	4,19	-	-	6	4,69	7	3,61
Extension	401	36,76	207	27,13	1	16,67	51	39,84	142	73,20
Flexion	31	2,84	19	2,49	-	-	8	6,25	4	2,06
Rotation zw. den Ossa ilia	94	8,62	72	9,44	2	33,33	11	8,59	9	4,64
Frei	385	35,29	327	42,99	1	16,67	40	30,47	17	8,76
Undokumentiert	159		112		2		28		17	
Gesamt	1.250		874		8		157		211	

Strain auf. In einigen Fällen stellte das Sakrum den Primärfaktor und sein Release entspannte das Kind und stellte die freie Beweglichkeit der Partes condylares occipitalis wieder her. Noch häufiger jedoch stellten die Partes condylares das vorrangige Problem dar, welches gelöst werden musste, bevor eine Reaktion im Sakrum oder die nervösen Symptome des Kindes betreffend erreicht werden konnten (Tabelle 13).

Abschließende Bemerkungen

In dieser Reihe mit 1.250 Babys waren 139 Kinder mit symmetrischen, frei beweglichen Kraniosakralen Mechanismen. Weitere sechs Kinder waren nur in einem Bereich moderat eingeschränkt, der so leicht gelöst werden konnte. Es wurde angenommen, dass die spontane Aktivität des Kindes, das Schreien und Saugen, diese Auflösung hervorgebracht hatte. Diese 145 Kinder, die anscheinend strukturell und funktionell voll und ganz gesund sind, repräsentieren nur 11,6% aller untersuchten Kinder. Erkennbare Symptome der Gereiztheit des Zentralen Nervensystems waren offensichtlich bei 211 Kindern oder 16,88%. Anzeichen für Probleme bei der Atmung oder des Kreislaufs gab es bei 157 Kindern oder 12,56%. Bis zum fünften Lebens- tag blieben 729 oder 58,32% symptomfrei.

Eine Studie der Befunde bei den unterschiedlichen Studiengruppen lässt vermuten, dass jene Strains innerhalb der sich entwickelnden Teile des Os occipitale bei der Entstehung nervöser Symptome, wie etwa beim Erbrechen, bei der hyperaktiven Peristaltik, dem Tremor, der Hypertonizität und der Gereiztheit von beträchtlicher Bedeutung sind. Das Auftreten eines Flexions-Strains an der Symphysis sphenobasilaris und eines Extensions-Strains des Sakrum, einer unphysiologischen Kombination, ist ein weiterer Befund. Eine Kompression der Symphysis sphenobasilaris, die jegliche Bewegung eingrenzt, trat bei nervösen Kindern signifikant gehäuft auf.

Ein Torsions-Strain an der Symphysis sphenobasilaris und Restriktionen der temporalen Mobilität sind von Bedeutung bei Problemen der Atmung und des Kreislaufs.

Die gezeigten Abbildungen führen zu bestimmten Schlussfolgerungen, die es wert sind, weiter studiert und getestet zu werden. Jedoch zeigen diese Abbildungen nicht die Veränderungen, die geschehen, wenn diese Strain-Muster gelöst werden. Diese Studie war auch nicht dazu gedacht. Die wirklich dramatische Entspannung eines nervösen Kindes, sobald ein extendiertes Sakrum gelöst oder eine kondyläre oder sphenobasilar Kompression behoben wurde, sind Dinge, die beobachtet werden müssen, damit man sie in ihrer Gesamtheit verstehen kann. Die Wiederkehr der leichten Atmung oder einer gesunden rosa Hautfarbe eines Kind, mit zuvor brodelnder unregelmäßiger röchelnder Atmung bei der Wiederherstellung einer freien Beweglichkeit der Ossa temporalia legt eine bedeutende Verbindung zwischen Struktur und Funktion nahe.

Aber was ist mit den 729 asymptomatischen Kindern, die strukturelle Strain-Muster haben? Dies ist die Frage, die nur durch eine langfristige Nachfolge-Studie beantwortet werden kann. Wäre es vielleicht möglich, dass in der Antwort die Lösung für einige der ungelösten Probleme der Kindheit liegt?

Die Antwort könnte einen Teil jenes zerebralen Traumas erklären, das von Taft und Goldfarb⁷ in ihrer Diskussion der Ätiologie der kindlichen Schizophrenie als ein herbeigeführter Umstand bei einem genetisch bedingten Prozess beschrieben wird und der durch sämtliche Arten von Stress ausgelöst werden kann. Studien über die Schizophrenie bei Erwachsenen aus dem Team von Woods⁸ weisen auf das Vorhandensein einer eingeschränkten Beweglichkeit und Belastbarkeit des Kranialen Mechanismus hin.

Möglicherweise kann so auch die Antwort auf einige jener Fälle minimaler zerebraler Dysfunktionen gefunden werden, besonders in jener Gruppe, die Paine⁹ beschreibt und in der die pränatalen und geburtshilffichen Verläufe vollkommen frei von so genannten potenziellen zerebralen Störfaktoren sind. „Es wird im Allgemeinen behauptet“, stellt er fest, „dass ein geringgradiger mentaler Defekt bei einem Kind von intelligenten Eltern wahrscheinlich durch einen unglücklichen Unfall (pränatal, natal oder

postnatal) passiert ist.“ Dieser Unfall geschieht häufig während des Geburtsprozesses und hinterlässt seine Spuren in den anatomisch-physiologischen Mechanismen, welche das unreife und sich noch entwickelnde Zentrale Nervensystem enthalten, schützen und beeinflussen.

Oder sie wirft einen Lichtschimmer auf die Ursache und Vorsorge eines mentalen Handicaps. Sheridan¹⁰ bemerkte, dass viele Kinder mit einem mentalen Handicap an einer strukturellen oder funktionellen Anomalie leiden, die früher nicht bemerkt oder zu gering eingeschätzt wurden. Die momentane Arbeit von A. P. Warthman und Sr. Mary in Detroit, Michigan, die bisher unveröffentlicht ist, liefert beträchtliche Hinweise auf eine Verbindung zwischen langsam lernenden Kindern, den so genannten „Trödlern“, Kinder mit Leseproblemen und mental schwachen Kindern, welche mit einer anatomisch-physiologischen Störung des Kraniosakralen Mechanismus einhergeht.

Sie kann auch weitere Anhaltspunkte beim komplexen Problem der zerebralen Kinderlähmung liefern. MacKeith¹¹ weist darauf hin, dass „bei nur etwa der Hälfte der Fälle von Kinderlähmung eine eindeutige Ursache bekannt ist.“ Des Weiteren, „auch wenn es eine ‘offensichtliche’ Ursache, wie die nicht einsetzende Atmung bei der Geburt, gibt, kann diese fehlende Atmung bei der Geburt und die Kinderlähmung von zuvor bestehenden Faktoren herühren.“

Bei der Studie des Primären Respiratorischen Mechanismus beim Neugeborenen wird zumindest ein Teil dieser bereits bestehenden Störung nachgewiesen und er weist auf Faktoren hin, die für viele andere Probleme der frühen Kindheit, des Schulkindalters und sogar des späteren Lebens, verantwortlich gemacht werden könnten.

Zusammenfassung

1.250 randomisiert ausgewählte Neugeborene wurden untersucht, um einen möglichen Zusammenhang zwischen anatomisch-physiologischen Störungen des Kraniosakralen Mechanismus und deren Symptomatik zu erforschen.

Der Grad der Ossifikation des Schädels bei der Geburt wird mit einer besonderen Aufmerksamkeit auf die sich entwickelnden Teile des Os occipitale, der Ossa temporalia und des Os sphenoidale betrachtet. Die Signifikanz der intraossären Artikulationen zwischen diesen Teilen wird durch eine Berücksichtigung der eng damit verbundenen vitalen Strukturen erfasst.

Das anatomisch-physiologische Konzept von Dr. Sutherland, der Primäre Respiratorische Mechanismus, postuliert, dass die rhythmische kraniale Bewegung, die von außen tastbar und für die Aufzeichnungen zugänglich ist, aus einem kombinierten Effekt der inhärenten Motilität des Zentralen Nervensystems, der Fluktuation der Zerebrospinalen Flüssigkeit, des Reziproken Spannungsmechanismus der Dura mater und ihren Auffaltungen und der Gelenkbeweglichkeit der Schädelknochen bzw. des Sakrum zwischen den Ossa ilia besteht.

Der Mechanismus der Geburt in jeglicher Form wird unter bestimmten Umständen als möglicher traumatischer Einfluss auf den Kraniosakralen Mechanismus in Erwägung gezogen.

Die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, dass Strain-Muster innerhalb der sich entwickelnden Teile des Os occipitale von beträchtlicher Signifikanz bei der Entstehung von neurologisch bedingten Symptomen, respektive Erbrechen, hyperaktive Peristaltik, Tremor, Hypertonus und Reizbarkeit sind. Eine unphysiologische Kombination aus Flexions-Strain an der Symphysis sphenobasilaris und Extensions-Strain des Sakrum wird in dieser Gruppe von Kindern häufig gefunden. Eine Kompression der Symphysis sphenobasilaris kommt häufiger bei nervösen Babys vor.

Es wird angenommen, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen einem Torsions-Strain der Symphysis sphenobasilaris mit Restriktion des Os temporale und Symptomen bezogen auf Atmung und Kreislauf besteht.

Es wurde empfohlen, die mögliche ätiologische Bedeutung der Strain-Muster beim asymptomatischen neugeborenen Kind zu diskutieren und weitere Forschung anzustreben.

Bibliografie

1. Gray, H: Anatomy of the human body. Goss, CM, ed. Ed 25. Lea and Febiger. Philadelphia. 1948
2. Sutherland, WG: The cranial bowl. A treatise relating to cranial mobility, cranial articular lesions and cranial technic. Ed. I. Free Press Co., Mankato, MN. 1939
3. Sutherland, WG: Unpublished writings collected by Adah S, Sutherland
4. Titus, P: The management of obstetric difficulties. Ed. 5, revised by JR Wilson. CV Mosby Co., St Louis. 1955
5. Frymann, VM: Palpation. Its study in the workshop. In yearbook of selected osteopathic papers 1963, the Academy of Applied Osteopathy. The Academy, Carmel, CA. 1963
6. Bassett, DL: A stereoscopic atlas of human anatomy. Section L The central nervous system. Sawyer's Inc, Portland, OR. 1952
7. Taft, LT and Goldfarb, W: Prenatal and perinatal factors in childhood schizophrenia. *Develop Med Child Neurol* (4) 3243. Feb 64
8. Woods, JM and Woods, RH: A physical finding related to psychiatric disorders. *JADA* (60) 988-993. Aug 61
9. Paine, RS: Minimal chronic brain syndromes in children. *Develop Med Child Neurol* (4) 21-27. Feb 62
10. Sheridan, MD: Mentally handicapped children. *Develop Med Child Neurol* (4) 71-76. Feb 62
11. MacKeith, R: Defining the concept of minimal brain damage. In *Minimal Cerebral dysfunction; papers from the International Study Group held at Oxford September 1962*. MacKeith, R, and Bax, M, eds. Little Club Clinics in Developmental Medicine No.10. National Spastics Society, London. 1963

2. EINE STUDIE ÜBER DIE RHYTHMISCHEN BEWEGUNGEN DES LEBENDEN SCHÄDELS

Viola M. Frymann, DO, FAAO
Genehmigter Nachdruck aus JAOA (70)
928-945, Mai 1971

Zusammenfassung

Die Hypothese der inhärenten Motilität des Schädels wird durch die Palpation des lebenden Kopfes gestützt. Die Hypothese, dass womöglich ein Rhythmus festgestellt wird, der mit dem arteriellen Puls synchron ist und ein anderer, der mit der thorakalen Atmung zusammenhängt, stimmen mit den bekannten physiologischen Phänomenen überein. Der Bericht über einen dritten tastbaren Rhythmus, langsamer als Puls und Atmung, verlangt nach eingehender Forschung. Dieser Artikel berichtet über eine Reihe von Experimenten, die mit Instrumenten durchgeführt wurden, welche für das Studium von kleinsten Bewegungen der Expansion und Kontraktion des Schädels geeignet sind. Die Aufzeichnungen zeigen, dass eine langsamere, sich von der Motilität des vaskulären Pulses und der thorakalen Atmung unterscheidende Motilität des Schädels vorliegt und dass diese Bewegung durch Instrumente aufgezeichnet werden kann. Von Studien über die rhythmische zelluläre Funktion und der Bewegung der Zerebrospinalen Flüssigkeit wird oft berichtet. Um Zusammenhänge zwischen den hier beschriebenen verschiedenen physiologischen Phänomenen herzustellen, wird weitere Forschung benötigt.

Vor 70 Jahren entwickelte Dr. Sutherland die Idee, dass die Schädelknochen schräg abgeflacht sind, um die Mobilität und die Bewegung für einen respiratorischen Mechanismus¹ zu ermöglichen. Seine akribischen Studien über die Schädelknochen zeigten, dass jeder Knochen seinem ossären Partner durch Abschrägung angepasst ist. Er beschrieb quer verlaufende Furchen, diagonal liegende reibungsgesteuerte Schaltungen, ballförmige Objekte und Höhlen,

Angeln, Flaschenzüge, Drehpunkte, Scharniere und andere mechanische Einrichtungen, die eine Bewegung voraussetzen. Die zuerst 1939² veröffentlichte Hypothese, dass eine inhärente Motilität vorhanden ist, wurde durch die Palpation am lebenden Kopf gestützt. Eine plausible Behauptung im Einklang mit den bekannten physiologischen Phänomenen ist, dass ein mit dem arteriellen Puls synchroner Rhythmus festgestellt werden kann. Der dritte tastbare Rhythmus, der langsamer als Puls und Atmung ist, verlangt jedoch nach weiterer Forschung. Gibt es eine solche Bewegung wirklich? Kann sie aufgezeichnet werden? Wie ist ihre Beziehung zu den bekannten physiologischen Funktionen, falls sie existiert?

In der vorliegenden Arbeit soll diesen drei Fragen auf den Grund gegangen und die Ergebnisse aufgezeigt werden. Was die erste Frage, über die Existenz einer rhythmischen Bewegung im lebenden Schädel, die sich in ihrer geringeren Geschwindigkeit und dem andersartigem Rhythmus von dem der thorakalen Atmung unterscheidet, betrifft, behaupten alle der Palpation kundigen Behandler schon seit etwa 30 Jahren, dass eine solche inhärente Motilität feststellbar sei. Die Aussagekraft der Palpationsbefunde von Menschen mit geübten Händen wird hingegen von allen bezweifelt, denen diese Kunstfertigkeit fehlt. Der Zweifel gründet in erster Linie auf der plausiblen Hypothese, dass der Tastsinn systematischen, spürbaren Illusionen unterliegt, insbesondere wenn er rhythmischen Bewegungen ausgesetzt ist.

Folgendes kann mathematisch bewiesen werden: Sobald auf druckempfindliche Nervenenden mit der Summe von zwei schwingenden Druckwirkungen unterschiedlicher Frequenz eingewirkt wird und das von den Nerven entwickelte Signal eine nicht-lineare Funktion des absoluten Drucks repräsentiert, enthält das Signal zwei Pseudoschwingungen, deren Frequenzen die Summe und die Differenz der tatsächlichen

Schwingungen darstellen. Wurde das neuronale Netzwerk weiterhin durch Wahrnehmung und praktische Ausführung daraufhin entwickelt, alles außer den geringsten Schwingungen zu filtern, unterliegt der Tastsinn dahingehend einer Täuschung, dass die sich wiederholende Bewegung mit jener Frequenz wahrgenommen wird, die sich aus der Differenz der beiden aktuellen Frequenzen ergibt. Während der Palpation sind die Fingerspitzen vier rhythmische Bewegungen unterschiedlicher Frequenz ausgesetzt, von denen jeweils eine vom Puls und den Atemzyklen des Ausführenden sowie des Patienten ausgeht. Man kann durchaus argumentieren, dass die anscheinende Empfindung eines langsamen kranialen Rhythmus, eigentlich nur eine Schlagfrequenz etwa zwischen den zwei Pulsrhythmen darstellt.

Darauf bezogen muss auch angemerkt werden, dass dieses Phänomen auch für das Ohr bekannt ist. Vibrieren zwei Klaviersaiten in nur geringfügig unterschiedlichen Schwingungen, wird auf einer anderen Frequenz deutlich ein rhythmischer Klang vernommen, obwohl der Klang physisch nicht präsent ist. Darüber hinaus ist eine Reihe von den Tastsinn betreffenden Täuschungen bekannt. Die wohl bekannteste mag jene sein, welche erzeugt wird, wenn ein Objekt mit den Fingerspitzen von überkreuzten Fingern berührt wird, sodass der Eindruck entsteht, es wären zwei Objekte anstatt von einem.

Aus dem eben Gesagten ergab sich die Notwendigkeit, eine Instrumentenanordnung zu ent-

werfen, um die tastbaren Beobachtungen der Schädelbeweglichkeit tatsächlich nachzuweisen. Eine intensive Durchsicht der wissenschaftlichen Literatur ergab bis dato keinerlei Untersuchung der Motilität des lebenden Schädels. Die anatomischen Studien von Pritchard, Scott und Girgis³ untermauerten Dr. Sutherlands Theorie, dass die Strukturen des Schädels dazu vorgesehen sind, Bewegung zu erlauben und weiteten dieses Konzept in der Tat auf mehrere Tierarten aus. Jedoch wurde das somit vorgelegte Konzept noch nicht experimentell diskutiert.

Daher beauftragte ich 1962 F. G. Steele, einen begabten Elektroingenieur und Computerdesigner, ein elektronisches Aufzeichnungsgerät zu entwerfen, das geeignet war, kleinste Expansions- und Kontraktionsbewegungen am lebenden Schädel zu erfassen. Dieser Aufsatz wurde mit Steeles Hilfe erarbeitet, denn das Verstehen der Zusammenhänge zwischen den Gesetzen der Elektronik, den Gesetzen der Mechanik und den Gesetzen der Nervenfunktion ist für das Verständnis der am Instrumentendesign beteiligten Prinzipien und der Interpretation der Ergebnisse unerlässlich.

Mechanische Aufzeichnung

Bei dem Instrument wurde berücksichtigt, dass Berührungen nicht-linear verlaufen. Das Nervensystem gibt Signale ans Gehirn weiter, die fälschlicherweise Sinuskurven der Frequenzen



Abbildung 1. Instrument von vorne gesehen; zeigt das dem Kopf angepasste Flexicast-Kissen.

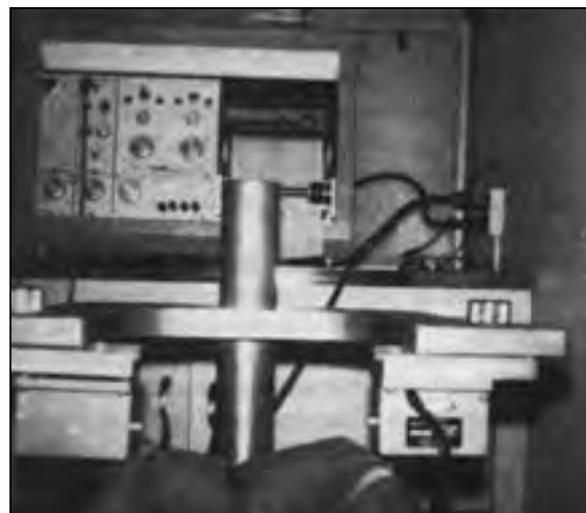


Abbildung 2. Nahaufnahme des Instruments mit Druckmesser und Übertragungsarm

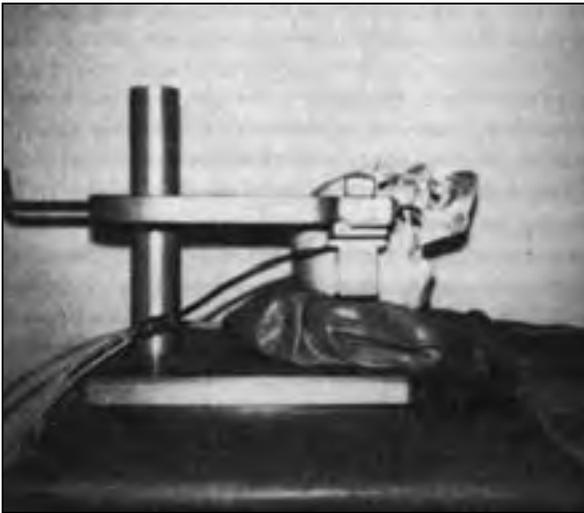


Abbildung 3. Seitliche Ansicht mit Objekt in situ.



Abbildung 4. Apparat von oben mit Objekt in situ.

der Summen und Differenzen der tatsächlich präsenten rhythmischen Bewegungen einschließen.

Täuschungen des Tastsinns im Sinn von rhythmischen Bewegungen im Kopf oder jedem anderen Körperteil einer Versuchsperson mögen in folgender Weise auftreten:

Die Fingerspitzen des Versuchsleiters sind leicht auf dem Kopf der Versuchsperson platziert, der Kopf und die Hände so gestützt, dass keine weiteren Bewegungen stattfinden. Die Kopfhaut sowie auch die Finger erfahren aufgrund der zwei Pulswellen leichte Ausdehnungen und Kontraktionen. Falls angenommen werden kann, dass die Finger als linear federnde Kontakte fungieren, entsteht ein Druck an den

Kontaktoberflächen, der proportional zur Summe der Pulsamplituden verläuft.

Die nächste Annahme besteht darin, dass die druckempfindlichen Neuronen eine nicht-lineare Reaktion aufweisen. Ein Graph der neuronal vermittelten Druckänderungen würde demnach eher kurvenförmig als geradlinig verlaufen. Man könnte folgerichtig annehmen, dass die menschlichen Drucksensoren eher eine logarithmische als eine lineare Reaktion anzeigen würden.

Unter diesen Umständen kann mathematisch veranschaulicht werden, dass die Neuronen nicht nur zwei Rhythmen wahrnehmen, sondern noch zwei weitere innere rhythmische Signale mit sich wiederholenden Frequenzen

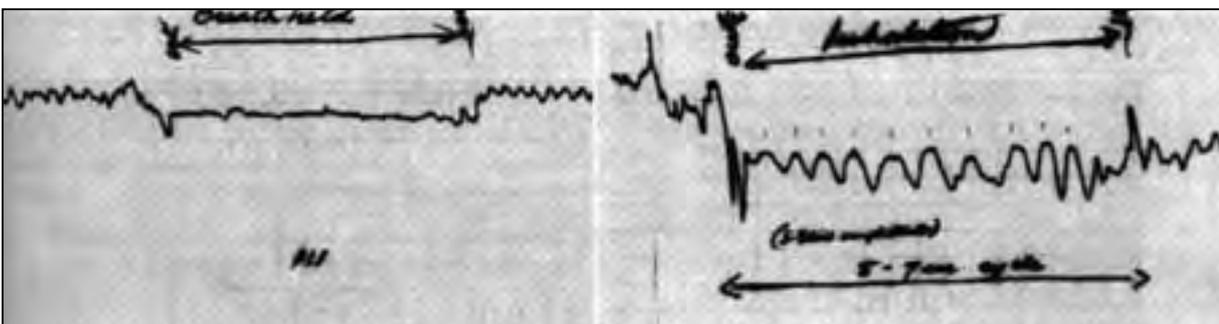


Abbildung 5a (links). Aufzeichnung vom 30. Mai 1963. Geschwindigkeit des Oszillografen: 1 mm/sec. Von rechts nach links gesehen: Der mit der thorakalen Atmung synchrone Zyklus vor und nach gehaltener Einatmung, bei der keine bedeutende Bewegung außer jener des Pulses festgehalten wurde.

Abbildung 5b (rechts). Nachdem die Druckmesser fester gezogen wurden, konnten deutliche rhythmische Bewegungen während gehaltener Einatmung aufgezeichnet werden.

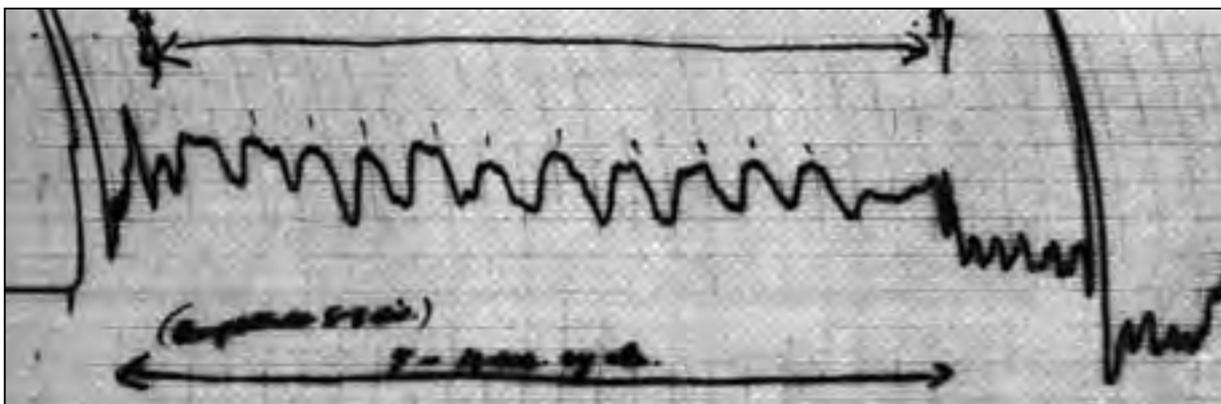


Abbildung 5c. Nach weiterem Anziehen der Druckmesser weisen die rhythmischen Bewegungen während gehaltener Einatmung eine größere Amplitude auf und sind langsamer als beim vorausgehenden bzw. folgenden Respirationszyklus. Nach diesem Test, bei dem der Druck bis hin zur Schwelle des Unangenehmen verstärkt wurde, bekam der Patient starke Kopfschmerzen.

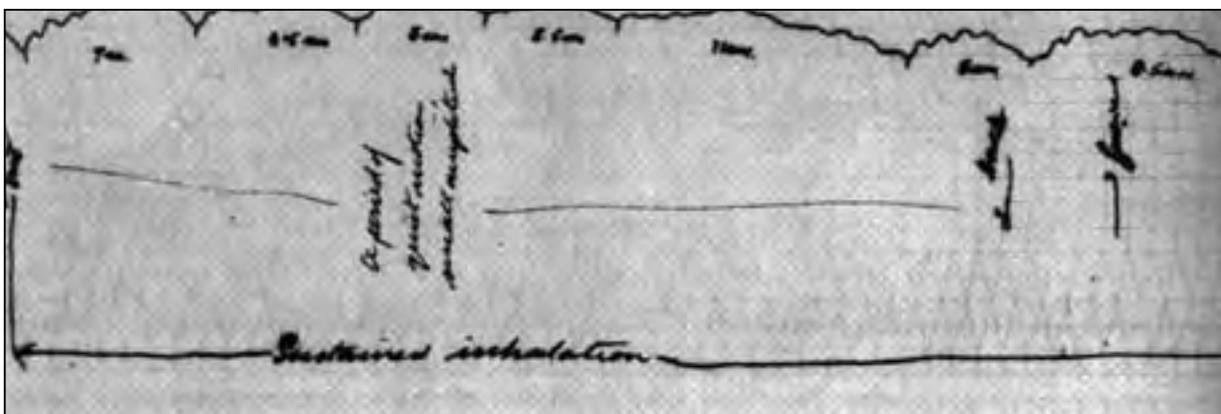


Abbildung 6. Aufzeichnung einer anderen Versuchsperson. Oszillografengeschwindigkeit: 5 mm/sec. Bei Unterbrechungen der Atmung erfolgte eine Reduktion der Amplitude und eine Veränderung der Frequenzen.

– eines am Summengipfel und eines am Differenzgipfel der zwei Pulsfrequenzen.

Kleinere translatorische Bewegungen im Bereich zwischen 0,00025 - 0,25 cm traten häufig auf. Es stehen eine Reihe von Geräten mit Sensoren zur Verfügung, die derartige Verschiebungen registrieren können und mithin als aussagekräftig für die Erforschung erscheinen. Daher ist die Empfindsamkeit des Druckmessers eine ernstzunehmende aber nicht dominierende Angelegenheit. Falls erforderlich, sind optische Techniken verfügbar, die Bewegungen geringer als 0,0000025 cm ausmachen können. Der so genannte Mossbauer-Effekt kann theoretisch dazu genutzt werden, um Bewegungen darzustellen, die noch langsamer als das Wachstum eines Fingernagels ablaufen.

Alle vorrangigen Überlegungen bezogen auf das Design waren auf die Applikationen der Druckmesser bezogen, um gesuchte Bewegungen aufzeichnen und unerwünschte ausschließen zu können. Letztere entstehen aus mindestens drei Quellen heraus:

1. Die großflächigen Bewegungen des Thorax während der Atmung können eine Reihe unterschiedlicher kleiner Bewegungen im Kopf hervorrufen.
2. Unwillentliche Bewegungen der Versuchsperson sowie Schlucken, Schniefen, Zusammenbeißen der Zähne oder sich einstellende Müdigkeit, implizieren sowohl vorübergehende Störungen als auch Nullverschiebungen.

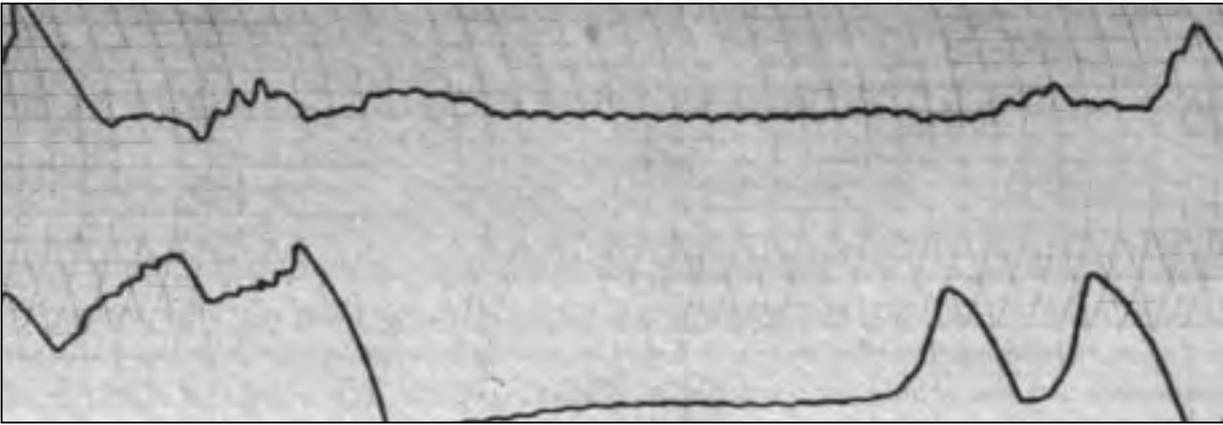


Abbildung 7a (oben). Drei Abschnitte der Aufzeichnung derselben Versuchsperson Oszillografengeschwindigkeit: 5 mm/sec. Die Schädelbewegungen sind im oberen Verlauf und das Pneumogramm darunter zu sehen. Von rechts nach links gesehen, zeigt das Pneumogramm zwei Respirationszyklen vor dem Abbruch der Atmung, mit durchweg anhaltender langsamer, flacher Exhalation.

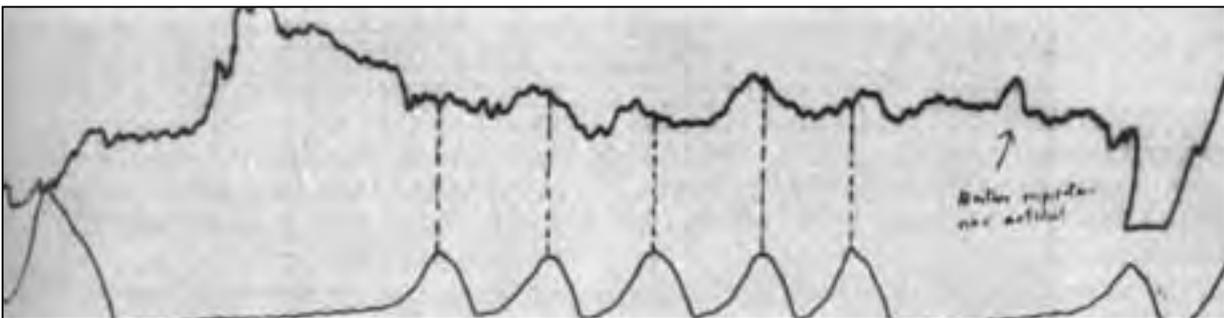


Abbildung 7b (Mitte). Ein späterer Abschnitt zeigt einen schädelinhärenten Rhythmus, welcher der Thoraxbewegung nachhinkt und einen Bewegungshöhepunkt während unterbrochener Einatmung vorweist und weder von der Atmung noch von den Arterien ausgeht.



Abbildung 7c (unten). Ein noch späterer Abschnitt zeigt einen phasenverschobenen Verlauf.

3. Der Puls impliziert eine rhythmische Bewegung der Kopfhaut mit einer Amplitude der gesuchten Bewegung. Zusätzlich müssen Veränderungen im Tonus der Kopf- und Halsmuskulatur als verdächtig gelten.

Es gibt zwei grundlegende Methoden Druckmesser anzubringen. Eine davon ist, sie unmittelbar auf der Versuchsperson zu platzieren, die andere besteht darin, sowohl die Druckmesser als auch die Versuchsperson an einem gemeinsamen festen Rahmen anzubringen. Der gepolsterte Tisch stellt hierbei diese augenscheinliche Einheit dar.

Jede Anbringungsmethode hat Vorteile, birgt aber auch Probleme.

Direkt am Kopf angebrachte und durch ihn gehaltene Druckmesser sind relativ unempfindlich gegen Kopfbewegungen, da sie sich mitbewegen. Es empfiehlt sich die Anbringung in sitzender Position der Versuchsperson. Die von der Atmung ausgehenden Störungen sollten minimal sein, aber anhaltende Schwierigkeiten aufgrund von großen Pulssignalen sind wahrscheinlich. Am Kopf angebrachte Systeme weisen sowohl Schwierigkeiten bei der Lokalisierung als auch der Wahrnehmung von Bewegungen im Kopf auf. Zudem entstehen Probleme, weil sie die Druckmesser in willkürliche Positionen verlagern und daher bei der Druckmessung selbst.

Mit Vorrichtungen, die nicht unmittelbar an der Versuchsperson angebracht werden, verhält

es sich tendenziell umgekehrt. Schwierigkeiten mit unerwünschten Kopfbewegungen liegen auf der Hand. Es ist also äußerst wünschenswert, der Versuchsperson die Geräte anzulegen, während sie sich in Rückenlage befindet. Die Pulssignale werden hierbei minimiert, wobei jedoch die Signale der Atmung die Hauptschwierigkeit darstellen.

Die Druckmesser könnten in ihrer Position frei bewegt, ihre Lokalisation könnte gemessen und sie mit geregelterem Druck angebracht werden.

Man entschied sich, die Arbeit mit einem System zu beginnen, das die Standardbedingungen unter welchen Palpation, Diagnose und Behandlung normalerweise ausgeführt werden, so abbildgetreu wie möglich reproduzieren würde. Daher wurde die externe Anbringung gewählt. Eine wichtige zusätzliche Abwägung war, dass eine Störung durch die Atmung vorteilhafter sei als eine Störung durch den Puls, denn die Atmung kann willentlich unterbrochen werden.

Die Wahl einer instrumentellen Versuchsanordnung, welche einer Palpation entspricht, schien bei der Entwicklung am rationalsten. Wie bereits erwähnt besteht der hauptsächliche Nachteil der Druckmesserfixierung am Tisch in ihrer Sensitivität gegenüber den Kopfbewegungen. Um diesem prinzipiell entgegenzuwirken, müssten am Rahmen zwei aufeinander abgestimmte Druckmesser angebracht werden, die auf den gegenüberliegenden Seiten Kontakt mit dem Kopf haben. So werden die Signale bei Bewegungen des gesamten Kopfes gegenseitig aufgehoben,

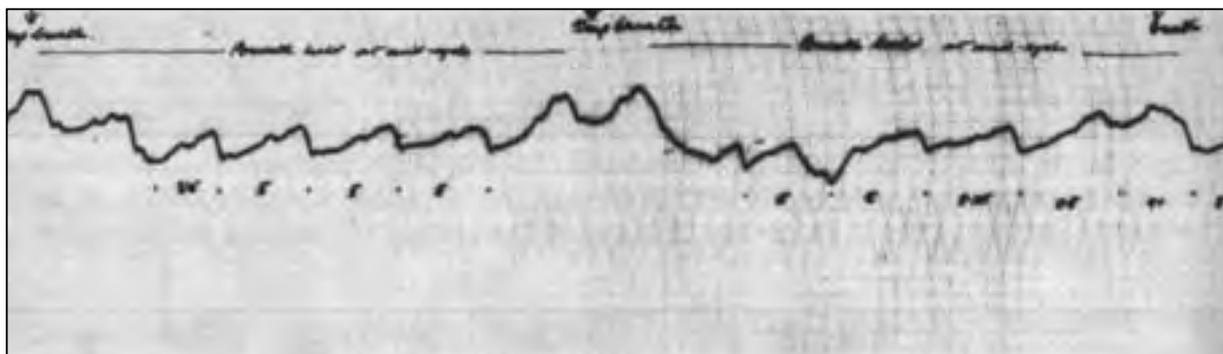


Abbildung 8. Aufzeichnung des Schädels während zwei Perioden, als die Atmung in Mittelstellung angehalten wurde bzw. nach tiefer Einatmung. Es konnte ein Rhythmuszyklus von ungefähr fünf Sekunden im Schädel festgestellt werden.

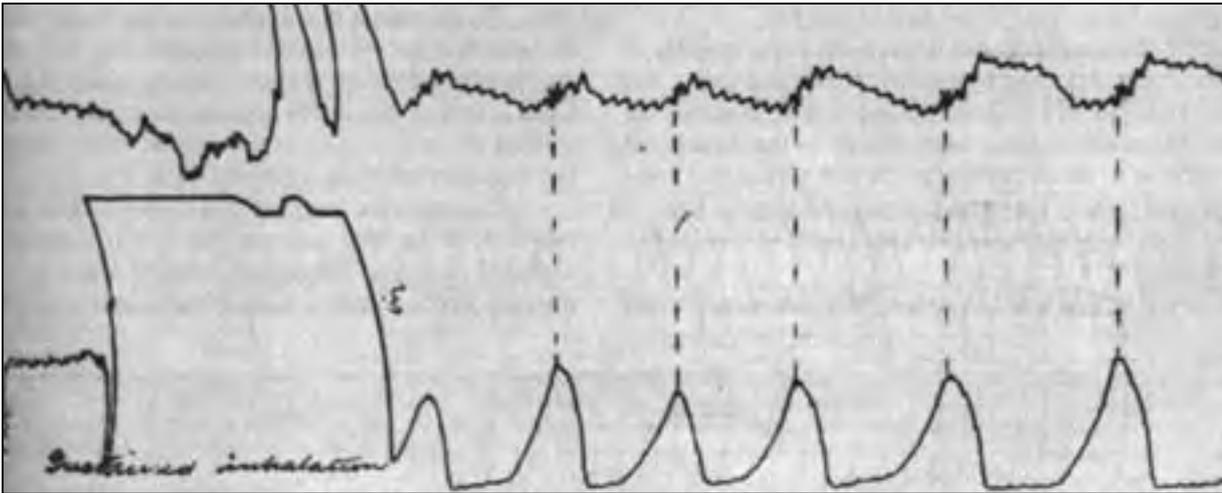


Abbildung 9a. Aufzeichnung eines Patienten mit hypertrophischer Osteitis frontalis. Die Schädel-Druckmesser an den Ossa parietalia zeigen eine ausgeprägte Verzögerung zwischen den Spitzen der Schädelbewegung im oberen Verlauf und den Atemspitzen im unteren Verlauf. Kräftiges Einatmen wird von einer weitreichenden Auslenkung des Schädels begleitet.

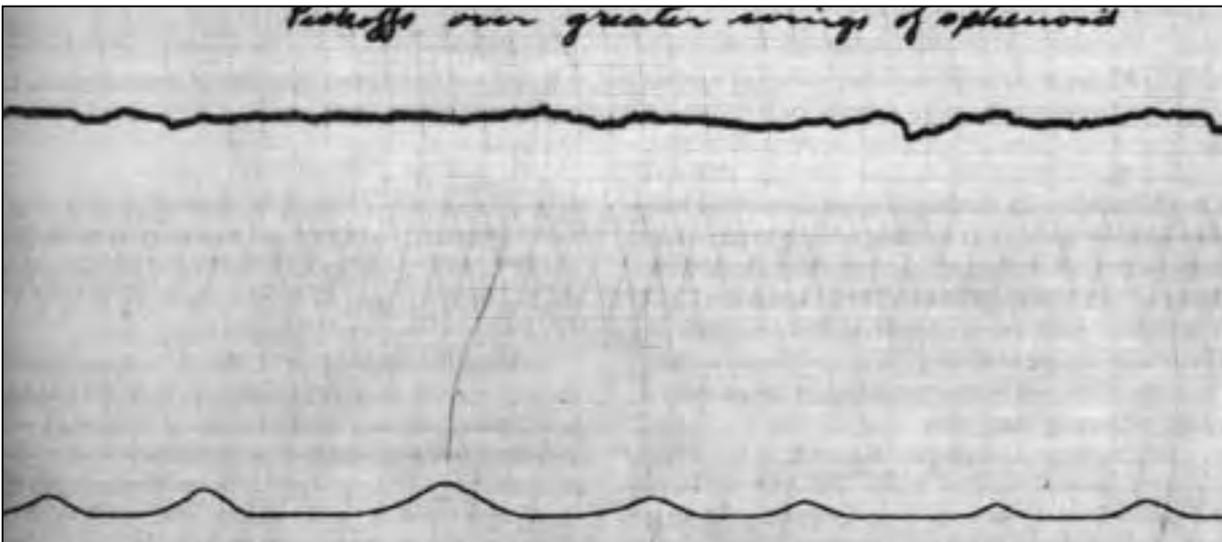


Abbildung 9b. Derselbe Patient wie oben. Die auf den lateralen Winkeln des Os frontale platzierten Druckmesser zeigen keine signifikanten Bewegungen. Dies stimmte mit den Ergebnissen der Palpation überein.

wohingegen Ausdehnungen oder Kontraktionen ein verdoppeltes Signal erzeugen würden.

Besäßen Menschen komplette Quadratschädel – also, wenn die zwei Schädelseiten parallel wären – wäre die Balance vollständig. Für unsere Versuchsanordnung ist es von Nachteil, dass die Seiten des Kopfes zur Stirn und zur Kuppel hin abgeschrägt sind. Das Atmen lässt den Kopf durch das Anheben und Absenken des Thorax leicht über dessen effektiven Stützpunkt schwanken, was den Kopf durch eine Bewe-

gung wiederum dazu veranlasst, die Druckmesser weiter auseinander beziehungsweise weiter zusammen zu bewegen.

Daher kann der Einfluss einer kontinuierlichen Atembewegungen nur teilweise eliminiert werden. Um weitere Störungen möglichst gering zu halten, muss man dem Design der Nackenstütze besondere Aufmerksamkeit schenken. Es ist offensichtlich, dass deren Elastizität eine unerwünschte Eigenschaft darstellt, welche aber leider zur üblichen Ausstattung zählt. Das typische

Kissen hat nun einmal eine federnde Eigenschaft. Unter dem Kopf platziert wird es nicht nur durch das Gewicht des Nackens, sondern auch durch einen gewissen Teil des Gewichts der oberen Schultern heruntergedrückt. Da sich die Schultern durch die Atembewegung des Thorax anheben, verringern sie die Last des unteren Halsabschnitts; das Kissen hebt leicht ab und ein Schwanken des Kopfes folgt.

Nach viel Herumprobieren mit speziell geformten Holzapplikationen und anderem Zubehör, wurde das Problem mittels eines kleinen Sandsacks gelöst. Dies erwies sich als die beste Lösung, da Sand bequem ist und sich ohne große Elastizität allen Formen leicht anpasst. Die Ruhigstellung des Kopfes wurde später durch die Nutzung eines Flexicast-Kissens verstärkt. Dies ist ein mit einem pulverisierten Plastik gefülltes Gebilde aus Gummi, das sich in der Anwesenheit von Luft wie jedes andere feine und körnige feste Material und damit auch wie ein Sandsack verhält, indem es sich an die Form des Kopfes anpasst, um eine komfortable, nicht nachgebende Stütze zu bieten. Saugt man aus ihm jedoch die Luft heraus, verbacken die Plastikkörner in nahezu betonharter Konsistenz. Da die Form der des Kopfes entspricht, welcher nun in seiner 'Gipseinfassung' ruhig gestellt wird, bleibt das Kissen bequem. Zwischen den ausgleichenden Druckmessern und der unelastischen Kopf- und Halsstütze kann somit die Auswirkung der externen physischen Koppelung der Thoraxbewegung und des Kopfs auf ein Minimum reduziert werden.

Die Effektivität des Kontakts zwischen Druckmessern und Schädel stellten das zweite ernstzunehmende Problem dar. Einmal war die Rede davon, kleine Schrauben in den Schädel einer Versuchsperson zu stecken und die hervorstehenden Schraubenköpfe als Messpunkte zu benutzen. Zahnärzte schlugen die Nutzung von kleinen L-förmigen Metallklammern vor, wie sie im zahnärztlichen Bereich verwendet werden, um Bewegungen der Oberkiefer zu erfassen. Ein Arm des Ls wird mit Knochenkontakt ins weiche Gewebe geschoben und in seiner Position durch Fibrosierung fixiert. Der andere Arm wird, sobald erforderlich, an Mess- und Aufzeichnungsinstrumente angeschlossen. Eine

ähnliche Applikation wurde konzipiert, um Bewegungen auch bei anderen Schädelknochen aufzuzeichnen. Dabei wurden Metallklammern eingesetzt und in ihrer Position versiegelt, damit sie bei Bedarf verwendbar waren. Da die Schlange Freiwilliger, die draußen vor der Tür wartete, unerhofft kurz blieb, wurde auf diese Methode verzichtet.

Im Allgemeinen ist die Kopfhaut eine dämmende Zwischenschicht, die nicht nur die schon vorhandenen kleinen Bewegungen unterhalb ihr abdämpft, sondern selbst einen Ausgangspunkt störender Signale darstellt. Daher war es wünschenswert, dass die Druckmesser den besagten Kopfhauteffekt auf ein Minimum reduzieren und alle übrigen Impulse standardisiert messen würden. Dies impliziert aber die Anbringung der Druckmesser mit einem bestimmten Druck.

Die schließlich gewählten Druckmesser hingen schließlich frei hängend an einem Paar hochwertiger Federn, also ohne jeglichen reibenden Kontakt. Ihre Spitzen waren parabelförmig, mit einem Durchmesser von ungefähr 0,7 cm. In der verwendeten Anordnung wurden sie durch einen Satz Schrauben solange festgezogen, bis die Versuchsperson ein deutliches Druckgefühl angab. Da sich das Kopfhautgewebe unter der Bewegung der Spitze des Plastikdruckmessers langsam verformt und vorübergehend eine Delle bildet, wurden die Druckmesser einige Minuten später nachjustiert. Das Gewebe zwischen dem Zentrum des Druckmessers und dem Schädel bestand anschließend vermutlich aus einer Zellmasse, von der die interzelluläre Flüssigkeit zu einem großen Teil ausgeschlossen wurde und deren Kapillare abgeklemmt waren.

Diese Feststellung wurde durch die Tatsache bestätigt, dass sich die Pulssignale bei festerer Applikation tendenziell schwach zeigten. Es scheint zudem, dass anfänglich feste Einstellungen durch Verformung des Plastiks auf dem Kopfhautgewebe stufenweise immer leichter werden. Daher genügte nach Erreichen eines bestimmten Balancespunktes ein leichter Kontakt. Die Technik des schrittweisen Nachjustierens wurde nur von einigen Versuchspersonen als unangenehm empfunden, und zwar bei

denen, bei denen ein zu starker Enddruck aufgebaut wurde.

Obwohl viele Jahre vergehen werden, bevor gesagt werden kann, welche Größe, Form, Material und welcher Druck der Spitze wohl am geeignetsten ist, scheint es, dass die Druckmesser, die in dieser Art benutzt werden, zufriedenstellende Ergebnisse liefern und deren Anbringung dennoch schmerzlos und leicht vonstatten geht. Da einige der besten Ergebnisse bei Frauen mit üppigem Haarwuchs auftraten, wurde auf die Routine der speziellen Auswahl kahlköpfiger Männer als Versuchspersonen verzichtet.

Die benutzten Druckmesser wurden auf verschiedene hochempfindliche Differenzialtransformatoren abgestimmt.

Der Oszillograf wurde mit einem Schreiber speziell auf die Aufnahme von Signalen dieser Applikation eingestellt. Die beiden Ausgänge der Transformatoren wurden gegengeschaltet, um unerwünschte Bewegungen und eine Verdoppelung von erwünschten Bewegungen aufzuheben. Der Transformator wurde anderen Geräten vorgezogen, weil er wahrscheinlich den zuverlässigsten und am ehesten wiederholbar und störungsfrei einsetzbaren Vertreter der Standardsensoren darstellt und zudem achtbare Ergebnisse liefert.

Bericht über die Studie

Die Arbeit wurde grob in vier Zeitabschnitte eingeteilt:

Erste Periode

Im ersten Teil der Studie wurde eine Einheit aus einem Sperrholzrahmen und einem standardisierten Paar an Überschuss-Umwandlern mit angebrachten Federn zusammengestellt. Obwohl die Ergebnisse überwiegend schlecht waren, zeichneten sie sich durch einen schnellen Aufbau der Versuchsanordnung aus. Man lernte genug, um die nächste Variante einzusetzen. Die bedeutendste Entdeckung dieser Periode war, dass die Schädelbewegungen viel geringer sind als angenommen und sich in einem Bereich von 0,0002 - 0,0025 cm bewegen.

Zweite Periode

Während der zweiten Periode wurde das momentan verwendete Gerät erarbeitet (siehe **Abbildung 1-4**), montiert und in Betrieb gesetzt. Als Druckmesser wurden die empfindlichsten käuflich verfügbaren Differenzialtransformatoren eingesetzt. Diese Periode nahm viel Zeit in Anspruch und es gab eine Reihe von kleinen ungeklärten Schwierigkeiten, die einer erfolgreichen Aufzeichnung im Weg standen und die nur im Nachhinein als eher amüsant zu betrachten waren. Es gab jedoch eine signifikante Aufzeichnung vom 30. Mai 1963, die aus jener bedrückenden Zeit unserer Bemühungen Bestand hatte (**Abbildung 5a, 5b und 5c**). In dieser Periode wurde die erste unmissverständliche Aufzeichnung des Kranialen Rhythmischen Impulses, unabhängig und verschieden von Puls und Atmung, gemacht.

Weil die großen Druckmesser so fest angezogen waren, litt die Versuchsperson an starken Kopfschmerzen. Dennoch war bewiesen worden, dass eine solche Bewegung existiert und aufgezeichnet werden kann. Es wurden geringe Veränderungen in der Apparatur vorgenommen, um den Vorgang weniger traumatisch für die Versuchsperson zu gestalten. In allen nachfolgenden Experimenten wurden Druckmesser von ca. 0,6 cm Durchmesser benutzt.

Abbildung 6 zeigt die Aufzeichnung eines Mannes mit exzellenter Kontrolle seiner Atmung und stellt die Amplitude der Welle und einige Variationen der Frequenz während einer Phase mit angehaltener Atmung dar. Die Ergebnisse sind besser, sobald die Versuchsperson dazu in der Lage ist, die Atmung am Umkehrpunkt zwischen Ein- und Ausatmung anzuhalten. Jedoch weisen nur wenige Versuchspersonen die dafür erforderliche Körperbeherrschung auf und neigen oft dazu, den Atem anzuhalten.

Dritte Periode

1964 wurden auf ein und derselben Aufzeichnung die Bewegung des rhythmischen Impulses des Schädels und simultan dazu pneumografische Aufzeichnungen gemacht. Endlich erhielt

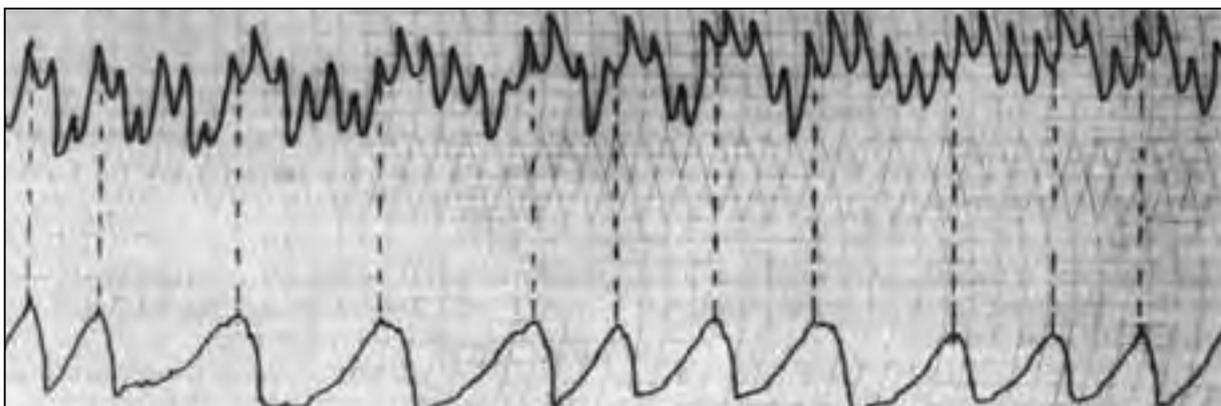


Abbildung 10. Drei Abschnitte desselben Bandes zeigen interessante Schwankungen. Links ist die Korrelation zwischen den Schädel- und Thoraxbewegungen in hohem Maße unregelmäßig. In der Mitte hat sich die Amplitude des Schädelrhythmus über den des Atemzyklus angehoben. Rechts ist ein Abschnitt mit einem von der Atmung unabhängigen Schädelrhythmus zu sehen.

man signifikante Aufzeichnungen. Danach wurde die Häufigkeit von Aufzeichnungen, die den von Dr. Sutherland beschriebenen Rhythmus zeigten, fortlaufend erhöht. Jetzt war es wahrscheinlich, vergleichbare Aufzeichnungen von den meisten Versuchspersonen bzw. von ein und derselben Versuchsperson zu jeder gegebenen Gelegenheit zu bekommen.

Es werden zwölf Aufzeichnungsbeispiele vorgestellt, wobei man berücksichtigen sollte, dass eine typische Aufzeichnung ungefähr 15 Meter lang ist und hier nur ein paar Zentimeter dargestellt werden können. Nicht alle gewählten Abschnitte zeigen unbedingt die besten Abbildungen zur Veranschaulichung des schädelinhärenten Rhythmus, obwohl es davon inzwischen

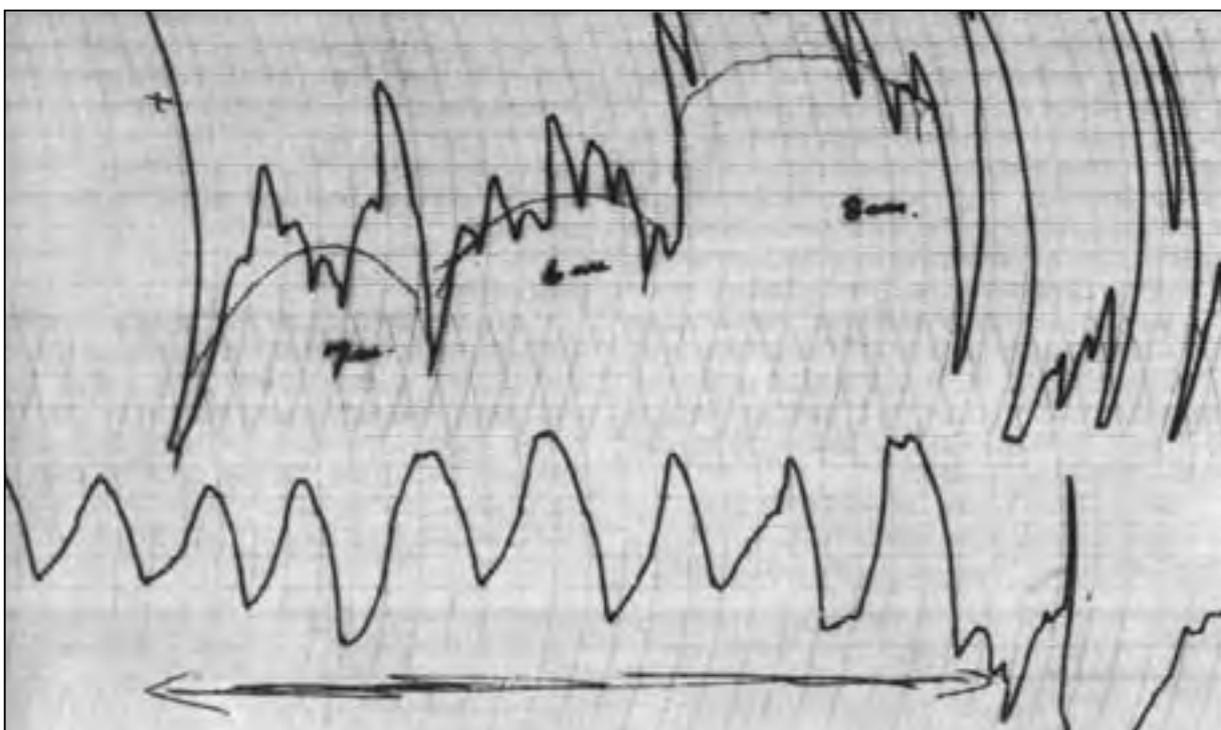


Abbildung 11a. Abschnitte der Aufzeichnung eines rüstigen Mannes in seinen 80ern zeigen eine bemerkenswerte inhärente Bewegung. Die Rhythmen am Schädel und bei der Atmung verlaufen nicht synchron.

nicht gerade wenige gibt. Einige der gezeigten Abschnitte veranschaulichen jedoch überraschende Ergebnisse, die unerforschte Ausblicke anzudeuten scheinen. In der ersten Periode der Studie war es schwierig den optimalen Druck der Druckmesser zum Schädel zu bestimmen. Dies galt nun auch für den Pneumografen, welcher um den Thorax herum befestigt wurde. Daher stellte ich mich als Versuchsperson zur Verfügung, sodass ich meine eigenen subjektiven Beobachtungen mit der objektiven Aufzeichnung abstimmen konnte.

Bei erstmaliger Fixierung der Druckmesser am Kopf, konnte ich einen pochenden arteriellen Puls wahrnehmen, der nach kurzer Zeit nach und nach verschwand. Als die Druckmesser nachjustiert wurden, spürte ich eine übertragene Atembewegung, das heißt, eine mit der thorakalen Bewegung verbundene Bewegung des Kopfes. Bei weiterem Festziehen wurde mir die rhythmische, zyklische Zu- und Abnahme des Drucks, der vom Inneren des Kopfes her kommt und gegen die Druckmesser drückt, allmählich bewusst. Dieser nahm abhängig von der inneren Bewegung ab bzw. zu. Bei vorwiegend lateraler oder medialer Richtung, konnte ich die Druckmesser wahrnehmen. Bei antero-posteriorer

Bewegung nahm der Druck auf die Druckmesser ab. Die Korrelation dieser Beobachtungen mit den Aufzeichnungen legten zugrunde, dass Abschnitte, die eine geringe Amplitude zeigten, mit der antero-posterioren Bewegung innerhalb des Kopfes zusammenfielen. Sobald die thorakale Atmung an einem ihrer Umkehrpunkte unterbrochen wurde, war die Schädelbewegung gegenüber dem Druckmesser leicht von innen her „palpierbar“. Bei Anhalten der Luft nach kraftvollem Einatmen, schien der dadurch hervorgerufene verstärkte schädelinhärente Druck die Amplitude der Bewegung zu reduzieren. Der Spannungsgrad des Pneumografen um den Thorax war wichtig, da er die Schädelbewegung beeinflusste. Als er fest genug angezogen wurde, um einen Widerstand gegenüber der thorakalen Ausdehnung darzustellen, wurde einerseits sofort ein Anstieg der diaphragmatischen und abdominalen Abweichung und andererseits eine Verstärkung der übertragenen Respirationsbewegung des Kopfes verzeichnet. Es wurde offensichtlich, dass das Band fest genug gespannt sein musste, um sich gemeinsam mit dem Thorax zu bewegen, aber dennoch leicht genug, um dessen Bewegung nicht einzuschränken, sollte der kraniale Impuls davon unbeeinflusst bleiben.

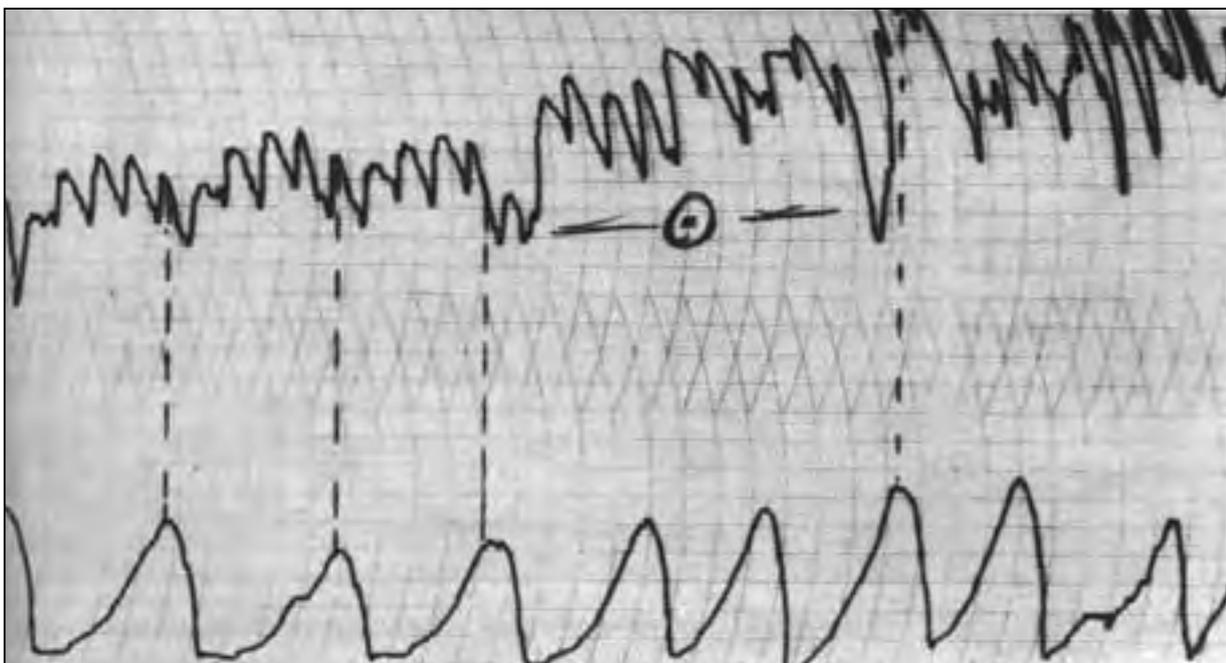


Abbildung 11b. Dieselbe Person wie oben. Aufzeichnung der langsamen Schädelbewegung während angehaltener Atmung.

Abbildung 7a, 7b und 7c zeigen drei Abschnitte derselben Aufzeichnung, mit dem Verlauf der Schädelbewegungen oben und dem Pneumogramm darunter. Das Pneumogramm zeigt zwei Atemzyklen vor Unterbrechung der Atmung, mit kontinuierlichem langsamem, leichtem Ausatmen. Obwohl es keinen Bewegungszyklus bei der Aufzeichnung des Schädels während angehaltener Atmung gab, fing der Zyklus der Respirationsbewegungen zuerst im Kopf und nicht in der Lunge an. Es ist unwahrscheinlich, dass hierdurch eine starke unwillentliche Anstrengung der Atemmuskulatur reflektiert wird, die im Mund und der Kehle aufgehalten wurde, da der Pneumograf besonders empfindlich auf solche Muskelbewegungen reagiert und einen abgebrochenen Atemversuch deutlich hervorheben würde. Stattdessen zeigt er eine langsame Ausatmung, die weitergeht, bis eine erneute Einatmung stattfindet.

Im zweiten Abschnitt hinkte der Schädelrhythmus der Thoraxbewegung hinterher, und im Abschnitt während der unterbrochenen Atmung gab es einen Bewegungshöhepunkt, der weder aufgrund der Atmung noch arteriell bedingt war.

Im dritten Abschnitt zeigen sich die zwei Verläufe phasenverschoben.

Abbildung 8 zeigt die Aufzeichnung der Schädelbewegung in zwei Abschnitten, als die

Atmung unterbrochen wurde und in der Mitte des Atemzyklus. Jedem Abschnitt ging eine tiefe Einatmung voraus.

Von den für das Experiment ausgewählten Versuchspersonen waren bewegungsreiche Mechanismen im Schädel bekannt, da ja die Absicht dieser Studie war, zu versichern, dass in einem gesunden Kopf Bewegungen stattfinden. Jedoch wurde eine Ausnahme von dieser Regel zugelassen, als sich eine Patientin mit hypertrophem Os frontale vorstellte (**Abbildung 9a und 9b**).

Abbildung 10 zeigt drei Abschnitte einer Aufzeichnung eines bemerkenswert bewegungsreichen Mechanismus des Schädels. Es gab viele interessante Variationen bei den Eigenschaften der Abweichungen, der Verhältnisse der Phasen zur Atmung, überlagerte schnelle Schwingungen und langsame Wellen. Zudem war die Korrelation mit den Thoraxbewegungen in hohem Maße unregelmäßig. Später gestaltete sich die Amplitude des schädelinhärenten Rhythmus größer als die des Atemzyklus. Dies erleichterte die Unterscheidung der Komponenten im Gegensatz zu vorher, obwohl das Ganze immer noch durch die Vermischung verzerrt wurde. Das überlagerte Pulssignal wies ein ungewöhnliches Ausmaß auf.

Abbildung 11a und 11b zeigt einen bemerkenswerten Grad an Schädelbewegungen bei einem rüstigen Mann in seinen 80ern. Seine erstaun-

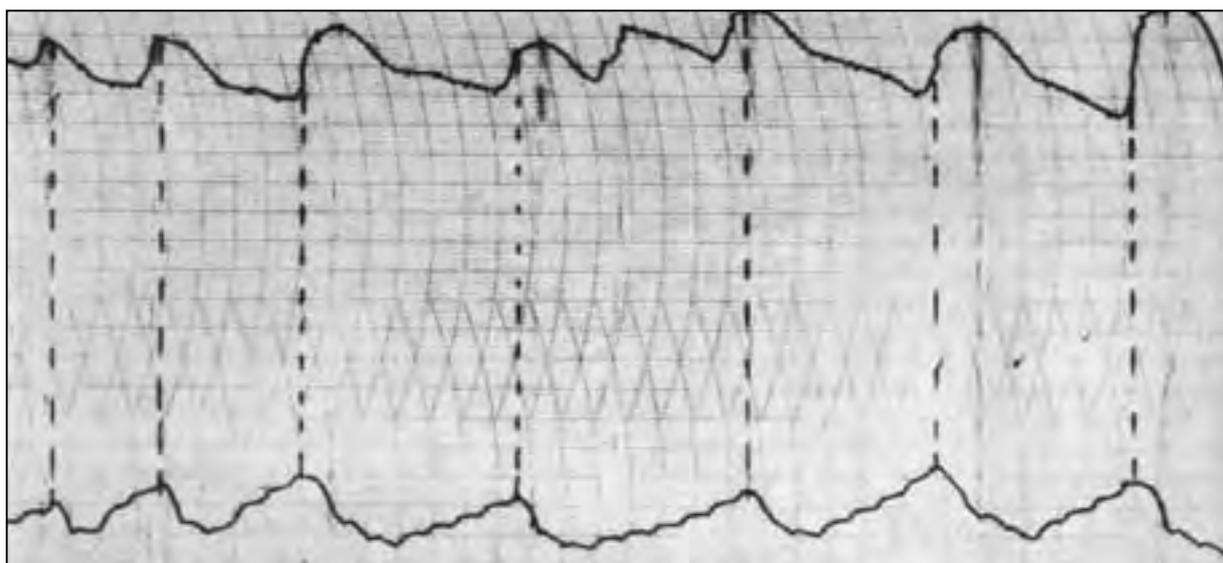


Abbildung 12. Aufzeichnung des Schädels eines 19-jährigen Jugendlichen mit einer Geschwindigkeit von 1mm/sec.

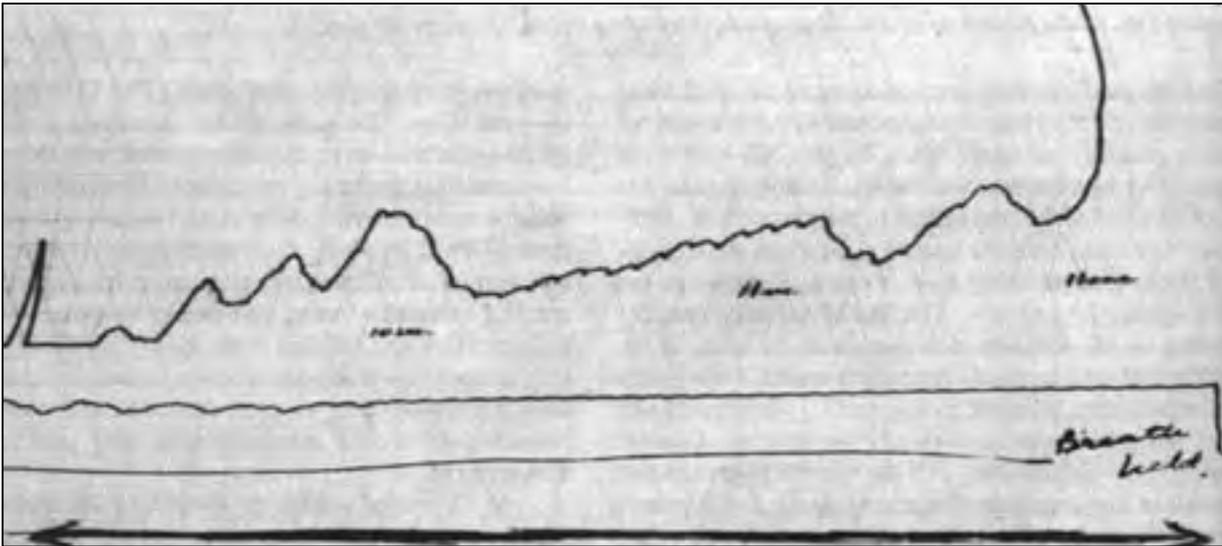


Abbildung 13a. Verlauf der Schädelbewegung und plethysmografische Aufzeichnung vom rechten Unterarm. Während leichter, ruhiger Atmung fällt eine starke Abnahme des Extremitätenumfangs mit der kontraktiven Phase des Schädelzyklus nahezu zusammen.

liche Fähigkeit bezogen auf das Anhalten der Atmung machte ihn zu einer idealen Versuchsperson, und er hatte die zusätzliche Qualifikation vollkommen kahlköpfig zu sein. Schädel- und Atemrhythmen waren nicht synchron.

Abbildung 12 zeigt eine Aufzeichnung, die auf dem Schädel eines 19-jährigen Jugendlichen basiert. Während einer Phase, in welcher er den Atem anhielt, veränderte sich der Schädelrhythmus von einem mit der thorakalen Atmung synchronen Muster hin zum von Dr. Sutherland beschriebenen inhärenten Rhythmus, der sich langsamer als die thorakale Atmung erweist und sich auch entsprechend von ihr unterscheidet. Seine Atemfrequenz lag bei ungefähr 15,5 Zyklen pro Minute und die Frequenz der Schädelbewegung betrug 12,8 Zyklen pro Minute.

Vierte Periode

1965 wurde der zweite Kanal des Oszillografen für die plethysmografische und nicht wie sonst für die pneumografische Studie benutzt. Die vierte Phase dieser Forschungsarbeit war darauf ausgerichtet zu bestimmen, welcher Zusammenhang zwischen den Veränderungen des Umfangs von Finger oder Unterarm bezogen auf die rhythmischen Zyklen des Schädels besteht. Der Plethysmograf verzeichnet Umfangsände-

rungen der Anteile, die er umschließt. Derartige Veränderungen äußern sich in erster Linie in der veränderten Blutmenge, aber die Bewegung von Gewebeflüssigkeiten darf als ein wichtiger beitragender Faktor zur Veränderung des Umfangs nicht übersehen werden, auch wenn sie von geringerer Bedeutung ist.

In **Abbildung 13a** und den folgenden Abbildungen ist die Aufzeichnung der Schädelbewegungen oben und die plethysmografische Aufzeichnung unten abgebildet. Die Aufzeichnung in **Abbildung 13a** wurde während leichter, ruhiger Atmung erstellt und zeigt eine starke Umfangsreduktion am rechten Unterarm, die nahezu mit der kontraktiven Phase des kranialen Rhythmus zusammenfällt.

Abbildung 13b stellt eine spätere Aufzeichnung derselben Versuchsperson während einer Phase mit angehaltener Atmung dar. Während der drei Schädelzyklen am Anfang der Periode gab es eine Änderung im Grad der Abnahme des Extremitätenumfangs bezogen auf den Extremitätenumfang während der Atmung.

Abbildung 13c ist eine Aufzeichnung derselben Person an einem späteren Tag, mit dem Plethysmografen am linken Mittelfinger. Bei gehaltener Einatmung sowie bei leichter Atmung korreliert der Höhepunkt Schädelexpansion nahezu voll-

ständig mit dem Tiefpunkt des Fingerumfangs. **Abbildung 14** wurde mit dem Plethysmografen am Unterarm aufgenommen und zeigt wiederum, dass der Höhepunkt der Schädelexpansion mit dem Tiefpunkt des Unterarmumfangs zusammenfällt.

Viele weitere Aufzeichnungen zeigten das beschriebene Verhaltensmuster während der Atmung sowie auch bei deren Unterbrechung. Ich wage anzunehmen, dass die rhythmischen Schwankungen des Extremitätenumfangs unabhängig von der Atmung eng mit den Rhythmusschwankungen im Kopf verbunden sind. Diese Beobachtung ruft viele Fragen hervor, die weitere Studien und Analysen verdienen.

Die wenigen hier präsentierten und viele andere dokumentierte Beispiele erlauben die Behauptung, dass es eine Motilität des Schädels gibt, die langsamer als die Motilität des vaskulären Pulses und der thorakalen Atmung ist und sich von ihnen unterscheidet. Es wurde zudem gezeigt, dass die besagte Bewegung mechanisch aufgezeichnet werden kann. **Abbildung 9** zeigt, dass die mechanische Aufzeichnung und die durch Palpation gewonnenen Befunde bezogen auf das Bewegungsausmaß übereinstimmen.

Zusammenhang der Schädelbewegung mit anderen physiologischen Phänomenen

Die Zielsetzung des Projekts bestand in einer Studie der inhärenten Bewegung des Organismus. Die Motilität des Herzmuskels und des Gefäßsystems erzeugen die bekannte arterielle Pulsierung. Die Motilität des Zwerchfells, der Interkostalmuskulatur und der Lunge erzeugen die rhythmische Bewegung der Atmung. Die dem Verdauungssystem inhärente Motilität, als Peristaltik bekannt, stellt einen wesentlichen Faktor für Verdauung, Assimilation und Ausscheidung dar. Eine Bewegung peristaltischer Art treibt Urin im Harnleiter und Galle die Gallenwege entlang. Die Motilität der Spermazellen ist wesentlich für die Befruchtung. Laborit⁴ äußerte die Meinung, „dass jede erregbare Einheit mit einem Automatismus ausgestattet ist“. Er zitierte die Winterberg-Experimente über den Automatismus embryonaler Muskulatur und stellte fest: „Der Autor bemerkte rhythmische Bewegungen in den Muskeln des Embryos, als er die Entwicklung von Knorpelfischen erforschte.“ Laborit schrieb weiter:

Die Differenzierung von Strukturen und Funktionen macht diese rhythmische Periodizität in erwachsenen Organismen weniger wahrnehmbar,

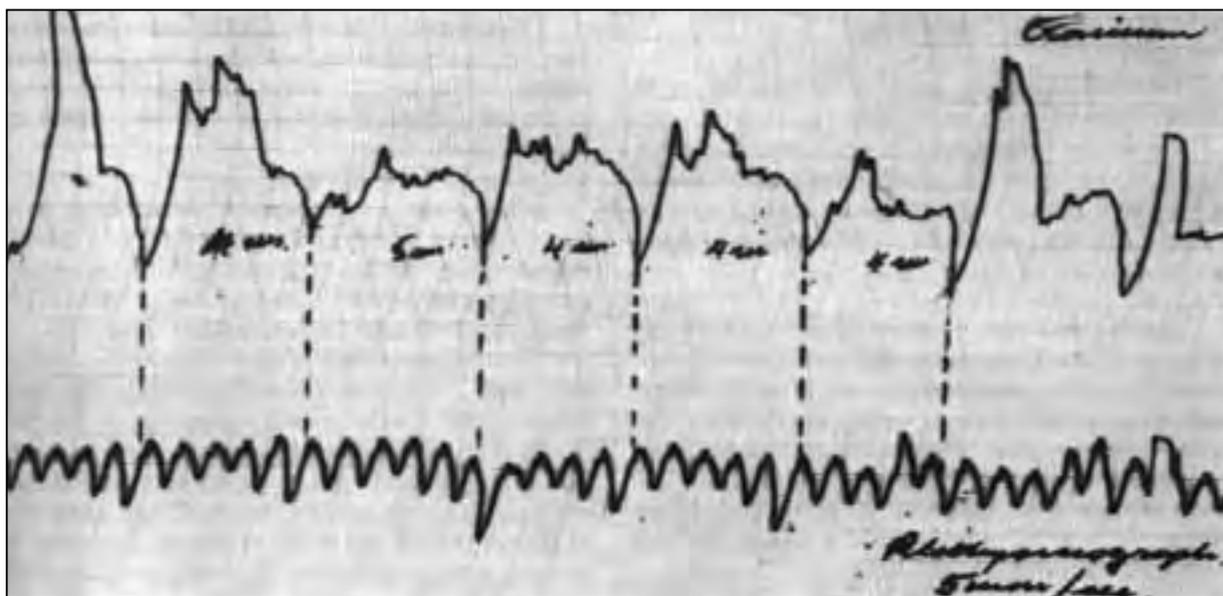


Abbildung 13b. Aufzeichnung während angehaltener Atmung derselben Versuchsperson wie in **Abbildung 13a**. Während der drei Schädelzyklen rechts gibt es, verglichen mit jenen während der Atmung, eine Verschiebung der Abnahme des Extremitätenumfangs.

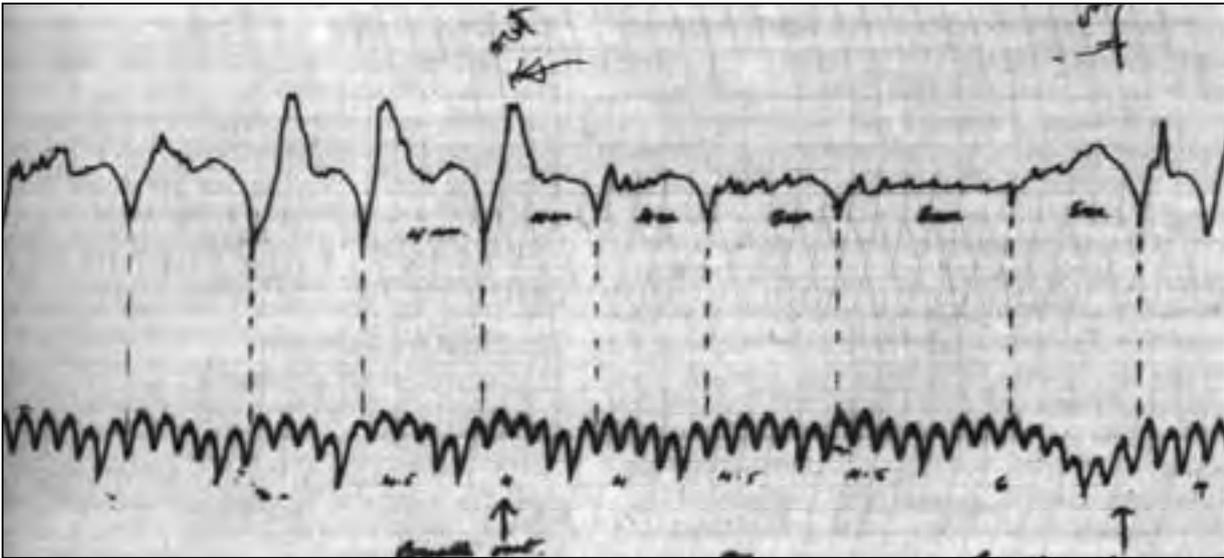


Abbildung 13c. *Simultane kraniale und plethysmografische Aufzeichnungen der Versuchsperson in Abbildung 13a und 13b zu einem späteren Zeitpunkt. Die linke Hand wurde neben den Körper gelegt und der Plethysmograf befand sich am linken Mittelfinger: Während angehaltener Atmung (links) und leichter Atmung (rechts) erscheint der Höhepunkt der Schädelexpansion fast zum gleichen Zeitpunkt wie der Tiefpunkt des Fingerumfangs. Zwischen den auf der plethysmografischen Aufzeichnung erscheinenden langen, langsamen Zyklen von 50 bis 60 Sekunden und den Veränderungen im Schädel besteht anscheinend kein Zusammenhang.*

da dieser Aspekt nur auf der Ebene einiger privilegierter Gewebe, wie etwa dem Lymphgewebe, oder einigen Nervenzentren, wie den Atemzentren, erhalten bleibt.

Best und Taylor⁵ konstatierten:

Die vasomotorischen Zentren weisen einen inhärenten Automatismus auf, da ihre kontinuierliche Entladung sogar nach der Beseitigung aller neurologischen Einflüsse persistiert.

Ruch und Fulton⁶ beschrieben auch die tonische Aktivität der Neuronen im vasomotorischen Zentrum. Sie berichteten zudem:

Der Rhythmus der Impulsgruppen wird oft mit dem Atemrhythmus assoziiert; an anderen Stellen wird er mit dem Herzschlag in Verbindung gebracht, obwohl er häufig keinerlei Beziehung zu irgendeinem beobachtbaren zyklisch verlaufenden Phänomen im Körper aufweist.

Sie beobachteten, dass die Wellen der rhythmischen Funktion zu bestimmten Zeiten viel länger sind als die mit der Atmung verbundenen Wellen. Rhythmische Schwankungen der Aktivität des vasomotorischen Zentrums sind so sicher wie die periodische Zu- und Abnah-

me des allgemeinen arteriellen Drucks. Diese wechselnden Druckwellen werden üblicherweise als Traube-Hering-Wellen bezeichnet, obwohl dieser Begriff, streng genommen, nur auf jene Wellen, „die Traube in Tieren mit geöffnetem Thorax und paralysiertem Zwerchfell beobachtete“, angewandt werden sollte. Diese Wellen gehen auch aus den rhythmischen Schwankungen der Aktivität des vaso-konstriktorischen Zentrums hervor. Zudem treten im Schlaf gleichermaßen viel längere wellenartige Schwankungen auf.

Die Arbeit von Sears⁷ an noch spontan atmen- den narkotisierten Katzen deutete an, dass das Atemzentrum der Medulla möglicherweise über eine vergleichbare rhythmische Aktivität verfügt, welche die Atmung durch entsprechende Motoneuronen im Rückenmark beeinflusst. Beim Studium und der Dokumentation intrazellulärer Vorgänge in den besagten Motoneuronen machte er folgende Beobachtungen:

Die Membranpotenziale unterschiedlicher Motoneuronen unterliegen langsamen, rhythmischen Fluktuationen, welche der Periodizität der Atmung entsprechen. In Motoneuronen der Inhalation trat

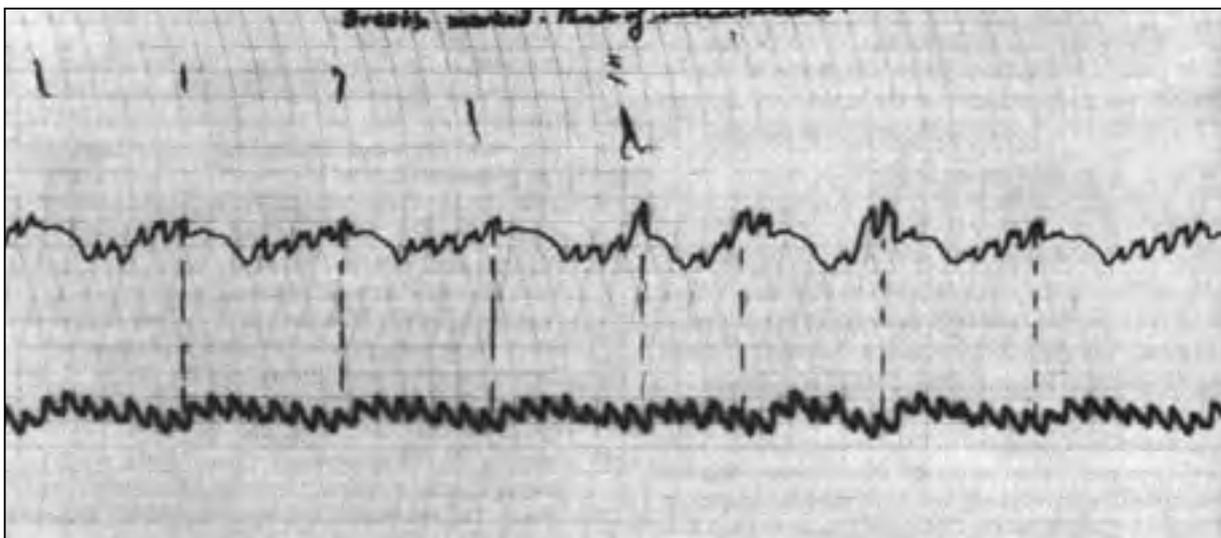


Abbildung 14. *Simultane kraniale und plethysmografische Aufzeichnung einer Versuchsperson, die zeigt, dass Höhepunkt der Schädelerweiterung und Tiefpunkt des Unterarmumfangs zusammenfallen.*

die depolarisierende Phase seiner langsamen Membranpotenziale während der Inhalation auf.

Auf der anderen Seite sagte er:

Die Motoneuronen der Exhalation traten am Umkehrpunkt der Atmung nach Exhalation auf... Da die periodische Aktivierung der respiratorischen Motoneuronen kausal von diesen rhythmischen langsamen Potenzialen abhängt, wurde angenommen, dass sie Zentrale Respiratorische Antriebspotenziale genannt werden können, abgekürzt ZRAPs.

Eine seiner Aufzeichnungen zeigte einen interessanten Übergang von einer mit der Aktivität der Motoneuronen synchronen Potenzialfluktuation zu einer Phasenänderung zwischen den beiden „und schließlich einer Phase mit ZRAPs, resultierend aus einem stetigen Anstieg des durchschnittlichen Membranpotenzials und einer Abnahme der Amplitude der darauf folgenden Zyklen der ZRAPs.“ Die Ähnlichkeit dieser Aufzeichnung mit einigen der kranialen sowie der pneumografischen Aufzeichnungen in der vorliegenden Studie, in denen eine Phasenänderung stattfindet, ist beeindruckend. (Abbildung 10).

Sears fasste zusammen:

Die phasenweise Hemmung ist von beträchtlicher funktioneller Signifikanz, da sie ein Instrument bereithält, mit dem der zentralnervöse Mechanis-

mus der Atmung die segmentalen propriozeptiven Reflexe der Atemmuskulatur kontrollieren kann.

Dieser Effekt konnte bei Wirbeltieren nicht ausgelöst werden.

Eine weitere relevante Frage ist, ob eine Verbindung zwischen der rhythmischen zellulären Funktion, die von Traube, Ruch, Sears und anderen beschrieben wurde, und der aufgezeichneten rhythmischen Bewegung des Schädels existiert.

Laborit⁴ stellte fest:

Fessard zeigte, dass ein Nerv auf elektrische Stimulation häufig mit Initiierung einer rhythmischen Aktivität antwortet. Monnier und seine Schule führten eine ausgedehnte Untersuchung der rhythmischen Aktivität der Nerven und über die sie dämpfenden Faktoren durch. Laget zeigte, dass die besagte Dämpfung mit den Membranpotenzialen zusammenhing und dass ein Abfall dieses Potenzi als die Dämpfung reduzieren und zur Entwicklung einer rhythmischen Aktivität führen kann.

Die russischen Forscher Moskalenko und Nauhenko⁸ führten Experimente durch, um die Frage nach der Existenz eines zerebralen Pulsierens in der geschlossenen Schädelhöhle zu klären. Ihre Definition dieses Pulsierens lautete „periodische Fluktuationen des intrakranialen Drucks“. Mit Elektroplethysmografie wiesen sie nach, dass eine anhaltende Bewegung der

Flüssigkeiten zwischen den subarachnoidalen Räumen des Gehirns und dem Rückenmark vorhanden ist. In ihren Langzeitexperimenten mit Katzen wurde die Bewegung der Zerebrospinalen Flüssigkeit in Form von Verschiebungen, die mit der Herzrhythmicität, der Atmung und Wellen dritter Ordnung synchron waren, dargestellt. Diese Autoren definierten die Wellen dritter Ordnung als Traube-Hering-Wellen. In der Aufzeichnung erschienen sie dem Atemzyklus ähnlich, nur langsamer.

Kommentar

Durch Deduktion oder direkte Beobachtung kann geschlossen werden, dass das vasomotorische Zentrum und das Atemzentrum auf der Höhe des vierten Ventrikel eine funktionelle Aktivität besitzen, die eine rhythmische Periodizität ähnlich der Atmung, nur langsamer, aufweist. Weiterführende Experimente haben zudem gezeigt, dass die Bewegung der Zerebrospinalen Flüssigkeit nicht synchron mit der Herz- und Atembewegung verläuft, sondern mit einer rhythmischen Periodizität, die der Atmung ähnelt, jedoch langsamer als diese ist. Beobachtung und Aufzeichnung geringster rhythmischer Bewegungen des lebenden Schädels haben veranschaulicht, dass eine expansiv-kontraktile Bewegung synchron mit dem Herzschlag und der Atmung und ebenso mit einer der Atmung ähnlichen, nur langsameren, rhythmischen Periodizität vorliegt. Es wurde auf den Zusammenhang zwischen dem sich ändernden Potenzial und der rhythmischen Aktivität einer Zelle hingewiesen. Das fortwährende Aussenden von Impulsen aus dem Gehirn, um Körperhaltung, Chemiehaushalt, Homöostase usw. aufrechtzuerhalten, kann die Aktivität der individuellen Zellen in ein rhythmisches Muster des gesamten Gehirns aufmul-

tiplizieren, welches klein genug ist, um für das bloße Auge unsichtbar zu sein, aber groß genug um die Zerebrospinale Flüssigkeit zu bewegen, die ihrerseits den empfindlich ausbalancierten Mechanismus des Schädels bewegt.

Weitere Forschung ist nötig, um die verschiedenen beschriebenen physiologischen Phänomene in Beziehung zu setzen. Die rhythmische Bewegung des Schädels, die ihrem ersten Entdecker zur Ehre Sutherland-Rhythmus genannt wird, ist jedoch nicht nur von didaktischem Interesse, sie ist auch von unerlässlicher klinischer Relevanz, wie die Arbeiten von Magoun⁹, Woods und Woods¹⁰ und vielen anderen Forschern gezeigt haben.

Dies ist ein weiterer Beweis für die Behauptung von Dr. A. T. Still, wie Truhlar¹¹ ihn zitierte: „Da Bewegung der erste und einzige Beweis für Leben ist, sind wir durch diesen Gedanken von der Maschinerie, durch die das Leben funktioniert, geleitet, um die Ergebnisse, die in ihrer Bewegung selbst bezeugt werden, zu vervollständigen.“

Zusammenfassung

Im lebenden Schädel existiert tatsächlich eine inhärente Bewegung. Sie kann mit Instrumenten aufgezeichnet werden und ihr Zusammenhang mit anderen bekannten physiologischen Funktionen kann von ihrer auf sie bezogenen Ähnlichkeit abgeleitet werden. Dieser Punkt erfordert jedoch weitere Forschung und seine klinische Relevanz bedarf zudem einer ausgedehnten Dokumentation.

Dank geht an F. G. Steele aus LaJolla, Kalifornien, der die Entwicklung der Apparatur vorantrieb und wichtige Hinweise in die richtige Richtung gab; an die *Cranial Academy*, die das Material zur Verfügung stellte; und an den physiologischen Berater Dr. I. M. Korr, *Kirksville College of Osteopathy and Surgery*.

Bibliografie

1. Sutherland, AS: With Thinking Fingers. Journal Printing Company, Kirksville, MO., 1962
2. Sutherland, WG: The Cranial Bowl. WG Sutherland, Mankato, MN, 1939
3. Pritchard, JJ, Scott, JH, and Girgis, FG: The structure and development of cranial and facial sutures. *Janat* (90) 73-86, Jan 56
4. Laborit, H: Stress and Cellular Function. JB Lippincott Co., Philadelphia, 1959
5. Best, CH, and Taylor, NB: The Physiological Basis of Medical Practice. A test in applied physiology. Ed. 7. Williams & Wilkins Co., Baltimore, 1961
6. Ruch, TC, and Fulton, JF: Medical Physiology and Biophysics, Ed. 18. W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1960
7. Sears, TA: Investigations on respiratory motoneurons of the thoracic spinal cord. *Progr Brain Res* (12) 259-72, 64
8. Moskalenko, Yuri: Cerebral pulsation in the closed cranial cavity. *Izv Akad Nauk SSSR (Biol)* (4) 620-9, 61
9. Magoun, HI: Osteopathy in the Cranial Field. Ed. 2. Journal Printing Company, Kirksville, MO, 1966
10. Woods, JM, and Woods, RH: A physical finding related to psychiatric disorders. *JAOA* (60) 988-93, Aug 61
11. Truhlar, RS: Dr. AT Still in the Living. His concepts and principles of health and disease, RE Truhlar, Cleveland, 1950.

3. LERNSCHWIERIGKEITEN VON KINDERN AUS DEM BLICKWINKEL DER OSTEOPATHIE

Viola M. Frymann, DO, FAAO

Genehmigter Nachdruck aus *JAOA* Vol. 76, Sep 1976

Eine Skoliose der Wirbelsäule aufgrund eines Geburtstraumas oder eines Traumas im Kleinkindesalter spielt möglicherweise eine Rolle bei Lernproblemen von Kindern. Neuere Studien über die Entwicklung des Gehirns weisen darauf hin, dass es während der ersten beiden Lebensjahre am letztlichsten ist und dass das Wachstum des Zentralen Nervensystems während dieser Zeit durch die Integrität des umliegenden fibrösen bzw. ossären Gehäuses beeinflusst wird. Eine traumatische Verwringung dieses Gehäuses, dem kranial-vertebral-sakralen Mechanismus, wird vielleicht erst sehr lange nach dessen Entstehung entdeckt, etwa wenn Lernprobleme den Osteopathen dazu veranlassen, dem Ganzen nachzugehen. Ihre Korrektur im Kleinkindesalter gibt Anlass zur Hoffnung, prophylaktisch wirksam zu sein. Osteopathische Behandlung als therapeutische Maßnahme hat die beste Prognose in der frühen Kindheit, aber auch älteren Kindern kann geholfen werden, ihr maximales Potenzial zu erreichen.

Von Zeit zu Zeit wurden unterschiedliche Faktoren für Lernprobleme bei Kindern verantwortlich gemacht. Einige davon sind Vererbung¹, Trauma², Unterernährung³, Hypoglykämie⁴, Allergien⁵, Störungen der Wahrnehmung⁶, psychischer Stress zuhause und vorausgegangenes Scheitern in der Schule⁷. Folgender Fall umfasst fast alle davon:

Fall 1. Ein zwölfjähriges Mädchen (**Abbildung 1A**) mochte nicht zur Schule gehen, da sie nicht mit der Situation im Klassenzimmer umgehen konnte. Sie hatte Schwierigkeiten in Rechtschreibung und ihr Begriffsvermögen war beeinträchtigt. In Mathematik war sie auf dem Niveau der dritten Klasse. Sie hatte Schwierig-

keiten beim Lesen und konnte sich das Gelesene nicht allzu gut merken.

Ihre Kindergärtnerin hat ihr Angst eingejagt. In der ersten Klasse wurde sie fast gar nicht wahrgenommen und die zweite Klasse musste sie wiederholen. Als sie die sechste Klasse erreichte, drohte das Verlassen der Schule. Sie war das erste und einzige Kind einer hochgradig nervösen, neurotischen 35-jährigen Mutter. Eine „miserable“ 9½-monatige Schwangerschaft, fünf Nächte mit vorzeitigen Wehen und fünfzehn Stunden voll schwerer unproduktiver Wehen endeten mit einem Kaiserschnitt.

Der Kopf des Säuglings wurde stark komprimiert. Die Atmung war verlangsamt. Während der neonatalen Phase und dem ersten Lebensjahr musste sie sich als Baby oft übergeben. Mit 18 Monaten hatte sie zeitweise starke Bauchschmerzen. Als sie sechs Jahre alt war wurde der Blinddarm entfernt, aber sie hatte immer noch häufig mit Bauchschmerzen zu kämpfen.

Mit vier Jahren wurde Kurzsichtigkeit festgestellt. Im Alter von zehn entwickelten sich Kopfschmerzen.

Asthma und Ekzeme stellen jüngere Entwicklungen dar. Ihr Appetit konnte als 'heikel' bezeichnet werden und ihre Ernährung bestand aus raffiniertem Getreide, übermäßig viel weißem Zucker, Süßigkeiten, stark verarbeiteten Lebensmitteln, Fleisch und Kartoffelbrei, Hamburgern und Burritos, selten einem Salat und niemals frischen Früchte.

Im Alter von zwei Jahren fiel sie aus dem Kinderwagen auf ihren Kopf. Ihr Vater hatte Schwierigkeiten Lesen zu lernen. Allergisches Asthma trat in der Familie stark gehäuft auf.

Der Einfluss der Umgebung auf die Psyche war angespannt, verunsichernd, abweisend und bedrückend. Ein fünfständiger Glukosetoleranztest brachte eine reaktive Hypoglykämie ans Licht.

Ein Behandlungsprogramm wurde entwickelt um die muskuloskeletalen Auswirkungen des Traumas zu eliminieren, die Ernährung zu verbessern, die Hypoglykämie und die Allergien zu überwinden, die Wahrnehmungsfunktion umzuerziehen und die Situation zu Hause mit mehr Geborgenheit und Harmonie zu gestalten und somit auch ein produktiveres und angenehmeres Lernklima zu gestalten.

Innerhalb von zehn Monaten berichtete die Schule von einer 'unermesslichen Verbesserung' (Abbildung 1B).

Viele der zuvor angeführten ätiologischen Faktoren wurden in Fach- sowie Populärliteratur diskutiert, wobei die spezifischen Auswirkungen des perinatalen Traumas jedoch nur vermutet wurden. Rosenberg und Weller⁸ gaben einen Überblick über die Literatur und äußerten die Ansicht, dass bei vielen Kindern die Lernschwierigkeiten in der Schule von nicht diagnostizierten pränatalen oder perinatalen Schäden herrühren. Des Weiteren entsteht der klinische Eindruck^{9, 10}, dass eine osteopathische strukturelle Diagnose und die Behandlung einer Dysfunktion innerhalb des Kraniosakralen Mechanismus einen bedeutenden Beitrag zur Vermeidung und Verbesserung von Lernschwäche bei Kindern leistet.



Abbildung 1A. (Fall 1). Zwölfjähriges Mädchen am 1. November 1971 vor der Behandlung.

Abbildung 1B. Nach der Behandlung am 25. Januar 1972. Beachten Sie die Verbesserung des Gesichtsausdrucks, der Position des Kopfes auf dem Hals und die Erweiterung des Gesichtes relativ zur Länge, die sich in Folge der Behandlung eingestellt hat.

Gegenwärtige Studie

In der Hoffnung, das Problem beleuchten und einen Beitrag zu seiner Milderung leisten zu können, wurde eine Studie in Auftrag gegeben, um Antworten auf die folgenden Fragen zu erhalten:

1. Besteht ein signifikanter Unterschied zwischen Kindern mit und ohne Lernproblemen bei der Geburt und der Entwicklung in der frühen Kindheit?
2. Besteht ein charakteristisches traumatisches Muster im Kraniosakralen Mechanismus bei Kindern mit Lernproblemen?
3. Besteht eine Signifikanz bezüglich des Traumazeitpunkts?

Das klinische Material stammte aus meinem privaten Gebrauch; dieser besteht aus Anamnesen einer Reihe unspezifisch ausgewählter Patienten zwischen 4 - 14 Jahren folgender Kategorien:

Gruppe 1 bestand aus 74 durchschnittlichen oder überdurchschnittlichen Schülern ohne Seh- und Lernschwäche, die allgemeinmedizinische Betreuung für eine Auswahl an gewöhnlichen Erkrankungen suchten.

Gruppe 2 umfasste 32 durchschnittliche oder überdurchschnittliche Schüler mit Sehschwäche, Kurz- bzw. Weitsichtigkeit oder Schielen, ohne Lernprobleme, die allgemeinmedizinische Betreuung für ein ähnliches Spektrum an gewöhnlichen Erkrankungen suchten.

Gruppe 3 setzte sich aus 103 Kindern zusammen, die Probleme in der Schule hatten, weil sie nicht in der üblichen von den etablierten Bildungssystemen geforderten Weise lernen konnten.

Definition des Problems

Der Begriff „Lernschwierigkeit“ ist weder eingegrenzt noch präzise, aber er umschließt eine Vielzahl an Bedingungen, die einer Lernschwäche zugrunde liegen. Bowley¹¹ behauptete, dass die Anzahl der Kinder mit Schwierigkeiten beim

Lesen, mit Ungeschicklichkeit und Wahrnehmungsschwierigkeiten die Anzahl der Kinder mit unkomplizierter spezifischer entwicklungsbedingter Legasthenie bei Weitem übersteigt.

In modernen Gesellschaften ist das Lesen eine unverzichtbare Fähigkeit. Ein zwingender Ausruf vieler Eltern: „Aber er *muß* lesen lernen; er kommt im Leben nicht voran, wenn er nicht lesen kann.“ Viele berühmte Männer in der Geschichte, darunter auch Winston Churchill, Bernard Shaw und Leonardo da Vinci, hatten große Schwierigkeiten lesen zu lernen. Sie wurden in ihrer frühen Kindheit als unglückliche Versager betrachtet und ihre Eltern litten sicher unter Verzweiflung und Ängsten, die wohl allen Eltern bekannt sein dürften, deren Kinder nicht in der Lage sind, lesen zu lernen.

Das Lernen kann man sich als einen Eisberg menschlicher Erfahrung vorstellen. Errungenschaften in allen Sphären der Bemühungen sind das sichtbare Bauwerk aus Eis. An der Wasserlinie befindet sich die Fähigkeit zu lesen, da es nur wenige Beschäftigungen im Leben gibt, bei denen das Lesen keine vorausgesetzte Kunstfertigkeit darstellt. Dennoch verstecken sich hinter dem Meer der „normalen Entwicklung“ unzählige komplexe Entwicklungsstufen, die jenen Mechanismus bereithalten, aus dem sich die Fähigkeit zu Lesen entwickelt.

Geburt und frühe Kindheit

Das Neugeborene mit zwei gesunden Augen und einem kompetenten Zentralen Nervensystem empfängt die Schemen des Lichtes, des Schattens und der Farben auf der Retina und überträgt sie in die für optische Vorgänge verantwortlichen Bahnen des Gehirns. Aber es verstreichen Tage oder Wochen bis sich diese paarig angeordnete kommunikative Funktion, das Sehvermögen, herausgebildet hat. Das Datum kann exakt bestimmt werden: Es ist der Tag, an dem das Baby seine Mutter anschaut und plötzlich ein Lächeln über sein Gesicht huscht. Bei dieser ersten einfachen Erfahrung hat eine komplexe Schaltung das optische Abbild von der reizempfindlichen, empfangenden Retina in den auswertenden zerebralen Kortex übertra-

gen; dort wird es mit dem ergänzenden Input der Erinnerung zusammengefügt und bewirkt nun über den motorischen Kortex und deren Bahnen zu den Zellkernen der Gesichtsregion eine Reaktion, die als fröhliche Bewegungen der Gesichtsmuskulatur beobachtet werden kann. Bereits im Alter von 10 - 12 Wochen hat sich ein Kreislauf entwickelt, der eine Reaktion einschließt, welche die oberen Gliedmaßen erreicht und eine Bewegung hin zum Mund und koordinierende Aktivitäten wie Saugen und Schlucken umfasste.

Mit etwa 9 oder 10 Monaten wird der ganze Körper inkl. der unteren Extremitäten in diesen visuellen Kreislauf eingebunden; das Baby sieht, reicht nach etwas, stellt sich auf Hände und Knie und krabbelt mit einer reibungslos verlaufenden integrierten Bewegung von Kopf, Hals, Schultern, oberen Extremitäten, Thorax, Wirbelsäule, Becken und unteren Extremitäten auf das begehrte Objekt zu. Die Komplexität dieser gewöhnlichen Aktivität wird oft solange unterschätzt, bis man sich mit einem Kind konfrontiert sieht, das nicht krabbeln kann oder das Arm- und Beinbewegungen nicht in dieser harmonischen Wechselseitigkeit kombinieren kann. Hierin zeigt sich oft erstmalig der erste Zusammenbruch des visuellen Systems.

Mit fast zwölf Monaten hat das gesunde Kind eine Welt über sich entdeckt. Es zieht sich auf die Beine hoch, steht, läuft, rennt und versucht zu klettern. Ein Kind, das nicht krabbeln kann, reagiert vielleicht auch auf die visuellen Attraktionen über ihm, aber die komplexen koordinierten Bahnen, die das Krabbeln mit sich bringt, sind noch nicht genügend gefestigt. Es fehlen ihm die feinen, koordinierten, harmonischen Interaktionen der Muskeln und des Skelettes, die erforderlich für das Gleichgewicht sind. Es fällt übermäßig viel hin; es kann seinen Körper nicht gewandt um Gegenstände und durch Türen bewegen. Es beginnt durch seine eigene Ungeschicklichkeit frustriert zu sein. Seine Eltern reagieren gereizt, weil es „ungeschickt“ ist.

Imitation ist eine andere Reaktion des visuellen Kommunikationskreises, wodurch ein Kind viele Fähigkeiten, darunter auch die Sprache,

erlernt. Sehen Kinder die Betätigung der Lippen, Zähne und dem Gesicht nicht, lernen sie nur langsam sprechen. Darüber hinaus ist Sprache nur ein weiterer Bestandteil des visuellen Schaltkreises. Das Kind sieht etwas, kann es nicht erreichen und ruft oder fragt danach.

Es sieht etwas Aufregendes und muss darüber sprechen.

Sprechen ist eine kompliziert koordinierte, harmonisch abgestimmte neuromuskuläre Aktivität, die dem Laufen folgt, und diese kann gleichermaßen verzögert oder beeinträchtigt sein, falls die Entwicklung in der Vergangenheit unvollständig oder gestört gewesen ist.

Der visuelle Schaltkreis kann eine emotionale Reaktion wie Weinen oder Lachen, Aggression oder Rückzug hervorrufen. Er kann eine intellektuelle Neugier erwecken, die sich im Auseinandernehmen und später im Zusammensetzen manifestiert. Jedoch erfordern solche Fähigkeiten eine Wahrnehmung für räumliche Zusammenhänge, Richtungen wie oben, unten, links, rechts, vorwärts und rückwärts. Bauen erfordert das Erkennen von Konturen, Formen bzw. Größe sowie der Zuordnung von bestimmten Objekten zu dazugehörigen Aussparungen. Dies ist eine Erweiterung des visuellen Schaltkreises. Das Kind, das keine Formen und Räume erkennen kann, wird keine Puzzlespiele in Angriff nehmen. Erkennt es keine Richtungen im Raum, wird es Projekte, die mit dem Bauen zu tun haben, meiden. Des Weiteren wird es Schwierigkeiten haben einen Ball zu fangen, ihn in die richtige Richtung zu werfen oder Seil zu springen.

Ist es fünf Jahr alt, wird von ihm erwartet, dass es kleinere, kompliziertere Formen wie etwa Buchstaben und Zahlen unterscheiden kann. Für die Kunstfertigkeit des Schreibens ist es nötig, diese zu reproduzieren. Um hier angemessene Leistungen zu erbringen, müssen zwei gesunde Augen so koordiniert sein, dass sie die Übertragung eines einzelnen Bildes in den visuellen Kortex gewährleisten können.

Die Anpassung der Pupillen an Licht und Entfernung und die feine Koordination der extraokulären Muskeln, um beide Augen auf das Objekt zu richten und eine exakte Wahrnehmung über Tiefe bereitzustellen, sind einige der

essenziellen okulären Funktionen, die von der interaktiven Funktion zahlreicher Komponenten abhängen, u. a.: den neuronalen Segmenten des oberen Thorax, dem Stammhirn, den Nuclei und Tractus des II., III., IV. und VI. sowie dem opthalmischen Anteil des V. Hirnnerven, dem Tractus opticus, den Verbindungsbahnen und dem okzipitalen Kortex. Des Weiteren müssen diese Bahnen harmonisch mit dem zervikalen und pektoralen Mechanismus, den oberen Extremitäten und tatsächlich auch mit der Haltung des ganzen Körpers interagieren.

Das Lesen schließt Erkennen, Auswerten, Erinnerung sowie das Verstehen einer Abfolge komplexer Vorgänge ein. Dies wird durch eine leichte Bewegung der Augen von links nach rechts entlang einer Druckzeile und die Übertragung der Impulse durch die Bahnen, die den auswertenden Bereichen des Großhirns zugeordnet sind, möglich. Dort werden die Informationen mit anderen Eindrücken aus dem Gedächtnis kombiniert und sie als initiierende Information an das Bewusstsein weiterleitet. Die ausgeführte Reaktion kann intellektueller (Interesse), emotionaler (Freude, Sorgen, Ärger oder Inspiration) oder physischer Natur sein (Sprechen, Schreiben oder Bewegung).

Sofern es keine groben Defizite in diesem visuellen Mechanismus gibt, wird die Wahrnehmungs-Dysfunktion selten vor den Aktivitäten im Vorschulalter erkannt. Frühere Schwächen werden normalerweise nicht als ein Teil dieses Lernmusters erkannt. Im Kindergarten tut sich das Kind schwer mit dem Alphabet oder es verwechselt *d* und *b* bzw. *p* und *q*. Es ist nicht in der Lage richtig zu zählen oder Zahlen zu erkennen. Es hat wenig Erfolg mit Puzzlespielen und fängt damit gar nicht erst an. Sobald es bemerkt, dass es nicht erfolgreich am geplanten Programm teilnehmen kann, sucht es nach etwas, das es tun, und nach einem Kameraden, mit dem es etwas unternehmen kann.

Auf dem Spielplatz ist das Leben nur wenig besser, da es keinen Ball fangen kann, ihn in die falsche Richtung wirft und nicht Seil springen oder sogar noch nicht einmal „Himmel und Hölle“ spielen kann. Man bekommt ein offizielles Schreiben, dass es „unreif“ oder „hyper-

Gruppe	1	2	1 & 2	3
Gesamtanzahl der Kinder	74	32	106	103
Länger andauernde Wehen (12h oder mehr)	10	2	12	34
Senkwehen oder uneffektive Wehen, gefolgt von einem Kaiserschnitt	2	1	3	23
Äußere Wendung oder bestehende Okziput-posterior-Lage; Manuelle Dilatation der Zervix	-	-	-	4
Deformation des Kopfes	4	-	4	25
Schwierigkeiten des Neugeborenen-Ikterus ausgeschlossen	3	2	5	8
Frühchen (2 / 52 oder mehr)	6	2	8	16
Übertragen (2 / 52 oder mehr)	-	-	-	9
Neugeborenen Ikterus	-	-	-	5
Krankheit oder Einnahme von Medikamenten während der Schwangerschaft	3	-	3	23
Anzahl der Kinder	23 (31,1%)	7 (21,9%)	30 (28,3%)	75 (72,8%)

aktiv" ist bzw. stört und daher noch nicht reif genug für die erste Klasse sei. Entweder muss es sich der Demütigung eines weiteren noch frustrierenderen Jahres im Kindergarten abfinden oder nach der Versetzung in eine andere Klasse herausfinden, dass sich seine Schwierigkeiten verschlimmern, da es das Alphabet nicht lesen, keine Wörter erkennen, nicht auf einer Linie malen kann und zudem keine Vorstellung von Zahlen hat. Es scheint, über Nacht zum Versager, zum Außenseiter, kurzum ein Problem für seine Lehrer und eine Enttäuschung für seine Eltern geworden zu sein.

Es vergehen vielleicht mehrere Jahre seines Lebens, bevor das wirkliche Problem erkannt und sogar noch mehr Zeit bis eine angemessene Betreuung organisiert wird. In der Zwischenzeit kann die Gewohnheit des Scheiterns so tief verankert sein, dass es auch dann schwierig wird sie zu überwinden, wenn aufgeklärte Helfer gefunden werden.

Gordon² verwies auf die Ergebnisse einer Studie an britischen Schulen von Brenner und seinen Mitarbeitern¹² und behauptete:

Da über 6% der Kinder in Grundschulen eine bedeutende Störung des motorischen und des Wahrnehmungsapparates haben, liegt es auf der Hand, dass wir Osteopathen große Bemühungen dahingehend anstellen und versuchen müssen, die Gründe dafür zu finden.

Die Mehrzahl der Grundschulen in den Vereinigten Staaten hat mindestens ein Kind mit solchen Schwierigkeiten in jeder Klasse. Es ist ein häufiges Problem. Es verlangt Aufmerksamkeit.

In meiner Studiengruppe wurde der Geburtsverlauf studiert, um zu bestimmen, ob es einen signifikanten Unterschied beim Auftreten von traumatischen oder biochemischen Beeinträchtigungen in den Gruppen 1 und 2 verglichen mit Gruppe 3 gab. Solche Beeinträchtigungen werden in **Tabelle 1** abgebildet.

Die Entdeckung, dass 72,8% der Kinder, die später Lernprobleme entwickelten, verglichen mit 28,3% ohne Lernprobleme, ein beträchtliches Trauma vor oder während der Geburt erlitten haben, war verblüffend. Außerdem war der Grad an Problemen und Traumata von weitaus höherer Intensität bei den Kindern in Gruppe 3. Beispielsweise erfolgte die Geburt bei 20

Gruppe	1	2	1 & 2	3
Anzahl der Kinder	74	32	106	103
Unfälle bis zum 2. Lebensjahr	16 (21,6 %)	13 (40,6 %)	29 (27,4 %)	31 (30,1 %)
Unfälle nach dem 3. Lebensjahr	17 (23 %)	8 (25 %)	25 (23,6 %)	65 (63,1 %)

Gruppe	3 (103 Kinder mit Lernschwierigkeiten)	2 (32 Kinder mit visuellen Probleme)	1 & 2 (106 Kinder ohne Lernschwierigkeiten)	1 (74 Kinder ohne visuelle Probleme oder Lernproblem)
Links-Torsion	35 (34%)	09 (28,1%)	26 (24,5%)	17 (23%)
Rechts-Torsion	26 (25,2%)	09 (28,1%)	17 (16%)	08 (10,8%)
Side-bending/Rotation li.	12 (11,7%)	02 (6,3%)	13 (12,3%)	11 (14,9%)
Side-bending/Rotation re.	28 (27,2%)	08 (25%)	29 (27,4%)	21 (28,4%)
Lateral-Strain links	41 (39,8%)	12 (37,5%)	34 (32%)	22 (29,7%)
Lateral-Strain rechts	46 (44,7%)	14 (43,8%)	39 (36,8%)	25 (33,8%)
Lateral-Strain alternierend	02 (1,9%)	01 (3,1%)	02 (1,9%)	01 (1,4%)
Vertikal-Strain superior	37 (35,9%)	10 (31,2%)	31 (29,2%)	21 (28,4%)
Vertikal-Strain inferior	09 (8,7%)	03 (9,4%)	09 (8,5%)	06 (8,1%)
alternierender Vertikal-Strain	02 (1,9%)	0	0	0
Kompression	42 (40,8%)	12 (37,5%)	34 (32%)	22 (29,7%)

Kindern in Gruppe 3 (19,4%) erst nach Wehen von 24 Stunden und länger, während nur drei (2,9%) in Gruppe 1 und 2 eine solche Anamnese aufwiesen. Lange Spannen vorzeitiger oder unproduktiver Wehen, die in einem Kaiserschnitt gipfelten, wurden für 23 (22,3%) der Kinder in Gruppe 3 verzeichnet und nur bei dreien (2,8%) in Gruppe 1 und 2. Missbildungen des Neugeborenschädels wurden für 25 (24,2%) der Kinder in Gruppe 3 und nur bei vier Kindern (3,8%) in den Gruppen 1 und 2 festgestellt. Dabei ist noch zu berücksichtigen,

wie schwierig es für die Mutter ist, sich daran zu erinnern.

Die Anamnese eines Schädeltraumas während der ersten beiden Lebensjahren ist oft unzuverlässig, da die meisten Unfälle vergessen sind, es sei denn, das Kind musste genäht, mit einem Gips versorgt oder wegen einer Gehirnerschütterung ins Krankenhaus gebracht werden. Möglicherweise wird einem bedeutsamem Trauma jedoch nicht die oben angesprochene spezifische Art von Aufmerksamkeit entgegengebracht. Die physiologischen Funktionen des Kraniosakralen

Mechanismus können durch eine Verletzung, deren Symptome sich allmählich entwickeln, deformiert oder gestört werden, und der Bezug zur Verletzung ist für die Eltern oftmals nicht offensichtlich.

In **Tabelle 2** werden Unfälle, an die sich erinnert werden konnte, gezeigt. Auf den ersten Blick könnte man schließen, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen dem Vorliegen eines Traumas bei den Kindern in Gruppe 1 und 2 ohne Lernprobleme (27,4%) und bei denjenigen in Gruppe 3 mit Lernproblemen (30,1%) gibt. Jedoch verletzen sich die Kleinkinder in Gruppe 2 mit Sehschwäche fast doppelt so oft wie jene in Gruppe 1 ohne eine solche Schwäche. Einige der Unfälle konnten ohne Zweifel der Sehschwäche zugeschrieben werden, aber manche Unfälle könnten auch selbst zum Sehproblem beigetragen haben. Das höhere Vorkommen von Unfällen in Gruppe 3 kann die Folge von Wahrnehmungs-Dysfunktionen sein und ebenso dazu beigetragen haben. In einigen Fällen erinnerten sich die Eltern daran, dass sowohl Leistungen als auch Verhalten des Kindes nach einem Unfall deutlich schlechter wurden.

Zum Zeitpunkt der Kopfverletzungen, die ausreichten um einen Schock oder eine Bewusstlosigkeit auszulösen, waren zwei der Kinder fünf Jahre und zwei von ihnen 9 Jahre alt. Bei zwei Kindern im Alter von einem bzw. zwei Jahren entwickelten sich ab dem Zeitpunkt der Verletzung verhältnismäßig schnell Hyperaktivität und Verhaltensprobleme, denen später Lernprobleme in der Schule folgten.

Das Vorkommen von Unfällen ab einem Alter von drei Jahren (**Tabelle 2**) bei Kindern mit Lernproblemen (Gruppe 3) zeigte sich fast dreimal so groß wie in den anderen Gruppen. Des Weiteren war der Schweregrad und die Häufigkeit solcher Unfälle höher. Dies kann als Folge von Koordinationsstörungen und Wahrnehmungs-Dysfunktionen, welche mit der Lernschwäche assoziiert sind, interpretiert werden.

Die zweite zu untersuchende Fragestellung lautete: Kann ein Strain-Muster, welches naturgemäß einzigartig bzw. individuell ausge-

prägt ist, durch Palpation des Kraniosakralen Mechanismus des Kindes mit Lernproblemen diagnostiziert werden? Ein Blick auf **Tabelle 3** verdeutlicht unmissverständlich, dass sämtliche Strain-Muster in allen Kindergruppen festgestellt werden konnten. Mit Ausnahme der rechts und linksseitigen Side-bending-Rotation kamen alle Strain-Muster bei den Kindern mit Lern- und Sehproblemen signifikant häufiger vor als bei Kindern ohne diese Probleme. Die Bedeutung dieses Strains für das visuelle Problem wird in einem anderen Artikel diskutiert. Eine detaillierte Beschreibung der verschiedenen Strain-Muster wurde ebenfalls an anderer Stelle veröffentlicht.¹³

An diesem Punkt der Forschung wurde klar, dass ein perinatales Trauma eindeutig häufiger vorkam, obwohl kein signifikanter Unterschied in der Art der Strain-Muster bei 4 - 14-jährigen Kindern mit bzw. ohne Lernprobleme zu verzeichnen war. Die dritte Frage, die es zu beantworten galt, besteht daher in der Bedeutung des Zeitpunktes der Entstehung eines Strain-Musters: Unterscheiden sich die während der perinatalen Phase stattgefundenen traumatischen Auswirkungen bzw. jene während schwerer Wehen von den Auswirkungen ähnlicher Strains im späteren Leben?

Neuere Studien über die Entwicklung des Gehirns, die in erster Linie durchgeführt wurden, um herauszufinden, „ob Unterernährung während bestimmter Phasen der Gehirnentwicklung zu anhaltenden Veränderungen im Verhalten führen kann“, haben einige bedeutende und relevante Antworten in Bezug auf Lernprobleme geliefert. Dobbing und Smart¹⁴ definierten die zu beantwortende Frage wie folgt: *ob... die Wachstumsretardierung, unter einer Vielzahl anderer wichtiger früher Umweltfaktoren als beitragender Faktor zur Summe der Einflüsse, die das „Erreichen“ des Erwachsenseins bestimmen, identifiziert werden kann.*

Ich würde einen Schritt weitergehen und fragen, ob nicht auch eine Skoliose der Skelettstruktur möglicherweise einen Faktor darstellt, dem eine Wachstumsverzögerung zugrunde liegt. Dies sind tiefgreifende und provozierende Fragestellungen, aber sie sind fundamental, um die

Dimensionen der Ursache für die Probleme der Kinder umfassend zu verstehen.

Dobbing und Smart¹⁴ untersuchten zuerst:

... die Annahme, dass es Phasen gibt, in der die Verletzlichkeit der physischen Entwicklung des Gehirns, in denen Wachstumsverzögerungen zu andauernden Distorsionen und Defiziten der Gehirnstruktur des Erwachsenen führen können, größer ist.

Hierbei handelt es sich um quantifizierbare Störungen, die das Wachstum des Gehirns betreffen. Sie erkannten, dass „möglicherweise einige Fälle von bis jetzt nicht klassifizierter mentaler Retardierung solch eine messbare... Pathologie aufweisen.“ In der Studie über die Wissenschaft der entwicklungsbezogenen Ernährung, mit der sich Dobbing und Smart beschäftigten, wurden drei in Wechselbeziehung stehende Parameter erkannt, namentlich der Schweregrad, die Dauer und der Zeitpunkt der Unterernährung. Sie bemerkten die Bedeutung des dritten Faktors, des Alters, bei Unterernährung. Er wies darauf hin, dass es Übergangsphasen erhöhter Empfindsamkeit gibt, die mit den empfindlichen Phasen während der Verhaltensentwicklung identisch sind. Der Begriff „verletzlich“ wird nach Dobbing und Smart benutzt, um solche Phasen zu umschreiben, „die beides, eine andauernde Distorsion und ein andauerndes Defizit, nach sich ziehen“.

Es wurde eine Differenzierung zwischen der Phase mitotischer Zellmultiplikation und dem späteren Stadium des Zellwachstums erarbeitet. Die Autoren deuteten die Möglichkeit an, dass ein quantitatives neuronales Zelldefizit weniger Bedeutung für die sich entwickelnde Gehirnfunktion besitzt, wie Defizite bezogen auf die dendritische Verzweigung und beim Aufbau synaptischer Verbindungen. Diese bilden ein Äquivalent für das Verhältnis von Gehirn- bzw. Zellgröße dar und das kann auch auf andere Organe im Körper übertragen werden. Man wählte den Begriff „Wachstumsspur“, um die Übergangsphasen mit hoher Wachstumsgeschwindigkeit zu bezeichnen.

Dobbing und Smart¹⁴ konstatierten:

Der Wachstumsspur des Gehirns beginnt etwa zu

der Zeit, in der die neuroblastische Multiplikation aufhört und die Anzahl an Neuronen des Erwachsenenalters schon fast erreicht ist, gegen Ende des zweiten fötalen Trimesters des Menschen... Er endet mit dem Ende der rapiden Hauptmyelinisierungsphase, während eines postnatalen Alters von etwa zwei Jahren.

Dobbing und Sands¹⁵ zeigten, dass der Wachstumsspur des Gehirns auch dann zu einem vorbestimmten chronologischen Alter stattfinden muss, wenn die Bedingungen ungünstig sind. Dieser Effekt einer schlechten Ernährung verlangsamt somit den Prozess des Gehirnwachstums. Es erfolgt keine Verschiebung desselben.

Die vulnerable Phase für das menschliche Kleinkind schließt das dritte Trimester des fötalen Lebens und die ersten 18 - 24 Monate des postnatalen Lebens ein.¹⁴ Daher findet nur ein Achtel der vulnerablen Phase im Uterus statt.

Dobbing und Smart¹⁴ konstatieren:

Somit hängt viel von der Wachstumsrate während der verbleibenden sieben Achtel des Wachstumsspurts des menschlichen Gehirns ab. Folglich stellen die ersten anderthalb Jahre des postnatalen Lebens nicht nur eine Phase der Vulnerabilität dar, sondern auch eine der Chancen.

Welche Chancen? Wie kann diese Chance am besten genutzt werden, um Lernschwäche bei Kindern zu vermeiden oder zumindest einzudämmen? Der Aufbau eines ruhigen, harmonischen, sicheren und lebensbejahenden emotionalen und geistigen Umfelds, in welches das Kind hineingeboren wird und in dem es aufgezogen wird, ist überaus wichtig. Eine saubere Luft ohne Verschmutzung durch Smog, toxischen Insektiziden und Düngern, Tabakrauch und anderen Nebenprodukten dieses industriellen Zeitalters ist somit ebenfalls von essenzieller Bedeutung. Des Weiteren ist zur Schaffung optimaler Bedingungen in dieser Phase der Chancen ein biochemisch ganzheitliches inneres Milieu entscheidend, welches durch unverfälschte, unbehandelte, nicht verseuchte natürliche Nahrungsmittel in ausgewogenen Portionen geschaffen wird.

So essenziell diese Aspekte auch sein mögen, sie werden in dieser Arbeit nicht diskutiert. Mir geht es hier nicht um die das Kind umgebende Atmosphäre oder die Ernährung, auf deren Grundlage es seinen Organismus ausbilden muss, sondern um das Muster und die Leistung des neuromuskuloskeletalen Systems, innerhalb dessen es leben und mit dem es sich ausdrücken muss. In den ersten zwei Jahren seines Lebens stellt das Wachstum des Nervensystems eines der wichtigsten Funktionen dar. Dieses Wachstum wird bestimmt durch die Integrität des ihn ummantelnden fibrös-ossären Gehäuses – dem Kranial-vertebral-sakralen Mechanismus.

Anatomie

Einige anatomischen Eigenschaften des neugeborenen Schädels dienen entsprechend der Sache. Gray¹⁶ zufolge besteht das Os sphenoidale bei der Geburt aus drei sich entwickelnden Teilen; einem zentralen, bestehend aus dem Körper mit seinen Alae minores und zwei seitlichen, den Alae majores mit den Processi pterygoidei. Diese drei Teile sind vor dem Verschluss der Knochenfugen im Alter von etwa einem Jahr in der Lage sich gegeneinander zu verschieben. Die Fissura orbitalis superior bildet jenen Raum zwischen Ala major und Ala minor, durch den sämtliche Nerven der extraokulären Muskulatur sowie der III., IV. und der VI. Hirnnerv verlaufen. Auch die autonome Versorgung und die venöse Drainage erfolgen auf diesem Weg. Der sehnige Ursprungsring von vier Augenmuskeln befindet sich an der Wurzel der Ala minor bzw. dem Rand der Ala major. Daher wird die intraorbitale neuromuskuläre Funktion durch die funktionell-strukturelle Verbindung des sich entwickelnden Os sphenoidale beeinflusst.

Ein Lateral-Strain der Sphenoidbasis im Verhältnis zur Okzipitalbasis, welcher durch einen Strain im Uterus bzw. während der Geburt oder durch ein frühes postnatales Trauma verursacht wurde, erzeugt nicht nur einen Abscher-Strain bezogen auf die Artikulation zwischen dem Körper des Os sphenoidale und der Okzipitalbasis, sondern auch eine intraossäre Läsion an den sich entwickelnden intraossären Knorpelverbindungsstücken zwischen der Ala major,

dem Processus pterygoideus und dem Körper auf der Seite, gegen die sich die Sphenoidbasis bewegt.

Eine Verschiebung der Orbitaachse erfolgt aufgrund der Rotation des Os sphenoidale relativ zum Os occipitale; eine Verschiebung der Orbitaform hingegen entsteht bei medialem Strain der Ala major des Os sphenoidale und der Distorsion der Fissura orbitalis superior, resultierend aus einer veränderten Position der Ala major und minor. Pathophysiologische Einflüsse auf jene Strukturen, die durch diese Fissura treten, sind wahrscheinlich.

Das Os temporale besteht bei der Geburt aus zwei sich entwickelnden Teilen, dem Petromastoid und der Squama. Die membranösen Ansätze des Tentorium cerebelli bewirken eine Bewegung der Pars petromastoidale gegenüber dem Okziput in postero-medialer Richtung und in antero-medialer Richtung gegenüber dem Körper des Os sphenoidale, wohingegen die Squama auf die Ala major des Os sphenoidale sowie das Os parietale reagiert.

Ein seitlicher Strain führt zu einer Distorsion der Verbindung der Okzipitalbasis zwischen den Partes petrosae. Die Squama des Os temporale bewegt sich mit der Ala major des Os sphenoidale. Dies führt zu einer intraossären Läsion des Os temporale, bei welchem die Squama antero-medial befördert wird, die zu einer Winkelöffnung der Achse des Os petrosum innerhalb der Basis führt. Entwickelt sich die Schädelbasis ohne Strains, bildet die Achse des Os petrosum auf einer Seite einen 90°-Winkel mit der gegenüberliegenden Seite. Die intraossären Läsionen des Os parietale bzw. Os sphenoidale sind verantwortlich für die Störung sowohl des III., IV. und VI. Hirnnerven und den ophthalmischen Anteil des V. Hirnnerven als auch für die Störung des Sinus cavernosus bzw. des Sinus petrosus, die eine venöse Drainage aus der Orbita ermöglichen.

Das Os occipitale besteht bei der Geburt aus vier Teilen und vereinigt sich erst im Alter von sechs Jahren zu einem Knochen. Demnach wird das Hinterhaupt in dieser vulnerablen Phase durch vier Knochen gebildet, welche das Foramen magnum umschließen. Fast alle wichtigen Nervenbahnen zwischen Gehirn und Körper

durchqueren die von jenen vier Teilen des Hinterhauptes umbauten Aussparungen. Zudem verläuft der XII. Hirnnerv, der motorische Nerv der Zunge, zwischen den Partes condylares und der Pars basilaris. Neunter, zehnter und XI. Hirnnerv verlassen den Schädel in enger Verbindung zu derselben intraossären Artikulation. Bei der Präsentation des Hinterhauptes zeigt sich die okzipitale Squama, welche den Geburtskanal öffnen muss. Ein Missverhältnis oder die Rigidität der Zervix oder jede andere Obstruktion, die den symmetrischen Abstieg des Kopfes in den Geburtskanal beeinflusst, kann mittels der Squama oder den Partes condylares eine anteriore Kompression der Pars basilaris verursachen und es im Verhältnis zum Körper des Os sphenoidale verzerren. Symmetrische Kompression kann einen Vertikal-Strain erzeugen; asymmetrische Kräfte bewirken einen Lateral-Strain. Zudem besetzen die Hemisphären des Kleinhirns die inferioren Quadranten der okzipitalen Squama und die Okzipitallappen die superioren Quadranten. Eine Distorsion der okzipitalen Squama, die dazu führt, dass sich das Supraokziput flach und fest zeigt und der interparietale Teil verengt und zugespitzt ist, kann die Leistung der betreffenden Bereiche des Gehirns, die an der Koordination, dem Gleichgewicht und dem Sehvermögen beteiligt sind, beeinflussen.

So ein Trauma verformt nicht nur die Gehirnschale. Es kann auch durch die Dura mater übertragen werden, der Kernverbindung zwischen Krania und Sakrum. Eine okzipitale Distorsion spiegelt sich in einer sakralen Fehlstellung. Des Weiteren stehen verschiedene Anteile des Gesichtsschädels mit der Schädelbasis in Verbindung. Die Distorsion des Schädels tritt häufig mit einer Skoliose der Wirbelsäule auf; sie ist maßgeblich dafür verantwortlich und untrennbar mit ihr verbunden. Der folgende Fall zeigt dies anschaulich:

Fall 2. Ein 7 ½-jähriges Mädchen (**Abbildung 2A**) wurde mit einem „krummen Kopf“ und einem Schiefhals geboren. Sie zeigte sich verlangsamt und lag in der Schule in den meisten ihrer Fächer unter dem Durchschnitt. Zudem zeigte sie ein explosives Temperament, sobald

sie nicht das bekam, was sie wollte. Eine Untersuchung ergab eine schwere parallelogrammförmige Distorsion des Kopfes aufgrund eines Lateral-Strains der Symphysis sphenobasilaris rechts mit superiorem Vertikal-Strain und Kompression auf der rechten Seite. Eine kompensatorische Skoliose (**Abbildung 3**) wurde festgestellt. Man erstellte angesichts eines so schweren angeborenen Musters bei einem 7 ½-jährigen Kind eine vorsichtige Prognose und erst nach zwei Monaten wöchentlich erfolgreicher struktureller Behandlung wurde eine erfreuliche Verbesserung des Erscheinungsbildes und der Leistung bemerkt (**Abbildungen 2B, 3B**).

Es ist wichtig, nochmals die rhythmischen Bewegungen des Kraniosakralen Mechanismus zu betonen.¹⁷ Distorsionen der anatomischen Form können die physiologischen Funktionen des Primären Respiratorischen Mechanismus beeinträchtigen, verhindern oder verzerren, was die inhärente Motilität des Zentralen Nervensystems und die fluktuierende Bewegung der Zerebrospinalen Flüssigkeit einschließt.

Wieder stellt sich die zwingende Frage: Was passiert während dieser „kritischen Phase“, durch welche die Distorsion des Kraniosakralen Mechanismus mit den Lernproblemen verknüpft wird, welche sich erst Jahre später manifestieren?

Mitten in der Nacht wachte ich auf und machte mich daran die Antwort aufzuzeichnen. Mit der Wahrnehmung beauftragte Nervenbahnen sind komplex und enthalten viele Verbindungen mit in Wechselbeziehung stehenden Funktionen. Nur wenige davon sind bereits zum Zeitpunkt der Geburt vorhanden. Die Struktur beeinflusst nicht nur die Funktion, funktionelle Muster formen gleichermaßen sich entwickelnde Strukturen. Im gesunden Kranialen Mechanismus können präzise geometrische Muster gefunden werden. Die Achsen der Orbitae überschneiden sich über der posterioren Grenze der Sella turcica und können auf die kontralaterale posteriore kraniale Fossa über dem Tentorium cerebelli projiziert werden. Die Achsen der Partes petrosae des Os temporale überschneiden sich innerhalb der Sella turcica hinter der Überschneidung der orbitalen Achsen und erstrecken sich in den Körper des Os zygomaticum auf der gegenü-



2A



2B

Abbildung 2A. (Fall 2). Das 7 ½-jährige Mädchen am 6. Mai 1973 vor der Behandlung. Beachten Sie die parallelogrammförmige Deformität des Kopfes; das linke Auge und das linke Ohr stehen höher als auf der rechten Seite und der Kopf ist auf die rechte Seite geneigt.

Abbildung 2B. Nach der Behandlung am 3. August 1973.



3A



3B

Abbildung 3A. (Fall 2). Ansicht von hinten vor der Behandlung, die Skoliose zeigend (linke thorakale Konkavität, rechtes Ilium höher stehend, rechte Skapula tiefer stehend)

Abbildung 3B. Nach der Behandlung, die Haltung hat sich verbessert.

berliegenden Seite. Diese Achsen können als Kraftlinien palpirt werden, die sich von einer zur anderen Hand übertragen. Die anormale Anordnung in einem lateralen Strain-Muster ist daher auch durch Palpation verifizierbar.

Abbildung 4 veranschaulicht die orbitale Achse und die Achse der Ossa petrosa auf der Ebene der Schädelbasis in einem hypothetischen symmetrischen Kraniaum.

Abbildung 5 zeigt die symmetrische orbitale Achse eines freien Kranialen Mechanismus, so wie er zu palpieren ist, wenn eine Hand über dem Orbit platziert ist und die andere den kontralateralen Teiles des Hinterhaupts in der Handfläche hält.

Abbildung 6 veranschaulicht die Distorsion der orbitalen Achse mit einem sphenobasila-

ren Lateral-Strain. Die Achse der linken Orbita ragt in Richtung des kontralateralen Teil des Os occipitale hinaus, jene der rechten Orbita wird hingegen auf eine eher mediale Position projiziert. Manchmal liegt sie auch auf dem ipsilateralen Teil des Os occipitale.

Abbildung 7 zeigt die symmetrischen Achsen der Ossa petrosa zwischen dem äußeren Gehörgang auf einer Seite und dem Körper des Os zygomaticum auf der gegenüberliegenden Wange.

Abbildung 8 stellt die Distorsion der Achsen der Ossa petrosa bei einem sphenobasilaren Lateral-Strain rechts dar. Die Achse des linken Os petrosum wird mit einem Finger auf dem äußeren Gehörgang und der anderen Hand auf dem Körper des Os zygomaticum getastet. Die

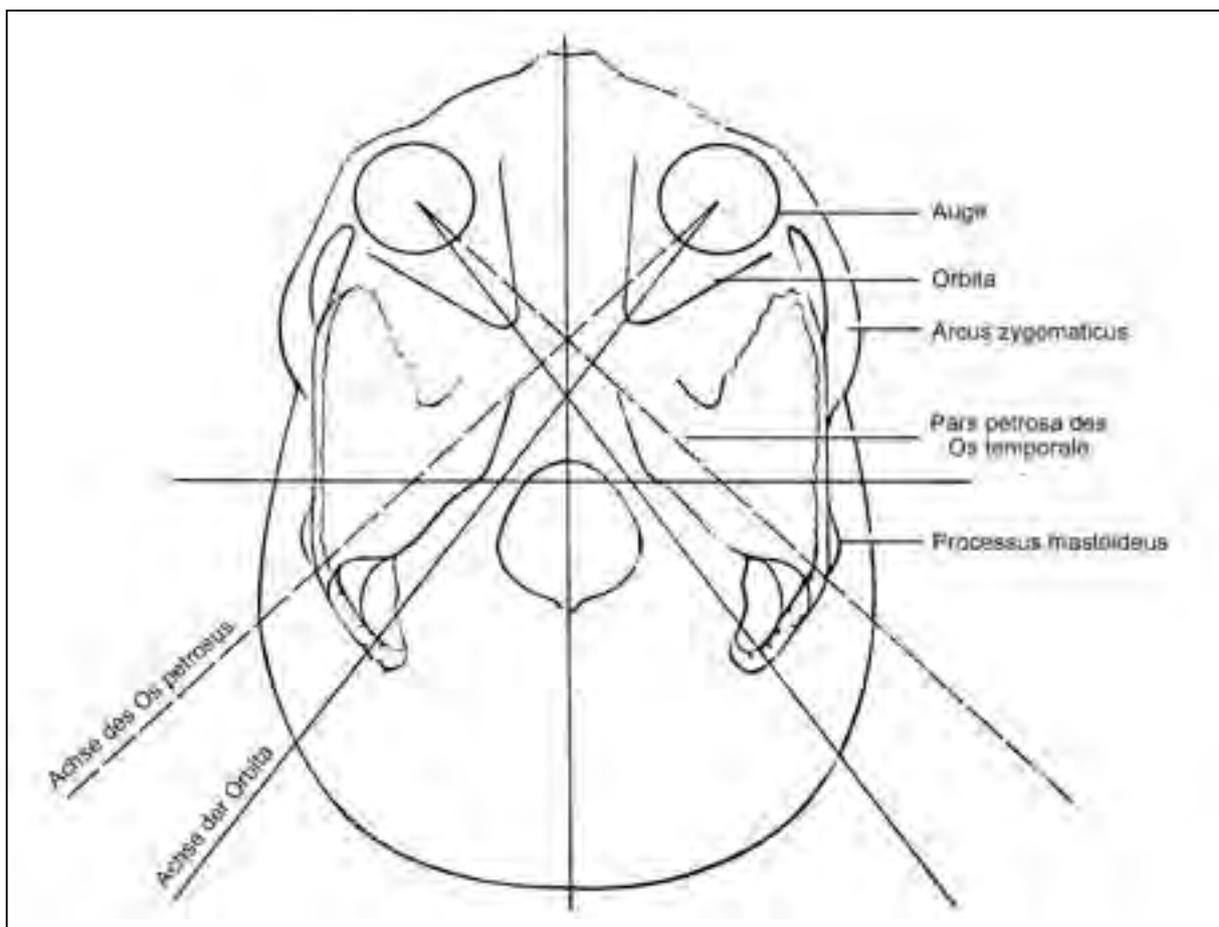


Abbildung 4. Diagramm des Schädels, orbitale Achse sowie Achse der Ossa petrosa auf der Ebene der Schädelbasis zeigend.

Achse des rechten Os petrosus wird zwischen dem äußeren Gehörgang auf der rechten Seite und einem Punkt auf dem Processus zygomaticus des rechten Os temporale getastet. In vielen Fällen liegt dieser Punkt knapp hinter dem gegenüberliegenden äußeren Gehörgang.

Abbildung 9 zeigt einen Schädel, bei dem eine solche Distorsion sichtbar und tastbar ist.

Die auf diesen klinischen und anatomischen Beobachtungen gründende Hypothese besteht darin, dass diese geometrischen Formen die sich entwickelnden Nervenbahnen bestimmen. Sind diese Formen vor Abschluss der Entwicklung besagter Nervenbahnen verzerrt, müssen sie sich folglich mit der Distorsion entwickeln und bewirken eine Irritation bezogen auf den sensorischen Input bzw. verursachen eine schlechte Bewegungskoordination. Daher bekommt die Untersuchung und Behandlung des kraniosakralen Mechanismus beim Neugeborenen und

die weitergeführte Überwachung während der ersten zwei Jahre des Lebens eine vollkommen neue Bedeutung, wesentlich größer als es bisher der Fall war.

Kann man wirklich annehmen, dass man bei einem Schulkind, welches schon mit allen Problemen der Lernschwäche konfrontiert ist, den Lauf der Dinge nicht mehr signifikant zu verändern vermag, da es dann zu spät sein kann? Die Ergebnisse in den Fällen 1 und 2 legen dagegen nahe, dass sogar bei Kindern im Alter von zwölf Jahren noch nicht alles verloren ist, insofern der Osteopath die Aufmerksamkeit auf die zugänglichen muskuloskeletalen kraniosakralen Muster legt. Dies im sicheren Wissen, dass Strukturen und Funktionen sich wechselseitig beeinflussen und dass die Verbesserung sowohl der Struktur als auch der Funktion innerhalb des Primären Respiratorischen Mechanismus die neurologische Funktion und damit auch die intellektuel-

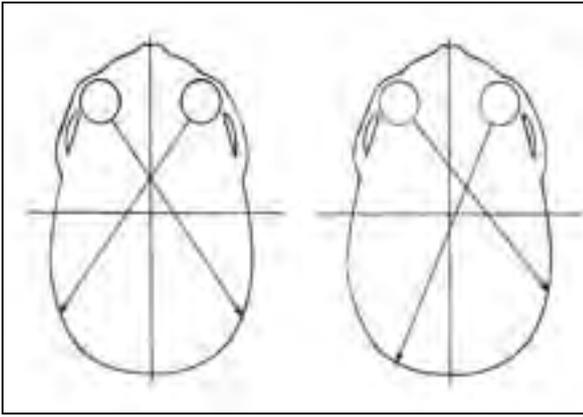


Abbildung 5. Diagramm mit den symmetrischen orbitalen Achsen, so wie sie palpiert werden.

Abbildung 6. Diagramm mit einer Distorsion der orbitalen Achse und einem sphenobasilaren Lateral-Strain auf der rechten Seite.

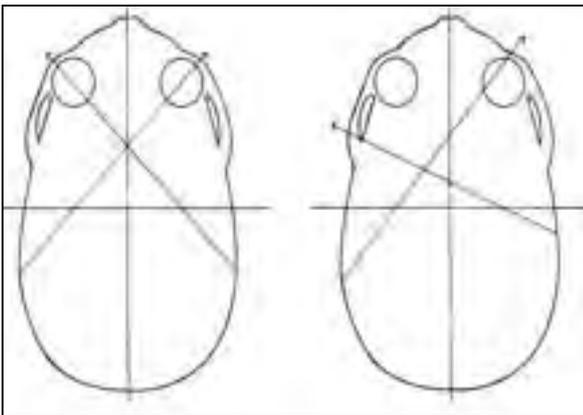


Abbildung 7. Diagramm mit den symmetrischen Achsen der Ossa petrosa.

Abbildung 8. Diagramm mit einer Distorsion der Achsen der Ossa petrosa und einem sphenobasilaren Lateral-Strain auf der rechten Seite.

le Leistung verbessert. Die nachfolgenden Fälle sollen einige Möglichkeiten veranschaulichen:

Fall 3. Ein siebenjähriges Mädchen (**Abbildung 10A**) war die Ältere von zwei Geschwistern. Ihre Geburt verlief unauffällig, aber im Alter von sechs Monaten fiel sie von einer Schaukel auf ihren Hinterkopf. Der Vater hatte Probleme das Lesen zu erlernen. Sie war ein passives Kind, aber sie setzte sich, krabbelte, lief und sprach in akzeptablem Zeitraum. Sie konnte kein Puzzle

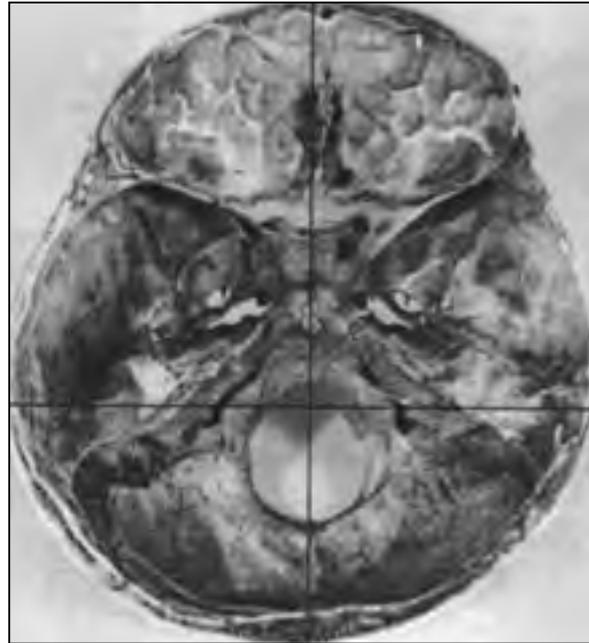


Abbildung 9. Foto des Schädels, bei dem die Distorsion sichtbar und tastbar ist.

zusammensetzen, weder hüpfen noch springen und hatte große Schwierigkeiten das Fahrradfahren zu erlernen. Sie erlitt viele Stürze beim Rollschuhfahren. Im Kindergarten weinte sie, weil sie nicht zurechtkam. Zur Zeit der Untersuchung war sie immer noch sehr emotional und weinte beim geringsten Anlass. Sie erschien entweder überschwänglich oder depressiv. Es war für sie schwer, Anweisungen zu folgen und sie hatte Tagträume in der Schule. Sie war zappelig und angespannt und litt an einem Aufmerksamkeitsdefizit.

Sie wurde von einem Augenoptiker¹ an mich verwiesen, der mit ihr bereits zwei Einheiten Sehtraining absolviert hatte, wodurch sich ihre Fähigkeit Formen und Umrisse einschätzen zu können verbesserte.

Zum Zeitpunkt meiner ersten Untersuchung am 19. April 1972 erwies sich ihre Arm-Bein-Koordination während des Laufens als ausreichend. Ihre Haltung im Stand zeigte ein Rotations skoliose, welches beim Einbeinstand deutlicher wurde (**Abbildung 11A**). Das Ilium rotierte auf der Seite des angehobenen Beines nach hinten. Es lag eine Lordosierung der Lendenwirbelsäule vor. In Rückenlage war die Sakrumbasis auf der rechten Seite angehoben. Die Symphysis sphenobasilaris zeigte eine Link-



10A



10B

Abbildung 10A. (Fall 3). sieben-jähriges Mädchen am 19. April 1972 vor der Behandlung.

Abbildung 10B. Am 14. Juni 1972 nach der Behandlung. Beachten Sie die verbesserte Zentrierung des Kopfes auf dem Körper und die anterograde Stellung der Augen.



11A



11B

Abbildung 11A. (Fall 3). Rückansicht vor der Behandlung.

Abbildung 11B. Nach der Behandlung. Die tiefer stehende rechte Schulter befindet sich nun auf Höhe der linken. Die Skoliose hat sich verbessert.

storsion bei rechtseitiger Side-bending-Rotation. Das rechte Os temporale stand in Außenrotation. Das Os occipitale schwankte leicht um eine Sagittal-Achse und stand auf der rechten Seite höher als auf der linken. Der harte Gaumen stand hoch und auf der rechten Seite nach außen sowie auf der linken Seite nach innen gedreht. Diese Zeichen legten mehrere traumatische Einwirkungen auf den Schädel nahe.

Am Ende des Schuljahrs nach sechs Behandlungen des gesamten Mechanismus in wöchentlichem Rhythmus wurde berichtet, dass sie sich stark verbessert hatte; sie war ruhiger, besser gelaunt und musste keine Nachhilfestunden mehr nehmen. Man plante sogar, sie im September in eine spezielle Klasse für begabte Kinder zu schicken (**Abbildung 10B, 11B**). Der Augenoptiker lieferte folgende Beurteilung¹⁸:

„Das Kind hat zwei sehtherapeutische Einheiten abgeschlossen, bevor es zu Dr. Frymann überwiesen wurde. Sie war zu diesem Zeitpunkt immer noch unfähig einige visuell-motorische Aufgaben zu bewältigen und ihre Haltung sprach nicht auf das Training an. Bezogen auf die Fernsicht bestand normale Sehschärfe und Muskelbalancefindung. Bei Nahsicht zeigte sich eine geringe fusionale Rückstellung und es war nicht möglich solide Informationen von weiteren Nahpunkttests zu ermitteln.“

„Nach Beendigung der osteopathischen Behandlung waren alle Zeichen von Sehschärfe, Muskelbalance und fusionaler Rückstellung bezogen auf Fern- und Nahsicht normal. Sie hatte gelernt, einen Stock umherzuwirbeln und Seil zu springen. Ihr Körperbewusstsein und

¹⁸ Anm. d. Hrsg.: Die amerikanischen Augenoptiker sind bezogen auf ihre Zulassung im europäischen Vergleich in etwa zwischen dem Optiker und dem Augenarzt anzusiedeln.

Körperbild hatte sich verbessert und ihr räumliches Vorstellungsvermögen zeigte sich effektiver.“

Fall 4: Ein 8 ½-jähriger Junge war das dritte von sechs Kindern. Sein Geburtsgewicht betrug 3,76 kg, aber man konnte sich an keine Beschwerden erinnern. Er krabbelte nie und konnte im Alter von 8 ½ Monaten laufen. Mit 15 Monaten fiel er aus seiner Wiege. Seine Augen waren dilatiert und er war sehr ruhig. In der ersten Klasse „schnitt er nicht gut ab“. Zum Zeitpunkt der Untersuchung wiederholte er gerade die zweite Klasse und zeigte gar kein Interesse am Lesen. Er ging nicht gerne zur Schule und war sehr befangen.

Die Untersuchung ergab, dass er ein großer und schlanker Junge mit einer ängstlichen bedrückten Miene war. In aufrechter Position stand das rechte Ilium superior, die rechte Schulter superior und posterior und das rechte Ohr posterior und leicht inferior bezogen auf das linke Ohr. In Rückenlage stand das Sakrum auf der linken Seite leicht höher und der sphenobasilar Mechanismus wies einen rechten Lateral-Strain mit linker Torsionskomponente auf. Das rechte Os temporale war nach innen gedreht. Die physiologische Bewegung der Schädelsphäre zeigte sich eingeschränkt. Während der Behandlungen wurde zudem ein unterschwelliger superiorer Vertikal-Strain der Symphysis sphenobasilaris entdeckt.

Nach 7-wöchiger Behandlung bemerkte die Schule eine deutliche Veränderung bezüglich seiner Einstellung und Leistung. Er war nun ein fröhlicherer, kommunikativerer Junge. Am Ende der zweiten Klasse, acht Monate später, wurde berichtet, dass er Fortschritte beim Lesen machte und dass sich seine Lerngewohnheiten verbessert hatten. Er war wesentlich fröhlicher als früher.

Zum Zeitpunkt des Berichts war er in der achten Klasse und hatte überdurchschnittliche Noten.

Fall 5: Ein neunjähriger Junge mit außergewöhnlich hohem IQ verfügte über eine kurze Aufmerksamkeitsspanne und es wurde empfoh-

len, dass er die dritte Klasse wiederholen solle.

Die frühe Schwangerschaft war von einer Fehlgeburt bedroht. Er kam sechs Wochen zu früh auf die Welt und hatte Schwierigkeiten sofort zu atmen. Im ersten Lebensjahr zeigte er sich phlegmatisch und mit 7 ½ bekam er Asthma. In der Schule konnte er nicht still sitzen, gab sich beim Arbeiten keine Mühe und konnte nur halb so schnell abschreiben, wie man es für ein Kind in seinem Alter erwarten würde.

Sonst entwickelte er sich normal und konnte zufriedenstellend Rollschuh- und Fahrradfahren. Als kleiner Junge war er auf den Hinterkopf gefallen.

Bei der Untersuchung war er nicht in der Lage still zu halten und die Ebenen der Hüfte, Schultern und Ohren veränderten sich ständig. Beim Lauftest war er nicht in der Lage, Arme und Beine zu koordinieren. Im Stand konnte er seine Arme nicht in einem ruhigen und sich gleichmäßig verändernden Rhythmus schwingen.

Das Balancieren auf einem Bein war ungenügend. Die Hüfte senkte sich nicht auf die Seite des gehobenen Beines.

In Rückenlage stand das Sakrum auf der linken Seite superior und auf der rechten Seite posterior. Sein Kopf war dolichocephalisch geformt und vom Extensions-Typ. Die Symphysis sphenobasilaris wies einen superioren Vertikal-Strain und einen rechten Lateral-Strain mit Kompression auf. Das linke Os temporale zeigte sich in Innenrotation fixiert und der harte Gaumen stand beidseitig hoch und in Innenrotation.

Nachdem er nicht in die vierte Klasse versetzt wurde, riet man in den Sommermonaten zu einer Kombination aus Wahrnehmungstraining gleichzeitig mit osteopathischer Behandlung. In der Regel werden diese Maßnahmen nacheinander angeordnet um den spezifischen Beitrag von beiden zu evaluieren. Im zweiten Monat der vierten Klasse, nach sieben osteopathischen Behandlungen und einem sechswöchigen Intervall ohne Behandlung wurde berichtet, dass er still sitzen und lesen kann und dass seine Schrift sich „drastisch verbessert hat und nun alle Buchstaben von gleicher Größe sind.“ Bis zur sechsten Klasse hatte er das Standardniveau erreicht. Die Sehschärfe ohne Hilfsmittel ver-

besserte sich von 20/40 auf 20/30 auf jedem einzelnen Auge sowie auf beiden zusammen.

Anmerkungen

Die Diagnose einer Lernschwäche ist leicht zu stellen, wenn die routinemäßige Anamnese Fragen über intellektuelle Leistungen und Schulleistungen einschließt. Es ist schwierig, jene Faktoren zu bestimmen, die das Lernproblem verursachen oder dazu beitragen. Allgemein zeigen Untersuchungsreihen zur Evaluation der Kinder mit Lern- und Verhaltensproblemen von Johnson¹⁹ eine Verbindung zwischen psychologischen und physischen Unzulänglichkeiten. Diese stammen offensichtlich aus derselben ätiologischen Quelle und rufen durch Interaktion mit den intellektuellen Problemen jenen unglücklichen Zustand hervor. Gelegentlich kann ein spezifisches Problem wie etwa eine Beeinträchtigung des Seh- oder Hörvermögens oder es können Episoden kleinerer Übel festgestellt werden, wobei die Korrektur der Probleme zu einer sofortigen und glücklichen Lösung führt. Aber solche Fälle sind die Ausnahme.

Die Absicht meines Projektes, in dem ich der Ermahnung Dr. Stills folgte, war die Ursachen-suche für solche Störungen.

Ich fange mit der Befragung eines Elternteils an, vorzugsweise der Mutter alleine. Es ist eine gute Regel, die Befragung über das Kind niemals in dessen Gegenwart vorzunehmen. Die Unterhaltung mit dem Elternteil eröffnet die Gelegenheit, viel über die Situation zu Hause zu erfahren, die in Gegenwart des Ehepartners oftmals nicht in dieser Art und Weise dargestellt werden würde. Ein gründliche Erhebung des Verlaufs der Schwangerschaft und der Geburt, der frühen Entwicklung, des kindlichen Verhaltens, der Interessen und Stärken liefern Indizien der Unzulänglichkeiten in der Entwicklung jener visuellen Komplexe, die den schulischen Erfahrungen vorausgehen. Traumata, Episoden hohen Fiebers oder schwere Erkrankungen sollten erfragt werden. Nachfragen zur intellektuellen Leistungsfähigkeit, die Einstellung gegenüber der Schule und die Beziehungen zu Klassenkameraden, können bewirken, dass ein

Elternteil über seine Sorgen und Ängste bezüglich eines Erziehungsproblems, für das er oder sie noch keine Lösung finden konnte, berichtet.

Die Mehrheit dieser Kinder wurden von einem Augenoptiker an mich überwiesen, der aufgrund 20-jähriger Zusammenarbeit den Wert der osteopathischen Betreuung von Kindern mit Lernproblemen zu schätzen gelernt hat.

Die Untersuchung des Kindes erfolgt immer in Gegenwart der Eltern. Zuerst werden Fotos gemacht. Einfache Tests werden in die körperliche Untersuchung integriert und tragen so zur Diagnose bei. Zu diesen Tests gehören rhythmische Armschwingen und Arm-Bein-Koordinationsübungen sowie Marschieren. In einem anderen Test wird das Kind angewiesen in ein Kaleidoskop zu sehen, wobei es das dominante Auge benutzen wird. Gekreuzte Dominanz ist eine wichtige Beobachtung bezogen auf die Bedeutung für weitere Befunde.

In einem anderen Test soll das Kind den sich hin- und herbewegenden Finger des Osteopathen beobachten ohne dabei seinen Kopf zu bewegen. Der Osteopath achtet darauf, ob das Kind mit den Augen zwinkert oder ob die Augen zucken, sobald sie die Mittellinie überqueren. Die Unfähigkeit, die Augen zu kontrollieren, kann mit der Unfähigkeit, eine Linie nachzufahren einhergehen. Es folgten ähnliche Tests in vertikaler und diagonaler Richtung. Zudem wurde das Kind angewiesen, sich auf das Gesicht des Osteopathen und seine Bemerkungen zu konzentrieren, egal ob das Kind ein Auge dafür benutzt oder zwei. Das Kind wurde dann gefragt, ob die Nase des Osteopathen einen Schatten wirft.

Wenn mehrere dieser Tests Anomalien zeigen und die Sozialanamnese Leistungsstörungen in der Schule ergibt, sollte das Kind für eine gründliche Evaluation der Wahrnehmungsfunktion zu einem Augenoptiker des spezialisierten *College of Vision Development* überwiesen werden.

Beim ersten Besuch wurde die körperliche Untersuchung abgeschlossen, dazu gehört die strukturelle Evaluation des gesamten muskuloskeletalen Systems, des Kraniosakralen Mecha-

nismus und des Zahnstatus. Diese Befunde wurden aufgezeichnet und es folgte eine diagnostische und prognostische Einschätzung.

Es folgt eine Besprechung mit beiden Eltern ohne das Kind. Die Befunde werden dargelegt. Sind weitere Tests indiziert, werden diese ebenfalls erklärt. Dann muss die Prognose beachtet werden. Als allgemeine Regel gilt, je jünger das Kind ist, desto besser die Prognose. Für einen Heranwachsenden werden die Grenzen einer möglichen Verbesserung aufgezeigt. Es wird auch verdeutlicht, dass eine Verbesserung einiger zugänglicher Faktoren, bezogen auf das Problem das gesamte Körperbild verändern kann und dem Kind erlaubt, das Optimum aus seinen Fähigkeiten zu machen. Für die meisten Eltern ist irgendeine Verbesserung besser als gar keine.

Es konnte aus langjähriger Erfahrung gelernt werden, dass signifikante Veränderungen im anatomischen physiologischen Mechanismus wöchentliche Besuche im Zeitraum über etwa sechs bis acht Wochen benötigen, um für die Eltern und das Kind nachweisbare Ergebnisse zu zeigen. Dies sollte den Eltern erklärt werden, bevor die Therapie beginnt. Es erfolgt keine Evaluation des Fortschritts während dieser Phase. Bemerken die Eltern oder das Kind vorzeitige Veränderungen, ist dies ein zusätzlicher Gewinn. Tun sie es nicht, trägt das Zeitintervall zum Schutz des Osteopathen bei. Beim letzten planmäßigen Besuch werden der Fortschritt und die Pläne für die Zukunft mit den Eltern diskutiert und es werden erneut Fotos gemacht.

Ist ein visuelles Training erforderlich, findet dieses gewöhnlich nach Abschluss der intensiven osteopathischen Betreuung statt. Der Wert eines Wahrnehmungstrainings wird äußerst kontrovers diskutiert.²⁰ Möglicherweise kann dasselbe von der osteopathischen Betreuung behauptet werden. Man sollte jedoch das Verhältnis von Osteopath und Augenoptiker bei der Behandlung eines Kindes mit Lernschwäche mit der Beziehung zwischen einem Klavierstimmer und dem Musiklehrer bezogen auf einen jungen Musiker vergleichen.

Ganz gleich wie begabt der Musiklehrer oder das Kind sein mag, das Kind wird niemals

harmonische melodische Töne produzieren können, wenn das Klavier nicht gestimmt ist. Nachdem der Stimmer herein geholt wird, um das Instrument zu stimmen, muss der Lehrer eingeladen werden, um das Kind zu trainieren und dabei auf der vorherigen Stimmung aufzubauen. Die Kunstfertigkeit des Osteopathen liegt im Stimmen des Instruments. Ist dies vollendet, sollte dem Augenoptiker erlaubt werden, schlechte Angewohnheiten zu korrigieren und dem Kind eine bessere Art beizubringen, wie es seine Fähigkeiten effizient nutzen kann.

Zusammenfassung

Diese Studie, mit all ihren Einschränkungen und Unzulänglichkeiten, veranschaulicht das Bedürfnis nach einem zehnjährigen Forschungsprojekt, um zu bestimmen, ob sich die Diagnose und die Behandlung der aus perinatalen Belastungen resultierenden kraniosakralen Strains das Auftreten von Lernschwierigkeiten günstig auswirken. Gleiches gilt für die periodische Reevaluation des Kindes während seiner Entwicklungsjahre, um jedes aus einem Trauma resultierende Strain-Muster aufzulösen und somit das Auftreten von Lernschwierigkeiten zu reduzieren. Es wurden neue Fragen bezüglich der Beziehungen geometrischer Muster des Körpers und seiner physiologischen Funktionen aufgeworfen.

Es wurde gezeigt, dass bei Kindern mit und auch ohne Lernprobleme das gesamte Ausmaß an traumatischen Mustern gefunden werden kann.

Es wurde gezeigt, dass es eine kritische empfindliche Phase gibt, in welcher Strain-Muster besonders zur Lernschwäche beitragen und dass diese kritische Phase, die etwa bis zum Alter von zwei Jahren besteht, auch eine Phase der Chancen für den optimalen Gewinn durch eine Korrektur solcher Strains darstellt.

Es wurde zudem gezeigt, dass viele Kinder von einer osteopathischen Diagnose und Behandlung des Körpers im ganzheitlichen Sinn, inklusive des Kraniosakralen Mechanismus, auch lange nach dem kritischen Alter von zwei Jahren, profitieren. Dennoch sind die Ergebnisse

für Kinder im Grundschulalter, besonders der unteren Klassen, besser, als für Schüler höherer Klassen. Zu dieser Zeit verläuft die Rehabilitation durch die Enttäuschungen in der Schule, dem wiederholtem Versagen bei intellektuellen Leistungen und all dem psychischen Stress, der mit der Wahrnehmungs-Dysfunktion und der Fehlkoordination des Selbst einhergeht, verlangsamt und unvollständig.

Nichtsdestotrotz ist die Entwicklung eines Behandlungsprogramms ihre Zeit und Mühen wert, insofern dem Patienten dadurch ermöglicht wird, das Maximum seiner Fähigkeiten auszuschöpfen, sich zu akzeptieren und alle daraus resultierenden Vorteile zu erkennen, welche zum Auflösen seiner Einschränkungen führen können.

Bibliografie

1. Boder, E: Developmental dyslexia. A diagnostic approach based on three atypical reading-spelling musters. *Dev Med Child Neurol* (15) 663-87. Oct 73
2. Gordon, N: Learning difficulties. The rote of the doctor. *Dev Med Child Neurol* (17) 99-102. Feb 75
3. Feingold, BF: Food additives and child development. *Hosp Practice* (8) 11-2 1. Oct 73
4. Salzer, H: Functional hyperinsulinism as a cause of neuropsychiatric illness. Cited by C Fredericks and H. Goodman. *Low Blood Sugar and You*. Constellation International, New York. 1969
5. Campbell, MB: Neurological allergy. *RevAllerg* (22) 80-9. Jan 68
6. Sherman, A: Relating vision disorders to learning disability. *JAm OptomAssn* (44) 140-1. Feb 73
7. Peters, JE, Romine, JS and Dykman, RA: A special neurological examination of children with learning disabilities. *Dev Med Child Neurol* (17) 63-78. Feb 75
8. Rosenberg, JG and Weller, GM: Minor physical anomalies and academic performance in young school-children. *Dev Med Child Neurol* (15) 131-5. Apr 73
9. Rosborough, PM: Physical fitness and the child's reading problem. The report on a technical study of twenty „problem readers,“ their physical handicaps and therapy. Exposition Press, New York. 1963
10. Treganza, A and Frymann, VM: Explorations into posture and body mechanics. *Academic Ther* (8) 339-44. Spring 73
11. Bowley, A: Reading difficulty with minor neurological dysfunction. A study of children in junior schools. *Dev Med Child Neurol* (11) 493-503. Aug 69
12. Brenner, MW, et al: Visuo-motor disability in school-children. *Br Med J* (4) 259-62, 4. Nov 67
13. Frymann, VM: Relation of disturbances of cranio-sacral mechanisms to symptomatology of the newborn. Study of 1,250 infants. *JAOA* (65) 1059-75. Jun 66
14. Dobbing, J and Smart, JL: Early under nutrition, brain development and behavior. *Clin Dev Med* (47) 16-36. 1973
15. Dobbing, J and Sands, J: Vulnerability of developing brain. IX. The effect of nutritional growth on the timing of the brain growth-spurt. *Biol Neonate* (19) 363-78, 1971
16. Gray, H: *Anatomy of the human body*. Ed. 28, edited by CM Goss. Lea and Febiger, Philadelphia. 1966
17. Frymann, VM: A study of the rhythmic motions of the living cranium. *JAOA* (70) 928-45. May 71
18. Treganza, A: Personal communication
19. Johnson, EL: Multidisciplinary evaluation of learning and behavior problems in children. A summary of 40 cases. *JAOA* (72) 63-70. Sep72
20. Robinson, ME and Schwartz, LB: Visuo-motor skills and reading ability. A longitudinal study. *Dev Med Child Neurol* (15) 281-6. Jun 73

4. DIE ÜBERPRÜFUNG OSTEOPATHISCHER KONZEPTE IN EINEM PRAXISNAHEN SETTING

Michael M. Patterson, PhD

Contributing Editor

Genehmigter Nachdruck aus *JAOA* Vol 92,
Jun 1992, 689

Die Ausgabe des *JAOA* vom September 1991 enthielt den Artikel *Nociceptive reflexes and the somatic dysfunction: A model* von Richard Van Buskirk, DO (*JAOA* 1991 [91] 792-809). Dieser Artikel beschrieb eine wichtige Theorie über somatische Dysfunktion und deren physiologischen Grundlagen. In der gleichen Ausgabe des *JAOA* fand sich im Vorwort ein Appell für mehr theoretische Grundlagenforschung sowie der Hinweis auf die Notwendigkeit die osteopathischen Grundlagen durch wissenschaftliche Untersuchungen sowohl inhaltlich als auch klinisch zu überprüfen. Gute, wissenschaftlich stichhaltige und gut konzipierte Studien gehören vielleicht zu den schwierigsten Aufgaben, die ein praktizierender Osteopath in seinem Arbeitsumfeld in Angriff nehmen kann. In den meisten Fällen ist er für eine solche Aufgabe nicht gerüstet. Des Weiteren hat er oder sie nur begrenzte Zeit und Ressourcen, um eine solche Forschungsarbeit durchzuführen; und der potenzielle Forscher wird möglicherweise durch die aufwändige Dokumentation und die vielen Einzelheiten, die eine solche Studie benötigt, eingeschüchtert. Dennoch stellt sie die ultimative Versuchsbasis für die Ideen und Theorien der Profession dar.

Jeder einfache Wissenschaftler kann die Mechanismen sämtlicher klinischen Phänomene darstellen, die in der Praxis beobachtet werden. Unsere Bildungsinstitutionen sind zudem in der Lage, komplexe Studien zu unterstützen, die große Investitionen in Ressourcen und in menschliche Arbeitskraft bedürfen.

Zwar können wir uns Daten von anderen Professionen leihen, um Beobachtungen und

klinische Erfolge der osteopathischen Profession zu erklären, aber einer der besten Wege die Effizienz der Osteopathie zu veranschaulichen, bleibt es nach wie vor, diese Phänomene in ihrem natürlichen Umfeld, im Praxisalltag, zu studieren. Viola M. Frymann, DO und ihre Kollegen, Richard E. Carney, PhD und Peter Springall, PhD, haben genau das getan. Dort präsentieren sie ab S. 729 die Ergebnisse einer sehr engagierten Unternehmung, das am *Osteopathic Center for Children in LaJolla* in Kalifornien durchgeführt wurde. Dabei entwarfen sie eine dreijährige Studie, welche die Auswirkungen der osteopathischen Behandlung bei Kindern mit neurologisch bedingten Entwicklungsproblemen evaluierte. Sie wurde mit immensem Aufwand betrieben, um die Behauptungen zu überprüfen, dass die Osteopathie nicht nur bei den Behandlungen von Rückenproblemen, sondern für ein breites Spektrum an Beschwerden des Menschen einen Nutzen erbringe.

Die Forscher evaluierten 186 Kinder im Alter von 18 Monaten bis zu 12 Jahren, die sich aufgrund neurologischer, allgemeinmedizinischer oder struktureller Erkrankungen osteopathischen manipulativen Behandlungen (OMTs) unterzogen. Die Daten zeigten, dass OMTs signifikante, positive Effekte auf der Ebene der neurologischen Entwicklung bei Kindern mit neurologischen Defiziten erbrachten. Diese erfreulichen Effekte hielten auch noch nach Abschluss der Behandlung an.

Bei dieser Studie wurde ausgesprochen viel Arbeit in Design, Durchführung, Analyse und Aufarbeitungen zum Zwecke der Veröffentlichung investiert. Sie sollte ein Eckpunkt für die osteopathische Profession werden, da sie auch beweist, dass solche Studien überhaupt machbar sind; dass sie tatsächlich durchgeführt werden können. Die Tatsache, dass OMTs offensichtlich wirksam sind, wie dies

5. AUSWIRKUNGEN DER OSTEOPATHISCHEN BETREUUNG IN BEZUG AUF DIE NEUROLOGISCHE ENTWICKLUNG VON KINDERN

Viola M. Frymann, DO, FAAO,

Richard E. Carney, PhD

Peter Springall, PhDⁱⁱ

Genehmigter Nachdruck aus JAOA Vol 92

(6) 729-744, Jun 1992

Zusammenfassung:

Drei Jahre lang wurden am Osteopathic Center for Children Studien an Kindern zwischen 18 Monaten und zwölf Jahren durchgeführt. Ihre Reaktionen auf 6 - 12 osteopathische Behandlungen, die auf alle Gebiete der verzerrten inhärenten physiologischen Bewegung bezogen waren, wurden auf der Grundlage von Veränderungen in drei Kategorien sensorischer und drei motorischer Leistungsbereiche eingeschätzt. Houle's Profile of Development wurde benutzt, um das neurologische mit dem chronologischen Alter zu vergleichen; die Ergebnisse wurden altersbezogen erfasst. Die Ergebnisse von behandelten Kindern wurden mit jenen verglichen, die sich in einer Wartezeit ohne Behandlung befanden.

Die neurologische Leistung bei Kindern, mit diagnostizierten neurologischen Problemen, nach der Behandlung verbesserte sich signifikant und zu einem geringeren Grad bei Kindern mit allgemeinmedizinischen oder strukturellen Diagnosen. Die Fortschritte der neurologischen Entwicklungen hielten über einen Zeitraum von mehreren Monaten an. Die Ergebnisse bestärken den Nutzen von osteopathischer Behandlung als Teil einer Kinderheilkunde, die auf der Philosophie und den Prinzipien der Osteopathie basiert.

(Schlüsselwörter: Strukturelle Integrität, inhärente physiologische Motilität, quantitative Evaluation, umfassende osteopathische Manipulation)

Die Osteopathie „ist eine Wissenschaft, die sich mit den natürlichen Kräften des Körpers beschäftigt.“ⁱⁱ Die osteopathische Philosophie

und die Prinzipien dienen am *Osteopathic Center for Children* (OCC) des *College of Osteopathic Medicine of the Pacific* (COMP) seit über zehn Jahren als Leitbild für die Kinderheilkunde. Diese Art der Betreuung hat Kindern mit einer Vielzahl von medizinischen Problemen geholfen und ihr allgemeines Wohlergehen verbessert. Die vorliegende kontrollierte Studie wendet sich einem bestimmten Aspekt einer solchen Behandlung zu, nämlich der Anwendung der osteopathischen Behandlung, mit der Absicht die dem Körper inhärente physiologische Mobilität wiederherzustellen und somit die neurologische Entwicklung positiv zu beeinflussen.

Eine wachsende Zahl diagnostischer Bezeichnungen wird verwendet, um die Vielzahl langjährig bestehender Probleme von Kindern zu beschreiben, vom Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom² bis hin zu Sprachstörungen. Dabei sind selten klare Abgrenzungen zwischen ihnen möglich. Jede Bezeichnung schließt über- und untergeordnete Komponenten anderer neurologischer Erkrankungen ein; etwa kann ein Kind mit Lernschwäche ein Verhaltensproblem aufweisen und Störungen der Wahrnehmung sind möglicherweise mitverantwortlich für die Lernschwierigkeiten.

Eine Reihe ätiologischer Faktoren tragen womöglich zu diesen klassifizierten Diagnosen bei. Aber auch hier kann ein bestimmter ätiologischer Einfluss zu einer Vielzahl an klinischen Dysfunktionen führen. Eine traumatische Geburt kann etwa zu mentaler Retardierung, Wahrnehmungsstörungen oder neuromotorischen Störungen führen; diese klinischen Probleme können aber auch im Zusammenhang stehen mit einem toxischen Einfluss durch Einnahme von Medikamenten während der Schwangerschaft, genetischen Defekten oder Enzephalitis in der Kindheit usw. (**Abbildung 1**).

ⁱⁱ Viola Frymann ist Direktorin des *Osteopathic Center for Children* (LaJolla, Kalifornien) des *College of Osteopathic Medicine of the Pacific*; Dr. Carney ist Vizepräsident im Bereich Forschung und Entwicklung der *Timao Foundation for Research and Development*, San Diego; Dr. Springall ist Direktor der *Springall Academy*, LaJolla, Kalifornien

In allen Fällen ist aber die somatische Dysfunktion das Bindeglied zwischen den ätiologischen Faktoren und dem klinischen Problem. Sie ist definiert als eine Dysfunktion der in Beziehung stehenden Teile des körperlichen Rahmens. Die meisten Fälle somatischer Dysfunktion gehen auf Geburtsergebnisse oder andere Traumata in der frühen Kindheit zurück und können im Kranialen Mechanismus, im Becken oder auf jeder Ebene dazwischen gefunden werden; ebenso können sie in den muskuloskeletalen, membranösen und faszialen Mechanismen enthalten sein.

Die Beobachtungen am OCC haben immer wieder die Bedeutung des somatischen Systems für den Wachstums- und Entwicklungsprozess betont. Somatische Dysfunktion wird gemeinsam mit verzögerter neurologischer Entwicklung festgestellt. Die Prinzipien der Osteopathie, die in einer über 20-jährigen Praxis der Kinderheilkunde von Frau Dr. Frymann bei Kindern angewandt werden, stellen die Basis für die damit verbundene Ätiologie, die Dysfunktion bzw. die Krankheit und die Notwendigkeit einer manipulativen Behandlung dar.

Das Studie wurde entwickelt, um die klinische Beobachtung zu überprüfen, dass Interventionen bezogen auf die Beseitigung oder Verbesserung des Einflusses einer somatischen Dysfunktion auf die zerebrale Dysfunktion, eine optimale neurologische Entwicklung und Leistungsfähigkeit des Kindes an seinem Optimum ermöglichen.

Methoden

Das *COMP Institutional Review Board* erkannte dieses Forschungsprojekt an und akzeptierte die Methode, die dazu verwendet wurde, um die Zusage der Eltern und die Zustimmung des Kindes zu erhalten. Die Studie umfasste alle Kinder im Alter von 18 Monaten bis zu zwölf Jahren, die zwischen August 1986 und Juni 1989 ins OCC gebracht wurden. Sie stammen aus einem breiten geografischen Einzugsgebiet und repräsentieren unterschiedliche psychosozioökonomische Bevölkerungsschichten.

Beim ersten Besuch wurde die primäre Bezugsperson, für gewöhnlich die Mutter, alleine

befragt und über das Forschungsprojekt aufgeklärt. Sie wurde gebeten, die Einwilligungserklärung zu lesen und zu unterschreiben. Es wurde zusätzlich zur Familienanamnese eine detaillierte Anamnese, einschließlich Schwangerschaft, Wehen, neonataler Zustand, Wachstum und Entwicklung im Säuglingsalter und in der Kindheit, traumatische Ereignisse, Krankheiten und Ernährungsgewohnheiten aufgezeichnet. Das Kind wurde gewogen, gemessen und dann in Abwesenheit der Familienmitglieder beurteilt. Sobald es die Verfassung des Kindes erlaubte, wurden die anatomischen Eckpunkte im Stand erfasst. Aktive Bewegung und Beweglichkeit, einschließlich Krabbeln, Kriechen, Laufen und Springen wurden eingeschätzt.

In Rückenlage wurden folgende Aspekte untersucht und beurteilt: Beinlänge und deren Bewegungsausmaß, Stellung des Beckens, Bewegungsausmaß des Thorax beim Atmen mit seiner inhärenten faszialen Motilität sowie Struktur und inhärente Bewegung des Kranialen Mechanismus. Die extraokuläre Muskelfunktion und die Konvergenz wurden getestet und anormale Funktionen wurden aufgezeichnet. Dentale Okklusion, die Form der Mundhöhle und die temporomandibulare Gelenkfunktion wurden untersucht. Spezielle Untersuchungen wie die Tympanometrie oder Audiometrie wurden bei entsprechender Indikation mit erfasst.

Eine Abschlussbesprechung mit möglichst beiden Eltern und ohne das Kind ermöglichte es, ihnen den diagnostischen Eindruck sowie eine Einführung ins osteopathische Konzept im Allgemeinen und seinen speziellen Indikationen für das Kind zu vermitteln. Falls erforderlich wurden zusätzlich vorliegende Befunde angefordert. Das zeitliche Prozedere der Untersuchungen und Behandlungen wurde festgelegt, die Terminkoordinierung wurde von der Sekretärin durchgeführt.

Die Kinder wurden einer von zwei diagnostischen Gruppen zugeteilt: der allgemeinmedizinischen oder der neurologischen. Die allgemeinmedizinische Gruppe umfasste Kinder mit allgemeinmedizinischen oder strukturellen Problemen, aber ohne bekannte neurologische Defizite. Die neurologische Gruppe umfasste Kinder mit neurologischen Unzulänglichkeiten

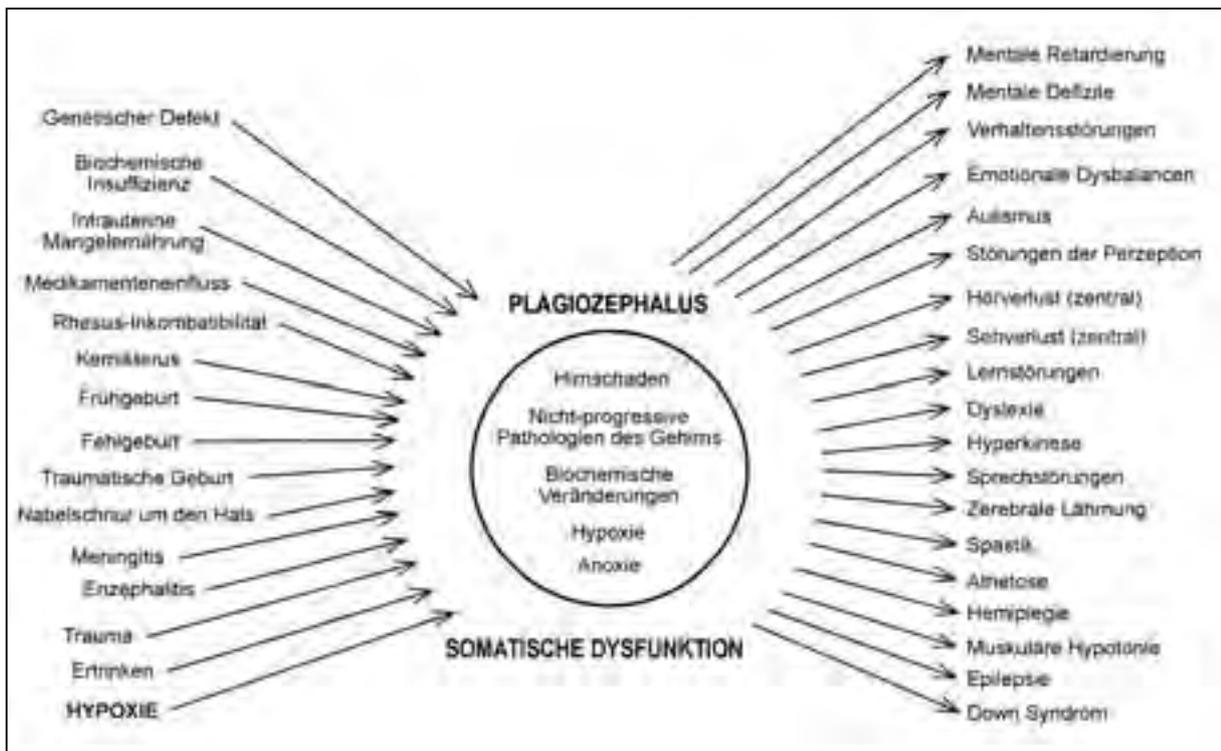


Abbildung 1. Ätiologischer Einfluss und klinische Dysfunktionen bezogen auf das bei der Behandlung zugängliche Strain-Muster. Eine Unterscheidung sollte zwischen sichtbaren organischen histopathologischen und den subtileren neurochemischen pathophysiologischen Veränderungen gemacht werden.

in solchen Bereichen wie intellektuelle Leistung, Verhalten, neuromotorische Funktionen, Entwicklungsverzögerung bzw. Lernstörungen.

Osteopathische Behandlungen wurden von der Sekretärin so geplant, dass sie für die Behandlungsgruppe unmittelbar nach dem Einführungsgespräch begannen, für die Wartegruppe hingegen erst nach einer Verzögerung von acht bis zwölf Wochen. Diese Zuteilung zur Behandlungsgruppe und zur Wartegruppe basierte auf dem Terminplan der behandelnden Osteopathin (V. M. F.). Daten zur osteopathischen palpatorischen Untersuchung und der Behandlung, die bei den Terminen gewonnen wurden und Bestandteil der Studie waren, wurden kodiert und computertechnisch erfasst.

Die neurologische Entwicklung wurde vor der Serie osteopathisch manipulativer Behandlungen durch einen weiteren Forscher (P. S.), bewertet, zunächst für die Behandlungsgruppe und anschließend für die Wartegruppe. Die ebenfalls computertechnisch erfassten Daten waren der behandelnden Osteopathin, welche die manipulative Behandlung durchführ-

te, solange nicht zugänglich, bis das Kind den Behandlungsplan durchlaufen hatte.

Die Einschätzung der neurologischen Entwicklung

Man verwendete Houles³ *Profile of Development* (POD), das sich auf frühere Studien von LeWinn⁴ stützt, um den neurologischen Entwicklungsstatus der Kinder einzuschätzen. Dieses Protokoll umfasst drei Maße für die sensorischen Leistungen (Kompetenz des Seh-, Hör- und Tastsinns) (Tabelle 1) und drei für die motorischen Leistungen (manuelle Geschicklichkeit, Beweglichkeit und gesprochene Sprache) (Tabelle 2).

Die POD-Werte (Tabellen 1 und 2) offenbaren langsame, durchschnittliche und außergewöhnliche Entwicklungsgeschwindigkeiten in den besagten sensorischen und motorischen Bereichen. Die Leistungsebenen liefern eine Vorhersage der weiteren Entwicklung und ermöglichen einen aussagekräftigen Vergleich der Kindesentwicklung während des Wachs-

Tabelle 1				
PROFILE OF DEVELOPMENT * (POD): SENSORISCHE DATEN				
Skala/Alter	Bereich:	Visuell	Auditiv	Taktil
• Exzellent: 36 Monate • Durchschnittlich: 72 Monate • Befriedigend: 96 Monate		Fähig Grundschul-Stoff zu lesen	Versteht die Sprache und abstrakte Konzepte	Identifiziert Vorder- und Rückseite von Münzen
• Exzellent: 22 Monate • Durchschnittlich: 48 Monate • Befriedigend: 67 Monate		Fähig visuelle Symbole durch Erfahrung zu identifizieren	Beginnt die Sprache und abstrakte Konzepte zu verstehen	Differenziert sehr kleine Objekte
• Exzellent: 13 Monate • Durchschnittlich: 24 Monate • Befriedigend: 45 Monate		Fähig unterschiedliche und ähnliche Bilder zu unterscheiden	Versteht 25 Wörter	Differenziert mittelgroße Objekte
• Exzellent: 8 Monate • Durchschnittlich: 12 Monate • Befriedigend: 26 Monate		Fähig die Augen zur Nase hin zu bewegen, hat einfache Wahrnehmung über die Tiefe	Versteht konsequent 2 Wörter	Fähig die 3. Dimension wahrzunehmen
• Exzellent: 4 Monate • Durchschnittlich: 8 Monate • Befriedigend: 13 Monate		Verfolgt etwas in vertikaler Ausrichtung; nimmt Details wahr	Nimmt bedeutende Unterschiede im Tonfall wahr	Nimmt gnostische Sensationen wahr und reagiert darauf
• Exzellent: 1 Monat • Durchschnittlich: 2,5 Monate • Befriedigend: 4,5 Monate		Verfolgt etwas in horizontaler Richtung; nimmt Umrisse wahr	Reagiert konsequent auf bedrohliche Geräusche	Reagiert normal auf Schmerzreize
Geburt		Pupillen reagieren auf Lichtreize	Reagiert reflexartig auf plötzliche, laute Geräusche	Zeigt Babinski-Reflex

* Übernommen von „Profile of Development“ American Academy for Human Development, Piqua, Ohio, 1989

tums. Das Alter für die höchste sensorische und motorische Leistung wird gemittelt, um einen Schätzwert für das neurologische Entwicklungsalter zu erhalten.

Wir unterteilten das gemittelte neurologische Entwicklungsalter des Kindes nach dem chronologischen Alter zur Zeit der Untersuchung. Dieses Wertverhältnis minimiert den Alterseinfluss auf die Veränderungen, welche in einer Serie von POD-Bewertungen stattfinden. Das Wertverhältnis wurde künstlich verringert, sobald sich die Untersuchungsdaten auf ein Kind bezogen, das älter als sechs Jahre war. In den seltenen Fällen, wo dies zutraf, wurde der normierte POD-Wert und die Wertverhältnisse durch die Addition von weiteren Monaten zur POD-

Altersspanne (**Tabellen 1 und 2**) angepasst, was einer Differenz von 72 Monaten gegenüber dem tatsächlichen chronologischen Alter entsprach.

Ein altersangepasster Wert von 1 repräsentiert einen durchschnittlichen Wert der neurologischen Entwicklung für ein Kind in diesem Alter. Altersangepasste Werte über 1 repräsentieren überdurchschnittliche Werte der neurologischen Entwicklung und altersangepasste Werte unter 1 sind als unterdurchschnittlich zu bewerten.

Osteopathische palpatorische Diagnose und manipulative Behandlung

Osteopathische palpatorische Diagnose und osteopathische Behandlungen erfolgten beide

Tabelle 2				
PROFILE OF DEVELOPMENT * (POD): MOTORISCHE DATEN				
Skala/Alter	Bereich:	Mobilität	Sprache	Manuelle Fähigkeiten
<ul style="list-style-type: none"> • Exzellent: 36 Monate • Durchschnittlich: 72 Monate • Befriedigend: 96 Monate 		Fähig geschickte Aktivitäten auszuführen	Benutzt das Erstklass-Vokabular mit guter Satzkonstruktion	Schreibt auf Erstklass-Niveau
<ul style="list-style-type: none"> • Exzellent: 22 Monate • Durchschnittlich: 48 Monate • Befriedigend: 67 Monate 		Geht im üblichen Kreuzgang	Spricht 5 bis 8-Wort Sätze mit guter Artikulation	Greift effizient bimanuell
<ul style="list-style-type: none"> • Exzellent: 13 Monate • Durchschnittlich: 24 Monate • Befriedigend: 45 Monate 		Geht und hat die Arme währenddessen unterhalb der Taille	Spricht 25 Wörter und benutzt Zwei-Wort-Paare	Bilaterale, simultane Daumenopposition
<ul style="list-style-type: none"> • Exzellent: 8 Monate • Durchschnittlich: 12 Monate • Befriedigend: 26 Monate 		Geht 10 Schritte ohne Hilfe, ohne bestimmtes Muster; Arme angehoben	Benutzt spontan Zwei-Wort-Paare	Daumenopposition einer Hand
<ul style="list-style-type: none"> • Exzellent: 4 Monate • Durchschnittlich: 8 Monate • Befriedigend: 13 Monate 		Krabbelt im üblichen Kreuzmuster	Macht bedeutende, zielgerichtete Geräusche, mit guter Tonalität	Greift willentlich
<ul style="list-style-type: none"> • Exzellent: 1 Monat • Durchschnittlich: 2,5 Monate • Befriedigend: 4,5 Monate 		Kriecht im üblichen Kreuzmuster	Reagiert konsequent mit einem gesunden Schreien auf bedrohliche Geräusche oder Ereignisse	Fähig Gegenstände wieder loszulassen
<ul style="list-style-type: none"> • Geburt 		Bewegt zufällig Arme und Beine	Erster Schrei nach der Geburt	Greift reflexartig nach Gegenständen

* Übernommen von „Profile of Development“ American Academy for Human Development, Piqua, Ohio, 1989

durch V. M.F. Das Ziel des Behandlungsprogramms war die Wiederherstellung der uneingeschränkten, symmetrischen, physiologischen inhärenten Beweglichkeit in allen Teilen des Körpers. Die offensichtliche klinische Veränderung der Symptome wurde als von sekundärer Bedeutung eingestuft. Die individuelle Behandlung wurde auf die Bedürfnisse des einzelnen Kindes zugeschnitten und konnte alle Bereiche des Körpers betreffen. Ziel der Behandlungen war die Wiederherstellung der ungehinderten, symmetrischen und physiologischen inhärenten Beweglichkeit in allen Bereichen des Körpers. Als Detektor für die Behandlung und daraus resultierende Schlussfolgerungen wurde das ermittelte Gewebegefühl gewählt.

Die angewandten Techniken umfassten Maßnahmen, welche einen Einfluss auf Knochen und Gelenke, Membranen und Faszien, Muskelaktivität, Lymphdrainage, Motilität der Zerebrospinalen Flüssigkeit, arterielle und venöse Zirkulation und die viszerale Funktion hatten und somit positiv auf die inhärente therapeutische Potency im Patienten einwirkten. (Detaillierte Aufzeichnungen jeder Behandlung wurden dokumentiert.)

In einwöchigen Intervallen wurden gewöhnlich sechs bis zwölf Behandlungen durchgeführt. Dem Kind wurde beigebracht ohne Einschränkungen auf einem Behandlungstisch zu liegen, es sei denn, es lagen unkontrollierbare ungewollte Bewegungen vor, die eine Schutz-

Tabelle 3
STUDIENDESIGN UND ANZAHL DER
TEILNEHMER IN JEDER UNTERSUCHUNG *

Gruppen	Neurologische oder nervöse Symptome				Medizinische Probleme			
	Basis	Vor	Nach	Whg.	Basis	Vor	Nach	Whg.
STUDIENGRUPPE								
Wartegruppe								
Jungen	12	11	8	5	3	3	2	1
Mädchen	10	9	8	7	4	3	1	0
Gesamt	22	20	16	12	7	6	3	1
Behandlungsgruppe [†]								
Jungen		23	21	8		15	14	6
Mädchen		11	11	3		20	18	13
Gesamt		34	31-32 [‡]	11		35	32	19
VERGLEICHSGRUPPE								
Unvollständig								
Jungen	12				14			
Mädchen	6				13			
Gesamt	18				27			
Ausfälle								
Jungen	17				9			
Mädchen	11				6			
Gesamt	28				15			
Insgesamt: 186								
<p>* Daten aller Teilnehmer, die bei dieser Untersuchung mitmachten. [†] Erste Untersuchung der Behandlungsgruppe = Voruntersuchung; Erste Untersuchung bei der Wartegruppe = Basisuntersuchung. [‡] Keine vollständigen Daten bei einem Kind vorhanden. [§] Die Gruppen <i>Unvollständig</i> und <i>Ausfälle</i> waren kein Bestandteil des ursprünglichen Studiendesigns. Sie repräsentieren Kinder, die nur eine Untersuchung hatten. Entweder wurden sie behandelt und wurden nicht mehr von der Nachuntersuchung erfasst (Unvollständig) oder nahen erst gar nicht an der Behandlung teil (Ausfälle).</p>								

einrichtung erforderlich machten, um das Kind vor einem Sturz zu schützen. Durch interessante Spielsachen wurde die Aufmerksamkeit des Kindes aufrechterhalten und die Behandlungen wurden von klassischer Klaviermusik begleitet.

Studiendesign

Tabelle 3 zeigt das Studiendesign und die Anzahl der Teilnehmer bei jeder POD-Untersuchung. Alle Kinder, die eine erste diagnostische Untersuchung hinter sich hatten und anhand des POD zumindest einmal untersucht wurden, sind in dieser Tabelle aufgeführt. Die erste Untersuchung der Wartegruppe wird als *Basisuntersuchung* und die zweite Untersuchung als *Voruntersuchung* bezeichnet, denn ihr folgte die Behandlung. Da die Behandlung der Behandlungsgruppe unmittelbar nach der Untersuchung begann, wurde diese als *Voruntersuchung* bezeichnet. Untersuchungen, die sofort nach dem Abschluss der Behandlungen stattfanden, wurden als *Nachuntersuchungen* bezeichnet und Untersuchungen, die erst Wochen nach der Behandlung durchgeführt wurden, hießen *Wiederholungsuntersuchungen*.

Die Anzahl der Teilnehmer an den verschiedenen Untersuchungen variierte so sehr (**Tabelle 3**), dass statistische Vergleiche im Verlauf der Studie auf unterschiedlichen Stichproben basierten. Um systematische Verzerrungseffekte zu kontrollieren, wurden jene Kinder, die keine zweite Untersuchung auf Basis des POD durchliefen, in Kontrollgruppen erfasst, wie aus **Tabelle 3** ersichtlich. Die Kinder in den Kontrollgruppen sind nicht nach ihrer potenziellen Zuteilung zu Untersuchungsgruppen (Wartegruppe, Behandlungsgruppe) unterteilt, da diese Zuteilungen nicht vor der zweiten Untersuchung ausgeführt wurden. Eine Kontrolle systematischer Verzerrungseffekte aufgrund nicht vollständig durchgeführter zweiter Untersuchungen erfolgte teilweise durch die Verwendung eines Wiederholungsdesigns, in welchem die Teilnehmer ihre eigene Kontrollgruppe darstellten. Es wurde kein Versuch angestellt, mögliche differenzierte Ausfälle nach der zweiten Untersuchung in Bezug auf das absolute Leis-

tungslevel zu interpretieren, dennoch erscheinen Folgerungen aus den Tabellen möglich.

Im Ursprungsdesign war eine Unterteilung der Kinder nach den diagnostischen Kategorien von allgemeinmedizinischen und neurologischen Problemen nicht enthalten. Diese Unterteilung wird jedoch in **Tabelle 3** abgebildet, da sie sich später als bedeutend herausstellte.

Die POD-Werte für die einzelnen Kinder waren für die behandelnde Osteopathin (V. M. F.) erst nach der ersten Untersuchung und der Zuteilung zu den Behandlungsprogrammen zugänglich. Veränderungen dieser Werte waren ihr nicht vor Abschluss sämtlicher Behandlungen bekannt.

Die Zuteilung der Teilnehmer zur Warteliste und zu den Behandlungsgruppen sowie die Beschwerdesymptomatik waren dem begleitenden Forscher für Studiendesign und Datenanalyse (R. E. C.) erst nach Abschluss der Untersuchungen und kompletten Erfassung der POD-Daten in den Datensatz zugänglich. Der begleitende Forscher für die POD-Untersuchungen und -Werte (P. S.) hatte bis zum Abschluss der Untersuchungen ebenso keine Kenntnis von den Gruppeneinteilungen und Unterteilungen bezogen auf den Problemtypus. Bis zum Abschluss der Untersuchung wurde keiner der begleitenden Forscher über den demografischen Hintergrund und die Anamneseergebnisse der Teilnehmer informiert.

Alle erfassten Daten wurden durch SPSS PC-Plus Programme analysiert.⁵ Eine multivariante Varianzanalyse (MANOVA) wurde durchgeführt, um den Einfluss verschiedener Variablen und ihrer Kombinationen auf die Varianz und die statistische Signifikanz dieser Einflüsse zu bestimmen. Ein Signifikanzlevel von 0,06 - 0,010 wurde als Indikation für weitere Forschung eingestuft, wobei ein Level von 0,05 oder weniger als vollständig akzeptabler Beleg für die getestete Hypothese gewertet wurde (um eine Nullhypothese mit nicht signifikantem Ergebnis verwerfen zu können).

Tabelle 4										
ALTERSABHÄNGIGE POD-WERTE; PUNKTEWERTE FÜR MOBILITÄT UND HÄNDIGKEIT DER ERSTUNTERSUCHUNG; NACH GRUPPEN, ART DER PROBLEME UND GESCHLECHT										
Gruppen und Skala*	Neurologische oder nervöse Symptome				Medizinische Probleme				Gesamt	
	Jungen		Mädchen		Jungen		Mädchen			
	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD
Wartegruppe (Basisuntersuchung)										
Mobilität	0,673	0,178	0,770	0,351	0,738	0,007	1,126	0,838	0,763	0,353
Händigkeit	0,735	0,172	0,745	0,272	0,714	0,297	0,937	0,991	0,758	0,346
Gesamt	0,809	0,092	0,808	0,289	0,842	0,197	0,969	0,543	0,826	0,241
	(n=12)		(n=10)		(n=3)		(n=3 [†])		(n=28)	
Behandlungsgruppe (Voruntersuchung)										
Mobilität	0,501	0,340	0,488	0,296	1,045	0,646	0,879	0,365	0,730	0,480
Händigkeit	0,728	0,282	0,535	0,242	0,980	0,378	1,002	0,309	0,833	0,349
Gesamt	0,717	0,308	0,614	0,213	1,061	0,445	1,071	0,258	0,881	0,368
	(n=22 [†])		(n=11)		(n=15)		(n=20)		(n=68)	
Ausfälle (Basisuntersuchung)										
Mobilität	0,414	0,368	0,512	0,230	1,007	0,524	0,710	0,193	0,626	0,443
Händigkeit	0,523	0,297	0,702	0,327	1,272	0,377	0,927	0,126	0,807	0,437
Gesamt	0,622	0,251	0,635	0,207	1,216	0,371	0,873	0,111	0,810	0,379
	(n=13)		(n=8)		(n=9)		(n=3)		(n=33)	
Unvollständig (Basisuntersuchung)										
Mobilität	0,525	0,336	0,632	0,495	0,788	0,379	0,994	0,480	0,756	0,440
Händigkeit	0,619	0,292	0,692	0,500	0,944	0,240	1,069	0,472	0,859	0,401
Gesamt	0,633	0,312	0,771	0,471	0,955	0,287	1,048	0,276	0,875	0,354
	(n=10)		(n=6)		(n=13)		(n=11)		(n=40)	
* <i>Mobilität</i> : Sektion der POD-Werte bewertet nur die Mobilität; <i>Händigkeit</i> : Sektion der POD-Werte bewertet nur die Händigkeit; <i>Total</i> : POD-Werte beinhaltet Mobilität, Händigkeit, Sprache, Sehfähigkeit, Hörvermögen, Perzeption										
[†] Es kamen kleine Diskrepanzen zwischen dem „n“-Wert hier und in Tabelle 3 zustande, da bei manchen Kindern die Mobilität und Händigkeit nicht bewertet werden konnten und nur vollständige Daten für diese Skala analysiert wurden.										

Ergebnisse

Hier werden nur die wesentlichsten Ergebnisse präsentiert. Die grundlegenden Daten und die vollständige Analyse können bei der behandelnden Osteopathin (V.M.F.) angefordert werden.

Die absolute Zahl der Kinder der entsprechenden Altersklassen mit allgemeinmedizinischen,

strukturellen oder neurologischen Problemen, die sich zwischen August 1986 und Juni 1989 im OCC vorstellten, betrug 209. Aus einer Vielzahl von Gründen sind 23 dieser Kinder nicht zur ersten Untersuchung im Rahmen des PODs gekommen. Von den restlichen 186 Kindern

(105 Jungen und 81 Mädchen) erfüllten alle die Studienkriterien, da sie mindestens eine POD-Untersuchung abgeschlossen hatten. Wie aus **Tabelle 3** ersichtlich, haben es 43 Kinder nicht geschafft, das Behandlungsprogramm zu beenden (Abbrechergruppe); bei 45 erfolgte nach Abschluss der Behandlungen keine Nachuntersuchung (Gruppe mit unvollständiger Durchführung). Eine Wiederholungsuntersuchung erfolgte bei lediglich 43 der anfänglich 186 teilnehmenden Kindern. In der Wartegruppe nahmen nur 13 an der Wiederholungsuntersuchung teil.

Analyse der Gesundheits- und Hintergrundvariablen

Bei der Analyse der ersten POD-Untersuchungsergebnisse mittels MANOVA, einer Analyseform, die Gesundheitszustand und Hintergrundinformationen (wie etwa Alter, Geburtsgewicht, Stilldauer, entwicklungsbezogene Eckpunkte und Daten aus der Familienanamnese) als abhängige Variablen verwendet, wurde die Einteilung in Untersuchungsgruppen und Kontrollgruppen, nach Problemtypus (neurologisch oder allgemeinmedizinisch) bzw. Geschlecht als unabhängige Variablen festgelegt. Dabei ergaben sich keine signifikanten Unterschiede – weder für die einzelnen unabhängigen Variablen noch für ihre Interaktionen. Die Untersuchungsgruppen wurden somit bezogen

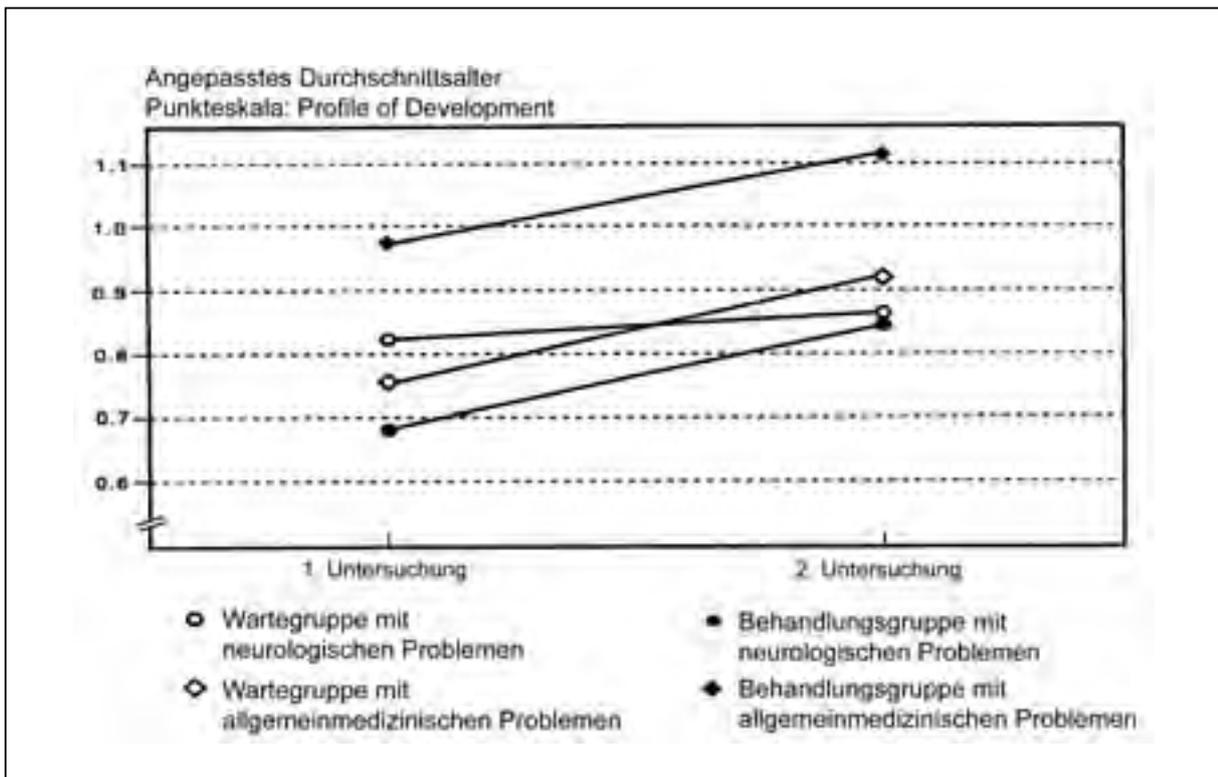


Abbildung 2. Vergleich der Veränderungen in den durchschnittlichen absoluten POD-Werten zwischen erster und zweiter Untersuchung bezogen auf die in Untersuchungsgruppen eingeteilten Kinder (Kinder auf der Warteliste bzw. der Kinder, die unmittelbar behandelt wurden) sowie auf den Problemtypus (neurologisch bzw. allgemeinmedizinisch). „1. Untersuchung“ bezeichnet für die Untergruppen auf der Warteliste den Basistest und „2. Untersuchung“ stellt die Voruntersuchung dar. Keine Behandlung zwischen den einzelnen Untersuchungen. Für die Untergruppen der unmittelbar behandelten Kinder bezeichnet „1. Untersuchung“ die Voruntersuchung und „2. Untersuchung“ die Nachuntersuchung nach Abschluss der Behandlungen.

auf die Gesundheits- und Hintergrundvariablen durch Matching gut mit den Kontrollgruppen abgestimmt.

Initialprofil der Werte bezogen auf die Entwicklung

Tabelle 4 zeigt die POD-Mittelwerte bezogen auf die Beweglichkeit und Geschicklichkeit sowie auf die absolute sensorische und motorische Entwicklung der ersten Untersuchung und bei Einbeziehung der Kontrollgruppen (einschließlich unvollständiger Durchführung und Abbrecher) ins Studiendesign (**Tabelle 3**). Dabei enthüllte MANOVA keine signifikanten Effekte für Gruppen- oder Geschlechtsvariablen oder jegliche Interaktionen zwischen den Variablen. Nur der Effekt der Problemtypus-Variable war signifikant (typischerweise auf dem Signifikanzlevel von 0,001 auf der absoluten Skala und den meisten Subskalen). Die allgemeinmedizinische Kategorie wies durchgehend höhere POD-Mittelwerte als die neurologische Kategorie auf. Der erste durchschnittliche POD-Gesamtwert für die Untergruppe mit allgemeinmedizinischen Problemen stimmte mit dem zu erwarteten Wert für die normative Stichprobe überein (1,0), wobei der Durchschnitt für diejenigen in der neurologischen Kategorie deutlich niedriger ausfiel (0,60).

Die untersuchten Gruppen waren mit den Kontrollgruppen bei der ersten Untersuchung auf POD-Skalen vergleichbar sowie auch durch die Hintergrundvariablen. Man wählte zunächst die Subskalen aus, die sich auf motorische Funktionen bezogen, da dieses Gebiet im Vorlauf den größten Effekt bei der osteopathischen Behandlung erwarten ließ.

Effekte der Behandlung und der Motivation

Tabelle 5 zeigt die POD-Mittelwerte bezogen auf Stichproben aus den Untersuchungsgruppen, die beide POD-Untersuchungen durchlaufen hatten. Die Stichprobe bei der zweiten Untersuchung wurde in der Größe etwas minimiert (**Tabelle 3**). Die Variablen Gruppe, Problemtypus und Art der Untersuchungen wur-

den verglichen, um den relativen Effekt der osteopathischen manipulativen Behandlung auf die neurologische Entwicklung im Vergleich zu den kombinierten Motivationseffekten durch Untersuchung, Befragung, POD-Untersuchungen und Zulassung zum Behandlungsprogramm zu untersuchen. **Abbildung 2** zeigt Veränderungen der POD-Mittelwerte zwischen Basis- und Voruntersuchung (ohne Behandlung) bezogen auf die Warteliste-Gruppe und Veränderungen zwischen Vor- und Nachuntersuchung bezogen auf die Behandlungsgruppe. Diese Veränderungen werden separat für die neurologische und allgemeinmedizinische Kategorie dargestellt. **Tabelle 5** zeigt die Werte, auf denen **Abbildung 2** basiert.

Tabelle 6 zeigt die Ergebnisse einer MANOVA bezogen auf unabhängige Gruppen und wiederholte Messungen bezogen sowohl auf den POD-Gesamtwert als auch auf die Subskalen Beweglichkeit und Geschicklichkeit. Bei Kombination aller Kinder innerhalb einer Stichprobe ergab sich eine hochsignifikante ($P < 0,001$) Veränderung der POD-Werte bezogen auf die drei Skalen zwischen erster und zweiter Untersuchung (Effekt der Untersuchung). Kombiniert und mittelt man die Werte beider Untersuchungen bezogen auf die Wartegruppe bzw. Behandlungsgruppe, können keine signifikanten Unterschiede gefunden werden: Die Gruppen sind äquivalent, sobald alle anderen Variablen zusammenwirken. Einige kleinere und weniger konsistente signifikante Effekte wurden auf den sensorischen POD-Skalen gefunden, doch die Ergebnisse werden hier nicht vorgestellt.

Demgegenüber unterscheiden sich die Mittelwerte der Problemtypuskategorien (neurologisch, allgemeinmedizinisch) innerhalb der Gruppen bezogen auf alle drei POD-Skalen signifikant, sobald die Werte für die erste und die zweite Untersuchung kombiniert werden. Bei isolierter Betrachtung der ersten Untersuchung tritt diese Signifikanz nicht auf. Veränderungen bei der Wartegruppe fanden ohne Behandlung statt, während jene für die Behandlungsgruppe nach Abschluss der Behandlung ersichtlich wurden. Die Mittelwerte der Wartegruppe mit neurologischen Problemen fielen zwischen

Tabelle 5											
POD-DURCHSCHNITTSWERTE NACH GRUPPE UND ART DER PROBLEME MIT KINDERN DIE AN ZWEI UNTERSUCHUNGEN TEILGENOMMEN HABEN											
Untersuchung und Skala*	Wartegruppe				Behandlungsgruppe				Gesamt		
	Neurologische oder nervöse Symptome		Medizinische Probleme		Neurologische oder nervöse Symptome		Medizinische Probleme				
	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD	
1. Untersuchung	Basisuntersuchung				Voruntersuchung						
Mobilität	0,724	0,280	0,705	0,156	0,489	0,329	0,973	0,514	0,733	0,437	
Händigkeit	0,737	0,228	0,578	0,303	0,665	0,290	0,986	0,341	0,793	0,330	
Gesamt	0,815	0,197	0,777	0,212	0,678	0,289	1,071	0,360	0,858	0,338	
2. Untersuchung	Voruntersuchung				Nachuntersuchung						
Mobilität	0,801	0,341	0,716	0,164	0,693	0,395	1,115	0,523	0,872	0,464	
Händigkeit	0,826	0,205	0,788	0,264	0,877	0,424	1,087	0,375	0,937	0,371	
Gesamt	0,872	0,202	0,943	0,160	0,872	0,379	1,151	0,356	0,977	0,350	
	(n=20)		(n=6)		(n=31-32 [†])		(n=32)		(n=88)		

* *Mobilität*: Sektion der POD-Werte erfasst nur die Mobilität; *Händigkeit*: Sektion des POD-Werte erfasst nur die Händigkeit; *Total*: POD-Werte erfassen Mobilität, Händigkeit, Sprache, Sehfähigkeit, Hörvermögen, Perzeption

[†] Bei einem Kind konnten in einigen Sektionen nur unvollständige Daten erhoben werden.

Basis- und Voruntersuchung leicht ab, während selbiger bei der Behandlungsgruppe mit neurologischen Problemen zwischen den Untersuchungen stark anstieg (eine separate Analyse der Veränderung allein dieser Kategorie zeigte einen signifikanten Anstieg des Durchschnittswertes zwischen den Untersuchungen, $P < 0,01$). Im Gegensatz dazu war der Anstieg der Mittelwerte zwischen den Untersuchungen bei der Wartegruppe mit allgemeinmedizinischen Problemen im Vergleich zur Behandlungsgruppe mit allgemeinmedizinischen Problemen vergleichbar ausgeprägt und ebenso in ähnlicher Weise signifikant ($P < 0,01$ in beiden Fällen).

Tabelle 7 zeigt die POD-Mittelwerte der Gruppen, welche die ersten drei POD-Untersuchungen abgeschlossen haben. Die Zahl der Kinder mit drei kompletten Untersuchungen fiel mit 49 um einiges niedriger aus als für jene, die

zwei Untersuchungen abgeschlossen haben (siehe Tabelle 5).

Tabelle 8 zeigt die Ergebnisse der MANOVA bezogen auf die Gesamt-, die Beweglichkeits- und die Händigkeits-Skalen des POD (siehe Tabelle 7). Lediglich die Untersuchungszeit (T) zeigte einen signifikanten Anstieg (alle drei Skalen $P < 0,0001$).

Das Muster der durchschnittlichen Leistungsveränderungen im Rahmen des POD zwischen erster und zweiter Untersuchung bzw. zweiter und dritter Untersuchung ist mit der Veränderung vergleichbar, die für die größere Stichprobe bezogen auf Veränderungen zwischen erster und zweiter Untersuchung gezeigt wurde. Die Gruppen mit allgemeinmedizinischen Problemen zeigen unabhängig von den

Tabelle 6
F- RATIO (MANOVA) FÜR POD-WERTE
1. VERSUS 2. UNTERSUCHUNG

Vergleich	Gesamt *			Mobilität			Händigkeit		
	<i>F</i>	<i>P</i> [‡]	<i>df</i> [§]	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>df</i>
Gruppe (<i>G</i>)	1,15	0,29	1/84	0,54	0,47	1/85	2,24	0,14	1/84
Art des Problems (<i>AP</i>)	4,33	0,04		3,28	0,07		0,96	0,33	
<i>G x AP</i> [¶]	3,55	0,06		5,20	0,03		4,54	0,04	
Untersuchung (<i>T</i>) (1, 2)	29,61	0,00		12,91	0,00		18,86	0,00	
<i>G x T</i>	0,30	0,59		4,27	0,04		0,01	0,92	
<i>AP x T</i>	0,00	0,96		1,15	0,31		0,01	0,94	
<i>G x AP x T</i>	5,97	0,02		0,00	0,97		2,74	0,10	

* *Total*: POD-Werte, inklusive Mobilität, Händigkeit, Sprache, Sehfähigkeit, Hörvermögen, und Perzeption. *Mobilität*: Bestandteil der POD Werte, welche sich nur auf die Mobilität beziehen. *Händigkeit*: Bestandteil der POD Werte, welche sich nur auf die Händigkeit beziehen.
[†] F-Ratio vergleicht Mittelwert zu Fehlern.
[‡] Wahrscheinlichkeit der Mittelabweichung tritt nur durch Zufall auf, $P \leq 0,05$ wird als signifikant betrachtet; $P \approx 0,00$ bedeutet einen *P*-Wert $< 0,005$.
[§] Anzahl an Freiheitsgraden, basierend auf der Anzahl der Mittelabweichungen (Zähler) und Fehlerwerte (Nenner) der F-Ratio.
[¶] Zwei oder mehr Zeichen mit einem interagierenden Zeitfaktor repräsentieren den Synergieeffekt von zwei oder mehreren Variablen.

Untersuchungen signifikante und vergleichbare Verbesserungen. Die Gruppen mit neurologischen Problemen zeigen stärkere Verbesserungen nach der Behandlung (zwischen Vor- und Nachuntersuchung) als zwischen der Basis- und Voruntersuchung (Wartegruppe) bzw. bei noch fehlender Behandlung zwischen Vor- und Nachuntersuchung (Behandlungsgruppe). Dieser Unterschied ist jedoch kaum signifikant bezogen auf die Beweglichkeitsskala ($P = 0,07$). Die allgemeinmedizinische Gruppe zeigte bezogen auf die Untersuchungsergebnisse und unter Berücksichtigung ihrer Zugehörigkeit zur Warteliste- bzw. Behandlungsgruppe keine Veränderungen³.

Einzelne Analysen (MANOVA) wurden bezogen auf Veränderungen zwischen erster und zweiter Untersuchung und auf jene Kinder durchgeführt, die eine dritte Untersuchung durchlaufen hatten. Die Ergebnisse glichen stark jenen, die bereits in den Tabellen 5 und 6

gezeigt wurden. Was auch den Abbruch der Teilnahme begründete, es hatte kaum Einfluss auf das Ergebnis der Befunde zwischen Basis- und Voruntersuchung für die Kinder, die auch die Nachuntersuchung durchliefen.

Anhalten der Effekte nach der Behandlung

Tabelle 9 zeigt die POD-Mittelwerte für 13 Kinder in der Wartegruppe, die an allen Untersuchungen teilgenommen haben. Die Werte für die Gesamtgruppe nahmen von der Basis- bis zur Nachuntersuchung kontinuierlich zu. Dieser Trend war hochsignifikant ($P < 0,001$). Die Stichprobe war allerdings zu klein, um Teilanalysen bezogen auf die einzelnen Kategorien von Problemtypen durchzuführen. Zudem erhöht sich die Leistungsskala für diese Auswahl bei der Spätuntersuchung. Dies ergab sich auch für die Behandlungsgruppe zwischen Nach- und Spätuntersuchung (Tabelle 7). Da sich das Ergebnis

Tabelle 7											
POD-DURCHSCHNITTSWERTE NACH GRUPPE UND ART DER PROBLEME MIT KINDERN, DIE AN DREI UNTERSUCHUNGEN TEILGENOMMEN HABEN											
Untersuchung und Skala*	Wartegruppe				Behandlungsgruppe				Gesamt		
	Neurologische oder nervöse Symptome		Medizinische Probleme		Neurologische oder nervöse Symptome		Medizinische Probleme				
	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD	
1. Untersuchung	Basisuntersuchung				Voruntersuchung						
Mobilität	0,712	0,306	0,673	0,187	0,456	0,226	0,868	0,389	0,714	0,348	
Händigkeit	0,739	0,237	0,657	0,393	0,735	0,226	0,970	0,301	0,823	0,288	
Gesamt	0,807	0,215	0,783	0,276	0,729	0,113	1,001	0,275	0,863	0,250	
2. Untersuchung	Voruntersuchung				Nachuntersuchung						
Mobilität	0,794	0,379	0,650	0,176	0,706	0,272	1,031	0,452	0,857	0,399	
Händigkeit	0,825	0,183	0,713	0,239	0,994	0,375	1,034	0,348	0,937	0,315	
Gesamt	0,865	0,281	0,870	0,160	0,931	0,241	1,086	0,300	0,966	0,268	
3. Untersuchung	Nachuntersuchung				Folgeuntersuchung						
Mobilität	0,929	0,350	0,755	0,124	0,946	0,535	1,143	0,433	1,005	0,428	
Händigkeit	0,884	0,158	0,970	0,289	1,021	0,291	1,083	0,261	0,997	0,249	
Gesamt	0,969	0,236	1,020	0,223	1,036	0,304	1,159	0,286	1,061	0,276	
	(n=16)		(n=3)		(n=11)		(n=19)		(n=49)		
* <i>Mobilität</i> : Sektion der POD-Werte erfasst nur die Mobilität; <i>Händigkeit</i> : Sektion der POD-Werte erfasst nur die Händigkeit; <i>Total</i> : POD-Werte erfassen Mobilität, Händigkeit, Sprache, Sehfähigkeit, Hörvermögen, Perzeption											

zwischen Basis- und Nachuntersuchung bezogen auf die Wartegruppe unabhängig von der Spätuntersuchung vergleichbar zeigte, erscheint eine Abhängigkeit von der geringen Stichprobengröße unwahrscheinlich.

Literaturbesprechung

Abweichungen der neurologischen Leistung lassen sich mit Messungen neurophysiologischer Funktionen des Zentralen Nervensystems erfassen. Pinkerton und seine Mitarbeiter⁶ verglichen 18 „gute Leser“ mit 14 „schlechten

Lesern“ in einem normalen Klassenzimmer mit Kindern im Alter von 8 - 9 Jahren. Vom Gehirnstamm ausgehende, das Gehör betreffende evozierbare Potenziale des rechten bzw. linken Ohrs unterschieden sich bei guten Lesern signifikant; jedoch wurde eine solche Asymmetrie bei den Kindern mit Lernschwierigkeiten nicht gefunden. Small und seine Mitarbeiter⁷ führen ähnliche elektroenzephalografische (EEG) Befunde bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefiziten an. Beckett⁸, Sklar⁹, Satterfield¹⁰, Murdoch¹¹, Van Mechelse¹², Rebert¹³ und Gasser¹⁴ sowie ihre jeweiligen Mitautoren haben bei Kindern mit

Tabelle 8									
F- RATIO (MANOVA) FÜR POD-WERTE									
1. VERSUS 2. VERSUS 3. UNTERSUCHUNG									
Vergleich	Gesamt *			Mobilität			Händigkeit		
	F^{\dagger}	P^{\ddagger}	Df^{\S}	F	P	Df	F	P	df
Gruppe (G)	1,46	0,23	1/45	0,74	0,39	1/45	3,81	0,06	1/45
Art des Problems (AP)	1,26	0,27		0,58	0,45		0,18	0,67	
G x AP ^F	0,99	0,33		2,93	0,09		0,68	0,41	
Untersuchung (T) (1, 2)	27,06	0,00	2/90	12,00	0,00	2/90	15,01	0,00	2/90
G x T	0,74	0,48		2,44	0,09		1,27	0,29	
AP x T	0,39	0,73		2,44	0,09		1,27	0,29	
G x AP x T	1,87	0,16		0,11	0,90		2,38	0,10	
Basis- und Voruntersuchung separat, für medizinische & neurologische Kategorien, bez. auf G x T - Effekt									
Neurologisch, nervös	3,54	0,07	1/25						
Medizinisch	0,00	0,98	1/20						
<p>* Total: POD-Werte, inklusive Mobilität, Fingerfertigkeit, Sprache, Sehfähigkeit, Hörvermögen und Perzeption. <i>Mobilität</i>: Bestandteil der POD Werte, welche sich nur auf die Mobilität beziehen. <i>Händigkeit</i>: Bestandteil der POD Werte, welche sich nur auf die Händigkeit beziehen.</p> <p>[†] F-Ratio vergleicht Mittelwert zu Fehlern.</p> <p>[‡] Wahrscheinlichkeit der Mittelabweichung tritt nur durch Zufall auf, $P \leq 0,05$ wird als signifikant betrachtet; $P \approx 0,00$ bedeutet einen P-Wert $< 0,005$.</p> <p>[§] Anzahl an Freiheitsgraden, basierend auf der Anzahl der Mittelabweichungen (Zähler) und Fehlerwerte (Nenner) der F-Ratio.</p> <p>^F Zwei oder mehr Zeichen mit einem interagierenden Zeitfaktor repräsentieren den Synergieeffekt von zwei oder mehreren Variablen.</p>									

unterschiedlichen Lernproblemen eine Zunahme der elektroenzephalografischen Potenziale im Niederfrequenzbereich festgestellt.

Diese Berichte reflektieren eine Interaktion zwischen einigen Aspekten des Verhaltens und dem Vorhandensein einer asymmetrischen oder geänderten Konduktion im Nervensystem bzw. der Übertragung afferenter Nervenimpulse (oder beidem). Es bleibt offen, in welchem Maß sich diese Differenzen des Zentralen Nervensystems in einer Asymmetrie der somatischen Funktion oder einer Dysfunktion widerspiegeln und zu welchem Grad sie durch osteopathische manipulative Behandlung im Hinblick auf das neurologische Entwicklungsprofil verbessert werden können.

Der osteopathische Ansatz zu Gesundheit und Krankheit gründet auf dem Konzept, dass Struktur und Funktion interagieren. Das wichtige von Korr¹⁵ formulierte Konzept, welches das muskuloskeletale System als „primäre Lebensmaschine“ beschreibt, ist darin implizit vorhanden. Das autonome Nervensystem stimmt den Stützapparat des Körpers ab, um den sich ständig verändernden Ansprüchen der primären Maschinerie gewachsen zu sein. Der parasympathische Teil schützt das interne Umfeld, was bedeutet, dass es aufgrund seiner nutritiven Funktion tropotroph wirkt. Der sympathische Anteil ist im Gegensatz dazu ergotropisch und beeinflusst die Leistung des gesamten Körpers bei Reaktionen bezogen auf seine Umwelt.

Tabelle 9						
ALTERSABHÄNGIGE POD-DURCHSCHNITTSWERTE FÜR KINDER, DIE AN ALLEN VIER UNTERSUCHUNGEN TEILGENOMMEN HABEN (WARTEGRUPPE)						
Untersuchung und Skala*	Neurologische oder nervöse Symptome		Medizinische Probleme		Gruppe Gesamt	
	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD
1. Basisuntersuchung						
Mobilität	0,735	0,348	0,765	0,000	0,738	0,334
Händigkeit	0,736	0,246	0,961	0,000	0,753	0,244
Gesamt	0,812	0,244	1,005	0,000	0,826	0,240
2. Voruntersuchung						
Mobilität	0,813	0,435	0,729	0,000	0,807	0,417
Händigkeit	0,835	0,192	0,916	0,000	0,842	0,185
Gesamt	0,880	0,246	1,041	0,000	0,892	0,240
3. Nachuntersuchung						
Mobilität	0,937	0,402	0,885	0,000	0,933	0,385
Händigkeit	0,901	0,166	1,126	0,000	0,919	0,170
Gesamt	0,980	0,263	1,247	0,000	1,000	0,262
4. Wiederholungsuntersuchung						
Mobilität	1,086	0,525	0,859	0,000	1,068	0,507
Händigkeit	0,951	0,217	1,327	0,000	0,983	0,232
Gesamt	1,042	0,291	1,420	0,000	1,072	0,297
	(n=12)		(n=1)		(n=13)	
* <i>Mobilität</i> : Sektion der POD-Werte erfasst nur die Mobilität; <i>Händigkeit</i> : Sektion der POD-Werte erfasst nur die Händigkeit; <i>Total</i> : POD-Werte erfassen Mobilität, Händigkeit, Sprache, Sehfähigkeit, Hörvermögen, Perzeption						

Studien über die Mikrozirkulation bei Nerven von Sjöstrand und seinen Mitarbeitern¹⁶ zeigen, dass ein leichtes Trauma, welches einer moderaten Nervenkompression gleichkommt, eine mikrovaskuläre Verletzung auslösen kann, die auf die oberflächlichen Nervenschichten

begrenzt ist und durch Mikroblutungen und Ödembildung im Epineurium angezeigt wird. Dabei handelt es sich um eine reversible Gegebenheit, insofern die Dauer der Kompression begrenzt ist. Wir glauben, dass die Verzerrung der inhärenten physiologischen Motilität in

den Anteilen des muskuloskeletalen Systems die dortigen Nervenbahnen ungünstig beeinflusst. Dieser nachteilige Effekt verursacht wiederum Stauungen in den Kapillaren des betroffenen Bereichs und der am Nervenende befindlichen Viszera; zudem wird der venöse Abfluss und die Lymphdrainage behindert. Des Weiteren deutet Hix¹⁷ an, dass der Transport eines Axoplasmas entlang eines Axons zu einem terminalen Endorgan wesentlich für das vollständige Wachstum und das Aufrechterhalten einer normalen Funktion ist. Er fasst zusammen: „Die Unfähigkeit eines viszeralen Nervs, seinen frühen trophischen Einfluss auf das zu erregende Organ auszuüben, kann bedeutende Konsequenzen für die Fähigkeit der Metamorphose eines unentwickelten Organs zu einem anatomisch vollständigen und physiologisch reifen Organ haben.“ Diese Aussage von Hix betont die Bedeutung der Behandlung von muskuloskeletalen Problemen bei Kindern.

Plagiozephalus ist ein hier verwendeter Begriff, der membranöse Gelenk-Strains beschreibt, die sowohl den Kranialen Mechanismus als auch die inhärente symmetrische physiologische Motilität verzerren. In einer Studie mit 1.250 Neugeborenen wurden solche Strains bei fast 90% aller Neugeborenen befundet.¹⁸ Kinder mit Lernproblemen verweisen auf ein weites Feld von somatischen Strain-Mustern, die mit Traumata in Zusammenhang stehen.¹⁹ Neue Technologien sowie die Computertomografie (CT) des Gehirns und die Magnetresonanztomografie (MRT) liefern zusätzliche Beweise von Gehirnverletzungen.

Somatische Dysfunktion ist nicht auf den Kranialen Mechanismus beschränkt. Sie kann auch überall in den muskuloskeletalen, membranösen und faszialen Systemen sowie bezogen auf die Zwerchfellfunktion und bei Narben gefunden werden. Der kritische Befund ist die Distorsion, Verdrehung oder die Obstruktion der inhärenten Motilität. Solch eine Dysfunktion ist für die osteopathische Behandlung zugänglich, denn ihr Ansatz liegt in der Veränderung eben jener Dysfunktion bzw. in der Wiederherstellung besagter Motilität. Osteopathen, welche die osteopathische palpatorische Diagnostik und die osteopathische Betreuung praktizieren, haben deren günstige

Effekte auf Kinder mit einer Reihe an Problemen, wie etwa Lern-, Verhaltensproblemen, Entwicklungsstörungen, neuromuskulären Problemen und Wahrnehmungsproblemen nachgewiesen.

Kein bestimmter Bereich einer somatischen Dysfunktion kann zwingend mit einer besonderen klinischen Manifestation verknüpft werden. Ebenso wird das Problem eines Kindes nicht durch die Behandlung einer speziellen anatomischen Region gelöst. Die Behandlung muss alle Bereiche der verzerrten inhärenten physiologischen Bewegung mit der Absicht umfassen, eine freie und symmetrische inhärente Motilität wiederherzustellen.

Diskussion

Studienergebnisse unterliegen dem Einfluss einer Vielzahl von Faktoren. Wir mussten etwa die möglichen Einflüsse durch das Lernen in Betracht ziehen, um die Untersuchungen und die Umweltfaktoren am OCC oder zuhause durchführen zu können. Das Interesse und die Erwartungen der Forscher, des Personals und der Eltern können einen günstigen Effekt auf ein Kind haben. Hier liefern die Veränderungen der POD-Werte zwischen Basis- und Voruntersuchungen in der Wartegruppe eine Einschätzung besagter Einflüsse. Da sie zu Beginn der Studie am größten waren, nehmen wir an, dass ihr Einfluss nach der Voruntersuchung des Kindes bedeutend geringer geworden ist.

Hier wurden andere Kontrollen für systematische Verzerrungseffekte benutzt. Diese schlossen die Anpassung der ursprünglichen POD-Werte bezogen auf das Alter ein, um mögliche Veränderungen auszuschließen, die aufgrund von Reifeprozessen entstanden. Die POD-Wertevergabe in den verschiedenen unabhängigen Variablenkategorien wurde verglichen, um mögliche, durch die Stichprobe entstandene systematische Verzerrungseffekte auszugleichen, die daraus resultieren, dass Kinder am Anfang oder während des Studienzeitraums abgebrochen haben. Darüber hinaus wurden sie verglichen, um die Zusammenhänge zwischen der allgemeinmedizinischen Anamnese, den Hintergrundvariablen und

den POD-Werten zu untersuchen. Die Tatsache, dass die anfänglichen POD-Mittelwerte innerhalb der Untersuchungsgruppen (Warteliste und Behandlungsgruppe) und innerhalb der Kontrollgruppen (unvollständige Gruppe und Abbrecher) sich nicht in signifikanter Weise unterschieden, weist darauf hin, dass die Zusammenstellung der Untersuchungsgruppen durch Matching erfolgte; und auch darauf, dass jene, die an nicht mehr als einer POD-Untersuchung teilnahmen, den POD-Status der verbleibenden Stichprobe, welche mit zwei oder mehr POD-Untersuchungen fortführen, nicht signifikant verzerrten. Kurz gesagt, die Unterschiede zwischen den anfänglichen und den späteren Untersuchungswerten waren nicht signifikant durch die selektive Beseitigung der Kinder aus der ursprünglichen Stichprobe aufgrund unterschiedlicher POD-Startwerte verzerrt worden.

Eine signifikante Veränderung der Leistung der Gruppe mit allgemeinmedizinischen Problemen, wie sie im Rahmen des POD eingeschätzt wurde, konnte sowohl vor der Behandlung als auch nach der Phase der osteopathischen Behandlung beobachtet werden. Wir haben zudem festgestellt, dass es viele Kinder gibt, die relativ gute Noten haben und sich auch in akzeptabler Weise verhalten und daher die Aufmerksamkeit bisher nicht auf kleinere Defizite in ihrer neurologischen Entwicklung gelenkt wurde. Ist die inhärente physiologische Bewegung durch die osteopathische manipulative Behandlung wiederhergestellt, erreichen diese Kinder ein höheres Leistungslevel. Repräsentiert diese Gruppe möglicherweise Kinder, die hinter den Erwartungen der Gesellschaft zurückbleiben?

Diese Kinder liefern einen interessanten Vergleich mit den Kindern, die neurologische Defizite aufweisen. Kinder mit diagnostizierten neurologischen Problemen zeigten keine signifikante Reaktion auf die allgemein motivierenden Aspekte der Studie. Hingegen verbesserte sich ihre Leistung im Rahmen des POD als Reaktion auf die osteopathische Behandlung deutlich (**Tabellen 6 und 8**). Es scheint, dass die neurologische Entwicklung bei Kindern mit allgemeinmedizinischen Problemen unabhängig von

einer Behandlung zunimmt, aber dass Kinder mit neurologischen Problemen eine spezifische Intervention benötigen, um ihre neurologische Entwicklung voranzutreiben.

Unsere Forschung liefert auch die Antwort auf eine häufig von Osteopathen gestellte Frage, „Wie lange hält der Effekt der manipulativen Behandlung an?“ Obwohl nur wenige Eltern genügend vom Forschungsvorhaben begeistert werden konnten und die Kinder zu einer Spätuntersuchung brachten, zeigt **Tabelle 9** signifikante ($P < 0,001$, gesamte Stichprobe), fortwährende und positive Veränderungen auch noch mehrere Monate nach Ende der Behandlung. Da die osteopathische Behandlung die inhärenten körpereigenen Selbstheilungskräfte des Patienten befreit und stimuliert, ist ein solcher fortwährender Fortschritt nach der Behandlung auch zu erwarten.

Osteopathische Pflege

Korr²⁰ betont, dass die osteopathische Pflege unter der gegenwärtigen Handhabung bewertet werden sollte. Die Vorgehensweisen beim OCC-Gebrauch wurde dahingehend nur insoweit abgeändert, als es zur Durchführung der Studie erforderlich war. Es ist möglich, dass Aspekte der Gesundheitspflege, die nicht die Behandlung betreffen, aber auf der Philosophie und den Prinzipien der Osteopathie basieren, unsere Ergebnisse beeinflusst haben könnten. Solche nicht die Behandlung betreffenden Aspekte wurden beschrieben, um den Leser an die Einschätzung ihres Einflusses heranzuführen. Mit dem Schwerpunkt auf der osteopathischen Behandlung und auf der Messung der neurologischen Entwicklung ergibt sich unserer Meinung nach eine vernünftige Basis, um die beobachteten Veränderungen den Leistungen der osteopathischen Behandlung zuschreiben zu können. Die osteopathische Philosophie betont einen ganzheitlichen Ansatz. Dieser Ansatz umfasst ebenso die Aufmerksamkeit auf die somatischen Komponenten der Krankheit, die Interaktion der Körpersysteme in Bezug auf die Intervention gegenüber Krankheiten und die Interaktion eines jeden Individuums mit seiner psychosozialen Umgebung. Musikthe-

rapie, live gespielte Klaviermusik, die auf den Gemütszustand des Kindes abgestimmt war, dazu homöopathische Behandlung, die zu einer Stimulierung der körpereigenen Abwehrkräfte führt, werden bei der Betreuung eines jeden Kindes am OCC individuell angepasst. Homöopathische Medikationen sind denjenigen Patienten vorbehalten, bei denen die osteopathische manipulative Behandlung ein bestimmtes Plateau erreicht hat. Eine Kooperation der kleineren Kinder gelingt durch gezielte, auf die Untersuchungen ausgerichtete Verwendung von Spielsachen. Diese Interventionen werden im Verlauf der Behandlung angepasst.

Der Betreuungsplan zur Bewältigung der herausfordernden Probleme kindlicher Entwicklung stützt sich am OCC auf folgende osteopathische Grundprinzipien:

- Es gibt eine gegenseitige Beziehung zwischen Struktur und Funktion. Strukturelle Integrität, die eine freie inhärente physiologische Bewegung zulässt, stellt die optimale Bedingung im muskuloskeletalen System dar. Sie erlaubt ihrerseits eine effiziente Funktion aller Körpersysteme, die durch somatoviszzerale und viszerosomatische Reflexe beeinflusst werden.²¹
- Es gibt eine dynamische Einheit des Körpers. Die Faszie stellt als aktiver Bestandteil der Körpereinheit eine Beständigkeit der Struktur von den Fußsohlen bis zur obersten Stelle des Kopfes sicher. Jede muskuloskeletale Veränderung führt zu einer umfassenden, durch das faszielle System vermittelten Anpassung.
- Es ist die inhärente therapeutische Potency, die eine Platzwunde heilt, einen Knochenbruch wieder verwachsen lässt, eine akute Infektion überwindet bzw. die neurologische Entwicklung, die Integration und die Funktion stimuliert. Diese Potency wird durch osteopathische Betreuung gefördert.

Kommentar

Der Ausgang des vorliegenden Forschungsvorhabens wurde durch eine Anzahl von Faktoren beeinflusst. Beim ersten Besuch am Zentrum trugen Faktoren wie Anamnese, Verlauf der

Störung, Dysfunktion oder Krankheit und vorausgegangene Erfahrungen bezogen auf die Diagnosestellung und die Behandlung zur anfänglichen Teilnahmebereitschaft des Kindes am Programm bei. Das Vertrauen des Kindes und seine Kooperationsbereitschaft bezogen auf die Betreuung zu erlangen, hatten einen wesentlichen Einfluss auf das Ergebnis der Therapie. Die Verzögerung des Beginns der osteopathischen Behandlung oder das Nichtabschließen eines Behandlungsprogramms sowie das Versäumnis des Erscheinens zur Nachuntersuchung könnte negativ zum Ergebnis beigetragen haben. Da viele Patienten von weit her kommen, sind oft geografische Faktoren für solche Abbrüche verantwortlich.

Die Glaubwürdigkeit der Studie wird auch möglicherweise durch die fehlende Akzeptanz eines Denkmusters durch osteopathische klinische Forscher beeinflusst, die deskriptiven Studien skeptisch gegenüber stehen. Unsere Studie liefert zudem Vorgehensweisen, die Vorurteile seitens der Ärzte, Gutachter und Analytiker abschwächen. Die Behandlung aller Teilnehmer basierte auf festgelegten Kriterien im Hinblick auf Forschung und die Gesundheitspflege. Die sensorische und motorische Leistung wurden quantitativ erfasst und eingeschätzt. Daten wurden gesammelt, kodiert und archiviert, um sie auch in Zukunft abrufbar zu machen. Diese Vorgehensweisen erfolgte als Schritt hin zu einem akzeptierten Studienmuster, welches die Glaubwürdigkeit vergleichbarer Studien unterstützt.

Bei Abwägen aller Überlegungen führen die Verbesserungen der sensorischen und noch mehr der motorischen Leistung, welche durch einen die neurologische Entwicklung betreffenden Standard erfasst wurden, zur Unterstützung unserer Annahme, dass die Veränderungen der neurologischen Entwicklung mit den somatischen Veränderungen aufgrund osteopathischer Behandlung in Zusammenhang stehen.

Zusammenfassung

Diese kontrollierte Studie unterstützt mit ihren deskriptiven quantitativen Daten die Anwendung osteopathisch manipulativer Behandlungen

gen als Bestandteil einer auf den Philosophien und Prinzipien der Osteopathie basierenden Kinderheilkunde. Bei Kindern in unserer Studiengruppe mit neurologischen Problemen führte diese Art der Betreuung zu einer signifikanten Verbesserung der sensorischen und motorischen Leistungen.

Bibliografie

1. Sutherland, WG: Final lecture. Seminar in Cranial Osteopathy. Des Moines. April 25, 1948. Contributions of Thought. 1967, 147
2. Agresti, LM: Attention deficit disorder. The hyperactive child. Osteopath Ann 1989 (14) 6-16
3. Houle, N: Profile of Development, ed 2. Piqua, Ohio. American Academy for Human Development. 1980. Appendix 1
4. LeWinn, EB: Human Neurological Organization. Springfield, IL. Charles C Thomas Publisher. 1977, 72-154
5. Norusis, MJ: SPSS/PC+, chap 7-11, 13. Advanced Statistics SPSS/PC+, chap 4, 5. Chicago, IL. SPSS, Inc. 1986
6. Pinkerton F, Watson DR, McClelland RJ: A neurophysiological study of children with reading, writing and spelling difficulties. Der Child Neurol 1989 (31) 569-581
7. Small JG, Milstein V, Jay S: Clinical EEG studies of short and long term stimulant drug therapy of hyperkinetic children. Clin Encephalogr 1978 (9) 186-194
8. Beckett, PGS, Bickford, RG, Keith, HM: The electroencephalogram and various aspects of mental deficiency. J Disabil Childhood 1956 (92) 374-381
9. Sklar B, Hanley J, Simmons WW: An EEG experiment aimed toward identifying dyslexic children. Nature 1972 (240) 414-416
10. Satterfield JH, Lesser LI, Cantwell DP: EEG aspects in the diagnosis and treatment of minimal brain dysfunction. Ann NY Acad Sci 1973 (205) 274-282
11. Murdoch, BD: Changes in the electroencephalogram in minimal Cerebral dysfunction: A controlled study of over 8 months. South Afr Med J 1974 (23) 606-610
12. Van Mechelse K, Gemunde JJ, Nije JD, et al: Visual and quantitative analysis of EEGs of normal school children with specific reading disability. Electroencephalogr Clin Neurophysiol 1975 (39) 106-107
13. Rebert CS, Wexler BN, Sproul A: EEG asymmetry in educationally handicapped children. Electroencephalogr Clin Neurophysiol 1978 (45) 436-442
14. Gasser T, Möcko J, Lenard HG, et al: The EEG of mildly retarded children: developmental classificatory and topographic aspects. Electroencephalogr Clin Neurophysiol 1983 (55) 131-144
15. Korr, IM: The sympathetic nervous system as mediator between the somatic and supportive processes. In Kugelmass IN (ed): The Physiologic Basis of Osteopathic Medicine. New York, Postgraduate Institute of Osteopathic Medicine and Surgery. 1970, 21-37
16. Sjöstrand J, Rydevik B, Lundborg G, et al: Impairment of intraneural microcirculation, blood-nerve barrier and axonal transport in experimental nerve ischemia and compression, in Korr, IM (ed): The Neurobiological Mechanisms in Manipulative Therapy. New York, Plenum Publishing Co, 1978, 337-355
17. Hix, EL: The trophic function of visceral nerves. In The Physiologic Basis of Osteopathic Medicine. New York, NY. Postgraduate Institute of Osteopathic Medicine and Surgery. 1970, 101-113
18. Frymann, VM: Relation of disturbances of craniosacral mechanisms to symptomatology of the newborn: Study of 1,250 infants. JAOA. 1966 (65) 1059-1075
19. Frymann, VM: Learning difficulties of children viewed in light of the osteopathic concept. JAOA. 1976 (76) 46-61
20. Korr, IM: Osteopathic research: The needed paradigm shift. JAOA. 1991 (91) 156-171
21. Burns, L, Chandler, LC, Rice, RW (eds): Pathogenesis of Visceral Disease Following Vertebral Lesions. Chicago, AOA. 1948, 56-57

19. WAHRNEHMENDE PALPATION = DIAGNOSE

Viola M. Frymann, DO, FAAO
Unveröffentlichtes Manuskript 1996

„Das Prinzip besteht darin, die Hände sanft auf das Schädeldach, das Handgelenk, den Fuß oder irgendeinen anderen Bereich anzulegen und sich so in die Berührung einzufinden, dass man die Vorgänge innen wahrnimmt und so erspürt, was passiert. Diese lebendigen Vorgänge werden spürbar, wenn Ihre Hände ruhig sind und Ihre Aufmerksamkeit darauf gerichtet ist, was es wahrzunehmen gilt. Falls Sie bei Ihrem Kontakt kräftig zupacken, bringen Sie die Bewegung zum Stillstand, die Sie eigentlich spüren wollen. Sie haben sie durcheinander gebracht. Falls Sie sich nicht einmischen, werden Ihre Hände von der inneren Bewegung in ausreichendem Maße bewegt, sodass Sie sie über Ihre propriozeptiven sensorischen Bahnen spüren können. Dann kennen Sie die Bewegung, weil Sie sie gespürt haben.“ W. G. Sutherland. (*Teachings in the Science of Osteopathy, 157**)

Ich kann mich lebhaft daran erinnern, wie Dr. Sutherland einen Patienten untersuchte. Er saß da, wobei er seine Hände für drei, fünf, zehn Minuten oder mehr auf dem Kopf legte und vollkommen versunken in seine Arbeit nichts mehr um sich herum wahrnahm. Er tauchte komplett in das ein, was auch immer er unter seinen Händen im Körper spürte. In der Zwischenzeit sollten wir, die Studenten die anderen Regionen des Körpers palpieren, mutmaßlich um in den Extremitäten oder im Sakrum ähnliche inhärente Funktionen zu beobachten. Zu diesem frühen Zeitpunkt meiner Erfahrung mit dem Kranialen Konzept, konnte ich mir nicht vorstellen, was in einer unerträglich lang scheinenden Zeitspanne in total passivem Zustand denn überhaupt vor sich gehen sollte. Nun, fast vierzig Jahre später, ist es an der Zeit, diese Diagnosetechnik zu erörtern. Die Prinzipien gelten für alle Teile des Körpers und die Hände werden

sich den anatomischen Bedingungen der jeweiligen Körperregion entsprechend anpassen.

Die erste Frage, die aufkommt, lautet: *Wie viel Druck* soll ausgeübt werden?

Die Antwort hierzu: das hängt vom momentanen Zustand des Gewebes unter Ihrer Hand, genau zu diesem Zeitpunkt ab. Es kann für den einen Patienten heute ein anderer Druck sein als für denselben Patienten vorige Woche oder für denselben Patienten nächste Woche oder sogar für denselben Patienten nach der Behandlung. Solch eine Antwort bringt einen wissenschaftlichen Studenten, der gelernt hat, dass ein bestimmter Druck von so und soviel Gramm in einem anderen Kontext angemessen ist, zur Verzweiflung. Es gibt eine sehr nützliche Technik, die der Lehrer anwenden kann, um dem Studenten das Verständnis hierfür zu lehren.

- a. Bitten Sie den Studenten, seine Handfläche gegen die des Lehrers zu legen, wobei sich die Hand des Lehrers in Pronation befindet. Der Ellbogen des Studenten und der Ellbogen des Lehrers müssen auf den Tisch gestützt sein. Anfangs entspricht der Kontakt dem Hauch einer Feder, ein undifferenzierter Kontakt. Es gibt nur eine winzige, wenn überhaupt eine, kaum propriozeptiv wahrnehmbare Kommunikation zwischen den beiden Handflächen.
- b. Ohne die Position der beiden Handflächen zu verändern, Handfläche auf Handfläche, soll der Student nun mit der anderen Hand starken Druck auf den Handrücken des Lehrers ausüben und dadurch die beiden Handflächen gegeneinander drücken. Der Kontakt zwischen den beiden Handflächen ist nun so stark, dass er jede wahrnehmbare Kommunikation zwischen den beiden Handflächen überdeckt.
- c. Ohne die Position der drei Hände zu verändern, soll der Student nun den Druck gegen den Handrücken des Lehrers verändern, bis er mit der anderen Hand eine

* Anm. d. Hrsg.: Deutsche Übersetzung aus *Das große Sutherland-Kompendium*, JOLANDOS, 2004, 1-140

wahrnehmbare Bewegung in der Handfläche des Lehrers spürt. Der Lehrer kann dem Studenten helfen, festzustellen, wie viel Druck genau benötigt wird, damit der Student die inhärente Bewegung in der Handfläche wahrnehmen kann. Sobald die genaue Stärke des Drucks ermittelt wurde, ist der Student so in der Lage, die Bewegungsrichtung, den fluktuierenden Rhythmus der Bewegung, seine Frequenz und seine Amplitude zu beschreiben.

Der Lehrer kann in der Zwischenzeit fühlen, was sich in seiner Hand bezüglich der Hand des Studenten abspielt und kann daher feststellen, ob der Student tatsächlich das fühlt, was er beschreibt und ob das wirklich geschieht. Es ist notwendig, diese Erfahrung der Palpation unvoreingenommen zu machen. Nähern Sie sich dieser Erfahrung, indem Sie Ihre fühlenden Augen offen halten um zu sehen, was es zu sehen gibt. (Denken Sie an „die denkenden, fühlenden, sehenden, wissenden Finger“... Dr. Sutherland.)

Wird diese Erfahrung viele Male mit verschiedenen Partnern praktiziert, entwickeln die Studenten schnell den angemessenen Kontakt und die Fähigkeit einer scharfsinnigen Palpation.

Diagnostik am Schädel

Die genaue Position der Hände ist nicht entscheidend und wird immer von der relativen Größe des Kopfes des Patienten und der Größe der Hände des Behandlers abhängen. Die Handflächen ruhen auf dem prominenten Teil des Os parietale. Der Zeigefinger liegt auf der Ala major des Os sphenoidale. Der kleine Finger liegt am Angulus lateralis des Os occipitale. Der Student wird gebeten, zunächst *strukturell* zu denken und folgendes zu notieren:

A. Form

1. *Fühlen* sich die Hände symmetrisch an?
2. Befindet sich mehr Kopf in der einen Hand als in der anderen?
3. Ist diese Fülle in der Handfläche wahrnehmbar und scheint sie kaudal zu der

anderen Seite des Kopfes (Andeutung einer Side-bending-Rotation)?

4. Ist die laterale Fülle anterior unter dem Zeigefinger oder posterior unter dem kleinen Finger (Andeutung eines Lateral-Strains)?
5. Fühlt sich die anterior Kopfhälfte breiter an als die posteriore oder umgekehrt (Andeutung eines Vertikal-Strains)?
6. Fühlt sich der Zeigefinger einer Hand mehr kranialer liegend als der andere an (Andeutung einer Torsion)?
7. Ist eine Fontanelle prominenter als die andere?
8. Gibt es irgendwelche anderen ungewöhnlichen Besonderheiten bezüglich der Kopfform?

B. Textur

1. Fühlt sich der Kopf elastisch an?
2. Fühlt sich der Kopf hart an?
3. Fehlt es ihm an Tonus?
4. Scheint der Kopf einem Druck von innen ausgesetzt zu sein?
5. Gibt es Anzeichen eines Ödems auf der Kopfhaut?

Nachdem der Student nun verschiedene strukturelle Merkmale am Kopf erkannt hat, ohne ihn dabei zu bewegen, wird er nun gebeten, sich folgendem zu widmen:

C. **Bewegung**, die inhärent unter seinen Händen abläuft. Die Merkmale dieser Bewegung können mit denen verglichen werden, die in der vorhergehenden Übung an der Hand des Lehrers palpirt wurden:

Achten Sie im Folgenden auf:

1. Amplitude.
2. Vitalität – ist sie lebhaft oder schwach? Denken Sie an die Antriebskraft, die ihr innewohnt.
3. Rhythmus – gibt es eine Fluktuation gleicher Stärke?

4. Richtung – ist sie gleichmäßig oder verändert sie sich langsam von einer Richtung in die andere?
5. Welches Strain-Muster zeigt sich?

Beachten Sie die Abfolge der Veränderungen, bis diese zum Ausgangs-Muster der Bewegung zurückkehren. Die Gleichmäßigkeit und Ausdauer der Bewegung in einem bestimmten Strain-Muster ist nach einer frischen Verletzung oder auch beim Auftreten dentaler Frühreife sehr häufig.

6. Zeigt sie spontan eine Flexion und Extension oder schwankt sie zwischen einem superioren und inferioren vertikalen Strain-Muster? Dies kann einen bedeutenden Hinweis auf eine Kompression der Symphysis sphenobasilaris darstellen.
7. Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auf den Kraniosakralen Rhythmus. Zählen Sie die Zyklen/min. (Zählen Sie bitte mindestens eine Minute lang).
8. Gibt es irgendeinen Einflussfaktor, der innerhalb des Kopfes existiert und der auf eine große Krafteinwirkung oder einen starken Schlag auf den Kopf hindeutet?
9. Gibt es irgendeine Region einer Restriktion innerhalb des Mechanismus, auf die Punkt 5 zutrifft?

Man muss sich genug Zeit nehmen, um alle diese Fragen zu beantworten. Die Antworten sollten anschließend aufgezeichnet werden. Ihre Aufmerksamkeit wird durch die Notwendigkeit der Aufzeichnung noch geschärft.

Diagnostik der temporalen Region

Der Student wird gebeten, das Os occipitale mit seinen Handflächen zu umfassen, wobei sich die Finger der einen Hand exakt mit den Fingern der anderen Hand verschränken. Die Daumen ruhen auf dem Mastoid, sodass die Daumenenden auf der inferioren Extremität des Processus mastoideus zu liegen kommen.

Führen Sie nun die Untersuchung des Os occipitale und des Os temporale gemäß Absatz A. Form, B. Textur und C. Bewegung durch und halten Sie sich an die Reihenfolge; Die Num-

mern 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9 sollten untersucht werden; dabei hinterfragt Nummer 6, ob das Os temporale eine symmetrische Außen- und Innenrotation aufweist. Notieren Sie Ihre Antworten auf die 9 Fragen der Bewegung.

Diagnostik am Sakrum

Um die rechte Hand des Behandlers unter das Sakrum zu legen, sollten Sie bitte wie folgt vorgehen. (Bitte vermeiden Sie dabei, den Patienten zu rollen.)

Der Student steht auf der rechten Seite des Patienten.

Der Patient beugt das linke Knie und die Hüfte.

Der Student legt die rechte Hand zwischen die Oberschenkel des Patienten, bereit, diese unter das Sakrum zu legen, während er die linke Hand an das rechte Os ilium legt, um den Patienten beim Heben des Beckens zu führen. Die rechte Hand gleitet nun unter das Sakrum, wobei die Fingerspitzen die Sakrumbasis erreichen. Nun lässt sich der Patient auf die Hand des Behandlers sinken. Danach wird das Sakrum gemäß A. Form, B. Textur und C. Bewegung untersucht.

Es gelten die gleichen Prinzipien wie am Schädel, aber die zu beantwortenden Fragen sind anders.

A. Form

1. Zeigt das Sakrum in der Hand eine gleichmäßige Konvexität oder drückt etwas gegen die Handfläche?
2. Folgt das Steißbein der Kurvatur des Sakrum oder stößt es, manchmal sogar recht schmerzhaft in die Hand des Behandlers?
3. Liegt die Basis in Horizontalebene oder rotiert sie auf einer Seite kranial? (Rotation um eine Sagittal-Achse)
4. Ist der laterale Aspekt auf einer Seite posterior und drückt er bezogen auf die andere Seite stärker auf die Handballen? (Rotation um die Vertikal-Achse)

B. Textur

Die Fragen Nummer 1, 2, 3 und 5 für das Kranium gelten auch für das Sakrum.

Nachdem der Student nun die verschiedenen strukturellen Merkmale erkannt hat, wird er nun gebeten, den Fokus seiner Aufmerksamkeit auf folgendes zu lenken:

C. Bewegung:

Die untersuchende Hand verbleibt in der oben beschriebenen Position. Fragen Nummer 1, 2, 3, 4, 8 und 9 gelten für das Sakrum ebenso wie für den Kopf.

Nummer 5. Analysieren Sie die Achse, um die sich das Sakrum bewegt. Die physiologische Bewegung der Flexion und Extension erfolgt um die Transversal-Achse.

Rotiert die Basis auf einer Seite kranial oder auf der anderen kaudal, erfolgt die Bewegung um eine Sagittalachse.

Rotiert die laterale Kante des Sakrum anterior zu einer Seite oder posterior zur anderen, bezeichnet dies eine Bewegung um die Vertikalachse.

Eine Bewegung kann in einer Kombination der Achsen auftreten und eine Torsionsbewegung des Sakrum zwischen den Ossa ilia belegen.

Zwei weitere unphysiologische Veränderungen der sakralen Bewegung können leicht übersehen werden, insofern man sie nicht gesondert untersucht. Sie sind jedoch von höchster klinischer Relevanz.

Eine **lumbosakrale Kompression** bzw. eine intraossäre sakrale Kompression, die in einem Alter vor der kompletten Fusion stattfindet (20-25 Jahre), kann auf eine Kompressionskraft auf das Neugeborene, beispielsweise durch den sich kontrahierenden Uterus bei einer schwierigen Geburt oder auf einen harten Sturz auf das Gesäß zurückzuführen sein. Die untersuchende Hand bleibt wie bereits beschrieben unter dem Sakrum. Die Textur wird sich hart anfühlen. Es kann durchaus eine Bewegung um die physiologische Achse bezogen auf Flexion und Extension vorliegen. Der Daumen und der Zeige- oder Mittelfinger der linken Hand des Behandlers werden so positioniert, dass sie einen Kontakt

mit dem Processus transversus von L5 haben. Eine sanfte Traktion des Sakrum in Richtung der Füße, d. h. zwischen den beiden Händen, inhibiert eine Bewegung relativ zu L5. Es liegt dort keine Elastizität oder kein Spielraum der Gelenke in der lumbosakralen Region vor.

Eine **Restriktion der Bewegung des Sakrum um seine transversale respiratorische Achse** relativ zu den Ossa ilia ist Resultat einer sehr schnellen Krafteinwirkung. Eine Bewegung um die Transversalachse in Flexion und Extension kann adäquat erscheinen. Der Behandler überbrückt nun mit seinem linken Arm die Ossa ilia an ihrer Spina iliaca anterior superior (SIAS). Der Ellbogen wird als dritte Hand eingesetzt und berührt die seitlichen Aspekte der SIAS und die Fingerspitzen berühren den äußeren Aspekt der linken SIAS. Wird die inhärente Bewegung durch eine forcierte Atmung verstärkt, kann man fühlen, dass die Ossa ilia sich als Einheit mit dem Sakrum bewegen. Das Sakrum kann sich nicht posterior in Flexion bewegen, ohne die Ossa ilia mitzutragen; das Sakrum kann sich auch nicht anterior in Extension bewegen, ohne die Ossa ilia anterior zu bewegen.

Schlussfolgerung

Die Übung, bei der die Hand des Lehrers palpirt wird, wird angewandt, um herauszufinden, wie akkurat die Wahrnehmung der inhärenten Bewegung des Studenten innerhalb des Körpers ist. Die Qualität der Bewegung wird mit der Beschreibung der Wahrnehmung des Studenten verglichen.

Daraufhin werden die Studenten durch einen systematischen Ansatz zur Palpation des Kopfes und des Sakrum in Hinblick auf Struktur, d. h. der Form, Textur und der Funktion, d. h. der inhärenten Bewegungen geführt. Dieser disziplinierte Ansatz zur Palpation der inhärenten Funktion kann anschließend an allen anderen Teilen des Körpers zur Palpation angewandt werden.

Wahrnehmende Palpation ist die Essenz der gesamten Diagnostik und legt das Fundament für eine sinnvolle Palpation, die ihrerseits schon Behandlung bedeutet.

20. DAS EXPANDIERENDE OSTEOPATHISCHE KONZEPT (1960)

Viola M. Frymann, DO, FAAO

Genehmigter Nachdruck aus dem *AAO Yearbook* (67) 50-62, 1967

Vorwort

Es sind nun fast 20 Jahre vergangen, seit Dr. William G. Sutherland sein Konzept der osteopathischen Prinzipien speziell am Kraniaum vorstellte. Damals repräsentierte sein Vortrag vor einer kleinen Gruppe von Osteopathen in Chicago einen Erfahrungsschatz von mehr als 30 Jahren voller Studien, Recherchen und Experimenten. Männer und Frauen, die durch seinen Enthusiasmus motiviert wurden, bemühten sich, die anatomischen, physiologischen, technischen und klinischen Ideen, die er ihnen vermittelt hatte, zu begreifen. Die Anzahl der Osteopathen und Ärzte, die diese Prinzipien studierten und erfolgreich anwenden, ist noch sehr gering. Doch die von ihnen erzielten Ergebnisse zeigen, dass Arbeiten zum besseren Verständnis dieser Art der Arbeit gefördert werden müssen, damit Patienten, die einer kranialen Behandlung bedürfen, diese auch empfohlen bekommen und sie auch erhalten.

Die Absicht der folgenden Abhandlung über Osteopathie in der Schädelsphäre liegt darin, den Leser mit den grundlegenden Prinzipien bekannt zu machen, einige Anwendungsbeispiele zu zeigen und den Gebrauch dieser wichtigen therapeutischen Maßnahme zu fördern, wann immer sie benötigt wird.

Dieser Diskurs ist nicht als Lehrbuch gedacht, da die Praxis der Osteopathie nicht durch ein Buch erlernt werden kann. Sie entwickelt sich nur, wenn die Hände und der Verstand des Behandlers geschult werden, sich mit dem normalen und anormalen strukturellen Mechanismus des Menschen zu befassen.

In den wenigen vorgestellten Kapiteln, mag der Leser neue Ideen entdecken, die jedoch auf alten Prinzipien beruhen, aus denen neue Hilfe

und Hoffnungen für so viele kranke und leidende Menschen entstehen können.

The Professional Development Committee of the Cranial Academy

Die kraniale Komponente in der Osteopathie

Das moderne, expandierende Konzept der Osteopathie besagt, dass die osteopathischen Prinzipien sich auf die Einheit des gesamten Körper anwenden lassen. Um dies deutlich zu machen, wurde dies als Kranialer Mechanismus bezeichnet. Er umfasst das Kraniaum, seinen Inhalt, das Becken mit allen Bestandteilen, die Wirbelsäule und ihre Komponenten, die diese beiden Pole verbindet sowie aller näher und entfernter liegender Gewebe, die mit diesem „strukturellen Rahmen“ durch das ubiquitäre Bindegewebe verbunden sind.

Osteopathie ist kein Synonym für eine Manipulation der Wirbelsäule oder gar einer Manipulation des ganzen Skeletts inklusive Kraniaum. Osteopathie ist ein System der Diagnose und Behandlung, das die Bedeutung jedes Körpergewebes und seines Beitrags zur Gesundheit des Menschen im ganzheitlichen Sinn anerkennt. Wie Korr schon sagte: „Es gibt kein krankes Organ; es gibt nur einen kranken Menschen. Behandelt man nur diesen einen Teil, hilft das dem Menschen nicht. Kümmert man sich jedoch um den Menschen als Ganzes, behandelt man dadurch auch den kranken Bereich.“¹

Die beiden physiologischen Phänomene, die nur wenigen bekannt sind, aber dennoch die Beachtung und Erforschung durch Osteopathen, Ärzte und Wissenschaftler verdienen, sind der Kraniosakrale Rhythmus und die Bewegungen der Suturen, die durch eine geübte Palpation des lebenden, menschlichen Schädels wahrgenommen werden können. Sie wecken nicht nur wissenschaftliches Interesse, sondern bilden auch die Basis für wertvolle therapeutische Anwendungen.

Durch sanfte Palpation des menschlichen Schädels kann man den Kraniosakralen Rhythmus mit einer Durchschnittsfrequenz von 12 - 14 Zyklen/min bei einem normalen Erwachsenen wahrnehmen. Dieser Rhythmus hat keine nachweisbare Beziehung zum Pulsschlag und obwohl er sich zeitweise synchron mit der Atemfrequenz zeigt, besteht er auch dann noch, wenn der Atem angehalten wird. Frequenzabweichungen konnten bei einer Vielzahl von Beschwerden und Erkrankungen beobachtet werden. So kommt es etwa bei Fieber zu einem Anstieg desselben, wohingegen verschiedene Formen psychiatrischer Erkrankungen bei allen Betroffenen eine Verringerung bewirkten, unabhängig davon, ob sie medikamentös behandelt wurden oder nicht.

Dr. Sutherland beschrieb vor mehr als 20 Jahren die palpatorische Wahrnehmung des Kraniosakralen Rhythmus. Er sorgte dafür, dass die Prinzipien der Osteopathie auf den Kopf übertragen und dort angewandt wurden und schaffte so auch neue Möglichkeiten für die therapeutische Qualifikation von Osteopathen.

Am Ende finden Sie eine Zusammenstellung von Begleitliteratur anhand derer die Hypothese in den nächsten Abschnitten erörtert werden soll.

Das Konzept, auf dem die Praxis der Osteopathie ruht, gründet in der Tatsache, dass der menschliche Körper ein dynamisches mechanisches Instrument darstellt. Ein Instrument das fein integriert und angepasst ist und dazu geschaffen wurde, um still, effizient und in vollkommener Harmonie zu agieren. Eine Maschine, die sich selbstständig sowohl an externe als auch an interne Veränderungen anpasst. Diese Leistung wird unter Verwendung eines hochwertigen Kraftstoffs, gelegentlichen Feinjustierungen und einer Bedienung ohne Stress und Belastungen aufrechterhalten. Nun stellt aber unsere moderne Welt eine Vielzahl von minderwertigen Kraftstoffen zur Verfügung, umgeben von einer Atmosphäre in Hektik, die keine Zeit mehr für eine feine Kontrolle lässt. Eine Umgebung voller Stressoren, Belastungen und Gefahren, für welche die menschliche Maschine niemals erschaffen wurde. Die Beseitigung dieser Ursachen liegt nur teilweise im Einflussbereich des Osteopathen, aber er kann zumindest eini-

ges gegen die Folgen unternehmen. Eine gründliche Studie der menschlichen Anatomie und Physiologie hat den Osteopathen ermöglicht, Fehlentwicklungen im Körper festzustellen. Nur durch die Kenntnis der Mechanik des menschlichen Körpers wurde er in die Lage versetzt, deren Entstehung und Behandlung zu begreifen. Doch es ist die Schulung des „beobachtenden Auges“, die Entwicklung einer Bewusstheit für Gelenke, Muskeln und Sehnen und die Ausbildung von sensiblen, feinfühligem Fingern, welche die Grundlage für eine korrekte Diagnostik und eine effiziente Behandlung schaffen.

Die osteopathische Lehre der Anwendungen betrachtet den menschlichen Körper sodann als Gesamtheit, von dem man den Kopf in der Praxis nicht trennen kann. Es kann nicht stark genug betont werden, dass der Kraniale Rhythmus nur *ein* Teil des kompletten Konzepts ist, obgleich lebenswichtig und damit unverzichtbar. Darüber hinaus wird, sobald die Anatomie und Physiologie des Schädels vollends verstanden wurde, eine wesentlich tiefere Wahrnehmung der integrierten Gesamtheit des Körpers möglich.

In den folgenden Kapiteln wird die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung des Kranialen Rhythmus innerhalb der osteopathischen Anwendungen gerichtet. Nicht um den Schädel von der kompletten Einheit des Körpers zu trennen, sondern vielmehr um den Schädel auf einen bisher quasi enthaupteten Körper zu setzen.

Zudem werden Nutzen und Potenzial der manipulativen Techniken in dieser Region vom Standpunkt verschiedener Spezialisten und auch aus allgemeinärztlicher Sicht erörtert.

Anatomische und Physiologische Grundlagen

Dr. William G. Sutherland, ein Student von Dr. A. T. Still in Kirksville, wurde vom Gedanken der Fähigkeit kranialer Suturen zur Gelenkbeweglichkeit wie vom Blitz getroffen. Nach fast dreißig Jahren anatomischer Forschung, klinischen Experimenten an sich selbst und therapeutischen Anwendungen entwickelte Dr. Sutherland eine Methode, um Osteopathie auch an der Schädelsphäre umzusetzen. Die verschiedenen Hypothesen umfassten folgendes:

1. Die Gelenkbeweglichkeit des Kranialen Mechanismus
2. Die unwillkürliche Bewegung des Sakrum zwischen den Ossa ilia
3. Die inhärente Motilität des Zentralen Nervensystems
4. Die Funktion der Hirnhaut als Reziproke Spannungsmembran
5. Die Zerebrospinale Flüssigkeit:
 - a. ihre therapeutische Potency
 - b. ihre fluktuierende Bewegung.²

Die gelenkvermittelte Mobilität des Kranialen Mechanismus

Das Anatomiestudium ist der Eckpfeiler der osteopathischen Ausbildung. „Ein Osteopath begründet sein Wissen durch die Anatomie“, sagte Dr. Still. Gleichzeitig ist ein umfassendes Wissen der Position, des Zwecks und der Gelenkstruktur jedes einzelnen kranialen Knochens essenziell für das Verständnis seiner physiologischen Bedeutung.

Lassen Sie uns etwa die L-förmige Gelenkfläche der Ala major des Os sphenoidale so betrachten, wie Dr. Sutherland sie gesehen hat.

„Das Os sphenoidale artikuliert mit einer L-förmigen Gelenkfläche unter dem Os frontale mit ihm. Es existieren zwei dieser Gelenkflächen, eine an jeder Ala major. Sie sehen aus wie die L-förmigen Gelenkflächen der Iliosakralgelenke. Das Os sphenoidale hängt am Os frontale und das Sakrum hängt an den Ossa ilia. Zum Zeitpunkt der Geburt findet man *zwei Ossa frontalia* und in manchen Schädeln von Erwachsenen erstreckt sich die Sutura sagittalis bis zur Kerbe des Os ethmoidale. Somit können wir ab sofort ebenso von Ossa frontalia sprechen; das Os sphenoidale hängt an zwei Ossa frontalia und das Sakrum hängt an beiden Ossa ilia. Denken Sie daran, dass es zwei Ossifikationszentren gibt, eines für jedes Os frontale. Rufen Sie sich auch die Ähnlichkeit zwischen Os sphenoidale und Sakrum in Erinnerung, die beide zwischen zwei Knochen, an zwei L-förmigen Gelenkflächen *hängen*; und beide können sowohl anterior als auch posterior in einer Side-bending-Bewegung

rotieren. Beide funktionieren als unwillkürliche Einheit während der Respirationsphasen.“³

Dass diese kranialen Artikulationen zur Bewegung bestimmt sind, ist keine Idee, die sich nur in der Welt der Osteopathen entwickelte. Im Januar 1956 veröffentlichten Pritchard, Scott und Girgis die Ergebnisse einer detaillierten Studie über die Entwicklung und Struktur einer Reihe von Suturen in verschiedenen Schädeln von Föten und Erwachsenen. Sechs Spezies wurden untersucht, darunter Mensch, Schaf, Schwein, Katze, Hase und Ratte. „Daraus können wir den Schluss ziehen“, so die Autoren, „dass die Suturen anhand ihrer Art und Entwicklung und ihres histologischen Aufbaus ein starkes Band zwischen den abgeschrägten Knochen darstellen und somit geringe Bewegungen zulassen.“⁴

Die Dimensionen dieser Bewegung der Suturen müssen noch evaluiert werden. Im Jahr 1956 wurde hierzu eine vorläufige Studie über die Bewegung von kranialen Suturen von Hewitt, Lippincott, Rankin, Woods und Moore durchgeführt, wobei ein spezieller Fokus auf das fronto-zygomatische Gelenk im Menschen gelegt wurde.⁵ Ihre Untersuchungen fanden zunächst an Schädeln von Leichen statt und wurden daraufhin an lebenden Personen unter Verwendung eines Kinesiometers durchgeführt. Die Ergebnisse bestanden hauptsächlich „aus einem Beweis, dass Bewegung in der fronto-zygomatischen Sutura im menschlichen Schädel durch manipulative Maßnahmen ausgelöst werden kann.“ Weitere Studien mit ausgereifteren Apparaten, etwa elektromagnetischen Untersuchungsmethoden mit elektronischer Verstärkung und elektrischer Aufzeichnung werden gegenwärtig am *Philadelphia College of Osteopathy* durchgeführt.

A. Miller aus Oakland, Kalifornien und ein paar seiner Zahnarztkollegen haben Veränderungen im Biss beobachtet, nachdem das Os temporale justiert wurde. Diese Ergebnisse liefern, obgleich sie noch unveröffentlicht sind, wertvolle Beweise nicht nur für die Mobilität der einzelnen Knochen, sondern auch für den Einfluss, den solch eine Bewegung auf andere Teile des Mechanismus haben kann.

Die Wahrscheinlichkeit einer kranialen Gelenkbewegung wird also offensichtlich. Zudem erscheint die Antriebskraft für eine derartige Bewegung immer deutlicher, da das bisherige Wissen über Bewegungen in anderen Regionen des Kraniosakralen Mechanismus neu bewertet wird.

Die unwillkürliche Bewegung des Sakrum zwischen den Ossa ilia

Diese Form der Bewegung wurde ursprünglich von Dr. Sutherland⁶ beschrieben, der zwischen der unwillkürlichen Bewegung des Sakrum bezogen auf die Ossa ilia und der posturalen Beweglichkeit der Ossa ilia bezogen auf das Sakrum unterschied. Die Achse der unwillkürlichen Bewegung oder Respirationsbewegung stellt einen Bogen um eine transversale Linie dar, die ungefähr durch den Processus spinosus des ersten bzw. zweiten sakralen Segments verläuft. Die Anordnung der Bänder ist so beschaffen, dass das Sakrum innerhalb der Begrenzungen zwischen den Ossa ilia entlang der Linie dieser Begrenzungen auf den L-förmigen Regionen der Ossa ilia schwingen kann, ohne die Spannung erheblich zu verändern. Die Bewegung tritt während der sekundären Atmung auf und ist synchron zu den Bewegungen der Symphysis sphenobasilaris.

Diese Bewegung kann wahrgenommen werden, indem man die flache Hand ohne Druck auf das Sakrum des liegenden Patienten legt. Sobald der Patient tief einatmet, kann man die sakrale Bewegung leicht erfühlen. Wird der Patient gebeten, die Luft anzuhalten, wird man immer noch eine sanfte Bewegung fühlen können, gleich einem Boot, das sich auf einem ruhigen Ozean wiegt. Diese Bewegung ist rhythmisch mit einer Frequenz zwischen zehn bis fünfzehn Zyklen/min.

Die inhärente Bewegung des Zentralen Nervensystems

Dr. Sutherland⁷ illustrierte die Bewegung des Zentralen Nervensystems sehr lebendig: „Das Gehirn arbeitet durch Expansion und Kontrak-

tion seiner zerebralen und zerebellaren Hemisphären. Während der Inspiration bewegen sich die Hemisphären wie die Flügel eines Vogels und schwingen nach oben; der dritte Ventrikel erweitert sich und hebt den kleinen Körper der Hypophyse, der in der Sella turcica sitzt... zeitgleich wird das Rückenmark nach oben gezogen... Während der Expiration bewegen sich die Hemisphären erneut wie die Flügel eines Vogels und schwingen nach unten; der dritte Ventrikel kontrahiert und erlaubt dem kleinen Körper der Hypophyse, sich in die Sella turcica abzusenken.... zeitgleich wird das Rückenmark nach unten bewegt.“

Ein lebhaftes, aber fantastisches Konzept? Lassen Sie uns die Antwort woanders finden. Die quallenartige Bewegung des Zentralen Nervensystems konnte während Operationen beobachtet werden. Der Grund hierfür blieb verborgen, bis Woolley und Shaw herausfanden, dass die Oligodendrozyten rhythmisch pulsieren.⁸ Sie kontrahieren und expandieren langsam. Ein weiterer Beweis für ein Pulsieren im Gehirn wurde von Clark geliefert, der das Sauerstoffvorkommen in den feineren Strukturen des Zentralen Nervensystems beobachtete.⁹ Die Pulswellen treten mit einer Frequenz von 8 - 12 Zyklen/min auf und zeigten sich ebenso unabhängig von der Atmung wie vom Herzschlag.

Schooley¹⁰ prüfte die Entwicklung des Zentralen Nervensystems und seiner Ventrikel, indem er die Wachstumsrichtung während der Entwicklungsphase mit diesem Muster und der daraus resultierenden Motilität in Bezug brachte. Durch die inhärente Motilität kann es demnach seine Form oder Morphologie ändern. Die Veränderung der Form wird durch eine Kürzung oder Kontraktion der Länge mit einer vergleichbaren Verdickung oder einem Zuwachs an Größe, die im rechten Winkel zu dieser Länge stehen, erreicht. Die Oligodendrozyten repräsentieren bekanntermaßen neurogliale Zellen, die vor allem in der weißen Substanz des Zentralen Nervensystems vorkommen, wobei ihre Zellkörper parallel angeordnet sind und ihre wenigen Ausläufer senkrecht zu den Nervenfasern der weißen Substanz liegen.¹¹

Die Meningen: Reziproke Spannungsmembranen

Die Bewegung der kranialen Knochen und des Sakrum zwischen den Ossa ilia ist eine automatische, konstante, unwillkürliche rhythmische Bewegung, die nicht von der Muskelbewegung abhängt und auch nicht mit ihr in Beziehung steht. Es sind die Meningen, vor allem die Dura mater, welche die Gelenkbeweglichkeit des Kraniosakralen Mechanismus implizieren, welche seinerseits eine Balance in allen Diametern sichert und kontrollieren hilft und zugleich die Bewegung beschränkt.¹² Ein Beispiel hierfür ist die Falx cerebri. Sie hängt zwischen den zerebralen Hemisphären wie eine breitschneidige Sichel herab und setzt anterior an der Crista Galli des Os ethmoidale, an der Spina ethmoidalis des Os sphenoidale und am Processus clinoides anterior an:

Posterior verbindet sie sich mit dem Tentorium cerebelli, das wiederum am Processus clinoides posterior ansetzt. Das Tentorium ist darüber hinaus mit den petrösen Kanten des Os temporale und den Querleisten des Os occipitale verbunden. Die kraniale Dura mater hängt mit der spinalen Dura mater zusammen, welche ihrerseits an den Begrenzungen des Foramen magnum, am zweiten und dritten Halswirbel und am zweiten sakralen Segment ansetzt.

Darüber hinaus umschließt die Dura mater den proximalen Anteil aller Spinalnerven, sobald diese das Rückenmark verlassen. Eine Studie der duralen Stressfasern beweist die vitale Bedeutung des Reziproken Spannungsmechanismus.¹³ Diese weißen fibrösen Bandstrukturen, kommen überall im sonst gelben elastischen Gewebe vor. Sie sind in einem durchgängigen Muster in horizontalen, vertikalen, transversalen, kreisförmigen und spinalen Gruppen angeordnet. Die Spannung dieser Fasern beeinflusst den Sinus venosus, ihre Belastbarkeit trägt die Hemisphären und ihre Anordnung ist so angelegt, dass sie das Gehirn vor Verletzungen, speziell Einwirkungen während des gefährlichen Geburtsvorgangs, schützen.

Vergleicht man die Dura mater mit ihrem ossären Rahmen, kann ihre Funktion als Reziproke Spannungsmembran mit denen der Bändern

der Wirbelsäulengelenke verglichen werden. In der Wirbelsäule sind die Bänder so beschaffen, dass den Gelenkflächen fast immer eine ideale Arbeitsspannung erhalten bleibt, die in alle Bewegungsrichtungen ausbalanciert ist. Sie weisen eine Elastizität auf, die sie eine Belastung bis zu einem bestimmten Limit aushalten lässt. Wird dieser Punkt überschritten, geht die Balance im Gelenk verloren, sodass es unausgewogen arbeitet. Gleiches gilt für den Kopf; die Dura mater hält eine ausgewogene Spannung, schafft einen gewissen Grad an Elastizität und dient als Repositions-Instrument, sofern die Korrektur einer Verformung notwendig ist.

Die Zerebrospinale Flüssigkeit

Die Zerebrospinale Flüssigkeit ist in ihrer Art und ihrem Zweck wohl die am wenigsten erforschte Region der menschlichen Physiologie. Es wurden ganze Bände über den Zyklus der Zerebrospinalen Flüssigkeitssekretion, -zirkulation und -absorption geschrieben und über Generationen hinweg wurde über die Wechselwirkung der Zerebrospinalen Flüssigkeit mit anderen Gewebsflüssigkeiten spekuliert.

Im Jahre 1899 beschrieb Dr. Still¹⁴ die Zerebrospinale Flüssigkeit als „das höchste bekannte Element des menschlichen Körpers.“ Dr. Sutherland¹⁵ lieferte die Technik der okzipitalen Kompression, die ihren therapeutischen Einfluss unzählige Male bewiesen hat. Sie reduziert periphere traumatische Ödeme, senkt Fieber, fördert die Expektoration trachealen und bronchialen Schleims und erhöht die Resistenz gegenüber akuten Infektionen.

1875 wiesen Key und Retzius eine Kommunikation zwischen den epineuralen und perineuralen Räumen der peripheren Nerven und des subarachnoidalen Raums nach. Erlingheuser¹⁶ erarbeitete einen Überblick über die umfangreiche Literatur in diesem Bereich und beschrieb die Entwicklung der histologischen und physiologischen Erforschung, wobei er ein neues Licht auf den von Dr. Sutherland beschriebenen therapeutischen Einfluss der Zerebrospinalen Flüssigkeit warf.

Durch Untersuchungen mit dem Elektronenmikroskop haben Wyckoff¹⁷ und Kennedy¹⁸ nachgewiesen, dass Kollagenfibrillen eine tubuläre Struktur besitzen. Zieht man die Vielfalt der untersuchten Fasern in Betracht, sind ihren Studien zufolge tubuläre Strukturen vermutlich in allen Bindegeweben anzutreffen. Tubuläre Kollagenfibrillen konnten in der Haut, den Sehnen, im Knorpel, in den Knochen, der periodontalen Membran, der Cornea, der Milz, dem neuronalen Bindegewebe, in den Blutgefäßen, im lymphatischen System, den Meningen und in den Faszien gefunden werden.

Es ist daher zu vermuten, dass Verteilungsbahnen der Zerebrospinalen Flüssigkeit in der Peripherie angelegt wurden und dass ein möglicher Austausch mit der Lymphe und der extrazellulären Flüssigkeit besteht. So mehren sich die Beweise der modernen Wissenschaft, welche die Aussagen dieser beiden weitsichtigen Männer, Dr. Still und Dr. Sutherland, untermauern. Sie entdeckten die genannten Phänomene ein halbes Jahrhundert vor den Wissenschaftlern, respektive bevor die Wissenschaft damit beginnen konnte, Begründungen dafür beizubringen.

Das Kanalsystem, in dem die Zerebrospinale Flüssigkeit fließen könnte, wurde eben erwähnt; die Antriebskraft, die sie vorantreibt, muss erst noch gefunden werden. Aber dieselben schlauen Köpfe, welche die therapeutische Potency der Zerebrospinalen Flüssigkeit definierten, haben auch die inhärente Motilität des Zentralen Nervensystems als die Antriebskraft hinter der Flüssigkeit beschrieben. Die Fließbewegung entspricht einer konstanten Fluktuation, die mit einer Frequenz von 10 - 15 Zyklen/min beim Gesunden ein Leben lang besteht.

Diese fünf Teile, die sich auf die kranialen und sakralen Pole, die Nerven, die Membranen und die Flüssigkeit beziehen, liegen integriert innerhalb eines harmonischen physiologischen Mechanismus ohne Anfang oder Ende. Fast zeitgleich mit der Befruchtung der Eizelle beginnt das Nervensystem mit der Differenzierung, wobei es von einer Flüssigkeitsmatrix umgeben ist. Nach und nach umschließt eine dichtere Substanz das Nervensystem, die durch seine Form gestaltet und durch seine Entwicklung beeinflusst wird.

Zunächst bezeichnet sie eine membranähnliche Haut, später wird sie knorpelig und eine knöcherne Verdichtung bildet sich. Egal ob im Universum oder beim Menschen, die Evolution geht immer vom flüssigen in Richtung festen Zustand: Flüssigkeit ist die Kraft, welche die Masse formt. Flüssigkeit ist die Kraft, welche die Masse bewegt. Daher kann behauptet werden, dass die Fluktuation der Zerebrospinalen Flüssigkeit unmittelbar mit der inhärenten Motilität des Zentralen Nervensystems verbunden ist. Sie ist die Antriebskraft, welche die membranöse knöcherne Schicht, die sie umgibt, bewegt. Im Gegenzug dazu muss es bei einer von außen induzierten Veränderung in der membranösen knöchernen Ummantelung auch zu einer Veränderung in die Nerven umspülenden Flüssigkeitsmechanismus kommen. Und nicht zuletzt kann der geschulte Osteopath lernen, solche pathologischen Störungen des Mechanismus wahrzunehmen und die Fähigkeit entwickeln, diese inhärenten Kräfte im Inneren zu nutzen, um eine Korrektur vorzunehmen.

Kraniale Techniken und der Kinderosteopath

Fallbeispiel – FA 594: Lisa Mary war sechs Wochen alt. Ihre Geburt, bei der eine Sakralanästhesie eingesetzt wurde, dauerte 12 Stunden. Sie hatte anfänglich Atemschwierigkeiten, später litt sie an nervösem Tremor und Erbrechen und sie schrie ununterbrochen während sie wach war. Bei der Untersuchung ergaben alle Extremitäten eine Spastizität, wobei die rechte Seite schwerer betroffen war. Hier konnten die Extremitäten nur mit Mühe angewinkelt werden und sie entwickelte beim kleinsten Reiz einen ausgeprägten Tremor. Der Kopf war durch die Spastizität der spinalen Muskulatur opistoton. Ihr Kopf erschien zusammengedrängt, angespannt und offensichtlich sehr empfindlich für Berührung. Die anteriore Fontanelle wölbte sich vor und die kranialen Artikulationen zeigten sich komprimiert: Es lag eine bilaterale Kompression der Partes condylares des Os occipitale vor. Nachdem die Partes condylares während der ersten Behandlung dekomprimiert worden waren, schlief das Kind länger. Nach fünf Behandlungen war Lisa Mary entspannt, fröhlich, verdaul-

te die aufgenommene Nahrung und nahm zu; ihre helle Hautfarbe erschien gesund und zeigte keine unangemessene Suffusion, der Kopf hatte eine normale Spannung und die Mobilität seiner Bestandteile war nicht mehr eingeschränkt. Ihre Fortschritte wurden alle sechs Monate überprüft und heute ist sie sechs Jahre alt. Sie ist ein gesundes, fröhliches, intelligentes und bezauberndes Kind, ohne jegliche Spur von Spastizität oder Koordinationsstörungen.

Dies ist kein außergewöhnliches Problem, denn 12% von 1.100 willkürlich ausgewählten Kleinkindern zeigen bis zu einem bestimmten Grad neurogene Manifestationen wie Erbrechen, Spastizität der Extremitäten oder der spinalen Muskulatur, exzessives Schreien, Schlaflosigkeit oder ausgeprägten Tremor. In dieser Gruppe zeigten 98% der Neugeborenen eine Kompression an einem oder beiden Partes condylares. Unglücklicherweise entwickelt sich die Mehrheit dieser „nervösen Neugeborenen“ nicht wie Lisa Mary, da die Eltern oft Jahre benötigen, bis sie einen Osteopathen finden, der eine Ahnung von der eigentlichen Pathogenese besitzt bzw. über entsprechende Techniken verfügt, diese zu ändern. Ist es dann doch endlich so weit, besteht bereits häufig eine irreparable Schädigung und Verbesserungen durch osteopathische Anwendungen sind manchmal nur noch teilweise von Erfolg gekrönt.

Ein kurzer Rückblick auf die Anatomie eines Neugeborenenkopfes und die Entwicklung des Zentralen Nervensystems verschafft uns ein Verständnis vom Mechanismus der Ursachen dieser Probleme und für die vitale Notwendigkeit der Korrektur sofort nach der Geburt.

*Die Struktur des Neugeborenenkopfes.*¹⁹ Zum Zeitpunkt des Ossifikationsbeginns, ungefähr im dritten Lebensmonat des Fötus, zeigen sich zwei oder mehrere Ossifikationszentren, aus denen die späteren Knochen entstehen. Größtenteils verraten diese Ursprungsorte ihre entwicklungsgeschichtlichen Ursprünge, da man sicher weiß, dass bestimmte Knochen, die in niederen Tieren getrennt vorkommen, beim Menschen verschmolzen erscheinen.

Das Os occipitale, das Os sphenoidale und die Ossa temporalia sind hervorragende Beispiele

hierfür. Das *Os occipitale* besteht aus vier verschiedenen knorpelig verbundenen Anteilen: die Basis, die Squama und die zwei Partes condylares, die jeweils die anteriore, posteriore und laterale Begrenzung des Foramen magnum bilden. Die Partes condylares erlauben eine angepasste intraossäre Auf- und Abbewegung sowie eine Vorwärts- und Rückwärtsbewegung.

Das *Os sphenoidale* besteht aus drei Teilen, die durch intraossäre ephiphysäre Einheiten verbunden sind, welche an folgenden Stellen gefunden werden können: Zwischen 1) der Einheit aus dem superioren Körper mit seiner Ala minor und dem inferioren Körper; und 2) der Einheit aus inferiorem Körper und der Ala major mit der Pars pterygoidalis. Erstere beeinflusst die Beziehung der Ala minor zur Ala major bzw. zum Os frontale und wirkt sich daher auf die Form der Orbita aus. Letztere hat durch ihren Kontakt mit dem Os palatinum eine Auswirkung auf alle Strukturen, die aus dem Ganglion sphenopalatinum versorgt werden. Die Squama des *Os temporale* ist mit der Pars petrosa durch die interossäre ephiphysäre Einheit verbunden und es sind Störungen an diesem Drehpunkt, die höchstwahrscheinlich tiefgreifende Auswirkungen auf die Hörfunktion haben.

Der voll entwickelte Schädel ist so beschaffen, dass er den besten Schutz gegen die bei der Geburt einwirkenden Kräfte bietet und es nur zu einem Minimum an Trauma des innenliegenden empfindlichen Nervensystems kommt. Gleichzeitig besitzt er die optimale Fähigkeit, sich nach Abschluss des Geburtsvorganges wieder auszurichten. Die Knochen besitzen daher keinen artikulären Kontakt und sind in zähe elastische Membranen eingehüllt, die es ihnen ermöglichen über und unter die benachbarten Knochen zu gleiten und so eine Verkleinerung des Kopfumfanges zu bewirken.

Der Grad dieses Gleitvorganges wird durch die dural-periostale Membranen kontrolliert und bestimmt. Diese Membranen funktionieren darüber hinaus als reziproke Spannungsagenten, welche die physiologische Gelenkbeweglichkeit während des Lebens limitiert. Diese Vorrichtung wird durch die Falx cerebri und das Tentorium cerebelli gebildet. Die spezifischen

Ansatzpole dieser *Reziproken Spannungsmembran* scheinen speziell darauf ausgerichtet zu sein, das physiologische Bewegungsausmaß der basilarer Artikulationen erhalten zu können.

Es gibt einen anterioren superioren Pol an der Crista galli des Os ethmoidale, einen anterioren Pol am Processus clinoideus des Os sphenoidale, seitliche Pole an den Partes petrosae der Ossa temporalia und posterioren Pole am Os occipitale.

Das Zentrale Nervensystem. Von allen Organen im menschlichen Körper ist das Zentrale Nervensystem das zum Zeitpunkt der Geburt am wenigsten ausgereifteste. Deshalb muss es die Natur bei der Geburt vor einem Trauma bewahren. Die Nervenfasern sind durch die Myelinisierung auf ihre Funktion vorbereitet, da diese bereits im achten Monat des intrauterinen Lebens²⁰ an den weißen Fasern der zerebralen Hemisphäre beginnt. Es findet zunächst eine Myelinisierung der afferenten Fasern statt, die in die somatosensorischen Kortexregionen des Gyrus postcentralis bzw. in die Hippocampus-Formation (Olfaktion) verlaufen.

Während sich in diesen Regionen die medullären Ummantelungen der Nervenfasern bilden, beginnt der gleiche Prozess in den afferenten Fasern, die in die visosensorischen (okzipitalen) und audiosensorischen (temporalen) kortikalen Regionen gelangen. Die große efferente kortikospinale Nervenbahn beginnt ihre Myelinisierung erst zwei Monate nach der Geburt und dieser Prozess ist erst im Alter von 18 - 24 Monaten abgeschlossen. Erst danach erhalten die Fasern des psychischen Anteils der somatosensorischen Regionen bzw. die viso- und audiopsychischen Regionen ihre Ummantelungen. Als letztes werden die kommunizierenden Fasern der drei großen Hirnregionen (frontal, parietal, temporal) myelinisiert und es kann vorkommen, dass der Prozess in diesen Regionen bis zum 18. Lebensjahr oder sogar später noch nicht abgeschlossen ist.

Falls die physiologische Entwicklung des Nervensystems tatsächlich von der strukturellen Integrität des Schädels, der Wirbelsäule und des Beckens abhängt, wird offensichtlich, dass der Osteopath maximal zwei Monate Zeit hat, um

die freie Mobilität und das anatomische Alignment innerhalb dieser Knochenstruktur vorzunehmen.

Die strukturelle Untersuchung eines Neugeborenen ist die beste medizinische Präventivmaßnahme, da sie darauf ausgerichtet ist, die Primärfaktoren einer Krankheit aufzuzeigen und sie wenn möglich, zu beheben.

Denken Sie aber bitte nicht, dass ein Kind zu alt sei, wenn es beim ersten Besuch des Osteopathen schon ein wenig älter ist oder sich sogar im Jugendalter befindet, um vom Release restriktiver kranialer Strukturen zu profitieren.

Allerdings kann auch diese Maßnahme keine zerstörte weiße oder graue Masse ersetzen; sie kann auch kein fehlendes Nervengewebe erneuern, aber sie kann dem Kind die optimale Leistungsfähigkeit mit dem Gewebe geben, das ihm zur Verfügung steht.

Die Einschränkung dieser Leistungsfähigkeit reicht von einem hilflosen, geistig zurückgebliebenen Kind, das kleine Fortschritte beim Essen und Ankleiden macht, bis hin zu einem intelligenten Kind, das außergewöhnliche Talente entwickelt.

Fallbeispiel – FA 503: Tommy, 18 Monate, hatte *ständig* 40 Grad Fieber, dazu vergrößerte, entzündete, infizierte Tonsillen und eine zervikale Adenitis, die 24 Stunden anhielt. Seine Haut war heiß und trocken, er war unruhig, weinte, konnte nicht trinken und war mit sich und der Welt unzufrieden. Man wandte die Technik der okzipitalen Kompression²¹ an und innerhalb weniger Minuten wurde die Haut feucht, als ob sie mit einer Gießkanne benetzt worden wäre. Innerhalb ungefähr zehn Minuten fiel sein Fieber auf 38,9 Grad Celsius; das Kind wollte Trinken und begann mit seinen Spielsachen zu spielen. Am folgenden Morgen schien es, als ob er niemals krank gewesen wäre.

Die Ergebnisse der Anwendung dieser Technik sind nicht immer so dramatisch, aber es konnte gezeigt werden, dass diese Technik Fieber senken und in vielen Fällen die Abwehrkräfte des Körpers stimulieren kann.

Fallbeispiel – FA 997: Michael, 10 Jahre, erholte sich gerade von einer Poliomyelitis bulbaris. Eine Lähmung des Hustenreflexes und des Lachmechanismus waren als einzige Folgen geblieben. Sieben Monate nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus, in dem er 9 Monate in einem Atemzelt verbracht hatte, entwickelte er Symptome einer akuten oberen Atemwegsinfektion mit Coryza und nasaler Verstopfung. Innerhalb weniger Tage war auch sein Bronchialsystem betroffen. Eines Abends wurde er plötzlich zyanotisch, seine Atemwege waren mit Schleim verstopft und er schnappte nach Luft; er war unruhig und ängstlich. Der manuelle Absauger, den seine Familie bekommen hatte, reichte nicht bis an die verstopfte Stelle heran. Eine okzipitale Kompression wurde angewandt, um eine wiederholte Tracheotomie zu verhindern. Innerhalb weniger Minuten stieg der Schleim in die Kehle und somit in die Reichweite des Absaugers. Dies wurde drei Stunden fortgeführt, bis er eine leichte Atmung und eine angemessene Sauerstoffversorgung erreichte und schließlich einschlief. Einige weniger schwere Schübe traten nochmals auf, bis die Infektion komplett ausgeheilt war, aber jede okzipitale Kompression befreite bei ihm das Bronchialsystem.

Ein Jahr später war Michael in seiner Heimatstadt, als er eine ähnliche Infektion entwickelte. Dieses Mal gab es keine Möglichkeit, eine kraniale Behandlung vorzunehmen. Erneut musste eine Tracheotomie durchgeführt werden und er verbrachte daraufhin sechs Wochen im Krankenhaus, wobei er immer wieder beatmet wurde.

Anomalien der *dentalen Okklusion* sind häufig auftretende Probleme in der Pädiatrie. Dabei handelt es sich um ossäre Anomalien, die zu schief wachsenden Zähnen führen. So entstehen etwa Hasenzähne durch eine intraossäre Läsion zwischen den unentwickelten und den entwickelten Anteilen der Ossa maxillaria. Läsionen dieser Knochen, der Ossa palatina oder der Ossa temporalia, mit denen das Os mandibulare artikuliert, sind für viele andere Abweichungen der Okklusion verantwortlich. Die Korrektur dieser Knochen in den frühen Jahren kann dem Kind

eine spätere kieferorthopädische Behandlung ersparen; beim älteren Kind kann eine kieferorthopädische Behandlung immer noch notwendig werden, aber die Unannehmlichkeiten und die Dauer werden beträchtlich reduziert, falls der Kraniale Mechanismus zuvor gelöst und ausgerichtet wurde.

Viele Probleme in der Kindheit sind auf ein *Trauma* zurückzuführen oder sie entwickeln sich kurz danach. Wann immer solch eine Anamnese vorliegt, sollte der strukturellen Integrität des gesamten Mechanismus, besonders aber des Krania, spezielle Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Fallbeispiel – FB 672: Kerri war 18 Monate alt. Ihr hauptsächliches Problem bestand in einem nach oben wegdrehenden rechten Augapfel. Dieses Beschwerdebild trat erstmalig kurze Zeit auf, nachdem sie bei einem abrupten Bremsmanöver gegen das Armaturenbrett geschleudert worden war. Die primäre Läsion beeinträchtigte die sphenobasilar Verbindung und das rechte Os frontale. Nach vier Behandlungen dreht ihr Auge nur noch weg, wenn sie müde ist. Kontrolluntersuchungen werden weiterhin durchgeführt.

Die kraniale Struktur des Kindes mit *Trisomie 21* zeigt bestimmte Abweichungen vom normalen anatomischen Muster.²² So kommt es zu den typischen schräg gestellten Augen, einer unterentwickelten Nasenwurzel, dem Gesichtsausdruck eines Kleinkindes usw. Sofern kraniale Behandlungen, die darauf ausgerichtet sind, Knochenverbindungen zu lockern und das normale Wachstums-Muster so früh wie möglich gefördert werden, möglichst in der neonatalen Periode und unbedingt vor dem dritten Lebensjahr, können die typischen Eigenschaften des Kindes mit Trisomie 21 verändert und in manchen Fällen nahezu vollständig behoben werden. Setzen nach einer solchen Behandlung die anatomischen und physiologischen Veränderungen ein, wird bei diesen Kindern zudem die geistige Entwicklung gefördert. Dies hängt allerdings von den Möglichkeiten des Hirngewebes ab, mit dem das Kind ausgestattet ist.

Dies sind nur ein paar Beispiele, bei denen die Anwendung der kranialen Techniken bei Problemen in der Kindheit eingesetzt wurde. Da es beim Heranwachsen fast immer zu einem mehr oder weniger schweren Trauma kommt und da nur 10% aller Neugeborenen ihr Leben mit einem perfekt funktionierenden Kraniosakralen Mechanismus beginnen, ist es von unschätzbarem Wert, die strukturellen Muster jedes einzelnen Kindes, das in Ihre Obhut kommt, zu untersuchen und zu normalisieren.

Kraniale Behandlung und der Psychiater

Das Gehirn ist das Werkzeug des Verstandes: es ist allerfeinst justiert, hochsensibilisiert und unwahrscheinlich flexibel darin, sich an Veränderungen der internen und externen Gegebenheiten anzupassen. Ist aber sein Mechanismus gestört, werden auch die Manifestationen der Denkprozesse verzerrt und dem Patienten wird eine psychiatrische Erkrankung zugeschrieben.

Das Gehirn ist überdies in eine feine, vaskuläre und fest elastische Membran gehüllt; es wird gebadet, genährt und gepolstert durch Flüssigkeit und das alles befindet sich in einem fibrös-ossären Schädel, der zum Schutz und größtmöglichen Widerstand gegen traumatische Einflüsse entsprechend ausgestattet wurde.

Die Beziehung zwischen einem kranialen Trauma und schwerwiegenden Persönlichkeitsveränderungen ist schon seit vielen Generationen bekannt, aber ihre Interpretation und ihre therapeutischen Auswirkungen kommen erst jetzt ans Licht.

Die kraniale Komponente der Osteopathie bietet dem Psychiater verschiedene erprobte Maßnahmen, um ihn bei der Diagnostik einer mentalen Erkrankung zu begleiten. Sie würde sich bei deren Behandlung höchstwahrscheinlich als sehr wertvoll erweisen. Eine bahnbrechende klinische Studie wurde von John M. und Rachel H. Woods ein Jahr lang am *Still-Hildreth Osteopathic Sanatorium* durchgeführt. Sie dürfte Osteopathen wie Psychiater gleichermaßen interessieren.²³ Das vorrangige Ziel dieser Studie war es, herauszufinden, in welcher Art und Weise und ob überhaupt das Kranium von psy-

chiatrischen Patienten sich von dem normaler Menschen unterschied. Hier die wichtigsten Unterschiede:

1) Abnehmende Elastizität der Cavitas cranii: eine experimentelle Kompression an Köpfen von Leichen zeigte, dass man das Kranium ca. 10% eindrücken kann, ohne den Schädel zu frakturieren. Dies ist auf die Elastizität der Knochen zurückzuführen.²⁴ In dieser Studie wurde nur leichte bis mäßige bimanuale Kompression angewandt. Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Kontrollgruppe bestehend aus 57 psychiatrisch unauffälligen Menschen und 93 Patienten aus der Psychiatrie:

A. P. Warthman nennt die Problemkinder, die er untersuchte, seine „Dickschädel“.

2) Abnehmende Beweglichkeit der Suturen. In der oben genannten Studie zeigte sich die Einschränkung der Beweglichkeit in den Suturen bei psychiatrisch betreuten Patienten deutlich auffälliger als in der Kontrollgruppe. Von signifikantem Interesse war die Tatsache, dass schizophrene Patienten die größte Tendenz hatten, Einschränkungen an den Suturen um das Os occipitale zu bekommen; Depressive tendierten dazu, generelle Einschränkungen aufzuweisen, während Patienten mit degenerativen Verände-

ELASTIZITÄT DER CAVITAS CRANII				
	Anzahl	normal	gering	schwach
Psychiatrische Fälle	93	17	57	19
Kontrollgruppe	57	49	8	0

rungen üblicherweise die meisten Einschränkungen der Beweglichkeit in den Suturen im antero-lateralen Teil des Kranium zeigten.

Die Ergebnisse schizophrener Patienten beweisen möglicherweise Lauretta Benders Theorie, dass ein Geburtstrauma viel häufiger die Ursache einer Schizophrenie ist, als es etwa im Zusammenhang mit der Infantilen Zerebralparese²⁵ vermutet wird.

Der Zustand der noch nicht verschmolzenen vier Komponenten des Os occipitale machen ihn besonders anfällig für solche Verletzungen bei der Geburt.

3) Abnehmender Kraniosakraler Rhythmus bei psychiatrisch erkrankten Patienten: Bei der Kontrollgruppe der 57 Personen ohne psychiatrische Erkrankung lag die Frequenz bei ca. 12,5 Zyklen/min (Bereich 10 - 14 Zyklen/min); bei den 93 psychiatrisch erkrankten Patienten lag der Durchschnittswert leicht über 6,5 Zyklen/min. Bei physiologischen Rahmenbedingungen senkt Kohlendioxid die Frequenz, während Sauerstoff sie erhöht. Beruhigungsmittel scheinen keine Auswirkungen zu haben, Fieber scheint die Frequenz zu erhöhen. Gegenwärtig wurden lediglich ein langer Schlafentzug, besonders wenn dieser auf anhaltende Schmerzzustände zurückzuführen ist, als Grund für eine Verlangsamung der Rate bei psychiatrisch Erkrankten identifiziert.

Zwei chronisch schizophrene Patienten mit entsprechender Anamnese und dem Nachweis einer Lobotomie des Frontallappens wiesen Frequenzen von vier Zyklen/Minute auf. Alle 93 psychiatrisch erkrankten Patienten wiesen eine unterdurchschnittliche Frequenzrate auf; als Regel könnte man sagen, dass je weiter der Mensch von der Realität entfernt ist, desto niedriger ist seine Frequenzrate. Die Gleichmäßigkeit dieser Ergebnisse bei mental gestörten Patienten macht diese Beobachtung zu einem wertvollen diagnostischen Befund. Dieser bedarf weiterer Studien und Anwendungen, da eine Frühdiagnostik mit entsprechend rechtzeitigem Behandlungsbeginn sich normalerweise günstig auf die Prognose bei Patienten mit psychischen Störungen auswirkt.

Als zweites Ziel in dieser klinischen Studie galt es herausfinden, welche Auswirkungen, sofern überhaupt vorhanden, osteopathische kraniale Behandlungen auf den Verlauf und die Symptome von psychiatrischen Erkrankungen haben. Die Beweiskraft der Ergebnisse vom statistischen Standpunkt aus leidet dabei allerdings deutlich unter der Tatsache, dass die Patienten eine Vielzahl weiterer Maßnahmen neben der kranialen Behandlung erhielten.

Dennoch wurde erkannt, dass eine Reduzierung der Restriktion bezogen auf die Suturbeweglichkeit durch die Verringerung eines möglichen Stressfaktors, zu einem Nutzen führen könnte und somit weitere umfangreiche Untersuchungen verdiente. Patienten, die nicht in psychiatrischen Institutionen eingewiesen waren und die lediglich kranial behandelt wurden, könnten ein klareres Bild über die Auswirkungen dieser Methode liefern. Trotzdem wird auf die Notwendigkeit verwiesen, Patienten mit psychiatrischen Störungen normalerweise in einer Pflegeeinrichtung mit psychiatrischer Betreuung zu betreuen.

Bei den ersten Symptomen wird für gewöhnlich der Allgemeinarzt zuerst aufgesucht. Zu diesem Zeitpunkt kann eine strukturelle Korrektur des Kranialen Mechanismus oft sehr erfreuliche Ergebnisse liefern. Die folgenden Fallbeispiele bieten hierfür einige Beispiele.

Fallbeispiel – FB 626: Monica, 15 Jahre, beschrieb ihr Problem mit den Worten: „Ich kann einfach nicht denken: Ich habe meinen Verstand verloren und ich weiß nicht, ob ich ihn jemals wieder zurückerlange. Alles scheint so weit weg zu sein.“ Sie hatte extreme Angstzustände, Beklemmungen, Depressionen und war suizidgefährdet. Dennoch sagte sie: „Etwas in mir lässt mich weiterkämpfen.“ Sie weinte oft hemmungslos und unkontrolliert ohne ersichtlichen Grund.

Mit vier Jahren wurde Monica durch einen Stein am Hinterkopf getroffen, was eine tiefe Narbe hinterließ. Im Kindergarten wurde eine Verschlechterung der Hörkraft festgestellt. Mit sieben Jahren musste sie sich einer Tonsillektomie unterziehen, auf die eine Radium-Behandlung der Adenoide in drei aufeinanderfolgenden Sitzungen erfolgte. Die erste Klasse musste wiederholt werden; in der dritten Klasse hatte sie Schwierigkeiten mit ihrem Lehrer; in der fünften Klasse fiel sie soweit zurück, dass sie in eine Hilfsschule geschickt wurde. Hier kam sie zwar gut an, aber ein anderes persönliches, emotionales Problem entwickelte sich nur kurz vor ihrem Schulabschluss.

Die Angstschübe und Depressionen traten immer mindestens einmal im Jahr und später für längere Zeit auf; dadurch wurde eine geregelte Ausbildung im normalen Schulbetrieb fast unmöglich. Ihre Schulbildung weist enorme Lücken auf.

Die strukturellen Befunde umfassten einen Torsions-Strain des Sakrum, Skoliose, Kyphose und eine Deviation des Unterkiefers nach rechts. Die Schädelbasis zeigte eine Kompression, einen Side-bending-Rotations-Strain, einen Torsions-Strain sowie einen vertikalen Shearing-Strain des Os sphenoidale nach inferior. Eine leichte Verbesserung konnte festgestellt werden, nachdem die kraniale Beweglichkeit verbessert wurde, aber erst an dem Tag, als der Vertikal-Strain gelöst werden konnte, was eine freie Bewegung an der Basis nach sich zog, änderte sich ihre Persönlichkeit. Im Anschluss daran erschien Monica hübsch gekleidet, erzählte von ihren neuerlichen Aktivitäten, lachte, war fröhlich und machte Scherze über ihre Schwestern. Ihre Laune und ihr Verhalten hatten sich bisher immer sofort negativ auf ihre grundlegenden Muster ausgewirkt. Nach dem Release und dem Erlangen der freien Mobilität zeigt sich eine deutlich anhaltende Verbesserung der Symptomatik.

Es ist nun 18 Monate her, dass diese korrigierende Therapie beendet wurde. Monica ist nun in ihrem dritten Jahr auf der High School und obwohl ihre Noten nicht außergewöhnlich gut sind, ist sie fähig, mit der Klasse mitzuhalten, soziale Aktivitäten mit ihren Freunden zu genießen und sie freut sich, ihren Platz in der Gesellschaft einzunehmen.

Das Problemkind, das emotional gestörte Kind, das Kind mit einem Verhaltensproblem, ist ohne Zweifel der Patient, welcher naturgemäß die auffälligste Symptomatik bei unauffälligstem Hinweis zur Mobilisierung und strukturellen Balancierung des Kraniosakralen Mechanismus zeigt.

Dr. A. P. Warthman aus Detroit hat Aufzeichnungen über mehr als 200 Fälle einer derartigen psychologischen bzw. psychiatrischen Natur. Sie wurden vor und nach einer solchen Behandlung untersucht. Einige Beispiele werden hier zitiert.

Fallbeispiel – WA 2: Maureen war bei ihrem ersten Besuch drei Jahre. Sie wurde im Alter von drei Wochen adoptiert. Obwohl sie mit 10 Monaten laufen und mit 22 Monaten sprechen konnte, war sie ungesellig, hyperaktiv und anscheinend weder durch Freundlichkeit, noch durch Bestrafung zu beeindrucken. Sie hatte lange Schreiattacken und zeigte eine negative Einstellung zu allem. Ihre Aufmerksamkeits- und Konzentrationsniveaus waren sehr niedrig. Eine strukturelle Untersuchung ergab auf der linken Seite eine Abflachung des linken Os occipitale mit einer Vorwölbung des linken Os parietale und der Squama occipitalis; zudem lag eine Kompression der Schädelbasis vor. Nach sechsmonatiger Behandlung zeigte sich das Kind aktiv und kooperativ. Ein normales, fröhliches, aktives Kind, das bei psychologischen Tests überdurchschnittlich abschnitt.

Fallbeispiel – WA 1: Joan, 2 Jahre und 9 Monate, das fünfte Kind ihrer Eltern war ein ruhiges, zufriedenes Neugeborenes. Sie konnte mit vierzehn Monaten laufen, aber antwortete nicht, wenn man mit ihr sprach. Man vermutete, dass sie taub war. Sie ignorierte jeden, zeigte sich desinteressiert an ihrer Umwelt, autistisch und extrem empfindlich gegenüber Lärm. Sie schrie, wenn man sie zum Wickeln hinlegte. Sie war äußerst unruhig und führte sinnlose Aktivitäten durch. Eines Tage schrie sie unaufhörlich und seit diesem Tag weigerte sie sich in ihrem Kinderbett zu bleiben oder dort zu schlafen; sie kroch aus dem Bett und schlief in einem Schaukelstuhl. Sie erlaubte es zudem niemandem, sie am Kopf zu berühren. Sie war hyperaktiv, lief im Zimmer herum und hob Dinge auf, um sie anschließend wieder runterzuwerfen. Sie wurde als ungesellig, frustriert, wütend, destruktiv und gefühllos beschrieben. Ihre physische Entwicklung war unauffällig. Nach der dritten Behandlung ging es ihr bereits bedeutend besser; nach der vierten Behandlung schlief sie in ihrem Bett. Nach vier Monaten Behandlung (im Alter von gut drei Jahren), setzte sie sich hin und spielte eine Zeit lang. Einige Tests für 2-2 ½jährige bestand sie zufriedenstellend und sie war liebevoll und gesprächig. Nach neun

Monaten konnte sie gut mit älteren Kindern spielen. Sie erhielt 20 Behandlungen.

Fallbeispiel – WB 3: Linda, 9 Jahre und 9 Monate, war undiszipliniert, unkooperativ und ihre schulischen Leistungen waren mangelhaft. Sie war mit sechs Monaten adoptiert worden, hatte als Kleinkind viel geweint, war zuhause sehr krank und hatte kaum Appetit. Den Angaben der Mutter zufolge konnte man ihr nichts beibringen.

Mit sechs Jahren war sie beim Spiel mit Streichhölzern auf einen harten Beton gestürzt und verletzte sich im Bereich des Os frontale. Bei der Untersuchung erschien sie sehr matt und unterernährt. Ihre Koordinationsfähigkeit war ebenso schlecht wie ihr Erinnerungsvermögen. Ihr IQ lag bei 81. Ihr Kopf, im Extensions-Muster, wies eine komprimierte Basis mit einem Vertikal-Strain am Os sphenoidale und am Os occipitale inferior auf. Neun Monate später normalisierten sich ihre Schulnoten und sie spielte mit anderen Kindern; ihre motorische Koordinationsfähigkeit war normal und ihr IQ lag bei 100. Sie bekam insgesamt 31 Behandlungen.

Fallbeispiel – WB 4: Marie, 9 Jahre und drei Monate, ein kleines, verkrampftes, nervöses, kindisches italienisches Mädchen, wurde in neuen Situationen als unflexibel und störrisch beschrieben; Sie hatte oft Wutausbrüche und fühlte sich in der Schule nicht wohl. Ihr IQ lag bei 90.

Die körperliche Untersuchung ergab eine Rigidität des Os occipitale und der zervikalen bzw. oberen thorakalen Regionen, mit einem Os palatinum in Flexion, einem Schädeldach in Extension mit einer kaum spürbaren Bewegung. Im Laufe der Betreuung verbesserte sich die kraniale Bewegung enorm. Marie wurde kooperativ und fand sich in der Schule zurecht, obwohl sie immer noch nicht besonders gerne hin ging. Ihre schulische Leistung normalisierte sich und ihr IQ erhöhte sich zunächst auf 100, fiel aber später wieder auf 90 zurück.

Fallbeispiel – WC 1: Larry, 17 ½ Jahre, hatte Probleme sich anzupassen und Schwierigkeiten

beim Lernen. Er war immer noch Bettnässer. Außerdem litt er an Kopfschmerzen, war sehr verträumt und konnte sich kaum konzentrieren. Es gab in seinem Leben auch eine Phase, in der er stotterte.

Bei der Untersuchung stellte sich heraus, dass Hüftgelenke und Schultern sowie das linke Iliosakralgelenk eine hohe Rigidität aufwiesen und der linke Musculus psoas major verspannt war. Die rechte Schulter stand hoch. Er hatte absteigende Ohren mit einem Außenrotations-Muster des Os temporale. Der Processus mastoideus und das Kinn zeigten sich prolongiert, der harte Gaumen stand hoch und in Extension, wohingegen sein Schädeldach breit in Flexion stand; das Supraokziput war fest und rigide. Im EEG zeigte sich das Muster für Hyperaktivität. Sein IQ lag in den Sprachtests bei 100, in Leistungstests bei 108 und im Gesamtdurchschnitt bei 105.

Nach sechs Monaten Behandlung blieb der IQ ebenso unverändert, wie die Schulnoten. Aber Larry war viel umgänglicher und hilfsbereiter und versuchte um seinetwillen zu lernen. Darüber hinaus hatte sich seine Fähigkeit zu Lesen vom Niveau eines Fünftklässlers auf das eines Achtklässlers verbessert, sodass er nun weitere Förderklassen für das Lesen besuchen konnte.

Dies sind nur einige wenige Fälle und sie zeigen nur einen Ausschnitt des Verlaufs, sobald Korrekturen des strukturellen Mechanismus vorgenommen werden.

Folgende Schlussfolgerungen kann man aus diesen Studien ziehen:

1. Man beachte: Je jünger ein Kind ist, desto bessere Ergebnisse erzielt die Behandlung. Wird das Kind bereits unmittelbar nach der Geburt oder in den ersten Lebensmonaten behandelt, können problematische strukturelle Muster korrigiert werden, noch bevor es ihnen gelingt, Schaden anzurichten.
2. Es wird nicht behauptet, dass die Methode aus einem lernschwachen Kind ein Genie macht, aber es wird betont, dass strukturelle Korrekturen das Kind dazu befähigen, das Optimale aus den ihm zur Verfügung stehenden Vorgaben zu machen.

3. Durch die Behandlung wird ein hyperaktives Kind sehr oft entspannter und ruhiger.
4. Ein ungeselliges, gereiztes, stures Kind wird oft freundlicher zu seinem Umfeld.
5. Lernschwierigkeiten werden sehr oft verbessert.
6. In manchen Fällen zeigt der IQ beträchtliche Verbesserungen und viele Testergebnisse, die vormals auf einen Gehirnschaden hingedeutet hatten, zeigten nach der Behandlung eher das Niveau eines durchschnittlichen Kindes.
7. Bei einigen wenigen Testpersonen kam es nachweislich zu Veränderungen des EEG.

Jedenfalls handelt es sich um ein diagnostisches und therapeutisches Feld, das auf alle Fälle weitere Forschungen verdient, will man seinen wahren Stellenwert erfassen.

Daher hat die Kraniale Osteopathie einem psychiatrisch erkrankten Patienten ebenso etwas zu bieten, wie einem emotional verstörten oder einem behinderten Kind und man kann nur die dringende Bitte aussprechen, dass jeder Patient im Verlauf der Erkrankung so rasch wie möglich davon profitieren soll. Bei keiner anderen praktischen Anwendung spielt es eine derart herausragende Rolle, Dinge die heute getan werden können, nicht auf morgen zu verschieben.

Kraniale Therapie und der Augenarzt

Das Auge ist ein neurovaskulärer-fibröser Globus, der mittels eines muskulären Diaphragma in zwei flüssigkeitsgefüllte Kammern geteilt wird. Das Auge ist mit dem Gehirn verbunden und setzt an einem Strang an, der auch den Nervus opticus und die Arteria ophtalmica enthält.

Es wird durch eine zapfenförmige Muskulatur gestützt und diese gesamte Vorrichtung ist an unterstützenden Faszien-schichten innerhalb des ossären Orbitatrichters aufgehängt.

Die sieben zur Formation der Orbita notwendigen Knochen, sind so genial miteinander verbunden, dass sich Größe und Form der Höhle mit jedem Zyklus der unwillkürlichen Bewe-

gung des Kraniosakralen Mechanismus, der an anderer Stelle bereits beschrieben wurde, rhythmisch verändern kann. Dies wiederum stimuliert den Flüssigkeitsaustausch innerhalb der Orbita. Durch die entsprechende Anordnung der äußeren Anteile dieser Knochen sind sie zudem mit allen anderen kranialen Knochen verbunden, etwa das Os frontale mit den Ossa parietalia, die Ossa zygomatica mit den Ossa temporalia, das Os sphenoidale mit dem Os occipitale, die Ossa lacrimalis mit den Ossa nasalia.

Die trichterförmig angeordneten äußeren Augenmuskeln entspringen von einem fibrösen Ring um das Foramen opticum, welches an der Ala minor des Os sphenoidale ansetzt und die Fissura orbitalis superior überbrückt. Die Muskeln inserieren am Bulbus und in ihrem Verlauf werden sie durch faszielle Bänder an den Orbitawänden gehalten. Darüber hinaus sind die Musculi obliqui aufgrund ihres Ursprungs und Verlaufs jeweils unmittelbar mit dem Dach und dem Boden verbunden.

So ist verständlich, dass Befunde wie Myopie, Hyperopie, Astigmatismus und Heterophorie mit jeder Behandlung, die auch auf die knöchernen Struktur des Schädels einwirkt, beeinflusst werden können. In vielen Fällen wurde von messbaren Erfolgen berichtet.

Fallbeispiel – FB 433: Eine 43jährige Frau, stellte sich mit Myopie, Astigmatismus, Esophorie und einer Sehschärfe von 20/70 rechts und 20/100 links vor. Dieses Augenproblem gestaltete sich progredient, nachdem sie einen schweren Schlag auf die linke parietale Region erlitten hatte. Die Untersuchung ergab einen nur leicht palpablen Kraniosakralen Rhythmus über die gesamte linke Schädelseite. Ein rechter Torsions-Strain an der komprimierten Schädelbasis war von einer kompensatorischen peripheren Restriktion der Beweglichkeit in den Suturen, vor allem im linken Os frontale, der Orbita und des Gesichts begleitet.

Die Behandlung zielte darauf ab, den strukturellen Mechanismus inklusive des Kraniaum zu befreien und zu normalisieren. Zwei Monate später ergab eine Augenuntersuchung folgendes:

- 1) Eine normale Exophorie bei Nahsicht hatte die Esophorie ersetzt.
- 2) Die Sehschärfe lag nun bei 20/50 rechts und 20/60 links.
- 3) Die Akkomodationsdioptrie verbesserte sich von zwei auf fünf.
- 4) Die Achsen des Astigmatismus waren so verändert, dass das Auge sich ausgeglichen zeigte.²⁶

Nachdem dieser Punkt erreicht war, wurden keine Sehhilfen mehr verschrieben.

Bei Kindern fallen die Ergebnisse normalerweise besser aus und wenn das kraniale Strukturmuster in frühen Lebensjahren normalisiert wird, kann die Verschreibung von Linsen manchmal vermieden werden.

Exophthalmose, die oft mit Thyreoditis einhergeht, kann ein beunruhigendes Symptom sein, sofern es so schwer ist, wie im folgenden Fall:

Fallbeispiel – FA 456: Eine 43jährige Frau hatte ca. ein Jahr, bevor sie zum Augenarzt ging, innerhalb weniger Tage einen Exophthalmus entwickelt, nachdem sie sich einer partiellen Thyreodektomie wegen Thyreoditis unterzogen hatte. Sie klagte über schmerzende, gereizte und empfindliche Augen und konnte sie während des Schlafens nicht vollkommen schließen. Die Untersuchung ergab einen sehr starken Flexions-Strain an der Sphenoidbasis gegenüber der Okzipitalbasis mit kompensatorischen Störungen in der Peripherie. Ziel der Behandlung war ein Release der strukturellen Mobilität im gesamten Bereich. Kurze Zeit später berichtete der Augenarzt, der den Zustand des Auges seit den ersten Krankheitszeichen begleitet hatte, dass sich das rechte Auge um 2 mm und das linke um 1,6 mm zurückgezogen hatte. Vom klinischen Befund her bestand nach wie vor eine deutliche Exophthalmose, aber die Patientin konnte die Augenlider wieder normal schließen, sie hatte keine störenden okulären Symptome mehr und fühlte sich nicht mehr unwohl wegen ihres Auges. vier Jahre lang war keine weitere Behandlung nötig.

Die Zirkulation des Auges und die Drainage von Blut und Lymphe kann durch den Kranialen Mechanismus nachhaltig beeinflusst werden. Die Behandlung des Pterygium durch Traktion der nasalen Knochen ist eine frühzeitig eingesetzte wirkungsvolle Technik.

Im Altertum wurde das Auge treffend als das Fenster der Seele beschrieben. Lassen Sie mich diesen Aphorismus abwandeln und behaupten, dass die Orbita das Fenster des Kanium ist! Verletzungen der Schädelbasis beeinflussen Form und Beweglichkeit des Kanium. Die daraus resultierenden Veränderungen manifestieren sich in einer Asymmetrie beider Augenhöhlen. Im Gegenzug haben diese orbitalen Veränderungen ihrerseits einen Einfluss auf die Funktion der Augen. Monate oder Jahre lediglich leichter und temporärer Beschwerden können vorliegen, bevor funktionelle oder organisch pathologische Veränderungen zu größerer Aufmerksamkeit veranlassen. Dann wird die Korrektur des grundlegenden traumatischen Musters den Zustand zwar verbessern können, aber eine komplette Wiederherstellung der Sehfunktion kann nicht in dem Maß erreicht werden, wie sie bei sofortiger Anwendung erreicht worden wäre.

Wie das erste Fallbeispiel zeigt, lohnt sich die Behandlung dennoch immer.

Klinische Behandlung und die Allgemeinmedizin

Die Auswirkungen von direkten Traumata auf den Kopf liefern die deutlichste Indikation für die Anwendung einer strukturellen kranialen Diagnose und Behandlung.

Fallbeispiel – K 1467: Ein 29jähriger Anwalt klagte über Kopfschmerzen im anterioren Schädelbereich. Der Schmerz war üblicherweise stechend und trat oft fünf- bis sechsmal am Tag auf. Manchmal allerdings nur einmal in vier Tagen, wobei er immer bis zu zehn Minuten andauerte. Achtzehn Monate zuvor hatte er durch einen Autounfall eine starke Gehirnerschütterung erlitten und war daraufhin sieben Tage ohne Bewusstsein geblieben. Damals verbrachte er 79 Tage im Krankenhaus.

Die Untersuchung ergab eine sakroiliakale Restriktion links, eine zervikale Restriktion rechts, einen rechten Strain der Pars condylaris und eine fronto-sphenoidale Blockierung links. Es wurde nur eine manipulative Behandlung angewandt, um diese Regionen zu mobilisieren. Nach dieser Behandlung reduzierten sich die Befunde zwei Tage später nur noch auf ein leichtes „faseriges“ Gefühl am linken Os parietale. In den folgenden Monaten traten keine der ursprünglichen Anzeichen oder Symptome mehr auf und der Kraniosakrale Mechanismus zeigte sich komplett frei beweglich.

Fallbeispiel – K 3244: Die Leiterin eines Restaurants, 41 Jahre, klagte über anhaltende starke Kopfschmerzen über die Dauer der zurückliegenden vier Tage. Ihre Anamnese ergab einen Dauerschmerz bzw. von unterschiedlicher Intensität während der letzten sechs Wochen. Ein begleitendes Symptom war Appetitlosigkeit.

Sechs Wochen zuvor war sie von einem fahrenden Fahrzeug gefallen und mit dem Hinterkopf auf dem Gehsteig aufgeschlagen. Sie war zwar kurzzeitig ohnmächtig, aber erst sieben Stunden nach dem Unfall zeigten sich die ersten Beschwerden. Sie verlor immer wieder das Bewusstsein und kam für 10 Tage ins Krankenhaus. Es dauerte zwei Tage bevor sie wieder im Vollbesitz ihrer geistigen Fähigkeiten war. Zu dieser Zeit fingen die Kopfschmerzen an, hörten seither nicht mehr auf und verstärken sich bei emotionalem Stress.

Die Probleme der primären Läsion lagen hier an der sphenobasilarer Artikulation und dem kranio-zervikalen Übergang. Nach der vierten Behandlung berichtete die Patientin, dass sie beschwerdefrei sei, so lange sie sich nicht anstrenge. Nach der sechsten Behandlung war eine Verbesserung ihrer Leistungsfähigkeit erkennbar, sodass sie ihr Arbeitspensum erhöhte, obwohl sie immer zur Erschöpfung neigte. Beim siebten Besuch berichtete sie, dass sie sich „wirklich gut“ fühlte und keine außergewöhnlichen Kopfschmerzen mehr hatte. Sie schätzte ihre Leistungsfähigkeit auf 75% ihrer ehemaligen Energie, was sie damit begründete, dass sie

inzwischen Papier und Bleistift benötige, um alle ihre Schecks zusammenzuzählen. Dies war nicht einmal vor dem Unfall notwendig gewesen. Ein Jahr später berichtete sie, dass sie weiterhin frei von Symptomen sei.

Fallbeispiel – K 3249: Ein Mechaniker an schweren Geräten, 36 Jahre, hatte sich eine Woche zuvor seinen Kopf an einer vorstehenden Stange so stark gestoßen, dass er zusammenbrach und er daraufhin momentan alles verschwommen sah. Der Schlag hatte ihn ungefähr in der Mitte der Sutura sagittalis getroffen. Seither hatte er ein immer häufiger auftretendes „Schwindelgefühl“. Er beschrieb es als mäßigen, subjektiv empfundenen Schwindelanfall, der eine leichte Ataxie auslöste. Darüber hinaus hatte er temporäre Schwierigkeiten, bestimmte Wörter auszusprechen, sobald er schneller redete und er litt unter einem allgemeinen Kopfschmerz, der sich so anfühlte, als ob ein Band seinen Kopf einschnürte. Er klagte zudem über Verspannungen im oberen Nackenbereich, Schmerzen an der Wirbelsäule zwischen den Schulterblättern und auf Höhe der Taille, die sich beim Sitzen verschlimmerte.

Eine strukturelle Untersuchung ergab spezifische Läsionen an L1 und T4, der kranio-zervikalen Kreuzung und der Schädelbasis mit zusätzlich etwas Spannung am Schädeldach. Nach der dritten Behandlung hatte er kein Schwindelgefühl mehr. Der Kopfschmerz fing nie vor 11 Uhr morgens an und konnte nun mit der Einnahme von zwei Aspirin-Tabletten kontrolliert werden. Der Schmerz zwischen den Schulterblättern war verschwunden und beim fünften Besuch fühlte sich der Patient „ziemlich gut“. Ein Jahr später war er vollkommen beschwerdefrei.

Ein kraniales Trauma mit allen seinen Facetten kann zu einer Vielzahl klinischer Manifestationen führen, von leichten Kopfschmerzen bis hin zu pathologischen Zuständen im organischen Bereich. Es ist darüber hinaus beachtlich, wie viele traumatische Erfahrungen vergessen werden können, bis eine körperliche Untersuchung eine spezifische Frage aufwirft. Aber auch entfernt auftretende Traumata können kraniale

Strukturen und Funktionen stören, wie der folgende Fall beweist.

Fallbeispiel – FB 511: Ein Mechaniker, 42 Jahre, war drei Jahre zuvor von einer Leiter gefallen, wobei er eine Trümmerfraktur des rechten Calcaneus erlitt und der linke Fuß schwer verstaucht wurde. Er nahm daraufhin in kurzer Zeit 15 Kilogramm zu und verweigerte sich gegen jegliche Art allgemeinmedizinischer Behandlung. Der Patient berichtete über nahezu ständig anhaltende Kopfschmerzen in der Region des Os frontale seit dem Unfall, obwohl seine Anamnese auch intervallartige Kopfschmerzen ergab, seit ein Maultier ihn mit 12 Jahren in die Region des Os frontale getreten hatte.

Bei der Untersuchung stand das Sakrum um seine Sagittalachse rechts rotiert und um seine Transversalachse in Extension, d. h. die Basis stand anterior und die Spitze posterior. Die Schädelbasis wies einen vertikalen Shearing-Strain des Os sphenoidale nach superior und einen Torsions-Strain auf der linken Seite auf; ebenso lag eine Restriktion der Beweglichkeit in den Suturen der Regio ossis frontalis vor. Bei der Behandlung wurde das Sakrum zwischen den Ossa ilia ausbalanciert und das Torsions-Muster an der Schädelbasis korrigiert. Nach dieser Anwendung traten keine Kopfschmerzen mehr auf. Der vertikale Shearing-Strain wurde eine Woche später gelöst und innerhalb von drei Wochen verlor er sieben Kilogramm, ohne dass er seine Ernährungsgewohnheiten geändert hatte.

Die posteriore Hypophysenseite und der Hypothalamus befinden sich in der Nähe der Symphysis sphenobasilaris, also der Region, die in diesem Fall verletzt wurde. Man könnte vermuten, dass das Trauma durch eine Übertragung der Kräfte von den Fersen über die Wirbelsäule bis hin zur Schädelbasis, wo es schließlich einen Shearing-Strain verursachte, letztendlich auch die Hypophyse beeinflusst haben könnte.

Die folgenden Fälle zeigen, wie chronisch rezidivierende Schmerzen in der lumbalen Region häufig durch eine Behandlung des Kraniaum gelöst werden können.

Fallbeispiel – FB 168: Ein 33jähriger Bauarbeiter hatte vor drei Wochen schwere Holzscheite gehoben und sich dabei „den Rücken gezerrt“. Er litt an starken Schmerzen in der linken Gesäßhälfte und entlang des Nervus ischiadicus, die auch durch Bettruhe und nach Dehnübungen keine Besserung zeigten. Bei der Untersuchung stellten sich Taubheitsgefühl, Hyperästhesie, Gewichtsabnahme und ein abgeschwächter Achillessehnenreflex dar. Das Sakrum stand in Links-Rotation um seine Sagittalachse, bezogen auf seine Vertikalachse rechts anterior und in Extension um seine Transversalachse. Darüber hinaus wurde eine auffällige bilaterale atlanto-okzipitale Kompression festgestellt. Aufgrund seiner Hyperästhesie im lumbalen Bereich entschied man sich, das Problem vom Schädel her anzugehen. Die atlanto-okzipitale Restriktion wurde durch eine 20minütige Dekompression komplett gelöst. Beim nächsten Besuch konnte man feststellen, dass der Patient „nicht hinkte, außer leichten Schmerzen in der Hüfte keine Schmerzen und kein Taubheitsgefühl“ mehr hatte. Es war nun möglich die strukturelle Ausrichtung des Kraniaum und des Beckens vollständig durchzuführen.

Fallbeispiel – FB 272: Der Konstruktionschef eines Flugzeugherstellers, 46 Jahre, klagte über Rückenschmerzen in der Lumbalregion mit Ischiasschmerzen links, nachdem er 4 ½ Monate zuvor im Auto nach einem Gegenstand auf der Rückbank greifen wollte. Seither ließ er sich osteopathisch behandeln, wobei jede Behandlung zu einer Verbesserung führte, die allerdings nur einige Tage anhielt. Bei der Untersuchung stand das Sakrum um die Sagittalachse in Rechtsrotation, bezogen auf die Vertikalachse anterior und, in Extension bezogen auf die Transversalachse, mit der Basis anterior und der Spitze. Dabei handelte es sich um das ursprünglich behandelte Muster. Darüber hinaus hatte er eine atlanto-okzipitale Kompression rechts und einen Torsions-Strain in der Schädelbasis links. Nachdem die gesamte Mobilität des Kraniaum Mechanismus wiederhergestellt war, hatte der Patient keine weiteren Schmerzen im linken Bein. Nach und nach stellte sich heraus,

dass die Regio ossis frontalis vor einigen Jahren durch einen Schlag mit einem Ruder in Mitleidenschaft gezogen wurde.

Die allgemeine Erfahrung hat uns gelehrt, dass hartnäckige Kreuzschmerzen nach Ausbalancieren des *Kranialen Mechanismus* verschwinden. Bei schweren Skoliosen konnte in manchen Fällen solange kein Behandlungserfolg einer lokalen Anwendung verzeichnet werden, bis die freie Beweglichkeit des Kranialen Mechanismus wiederhergestellt und ausbalanciert worden war.

Laughlin bewies unter kontrollierten Rahmenbedingungen den Einfluss der okzipitalen Kompression auf Blutdruck, Blutzucker, Anzahl der Leukozyten und Fieber. Essenzielle Hypertonie wird oft vorteilhaft und oft erstaunlich durch der Release und die Balance des Kranialen Mechanismus beeinflusst.

Es würde den Rahmen sprengen hier sämtliche klinischen Anwendungen kranialer Behandlung aufzulisten, aber es kann gesagt werden, dass keine Studie mit strukturellem oder haltungsbedingtem Fokus vollständig wäre, ohne zugehörige Studien des Kranialen Mechanismus mit einzubeziehen. Ebenso kann keine Studie der Pathophysiologie einen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, ohne dass eine umfangreiche strukturelle Untersuchung stattgefunden hat. Jede Funktion des gesamten Körpers ist abhängig von der Struktur des gesamten Körpers und der Schädel stellt nun einmal einen lebenswichtigen Teil dieser Gesamtheit dar. Es gibt weit mehr ätiologische Faktoren innerhalb des Kranialen Mechanismus, als sich die meisten Osteopathen jemals bewusst waren. Untersuchen Sie sie, korrigieren Sie sie und Ihre Ergebnisse werden den Aufwand rechtfertigen.

Schlussfolgerung

Diese Artikel haben nur einige wenige Beispiele der Möglichkeiten des erweiterten osteopathischen Konzeptes aufgezeigt. Aber selbst diese Wenigen legen dar, dass dieses Konzept zuweilen den einzigen Schlüssel zur Lösung der Beschwerden bietet. Allerdings muss betont werden, dass die genannten Fälle, obgleich sie unter bestimmten Fachrubriken aufgeführt wurden, sich nicht unter dem Aspekt einer bestimmten Erkrankung, sondern im ganzheitlich strukturellen Kontext dem Osteopathen vorstellen. Wie bereits erwähnt, können Kreuzschmerzen mit einer Behandlung über das Kranium gelöst werden, ein Augenproblem kann auf einen Ursprung im Becken oder in der Wirbelsäule zurückzuführen sein, eine emotionale Störung kann mit einer strukturellen Dysbalance zusammenhängen und Probleme im Erwachsenenalter können traumatische Erfahrung bei der Geburt zur Ursache haben.

Solch komplexe Rätsel können nur gelöst werden, wenn der Osteopath den Patienten als Ganzes betrachtet, als ganzheitlichen strukturellen Mechanismus, bei dem jeder Teil vom einem anderen abhängt. Kenntnis der Anatomie und Physiologie sind die Grundpfeiler für das Verständnis der Anomalien in ihm. Für die Wahrnehmung der diagnostischen Kriterien braucht man eine geübte Beobachtungsgabe, einen geübten Tastsinn und eine propriozeptive Sensibilität.

Gerade heute haben wir die Gelegenheit mit dem erweiterten osteopathischen Konzept in die Ära einer fundamentaleren Therapie einzutauchen.

Lassen Sie mich die Worte eines tiefsinnigen Denkers, gelehrten Studenten und weisen Physiologen zitieren: „Ich bin fest davon überzeugt, dass dies ein unermesslich weites Feld in der Medizin repräsentiert. Ein Feld von solcher Tiefe und Vernetzungen und von solcher Bedeutung für die Gesundheit des Menschen in seinem Anspruch in seiner Erhöhung in seiner Ehrenhaftigkeit, dass es keinem andern Feld in der Medizin nachsteht.“ (Korr, I. M.)

Bibliografie

1. Korr, IM: The biological basis for the Osteopathic concept. AAO Yearbook, 1960, S. 130. Nachdruck aus dem Journal of Osteopathy, Band LXI, Nr. 4, April 1954
2. Magoun, HL Osteopathy in the Cranial Field. Journal Printing Company, Kirksville, 1951, Seiten 16-19
3. Sutherland, Wm G: The Cranial Bowl (pamphlet). Veröffentlicht durch die Osteopathic Cranial Association, 1944, 5
4. Pritchard, JJ, Scott, JH, Girgis, FG: The structure and development of cranial and facial sutures. The Journal of Anatomy, Band 90, Teil 1, Januar 1956
5. Hewitt, WG, Lippincott, HA, Rankin, WC, Woods, JM, Moore, LD. Mobility at sutures: a method for its mechanical amplification and registration, with preliminary report of frontozygomatic mobility in man. The Journal of Osteopathic Cranial Association, 1957-58, 51
6. Lippincott, HA: The osteopathic technique of William G. Sutherland. AAO Yearbook, 1949, 9
7. Sutherland, WG: The Cranial Bowl (pamphlet). Veröffentlicht durch die Osteopathic Cranial Association, 1944
8. Woolley, DW, Shaw, EN: Evidence for the participation of serotonin in mental processes. (Rockefeller Institute for Medical Research, New York.) Annals of the New York Academy of Sciences (66) 649-667, Teil 3, 14. März, 1957
9. Clark, LC, Jr.: Discussion of evidence for the participation of serotonin in mental processes, by DW Woolley & EN Shaw, op. cit., Anmerkung 14, 668
10. Schooley, TF: The force behind the craniosacral mechanism. The Osteopathic Cranial Association Journal 1948, 3-7
11. Kreig, WJS: Functional Neuroanatomy. Blakiston Company, New York-Toronto, 2. Ausgabe, 1953, 422
12. Magoun, HI: Osteopathy in the Cranial Field. Journal Printing Company, Kirksville, 1951, 17
13. Arbuckle, B: Cranial reinforcements from a manipulative standpoint. JAOA, Band 49, Nr. 4, Dezember 1949
14. Still, AT: Philosophy of Osteopathy. Vom Autor veröffentlicht, Kirksville, 1899
15. Magoun, HL Osteopathy in the Cranial Field. Journal Printing Company, Kirksville, 1951, 83
16. Erlingheuser, Ralph: AAO Yearbook, 1959, 77-89
17. Wyckoff, RWG: The fine structure of connective tissues, in Josiah Macy, Jr. Foundation conferences on connective tissues. Nr. 3 (1952) Ragan, C, Editor, 38-91
18. Kennedy, JJ: Tubular structure of collagen fibrils. Science (121) 673-674
19. Arey, LB: Developmental Anatomy. WB Saunders Company, Philadelphia, 1941, 377-380
20. Gray, H, Edited by Goss, CM: The Anatomy of the Human Body. Lea and Febiger, Philadelphia, 1948, 759
21. Siehe Anmerkung 15
22. Benda, Clemens E: Mongolism and Cretinism. Gruen and Stratton, New York, 1949, 186-194
23. Woods, JM and RH: Personal Communication. 1960
24. Kahn, Fritz: Man in Structure and Function. Band I, 1946, 62
25. Bender, Laurretta: Medical Clinics of North America. WB Saunders Company, Philadelphia, 1958
26. Dieser Fall wurde mit der Hilfe von Amorita Treganza, OD, San Diego, CA, behandelt

2.1. DIE ENTWICKLUNG DES ERWEITERTEN OSTEOPATHISCHEN KONZEPTS

Viola M. Frymann, DO, FAAO

Genehmigter Nachdruck aus dem *AAO Yearbook* (72) 19-22, 1972

Als Eröffnungsszene auf der Kinoleinwand erschien das Treffen zweier Schuljungen an einem riesengroßen Eingangstor einer noblen englischen Privatschule. Es war ein wunderschönes altes Gebäude aus Stein mit einer schweren, geschnitzten Tür aus Eichenholz. Plötzlich wurden die seitlichen Vorhänge, welche die Leinwand umschlossen zurückgezogen und offenbarten die ganze Szene. Das gesamte Blickfeld, das ein Mensch umfassen konnte, wenn er die beiden Buben an der Tür stehen sah. Das war die Geburtsstunde der Weitwinkellinse: die Breitwand erlaubte den Zuschauern, die Szene wie im richtigen Leben zu sehen und nicht nur die zentralen Figuren in ihr. Kurze Zeit nachdem diese Entwicklung in der Filmindustrie Einzug gehalten hatte, schaute ich im Kino den Vorfilm zu einer Reisedokumentation an, als wir plötzlich Zeugen einer atemberaubenden Talfahrt in einer Achterbahn wurden; die Zuschauer kreischten; unsere Herzen rutschten in die Hosen und wir griffen nach den Armlehnen der Kinosessel, aus Angst, dass wir bei dieser Talfahrt aus dem Sitz geschleudert würden. Es handelte sich um Cinerama^{xi}, das es den Zuschauern nicht nur ermöglichte, das ganze Panorama zu sehen, sondern sie ebenso so lebhaft wie im richtigen Leben ins Abenteuer hineinzog, in dem es sie mit den Geräuschen umgab und sie dadurch die Intensität dieses Ereignisses spüren ließ. Man wurde komplett durchdrungen von der Spannung einer Schlittenfahrt auf dem Matterhorn, den fantastischen Märchen der Brüder Grimm oder der Unermesslichkeit der Niagara-Fälle.

Damit ist auch die Geschichte der Entwicklung des erweiterten osteopathischen Konzepts vergleichbar. Osteopathie ist ein genauso dramati-

scher Beitrag im Bereich der Heilkünste, wie der Kinofilm im Bereich der Unterhaltungsindustrie. Osteopathie wurde von einem Menschen vorgestellt, über den ein Zeitgenosse geschrieben hatte: „Es wäre durch seine Wesensart für ihn sehr ungewöhnlich gewesen, auf den vorgefertigten Wegen seiner Vorgänger zu schreiten. Für ihn war es wichtig, neue Richtungen aufzuzeigen und selbst mit seinem eigenen Hammer und Meißel eine Skulptur aus Wissen, Theorie und Praxis zu erschaffen.“¹ Andrew Taylor Still war ein Revolutionär, inspiriert von der Großen Intelligenz, die ihm tatsächlich mehr bedeutete als seine Hände und Füße. Der Enthusiasmus, der Glaube, der Mut dieses großen Pioniers wurde von allen geteilt, die ihn kannten und die mit ihm arbeiteten. Einer von ihnen war William Garner Sutherland, der die Herausforderungen der Osteopathie von Dr. Still übernahm und sich noch tiefer in die Wissenschaft der Osteopathie „grub“^{xii}. „Dr. Sutherlands selbst auferlegtes 'Graben' verstärkte sein Verständnis für die osteopathische Philosophie und ihre Anwendung in der Praxis. Es war diese konstruktive Disziplin, die ihn, zu seinem eigenen Erstaunen, in den Bereich der kranialen Forschung führen sollte.“² Er zog die Vorhänge zurück, die bisher vom vertebrale Konzept eingerahmt waren und offenbarte den Menschen das Panorama. Gleichermaßen hat sich die Osteopathie um das Kraniale Konzept erweitert.

Die Leidenschaft und der Enthusiasmus dieser Pioniere sind immer noch ein Teil von uns: Wir werden ermahnt, in der Wissenschaft der Osteopathie „weiter zu graben“. Wo sollen wir graben, wo doch die Osteopathie bereits den gesamten Menschen von Kopf bis Fuß umfasst? Als Dr. Sutherland gefragt wurde, was die Forschung zutage fördern wird, zitierte er Steinmetz: „Ich glaube die größten Entdeckungen werden entlang der spirituellen Grenzen vollzogen... Die Wissenschaftler auf der ganzen

^{xi} Anm. d. Hrsg.: Im deutschsprachigen Raum wurden diese Kinos Ende der 1970er eher bekannt als Kinos mit Dolby-Surround-Sound.

^{xii} Anm. d. Hrsg.: Hier handelt es sich um eine Anspielung auf die bei Still und Sutherland immer wieder auftauchende Ermahnung an die Studenten, beharrlich weiter zu forschen – „to dig on“ (immer weiter zu graben).

Welt werden ihre Labore auf die Erforschung von Gott, Gebeten und spirituellen Kräfte ausrichten, da diese Bereiche bisher kaum berührt oder erforscht worden sind. Sobald dieser Tag kommt, wird die Welt mehr Fortschritt innerhalb einer Generation erleben, als innerhalb der vergangenen vier Generationen.“³

Nun, dieser Tag *ist* gekommen. Und diese Entwicklung packt und fesselt uns ebenso unvermittelt wie das Cinerama. Wir können uns nicht länger zurücklehnen und zusehen, wie sich das Bild vor uns erweitert. Wir müssen uns mit ihm erweitern. „Die Große Intelligenz ist Ihnen so nah wie mir“, antwortete Dr. Still denjenigen, die sich um die Zukunft der Osteopathie sorgten. Aber sind *Sie* so gottesfürchtig wie Dr. Still es gewesen ist? Ein Spruch auf einem Aufkleber am Heck eines Wagens besagte: „Wenn Sie sich fern von Gott fühlen, raten Sie mal, wer weggezogen ist“. Dies ist also die gegenwärtige Herausforderung für Sie alle – übernehmen Sie Ihre persönliche Verantwortung, hier „weiter zu graben“.

Der Heilprozess stellt eine ganzheitliche menschliche Erfahrung dar, die eine Veränderung der Bewusstheit auf allen Ebenen verlangt. Lassen Sie mich ein Beispiel nennen, damit Sie wissen, was ich meine. Dorothy war eine weiße, 53jährige verheiratete Frau, die seit 40 Jahren an Kopfschmerzen litt. Diese Kopfschmerzen waren von solch einer enormen Intensität, dass sie bei deren Auftreten das Bett hüten musste, um die sonst unkontrolliert auftretenden Symptome wie Übelkeit und Erbrechen in den Griff zu bekommen.

Sie hatte bereits jedes erhältliche Schmerzmittel ausprobiert und als ich sie das erste Mal sah, erschien sie Codein-abhängig. Mit 13 Jahren war sie vom Pferd gestürzt und mit der rechten Scheitelregion aufgeschlagen. Ein EEG einige Jahre später zeigte an dieser Stelle eine vernarbte Stelle im Hirngewebe. Schmerzattacken wurden mit Dilantin behandelt. Ich fragte sie, ob sie sich an eine Zeit ohne Kopfschmerzen erinnern könne, worauf sie berichtete, dass sie sich an einen Tag erinnere. Es handelte sich um einen Tag während der Schwangerschaft mit ihrem ersten Kind. Ein Tag in 40 Jahren! Sie hatte einige weitere Unfälle und sehr viele Narben, die das Ergebnis einer Cholezystektomie,

einer Hysterektomie, einer teilweisen Gasterektomie und einer Vagotomie waren. Sie erschien depressiv, tyrannisch, anspruchsvoll und sehr kritisch, auf der anderen Seite aber auch sehr zielstrebig. Sie war eine gewissenhafte Kirchgängerin.

Bevor ich mich dazu entschloss, sie zu behandeln, forderte ich sie auf, die Einnahme von Codein einzustellen, obwohl sie bereits bei früheren Versuchen unter sehr schweren Entzugerscheinungen litt. Ich verordnete ihr eine gesunde Diät mit vitalen Nahrungsmitteln. Eine Serie von strukturellen Behandlungen reduzierte für eine Zeit lang die Schwere der Kopfschmerzen.

Dann bekam sie erneut einen sehr schweren Schub, trotz meiner objektiven Einschätzung einer bemerkenswerten strukturellen Verbesserung. Ich erkannte, dass es noch andere Störfaktoren geben musste, aber sie verneinte dies vehement und weigerte sich psychologische Hilfe anzunehmen. Erst durch unsere weiteren Gespräche, in denen sie mir vom andauernden Ärger mit ihrem Ehemann erzählte, erkannte auch sie dieses Problem. Ihr Gatte war ein gründlicher, wohlüberlegt langsam arbeitender Mann, der darauf bestand, sich viel Zeit zu nehmen, um seine Aufgaben auszuführen, während sie wütend wurde und wollte, dass er etwas anderes machte. Als sie anfang, ihren Mann zu akzeptieren wie er war und ihm seine Gründlichkeit und seine anderen guten Eigenschaften zugute hielt, fing sie an, sich besser zu fühlen, obwohl sie weiterhin an Kopfschmerzen litt. Eines Abends wohnte sie einer spirituellen Heilzeremonie in ihrer Kirche bei und war danach vollkommen beschwerdefrei. Zwei Tage später bekam sie erneut immense Kopfschmerzen und musste sich mehrmals übergeben. Nur die Injektion eines Betäubungsmittels konnte diesen Anfall auf ein erträgliches Maß lindern. Ihr Mann rief mich ohne ihr Wissen an und fragte mich, ob ich wüsste, was sie so alles einnahm. Das nächste Mal, als ich sie sah, sprachen wir über die Notwendigkeit, Heilung zu akzeptieren. [Dies ist ein sehr wichtiger Punkt für jemanden, der lange Zeit unfähig war, viele Dinge zu unternehmen. Der komplette Lebensinhalt wurde um die Erkrankung herum aufgebaut – es bildet

ein Muster in der Art zu denken, zu handeln, zu fühlen und sich zu verhalten. Der Patient kann sich nicht ausmalen oder vorstellen, wie es wäre, morgens aufzuwachen, sich gut und gesund zu fühlen und stark genug zu sein, um ein volles Programm nützlicher Tätigkeiten auszuführen. Er hat sich so an die Erkrankung gewöhnt, dass es keinen Plan B im Fall einer Genesung gibt.] (die Klammern wurden als Erklärung beigefügt). Vor ihrem nächsten Besuch trat eine merkliche Verbesserung ein. Sie sah fröhlicher und glücklicher aus und verhielt sich gegenüber ihren Mitmenschen freundlicher. Dieses Mal fing sie an zu erzählen: „Ich habe mich diese Woche auf die Suche nach meiner Seele begeben“. Dabei hatte sie festgestellt, dass sie ihrem Mann gegenüber eine Abneigung aufgebaut hatte, die darauf beruhte, dass er sich so gut mit den Kindern verstand. Als die Kinder klein waren, wollte sie, dass er sich an der Kindererziehung beteiligte, jedoch nur nach ihren Regeln. Somit entfernte er sich Stück für Stück von ihr, da sie sich in diesem Punkt nie einig waren. Als die Kinder älter wurden, fühlten sie sich ihrem Vater näher, da er zwangloser mit ihnen umging. Es war ein großer Schritt für sie, dies zu erkennen und ihm alle Dinge, die er in ihren Augen falsch gemacht hatte, zu verzeihen. Aber noch wichtiger für sie war, dass *er* ihr für all die Jahre der Verbitterung verzieh. Das also war geschehen und als ich sie das letzte Mal sah, berichtete sie darüber, nur noch leichte Kopfschmerzen zu verspüren und gelegentlich auch gar keine. Sie nahm nur noch die halbe Dosis Dolantin ein und war nun dazu bereit, das Medikament vollständig abzusetzen. Dann kam es zu einer kritischen Herausforderung. Ihr Mann warf alle Tabletten, die sie im Medizinschrank hatte, weg. Sie war sehr aufgeregt und bat mich, ihr ein Rezept auszustellen für den Fall, dass sie Tabletten bräuchte.

Als sie ihrem Ärger Luft gemacht hatte, erklärte ich ihr, dass dies nun eine echte Herausforderung für ihren Heilungsprozess, ihren Glauben und ihr neues Leben sei. Ich versprach ihr, immer für sie erreichbar zu sein, sofern Schwierigkeiten eintreten sollten, aber ich war mir sicher, dass sie dieser Herausforderung gewachsen war. Sie hat seither keinen einzigen Notruf mehr bei mir getätigt.

Dieses Fallbeispiel veranschaulicht verschiedenste Aspekte des erweiterten osteopathischen Konzepts. Erstens durch ein schweres Trauma verursachte strukturelle Aspekte. Zweitens gibt es den chemischen Gesichtspunkt durch schlechte Ernährung. Drittens spielt der emotionale Aspekt, der aus Verbitterung, unterdrückter Wut und Starrsinn entsteht, eine Rolle. Viertens das mentale Konzept eines unveränderlichen Musters. Und schließlich fünftens die Schwierigkeit, den spirituellen Heilungskräften zu erlauben, ihr Leben zu verändern. Fast jeder von uns möchte von seinem persönlichen Unbehagen befreit werden, aber viele ziehen eine Änderung ihrer geschätzten Lebens-, Gefühls- und Denkgewohnheiten, ja sogar ihrer Glaubensgewohnheiten, gar nicht erst in Erwägung. Aber was hat dies alles mit der Osteopathie, wie wir sie kennengelernt haben, zu tun? Es scheint einem noch mehr Leichtgläubigkeit abzuverlangen, als das Konzept der kranialen Bewegung bei denjenigen, die nur die spinalen Mechaniken kannten. Hören wir noch einmal Dr. Sutherland: „Das fundamentale Prinzip des Kranialen Konzepts; der Atem des Lebens, nicht die Atemluft... Das „höchste bekannte Element“ in der Zerebrospinalen Flüssigkeit, *ein unsichtbares Element*. Etwas das mit der Kraft, die den Röntgenfilm belichtet, veranschaulicht werden kann... Man ist nicht sichtbar. Aber Sie können das real existierende Element deshalb nicht sehen, weil Sie ein Mensch sind, der von der Erde geschaffen wurde und auf ihr wandelt um Luft zu atmen. Sobald Sie jenes Element, das Licht der Respiration innerhalb der Fluktuation der Zerebrospinalen Flüssigkeit erkannt haben, beginnen Sie sich dem Erfolg von Dr. Still anzunähern, würde ich sagen... Sie könnten behaupten, dass er wie der Röntgenstrahl war: Er konnte durch Sie durchschauen und Dinge sehen und Ihnen etwas erzählen, ohne die Hände auf Ihren Körper zu legen.“ In derselben Vorlesung, in der Dr. Sutherland fühlte, dass sie seine letzte sein könnte und die er im Januar 1953 hielt, sprach er von Raum: „Glauben Sie, dass Sie irgendeinen Raum innerhalb der Anlagen dieses faszialen Gewebes finden können?... Ja, Sie können einen Raum dazwischen finden, *sofern Sie die Vision dazu besitzen, dazwischen zu schauen.*“⁴⁴

Die Frage, die uns gestellt wird, lautet: „Können wir diese Vision, die Wahrnehmung um sich Dinge bewusst zu machen und den Scharfsinn dieser Dinge zu verstehen, erwerben?“ Ohne zu zögern, kann ich Ihnen versichern, dass die Antwort „Ja“ lautet.

In jedem der von uns organisierten Kurse, bestand die erste Lektion darin, den Studenten die Palpation vorzustellen. Noch bevor er über den Primären Respiratorischen Mechanismus oder die kraniale Mobilität oder die Bewegung von Flüssigkeiten unterrichtet wird, bittet man ihn, seine Hände auf den Probanden zu legen und zu spüren, was es dort alles so gibt. Mit nur wenigen Anweisungen studiert er zunächst die Substanz – Temperatur, Textur, Form usw. und erforscht anschließend die Bewegung. Dadurch hat er plötzlich ein neues Reich der körperlichen Funktion entdeckt. Er versteht zwar noch nicht richtig, was er da fühlt, aber er weiß *aus seiner eigenen Erfahrung*, dass Bewegung in jedem Teil des lebenden Körpers festgestellt werden kann. Durch weitere Anweisungen kann er Bewegungen einer Region mit denen in einer anderen in Verbindung bringen und bald darauf entdeckt er die Kontinuität der Funktion einer Extremität nach der anderen. Die nächste Stufe seiner Reife ist die Erkenntnis, dass eine eingeschränkte oder behinderte Bewegung mit einer gestörten körperlichen Funktion eines Teils des Organismus oder des Gesamtorganismus zusammenhängt. Und es wird häufig klar werden, dass die Wiederherstellung der freien Bewegung eine emotionale Veränderung weitaus früher bewirkt als eine körperliche. Der Patient der mürrisch oder traurig, nervös oder wütend, ungeduldig oder unzufrieden war, wird nahezu wundersam in eine friedliche, fröhliche, zufriedene Person transformiert. Die Freiheit der Bewegung ist durch diesen Menschen gefahren.

Das fundamentale Prinzip der osteopathischen Diagnose ist es, dem Gewebe des Patienten zu erlauben, dem Osteopathen die Art und Weise des inhärenten Problems mitzuteilen. „Das `Fingerfühlen`, das `Fingerdenken` und das `Fingersehen` sind die einzigen Möglichkeiten, diese diagnostischen Nachrichten zu lesen.“⁵ Gleichermaßen wird das diagnostische Fühlen die Behandlung entscheiden und die Heilung

anzeigen. Die Heilungskräfte, durch welche die Veränderungen ans Licht kommen, liegen jedoch immer im Patienten selbst. Erst wenn der Osteopath sich in den Hintergrund stellt und seinen angeborenen Drang, *selbst* etwas am Patienten zu *machen*, überwindet, kann er die beeindruckenden Veränderungen in seinem Patienten wahrnehmen, die alles übertreffen, was er jemals erlebt hat. Von da an ist es nur ein kleiner Schritt bis zur Entwicklung einer diagnostischen Wahrnehmung von Störungen des freien Flusses emotionaler, mentaler und auch spiritueller Energien. Intuitives Wissen kann sich bei verschiedenen Menschen auf verschiedene Arten zeigen. Genauso wie Osteopathen verschiedenster physikalischer Veranlagungen verschiedene Techniken anwenden, um den gleichen Effekt zu erzielen. Aber wenn dieses intuitive Wissen anerkannt und angewandt wird, ist es eine der verlässlichsten diagnostischen Maßnahmen, die es gibt.

Ich werde kurz abschweifen, um eine Frage zu beantworten, die viele beschäftigt. Nein, ich will damit nicht andeuten, dass alle Probleme einen psychosomatischen Ursprung haben. Abgeleitet bedeutet dieser Ausdruck, dass das, was in der Psyche vor sich geht, sich im Körper manifestiert. Mittlerweile hat sich die Überzeugung eingebürgert, dass die Symptome im speziellen Fall ohne organische Befunde ausschließlich sozial akzeptierte körperliche Manifestationen für eine sozial unakzeptierte emotionale Schwäche sind. Beispielsweise ist es akzeptabel oder sogar nützlich Mitleid und Besorgnis durch Kopfschmerzen auszulösen, während es keinesfalls akzeptabel ist, böse auf den Ehepartner zu sein. Somit bekommt der Patient, statt seinem Ärger Luft zu machen, eben Kopfschmerzen.

Das erweiterte osteopathische Konzept hingegen bringt die Ursachen hinter den Symptomen, die bislang als die primären Manifestationen der jetzigen Erkrankung angesehen wurden, ans Licht. Eine einfache Frage, die man den kranken oder verletzten Patienten stellt, zeigt oft, dass er sich bereits mit dieser Frage auseinander gesetzt hat. „Was glauben Sie, warum Sie diesen Herzinfarkt erlitten haben: Was haben Sie über das Leben, und vor allem über Ihr Leben durch diese Erfahrung gelernt?“ „Warum ist

dieser Unfall *Ihnen* zugestoßen?“ Wie oft ist es wichtig, die Eltern eines behinderten Kindes zu fragen: „Warum glauben Sie, ist dieses Kind in *Ihre* Familie gekommen?“ Darauf kann es viele Antworten geben, so etwa eine schwere Geburt, einen unfähigen Geburtshelfer, einen unachtsamen Babysitter oder Röteln. Alle hier aufgeführten Antworten implizieren eine durch Schuld entstandene Last. Das führt schließlich dazu, dass Väter den Müttern Vorwürfe wegen irgendeines Erbfehlers machen oder die Mutter gibt dem Vater die Schuld für die Schwangerschaft – und so geht es weiter. Aber was immer auch die körperliche Ursache sein mag, die Empfindung, dass dieses Kind zu diesen Eltern gekommen ist, weil dort eine Verbindung war, die es ermöglichte, dem Kind ein gutes Umfeld zu geben, ihm Liebe zu schenken und die Hilfe bereitzustellen, seine Behinderung zu akzeptieren, ist wie wenn man ein Licht der Hoffnung in einem dunklen Raum der Verzweiflung und Selbstverdammung anschaltet.

Der körperliche Zustand von Gesundheit oder Krankheit ist meines Erachtens die Zusammenfassung emotionaler, mentaler und spiritueller Aspekte unseres Lebens. Studieren Sie Gesichter und bald schon werden Sie die Natur dahinter erkennen. Lassen Sie mich allerdings noch einmal betonen, dass die Erkenntnis dieser Aspekte nicht die Bedeutung der organischen Pathologie, struktureller Gebrechen oder infektiöser Prozesse abstreitet. Aber auch diese sind lediglich Auswirkungen ihnen zugrunde liegender Ursachen, die ebenfalls erkannt werden müssen, wenn die echte Heilung erreicht werden soll. „Lassen Sie uns tiefer als unter die Haut und Muskeln gehen, wenn wir Krebs und mentale Probleme besiegen wollen“, schrieb Glenn Clark.⁶ „Lassen Sie uns jenseits der Organe und Blutgefäße gehen. Lassen Sie uns durchmar-

schieren bis zu den Gedanken und Gefühlen, den Ärgernissen und den Ängsten, und lassen Sie uns geduldig ansehen, wie diese in den unterbewussten Regionen unseres Lebens arbeiten. Lassen Sie uns letztendlich, sofern wir es können, zum Heiligsten des Heiligen durchdringen – zur Seele Gottes, zu Ihm, von dem alles Leben kommt.“

Die Wahrnehmung dieser Ursachen der Ursachen der Manifestationen von Krankheiten werden erst bewusst, wenn die Bremsblöcke ihrer Bewegung entfernt werden. Dabei kann es sich um körperliche, strukturelle Blöcke handeln: sobald der Mechanismus in eine freie Bewegung entlassen wird, beginnen unterbewusste und unbewusste Faktoren an die Oberfläche zu gelangen, sofern der Osteopath eine förderliche Atmosphäre für solch eine Befreiung zur Verfügung stellen kann.

Wir haben gelernt, die strukturellen Gegebenheiten herstellen, mit denen sich der Körper wieder normalisieren kann. Wir sind nun soweit, zu lernen, wie wir die emotionalen und mentalen Aspekte dazu bringen können, sich zu normalisieren, während das flüssige Licht beginnt durch jeden Körperteil des Menschen zu fließen.

Als Folgerung erlaube ich mir, Ihnen den Abschluss eines Textes einer höchst ungewöhnlichen Publikation namens *Physician's Management* eines Allergologen namens Malouf Abraham vorzustellen.⁷ „Sobald Sie sich jeden Ihrer Patienten als ein einzigartiges Kind Gottes vorstellen und ihn mit der Sorge und Würde behandeln, die er verdient, wird es relativ wenige Erkrankungen geben, die Sie nicht kurieren können. Und falls Sie sich weiter als ein Instrument der Hände Gottes sehen können – dann werden Sie fürwahr eine besserer Behandler sein und werden mehr Spaß an Ihrem Beruf haben.“

22. DAS ERWEITERTE OSTEOPATHISCHE KONZEPT: ERWEITERUNG #1 ZUM KRANIALEN BEREICH

Viola M. Frymann, DO, FAAO
Unveröffentlichtes Manuskript, 1986

„Abgeschrägt wie die Kiemen eines Fisches, hinweisend auf die gelenkvermittelte Beweglichkeit für einen respiratorischen Mechanismus.“¹

Dieser Gedanke kam William Garner Sutherland, einem Studenten der *American School of Osteopathy* in Kirksville, Missouri, im Jahre 1899. Dreißig Jahre vergingen, bevor sorgfältige Studien über die Gelenkflächen der kranialen Knochen es ihm ermöglichten, nun mit der Überzeugung und dem Sachverstand, wie man sie sich nur durch Erfahrung aneignen kann, zu schreiben: „*Artikulare Mobilität* tritt in der basillaren Region und in den Gesichtsknochen auf; solch eine basillare Mobilität wird durch balancierende, kompensatorische Expansionen und Kontraktionen der Suturen des Schädeldachs ermöglicht.“²

Die *Articulatio sphenosquamosa* wird durch die Annäherung zweier stark abgeschrägter Oberflächen geformt, eine an der *Ala major* des Os sphenoidale und die andere am squamösen Anteil des Os parietale. Im superiores, vertikalen Abschnitt der *Ala major* zeigen sich lange, feine Rillen, die senkrecht zu den Begrenzungen des Knochens und zu Lasten der äußeren Knochenlamelle angeschrägt sind. Die reziproke Oberfläche des squamösen Abschnitts des Os temporale weist ähnlich lange, feine Rillen auf, die senkrecht zu den Begrenzungen des Knochens, aber zu Lasten der inneren Knochenlamelle angeschrägt sind. Diese Konstellation ermöglicht es der Squama, sich der *Ala major* durch Gleitbewegungen anzunähern und sich wieder von ihr zu entfernen. „Wie die Kiemen eines Fisches.“ Auf halber Höhe der Artikulation findet man eine kleine Nische an der *Ala major*, die mit einer kleinen Ausstülpung am squamösen Abschnitt artikuliert. Unter dieser *Ala major* zeigt die Schräge nach innen, wäh-

rend sie am squamösen Abschnitt nach außen deutet. An dem Punkt, an dem sich die Richtung der Schräge ändert, bildet sich ein Drehpunkt, um den sich die Gelenkflächen bewegen.

Denken Sie an das Vomer, das den *Corpus sphenoidalis* mit dem *Os palatinum* verbindet. Es hat superior eine konkave Gelenkfläche, die ebenso über das *Rostrum* des Sphenoids reicht, wie ein Schiffsrumpf in ein Trockendock. Es ermöglicht eine Bewegung, die jedes herkömmliche Gelenk³ auch braucht, aber es überträgt die Bewegung des *Corpus sphenoidale* rhythmisch zum *Processus palatinus* der *Ossa maxillaria* und der *Ossa palatina*, wobei diese komprimiert und angehoben werden.

Betrachten Sie die verbundenen Gelenkflächen der beiden *Ossa parietalia*, welche die *Sutura sagittalis* formen. Feine, irreguläre, fingerähnliche Ausläufer verflechten die Begrenzungen der Knochen miteinander. Es wurde allgemein beobachtet, dass die posterioren Ausläufer länger und rauer sind als die weiter anterior liegenden.

Diese Konstellation ermöglicht eine Separations-Näherungsbewegung größeren Ausmaßes posterior gegenüber als anterior, aber ermöglicht auch eine scharnierähnliche Bewegung, die zu einem rhythmischen Heben und Senken der *Sutura* führen.

Hier wurden nur drei Beispiele kranialer Artikulation beschrieben, aber jeder kraniale Knochen enthüllt in seiner Struktur eindeutige Muster für Bewegungen. Eine detaillierte Untersuchung aller dieser Formen ist notwendig, um ein Verständnis für die verschiedenen Gelenkbewegungen zu entwickeln.

Der Schädel eines Neugeborenen hat noch keine dieser suturalen Gefüge. Tatsächlich besteht das *Os occipitale* bei der Geburt noch aus vier, das *Os sphenoidale* aus drei, das *Os parietale* aus zwei und das *Os maxillare* ebenfalls aus

zwei Teilen. Alle diese Teilstücke erlauben eine zusätzliche Bewegung zwischen den jeweiligen Abschnitten und bieten dadurch die beste Möglichkeit, dem anstrengenden Weg durch den Geburtskanal standzuhalten. Die Knochen des Schädeldgewölbes sind zu diesem Zeitpunkt nur plattenartige Knocheninseln inmitten von Membranschichten und können über- und untereinander hinweggleiten wie Dachziegel. Es ist daher offensichtlich, dass die Bewegungsmuster, die im Schädel des Erwachsenen beobachtet werden können, tatsächlich durch Bewegungen in der Entwicklungsphase entstanden sind.

Am disartikuliertem Schädel wird die basillare Region gewöhnlich in zwei Hälften gesägt. Dort befindet sich kein echtes Gelenk zwischen der Sphenoidbasis und der Okziputbasis. Untersucht man hingegen die sphenoidalen und okzipitalen basillaren Regionen eines jungen Menschen unter 25 Jahren, findet man zwischen den Oberflächen einen so genannten *Discus intervertebralis*.⁴ Dies zeigt eine Möglichkeit für Flexion, Extension, Torsion und Side-bending-Rotation des Os sphenoidale bezogen auf die Okziputbasis, die im vitalen Knochen das ganze Leben hindurch zu finden ist.

Die Anordnung der kranialen Knochen deutet stark auf ihre Bewegungsfunktion hin. Die histologischen Studien der kranialen Nähte vieler Säugetier-Spezies, darunter auch des Menschen in verschiedenen Entwicklungsabschnitten, brachten die Anatomen Pritchard, Scott und Girgis dazu, zu folgern, dass die dünne Schicht des fibrösen Gewebes, welche die Begrenzungen der kranialen Knochen verbindet, zwar ein festes Band der Vereinigung zwischen nebeneinander liegenden Knochen darstellt, dennoch aber Bewegung zulässt.⁵

Mit der feinen Integration der rhythmischen Bewegungen, die an eine Balletttruppe erinnern, leistet jeder Knochen seine spezielle Aufgabe bei der koordinierten Bewegung des gesamten kranialen Mechanismus.

Dabei findet die zentrale Bewegung an der Symphysis sphenobasilaris statt. Sie steigt bei der Flexion auf und betont bei diesem Vorgang ihre superiore Konvexität, um anschließend in

Extension wieder abzusinken. Sowohl das Os sphenoidale als auch das Os occipitale drehen sich in entgegengesetzter Richtung um ihre jeweiligen Transversalachsen. Die sphenoidale Achse ist eine imaginäre Linie, die zwischen dem linken und dem rechten sphenosquamösen Drehpunkt verläuft. Die okzipitale Achse wiederum verläuft quer oberhalb des *Processus jugularis*.

Sobald das Os sphenoidale sich an der Symphyse in Flexion hebt, senkt sich seine anteriore *Spina ethmoidis*, wobei der posteriore Abschnitt der senkrechten Platte des Os ethmoidale zusammengedrückt wird. Zur gleichen Zeit schwingt die *Crista galli* des Os ethmoidale posterior und das Os ethmoidale schwingt um seine Transversalachse in entgegengesetzter Richtung zum Os sphenoidale.

Während der Flexion gleitet das *Rostrum sphenoidalis* inmitten der tassenförmigen superioren Wölbung des *Vomer* in eine postero-superiore Richtung und überträgt gleichzeitig eine inferiore Bewegung auf das *Vomer*, das sich mit der *Lamina cribrosa* des Os ethmoidale, d. h. des nasalen Septums inferior bewegt und dabei das Os palatinum komprimiert. In der Extension hebt sich das *Vomer* und hebt den *Processus palatinus*, der *Ossa maxillaria* und die *Ossa palatina*.

Der laterale Aspekt der Schädelbasis weist einen Grat auf, der in eine tiefe Schlucht an der *Pars petrosa* des Os temporale ragt. Beim Heben der Schädelbasis werden die petrösen Abschnitte des Os temporale antero-lateral um ihre Diagonalachsen rotiert (Die Bewegungsachse ist die lange Achse des petrösen Abschnitts) – und die squamösen Abschnitte nach außen rotiert. Sobald die Schädelbasis sich in der Extension senkt, werden die petrösen Abschnitte durch diese petro-basillaren Verbindungen postero-inferior in eine Innenrotation geführt. Betrachtet man die Schädelbasis von innen, kann man die Außenrotation mit dem Öffnen einer Rosenblüte vergleichen. Bei einer Außenrotation würde sich die Blüte dementsprechend schließen.

Sobald die Knochen der Mittellinie flektieren, bewegen sich alle bilateral angelegten Knochen in eine Außenrotation. Die Innenrotation geht

entsprechend mit einer Extension einher. Des Weiteren können die Flexion und die Außenrotation gleichzeitig im selben Knochen auftreten. Das Os ethmoidale besitzt eine vertikale Platte, die dem Os sphenoidale und dem Vomer bei der Flexion und Extension folgt. Aber es hat auch zwei seitliche Körper, sehr dünne papierartige luftgefüllte Strukturen, die Sinus ethmoidales. Diese werden durch das Os frontale oben und das Os maxillare unten in eine Außen- bzw. Innenrotation gedreht. Die ethmoide Bewegung kann mit einem Maultier verglichen werden, das zwei Satteltaschen trägt. Trabt das Tier los, bewegt sich sein Kopf auf und ab, während die Satteltaschen nach innen und außen geschaukelt werden.

Das Os frontale kann im entfetteten, trockenen anatomischen Präparat eines Erwachsenen sicherlich als einzelner Knochen interpretiert werden, aber wenn man die Hände jeweils auf eine Seite der Mittellinie des Os frontale eines lebenden Menschen legt, wobei die Finger über die Orbitakanten reichen, kann man feststellen, dass eine Außen- und Innenrotation stattfindet. Jede Hand wird so um eine fast vertikale Achse gelenkt, als ob die beiden Hände auf zwei verschiedenen Knochen lägen. Sehen Sie sich einen Fötus an. Er hat eine unverkennbare Naht auf der Mittellinie und zwei getrennte Stirnknochen. Bei 10% aller Erwachsenen bleibt eine fühlbare Naht zwischen den Ossa frontalia erhalten – eine lebhaftere Erinnerung daran, dass alle Stirnknochen, die nicht durch eine Störung verzerrt wurden, eine funktionelle Außen- und Innenrotation um das „Scharnier“ der flexiblen Knochen an der sich entwickelnden Sutura metopica aufweisen.

Das Os sphenoidale besitzt einen mittig liegenden Körper, der sich wie oben beschrieben in eine Flexion und Extension bewegt; seine Ala major und der Processus pterygoideus hingegen, die zum Zeitpunkt der Geburt zwei separate Entwicklungseinheiten darstellen, funktionieren als bilaterale Struktur und bewegen sich in Außen- und Innenrotation. Die Bewegung des Os sphenoidale kann mit der eines Vogels verglichen werden. Während des Fliegens, in Flexion, senkt sich der Kopf oder die Spina ethmoidalis, die Alae weiten sich lateral und anterior,

die Füße oder der Processus pterygoideus und der Schwanz oder die symphysiale Gelenkfläche heben sich. In Extension steigt der Vogel auf, hebt seinen Kopf, zieht die Flügel an, bringt die Beine in eine senkrechte Stellung und senkt den Schwanz.

Die feinen, komplexen Gesichtsknochen werden über das Os sphenoidale bewegt und folgen hauptsächlich der Flexions-Außenrotation und der Extensions-Innenrotation des Sphenoids. Die Ossa zygomatica werden auch von der Rotation des Os parietale beeinflusst und übertragen dadurch Kräfte vom posterioren Teil des Kopfes zum Gesichtsmechanismus. Die Orbita setzt sich aus acht Knochen zusammen, die sich alle gegeneinander bewegen. In der Flexion wird die Orbita dadurch breiter vom Nasenwurzelpunkt bis zum unteren seitlichen Winkel sowie flacher von anterior nach posterior. Sie erscheint groß und offen. Während der Extension kann genau das Gegenteil beobachtet werden. In Flexion senkt sich das Os palatinum, sobald das Vomer sich senkt und es wird auch flacher, sobald die Ossa maxillaria außenrotieren und lateral an ihre Tuberositas getragen werden. Das Absinken der Ossa palatina kann mit den sich ausdehnenden Flächen eines geöffneten Schirms verglichen werden. Sein Umfang weitet sich gemeinsam mit den Processi alveolares, welche die Zähne beherbergen und seine Kuppel flacht entsprechend die Ossa palatina ab. Genau das Gegenteil geschieht bei der Außenrotation.

Lassen Sie mich die Auswirkungen der Veränderungen noch einmal zusammenfassen: bei Flexion und Außenrotation wird der Kopf an beiden Seiten breiter und von oben nach unten und bezogen auf den antero-posterioren Durchmesser kürzer. Die Orbita wird breiter, aber flacher, die Processi alveolares weiten sich und die Ossa palatina flachen ab. Bei der Extension geschieht genau das Gegenteil.

Diese Bewegung des Krania wurde bei Menschen als eine rhythmische Expansion und Kontraktion der biparietalen Durchmesser festgestellt.⁶ Sie wurde ebenso bei Affen erforscht und dokumentiert.⁷

Die kranialen Artikulationen weisen bezogen auf ihre Bewegung keine Muskulatur auf. Sie

sind jedoch durch die Dura mater verbunden, die als *Reziproke Spannungsmembran* fungiert. Das Prinzip einer solchen mechanischen Konstellation kann mit der starren Membrana interossea zwischen Radius und Ulna verglichen werden, die eine Pronation und Supination zulässt, aber das Bewegungsausmaß begrenzt.

Die entwickelnden Teile des Os coxae, des Os pubis, des Os ilium und Os ischium werden in ihrer Bewegung durch die starre Membrana obturatoria ebenfalls in gleicher Weise kontrolliert.

Innerhalb des Kanium teilt die Falx cerebri die supratentoriale Region in der Sagittalebene in zwei Hälften, die jeweils eine Hirnhälfte enthalten. Zwei Tentoria cerebelli teilen die posterioren zwei Drittel des Kopfes entlang einer Transversalebene, wobei Cerebellum und Stammhirn inferior liegen und von der oberen Gehirnhälfte getrennt sind. Diese Durafalten wurden als Dehnungsbänder, Stoßfänger und Trennwände bezeichnet, aber ihre Funktion offenbart im Licht des erweiterten osteopathischen Konzepts eine viel tiefere Bedeutung.

Die Falx und die Tentoria werden als funktionelle Einheit betrachtet. Sie besitzen einen anterioren-superioren Ansatzpol an der Sutura metopica und der Crista galli des Os ethmoidale, einen anterior-inferioren Ansatzpol am Processus clinoides des Os sphenoidale, zwei laterale Ansatzpole entlang der Partes petrosae der Ossa temporalia und einen ausgedehnten posterioren Anschlusspol am Os occipitale.

Der Ausdruck „Falx“ bezieht sich auf eine Sichel und die Falx cerebri wird aufgrund seiner Form so bezeichnet. Die Tentoria könnten ebenso gut als „Falx“ cerebelli bezeichnet werden. Stellen Sie sich die runde Bewegung einer Sichel vor, die Gras schneidet, wobei das anteriore Ende nach hinten schwingt, während sich der Rest nach vorne bewegt. Nun übertragen Sie dieses Bild auf die Falx cerebri im Verlauf der kranialen Flexionsbewegung. Während die Reziproke Spannungsmembran eine anteriore Richtung einschlägt, bewegt sich das anteriore Ende der Falx cerebri nach posterior und zieht die Crista galli des Os ethmoidale und die Sutura metopica des Os frontale nach posterior. Die Sichel

der Tentoria kann man sich als zwei Sichel in einer schiefen Ebene vorstellen. Ihre anterioren Ansatzstellen an den Processi clinoides des Os sphenoidale werden posterior und superior gezogen, während das Tentorium durch die Außenrotation der Partes petrosae des Os temporale nach anterior bewegt wird.

Die seitlichen Ansätze bewegen sich auf den petrosen Kanten antero-lateral, während der posteriore Pol am Os occipitale nach vorne geschoben wird. Während der Extension und Außenrotation passiert genau das Gegenteil.

Die drei Sichel, d. h. die Falx cerebri und die beiden Tentoria cerebelli treffen sich am Sinus rectus. Dieser Punkt wurde von Dr. Sutherland als Fulkrum bezeichnet. „Das Fulkrum ist eine hebelähnliche Verbindung über die oder durch welche die drei Sichel physiologisch funktionieren, in dem sie ihre Balance im kranialen membranösen Gelenkmechanismus halten.“⁸ Es ist eine sich automatisch verschiebende Vorrichtung, die auf Veränderungen in der Respiration oder auf Fehlpositionierungen im Mechanismus reagiert. Sie ist zugleich eine hebelähnliche Verbindung, von der die drei Sichel herabhängen. Nur zur besseren Veranschaulichung: Sobald Sie einen Kopfstand machen, hängt der Mechanismus an den zwei Tentoria, wenn Sie auf der rechten Seite liegen, hängt er am linken Tentorium und wenn Sie aufrecht stehen an der Falx cerebri.

Die balancierte Membranspannung dieser Reziproken Spannungsmembran ist nicht nur ein antreibender, kontrollierender und einschränkender Faktor der physiologischen Bewegung des kranialen Mechanismus, sondern auch der Schlüssel zur Reduktion traumatischer Strain-Muster, wie die Faszien der Schlüssel zur Korrektur von Strains in anderen Körperregionen sind. Die Fähigkeit der Palpation ist essenziell, um die Qualität ihres Tonus, ihre „Vitalität“ und ihr Potenzial zur Balance zu ermitteln. Bei bestimmten pathologischen Befunden ist es notwendig, die „Vitalität“ der Reziproken Spannungsmembran vor allen anderen Korrekturen wiederherzustellen.

Die Reziproke Spannungsmembran ist darüber hinaus die Antriebskraft für die Bewegung des

venösen Blutes im Kopf. Der Sinus sagittalis superior, der Sinus sagittalis inferior, der Sinus transversus und der Sinus rectus sowie der Sinus petrosus superior, der Sinus petrosus inferior und der Sinus cavernosus liegen zwischen den Durablättern. Der Sinus rectus an der Kreuzung von Falx cerebri und dem Tentorium cerebelli durchquert dieses sich automatisch verschiebende federnde Sutherland-Fulkrum und sorgt so durch Verbindung mit der Vena cerebri magna für eine Drainage an der Schädelbasis.

Der Sinus rectus mündet in den Sinus transversus, welcher zwischen den beiden Durablättern entsteht, und zwar dort, wo diese an der Squama occipitale ansetzt. Der Sinus transversus überkreuzt den Knotenpunkt des Angulus postero-inferior des Os parietale und den Processus mastoideus des Os temporale. Diese Artikulation muss berücksichtigt werden, wenn die venöse Drainage eingeschränkt ist. Eine Restriktion der physiologischen Innen- und Außenrotation der Pars petrosa des Os temporale kann den venösen Fluss durch den Sinus superior und den Sinus inferior als auch den Sinus petrosus verlangsamen.

Eine Störung der sphenoidalen Knochenbeweglichkeit kann mit einer mangelhaften venösen Drainage der Orbita durch den Sinus cavernosus in Verbindung gebracht werden. Der Sinus sagittalis superior liegt zwischen zwei Blättern der Falx cerebri, dort wo sie an der Sutura metopica und der Sutura sagittalis ansetzt. Während einer Außenrotation teilen sich diese Ansätze und verstärken die V-förmige Gestalt des darin liegenden Kanals. Während der Außenrotation nähern sich die Grenzen an. Diese membranöse Gelenkaktivität treibt das venöse Blut zum Confluens sinuum am Os occipitale. Kleine zerebrale Venen ergießen sich in diese großen venösen Hauptstrombahnen. Bei Untersuchungen an Leichen hat man festgestellt, dass sie anscheinend in spitzem Winkel entgegen der Richtung des Blutflusses einmünden. Denken Sie daran, dass sich der lebende Mechanismus in Innen- und Außenrotation bewegt. Während der Außenrotation werden die Mündungen dieser kleinen Gefäße so gedreht, dass sie sich in die Sinus ergießen, als ob ein Installateur ein Ventil öffnen würde. Membranöse Rest-

riktionen in den venösen Hauptstrombahnen können ihre Ursache in Restriktionen der mit ihnen verbundenen Artikulationen haben und dadurch zu pathologischen Befunden in den schlecht drainierten Regionen führen.

Als letztes sei erwähnt, dass zu 95% die venöse Drainage aus dem Kopf durch die Foramina jugularia erfolgt, die den Kopf durch die Artikulation zwischen Os occipitale und Os temporale verlässt. Traumatische Bewegungseinschränkungen in der Sutura occipito-mastoidea oder in der jugularen Region können die venöse Drainage des Kopfes, sogar bis hin zur Orbita ernsthaft einschränken.

Es gibt keine Muskulatur, die diese Gelenkbewegungen oder die Bewegungen der Dura mater vermittelt. Dr. Sutherland erkannte das und sagte: „Das menschliche Gehirn ist ein Motor; der Atem des Lebens ist für den Motor der Zündfunke, etwas das immateriell ist und das wir nicht sehen können.“⁹ Die rhythmische Bewegung des vasomotorischen Zentrums im Gehirn wurde vor mehr als einem halben Jahrhundert durch Traube und Hering¹⁰ postuliert. Swedenborg beschrieb die Bewegung der zerebralen Hemisphären vor 200 Jahren. Lassek¹¹ schrieb über das Gehirn, es sei pulsierend, lebendig, unaufhörlich aktiv... dynamisch. Der Film „*Le Corps Profond*“ gibt uns eine dramatische Darstellung über die Bewegung des lebendigen Gehirns.¹² Ein Student, der nach weiteren Referenzen zur Bewegung des Gehirns sucht, wird bei gewissenhafter Literaturrecherche durchaus fündig. Aber zum Zweck dieser Einleitung ins Kraniale Konzept werden wir unsere Aufmerksamkeit auf die Beobachtungen und Lehrinhalte von Dr. Sutherland richten.

Die synchron mit dem Gelenkmechanismus stattfindende rhythmische Bewegung des Gehirns entspricht der Expansion und Kontraktion der Ventrikel, dem Einwickeln und Abrollen der Hemisphären, das den Hörnern eines Widders ähnelt, und die Verkürzung und Verlängerung der Wirbelsäule. Während der sphenobasilaren Flexion erweitern sich die zerebralen Hemisphären bilateral und die lateralen Ventrikel dehnen sich aus bzw. vergrößern ihr Volumen: der dritte Ventrikel weitet sich superior und wird V-förmig, seine vertikale Ausdeh-

nung nimmt ab und sein Boden steigt hoch und hebt die Hypophyse mittels des Infundibulum. Die Hypophyse wird in der Sella turcica des Os sphenoidale durch eine Durafalte, das kleine Diaphragma sella, „angeschnallt“.

Daher hebt sie, während das Gehirn hochsteigt, ihrerseits das Os sphenoidale nach posterior, was dazu führt, dass das anteriore Ende des Os sphenoidale absinkt. Dies repräsentiert die sphenobasilar Flexion. Gleichzeitig weitet sich der vierte Ventrikel, sein Fassungsvermögen wird größer und die Wirbelsäule verkürzt sich. In der Extension senkt sich die Ebene des dritten Ventrikel, wohingegen sein Querdurchmesser abnimmt, die Hypophyse sich senkt, der posteriore Teil des Sphenoidkörpers senkt sich bei Hebung des anterioren Endes, die lateralen und der vierte Ventrikel kontrahieren und die Wirbelsäule verlängert sich.

Diese für alle physiologischen Funktionen im Körper fundamentale rhythmische Bewegung erfolgt in 10 - 14 Zyklen/min. Sie ist fundamental. Sie reagiert sehr sensibel auf traumatische Schädigungen oder Distorsionen des sie umgebenden Kanium. Aber selbst wenn die Bewegung dadurch in Mitleidenschaft gezogen werden sollte, bleibt sie ein Leben lang bestehen. Die Bewegung des Gehirns besitzt außerdem ein Maximum und ein Minimum. Das Maximum wird während des forcierten Ein- und Ausatmens erreicht, während das Minimum beim „Leerlauf des Motors“, nach einer Kompression des vierten Ventrikel liegt. (Diese Technik wird später beschrieben).

Der vierte Aspekt des Kranialen Konzepts befasst sich mit der *Zerebrospinalen Flüssigkeit*.

„Die Zerebrospinale Flüssigkeit ist das höchste bekannte Element innerhalb des menschlichen Körpers und solange das Gehirn diese Flüssigkeit nicht im Übermaß bereitstellt, wird eine Störung im Körper bestehen bleiben.“ (Dr. Still)¹³

Dr. Sutherland erkannte die Fluktuation der Zerebrospinalen Flüssigkeit, die durch Palpation am Kopf wahrgenommen werden kann.

Diese Flüssigkeit füllt das Ventrikelsystem des Gehirns, aber sie kommuniziert auch über die Foramina von Lushkae und Magendii mit

der Flüssigkeit im Subarachnoidalraum. Und sie formt Zisternen unter dem Pons und dem Chiasma opticum sowie eine Cisterna magna unterhalb des Cerebellum. Sie wird durch die Plexi choroidei im Dach der vier Ventrikel abgesondert. Während der Flexions-Außenrotationsphase des Zyklus erweitert sich das Dach des V-förmigen dritten Ventrikel und der Plexus choroideus spannt sich auf. Auf die gleiche Art und Weise erweitern sich durch den vierten Ventrikel die zerebellaren Hemisphären, wobei der Plexus im Dach dieses Ventrikel ebenfalls aufspannt. Auch die zerebralen Hemisphären weiten sich bei der Außenrotation und dehnen den Plexus choroideus in den Dächern der lateralen Ventrikel. In der Innenrotation wird der Plexus choroideus wie Seegras im Wattenmeer zusammengerafft. Die rhythmische Bewegung des Gehirns ist daher ein bedeutender Faktor für die Sekretion der Zerebrospinalen Flüssigkeit. Es gibt noch viel zu erforschen, was die Produktion und Absorption dieser Flüssigkeit angeht, aber das Konzept ihrer fluktuierenden Bewegung wurde bewiesen.¹⁴ Klinische Beobachtungen zeigten, dass es eine Kommunikation zwischen der Flüssigkeit im ventrikulären und subarachnoidalen System einerseits und der Flüssigkeit der interstitiellen Räume andererseits geben muss.¹⁵ Die tubuläre Beschaffenheit der Kollagenfibrillen im ubiquitären Bindegewebe könnte hier ein entsprechend zur Kommunikation fähiges Kanalsystem liefern.

Die Fluktuationsrate der Zerebrospinalen Flüssigkeit ist in allen gesunden Menschen bemerkenswert konstant und richtet sich nicht nach körperlicher Aktivität, Veränderungen des Umfeldes oder der Atmung und liegt normalerweise zwischen 10 - 14 Zyklen/min. Ihre Amplitude mag sich ändern, ihre Richtung mag durch ein kraniales Trauma beeinflusst sein und ihre Antriebskraft oder Bewegungskraft kann durch Müdigkeit, Stress oder Krankheit verändert werden, aber die Bewegung selbst ist während des Lebens nie unterbrochen. Die Frequenz kann bei Patienten mit seelischen Erkrankungen, etwa im Fall von Schizophrenie, deutlich verlangsamt sein.

Dr. Sutherland wagte es, die Kraft der Zerebrospinalen Flüssigkeit, des höchsten bekannten

Elements, wie es Dr. Still beschrieb, in Erwägung zu ziehen und zu nutzen. Er lehrte eine Technik, die als Kompression des vierten Ventrikel bezeichnet wird und tiefgreifende lokale und allgemeine therapeutische Auswirkungen hat. Dabei handelt es sich um eine Technik, bei welcher der Mechanismus durch eine sanfte Kompression der äußeren Begrenzungen der Squama des Os occipitale an seinen Angulus lateralis stufenweise in Extension geführt wird.

Dies bringt die Flüssigkeitsfluktuation an einen momentanen Still Point, an dem zeitgleich eine plötzliche Veränderung unter den Händen und im ganzen Körper stattfindet. Unter den Händen kommt es zu einem Ausströmen von Wärme und einem Gefühl, als ob die Knochen geschmeidig würden; der Mechanismus setzt eine sehr sanfte, leichte Bewegung in Gang, die mit einem Boot auf einem ruhigen Gewässer verglichen werden kann. Nervöse Anspannungen werden gelöst, allergische Reaktionen können nachlassen, periphere Ödeme können sich zurückbilden, Substanzen innerhalb des Körpers, die eliminiert werden müssen, werden ausgeschwemmt, die inhärenten therapeutischen Kräfte, die benötigt werden, um eine akute Infektion zu überwinden, werden aktiviert, osteopathische Läsionen in anderen Körperregionen verschwinden entweder oder werden leichter korrigierbar, bei Patienten mit rheumatoider Arthritis kann die Beweglichkeit durch wiederholte Anwendung dieser Technik wiederhergestellt werden und beim Auftreten einer Trägheit der Gebärmutter kann diese Technik wieder zu einem effizienten Geburtsverlauf verhelfen. Dies sind nur ein paar der gängigen klinischen Verbesserungen, die sich bei Anwendung dieser Technik ergeben.

Was im Körperinneren aber löste diese therapeutische Veränderungen aus? Lassen Sie mich Dr. Sutherland zitieren: „Ein gegenseitiger Austausch aller Körperflüssigkeiten“.¹⁶ Dieser umfasst alle Viszera, das Bindegewebe und die Faszien. Alle physiologischen Zentren liegen auf der Ebene des vierten Ventrikel und werden durch diese Technik beeinflusst. „Die Zerebrospinale Flüssigkeit steuert den Stoffwechsel, einen großen Teil der unwillkürlichen Bewegungsabläufe und den automatischen Schutz-

mechanismus des Systems.“ Das endokrine System reagiert ebenfalls auf seinen kontrollierenden Einfluss.

Wie bereits zu einem früheren Zeitpunkt beschrieben, nimmt das Volumen der Flüssigkeit innerhalb des Ventrikelsystems während der Extension ab, aber Dr. Sutherland betont, dass es „nicht so sehr der Abfluss (entlang der Nerven) ist, sondern die Veränderung oder Transmutation der Flüssigkeit“¹⁷, die diese Veränderungen auslöst. Ein unsichtbares „Etwas“, das als Nervenkraft bezeichnet werden kann, dieses „höchste bekannte Element“ von Dr. Still, das sich von der Nervenzelle, die Nervenfasern entlang bis zu den Nervenenden, die ihrerseits in den Lymphbahnen „wohnen“, in beständiger Transmutation befindet. Während dieser Transmutation wandelt es seine Bestandteile oder Elemente um. Eine Transmutation stellt eine fluidale Umwandlung dar, die etwa eine in den Lymphknoten angesammelte Infektion verändert, bevor sich diese ins Receptaculum chyli und in die venösen Bahnen ergießt.

Der inferiore Pol dieses Kranialen Konzepts wird durch die Gelenkbeweglichkeit des Sakrum zwischen den Ossa ilia repräsentiert. Die intrakraniale Dura mater ist mit dem Os occipitale am Foramen magnum verbunden. Sie verläuft weiter durch das Foramen, hat innerhalb des Canalis spinalis Verbindung zu T3 und bildet daraufhin eine schlauchähnliche Struktur entlang bis hinab zum zweiten lumbalen Segment. Sie hat eine feste bilaterale Ansatzstelle im Inneren des zweiten sakralen Segments, vergleichbar etwa dem Befestigungsseil eines Zeltes. Folglich werden die Bewegung des Os occipitale in Flexion und Extension, aber auch seine Strain-Muster zum Sakrum übermittelt.

Dr. Sutherland hatte nicht nur erkannt, dass die kranialen Knochen für eine Gelenkbeweglichkeit geschaffen waren, dass sie durch die Reziproke Spannungsmembran der Dura mater beeinflusst und kontrolliert wurden, dass sie durch die inhärente Mobilität des Zentralen Nervensystems und die Fluktuation der Zerebrospinalen Flüssigkeit bewegt wurden und dass sie dies durch eine sakrale Bewegung zwischen den Ossa ilia zeigten. Er erkannte auch, dass diese fünf Aspekte eng mit einander in Beziehung

standen und integrale Bestandteile des *Primären Respiratorischen Mechanismus* repräsentieren. Daraus lässt sich nun ableiten, dass es eine primäre und eine sekundäre Atmung gibt. Als Ergebnis seiner frühen Forschungen, die er an sich selbst durchführte, zeigte er, dass die Kontrolle und das Lenken der kranialen Bewegung eine simultane Anpassung der Sekundätmung nach sich zog. Daraus schloss er, dass die thorakale Atmung sekundär zur kranialen Respiration ist.¹⁸ Alle physiologischen Zentren inklusive des Atemzentrums liegen auf der Ebene des vierten Ventrikel. Sears¹⁹ wies eine zentrale Potenzialdifferenz nach, welche die Aktivität der thorakalen Motoneuronen beeinflusste. Dieses Phänomen konnte bisher bei keinem anderen Wirbeltier nachgewiesen werden.

Es gibt eine feine Wechselbeziehung zwischen der primären Respiration und der sekundären Atmung. Eine forcierte thorakale Atmung führt zu einer Expansion der kranialen Bewegung. Einer Außenrotation der Ossa temporalia folgt eine flachere thorakale Atmung mit erhöhter Frequenz. Die thorakale Atmung kann unter Narkose aussetzen, aber der Primäre Respiratorische Mechanismus funktioniert und existiert solange der Mensch am Leben ist.²⁰

Die thorakale Atmung kann beim Ertrinken aussetzen, aber durch eine kräftige Außenrotation am Os parietale wieder stimuliert werden.²¹

Die Zellatmung stellt wiederum einen Stoffwechselfvorgang dar, der seinerseits eine Gewebsveränderung zur Folge hat. Sie ist die Summe

der chemischen Veränderungen, die sich auf die Funktion der Ernährung beziehen und sie besteht aus zwei Phasen, dem Anabolismus und dem Katabolismus.

Die respiratorische Flexions-Außenrotation der kranialen rhythmischen Bewegung entspricht der Inhalationsphase. Daher stimuliert eine gesteuerte Außenrotation des Os temporale die thorakale Atmung. Respiratorische Extensions-Innenrotation entspricht der Exhalation, die in ihrer extremsten Form beim Tod auftritt.

Die sekundäre Atmung oder thorakale Atmung ist sehr stark variierbar, da sie sofort auf Veränderung der Sauerstoffzufuhr oder den körperlichen Sauerstoffbedarf reagiert. Die primäre Respiration hingegen stellt ein sehr stabiles inneres Milieu dar; es verändert sich nur, wenn ein pathologischer Befund vorliegt. Man könnte die thorakale Atmung oder sekundäre Atmung auch als den Umwandlungsmechanismus beschreiben, der die externen atmosphärischen Gegebenheiten dem Bedarf des stabilen inneren Umfelds des Metabolismus anpasst.

Das Kraniale Konzept von Dr. Sutherland ist nicht nur eine wertvolle diagnostische und therapeutische Vorgehensweise, eine Erweiterung des osteopathischen Konzepts auf die kraniale Sphäre, sondern ein fundamentales physiologisches Phänomen. Dieses physiologische Phänomen, der Primäre Respiratorische Mechanismus begründet alle anderen körperlichen Aktivitäten. Er repräsentiert die Präsenz des „Atem des Lebens“.

Bibliografie

1. Sutherland, AS: With Thinking Fingers. Veröffentlicht durch The Cranial Academy 1962, 13
2. Sutherland, WG: The Cranial Bowl, Ausgabe 1939, Free Press Co. Reprinted 1948, 24
3. Sutherland, WG: Edited by Sutherland AS, Wales AL: Contributions of Thought. Veröffentlicht durch die Sutherland Cranial Teaching Foundation, 1967, 212
4. Anmerkung 1, 30
5. Pritchard JJ, Scott JH, Girgis FG: The structure and development of cranial and facial sutures. J. Anatomy (90) 73-86 Teil I, Cambridge University Press, Januar 1956
6. Frymann, VM: A Study of the rhythmic motions of the living cranium. JAOA Band 7, Mai 1971, 928/83 – 945/100
7. Michael, DK, Retzlaff, E: A preliminary study of cranial bone movement in the squirrel monkey. JAOA (74) 133-138, 1975
8. Anmerkung 3, 213
9. Anmerkung 3, 102
10. Best, CH & Taylor, NB: The Physiological Basis of Medical Practice. A text in applied physiology. Ausgabe 7, Williams & Wilkins Co., Baltimore, 1961
11. Magoun, HI Snr: Osteopathy in the Cranial Field. Anmerkung 8, 23
12. Le Corps Profond Educational Film, Schering corporation
13. Still, AT: Philosophy of Osteopathy. Kirksville, MO, 1899, 39
14. Moskalenko, Yuri: Cerebral pulsation in the closed cranial cavity. NASA T. T., F 158, April 1963
15. Erlingheuser RF: Circulation of the cerebrospinal fluid through the connective tissue system, AAO Yearbook (59) 77, 1959
16. Anmerkung 3, 137
17. Anmerkung 3, 140
18. Anmerkung 2, 56-57
19. Sears T.A. Investigation on respiratory motoneurons of the thoracic spinal cord. Progr, Brain Res. (12) 259-72-64
20. Younoszai R, Frymann VM, Nardell BE, Pryor MJ, Senicki M: Effects of temporal manipulation on respiration, JAOA (81) 80 Nr.1, 751197
21. Anmerkung 2, 54-55

23. DR. SUTHERLAND REICHT DIE FACKEL WEITER

Viola M. Frymann, DO, FAAO
Unveröffentlichtes Manuskript 1986

1952 wurde das Konzept der Kranialen Osteopathie verlacht und verspottet, vor allem in Kalifornien. Und diejenigen, die das Konzept anwandten, wurden als „Kopfklemmer“ bezeichnet. Dennoch entschloss ich mich einen Kurs zu besuchen, nachdem mich einer meiner Patienten wiederholt darum gebeten hatte; und so reiste ich etwas skeptisch nach Denver, wo der Kurs stattfand. Ein ruhiger, sanfter, fröhlicher Gentleman mit weißen Haaren, der hochgewachsene und vornehme Dr. William G. Sutherland hielt jeden Tag während dieses Kurses eine Vorlesung. Das Os occipitale war das Thema einer seiner ersten Vorlesungen.

Dr. Sutherland begann wie folgt: „Dr. Still wählte als Symbol für den Fortschritt im Bereich der Wissenschaft der Osteopathie das Bild eines Eichhörnchens, dessen Schwanz aus einem Baumloch ragt und den es zu ergreifen und dem es zu folgen gilt. In diesem Sinn gelangen wir nun zu den pränatalen und kindlichen Perioden. Dabei werden wir sehr genau Schädelregionen untersuchen, die keinen artikulären Kontakt während dieser ereignisreichen Abschnitte des Lebensbeginns auf der Erde aufweisen. Es ist sogar so, dass die Schädelknochen sich nicht einmal berühren. Was als interessäre Membranen und Verbindungen bezeichnet wird, ist offensichtlich ein Werk Gottes, um dem Schädel die notwendige Flexibilität zum Eintritt in diese Welt geben zu können.“

Er fuhr sodann „sehr präzise“ fort, die Anatomie des sich entwickelnden Os occipitale und die Beziehung der Partes condylares zum Foramen jugulare zu beschreiben. „Eine Kompression der Partes condylares des Os occipitale“, so betonte er, „komprimiert den Nervus vagus und ist der Grund für das sehr häufig auftretende Erbrechen bei Neugeborenen.“ Er fuhr fort: „Aber mehr noch, wenn Sie die Luxation behe-

ben und die Kompression der Partes condylares beseitigen, hört das Erbrechen sofort auf.“

Damit hat Dr. Sutherland es geschafft, uns in einer kurzen Vorstellung dazu zu bringen, „die Osteopathie wie Dr. Still zu begreifen“. Dies tat er, indem er uns die unmerklichen, aber essenziellen Details der Anatomie vorstellte, diese für uns in klinische Manifestationen übertrug und uns zuversichtlich erklärte, dass die entsprechenden Probleme durch manipulative Techniken behoben werden könnten.

Aber wer war dieser Dr. Sutherland und woher nahm er solch eine Autorität? Seine Eltern stammten aus Pionierfamilien, die sich in der Wildnis von Wisconsin niedergelassen hatten. Sein Vater, Robert Sutherland war Hufschmied in Rural, Wisconsin, bis dessen Vater, James Sutherland starb und die Familie eine Zeit lang zu ihrer alten Farm in New Brunswick zurückkehren musste. Dort erblickte am 27. Mai 1873 William Garner Sutherland als zweiter Sohn das Licht der Welt.

Als Kind wurde er durch die Aktivitäten, die Tollkühnheit und die Heldentaten seines älteren Bruders herausgefordert. Viele Dinge bleiben den Historikern verborgen, aber man erinnert sich, dass er in seinen Vorlesungen von Zeit zu Zeit vom Kartoffelfeld seines Vaters erzählte.

„...(Dies) bringt mich zurück in meine Jugendzeit, als mein Vater meinem älteren Bruder Steve und mir auftrag, einen Abschnitt des Gartens nach Kartoffeln umzugraben. Wir gruben also in der traditionellen Art nach den Kartoffeln. Unser Vater sah sich das Feld am nächsten Tag an und sagte: `Jungs, geht und grabt nochmal.`^{xiii} Er hat uns insgesamt noch dreimal zum Kartoffelgraben auf dieses Feld geschickt und jedes Mal fanden wir eine große Anzahl Kartoffeln, darunter auch eine beträchtliche Zahl von Setzlingen und kleineren Kartoffeln. Durch diese frühe Kindheitserinnerung fand ich heraus, *dass sich das Graben lohnt*, auch im übertragenen Sinn“. Er fügte hinzu: „Jahre später fing ich

an, in Dr. Andrew Taylor Stills Wissenschaft der Osteopathie zu graben. Bei diesen intensiven Beobachtungen stieß ich auf eine Menge *kleiner Dinge*, die der Alte Doktor in der Wissenschaft der Osteopathie *die großen Dinge* nannte.^{xiii}

Mit 14 Jahren hatte der junge Sutherland bereits eine journalistische Ausbildung in South Dakota hinter sich und arbeitete dort als Laufbursche im Zeitungsverlag des *Blunt Advocate*. Mit 17 war er bereits stellvertretender Vorarbeiter bei der Zeitung *Aberdeen Daily News* geworden. 1891 kehrte er zu seinen Eltern, die nun in Mapleton, Minnesota, wohnten zurück und wurde Redakteur beim Verlagshaus *Mapleton Enterprise*. Aber er sehnte sich nach mehr Wissen und schließlich landete er 1893 in Fayette, Iowa, um dort an der *Upper Iowa University* zu studieren. Um das Studium finanzieren zu können, musste er nebenher arbeiten, aber diese Arbeit lenkte ihn von seinem Studium ab. Er brach das Studium trotz recht guter Leistungen vorzeitig ab. 1897 war er wieder im Zeitungsgewerbe tätig, diesmal für den *Austin Daily Herald*, als eine flüchtige Begegnung sein Leben nachhaltig verändern sollte. Ein Freund erzählte ihm von Erfolgen durch osteopathische Anwendungen in Kirksville, Missouri, wo dessen Familie lebte und mit einem gewissen Dr. Andrew Taylor Still befreundet war. Sutherland ließ sich beeindruckt und bat um mehr Information. Er besuchte eine Vorlesung von Dr. Edward C. Pickler, der den Beruf des Osteopathen beschrieb. Als zweiter Redner folgte der Sohn des Begründers, Dr. Charles Still, der in Red Wing, Minnesota, als Osteopath praktizierte. Zu dieser Zeit litt Sutherlands jüngerer Bruder Guy an schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen. So hatte Sutherland plötzlich die Idee, dass ihm Osteopathie eventuell helfen könnte. Der kleine Bruder reagierte so gut auf die Behandlung, dass sein Interesse in diesen Beruf nun eine persönliche Note bekam. Er besuchte Kirksville. Er sprach mit Studenten und Patienten. Er sah sich ihre Fortschritte an. Und plötzlich wusste er, dass seine Zukunft in der Osteopathie lag. Zwölf Monate später, im August 1898 saß er als einer von 162 Studenten in der Eröffnungsklasse für einen zweijährigen Kurs an der *American School of Osteopathy* (jetzt:

Kirksville College of Osteopathic Medicine).

Zwei Jahre lang befasste er sich intensiv mit den Worten und Taten des „Alten Doktors“, wie Dr. Still, der in seinen 70ern war, liebevoll genannt wurde. Er lernte wie Dr. Still zu denken und zu schlussfolgern, zwischen seinen Zeilen zu lesen und den wahren Inhalt seiner Aussagen zu ergründen. Der Einfluss dieses außergewöhnlichen Lehrers auf seine Studenten und die Fakultät war ebenso umfangreich und inspirierend. Er war ein einfacher Mann, unpräzise, furchtlos, direkt und vielseitig. Und er war ein tiefgründiger und ehrlicher Denker, Philosoph und Menschenfreund, ein Mann, der Gott sehr nah stand.

Sutherland hatte kaum die Möglichkeit eine enge Freundschaft mit Dr. Still aufzubauen, aber er wurde durch und durch von seiner Philosophie über Gesundheit und Krankheit erfüllt. Der junge Student war sensibel, ging mit einer mitfühlenden und wahrnehmenden Art auf kranke Menschen zu und lernte „Osteopathie wie Dr. Still zu denken“.

Eines Morgens, er befand sich gerade in seinem Abschlussjahr, war er auf dem Weg in die Klasse, als er vor einer Vitrine im Nordtrakt stehen blieb, um sich einen Schädel zu betrachten. Er hatte dieses Exemplar schon früher studiert, aber diesmal war es anders.

„Als ich dort stand und mir dabei Dr. Stills Philosophie durch den Kopf ging, zog die abgeschrägte Gelenkfläche des Os sphenoidale meine Aufmerksamkeit auf sich.“ [Die *Articulatio sphenosquamosa*] „Plötzlich schoss mir ein Gedanke durch den Kopf – ich nenne ihn meinen Leitgedanken – „abgeschragt wie die Kiemen eines Fisches, hinweisend auf die gelenkvermittelte Beweglichkeit für einen respiratorischen Mechanismus“.

Mobilität? In den Schädelknochen? Jeder Fachmann erklärte, dass der einzige Knochen, der sich am menschlichen Kopf bewegte, die Mandibula sei. Er versuchte seinen Gedanken zu vergessen, aber „der verrückte Gedanke“ nagte an ihm. Er verdrängte ihn einige Jahre, aber irgendwie ließ er ihn nie los. Dieser Leitgedanke war in der Tat die Antriebskraft hinter seinen lebenslangen anatomischen Studien, seinen

^{xiii} Engl. Original: *Dig on!*

^{xiv} Anm. d. Hrsg.: Hier bezieht sich Sutherland auf den berühmten Ausspruch *The little things are the big things!* seines Lehrers.

persönlichen Forschungen, die er oft am eigenen Körper durchführte und letztendlich der Offenbarung einer maßgeblichen Erweiterung im Bereich der Philosophie und der Praxis der Osteopathie um das Kranium und der Anerkennung eines fundamentalen physiologischen Phänomens, des Primären Respiratorischen Mechanismus. Es mussten aber noch 40 Jahre vergehen, bevor die erste Vorlesung über diese innovativen Ideen gehalten werden sollte.

In der Zwischenzeit folgte er seiner Berufung in anderen Bereichen. 1908 wurde er zum Präsidenten der *Minnesota State Osteopathic Association* gewählt, der er über viele Jahre hinweg als Vertreter diente. 1920 wurde er Mitglied des ersten Delegiertenhauses der AOA, ein Meilenstein in der Geschichte der Osteopathie, und er führte viele Jahre das Amt als Repräsentant für Minnesota. Das Schreiben ermöglichte ihm eine weitere Möglichkeit gute Dienste zu leisten, sowohl seinem Beruf als auch seiner Gemeinde. 1920 erarbeitete er für die *Mankato Press* einige Artikel im Bereich der Gesundheitsfürsorge, die später in weiteren Zeitungen erscheinen sollten, darunter auch im *Minneapolis Journal*.

Seine erste dokumentierte Publikation im Bereich der Osteopathie war ein sehr origineller Artikel, der Anfang 1914 in einer Ausgabe der Fachzeitschrift *The Osteopathic Physician* veröffentlicht wurde. Schon da war es offensichtlich, dass er sich sehr mit der diagnostischen Palpation beschäftigte und „die Finger lehrte, *wie* sie denken sollen, *wie* sie sehen sollen und sie dann berühren lassen.“

Die bedachte Art und Weise der palpatorischen Untersuchung wurde betont: „Die Finger sollten hier und da innehalten und etwas mehr drücken, um die *tieferen* Dinge von Bedeutung zu erfassen... Die Finger sollten an einer Stelle *verweilen* und dort bestimmt, aber sanft und dennoch tief an den Gelenken, Bändern oder Muskeln ruhen“. Darüber hinaus „sollten die Finger nicht nur *fühlen*, während sie *diagnostizieren*, sondern auch *fühlen*, während sie *behandeln*!“ Er betonte, dass es zum Erlernen dieser Kunst der Palpation „essenziell ist, die eigenen Finger an die des Dozenten zu legen und ihm bei dem *Berühren*, beim *Wie* und beim *Danach* zu folgen.“

„Kriegen Sie das *Gefühl! Legen wir los und fühlen wir!*“ Und es gibt auch 70 Jahre später keine bessere Methode, die Kunst der Palpation zu lehren.

Die Betonung der fachkundigen Palpation wurde 1925 weiter in drei Artikeln im *JAOA* unter dem Titel „Denken kontra Herumprobieren“ behandelt. „Der Osteopath ist ein Denker, kein Pfuscher, seine Hände... haben die Fähigkeit, in den Fingerspitzen intelligent zu denken.“ In diesen Artikeln widmet sich Dr. Sutherland zunächst der atlanto-okzipitalen Region und anschließend der atlanto-axialen Pathologie, die oft mit einem posterioren Os occipitale zusammenhängt.

„Die Finger sind denkende-fühlende-sehende Instrumente, unter Ihrer Führung. Das Gewebe zu fühlen und zu sehen, während sie Ihre Finger darüber bewegen, darin besteht die fachkundige Kunst, die als osteopathische Technik bekannt ist.“

Als nächstes widmete er sich der Pathologie der oberen Rippe, wobei er die Rippenbewegung bezogen auf die vertebrale Artikulation als posterior und lateral während des Einatmens und anterior und medial während des Ausatmens beschrieb. Die essenzielle Komponente dieser korrigierenden Technik stellte dabei nicht die Position des Patienten oder eine spezielle Manipulation dar, um den Winkel nach innen zu ziehen, erklärte er, „sondern benutzen Sie ihren Kopf zusammen mit Ihrem Tastsinn.“

Dann verweist er auf sein „Buch-der-Erfahrung“, um die *Articulatio acromioclavicularis* zu erörtern. Dies ist eine weitere Herausforderung für die Fähigkeit spezifisch diagnostisch zu palpieren, da dort häufig Probleme durch alle möglichen Aktivitäten entstehen. „Die Gelenkfläche des *Processus acromialis* gleitet oder rotiert anterior, während das äußere Ende der Klavikula nach posterior gleitet: eines nach vorne, das andere nach hinten, nicht ‘nach oben’, auch nicht ‘nach unten’“. Die 11. und 12. Rippe weist zudem auf Beschwerden im sakroiliakalen Bereich hin. Dies führt zu lumbaler Rigidität bzw. Verspannungen des *Musculus psoas* und führten zu einer interessanten Bemerkung über Methoden zum „Lösen“. „Lösen von Strukturen wurde nie als wissenschaftliche osteopathi-

sche Anwendung erachtet,“ schrieb er. „Sind die Gewebe starr, handelt man gut, wenn man nach der Ursache für diese Starre forscht... mit einem intelligenten Tastsinn.“ Dr. Sutherland lehrte Mitgliedern der *State Osteopathic Association* 1929 die Krankenbett-Technik beim „Plattfuß“, einer spinalen Läsion in Hyperextension, die so häufig bei akuten Erkrankungen wie Influenza auftaucht. Immer und immer wieder betonte er die enorme Bedeutung des „Fühlens im Gewebe“, das bei jedem Behandlungsschritt von Akuterkrankungen notwendig sei. Das besondere Behandlungsziel in diesen Fällen ist „die Entspannung der spinalen anterioren ligamentären Spannungen und aller anderen Gewebespannungen, um einerseits einen normalen Blut- und Lymph austausch im Bereich der Wirbelsäule zu ermöglichen und andererseits auch störende reflektorische Einflüsse durch die Ganglia sympatica zu beseitigen.“

1949 veröffentlichte Howard Lippincott, DO, eine Sammlung von Dr. Sutherlands Techniken, die sich auf Probleme in allen Körperregionen, ausgenommen des Kranialen Mechanismus, bezogen. Im Vorwort wird der Leser darauf hingewiesen, dass zu der Zeit, als Dr. Sutherland seine osteopathische Ausbildung in Kirksville absolvierte, Dr. Andrew Taylor Still sorgfältig jede Unterweisung beaufsichtigte. Die Prinzipien, die gelehrt wurden, mussten genau mit seinem Konzept übereinstimmen. Dr. Sutherland lernte schnell und hielt sich bei seinen Überlegungen und der Ausübung seines Berufes strikt an die Instruktionen von Dr. Still. Diese Techniken sind sowohl ein lebhafter Beweis für das Denken und Schließen als auch für die diagnostischen und therapeutischen Praktiken von Dr. Still. Die Belastungen und Strains, die heutzutage auf den menschlichen Körper einwirken, entsprechen nach wie vor jenen, die Dr. Still damals als wichtigste Ursachen für Krankheiten ausmachte. Auch die Reaktionen des Körpers auf unterschiedliche osteopathische Behandlungsformen sind seit 100 Jahren im Wesentlichen gleich geblieben.

Die osteopathische Läsion, in einer modernen Terminologie auch als osteopathische somatische Dysfunktion bekannt, ist ein Strain des Körpergewebes. Am Gelenk sind vorrangig die

Bänder betroffen, daher bevorzugte Dr. Sutherland den Ausdruck „ligamentärer Gelenk-Strain“. Da es die Bänder sind, die hauptsächlich für das Fortbestehen der Läsion verantwortlich sind, werden diese und nicht etwa die Muskeln bei einer Korrektur behandelt. Das Gelenk wird dabei in die Richtung bewegt, aus welcher die Verletzung herrührt, um dadurch einen Balancepunkt zu erreichen. An diesem Punkt wird die Atmung oder die muskuläre Kooperation des Patienten mit einbezogen, um den Abwehrmechanismus des Körpers zu überwinden und ein Release der Läsion zu bewirken.

Es gibt ein paar Ausnahmen zu diesem allgemeingültigen Korrekturprinzip. Eine direktere Art der Behandlung kann bei einem akuten, kürzlich aufgetretenen Strain angewandt werden. Es wird hier noch einmal betont, dass die essenzielle Ausstattung des Osteopathen seine Fähigkeit darstellt, die betroffenen Strukturen zu visualisieren und den Strain mit seinen denkenden, fühlenden und sehenden Fingern zu lösen.

Nun hatte Dr. Sutherland aber etwas, das er sein Hobby nannte und dem er sich privat im Hinterzimmer seines Hauses widmete. Sein Verbündeter bei diesen geheimen Aktivitäten war Mike, der sein Kranium für diese Sache geopfert hatte (er nannte das Skelett, das er für seine Forschungen benutzte, Mike). Der Forscher war entschlossen, den Gegenbeweis für seinen „verrückten Gedanken“ aus dem Jahr 1899 anzutreten und begann die Schädelanatomie zu studieren. Aber je mehr Knochen er untersuchte, die allesamt Schrägen, Nähte, Angel- und Drehpunkte und eine Fülle, den Ingenieuren wohl bekannte Gelenkvorrichtungen aufwiesen, desto mehr musste er zugeben, dass diese Knochen tatsächlich dafür geschaffen waren, sich zu bewegen. Jeder zwar auf seine eigene Art und Weise, aber dennoch harmonisch interagierend mit allen anderen. Weitere Überlegungen zur Anatomie erbrachten, dass die Durafalten und Wände, die Falx cerebri, das Tentorium cerebelli und die Dura mater im Spinalkanal eine Funktionseinheit bildeten – eine Reziproke Spannungsmembran, welche die Bewegung jedes einzelnen Teils in diesem Mechanismus, inklusive des Sakrum, kontrol-

liert, begrenzt und aktiviert. Aber was genau aktiviert diese Bewegung, was ist die Quelle und der Ursprung dieser Bewegung? Er antwortete: „Als membranös-artikulär arbeitende osteopathische Mechaniker erlangen wir zusätzliches Wissen bezüglich aller Körperaktivitäten, wenn wir das *rhythmische* Grundprinzip unseres Lebens untersuchen. Das Cerebrum bezeichnet hierbei den primären Vermittler.“

1932 bekam Dr. Sutherland eine Einladung zur AOA-Tagung in Detroit, Michigan, um dort seine „kranialen Gedanken und Vermutungen“ vorzustellen. Der Vortrag wurde im darauf folgenden Jahr zusammen mit einer Erörterung der Inhalte durch den Präsidenten der AOA, Dr. John A. MacDonald, vorgestellt. Er lobte Dr. Sutherlands gewissenhafte, wissenschaftliche Haltung, er war beeindruckt von seinen Ideen und er drang auf eine sorgfältige Auseinandersetzung mit dem von Dr. Sutherland vorgestellten Konzept. Dennoch kamen zu diesem ersten historischen Vortrag gerade einmal sieben Interessenten!

Der kraniale Beitrag zur osteopathischen Praxis wurde nur sehr verhalten aufgenommen, den meisten war er egal, einige machten sich über ihn lustig oder verschmähten ihn sogar. Was sollte Dr. Sutherland machen? 1939 veröffentlichte er „*The Cranial Bowl*“, ein kompaktes kleines Buch, das seine Theorie so einfach und klar wie möglich darstellte. Seine einzige Motivation für diese Publikation, so gab er es im Vorwort an, sei es, „berufliches Interesse für unsere Annahme, dass es die kraniale membranöse Gelenkbeweglichkeit gibt, zu wecken.“ Aber die meisten Exemplare dieses Buches verstaubten jahrelang in einem Regal.

1940 wurde er eingeladen, seine originellen Ideen einer avantgardistischen Gruppe von Osteopathen vorzustellen, der *International Society of Sacro-Iliac Technicians*. Dr. Perrin T. Wilson war von Dr. Sutherlands Unterlagen beeindruckt und wollte mehr Informationen über die Trigeminusneuralgie erhalten. Kurze Zeit später wurde Dr. Wilson ein Zahn gezogen, wobei sich eben diese Schmerzform entwickelte. Er wandte Dr. Sutherlands Technik an und sie erwies sich als sehr effizient. Die Eröffnung der *Tic-Spastic Clinic* in Boston war das

Ergebnis seiner positiven Erfahrungen und dem Interesse, seinen Patienten einen noch besseren Service zu bieten. Dr. T. L. Northup wandte die Technik bei einem Patienten an, der jahrelang an Migräne gelitten hatte. Er schrieb: „Die Ergebnisse waren so spektakulär, dass es geradezu zwingend erschien, alles über diese neue Dimension der Osteopathie in Erfahrung zu bringen.“

Zwei Jahre später luden die Dres. Wilson und Northup Dr. Sutherland ein, das Kraniale Konzept vor einer Gruppe von sechs herausragenden Osteopathen vorzustellen. Diese Herren waren Bevollmächtigte und Mitglieder der neuen Tochtergesellschaft der AOA, der *Academy of Applied Osteopathy* (später bekannt als *American Academy of Osteopathy, AAO*). Die Tagung löste einhellige Zustimmung aus und hieraus gründete sich 1946 die von der AAO unterstützte *Osteopathic Cranial Association*. Nun endlich zog diese Erweiterung von Dr. Stills Osteopathie in den kranialen Bereich auch interessierte Studenten an, die von der Inspiration, dem Enthusiasmus, dem Engagement und der Hingabe von Dr. Sutherland angesteckt worden waren.

Bereits 1940 hatte Dr. Raleigh S. McVicker aus Oregon die Botschaft erfasst – und er wurde ein qualifizierter Vertreter dieser Methode. Und 1942 waren die Lippincotts aus New Jersey gekommen, um sich zu informieren. Sie widmeten der Methode schließlich den Rest ihres Lebens durch Studium, Lehre und Schreiben. 1943 sammelten und veröffentlichten sie das erste *Manual of Cranial Technique*, das aus Skripten zum Buch *The Cranial Bowl* erarbeitet wurde. 1945 arbeiteten sie zusammen mit Dr. Sutherland an einem Buch, das *Compression of the Condylar Parts of the Occiput* hieß und sich mit den Auswirkungen pränataler und perinataler Traumata bzw. Traumata in den ersten Lebensjahren auseinandersetzt. Dr. Sutherland hatte bereits die Bedeutung einer solch frühen Distorsion als Ursache zahlreicher Probleme in der Kindheit und im Erwachsenenalter erkannt.

1944 meldete sich Harold I. Magoun, DO, aus Denver bei einem der Kurse von Dr. Sutherland, um diese unsinnigen Vorstellungen vom

Schädel zu enthüllen und zu widerlegen. Aber Dr. Magoun litt seit 45 Jahren auch an einer furchtbaren Migräne. Nach diesem Kurs und der Behandlung durch mehrere Hände gleichzeitig, hatte er nie mehr Kopfschmerzen und von da an widmete er sein gesamtes Vermögen, seine Zeit und seine Energie der Förderung von Dr. Sutherlands Arbeit. Er sammelte Informationen für ein umfangreiches Buch, das 1951 veröffentlicht wurde und *Osteopathy in the Cranial Field* hieß. Er überarbeitete es später noch einmal vollständig und veröffentlichte einen wesentlich umfangreicheren Band im Jahr 1966.

Und so wuchs „die kraniale Familie,“ wie diese Gruppe mutiger Pioniere in diesem Feld genannt wurde. Sie wuchs nicht nur zahlenmäßig, sondern auch an Weisheit, Verständnis und Wahrnehmungskraft. Dr. Sutherland war ein Mann tiefer Demut. Er drängte sich und seine Konzepte niemals ungefragt ins Rampenlicht. So lange war er diesen Weg der Forschung gegangen, allein angetrieben durch eine unbewusste Kraft und sein intuitives Gespür, die er nicht missachten konnte. Es handelte sich tatsächlich um die Manifestation einer inneren Orientierung, voller Vertrauen und Selbstdisziplin. Jeden Tag hielt er Schweigeminuten ein, dies waren für ihn Oasen der Überlegung, aus denen er seine produktivsten Ideen schöpfte. „Sei still und wisse“, war einer seiner immer wieder geäußerten Ratschläge. „Näher ist ER dir als dein Atem“, war ein integraler Teil seiner Philosophie, seines inneren Wissens.

Er lehrte seine Studenten scheinbar gerade so viel, wie sie verstehen konnten. 1946 schließlich war es soweit und er offenbarte ihnen die Gesamtheit dieses lebenden, atmen- den Konzepts. Nun war es nicht länger nur ein Gelenkmechanismus mit einer alles umspannenden Reziproken Spannungsmembran, der sich bis zum Sakrum ausdehnte und durch rhythmische Auf- und Abwickeln der zerebralen Hemisphären aktiviert wurde. Es war lebendig mit einer dynamischen inhärenten Fluktuation der Zerebrospinalen Flüssigkeit, dem „höchsten bekannten Element“ des menschlichen Körpers. Seine rhythmische Kraft kann als die einzig bewegende Kraft beschrieben werden, die zur Reduktion eines membranösen Gelenk-

Strains notwendig ist. „Seine Kraft“, so schreibt er „wurde mit einem Meer-um-uns-herum verglichen, mit einem konstanten fluidalen Körper, der die Ventrikel des Gehirns rhythmisch durchdringt und sich von dort während der periodischen Respiration anflutet und abebbt... ich erachte diese Funktion als physiologische Gesetze, die nicht von Menschenhand stammen und auf die sich Dr. Still häufig bezog.“

Das also war der Primäre Respiratorische Mechanismus. Er besitzt einen „fluiden Antrieb“ durch die Aktivität der Zerebrospinalen Flüssigkeit. Er verfügt über eine *Reziproke Spannungsmembran*, die notwendig ist, um das Anfluten und Abebben während der Inspiration bzw. Expiration überhaupt zu ermöglichen.

Er weist eine *Gelenkbeweglichkeit* im Schädel und im Sakrum *zwischen* den Ossa ilia auf. Und es gibt das *primäre physiologische Respirationszentrum* auf der Ebene des vierten Ventrikel. Die Zerebrospinale Flüssigkeit mit ihrem „höchsten bekannten Element“ wird als die *fundamentale Einheit* für das Funktionieren dieses Mechanismus erachtet.

Dr. Stills „höchstes bekanntes Element“ ist jener *primäre* „Atem des Lebens“, der in eine Tonform gehaucht wurde (Genesis 2,7) und er betonte, dass es *nicht* das Atmen der Luft ist, das den Menschen das Leben auf dieser Erde ermöglicht.

Osteopathen aus allen Teilen des Landes kamen zum Studium, zunächst bei Dr. Sutherland selbst und später bei seinen Schülern. Sie kehrten nach Hause zurück und brachten ihren Patienten die Vorteile mit, die nur diese Behandlung zu bieten hat. Rasch überbot die Nachfrage der Patienten das Angebot an Kranialen Osteopathen.

Dr. Sutherland wurde letztendlich anerkannt und bekam die höchsten Auszeichnungen seines Berufsstandes. Trotzdem wusste er besser als irgendjemand, dass dies nur ein Anfang war. Sollte die Erweiterung der osteopathischen Wissenschaft um das Kranium ein integraler Teil der Osteopathie werden, musste sie durch solide Forschung untermauert werden. Die ersten Projekte hierzu wurden am *Des Moines Still College of Osteopathy and Surgery* durch Hewitt,

Lippincott, Rankin, Woods und Moore durchgeführt.

Ziel war es, in der *Sutura frontozygomatica* eines Kadavers induzierte Bewegungen nachzuweisen und zu dokumentieren. Vierzehn weitere Jahre vergingen, bevor die Bewegung des Kranialen Mechanismus am lebenden Subjekt mechanisch durch Frymann dokumentiert werden konnte.

Während dieser Jahre, in denen Dr. Sutherland Forschungen an seinem eigenen Kopf durchführte, fügte er seinem Mechanismus bestimmte membranöse Gelenk-Strains zu, um festzustellen, wie seine anatomische Struktur auf solche Kräfte reagieren würde. Außerdem wollte er die daraus resultierenden klinischen Manifestationen aufzeigen. Dr. Still hatte behauptet, dass „Krankheit das Ergebnis anatomischer Anomalien infolge physiologischer Missklänge ist“. Der physiologische Missklang, der sich bei ihm durch die okzipitomastoidalen Strains manifestierte, war außergewöhnlich ernst und umfassende Nervosität, Anspannung, Reizbarkeit, einen veränderten Gesichtsausdruck, Realitätsfremde und das Gefühl „Dinge zu sehen“. „Tatsächlich wurde ich durch meine Forschungen an mir selbst zu einem Fall für die Nervenambulanz.“ Aber die dramatische Genesung nach Korrektur der membranösen Gelenk-Strains zeigte ihm, dass auch nervlich oder emotional erkrankte Patienten davon profitieren konnten.

1930 sandte er einen sorgfältig ausgearbeiteten Brief an das *Still-Hildreth Osteopathic Sanatorium* in Macon, Missouri, wobei er seine Forschungen beschrieb und seine Ergebnisse bei der praktischen Anwendung mitteilte. Aber die Antwort war negativ.

Es blieb immer sein Wunsch, dass sein Konzept eines Tages anerkannt, zugelassen und den geistig Kranken zur Verfügung gestellt werden würde. Er sollte es zwar nicht mehr erleben, aber 1961 veröffentlichten John und Rachel Woods eine entsprechende Forschungsarbeit bezogen auf psychische Erkrankungen auf der Basis einer einjährigen Studie von Patienten am *Osteopathic Sanatorium* in Macon, Missouri.

Eine sorgfältige Beobachtung seines Gesichts im Spiegel, während er Veränderungen an den

Membranen und Gelenken seines Kopf vornahm, hatte Dr. Sutherland bewiesen, dass die Augenhöhle und der Augapfel ihre Größe ändern konnten und damit die Sehschärfe abnahm. Dagegen wurde sie besser, sobald die physiologische Funktion des Kranialen Mechanismus wiederhergestellt war. Strabismus und Phorie reagierten auch auf die Korrektur der membranösen Gelenk-Strains. Veröffentlichungen in diesem Gebiet stehen noch aus, aber es gibt zahlreiche anekdotenhafte Erlebnisse, die Dr. Sutherlands Beobachtungen untermauern.

Schwere Zahnschmerzen und die Extraktion eines unteren Backenzahns bescherten ihm noch eine andere Erfahrung über die Auswirkungen anatomisch-physiologischer Störungen des Kranialen Mechanismus. „Die dentale traumatische Läsion öffnet dem Beruf des Osteopathen eine Fülle neuer Möglichkeiten“, schrieb er. „Dies sollte den Zahnarzt ebenfalls interessieren.“ In den Jahren, die seither verstrichen sind, hat die Berufsgruppe der Zahnmediziner durchaus einige Erkenntnisse in der Wissenschaft der Osteopathie gewinnen können. So gelangten sie zu einem neuen Verständnis der Okklusionsstörungen, einer verbesserten Therapie bei Kiefergelenksbeschwerden, sanfteren Behandlungsmethoden bei zahlreichen zahnärztlichen Eingriffen und erlernten manipulativen Techniken, um das bei bestimmten Behandlungen unvermeidbare kraniale Trauma selbst zu korrigieren.

Es gab jedoch kein Behandlungsfeld, mit dem sich Dr. Sutherland mehr auseinandersetzte, als mit dem der „verbogenen Äste“. „Wie der Zweig gebogen wird, so wächst der Baum.“ Da das sich entwickelnde Krania, bestehend aus interessären Membranen und Verbindungen und formbaren Knochen, den Kräften der uterinen Kontraktion ausgesetzt ist, können sich strukturellen Anomalien bilden, welche die inhärenten therapeutischen Selbstheilungskräfte des Körpers überfordern.

Dies lässt sich fast nicht vermeiden, sofern der nach unten gleitende Kopf in eine Obstruktion des Geburtskanals gerät oder Distorsionen bzw. ein Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken vorliegt. Die Ursachen alltäglicher Probleme wie Erbrechen,

Schlaflosigkeit nervöse Hypertonie des Kleinkindes, neurologische Probleme und Verhaltensprobleme in der Kindheit, schulische Probleme und Wahrnehmungsstörungen im Schulalter und eine lebenslang erhöhte Anfälligkeit für Erkrankungen sind oft auf lange, schwere und traumatische Geburten zurückzuführen.

Zugleich könnten viele dieser Probleme durch die Anwendung der wahrnehmenden osteopathisch-palpatorischen Diagnose und Behandlung bereits in der neonatalen Phase vermieden werden.

In jener ersten Vorlesung stellte Dr. Sutherland den Sachverhalt so logisch, so einfach und so offensichtlich dar. Aber wie konnte es dann sein, dass eben diese Symptome nicht auf die gängigen Therapien der konventionellen Medizin ansprachen? Nach einer Studie an über 1.250 Neugeborenen, die acht Jahre dauerte, war ich erschüttert, dass fast 90% der Neugeborenen eine eingeschränkte kraniale Mobilität aufwiesen. Ich war zudem beeindruckt über das Nachlassen des Erbrechens und der nervösen Spannung, gleich nachdem bei diesen Neugeborenen die Kompression der Partes condylares des Os occipitale gelöst wurde.

Diejenigen, die keine Mühe gescheut und genug Zeit investiert haben, um ihr Wissen und die Fähigkeiten der osteopathischen Wissenschaft zu verfeinern, können täglich das uneingeschränkte Behandlungspotenzial für die Kranken dieser Welt unter Beweis stellen. Es gibt eine beträchtliche und stetig wachsende Anzahl von Forschungsinstitutionen, die Dr. Sutherlands Hypothesen belegen und er würde wahrlich über Retzlaffs Schlussfolgerung frohlocken, die dieser aus vielen Jahren sorgfältiger histologischer und physiologischer Forschungsarbeit im Bereich kranialer Artikulationen zog. So etwa, dass wir nämlich „unfähig waren, die vorherrschende Meinung zu bestätigen, die Suturen würden sich in jedem Lebensalter komplett verwachsen zeigen“. Momentan sind klinische Forschungen im Gange, welche die Reaktionen von Patienten auf die Behandlung dokumentieren und analysieren. Eine Studie bezogen auf Probleme bei Kindern wird derzeit von der *American Association of Osteopathy* unterstützt.

Aber wie würde Dr. Sutherland unseren fachlichen Fortschritt bewerten, wäre er heute hier?

Er hatte gehofft, dass die Wissenschaft der Osteopathie ein zentraler Teil des Lehrplans aller osteopathischen Colleges werden würde. Seit er vor dreiunddreißig Jahren von uns gegangen ist, wurden inzwischen zwar große Fortschritte gemacht, aber man kann noch nicht behaupten, am Ziel angekommen zu sein. Das Ziel, die Erweiterung der Osteopathie um das Kranium als integralen Bestandteil der osteopathischen Ausbildung an allen Hochschulen zu etablieren, wurde noch nicht erreicht.

Er hatte gehofft, dass die Anwendung der osteopathischen Wissenschaft in jeder osteopathischen Praxis angeboten würde. Aber es ist leider immer noch so, dass Patienten weite Strecken auf sich nehmen müssen, um osteopathische Praxen zu finden, in denen der gesamte Körper inklusive des Kopfes untersucht und behandelt wird. Er hatte gehofft, dass die Psychiatrie, die Augenheilkunde, das HNO-Gebiet, die Geburtshilfe und besonders die Kinderheilkunde die Wissenschaft der Osteopathie implementieren würden und dadurch ihren Patienten unschätzbaren Nutzen brächte.

Dieses spezielle Gebiet innerhalb des umfassenden Konzepts der osteopathischen Wissenschaft muss erst noch umgesetzt werden, aber hier und da kommt es schon zum Vorschein. Dr. Sutherland würde die Verbreitung und die Potency der Anwendung seiner geschätzten Wissenschaft sowohl in den USA als auch im Rest der Welt sehr begrüßen. Aber ich glaube, er wäre enttäuscht, wenn er eine großartige Profession sehen würde, die sich Osteopathie nennt, diese aber nicht praktiziert und unfähig ist, die umfassende Bedeutung der osteopathischen Wissenschaft zu verstehen.

„Die Möglichkeiten in Dr. Stills osteopathischer Wissenschaft sind größer als die Ausmaße des Universums“, erklärte er und fügte schon im Jahr 1953 hinzu: „Diese Aussage kann bewiesen werden, sie wird gerade bewiesen“. Was lehrte Dr. Sutherland? Waren es Handgriffe? Nein. War es eine eigenständige Therapie? Nein. War es Osteopathie im kranialen Bereich? Nein. Es war die osteopathische Wissenschaft, die den

anatomisch-physiologischen Mechanismus im gesunden und im kranken Zustand begreift.

Da wir nun in die Vergangenheit geblickt und aus ihr gelernt haben, können wir in die Zukunft blicken. Lassen Sie uns heute mit neuer Entschlossenheit die umfassende Wissenschaft der Osteopathie in jeder Hochschule, die den Namen Osteopathie trägt, einführen.

Dann erst werden dort Osteopathen ihren Abschluss machen, die in ihren Praxen gemäß der Wissenschaft der Osteopathie behandeln werden. Dann erst wird die Wissenschaft der Osteopathie der Eckpfeiler eines jeden Fachbereichs werden, egal ob in einer Einrichtung, Klinik oder Praxis.

Lassen Sie mich am Ende Dr. Sutherland aus einer seiner letzten Vorlesungen am 9. Januar 1953 in Kirksville zitieren: „Ich habe oft gesagt, dass wir in der Osteopathie etwas verloren haben, das Dr. Still uns überreichen wollte. Es handelte sich um die spirituelle Komponente, die er der Wissenschaft der Osteopathie gab. Ich meine nicht die spirituelle Welt an sich.

Nein. Ich meine die unmittelbare SPIRITUALITÄT unmittelbar vom Schöpfer. Eine die während der traurigsten Zeit seines Lebens zu ihm kam, als er sich in einem frommen Gebet direkt an Gott wandte... Was folgte, war das osteopathische Konzept. Es kam so ans Licht, wie alle anderen Wahrheiten, die der Menschheit von Nutzen sind.“

Und was liegt vor uns? Dr. Sutherland wählte die Worte eines herausragenden Wissenschaftlers, Dr. Steinmetz: „Ich glaube die größten Entdeckungen werden entlang der spirituellen Grenzen vollzogen. Eines Tages werden die Menschen erkennen, dass materielle Dinge ihnen nicht das große Glück bringen und wenig dazu beitragen, um Männer und Frauen kreativ und mächtig werden zu lassen. Dann werden die Wissenschaftler auf der ganzen Welt anfangen, ihre Laboratorien auf die Studien Gottes, auf Gebete und spirituelle Kräfte auszurichten, die bisher kaum berührt wurden.“

Lassen Sie uns Osteopathie denken, wie es Dr. Still und Dr. Sutherland getan haben.

Bibliografie

- Frymann, VM: Study of the rhythmic motions of the living cranium. JAOA (70) 928-945. Mai 1971 Frymann, VM: Relation of disturbances of craniosacral mechanism to symptomatology of the newborn: a study of 1.250 infants. JAOA (65) 1059. Jun. 1966 Gelb, H: Clinical Management of Head, Neck and TMJ Pain and Dysfunction. WB Saunders Co. Philadelphia, 1976. Lay, E.: Osteopathic Management of TMJ Dysfunction. 507-532
- Gillespie, B: Dental considerations of craniosacral mechanisms. Journal Craniomandibular Practice. 3: 381-384. Dez. 1975 Hewitt, WE, Lippincott, HA, Moore, LD, Rankin, WC, Woods, JM.: Motion at cranial sutures: a method for its mechanical amplification and registration with preliminary report of frontozygomatic motion in man. Journal Osteopathic Cranial Association, 51-55. 1957-58
- Lippincott, HA: The osteopathic technique of William G. Sutherland, DO. AOA Yearbook, 1-24, 1949
- Lippincott, RC and HA: A Manual of Cranial Technique. Edwards Brothers. Ann Arbor, MI 1943 Lippincott, RC and HA: Compression of the Condylar Parts of the Os occipitale. 1945 Magoun, HI: Osteopathy in the Cranial Field. Journal Printing Co., Kirksville, Missouri. Erste Auflage 1951. Zweite Auflage, 1966 Retzlaff, EW, Mitchell, FL: The Cranium and Its Sutures. Springer-Verlag. 1987
- Sutherland, AS: With thinking fingers. Cranial Academy, 5-16.1962
- Sutherland, WG: Phonograf Recording. The Hole in the Tree. SCTF
- Sutherland, WG: Contributions of Thought. Compiled by Sutherland, AS and Wales, AL. SCTF, 1-30, 1967
- Woods, JM and RH: Physical findings related to psychiatric disorder. JAOA (60) 988-993. Aug. 1961

24. MANIPULATIVE BEHANDLUNG EINER SINUSINFEKTION

Viola M. Frymann, DO, FAAO

Unveröffentlichte Vorlesung am *Kirksville College of Osteopathic Medicine*, 1968

Die Sinus nasales stellen mit Luft gefüllte Hohlräume im Bereich des Gesichtsschädels dar, verringern durch ihre Luftfüllung das Gewicht des Schädels und tragen darüber hinaus zur Stimmresonanz bei. Diese innerhalb des Os frontale, des Os ethmoidale, der Ossa maxillaria und des Os sphenoidale liegenden Sinus sind zusätzlich mit einer mit Flimmerhärchen versehenen Schleimhaut ausgekleidet. Sie können sich durch das Sekret, das von den Schleimhautzellen produziert wird, selbst reinigen. Die Sinus nasales kommen paarweise vor und sind über kleine Zugänge mit der jeweiligen Nasenhöhle verbunden.

Will man eine spezielle Region des Körpers osteopathisch behandeln, ist es notwendig den problematischen Bereich zunächst lokal zu evaluieren, um diese Befunde anschließend in den Gesamtkontext einzuflechten.

Trägt man nun die anatomischen und physiologischen Symptome des Patienten mit einer Sinusitis zusammen, sollte man folgenden Merkmalen Beachtung beimessen:

- a. der arteriellen Blutversorgung,
- b. der venösen Drainage,
- c. der lymphatischen Drainage,
- d. der Versorgung der Nerven und
- e. der Beziehung zwischen der lokalen Struktur und dem gesamten Mechanismus des Körpers.

Arterielles Blut wird durch die anterioren und posterioren Äste des Os ethmoidale der **Arteria ophthalmica** und durch die sphenopalatinen, septalen, infraorbital alveolaren und pharyngealen Zweige der **Arteria maxillaria interna** zu den nasalen Sinus transportiert. Es ist daher notwendig, sich auch der Arteria carotis interna, der Aorta carotis externa und der Arteria

carotis communis sowie der Arteria maxillaris interna bewusst zu sein.

Die **venöse Drainage** erfolgt durch die Vena sphenopalatina, die Vena facialis anterior, die Vena ophthalmica, die Venen innerhalb der Lamina cribrosa des Os ethmoidale und jene im Foramen caecum. Sie folgt weiter dem externen Drainageweg (1) der Vena jugularis interna unter der Ebene des Os hyoidale und (2) dem internen Drainageweg im Sinus cavernosus und Sinus petrosus zum Foramen jugulare und anschließend durch die Vena jugularis interna sowie dem zerebralen Drainageweg (3) im Sinus sagittalis superior, Sinus lateralis und Bulbus jugularis.

Die **lymphatische Drainage** erfolgt über die retropharyngealen Lymphknoten und die oberen tiefen Lymphknoten am Hals. Diese stehen in einer engen Beziehung mit der Vena jugularis interna unter dem Musculus sternocleidomastoideus und werden durch den Truncus jugularis, der auf der rechten Seite am Knotenpunkt der Vena jugularis interna und der Vena subclavia liegt und auf der linken Seite mit dem Ductus thoracicus zusammentrifft, drainiert.

Die **sympathetische Nervenversorgung** entspringt im oberen thorakalen Bereich des Grenzstrangs, durchkreuzt zunächst die inferioren und dann die superioren zervikalen Ganglien und begleitet die sympathischen Fasern der Plexus der Arteria carotis externa bzw. Aorta carotis interna mit ihren Ausläufern bis in die Nasenhöhlen. Die parasympathischen Fasern, hauptsächlich Komponenten des Nervus trigeminus, stammen aus dem Ganglion oticum, dem Ganglion sphenopalatinum und dem Ganglion submaxillare.

Diese kurze Übersicht über die vaskulären, lymphatischen und anatomischen Ver- und Entsorgungsbahnen der Sinus nasales belegen die Bedeutung der anatomisch-physiologischen Integrität des gesamten Kranialen Mechanismus, der zervikalen und thorakalen Wirbelsäu-

le, der zervikalen und supraklavikulären Faszien und ihrer Beziehung zu jeglichen von ihr unterstützten Strukturen und Funktionen.

„Alle diese Prozesse des Lebens müssen in immerwährender Bewegung bleiben, um ihren gesunden Zustand zu erhalten.“ Daher sagte der alte Dr. Still: „Bewegung ist das erste und letzte Kennzeichen des Lebens“. „Es gibt nur wenige Körperteile, an denen die lebens-spendende, gesundheits-schenkende Art der Bewegung besser bewiesen werden kann, als am nasalen Apparat. Ist die inhärente physiologische Bewegung der ossären Struktur der Nase im gesunden Zustand ungehindert, sind ihre Höhlen frei. Aber wenn ein oder mehrere Teile dieses Mechanismus in ihrer normalen Beweglichkeit eingeschränkt oder blockiert sind, setzt eine Änderung des pathologischen Zustands ein – Verstopfung, Ödeme, niedriger pH-Wert, Infektionen etc. Es ist daher für uns sehr wichtig, dass wir die anatomischen Gegebenheiten der spezifischen physiologischen Bewegung der Gesichtsknochen studieren, ihre Bewegungsrichtungen im gesunden Zustand kennen und ein diagnostisches Gefühl für Veränderungen in ihnen entwickeln.“

Eine kurze Beschreibung der inhärenten Motilität der Gesichtsknochen folgt im Anschluss. Dabei sollte man nicht übersehen, dass das Gesicht sich wie eine Marionette auf der Bühne bewegt: Seine Bewegungen werden durch unsichtbare Kräfte ausgeführt, beeinflusst und kontrolliert. In diesem System sind es v. a. die Bewegungen des Os sphenoidale, die für die Bewegungen der Gesichtsknochen die Hauptverantwortung tragen.

Die Gesichtsknochen hängen mit dem Os frontale zusammen, das seine Bewegung weitestgehend den physiologischen Bewegungen der Alae majores des Os sphenoidale verdankt.

Von der Embryonalphase bis zum 8. Lebensjahr besteht das **Os frontale** in Wirklichkeit aus zwei Knochen: Bei 10% der Erwachsenen bleibt die Sutura metopica zwischen den beiden Anteilen das ganze Leben erhalten und kann am lebenden Menschen palpiert werden. Da die entwickelnde intraossäre Sutur immer einen gewissen Grad an Flexibilität und damit auch

Funktionalität beibehält, benimmt sich das Os frontale weiterhin wie zwei Knochen, die sich rhythmisch in einem Innen- und Außenrotations-Muster bewegen.

Legen Sie Ihre Hände auf das Os frontale und lassen Sie Ihre Finger an der superioren Orbitalkante ruhen. Fühlen Sie daraufhin die inhärente Motilität des Os frontale.

Die Sinus frontales repräsentieren zwei unregelmäßig geformte Kavitäten, die sich zwischen den beiden Knochenlamellen des Schädels in individuellen Ausdehnungen nach posterior, superior und lateral erstrecken.

Sie kommunizieren anterior über den Ductus frontonasalis, der medial zum Os lacrimale absteigt, mit der Nasenhöhle. Die orbitalen Anteile des Os frontale sind durch die Incisura ethmoidale voneinander getrennt. Ihre Begrenzungen bestehen aus Halb-Zellen, die in Wirklichkeit die superioren Anteile der Cellulae anteriores repräsentieren.

Das **Os ethmoidale** liegt zwischen dem Os frontale und ist für die Formgebung der Schädelbasis, der Augenhöhlen und der Nase mit verantwortlich. Funktionell besteht es aus vier Teilen, nämlich einer horizontalen Lamina cribrosa, einer senkrechten Lamina perpendicularis, zwei luftgefüllten Massae laterales. Die Lamina cribrosa und der superiore Teil der Lamina perpendicularis, d. h. die Crista galli füllen die Incisura ethmoidale des Os frontale und bilden dabei einen Teil der Schädelbasis. Die Massae laterales enthalten die Cellulae anteriores, welche durch Halb-Zellen an den Begrenzungen der Incisura ethmoidale des Os frontale vervollständigt werden. Die Cellulae posteriores kommunizieren mit den Sinus sphenoidales. Die Cellulae ethmoidales öffnen sich durch den Meatus superior und den Meatus medialis in die Nasenhöhle.

Funktionell sind die Massae laterales bilateral angeordnet und nehmen an der Innen- und der Außenrotation des Os frontale teil, während die Laminae einen Teil der Schädelbasis darstellen und wie Strukturen der Mittellinie eine Flexion bzw. Extension durchführen. Bei dieser, mit einer Rate von ungefähr 12 - 14 Zyklen/min rhythmisch auftretenden Bewegung, weitet sich die Incisura ethmoidale während der Außen-

rotationsphase posterior und trägt dabei den posterioren Anteil der Massae laterales durch eine scharnierähnliche Bewegung an ihrem Verbindungspunkt mit der Lamina cribrosa nach außen. Folglich weiten sich während der Außenrotationen oder der Inspiration die besagten Massae laterales gemeinsam mit der Incisura ethmoidale auf und ermöglichen dadurch ihrerseits eine Öffnung der Fossae nasales. Gleichzeitig führt dies zu einer leichten Ent-wicklung der superioren und Conchae nasales medialis.

Ein beträchtlicher Teil der arteriellen Blutzufuhr, der Venendrainage und der autonomen Nervenbahnen zu den Sinus ethmoidales durchqueren die Foramina ethmoidale, die am Zusammenschluss der Gelenkfläche zwischen Incisura ethmoidale des Os frontale und dem Os ethmoidale geformt werden. Die freie rhythmische Bewegung des Os frontale, des Os ethmoidale und des Os sphenoidale bilden die Rahmenbedingungen für eine gesunde Funktionsweise der Sinus nasales.

Lassen Sie uns nun den größten Sinus, nämlich das Antrum maxillare betrachten. Das **Os maxillare** hängt ebenfalls vom Os frontale herab, jedoch nur an einem schmalen vertikalen Processus: Es ist auch mit der inferioren Kante der Massae laterales des Os ethmoidale verbunden und muss daher bei der rhythmischen Innen- und Außenrotation dieser Knochen mitgehen. Es weist zwar keine Artikulation mit dem Os sphenoidale auf, aber durch das Os palatinum ist es dem Einfluss der physiologischen Bewegung des Processus pterygoideus ausgesetzt. Antero-lateral ist das Os maxillare mit dem Os zygomaticum verbunden und in der Mitte artikuliert es mit ihrem Pendant der gegenüberliegenden Seite. Darüber hinaus besteht das ossäre Septum nasale aus dem Os vomer und die Lamina perpendicularare des Os ethmoidale artikuliert mit der Sutura intermaxillaris.

Die ossäre Öffnung des Antrums im disartikulierten Schädel zeigt sich als großer rechteckiger Durchlass, aber im artikulierten Schädel finden wir ein hoch entwickeltes anatomisches Muster für eine physiologische Bewegung, das essenziell für die gesunde Funktion der umliegenden Gewebe ist.

Die antero-superiore Ecke dieses rechteckigen Durchlasses ist durch den postero-inferioren Winkel des Os lacrimale bedeckt, das postero-inferiore Drittel durch den Processus maxillaris des Os palatinum und die Articulatio palatino-maxillare durch die Conchae nasales inferior, unter der eine sichelförmige anteriore Öffnung des Sinus offen bleibt. Der ossäre Antrum-Eingang wird zudem in seiner Ausdehnung durch die Massae laterales des Os ethmoidale begrenzt, das eine posteriore Öffnung für den Sinus lässt. Diese vier eben genannten Knochen funktionieren physiologisch ungefähr wie die Linse eines Fotoapparats, die sich während der Außenrotation bzw. Inspiration weitet und während der Außenrotation bzw. Expiration zusammenzieht.

Die Bewegung der Maxilla wird auch durch das Os zygomaticum, das Os vomer und das Os palatinum beeinflusst.

- a. Das **Os zygomaticum** ist über das Os temporale mit dem posterioren Quadranten des Kopfes, über das Os frontale mit dessen anterior-superioren Teil und über die Ala major des Sphenoids mit der Schädelbasis verbunden.
- b. Das **Os vomer** sieht aus wie eine Pflugschar. Es ist mit der inferioren Oberfläche des Sphenoidkörpers verbunden und artikuliert mit der Kreuznaht der Ossa palatina. Während sich das Rostrum des Os sphenoidale in Flexion nach inferior und posterior bewegt, senkt sich das Os vomer ebenfalls. Gleichzeitig bewegt sich das Os palatinum auch nach inferior. Während der Extension bewegt sich das Rostrum antero-superior, das Os vomer steigt auf und der Gaumen wölbt sich. Legen Sie Ihren Daumen auf ein Os palatinum und lassen Sie ihn dort ruhen und sie werden die rhythmische Bewegung wahrnehmen. Das Os vomer hat eine ausgeprägte Bedeutung für die Bewegung der Ossa maxillaria und ist im Gegenzug abhängig von der physiologischen Bewegung des Sphenoids. Man kann oft einen hohen, engen, gewölbten Gaumen bei Menschen, die vorwiegend durch den Mund atmen oder an Problemen der oberen Atemwe-

anhören, wie sie gespielt wird. Wir verändern häufiger ein Musikstück, nehmen die Verzierungen heraus und behalten nur noch seine Grundmelodie, weil es für einige Kinder, welche all die Verzierungen nicht verkraften, vereinfacht werden muss. Dann gibt es Zeiten, in denen Sie nur ein bestimmtes Teilstück möchten, und das immer und immer wieder spielen. Das geht mit einer Aufnahme nicht. Wir brauchen ein auf die Anwendung improvisiertes Vorgehen.

F. Beeinflussen verschiedene Instrumente die Kinder in unterschiedlicher Weise?

A. Ja, da bin ich mir sicher. Ich benutze das Klavier, weil ich es kenne. Ich spüre, dass das Klavier ein universell akzeptiertes Instrument ist, aber das schließt andere nicht aus. Ich bin sicher, dass es auch viele andere Wege dafür gibt.

F. (Nicht hörbar)

A. Es gibt überhaupt sehr wenige Studien über die Anwendung von Musik. Die Musiktherapie wird normalerweise nicht so angewandt, wie wir es tun. Sie wird eher in einer, wie ich sagen würde, allopathischen Art und Weise, zumeist in Psychiatrien verwendet. Man nimmt sich Patienten mit einer bestimmten Diagnose, setzt sie alle hin und spielt eine bestimmte Art von Musik. Alle mit dem gleichen Etikett bekommen die gleiche Musik. Oder Patienten mussten Musik komponieren. Das einzige Mal, als ich das gesehen hatte, kam dabei nur lärmende Katzenmusik heraus.

Es gibt noch etwas: Falls ein Kind selbst viele Probleme hat und mit einer zusätzlichen Persönlichkeitsqualität konfrontiert wird, gibt es eines mehr. Daher stellen bei uns Musiktherapeut und Klavier fast einen Teil der Einrichtung dar, und nur wenn das Kind sich wirklich wohl fühlt, beginnt es eine Neugier daran zu äußern. Es gibt einige Kinder, die zum Klavier rübergehen und nur versuchsweise einen Ton anschlagen. Das Klavier wird zu einem entscheidenden Teil jener Umgebung. Erst dann sind sie auch bereit, dem Musiker Hallo zu sagen, aber nicht unbedingt beim ersten Mal.

F. (nicht hörbar)

A. Ich denke, dass Musik auf diese Art sehr hilfreich sein kann, aber ich denke, es ist auch wichtig zu erkennen, dass Musik ein tiefgreifender Einfluss ist und nicht etwas, das nur im Hintergrund benutzt werden sollte. Sie kann zu einem bestimmten Zweck angewandt werden, ja, aber nicht als stetiger Hintergrund.

F. Warum erkennen die Menschen nicht, dass Musik in einer bestimmten Art und Weise therapeutisch angewandt werden kann? Sie sind eine Art Vorreiterin. Warum ist das nicht weiter verbreitet und weiter entwickelt worden?

A. Ich denke, dass es dafür ein paar wenige einfache Gründe gibt. Wir haben es, wann immer es möglich war, den Osteopathen und Ärzten vorgestellt. Es gibt zwei einfache Antworten. 1) Die große Mehrzahl an Ärzten hat nicht die Kapazitäten, einen Musiktherapeuten nach ihren Bedürfnissen auszubilden, 2) wer soll das bezahlen? Ich denke, es wird schwer sein, eine Krankenversicherung dazu zu bewegen, die Kosten dafür zu übernehmen. Das ist ebenso bedauerlich wie wahr. Sie sehen es von einem ökonomischen Standpunkt aus und wissen auch nicht wirklich, wie sie es beurteilen sollen.

Ich hoffe, dass wir mit der Ausbildung von Musiktherapeuten in der zweiten Phase unseres Zentrums (die schon bald sein wird) beginnen werden.

F. Ich habe Erfahrung damit. Es war im ersten Jahr nach Jarads Unfall, bevor Sie ihn gesehen haben und als er sich in verschiedenen Phasen des Komas befand. Unser... Therapeut fing mit kräftigen, raumfüllenden Tönen an, mit bestimmten Musikarten als er noch bewusstlos oder nur halb bei Bewusstsein war bzw. als er schlief. In allen diesen Phasen standen Lautsprecher auf beiden Seiten seines Bettes. Manchmal war ein Gong mitten in der Musik zu hören. Der Therapeut sagte, dass ihn das aus dem Unterbewusstsein erwecken könne. Er sagte: „Es muss herauskommen und die Klangentstehung absorbieren, und wieder zurückgehen. Er braucht etwas, dass ihn stimuliert aus dem Koma zu erwachen...“

A. Ich denke, dass ist sehr wahr. Menschen im

Koma legt man gerne in einen ruhigen, dunklen Raum ohne viel Stimulationen. So wird das Koma verewigt. Sie müssen sie vielmehr nachhaltig stimulieren. Auch Glen Doman betont das. Sein Koma-Erweckungs-Team bietet nichts anderes: ein Weckprogramm aus Lärm, Licht und Stimulation der Sinne. Dies ist von unermesslicher Bedeutung für jemanden, der im Koma liegt.

(Ein Wort zum Schluss)

Wir möchten, dass Sie zu Hause effektiver handeln können und dass sie sich in Harmo-

nie mit dem Geschehenen befinden. Ich weiß, dass dies manchmal einige ziemlich drastische Abweichungen von der traditionellen allopathischen Sichtweise mit einschließt; Sie werden auch sehen, dass es eine Menge anderer Gesichtspunkte des Lebens umfasst. Das geht von der Art, wie Sie Ihr Kind behandeln, wenn es krank ist, bis hin zu der Art und Weise, wie Sie es ernähren, wenn es gesund ist. Es gibt so viele einzelne Aspekte, die sich daraus ergeben, sobald man in entsprechender Weise verfährt. Vielleicht ist es ja etwas, über das es sich lohnt, zumindest zu diskutieren.

39. VORSORGE

Viola M. Frymann, DO, FAAO

Genehmigter Nachdruck von *The Journal of OPSC*, Vol. 3 No. 3, 1986

Jeder Mensch hofft, nicht die Erfahrung des Leidens machen zu müssen. Es ist das erklärte Ziel jeglicher Profession, die sich der Heilung verschrieben hat, alle Übel der Menschheit abzuwenden. Wir sehen, dass vergangene Epidemien, die eine verheerende Wirkung hatten und große Bevölkerungsteile zerstörten, ausgelöscht wurden. Aber trotz immer weiter steigender Lebenserwartung ist menschliches Leid dennoch weit verbreitet. Nicht der schnelle Angriff der Akuterkrankungen stellt heutzutage die meisten Anforderungen an uns, es sind die seit der Geburt bestehenden lebenslangen Leiden, jene, die auf katastrophale Unfälle folgen oder erst später im Leben heimtückisch angreifen.

Der osteopathische Profession verschreibt sich seit Generationen der Präventivmedizin. Noch asymptomatische strukturelle Störungen zu behandeln, *bevor* sie sich zu viszerale Dysfunktionen auswachsen, stellt einen sehr wichtigen Bestandteil der osteopathischen Philosophie und Praxis dar. Und obwohl die Wirksamkeit eines solchen Vorgehens statistisch kaum zu erfassen ist, haben sowohl Patienten als auch Osteopathen inzwischen gewaltige Erfahrungen sammeln können, um diesem Konzept Glauben zu schenken. Es gibt Beweise, dass die Lernschwächen¹ und ihre weitreichenden persönlichen und sozialen Komplikationen sowie auch bestimmte Formen einer Zerebralparese mit ihren lebenslangen Problemen, in vielen Fällen angewandt werden können, insofern man die strukturellen Störungen angeht. Dies erfolgt unmittelbar nach einer traumatischen Geburt², noch bevor die zerebrale Dysfunktion die Gelegenheit hat, sich zu einer vollständigen Manifestation zu entwickeln. Die Behandlung des somatischen Anteils eines viszerosomatischen Reflexes kann für einen Patienten mit zystischer

Fibrose von großem Nutzen sein. Dies sind nur drei Bereiche der Vorsorge, die ihr Versprechen halten, aber sie müssen noch weiter und tiefer gehender von unserem Berufsstand mit seinen einzigartigen Konzepten und Techniken der Osteopathie erforscht werden.

Aber lassen Sie uns noch weitere Vorsorgeansätze betrachten. Am Anfang meiner praktischen Tätigkeit galt es als Goldstandard, jedem Kind nach der zweiten Tonsillitis die Mandeln oder die Nasenpolypen zu entfernen. Das Grundprinzip hinter einer solchen Operation war die Vermeidung von möglichen Folgeerscheinungen einer streptokokkeninduzierten Mandelentzündung, wie rezidivierende Mandel- und Mittelohrentzündungen, Nierenentzündungen, rheumatischem Fieber bzw. Herzmuskelentzündung. Ich erinnere mich lebhaft daran, wie ich angehalten wurde, einem Chirurgen, für den ich arbeitete, bezüglich einer Untersuchung eine Aussage zu machen. Dieser kompetente und sehr feinfühlig Mann hatte eine Mandeloperation, die als Routineeingriff galt, durchgeführt und sein Patient, ein intelligenter und gesunder kleiner Junge, war ihm auf dem OP-Tisch verstorben. Alle diesen oben aufgezählten Folgeerscheinungen wurde tatsächlich vorgebeugt. Aber somit eben auch einem vielversprechenden Leben.

Bis vor wenigen Jahren galt es als Standard, *allen* Patienten bei der ersten Bauchoperation, auch gleich den Blinddarm zu entfernen. Dabei war es vollkommen egal, um welchen Eingriff es sich handelte und ob der Blinddarm entzündet war oder nicht. Das Grundprinzip der Blinddarmoperation war die Vorsorge einer Blinddarmentzündung, einem gerissenen Appendix mit darauf folgender Bauchfellentzündung und deren schlimmen Komplikationen.

Eine Patientin mit Brustkrebs in einer Brust wurde standardmäßig die Brustmuskulatur inklusive Faszien und die Lymphbahnen bis in die Achselhöhle entfernt. Der Hintergrund für diese extensiv verstümmelnde Operation war

die Vorbeugung vor lymphatischer Metastasierung im Fall eines bösartigen Tumors. In einigen Fällen wurde der Patientin mit Tumor in einer Brust geraten, auch gleich die andere Brust entfernen zu lassen, um die spätere Entwicklung eines Tumors dort zu verhindern. Lag eine Indikation zur Hysterektomie bei einer Patientin in der Menopause oder Postmenopause vor, entfernte man gleichzeitig die Eierstöcke, um einer Ausbreitung eines möglichen Tumors in jenen Organen vorzubeugen.

In den Vereinigten Staaten wurden bis in die Gegenwart fast routinemäßig Zirkumzisionen³ aus nicht-religiösen Gründen durchgeführt. Das Prinzip dahinter: Vorbeugung von Tumoren der Eichel.

Die Philosophie hinter solchen Eingriffen besteht in der Vorsorge durch Entfernung. Ist ein Organ nicht da, kann es nicht erkranken. Das ist ohne Frage wahr. Dieser Logik folgend treten umso weniger Krankheiten auf, je mehr Organe entfernt werden. Erfahrungen hingegen bestätigen diese Argumentation nicht, denn es wurde dabei übersehen, dass jedes dieser gesunden Organe möglicherweise eine entscheidende Rolle im ganzheitlichen physiologischen Kontext für diesen Patienten spielt.

Nun soll es aber nicht die Absicht dieser Veröffentlichung sein, die Vor- und Nachteile dieser Versuche, Krankheiten vorzubeugen zu diskutieren. Sie dienen nur als Betrachtungsgrundlage für die rapide anwachsende Anzahl präventiver Maßnahmen heutzutage. Dabei folgt man noch immer dem gleichen Argumentationsmuster. Führt man dieses konsequent zu Ende, kommt man letztendlich zu dem absurden Schluss, dass eine Erkrankung nur dann vermieden werden kann, wenn man den Patienten komplett beseitigt, noch ehe ihn eine Krankheit oder Dysfunktion erreicht.

Pränatale Diagnose, so wird behauptet, ist der Schlüssel zur Vorsorge. Zum Beispiel erhält man durch Bestimmung des mütterlichen Alpha-Fetoproteins im Serum zusammen mit einer Ultraschall-Untersuchung im ersten Trimester, diagnostische Informationen bezogen auf mögliche neuronale Röhrendefekte.⁴ Eine pränatale Diagnostik dieser Art hat bereits deren Präva-

lenz signifikant vermindert. Howard Cuckle, PhD, vom *St. Bartholomew's Hospital* der Londoner Universität zufolge „...ist in England und Wales die Prävalenz zwischen 1971 und 1984 von 18 auf 6 pro 10.000 Geburten gefallen.“

Ein Kind mit einer lumbalen oder lumbosakralen Myelomeningozele muss unmittelbar nach der Geburt operativ versorgt werden. Bei Hydrozephalus wird möglicherweise ein Shunt benötigt. Höchstwahrscheinlich wird eine Therapie erforderlich werden, damit das Kind keine bleibenden Schäden davonträgt bzw. besser mit ihnen zurechtkommt. Eine hingebungsvolle Familie ist ein sehr wichtiger Faktor bei der Überwindung von Hindernissen.

Das Downsyndrom wird üblicherweise mit einer Schwangerschaft bei Frauen, die sich im fortgeschrittenen reproduktionsfähigen Alter befinden, in Verbindung gebracht. Das Screening nach diesem Kriterium hat, nach Dr. Cuckle „...wenig Einfluss auf die Geburtsprävalenz des Downsyndroms gehabt. In zwei neueren Berichten über regional organisierte genetische Dienste in Großbritannien, welche die Zeiträume 1974 - 1981 und 1976 - 1981 abdeckten, konnte die Prävalenz nur um 9 Prozent reduziert werden.“ Alles, was jedoch gebraucht wird, um eine weitaus signifikantere Reduktion hervorzubringen, ist die Entwicklung eines zuverlässigeren Screening-Systems für den Uterus. Der Fortschritt lässt bereits vermuten, dass eine 35-jährige oder ältere Mutter mit erhöhtem Alpha-Fetoprotein ein Risiko von etwa 1:150 hat, verglichen mit einem Risiko von 1:350 bei Frauen bzw. Müttern mit normalem Alpha-Fetoprotein-Spiegel. Erlauben solche pränatal zugänglichen Eckdaten tatsächlich eine zuverlässige Vorhersage des postnatalen Zustandes, könnte *Vorsorge* zu einer vollendeten Tatsache werden. Aber es gibt einen Balanceakt zwischen pränataler Diagnostik und tatsächlicher Vorsorge dieser Erkrankungen, der dem Vorstellungsvermögen des Lesers überlassen ist. Er wird nicht genannt. Er wird nicht beschrieben, weil sogar die materialistischsten Wissenschaftler immer noch eine kleine Stimme des Gewissens haben, die besagt: „Du sollst nicht töten.“

Dieser Vorsorgeansatz umfasst jedoch nicht nur die pränatale Zerstörung des Lebens. Den Eltern

eines hübschen 18-Monate alten Mädchens mit Krampfanfällen und starker Retardierung, bei dem die gängigen krampflösenden Mittel nicht richtig wirkten, wurden „nicht zugelassene Mitgefühlsmedikamente“ angeboten.

Dies sind nur einige Beispiele so genannter Vorsorge. Dabei erfolgt jedoch tatsächlich keine Vorsorge, bestimmte Bedingungen wurden lediglich zerstört, bevor sie überhaupt lebendig wurden. Ich gehe davon aus, dass alle, die eine derartige pränatale Diagnostik für dringlich halten bzw. Familien, die sich mit einem schwerbehinderten Kind belastet fühlen, erleichtern wollen, mit den besten Absichten handeln: Sie suchen einen Weg, dieser Familie eine quälende und vielleicht einengende Lebenserfahrung zu ersparen. Sie suchen einen Weg, Leid zu vermeiden. Vielleicht bemühen sie sich auch darum, die Ausgaben der öffentlichen Gelder im allgemeinmedizinischen oder die Bildung betreffenden Bereich zu reduzieren. Womöglich haben sie die Vision einer vollkommenen und gesunden menschlichen Rasse irgendwann in der Zukunft.

Aber lassen Sie uns das Problem mal aus einer anderen Perspektive betrachten. Warum kommt dieses Kind mit schweren körperlichen oder geistigen Einschränkungen auf die Welt? Warum erleidet dieser vollkommene, gesunde, intelligente junge Mensch ein zerstörendes Ereignis, das ihn mit einer körperlichen und geistigen Behinderung zurücklässt? Lastet irgendein übernatürlicher Fluch auf ihnen? Ist die Familie verflucht, sodass sie nicht länger in der Lage ist, ein „normales Leben“ zu führen? Ist es ein Urteil, das von einem großen unsichtbaren Richter gefällt wurde? Oder ist es einfach nur ein unglücklicher Zufall, der diesen Menschen oder diese Familie trifft?

Es gibt bestimmte Gesetze, die unser Leben bestimmen, und sie sind so unabänderlich wie das Gesetz der Schwerkraft. Springt ein Mann von einem Hochhaus, ist die Konsequenz der Schwerkraft da, egal ob der Mann sie anerkennt oder nicht. Das Kind wird sich ebenso verbrennen, ob es sich der Gefahr des Feuers bewusst ist oder nicht. Es verbrennt sich nicht, weil es den Eltern nicht gehorcht hat, sondern weil

menschliches Fleisch durch Feuer einfach verzehrt wird. Es existiert ein Gesetz von Ursache und Wirkung. Folgt die Wirkung der Ursache rasch, ist der Zusammenhang nicht schwer zu erkennen. Auf der anderen Seite kann Zeit dazwischen vergehen, die so lange währt, dass ursächliche Faktoren tief in der Vergangenheit vergraben sind und die Verbindung zwischen der lang vergessenen Ursache und dem gegenwärtigen Leid kaum ersichtlich ist. Es ist nicht wichtig die genaue Natur der weit entfernten Ursache zu kennen, wohl aber zu realisieren, *dass* es eine solche Ursache gab, denn so können wir die gegenwärtige Situation bestmöglichst nutzen. Es ist wie eine langjährige Schuld. Eine Schuld wird nicht nur ausgelöscht, weil ich mich dafür entscheide, den Schuldschein zu zerreißen. Sobald die Behinderung erkannt und als Herausforderung für alle Beteiligten akzeptiert wird, beginnt die Veränderung. Die menschliche Neigung, jemanden oder etwas für eine Situation verantwortlich zu machen, löst sich auf, denn es dämmert einem, dass „ich alleine für meine eigene Zwickmühle verantwortlich bin.“

Das Medium, die Agenzie, durch welche dies offensichtlich wird, ist nichts mehr als eine Agenzie – eine wirkende Kraft, durch welche diese alte Ursache wieder ihre Wirkungen manifestiert. Die Vergebung kann nun zu allen, die vielleicht aktiv an der Ursache beteiligt waren, vordringen, und die Herausforderungen der Zukunft werden akzeptiert. Die Verwandten eines solchen Kindes beginnen in diesem Fall zu realisieren, dass ihnen die Möglichkeit gegeben wird, zu ermutigen und zu unterstützen und damit erfüllt das Kind seine Bestimmung im Leben.

Das Leben derer, die mit Menschen zu tun haben, die anders sind, bekommt eine tiefere Bedeutung. Ein Kind mit dem Downsyndrom eröffnet eine neue Dimension an spirituellen Qualitäten, die für die meisten von uns nur allzu oft durch die Hektik des modernen Lebens verborgen bleiben. Roy Rogers und Dale Evans⁵ beschrieben ihr mongoloides Kind als einen „unbewussten Engel“. Joni Eareckson⁶, die sich bei einem Sportunfall im Alter von 16 Jahren das Genick brach, hatte durch ihre Quer-

schnittslähmung behinderte Menschen auf der ganzen Welt inspiriert und ermutigt und ihnen Freude gegeben. Sie hätte solche Dienste niemals auf andere Art und Weise erfüllen können. Ja, eine schwere Behinderung kann tatsächlich die Anlage für Familienzusammenhalt, oder Zusammenhalt im Umfeld oder dort, wo immer der Ruf des Lebens dieser Person auch hingehen mag, sein.

Der Wert des Lebens kann nicht in verdienten Dollars oder bezahlten Steuern, nicht in Schulnoten oder athletischem Können oder Tapferkeit gemessen werden, sondern vielmehr im spirituellen Beitrag für jene, deren Leben davon berührt wird. Wie Milton schrieb: „Sie dienen auch, jene die nur stehen und warten.“

Es ist nicht leicht Eltern eines Kindes zu sein, das anders ist. Es bleibt kaum Zeit für Vergnügungen, man hat vielleicht kaum Geld übrig für andere „gute Dinge“ des Lebens, die Familie erfährt vielleicht eine große Enttäuschung bei der Suche nach Hilfe, und sie verbringt viele Stunden mit der harten Arbeit, diesem Kind dabei zu helfen, sein optimales Potenzial auszuschöpfen. Aber die Herausforderung wurde akzeptiert, eine tiefgreifende Hilfestellung wurde geleistet und eine Schuld wurde bezahlt. Die Belohnung dafür kann nicht in irgendeiner Substanz gemessen werden, nur in der Erfülltheit des Lebens.

Das Gesetz von Ursache und Wirkung betrifft uns nicht nur, weil wir ihre Wirkungen spüren. Es ist auch an der Zeit uns der Ursachen

bewusst zu werden, die wir heute in Bewegung setzen. Der Moralkodex ist menschengemacht und basiert auf Verhaltensregeln. Die Gesetze eines Landes orientieren sich an ihm. Zehn allumfassende Gesetze wurden der Menschheit vor etwa dreitausend Jahren gegeben und die Essenz dieser Gesetze ist in weite Teile aller Religionen integriert. Es mag ethisch erscheinen, die Gesetze zu umgehen, wenn es einem ratsam oder günstig erscheint. Das Gesetz von Ursache und Wirkung jedoch basiert nicht auf ethischen Grundlagen, sondern auf jenen ewigen Gesetzen.

Vorsorge gründet auf Gehorsam gegenüber jenen Gesetzen.

So wie Männer und Frauen unseres Berufsstandes der Herausforderung Behinderter, ob im Uterus, im Kleinkindesalter, im Koma oder im Alter, begegnen, sät den Samen für die zukünftige Ernte.

Vorsorge liegt tatsächlich in unserer Verantwortung. Wir müssen die weitreichenden Konsequenzen der Überschreitung dieser fundamentalen Gesetze des Lebens lehren. Wir müssen uns auch für die Beachtung dieser Gesetze einsetzen, erkennend, dass das Leben weit mehr als Vergnügen, Entspannung und Ablenkung ist. Das Leben besteht aus einem Dienst, Gehorsam, Disziplin, die in folgendem Zusammenhang verwirklicht werden sollen: 1. Gott und alles, was er tut, zu lieben und 2. Unseren Nächsten lieben wie uns selbst.

Bibliografie

1. Frymann, VM: Learning disabilities of children viewed in the light of the osteopathic concept. JAOA. Vol. 76. Sep 1976
2. Frymann, VM: Relation of disturbances of craniosacral mechanisms to symptomatology of the newborn. Study of 1.250 infants. JAOA. Vol. 65, 1059-1075. Jun 1966
3. Wallerstein, E: Circumcision: An American Health Fallacy, Springer Publishing Co. 1980
4. Cuckle, H: Screening for Down's Syndrome. Down's Syndrome Papers and Abstracts for Professionals. Vol. 9. No. 1. Jan 1986
5. Evans, D: Angel Unawares. Fleming H Revell Co.. Old Tappan, NJ, 1953. Reprinted 1984
6. Eareckson, J: Joni. Zondervan. Grand Rapids, MI. 1979

**VI. VORTRÄGE AUF EINLADUNG
VOR DER OSTEOPATHISCHEN
PROFESSION**

40. DAS GESETZ VON VERSTAND, MATERIE UND BEWEGUNG

Viola M. Frymann, DO, FAAO

Scott Memorial Lecture, 1972; Neudruck mit Erlaubnis des *AAO Yearbook* (73) 13-22, 1973

Vor 26 Jahren dachte ich zum ersten Mal darüber nach, den Geburtsort der Osteopathie aufzusuchen und dort jene Kunst und Wissenschaft zu studieren, der ich mein Leben und meine Gesundheit verdanke. Doch die Vorsehung führte mich nach Kalifornien, wo die Osteopathie im Sterben lag, langsam von den überwuchernden Unkräutern der etablierten Medizin erdrosselt. Dennoch, unter diesen fruchtbaren, schnell wachsenden Unkräutern befanden sich einige unberührte und tief verwurzelte osteopathische Keimlinge, die auf die Gelegenheit warteten, zu wachsen, zu blühen und gedeihen zu können. Das Unkraut in Kalifornien wächst kräftig und reichlich, wenn der Gärtner seine Aufgabe vernachlässigt, doch die Blumen teilen freigebig ihre Farbe, ihren Duft und ihre Schönheit mit, wenn die ihnen gewidmete Aufmerksamkeit dafür sorgt, dass genug Wärme und Feuchtigkeit vorhanden sind. In Kalifornien gibt es immer noch genug Unkraut, aber jetzt gießen und nähren wir die osteopathischen Keimlinge, die schon neue Blätter und bald neue Äste bekommen, sodass sie schließlich reiche Früchte tragen.

Es vergingen weitere 12 Jahre, bis ich nach Kirksville kam. Ich fühlte mich wie zu Hause, als ich durch die Straßen ging, durch die auch Dr. Still gegangen war. Ich sah mir das Blockhaus an, in dem er geboren worden wurde, und das Haus, in dem er gelebt hatte. Ebenso die Schule, in der er zuerst seine Studenten lehrte und das Grab, in das sein erschöpfter Körper gelegt worden war. Ich begann sein Leben und dessen Hintergrund zu verstehen. Die Allegorien und Analogien in seinen Schriften bekamen eine neue Bedeutung. Seine Visionen über die Zukunft der Osteopathie bekamen neue Substanz. Doch genau da trat die kalifornische Katastrophe ein. So oft hatte geglolten: „Wie

Kalifornien wählt, so wählt das ganze Land!“ War dies das Ende von Dr. Stills Vision? So konnte und durfte es nicht sein. „Die Osteopathie ist das Gesetz Gottes“, so hatte Dr. Still erklärt, „und wer das Gesetz Gottes verbessern kann, ist Gott überlegen!“¹

1962 ging unser *California College*, unsere Alma Mater verloren, doch wir blieben nicht lange Waisen, denn Kirksville bot uns die Adoption an. Auf diese Weise erhielt ich nach einer jahrelangen Irrfahrt das Geschenk, glückliche und dankbare Alumna des ersten osteopathischen *Colleges* zu werden, der Schule des Gründers.

Ich stehe heute in Demut und tiefer Dankbarkeit vor Ihnen angesichts der Ehre und Möglichkeit, mit Ihnen osteopathisch zu denken, wie es die Doktoren Scott getan hätten. Dr. Still schrieb: „Es ist meine Hoffnung und mein Wunsch, dass jeder Osteopath ständig neue wissenschaftliche Tatsachen erfährt, die auf den menschlichen Mechanismus und die Gesundheit bezogen sind, sodass sich Gottes Wahrheiten und Gesetz stets weiter entfalten.“²

Doch was war Dr. Still für ein Mann? Er war Pionier im Amerikanischen Grenzland. Dies war eine herausfordernde und prekäre Existenz. Er hatte den Mut sich den Drohungen der Natur, den wilden Tieren, den Tornados und der Trockenperioden auszusetzen. Er glaubte an die Freiheit des Menschen und trat den Befürwortern der Sklaverei unerschrocken gegenüber. Als Landwirt hing seine Existenz vollkommen von den Pflanzen ab die er kultivierte, von den Tieren die er hielt und von der erfolgreiche n Zusammenarbeit mit den Gesetzen der Natur. Er wirkte als Mechaniker und Erfinder und konstruierte nützliche Geräte, um die Effizienz der Landwirtschaft zu erhöhen. Als Lehrling bei seinem medizinisch-missionierenden Vater lernte er menschliches Leiden unmittelbar kennen und entwickelte Sympathie und Mitgefühl für diejenigen, die in Not waren. Nachdem er schließlich selbst Arzt war, kam er den Kran-

ken und Beeinträchtigten engagiert zu Hilfe. Es folgte die Stunde der Desillusionierung, als er feststellte, dass seine Ausbildung nicht ausreichte, um die Krankheiten der Armeeingehörigen zu bekämpfen. Doch die größte Herausforderung stellte die Hilflosigkeit bei jener persönlichen Tragödie dar, als seine Kinder an Zerebrospinaler Meningitis verstarben. Die Dunkelheit des Kummers und der Trostlosigkeit umgaben ihn; die Sinnlosigkeit seiner medizinischen Ausbildung erschreckte ihn. Doch das Licht schien in der Finsternis, er war davon überzeugt, dass „Gott gewiss das Heilmittel im materiellen Haus platziert hat, in welchem der Geist des Lebens wohnt.“

Wie viele von Ihnen haben seine Autobiografie gelesen? Wenn Sie dies wie ich vor Jahren getan haben, nehmen Sie sie wieder zur Hand, und Sie werden vieles darin entdecken, was sie zuvor übergangen haben. Sollten Sie diese bisher nicht gelesen haben, wartet eine inspirierende Erfahrung auf Sie. Denn nur wenn Sie mit Dr. Still leiden, forschen und entdecken, werden Sie das Konzept der Osteopathie verstehen und die Bestimmung dieser Profession erfassen. Wir wollen den Mann genauer betrachten. Wir wollen den Mann besser verstehen, damit wir die Größe seiner Lehre begreifen. „Ich sah mein ganzes Leben Visionen“, schrieb er. „Schon seit früher Jugend hatte ich in der Nacht Visionen“.³ „Ich bin, wie die Leute sagen, etwas inspiriert..., intuitiv.“ Er beantwortet die Frage: „Wer entdeckte die Osteopathie?“ so: „Vor 24 Jahren, am 22. Juni um zehn Uhr sah ich ein kleines Licht am Horizont der Wahrheit. Es wurde mir in die Hand gelegt, was ich von Gottes Natur verstand. Das Licht trug an seiner Oberfläche die Inschrift: 'Dies ist Meine medizinische Bibliothek, Meine Chirurgie, Meine Geburtshilfe. Dies ist Mein Buch mit den Anweisungen, Befehlen, Dosierungen, Größen und Mengen, die in einem Krankheitsfall und bei der Geburt, dem Beginn des Menschen, in seiner Kindheit, Jugend und im Alter gebraucht werden.'“

Er war ein Mann von tiefer spiritueller Bewusstheit. Er verkündigte nicht die Religion, doch er kannte Gott und erkannte ihn als Quelle aller Wahrheit an. Er schrieb: „Gott ist der Vater der Osteopathie. Und ich schäme mich des Kindes

seines Verstandes nicht.“⁴ Er ermahnte seine Studenten weiter: „Bei dieser Arbeit müssen wir uns für die Ergebnisse auf das absolute Gesetz der Gottheit verlassen.“⁵ „Ich befürchte nicht“, sagte er, „dass mich die Befolgung eines Gesetzes Gottes von ihm wegbringt. Jeder Schritt vorwärts in der Osteopathie vergrößert meine Verehrung des göttlichen Herrschers im Universum.“ Doch wir wollen einen Augenblick innehalten, um die Osteopathie zu definieren. Geht es um die manipulative Praxis zur Wiederherstellung der strukturellen Integrität des Körpers? Geht es um eine Anwendung des Prinzips der wechselseitigen Verbundenheit von Struktur und Funktion auf die Gesundheitspflege? Handelt es sich um ein umfassendes System der Gesundheitspflege, das alle diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen einschließt? Ja, es geht um alle diese Punkte. Doch jede dieser Definitionen schränkt die Osteopathie ein. Dr. Still vermied jede Einschränkung, wenn er schrieb: „In dieser Form findest Du alles vollständig repräsentiert, was Himmel und Erde enthalten – Verstand, Materie, Bewegung, vermischt mit der Weisheit der Gottheit.“ „Die Osteopathie ist eine Wissenschaft; nicht unser bisheriges Wissen, aber der Gegenstand, den wir studieren, ist so tief wie die Ewigkeit. Wir wissen nur wenig davon.“

„Die Osteopathie ist das Gesetz von Verstand, Materie und Bewegung.“⁶ Dr. Still verwendet diese Definition immer wieder in seinen Schriften – und daher ist es 100 Jahre später, nachdem jenes kleine Licht der Wahrheit am Horizont in seine Hand gelegt wurde, zeitgemäß, dass wir das Konzept ganz umgreifen, seine Tiefe und Weite erforschen und das sich entwickelnde osteopathische Konzept anerkennen, das sich heute am Horizont abzeichnet. „Gott offenbart sich in Materie, Bewegung und Verstand. Studiere seine Offenbarungen gut!“

Kann der Mensch die Größe des Himmels begreifen? Kann der Mensch die Größe der unendlich kleinen mikroskopischen Welt erfassen, in der er übergeht von Teilchen zur Energie, von der Materie zur Bewegung? Kann er sich auf die Gesetze einstimmen, die diese Bereiche bestimmen, auf die unveränderlichen, unfehlbaren Gesetze des Universums, die Gesetze des

Atoms, die Gesetze der Materie, die Gesetze der Energie? Gibt es einen Lehrer, der weise und gebildet genug ist, um uns alles mitzuteilen, was wir wissen müssen? Gibt es genug Zeit, sodass wir alles studieren können, was der Lehrer uns lehren kann?

Die Antwort auf diese Fragen lautet gleich und sie stammt von Dr. Still selbst, der von seinen Studenten nach der zukünftigen Lehre der Osteopathie gefragt wurde, wenn er nicht mehr da sei. „Der Fluss der Intelligenz ist genauso nahe bei Euch und den Eurigen, wie er bei mir und den meinigen ist.“⁷ „Sei still und wisse!“ Daher wollen wir auf diese Worte nicht hören wie es ein Schüler bei einem Lehrer tut, sondern wir wollen uns in dieser inneren Stille vereinen und der Göttlichen Intelligenz zuhören, die uns alle notwendigen Fragen beantworten kann.

„Der Mensch ist die komplexeste und subtilste erbaute Maschine in der Schöpfung.“⁸ Mit dieser Materie hat der Osteopath zu tun. Wo er hinsieht, wird er den komplexen Entwurf der Materie für die Bewegung entdecken, für den besonderen Typ der Bewegung, der genau dort ausgeführt werden muss. Folgt man jedoch der Entwicklung der Anatomie, wird deutlich, dass die Struktur durch die Bewegung geformt wird.

Bewegung

Bewegung ist Leben und Leben ist Bewegung. Die Erde ist in Bewegung, die Sonne, die Sterne und der Mond sind in Bewegung, das Universum im Atom ist in Bewegung und der Mensch ist in Bewegung. Die Bewegung wurde durch verschiedene Oberbegriffe beschrieben, etwa als willkürliche und unwillkürliche, als aktive und passive, als innere und äußere; doch kein Versuch erfasst alle Offenbarungen, die im lebendigen Organismus entdeckt werden können. Daher betrachten Sie zuerst die sichtbare, äußere Bewegung, welche die Beziehung der Teile des Organismus zu seiner Umwelt verändert. Eine derartige Bewegung kann willkürlich motiviert sein. Die vollkommensten Beispiele dieser Bewegung werden von den olympischen Athleten demonstriert, die alle Teile ihres Körpers trainiert haben, um sich hervorragend koordiniert mit dem höchsten

Grad an Bewegung bewegen zu können. Die sichtbare Bewegung kann beispielsweise durch äußere Bewegung vervollständigt werden, wenn ein Osteopath das Bewegungsausmaß eines Gelenks untersucht. Doch es ist unmöglich, einen Teil des muskuloskeletalen Mechanismus zu bewegen, ohne in gewissem Grad auch alle anderen Teile zu beeinflussen. Bewegt ein Patient, der mit dem Rücken auf dem Behandlungstisch des Osteopathen liegt, der seine Hände auf dem Kopf des Patienten platziert hat, seine Zehen, kann der aufmerksame Osteopath diese Bewegung palpieren. Es gibt eine einheitliche Umkleidung durch die Faszien, die den Körper vom Kopf bis zu den Fußsohlen umhüllen. Sie ist relativ unelastisch. Daher reagiert sie reziprok auf Bewegung, gleichgültig, wo diese auftritt. Weiterhin durchdringen diese Faszienhüllen jede Struktur, umfassen jedes Organ, umgeben jeden Nerven und jedes Gefäß. Auf diese Weise wird ein Art Bindegewebe geschaffen, das jeden Teil des Organismus unterstützt und ernährt. Die vollständige freie, aktive und passive Bewegung hängt von der strukturellen Integrität des gesamten Mechanismus, nicht bloß vom Bereich der primären Aufmerksamkeit ab. Eine derartige externe Bewegung wird von einer koordinierten Folge innerer anpassender Bewegungen unterstützt, welche durch die Faszienorganisation motiviert sind.

Die respiratorische Bewegung interessiert als Phänomen besonders, weil sie teilweise äußerlich und willkürlich ist und zugleich das Bindeglied zum weiten Feld der inhärenten Mobilität darstellt. Die thorakale Atmung wird durch das Atemzentrum am Boden des vierten Ventrikel kontrolliert und durch die Motoneuronen des thorakalen Rückenmarksbereichs. Sie verläuft spontan und passt unbewusst ihre Frequenz und Amplitude den Veränderungen der Umwelt und den physiologischen Bedürfnissen an. Sie kann als Übergang charakterisiert werden, der auf die äußerst variable äußere Umgebung reagiert, um eine entsprechend stabile innere Umwelt aufrechtzuerhalten. Die Bewegung von Thorax und Zwerchfell wird durch das System der Faszien an jeden Teil des Organismus übermittelt. Ein Plethysmogramm am Finger oder Fuß oder ein Messgerät am Kopf kann einen Rhythmus

anzeigen, der synchron mit dem thorakalen Rhythmus verläuft. Die betreffende Bewegung wird mittels einer alternierenden Folge von Drücken im Thorax an die Flüssigkeitssysteme des Blutes, der Lymphe und der Zerebrospinalen Flüssigkeit übermittelt. Das Zwerchfell, eine vitale Struktur, von der Dr. Still sagte: „Durch mich lebst Du und durch mich stirbst Du!“, ist anatomisch mit allen Organen des Thorax und des Abdomens verbunden und liefert durch ihre Pumpaktion jene freie Bewegung an Flüssigkeiten, die nötig ist, um die Gesundheit aufrechtzuerhalten. Ich zitiere dazu ein gewöhnliches Beispiel. Die Unterfunktion der Nebennieren ist eine Begleiterscheinung von allergischer Rhinitis, Sinusitis, Bronchitis und von allergischem Asthma. Die Exkursion des Zwerchfells ist in diesen Fällen eingeschränkt und die Wiederherstellung der Mobilität des Zwerchfells ist ein wichtiger Schritt bei der Überwindung derartiger allergischer Diathesen.

Die angeborene unwillkürliche Bewegung umfasst die Bewegungen des Herzens und des vaskulären Systems, die peristaltische Bewegung des Verdauungssystems, die peristaltische Bewegung des Harnsystems, die rhythmischen, ausstoßenden Kontraktionen des Uterus, die Flimmerbewegungen im Bronchialbaum, die Motilität der Keimzellen und die dem Zentralen Nervensystem inhärente rhythmische Motilität.

Einem Studenten Dr. Stills, der osteopathisch denken gelernt hatte, fiel es zu, das osteopathische Konzept auf den lebendigen Schädel auszuweiten. William Garner Sutherland nahm das Licht an, das Dr. Still am 22. Juni 1874 empfangen hatte, und schritt darin fort, die physiologische Funktion des Primären Respiratorischen Mechanismus (PRM) zu entdecken und freizulegen⁹. Er erkannte, dass es eine inhärente rhythmische Bewegung gab, ein Auf- und Abwickeln des Gehirns und eine Verkürzung und Verlängerung des Rückenmarks, die mit einer Fluktuation der Zerebrospinalen Fülligkeit verbunden waren. Dies wurde durch die gelenkvermittelte Mobilität des Schädels und des Sakrum zwischen den Ossa ilia angepasst, wobei dies umgekehrt durch den reziproken Spannungsmechanismus der Dura mater kon-

trolliert wurde. Er beschrieb diese Bewegung als relativ beständig. Sie besitze bei Gesundheit eine Frequenz von 10 - 14 Zyklen in der Minute und gehe im Schlaf oder anderen Ruhezeiten mit der Atmung synchron. Andere Wissenschaftler entdeckten einen dritten Rhythmus im Körper, der langsamer als der Pulsschlag oder die Respiration ist. Traube und Hering¹⁰ beschrieben Wellen, die „aus Variationen des vasokonstriktorischen Zentrums herrühren“. Ruch und Fulton¹¹ beschrieben die tonische Aktivität der Neuronen des vasomotorischen Zentrums, die selten „keine Beziehung zu irgendeinem anderen beobachtbaren zyklischen Phänomen im Körper ausüben“. Sears¹² Arbeit schlug vor, dass das respiratorische Zentrum in der Medulla eine vergleichbare rhythmische Aktivität aufweisen könne, wie jene, welche die Respiration durch die spinalen motorischen Neuronen beeinflusst. Die russischen Forscher Moskalenko und Naumenko¹³ zeigten mittels Elektrophysiografie „Wellen dritter Ordnung“ im geschlossenen Schädel, die langsamer als der Respirationszyklus sind. Doch diese physiologischen Beobachtungen sind für sich selbst klinisch wertlos. Dr. Sutherlands Integration der Nerven-, Flüssigkeits- und fibrös-ossären Funktion in einem Gesamtkonzept schuf eine diagnostische und therapeutische Vorgehensweise von höchstem Wert sogar für Zustände, die bislang allen anderen Maßnahmen widerstanden.

Worin besteht die Kraft, die dem Zentralen Nervensystem diese rhythmische Bewegung induziert? Sollen wir sagen, es handele sich um eine Funktion des Lebens selbst – und geben uns damit zufrieden? Die Motilität der Oligodendrozyten wurde von Woolley und Shaw¹⁴ beobachtet. Clark¹⁵ maß die Verfügbarkeit des Sauerstoffs in den feineren Strukturen des Zentralen Nervensystems und notierte Wellen, die acht bis zwölf Mal in der Minute ohne Bezug zur Respiration oder zum Herzschlag auftreten. Die bioelektrischen Phänomene sind mit der rhythmischen Kontraktion und Expansion der Zellen verbunden – der Ladung und Entladung, der Depolarisation und Repolarisation. Jede Zelle im Zentralen Nervensystem besitzt ihre eigene rhythmische Funktion, jede einzelne ist in einer Symphonie von Bewegung und Aktivität mit

allen anderen verbunden. Die Natrium-Kalium-Pumpen stellen eine weitere Offenbarung des Lebens dar. Der Primäre Respiratorische Mechanismus liegt demnach allen anderen physiologischen Funktionen zugrunde.

Auf dieser Ebene der Funktion geht die Bewegung der Materie nicht wahrnehmbar in energetische Schwingungsmuster über. Hier kann man erneut die Untergliederung in sichtbar bzw. wahrnehmbar und unsichtbar bzw. nicht wahrnehmbar vornehmen. Dies hängt von der Wellenlänge ab, auf die wir eingestimmt sind. Tonschwingungen können hörbar sein und in den Bereich des Unhörbaren fortschreiten. Die Schwingungen des Lichts können die gesamte Palette von schwarzem zu weißem bis hin zu blendendem Licht durchlaufen. Genauso ist es bekannt, dass bestimmte Grade der Tonschwingung von den meisten Menschen gehört werden können, während einige nur von denjenigen gehört werden können, die darauf eingestimmte Ohren besitzen. Und schließlich gibt es solche, die von den Menschen nicht gehört werden können, gleichwohl aber von Tieren. Eine entsprechende Sensitivität für Licht kann ebenfalls festgestellt werden. Kehren wir zu unserem ursprünglichen Thema der Bewegung zurück, bestehen dort ähnliche Kategorien der Sensitivität. Die Palpation der Respiration oder der arteriellen Bewegung ist für jedermann leicht. Die dem Primären Respiratorischen Mechanismus inhärente Motilität kann von einer geschulten Person palpirt werden, sofern sich die Aufmerksamkeit wachsam auf seine Gegenwart richtet. Darüber hinaus gibt es weitere Dimensionen der Bewegung, die zurzeit nur von einigen wenigen palpirt werden können. Soweit bezieht sich bisher alles nur auf die Beobachtung mittels des Hörsinns, des Sehsinns und des Tastsinns. Geruch und Geschmack habe ich nicht erwähnt, weil ich diese noch nicht so ausgebildet habe, dass ich mit ihnen wissenschaftlich erforschen könnte. Doch findet sich dies bei einigen anderen und ich bin mir sicher, dass es auch hier ähnliche Grade der Sensitivität gibt. „Heute schreitet der Mensch am äußeren Umkreis seiner fünf Sinne, wobei die Grenzen der Bewusstheit wachsen“, schreibt Karagulla¹⁶ in ihrem bemerkenswerten Text *Breakthrough*

to Creativity. „Gibt es wahrnehmbare Sachverhalte, welche die fünf Sinne des Menschen nicht erfassen?“, fragt sie. „Gibt es im Bereich der menschlichen Wahrnehmung einen Durchbruch? Durchbricht der Mensch die Grenzen seiner fünf Sinne hin zur ‚höheren sinnlichen Wahrnehmung?‘“ „Als Gefangener seiner fünf Sinne hat er seine Welt als ‚fest‘, ‚konkret‘, ‚starr‘ erfahren. Heute betritt er eine Welt von unbegreiflicher schwingender, strahlender Energie.“ Sie erklärt, dass der Mensch „neue Sinne entwickeln oder die schon vorhandenen erweitern muss“, falls er diese Energiebereiche erfahren und erforschen möchte. Der Osteopath hat beim Tastsinn schon entsprechende Fortschritte gemacht. Seine Fähigkeit zu fühlen ist schärfer und differenzierter als dies bei der Mehrheit der klassischen Ärzte der Fall ist. Becker¹⁷ hat in seiner meisterlichen Analyse der diagnostischen Berührung in den *AAO Yearbooks* von 1963 und 1964 eine provozierende Einführung vorgelegt. Und ich bin mir sicher, er wäre der erste, der zustimmen würde, dass es sich dabei nur um eine Einführung in die Entwicklung eines geübten Palpationssinnes handelt. „Wir können unsere Sinne ausbilden, insbesondere unseren Tastsinn, um uns in die Struktur-Funktion der anatomisch-physiologischen Mechanismen des Patienten hineinzuführen, sodass sie uns die Information geben, die wir benötigen.“ „Diese Bewusstheit überschreitet die physischen Wahrnehmungen der fünf Sinne des Osteopathen. Es geht nicht um das, was *ich* durch die Berührung meines Fingers fühle. Es geht darum, was mir der *Körper des Patienten* durch mein Fulkrum und die Berührung meines Fingers berichtet. Das ist mit Bewusstheit gemeint.“

„Die Osteopathie öffnet Ihnen die Augen, damit Sie sehen – und zwar klar sehen. Sie umfasst alle Krankheitsphasen und ist das Gesetz, welches das Leben in Bewegung hält. Wie ein Elektriker den elektrischen Strom kontrolliert, so kontrolliert der Osteopath Lebensströme und belebt außer Kraft gesetzte Kräfte neu.“ Ich möchte dieses Zitat von Dr. Still durch ein klinisches Beispiel veranschaulichen. Durch geübte diagnostische Berührung kann ein Schockzustand in den Geweben des Patienten als ein Zustand von Müdigkeit unter Spannung erspürt werden.

Die inhärente Mobilität ist nahezu nicht mehr wahrnehmbar, doch die Gewebe sind voll von gebundener Energie. Hierbei handelt es sich um ein Gewebegefühl, das palpiert werden muss, um es zu verstehen. Ein derartiger Zustand kann nach einem Aufprall bei einem Automobilunfall mit hoher Geschwindigkeit auftreten. Doch findet man einen derartigen Zustand auch nach einem emotionalen Schock, bei dem kein physisches Trauma beteiligt war. Die Reaktion der Gewebe ist bemerkenswert ähnlich. Umgekehrt vermag ein emotionaler Schock einen Zustand emotionaler „Müdigkeit“, Depression, Hoffnungslosigkeit oder Verwirrung herbeizuführen, einen Zustand mentaler „Müdigkeit“, in dem es unmöglich ist, einen Gedanken über die unmittelbare Katastrophe hinaus zu entwerfen oder der Linie des Schließens bis zu einer Schlussfolgerung zu folgen, und einen Zustand spiritueller „Müdigkeit“, in dem Inspiration und Hoffnung unmöglich geworden sind. Sogar ein oberflächlicher Überblick über die Akten zu Autounfällen zeigt, dass identische emotionale, mentale und spirituelle Erscheinungen häufig als Folge solcher physischen Traumata berichtet werden. Tragischerweise werden zu viele dieser Patienten als Simulanten verdächtigt, nur weil der Arzt nicht das nötige palpatorische Gefühl entwickelt hat. Er war sich dessen nicht bewusst, dass die Gesundheit von der freien Bewegung aller Feststoffe, Flüssigkeiten und Energien im Organismus abhängt.

Materie

„Der Mensch, die komplexeste und subtilste erbaute Maschine in der Schöpfung ist diejenige, mit welcher der Osteopath vertraut werden muss.“¹⁸ „Der allwissende Architekt hat jeden Teil zugeschnitten und beziffert, damit er an seinen Platz passt und seine Aufgaben erfüllt.“¹⁹ Und jeder Teil ist für die Bewegung entworfen, von der Bewegung geformt. Denken Sie beispielsweise an die Konstruktion des Beckengürtels. In der Tat handelt es sich um eine Schale, die aus acht Teilen besteht, getragen von zwei schlanken Stützen, von denen jede aus vier Teilen besteht. Diese wiederum stehen auf zwei gebogenen Sockeln, die aus 26 Teilen

bestehen. Dies alles ist so vollkommen für die schnelle, anmutige und sanfte Fortbewegung des gesamten Organismus entworfen worden, dass man selbst einen Wasserkrug auf dem Kopf tragen kann, ohne dabei etwas zu verschütten. Ein großes L-förmiges Gelenk zwischen Ilium und Sakrum sorgt für eine Gleitbewegung beim Gehen. Achten Sie auf den rhythmischen Aufstieg und Abstieg der Beckenkämme; die Schultern verbleiben dabei ungestört auf einer Ebene. Zugleich ist dieselbe Beckenschale elastisch genug sich soweit zu dehnen, dass ein Neugeborenes sie passieren und sie in wenigen Minuten wieder in ihre ursprünglichen Dimensionen zurückkehrt kann.

Bei der Geburt befindet sich dieser Mechanismus wenig mehr als im Planungsstadium. Der Beckenkamm, der größere Teil des Acetabulum, das *Tuber ischiadicum*, der *Ramus inferior* des Schambeins und der *Ramus ischiadicum* sind noch knorpelig. Auch das Sakrum ist weithin Knorpel mit ubiquitär verteilten Zentren, die zu ossifizieren beginnen. Die Bestandteile der einzelnen Sakralwirbel sind erst kurz vor der Pubertät verbunden und die Fusion der Wirbelkörper findet nicht vor dem 21. Lebensjahr statt. Die Aktivität des Körpers in diesen Jahren bestimmt die Details seiner Struktur. Beispielsweise muss eine Balletttänzerin, die eine extreme Außenrotation des Acetabulum auszuführen hat, mit vier Jahren mit einer entsprechenden Übung beginnen, damit die Struktur diesen Grad der Funktion ermöglicht. Die besten Athleten beginnen bereits im frühesten Alter mit dem Training, da nicht nur die knöcherne Struktur, sondern der gesamte Körpermechanismus einschließlich des Nervensystems geübt und für das Muster der Ausführung geformt werden müssen.

Betrachten Sie das Gewicht tragende Hüftgelenk mit seinem tassenähnlichen Bodensockel, in welchem der sphärische Femurkopf ruht. Dies ermöglicht bei maximaler Stabilität eine große Spanne an Bewegung, der zugleich einen Geschwindigkeit vermindern Mechanismus bildet, um einen langen Schritt zu ermöglichen. Damit wird der Körper bei minimaler Bewegung, die an Torso und Kopf übermittle werden, transportiert. Nun vergleichen Sie es mit dem Schultergelenk, das einer ziemlich anderen

Funktion dient. Der hemisphärische Kopf des Humerus wird von der Cavitas glenoidalis empfangen, die an eine flache Untertasse erinnert, und damit offensichtlich ungeeignet erscheint, um einen geeigneten Bodensockel für den Humerus zu bilden. Doch hier handelt es sich um einen Bereich, der eine Bewegungsspanne von nahezu 360° ermöglichen muss. Und um dies zu erreichen, wird die Gelenkstabilität durch einen abgestuften Knorpel erreicht, der in der Fossa peripher dicker als zentral und am Kopf zentral dicker als peripher ist, sowie durch ein kapsuläres Ligament, das durch das Rahmenwerk der Muskelsehnen verstärkt wird, die es umgeben. Weiter wird das Gelenk durch einen Bogen geschützt, der durch den Processus coracoideus, das Akromion und durch das Ligamentum coracoacromiale gebildet wird.

Im Schädel ist die Struktur nicht nur für einen anderen Typ an Bewegung entworfen worden, sondern sie wird durch ihn auch erschaffen; mit kleiner Amplitude, in der Richtung konstant, gekennzeichnet durch eine kontinuierliche rhythmische Aktivität – solange das Leben besteht. Dabei handelt es sich um eine anpassende Bewegung, die auf die Primäre Respiratorische Bewegung des Zentralen Nervensystems und der Zerebrospinalen Flüssigkeit reagiert. Als Dr. Sutherland auf die Gelenkverbindung zwischen dem großen Flügel des Os sphenoidale und der Squama des Os temporale blickte, durchschoss ihn der Gedanke: „Abgeschrägt wie die Kiemen eines Fisches, hinweisend auf die gelenkvermittelte Beweglichkeit für einen respiratorischen Mechanismus“²⁰. Denken Sie an die Sutura sagittalis mit ihren densartigen Fortsätzen, welche die Trennung und Annäherung während der Innen- und Außen-Rotation mittels einer scharnierartigen Bewegung ermöglicht, die mit den Inhalations-/Exhalationsphasen des Primären Respiratorischen Mechanismus übereinstimmt. Gleichwohl wird die laterale und inferiore Begrenzung des Os parietale hauchdünn und schrägt aufgrund der Gleitbewegung der Squama des Os temporale stark mit Überhang der äußeren Lamelle ab. Der postero-inferiore laterale Winkel des Os parietale stellt einen anderen Typ der Gelenkverbindung dar: Der Knochen ist relativ dick und abgeschrägt,

um eine schaukelnde Bewegung an der Pars mastoidea des Os temporale zu ermöglichen. Einen weiteren bemerkenswerten Entwurf stellt die verschlussartige Anordnung an der Öffnung des Sinus maxillaris dar. Die mediale Wand der Maxilla besitzt eine große Öffnung, die dem Sinus Eintritt verschafft. Doch im artikulären Schädel wird sie posterior teilweise durch die dünne Knochenplatte des Os palatinum, anterior durch die Concha inferior, superior durch das Os lacrimale und postero-superior durch das Os ethmoidale verdeckt. Durch diese komplexen Artikulationen wird während des Rhythmus des Primären Respiratorischen Mechanismus mittels der Bewegung eines gleitenden Verschlusses, der an die Öffnung einer Kamera erinnert, der Sinus gelüftet und geleert.

Gleichwohl weist der Schädel des Neugeborenen in der formativen Phase noch keine Suturen oder andere gelenkartige Anordnungen auf. Er ist dazu entworfen, sich im Geburtskanal so ineinander zu schieben, dass das Maximum an Sicherheit für das Zentrale Nervensystem gewährleistet ist. Erst nach der Geburt nimmt er wieder seine gesamte Dimension ein. Sollte diese Rückstellung nach der Geburt nicht vollständig sein und eine Einschränkung der Bewegung in einem oder mehreren Bereichen bestehen bleiben, führt dies, je nach betroffenen Gelenken, zu einer entsprechend verformten Entwicklung. Ein Torus palatinus ist ein gewöhnliches sichtbares Beispiel für eine derartige Reaktion auf die begrenzte Mobilität an einer Suture. Die Veränderungen, die sich aus der Mehrzahl der artikulären Einschränkungen ergeben, sind für das bloße Auge nicht so deutlich sichtbar, erschließen sich aber der Diagnose durch die Kunst der Palpation. Ein kleiner Junge teilte seiner Mutter mit, sein Arzt besitze Augen in seinen Fingern. Dr. Sutherland sprach von fühlenden, sehenden, denkenden, wissenden Fingern, um diese Abweichungen von den anatomisch-physiologischen Struktur-Funktions-Beziehungen zu entdecken und zu korrigieren. Die große Zahl an Kindern beispielsweise mit Lern- und Verhaltensstörungen, Fehlstellung der Zähne oder allergischen Diathesen stellt ein fruchtbares Feld für das Studium der Bedeutung der Begrenzung einer freien kranialen Mobilität dar.

„Unsere Philosophie“, stellte Dr. Still fest, „hat die Faszien als Fundament gewählt, um darauf zu stehen“. „Durch ihre Aktion leben wir und durch ihr Versagen schrumpfen oder schwellen wir und sterben.“²¹ „Die Seele des Menschen mit allen Strömen reinen lebendigen Wassers scheint in den Faszien seines Körpers zu wohnen.“ Sogar 75 Jahre nach Dr. Stills Tod können wir mit ihm darin übereinstimmen, dass „das Leben zu kurz ist, um den ganzen Nutzen der Faszien zu erfassen“. Er erkannte und lehrte die Kontinuität der Flüssigkeiten im Organismus. „Die Herrschaft der Arterie ist die höchste.“ Der Blutkreislauf vom Herz zur Peripherie stellt einen Aspekt der Flüssigkeitskontinuität dar. Er lieferte umfassende Beweise dafür, dass die zirkulatorische Effizienz von der Effektivität des Skeletts, der Faszien und der Nerven abhängt. Die Lymphdrainage stellt einen weiteren Aspekt der Flüssigkeitskontinuität von der einzelnen Zelle bis zur Vena subclavia dar. „Die Lymphbahnen müssen sich stets natürlich füllen und leeren.“²² Das Flüssigkeitssystem der Zerebrospinalen Flüssigkeit, das Cushing 1925 als dritten Kreislauf beschrieb, das lymphatische System des Gehirns wurde auch von Dr. Still 1899 erkannt: „Die Zerebrospinale Flüssigkeit ist das höchste bekannte Element, das im menschlichen Körper enthalten ist. Solange das Gehirn diese Flüssigkeit nicht im Überfluss zur Verfügung stellt, wird der kranke Zustand des Körpers bestehen bleiben.“²³ Dr. Sutherland zeigte an allgemeinen oder peripheren pathologischen Zuständen die therapeutische Potency jener Techniken, welche die Zerebrospinale Flüssigkeit am Kopf beeinflussen, darunter Techniken, die Ödeme aufgrund eines Bienenstichs oder eines verstauchten Knöchels reduzieren. Sie können die Aktivität eines trägen Uterus bei Schwangerschaft wiederherstellen oder den Trend zur Verschlechterung einer akuten Krankheit in eine dramatische Rekonvaleszenz verkehren. Doch es dauerte bis Wyckoff²⁴ und Kennedy²⁵ ihre bemerkenswerten Untersuchungen mit dem Elektronenmikroskop machten. Erst danach konnten diese verschiedenen physiologischen Funktionen und klinischen Beobachtungen vereinheitlicht werden, um ein umfassendes Bild „aller Ströme reinen lebendi-

gen Wassers“ zu entwerfen. Diese Wissenschaftler legten dar, dass im gesamten Bindegewebsystem auftretende Kollagenfibrillen, in der Tat tubulär sind. Diese Beobachtung wurde für Kollagenfibrillen an so verschiedenen Geweben wie Haut, Sehne, Hornhaut, Knorpel und Knochen bestätigt. So gewährleistet das ubiquitäre Bindegewebsystem die Flüssigkeitskontinuität ausgehend von der Zerebrospinalen Flüssigkeit im Kopf bis in die peripheren Lymphbahnen. Ebenso gewährleistet es die Flüssigkeitskontinuität sämtlicher Gewebe und erklärt zweifellos die palpatorischen Beobachtungen des Kranialen Rhythmischen Impulses in allen Bereichen des Körpers. Das Bindegewebe umgibt und durchdringt jedes Organ, es umhüllt die Blutgefäße und die Lymphbahnen. Es umhüllt nicht nur Nervenstränge, sondern auch einzelne Nervenfasern und stellt hier der Zerebrospinalen Flüssigkeit Kanäle zur Verfügung. Man hat angenommen, dass dies die anatomisch-physiologische Grundlage für Dr. Stills umstrittene Äußerung bildet, dass „alle Krankheiten lediglich Symptome sind, die Ursache besteht in einem teilweisen oder vollständigen Versagen der Nerven, die Flüssigkeiten angemessen zu leiten.“²⁶ Auch Korrs²⁷ jüngste Forschung hier in dieser Institution liefert einen weiteren Beweis für diese Äußerung. Er berichtet: „Es war eindeutig möglich die Lieferung von Protein an den Muskel durch den Nerven zu bestätigen. Zusätzlich ließen sich drei ‚Wellen‘ von Protein unterscheiden, die sich mit unterschiedlichen Frequenzen entlang des Nerven zum Muskel bewegen.“

Insofern hat die wissenschaftliche Forschung mit den Jahren unzweifelhaft das osteopathische Konzept erhärtet und viele Aspekte ins Zentrum der Aufmerksamkeit gestellt, die von den ersten Studenten noch nicht verstanden werden konnten. Das Kraniale Konzept kann nicht länger beiseite geschoben werden. Es muss als zur osteopathischen Philosophie und Praxis gehörend betrachtet werden, da es sich tatsächlich um das Hauptquartier der gesamten Funktionen handelt, die im Organismus ausgeführt werden. Der Kopf kann nicht ohne den Körper gesund sein, ebenso nicht der Körper ohne den Kopf.

Anatomische Studien und klinische Beobachtungen heben die vitale Rolle des thorako-abdominalen Zwerchfells hervor. Dieses ist durch die Faszien unten mit dem Diaphragma urogenitale und oben mit dem kranialen Diaphragma verbunden. Darüber hinaus stellt dieses System von Diaphragmen eine bemerkenswerte Sphäre der Interaktion zwischen dem Primären Respiratorischen Mechanismus – dem Sakrum unten, den Ossa temporalia oben – und dem sekundären Mechanismus dar – den Rippen, dem Sternum und den Lungen.²⁸

Der physische Körper stellt eine komplette Funktionseinheit dar und muss stets so behandelt werden, ob nun die gegenwärtigen Beschwerden am Auge, am Fuß oder irgendwo dazwischen auftreten.

Aber dieser physische Körper, der inspiziert und palpirt werden kann und den man histologisch, chemisch, per Röntgenbild und nach sämtlichen Arten labortechnischer Kunst untersuchen und messen kann, stellt nur ein Instrument dar, das der Mensch auf seiner Reise auf der Erde verwendet. Er stellt das unersetzliche Mittel der Performance und Kommunikation in Bezug auf seine Mitmenschen in dieser materiellen Welt dar. Worin aber besteht nun der Unterschied zwischen diesem Körper, der geht und läuft, schläft und isst, assimiliert und ausscheidet, umwandelt und aufbaut, und dem Leichnam im anatomischen Labor? Jedes Organ und System ist vorhanden, jedes Gewebe und jede Flüssigkeit bleibt, doch irgendetwas ist verschwunden: Jetzt handelt es sich nur noch um einen leeren, nutzlosen Abklatsch. Worin besteht der Unterschied zwischen uns hier im Auditorium und denen da drin im anatomischen Labor? Dabei geht es um eine Frage von vitaler Bedeutung. Sie muss akzeptiert und beantwortet sein, bevor die Osteopathie tatsächlich ein ganzes System der Gesundheitspflege sein kann.

Eine Analogie kann hier hilfreich sein. Die Glühlampe, das Heizgerät, die Schreibmaschine, die Uhr, das Radio, das Fernsehen können präzise konstruiert und kunstfertig aufgestellt sein, doch keines kann seine besondere Funktion ausführen, wenn es nicht von einem elektrischen Strom durchflossen wird. Das mensch-

liche Werkzeug muss demnach ebenfalls ein Energiekanal sein oder es handelt sich bloß um einen Leichnam. Es gibt geübte Forscher, die so empfindliche Augen besitzen, dass sie durchdringende Energiefelder um den Menschen beschreiben. Es gibt ein vitales Fluidum bzw. einen Energiekörper, der eng auf den physischen Körper bezogen ist. Er dehnt sich etwa fünf Zentimeter oberhalb der Hautoberfläche aus. Er durchdringt sie und hat Kontakt mit jeder Körperzelle. Man hat ihn als „einem sprudelnden Netz von Lichtstrahlen ähnlich“²⁹ beschrieben. Dabei handelt es sich um eine genaue Replik des physischen Körpers. Jede Störung oder Fehlfunktion im physischen Körper zeigt sich vorausgehend oder begleitend in einer Störung jenes Energiefeldes. Man kann acht kegelförmige Kraftstrudel in diesem Energiekörper beobachten. Sieben davon sind unmittelbar auf die endokrinen Drüsen des physischen Körpers bezogen. Jeder Strudel besteht aus einer Anzahl kleinerer spiralförmiger Energiekegel, die sich im und außerhalb des Strudels bewegen. Dies kann schnell oder langsam, rhythmisch oder ruckartig geschehen. Es können Unterbrechungen im Energiemuster auftreten, die einer physischen Krankheit vorausgehen oder mit ihr verbunden sind. Karagulla stellt genaue Beschreibungen dieses Energiekörpers bezogen auf Krankheit und Gesundheit vor.

Bei unserem gegenwärtigen Entwicklungsstand haben viele von uns nicht die Augen, diesen ätherischen Körper zu sehen. Unglücklicherweise ist die Gesellschaft unfreundlich mit denjenigen umgegangen, die sich nicht haben entmutigen lassen, ihre Beobachtungen mit anderen zu teilen oder die sich gar diese Entwicklung der Sensitivität erlauben haben. Als Osteopathen sind wir darin geübt, die Sensitivität in unseren Händen zu entwickeln. Diese Sensitivität kann anwachsen. Wie der kranial geschulte Osteopath seine Bewusstheit von der Struktur und äußeren Bewegung auf die Funktion und inhärente Bewegung erweiterte, so kann der palpatorische Sinn weiter ausgebildet werden, um die Funktion im ätherischen Körper palpieren zu können. Führen Sie beispielsweise Ihre Hand ungefähr 2,5 cm oberhalb der Hautoberfläche am Patienten entlang: Sie werden eine bemerkenswerte

Veränderung der Wahrnehmung oberhalb eines Bereichs mit Fehlfunktionen feststellen. Platzieren Sie Ihre palpierende Hand sanft über das Sakrum, medial in der Schamgegend, über den Nabel, über den Solarplexus, in die Herzgegend über das Sternum, nahe am Hals, über die Milz – mit der Praxis und Erfahrung wird es möglich, sich auf die spiralförmige Bewegung dort einzustimmen. Mit der Zeit werden Sie lernen, eine beeinträchtigte Funktion zu erkennen und schließlich entdecken, dass sie durch Ihre Hand zu einem gesunden Zustand hin beeinflusst werden kann.

Der ätherische Körper ist diejenige „Elektrizität“, die den physischen Körper funktionstüchtig hält. Er versorgt die autonomen Funktionen des Körpers mit Kraft. Dabei befindet sich die ätherische Substanz, aus der er besteht, in stetiger schwingender Bewegung. Darüber hinaus „zeigt die gesamte Struktur des Energiekörpers... die gleiche Variationsbreite, wie es bei verschiedenen Typen physischer Körper verschiedener Menschen der Fall ist.“ „Bei Krankheitszuständen tritt eine breite Palette von Störungen auf. Es kann Lücken im Energiefeld geben, Unterbrechungen im Muster, winzige Energiestrudel, die aus dem normalen Energiestrom ausgebrochen sind, Lücken im Netz oder ein Wirrwarr in den Kraftlinien, das einem Narbengewebe ähnelt.“ Diese Beobachtungen sind stets auf Zustände des physischen Körpers bezogen.

Jenseits des ätherischen Körpers gibt es ein weiteres Energiefeld, das sich 30 - 45 cm oberhalb der Hautoberfläche ausdehnt. Hierbei handelt es sich um den emotionalen Körper bzw. das emotionale Feld. Demjenigen, der diesen emotionalen Körper zu sehen vermag, erscheinen wir als diejenigen, die wir sind. Denn unsere innersten Gefühle zeigen sich in diesem Körper als Farben und Formen. „Bestimmte Aktivitäten, Ideen oder Erfahrungen scheinen den Zufluss der Energie in das Feld einer bestimmten Person zu vermehren. Sobald eine Person auf eine sehr geliebte Person trifft, werden alle drei Energiefelder hell erleuchtet... Eine bloße physische sexuelle Emotion erscheint im emotionalen Feld als „schmutzig“ und dumpf im mentalen Feld.“ Sofern der Palpationssinn ausgebildet ist, ist es möglich die Grenze des emotionalen Körpers bei jeder Person zu bestimmen.

Stellen Sie sich vor Ihren Patienten und platzieren Sie Ihre Hand auf beiden Seiten seines Körpers soweit wie möglich entfernt. Dann nähern Sie Ihre Hände schrittweise einander an. Dann haben Sie die Wahrnehmung einer gedämpften Oberfläche – ähnlich derjenigen, aber weniger dicht wie bei der „Haut“ eines Wasserkörpers, wenn Sie diese mit der Handfläche berühren. Dies lässt sich bei den Patienten unterschiedlich deutlich palpieren und es handelt sich um eine interessante Ausweitung der Kunst der Palpation. Eine verbreitete klinische Erfahrung für die Palpation des emotionalen Feldes bietet die erschöpfte Patientin, die eine Folge von unglücklichen Erfahrungen hinter sich hat. Platzieren Sie die Handfläche der Patientin fest an Ihre Handfläche. Bei guter Gesundheit wird man eine Hin-und-Her-Bewegung in der Hand spüren, doch bei der erschöpften Patientin ergibt sich die Wahrnehmung „davonfließender“ Energie. Sie fließt heraus und tropft von den Fingerspitzen. So verhält es sich auch tatsächlich – die Patientin ist ihrer Umwelt so mitfühlend zugewandt, dass ihre Energie aus ihr herausfließt und sie erschöpft, depressiv und entmutigt zurücklässt. Der Energiefluss muss umgekehrt und die Lecks im emotionalen Feld müssen geschlossen werden. Ebenso muss das Verhaltensmuster, sich in die Notlagen anderer hineinzugeben, verändert werden. Um die Energiekörper zu palpieren stehen uns weitere Palpationsinstrumente zur Verfügung, die nur darauf warten, entwickelt zu werden. Karagulla beschreibt „helle Energielinien, die zwei Menschen verbinden, etwa zwischen Ehemann und -frau, die einander zugetan sind, oder Menschen, die ein vitales und intensives Interesse aneinander haben.“ Dies kann auch durch die Brücke des Mitgefühls zwischen Osteopath und Patient entstehen. Sie erlaubt ihm die Nöte oder Beschwerde seines Patienten mit seinem emotionalen Körper zu „palpieren“.

Es gibt ein mentales Feld, das sich 60 cm oder mehr jenseits des physischen Körpers ausdehnt. Dieses Feld ist beispielsweise bei aufschlussreicher, intellektueller Unterhaltung erleuchtet. Das Feld kann sich von einem mittelmäßigen Zustand der Helligkeit sehr schnell in einen funkelnden Zustand verwandeln.

Soweit sehr knapp die Instrumente, die der Mensch als spirituelles Lebewesen bei seiner Reise auf der Erde gebraucht. Er ist nicht mit dem physischen Körper, den Emotionen oder dem Verstand identisch. Es handelt sich auch um Instrumente, die ein Funktionieren der physischen, emotionalen und mentalen Bereiche ermöglichen. Uns obliegt es lediglich, die Anatomie und Physiologie dieser Instrumente zu studieren und zu verstehen, sofern wir den Menschen ganzheitlich behandeln wollen.

Verstand

Bei der Verwendung des Begriffs „Verstand“, so wie ihn Dr. Still verwendete, müssen zunächst vorgefasste Begriffsbegrenzungen vermieden werden, um zu einer unverstellten Erfassung seiner unbegrenzten Vision des Menschen in seinem Universum fortzuschreiten. „Die Gedanken Gottes befinden sich in jedem Tropfen Blut... Es gibt viele Belege dafür, dass der Verstand den Blutkörperchen mitgeteilt wird, bevor sie an die Arbeit gehen.“ Diese Gedanken wurden vor mehr als einem Dreiviertel Jahrhundert von Dr. Still aufgezeichnet. Wir wollen auf einen modernen Wissenschaftler hören. De Haan³⁰, der dabei war die Interaktion von Zellen und ihre gerichtete Bewegung während der Entwicklungsperiode zu erforschen, untersuchte 1964, was die mesodermalen Herzzellen dazu bewegte, von ihrem Ursprungsort zu ihrem Ort im erwachsenen menschlichen Herzen zu wandern. Er fand heraus, dass mesodermale Herzzellen während des Herzwachstums stets entlang endodermaler Strukturen migrieren. Er fragte sich: „Gibt es vielleicht einen Mechanismus, bei dem die Führung per Kontakt erfolgt?“ Eine Führung, bei der wandernde Zellen im Endoderm vorgegebenen Pfaden folgen, oder handelt es sich um bewegliche Zellen, die diffundierenden Substanzen in ihrer Umgebung folgen?“

Es wurde beobachtet, dass mesodermale Herzzellen ungeachtet jeglicher Gradienten stets ihrer initial vorgegebenen Orientierung folgen. „Die Richtungsinformation ist demnach irgendwie ins Endoderm eingebaut.“ Diese zwingende

Schlussfolgerung verwirrt De Haan, der anfügt: „Es ist unbekannt, warum eine Zelle bei vorgegebener Nord-Süd-Wahl die Richtung nach Norden im Unterschied zu derjenigen nach Süden wählt. Es ist zum gegebenen Zeitpunkt in der Tat schwer zu verstehen, wie Zellen dazu in der Lage sein könnten, eine derart subtile Richtungsinformation in ihrer Oberflächenmembran oder in den extrazellulären Matrices aufzubauen.“ Könnte Dr. Haan die Göttliche Intelligenz in diesem Organismus anerkennen, würde er vielleicht den Verstand erkennen, der besagte mesodermale Herzzellen zu ihrer genauen Bestimmung leitet.

Hierbei handelt es sich nicht um ein bloß mystisches Konzept. Es ist von unmittelbar praktischer Bedeutung. Im lebenden Organismus gibt es einen Mechanismus der Normalisierung, einen Heilungsmechanismus, der alle Pathologien überwinden kann, sofern die Hindernisse für seine Ausführung beseitigt werden. Die Heilung geschieht von innen. Sobald ein Behandler diese Intelligenz anerkennen kann und sich ihrer Leitung im Patienten unterordnet, wird er bemerkenswerte Reaktionen in seinen Patienten beobachten können. Er wird feststellen, dass lange bestehende Probleme vor seinen Augen verschwinden, er wird Veränderungen in der Lebensführung feststellen, die nicht nur dem Patienten, sondern auch seiner Umgebung gut tun. Diese Intelligenz kennt die tiefsten Nöte des Patienten, sie weiß, was erforderlich ist, um dieser Not zu begegnen. Für den Behandler bleibt nur, sich auf diese Intelligenz einzustimmen und ihrer Leitung zu folgen. Denken Sie daran, dass Sie der Tempel des lebendigen Gottes sind.

Lassen Sie mich die praktische Anwendung veranschaulichen. Wann immer ich ein Behandlungszimmer betrete, beziehe ich mich stets stillschweigend auf die Intelligenz, die im Patienten wohnt, und bitte darum, dass mir seine tiefste Not gezeigt werde. Ein 47-jähriger TV-Händler litt über 26 Jahre an schweren Kopfschmerzen. Er war in berühmten medizinischen Kliniken gewesen und hatte alle Arten von Schmerztabletten eingenommen. Ich fragte ihn, ob er irgendeine Theorie über die Ursachen seiner Kopfschmerzen besäße. Er antwortete,

dass er eine Woche, bevor die Kopfschmerzen zum ersten Mal auftraten, einen Unfall gehabt habe. Dabei sei sein Jeep an der Breitseite von einem Wagen erfasst worden, der eine Ampel überfahren hatte. Als ich meine Hände auf das Becken legte, fühlte ich eine Kraft, die durch das Becken von links nach rechts verlief. Innerhalb des Kopfes palpierter ich einen deutlichen lateralen Strain der Schädelbasis, der mit einer Kraft verbunden war, die von links nach rechts verlief. Als ich meine Hände auf das Schädeldach legte, begann sich der Nacken seitlich nach rechts zu neigen. Es gab keinen Zweifel daran, dass seine Kopfschmerzen von diesem Unfall herrührten. Seine Gewebe teilten mir genau mit, wie es passiert war. Sie zeigten ebenfalls an, wie die Kräfte gelöst werden könnten. Er hat nie wieder den Deckel der Tablettenschachtel öffnen müssen, die er am Tag vor seiner ersten Behandlung gekauft hatte.

Ein kleiner Junge war im Krankenhaus und man hatte alle neurologischen Untersuchungen durchgeführt, um die Ätiologie eines einmonatigen periodischen Fiebers mit ständigem Erbrechen und schweren Kopfschmerzen zu ergründen. Die Antwort auf meine stillschweigende Frage war, dass es einen atlanto-okzipitalen Strain gab, der auf einen Tauchunfall zurückging. Er war ein guter Schwimmer und Taucher. Als ich mit ihm allein war, befragte ich ihn über seinen Unfall. Ja, als er einmal tauchte, hatte er sich gedreht und dabei den Kopf gestoßen. Die Kräfte im Körper zeigten die genaue Richtung des Aufpralls an und ihre Auflösung stellte sein Wohlbefinden augenblicklich wieder her.

Nicht selten beschreibt der Patient einen Unfall, doch der Körper erzählt eine andere Geschichte. Beispielsweise hatte sich ein junges Mädchen den linken Unterarm bei einem Fahrradunfall gebrochen. Doch die Kräfte im Körper zeigten eine Verletzung des rechten Arms an. Schließlich erinnerte sie sich daran, dass sie aus ihrem Baumhaus gefallen war. Die Auflösung des quer verlaufenden Kraftvektors veränderte ihre Disposition.

Es gibt viele klinische Erfahrungen, die der „wissenschaftlichen“ Begrifflichkeit trotzen. Dr. Still lehrte uns, dass „die Faszien der Ort sind, wo man nach der Ursache der Krankheit

sucht, und der Ort, den man konsultiert und an dem man mit den Aktionen der Heilmittel gegen alle Krankheiten beginnt“³¹. „Die Faszien sind das Haus Gottes, der Wohnort des Unendlichen, soweit der Mensch betroffen ist.“

Wir brauchen neue Methoden der Forschung; Methoden, welche die Aktivität der Faszien in lebenden Menschen studieren und erklären können, was auf zellulärer Ebene geschieht, sobald der Behandler spürt, dass sich die Faszien lösen und die freie inhärente Motilität wieder entsteht.

Neue Forschungsmethoden sind dazu nötig, um die Wirkungen auf die Gewebe zu erfassen, die entstehen, wenn der Heiler seine Hände auf den Körper legt und die Krankheit beseitigt wird. Was geschieht z. B. bei Fällen spiritueller Heilung wie dem folgenden:

Eine Frau im mittleren Alter unterzog sich einer Operation aufgrund eines Neuroms im VIII. Hirnnerven. Der Nerv wurde im Verlauf der Operation durchtrennt, was zu völliger Taubheit auf diesem Ohr führte. Als sie zweieinhalb Jahre später in einer Heilveranstaltung saß, wurde das Gehör wiederhergestellt. Nachfolgende Audiogramme bestätigten dies.

Ein weiteres Beispiel stellt ein 50-jähriger Mann dar, der sich im letzten Stadium eines metastasierenden Prostatakarzinoms befand. Er besuchte die Veranstaltung, kaum in der Lage zu stehen. Er ging voller Energie hinaus. Die anschließenden Überprüfungen belegten, dass es keine Evidenzen für die Krankheit mehr gab und er seine Lebensführung in den folgenden zwei Jahren vollkommen veränderte.

Gibt es Forschungstechniken, die herausfinden, was in der beschleunigenden Transformation stattfindet, die im Augenblick der spirituellen Heilung geschieht? Wir wissen darüber nicht mehr als vor 2.000 Jahren. Doch die Heilungen, welche stattfinden, die Leben, welche verändert werden, sind nicht wundersamer als diejenigen, die am Ufer des Galiläischen Sees geschahen.

Wir können uns nicht mehr länger blind oder taub gegenüber der Erfahrung der spirituellen Heilung stellen. Dies kommt bei unseren Patienten vor, es geschieht überall auf der Welt. Ich fordere die Profession auf, dies anzuerkennen,

sich damit zu befassen und es eines Tages vielleicht zu verstehen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Mensch ein geistiges, energetisches und substanzielles Lebewesen darstellt, das innerhalb des universalen Gesetzes von Verstand, Bewegung und Materie funktioniert. Der Mensch ist ein spirituelles Lebewesen, das eins ist mit allen anderen Formen des Lebens. Er verwendet verschiedene Instrumente: einen mentalen Körper, einen emotionalen und einen physischen Körper. Diese drei sind eng wechselseitig aufeinander bezogen und voneinander abhängig, wie es sich beim Sauerstoff verhält, der um und in den Schaumkronen des Ozeans fließt. Es ist unmöglich einen Aspekt dieses Lebewesens zu beeinflussen, ohne zugleich alle anderen unter der Perspektive von Gesundheit und Krankheit zu beeinflussen. Das körperliche Erscheinungsbild wird durch die emotionalen, mentalen und spirituellen Aktivitäten geformt. Sobald das Leben spirituell begrenzt ist, besteht ein Zustand des Lebenshungers, der für die Gesundheit erheblich bedeutender ist als ein Mangel an Protein oder Vitaminen. Eine übermäßige emotionale Belastung wird den physischen Körper zu einem irreversiblen Grad beeinträchtigen, bis

das Gleichgewicht im emotionalen Bereich wiederhergestellt ist. Ein physisches Trauma übermittelt Schwingungen durch jeden Teil des Lebewesens, genauso wie ein in einen See geworfener Stein das ganze Wasser aufwühlen wird.

Mithin liegt es auf der Hand, dass es keine rein physischen, emotionalen oder mentalen Probleme gibt. Darüber hinaus macht die wechselseitige Beziehung von Ursache und Wirkung im Blick auf das Lebewesen darauf aufmerksam, dass lange vergangene Erfahrungen von ebenso großer Bedeutung sind wie diejenigen, die noch frisch in der Erinnerung sind.

Der zukünftige Osteopath muss seine eigene intuitive Bewusstheit fortschreitend ausbilden, sodass er eine umfassende Diagnose der tiefsten Not seines Patienten stellen und sich anschließend auf die inhärente Intelligenz einstellen kann, um mit ihr zusammen den Heilungsprozess zu vollenden.

Mit Andrew Taylor Still lässt sich dann sagen: „Ich möchte, dass der Charakter meiner Entdeckungen derart beschaffen ist, dass ein Anfrager auf die Frage, wessen Schriften auf den Seiten der Osteopathie zu finden sei, die Antwort `Wahrheit` sein möge!“³²

Bibliografie

1. Still, AT: Journal of Osteopathy. 1895
2. Still, AT: Archives. DO, Magazine. July, 1972, 153
3. Still, AT: Autobiography. Published by the author. 1897, 199, 213, 413
4. Op. cit. Anmerkung 2, 149
5. Op. cit. Anmerkung 3, 307, 309
6. Op. cit. Anmerkung 3, 282
7. Truhlar, RE: Doctor A. T Still in the Living. Privately published. 1950, 68
8. Op. cit. Anmerkung 2, 151
9. Sutherland, WG: The Cranial Bowl. Published by the author. Mankato, MN. 1939
10. Best, CH, and Taylor, NB: The physiological basis of medical practice. A Text in Applied Physiology. Ed. 7. Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1961
11. Ruch, TC, and Fulton, JF: Medical Physiology and Biophysics. Ed. 18. W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1960
12. Sears, TA: Investigations on respiratory motoneurons of the thoracic spinal cord. Progr. Brain Res. 12,259-72,64
13. Moskalenko, Yuri: Cerebral pulsation in the closed cranial cavity. Izv Akud Nauk SSSR (Biol.) 4,620-9, 61
14. Woolley, DW, and Shaw, EN: Evidence for the participation of serotonin in mental processes. (Rockefeller Institute for Medical Research, New York.) Annals of the New York Academy of Sciences (66) 649-667, Part 3, March 14, 1957
15. Clark, LC, Jr.: Discussion of evidence for the participation of serotonin in mental processes, by DW Woolley & EN Shaw, op. cit., Anmerkung 14, 668
16. Karagulla, S: Breakthrough to Creativity. DeVors and Co., Los Angeles, CA. 1967, 17, 19
17. Becker, RE: Diagnostic touch: its principles and application. AAO Yearbook. 1963, 34, 37
18. Op. cit. Anmerkung 2, 151
19. Op. cit. Anmerkung 3, 174
20. Sutherland, AS: With Thinking Fingers. Published by the Cranial Academy. 1962, 13
21. Still, AT: Philosophy of Osteopathy. Published by A. T. Still. 1899, 162, 164
22. Op. cit. Anmerkung 21, 262
23. Op. cit. Anmerkung 21, 38
24. Wyckoff, RWG: The fine structure of connective tissues, in Josiah Mac.v, Jr. Foundation Conference on connective tissues. No. 3 (1952) Ragan, C, Editor, 38-91
25. Kennedy, JJ: Tubular structure of collagen fibrils. Science (121) 673-674, May 6, 1955
26. Op. cit. Anmerkung 3, 108
27. Korr, IM, and Appeltauer, GSL.: Continued studies on the axonal transport of nerve proteins to muscle. JAOA (69) 1029. June 1970
28. Frymann, VM: Core-link and the three diaphragms – unit for respiratory function. AAO Yearbook, 1968, 13
29. Op. cit. Anmerkung 16, 124-5
30. DeHaan, RL: Cell interactions and oriented movements during development. Differentiation and Development. Little, Brown and Co., Boston, 1964, 127-138 31. Op. cit. Anmerkung 7, 54
32. Op. cit. Anmerkung 3, 309

41. BEWEGUNG – DER UNTERSCHIED ZWISCHEN LEBEN UND TOD

Viola M. Frymann, DO, FAAO,

Thomas L. Northup Lecture, 8. November 1977;
Genehmigter Nachdruck des *AAO Yearbook* (77)
105-113, 1977

Man wird sich an Thomas L. Northup, DO, als einen der weisen und mutigen Vertreter unserer Profession erinnern. Mit Perrin T. Wilson, William G. Sutherland und anderen treuen osteopathischen Führungspersonen bildete er die *Sacroiliac Society*, die schon bald als *Academy of Applied Osteopathy* firmierte und schließlich als *American Academy of Osteopathy* bekannt wurde. Dr. Northup erkannte die Wahrheit über die Anwendung des osteopathischen Konzepts auf den kranialen Bereich an und schloss sich mit William G. Sutherland, Kenneth Little, Howard und Rebecca Lippincott und anderen scharfsinnigen Abenteurern in der *Osteopathic Cranial Association*, jetzt *The Cranial Academy* zusammen.

Ich bin der *American Academy of Osteopathy* zutiefst dankbar, dass ich die *Northup Lecture* halten darf, weil ich Dr. Northup meinen Berufsweg verdanke. Ich war eine desillusionierte Studentin, bitter enttäuscht, weil ich nicht die Art der Osteopathie finden konnte, deretwegen ich zum Studium nach Amerika gekommen war. Dr. Northup gab mir einen Fingerzeig fürs Leben und riet mir, mich mit der frühen Literatur zu beschäftigen, um am Thesenwettbewerb der AAO teilnehmen zu können, wobei es um das Thema der Rolle der osteopathischen Läsion bei der Entstehung von Pathologien des Herzens¹ gehen sollte. Ich entdeckte eine Goldmine an osteopathischen Erfahrungen. Im nächsten Jahr ermutigte er mich erneut teilzunehmen. Es ging diesmal um die Erforschung der Rolle der osteopathischen Läsion bei funktionellen organischen Pathologien der Niere². Als ich ein Jahr später gerade meine Praxis eröffnet hatte, sandte er mir eine persönliche Einladung zum Kurs über die Basismechanik bei der *Academy of Applied Osteopathy*, der in Los Angeles statt

fand. So war ich schließlich auf meinem Weg. Vielen Dank, Dr. Tom, dass Sie so viel Vertrauen und Zuversicht in diesen dunklen Tagen hatten und mir das „kleine Licht am Horizont der Wahrheit“ gezeigt haben, das A. T. Still 1874 sah.³

Das Gesetz von Verstand, Materie und Bewegung.⁴ So lautet die Definition, die einzige Definition, die Dr. Still für die Prinzipien und die entsprechende Praxis formulierte, welche er entdeckt hatte – die sogenannte Osteopathie. In der Tat ist die Osteopathie die Erkenntnis, Nutzbarmachung und Wiederherstellung der Bewegung in jedem Aspekt des Lebens, in jeder Phase der Materie, die vom göttlichen Verstand entworfen wurde.

Worin besteht der Unterschied zwischen dem Unterarm ihres Nachbarn und demjenigen einer frischen Leiche? Beide sind aus den gleichen Elementen zusammengesetzt, mit den gleichen Geweben geformt und stehen in Kommunikation mit den gleichen Organen und Systemen. Doch der eine fühlt sich lebendig, der andere tot an. Welcher Qualitätsunterschied besteht zwischen dem lebendigen und dem toten Unterarm? Die Bewegung, die inhärente Bewegung in ihm: Darin besteht die Qualität des Lebens, die in jeder belebten Form der Materie entdeckt wird, sei es nun mineralisch, pflanzlich, tierisch - oder im Menschen.

Das Elektron bewegt sich in und aufgrund der Zelle. Die Zelle bewegt sich im Organ. Das Organ befindet sich in ständiger Bewegung innerhalb des Körpers. Der Körper bewegt sich auf und mit der Erde. Diese wiederum dreht sich um ihre eigene Achse und atmet im kosmischen Zyklus der Inhalation und Exhalation. Mit den anderen Planeten marschiert sie im feierlichen Umzug um die Sonne und nimmt mit ihr am majestätisch choreografierten und vorzüglich zeitlich angepassten Ballett des Universums teil. Der menschliche Körper ist dazu entworfen,

dass sich jeder Teil mit jedem anderen Teil in harmonischer Koordination bewegt, um die Balance in Bezug zur Umwelt aufrechtzuerhalten. Ein Kleinkind, das schnell auf Händen und Knien zu einem ersehnten Objekt hinkrabbelt, tut dies aufgrund einer komplexen Programms aus muskulärer Kontraktionen der Flexoren bzw. Extensoren und den dadurch verursachten Bewegungen der oberen und unteren Extremitäten, der Rotatoren des Auges und des Nackens, ja, eigentlich mit großartig bemessenen Bewegungsmöglichkeiten der Kontraktion und Entspannung eines jeden Muskels. Dies alles demonstriert dem aufmerksamen Beobachter das Werk des Mechanikermeisters, der diesen Körper aus „Staub der Erde formte und ihm den Atem des Lebens in seine Nasenlöcher blies.“⁵

„Wellen und Wechsel sind die Zustände des Lebens“⁶, schrieb Emerson. Doch manche Kleinkinder können nicht krabbeln. Sobald sie anfangen zu gehen, fehlt das autonome Muster der alternierenden Arm-Bein-Bewegungen, die Balance ist beeinträchtigt und es gibt häufig Unfälle. Die beiden Augen haben noch keine fein abgestimmte Interaktion zur konstanten Fokussierung ausgebildet, mit welcher der Abstand einer Armlänge oder die Entfernung zum Horizont effektiv bemessen werden kann. Dies gilt auch für extreme Blickrichtungen nach links, rechts, oben oder unten. Aber nur so kann eine genaue Wahrnehmung der Tiefe oder Entfernung, von Form oder Raum stattfinden. Das Kind kann nicht lesen lernen, es kann nicht schreiben. Es geht nicht zum Spielplatz, weil es nicht Seilspringen, einen Ball kicken oder mit seinen Freunden laufen kann. Ein Versagen der koordinierten Bewegung erweist sich als Vorläufer der Lernschwäche, und die verformte Geometrie des Kraniaum, in der die Nervenlaufbahnen entwickelt werden, bildet zusätzlich die Grundlage für die Manifestation einer Dysfunktion⁷.

Der Kopf des Kleinkindes wurde im Becken der Mutter vor und während der Geburt ständig verformt. Zu Beginn der Schwangerschaft lag er noch im Fruchtwasser und war von der kräftigen muskulären Wand des Uterus vor Stößen von außen seitens der Viszera und der Außenwelt geschützt. Sobald die intrauterine

Entwicklung ihren Höhepunkt erreicht, tritt der Kopf des Babys mit dem geringsten Durchmesser in das kleine Becken ein. Der kindliche Kopf besteht zu diesem Zeitpunkt aus einer ossären, aus Knorpel geformten Basis mit vielen beweglichen und sich entwickelnden Bestandteilen, sowie einem Schädelgewölbe mit ossären Platten membranösen Ursprungs, die ein teleskopartiges Überlappen ermöglichen und so den Schäeldurchmesser beim Durchtritt durch den Geburtskanal verkleinern.

Handelt es sich nicht um ein Wunder der Schöpfung, dass der kindliche Kopf so geschaffen wurde, dass er sich dem knöchernen Becken der Mutter anpassen kann und somit von der Dura mater kontrolliert ohne eine Schädigung des in ihm liegende Nervensystem den Geburtskanal passieren kann?

Während der Menstruation kontrahiert der Uterus in seinem eigenen Rhythmus. Es handelt sich dabei normalerweise um weiche, sanfte, kaum wahrnehmbare Bewegungen, die dazu dienen schleimige Sekrete und endometriale Ablagerungen aus der Kavität auszutreiben. Denken Sie an den Zyklus des Eierstocks, der ein Ei entwickelt und es beständig alle 28 Tage für die Ausstoßung und Befruchtung vorbereitet, oder an den Rhythmus der Gebärmutter, die in jedem Monat das Endometrium vorbereitet, um ein befruchtetes Ei aufzunehmen und es abstößt, sobald es nicht als Nest für einen sich entwickelnden Fötus gebraucht wurde. Tritt eine Befruchtung ein, verändert sich der Rhythmus, um den Fötus zu ernähren und zu beschützen. Die Uhr des Uterus wird im Augenblick der Befruchtung angehalten. Erst kurz vor dem Geburtsvorgang wird sein Rhythmus wieder aktiviert, um rechtzeitig die Geburt eines neuen Lebens einzuleiten.

Das Ei und der Samen, die in ihrem eigenen inhärenten Rhythmus aktiv sind, werden von den wellenartigen Kontraktionen der Vagina, des Eierstocks, der Tuba uterina und des Uterus angetrieben, um die Befruchtung durch Bewegung zu vollenden. Es beginnt ein schneller Rhythmus der Zellteilung und -differenzierung in dieser schaukelnden Wiege des Reifungsprozesses. Innerhalb von 18 Tagen haben sich am anterioren Ende des Embryos zwei Neuralfaltens

entwickelt und nach hinten ausgedehnt, um eine flache Neuralgrube zwischen ihnen entstehen zu lassen. Sie expandieren weiter und bilden so ein Neuralrohr bzw. einen Kanal, dessen ektodermale Wand den Vorläufer des Nervensystems⁸ bildet. Das kraniale Ende der Neuralgrube dehnt sich aus und mit der vierten Woche werden die Vorläufer des Vorderhirns, des Mittelhirns und des Rautenhirns sichtbar. Die Wände entwickeln sich zum Nervengewebe und zur Neuroglia des Gehirns und die Grube wird modifiziert, um die Ventrikel zu bilden. Das übrige Rohr entwickelt sich zum Rückenmark. Im anterioren Teil bildet sich eine Serie von Flexuren. Die erste Flexur tritt im Bereich des Mittelhirns auf und knickt das Vorderhirn vertikal. Die zweite erscheint an der Verbindung des Rautenhirns und der Medulla spinalis. Die dritte befindet sich in der Gegend der zukünftigen Brücke. Die Grube der Raute wird zum vierten Ventrikel. Der Durchmesser der Mittelhirngrube schrumpft und bildet den Aquäduktus cerebri. Ihre basalen Membranen verdicken sich, um die Großhirnschenkel zu bilden, die nach dem vierten Monat rasch expandieren. Sehr früh in diesem Entwicklungsprozess entstehen auf jeder Seite des Vorderhirns zwei laterale Divertikel, die optischen Vesikel. Sie kommunizieren mittels relativ weiter Öffnungen eine gewisse Zeit mit der Grube des Vorderhirns. Die peripheren Teile der Vesikel dehnen sich aus, woraufhin die Retina und das Epithelium in der Kerbe des Corpus ciliare und die Iris entstehen. Die proximalen Anteile verdichten sich zu tubulären Stielen, in die schließlich Nervenfasern eindringen, um den Sehnerv zu bilden. Anschließend expandiert das Vorderhirn nach anterior und aus seinen flügelartigen Laminae entstehen die Gehirnhälften als Divertikel. Diese dehnen sich rasch aus und bilden damit jeder Seite zusätzlich je einen großen Beutel, die Vorläufer der lateralen Ventrikel. Der posteriore Anteil des Vorderhirns beinhaltet in seiner Grube den Vorläufer des dritten Ventrikel.

Nun verdicken sich die Wände der lateralen Ventrikel und bilden die beiden Gehirnhälften. Die dorso-medialen Wände bleiben dünn und werden umhüllt, um das Epithelium des Plexus choroideus der lateralen Ventrikel zu bilden.

Die Gehirnhälften expandieren rasch weiter und überlappen schließlich das Mittelhirn und das Rautenhirn.

Dieser knappe Überblick über die Entwicklung des Gehirns zeigt die Wachstumsrichtung auf – nach anterior als Neuralrohr, lateral nach superior und posterior als Gehirnhälften und schließlich nach inferior und anterior als okzipitale bzw. temporale Lappen. Dieses Wachstum ereignet sich in stetig pulsierendem Rhythmus, dem inhärenten Basisrhythmus des sich entwickelnden Organismus. In der vierten fötalen Woche liegt das sich entwickelnde Gehirn oberhalb des sich entwickelnden Kraniaums, bestehend aus Okziput- und Sphenoidbasis und den Partes petrosae der Ossa temporalia. Die Kondensation des Mesoderm erstreckt sich schrittweise um das Gehirn, bis es nach sieben Wochen vom membranösen Schädel umhüllt ist. Zu diesem Zeitpunkt hat die Verknorpelung an der Okziput- und Sphenoidbasis bereits begonnen. Das Chondrocranium, d. h. die Vorläufer der Knochen in Knorpelform, hat sich in der elften Woche gebildet. Wir sind also Zeugen eines sich bewegenden Organismus, der sich in einem rhythmisch pulsierenden Wachstumsmuster schnell in organisierten Richtungen entwickelt. Dieses Bewegungsmuster setzt sich während des Lebens als der dem Zentralen Nervensystem inhärenter Rhythmus fort. Er wird durch die Zerebrospinale Flüssigkeit im subarachnoidalen Raum an das membranös-ossären Gefäß übermittelt, mit dem er sich entwickelt und in dem er sich befindet, um klinisch als Kranialer Rhythmischer Impuls wahrgenommen zu werden.

Um die zyklische Veränderung des Umfangs einer Extremität zu erklären, haben Hering und Traube eine rhythmische Aktivität im vasokonstriktorisches Zentrum am Boden des vierten Ventrikel postuliert, die langsamer als der arterielle Pulsschlag und der Respiration ist⁹. Sears erkannte einen zentralen rhythmischen Einfluss, der die Aktivität der spinalen Motoneuronen des Thorax kontrolliert¹⁰. Durch Ultraschallstudien der Bewegung des Gehirns konnten die kleinen Bewegungen der Gehirnstruktur aufgezeigt werden, die durch die Wellenbewegung des arteriellen Pulses und der

Respiration erzeugt werden. Man stellte fest: „Zusätzlich wurden insbesondere während des Anhaltens des Atems Modulationen auf niedrigeren Frequenzen beobachtet, die den Traube-Hering-Wellen gleichen“¹¹. Nur Dr. Sutherland¹² erkannte in diesem kranialen Rhythmus die palpierbare Manifestation des Primären Respiratorischen Mechanismus. „Das Gehirn bewegt sich unwillkürlich und rhythmisch im Schädel. Diese unwillkürliche rhythmische Bewegung umfasst die Expansion und Kontraktion der Ventrikel während der respiratorischen Phasen... Dies wiederum beeinflusst die zirkulatorische Aktivität der Zerebrospinalen Flüssigkeit; und diese zirkulatorische Aktivität beeinflusst die Bewegung der Arachnoidea und der Dura mater; und aufgrund der besonderen wechselseitigen Spannungsmembran... beeinflusst sie die Mobilität in der basalen Artikulation.“ Die Symphysis sphenobasilaris hebt sich während der Inhalationsphase an und senkt sich während der Exhalationsphase ab. Os ethmoidale, Os vomer und Os sacrum nehmen mit ihren individuellen Richtungen ebenfalls an der Flexions- und Extensionsbewegung teil, die sie um ihre jeweiligen Transversal-Achsen vollziehen. Die Ossa temporalia und andere bilaterale Knochen bewegen sich gleichzeitig während der Außenrotation in Flexion... wie eine Rosenknospe ihre Blütenblätter öffnet... und während der Innenrotation in Extension... die Blütenblätter schließen sich.“ Dr. Sutherland arbeitete mittels der Kontrolle seiner eigenen kranialen respiratorischen Bewegungen und er kam zu dem Schluss, dass der „Respiratorische Mechanismus des Zwerchfells sekundär gegenüber dem kranialen ist“.

Die sekundäre Respiration besteht aus dem physiologischen Prozess des Einatmens, Erwärmens, Anfeuchtens, Reinigens und Übermittels der Luft an die Alveoli pulmonalis, in denen sich der Sauerstoff, im Austausch mit Kohlendioxid, mit dem Hämoglobin verbindet, wobei das Kohlendioxid vom Körper über die Bronchien, die Luftröhre, den Rachen und die Nase abgeatmet wird. Diese vorwiegend vom autonomen Nervensystem kontrollierte Funktion schließt das Zwerchfell im Thorax, die interkostalen Muskeln und Rippen, die Pleura,

die Lungen, den tracheobronchialen Mechanismus, die Nasennebenhöhlen und die Nase mit ein. Die Innervation erfolgt sympathisch durch die Austrittsstellen an der Brustwirbelsäule, parasympathisch durch den Nervus vagus und motorisch durch die Nervenverzweigungen am Zwerchfell, welche aus den Wirbelsäulenabschnitten C3-C5 stammen.

Bedenken Sie weiter, dass die physiologische Luftaufbereitung von der rhythmischen Innen- und Außenrotation der Gesichtsknochen abhängt. Dem Nervus vagus muss ein freier Durchgang durch das Foramen jugulare gewährt werden, welches sich zwischen Okziput und der Pars mastoidea des Os temporale befindet. Die rhythmische Bewegung des Zwerchfells im Thorax muss mit der respiratorischen Bewegung des kranialen Diaphragma und des Diaphragma urogenitale synchronisiert sein, die wiederum von der unbehinderten rhythmischen Bewegung der Ossa temporalia bzw. des Os sacrum abhängen.¹³

Die sekundäre Respiration stellt als Vitalfunktion einen Transformator dar, durch den der hochkomplexe lebendige Organismus die sich extrem ändernden äußeren Umweltbedingungen so modifiziert, dass sie zu den Bedürfnissen der stabilen inneren Umgebung passen.

Die Primäre Respiration erhält dagegen mit seinem komplexen interzellulären Austausch die Balance zwischen Anabolismus und Katabolismus aufrecht. Er aktiviert zusätzlich die Elektronenpumpe, wodurch die Kaliumionen die Zelle verlassen und Natriumionen die Zellmembran aus der extrazellulären Flüssigkeit durchschreiten können. Bei der Zelldepolarisation erhöht sich der Stoffwechselforgang. Die Intensivierung des Stoffwechsels bedingt einen vermehrten Natriumausstoß und speichert erneut Kalium in der Zelle, repolarisiert die Zelle und der Zyklus beginnt erneut. Dies gilt für gestreifte Muskelfasern, Herzmuskelfasern und die Fasern der glatten Muskulatur¹⁴. Es handelt sich dabei wahrscheinlich ebenfalls um eine neuronale Funktion. Weiterhin verringert die Zelle in der Depolarisationsphase ihre Größe und kehrt in der Repolarisation zu ihrer vorangegangenen Dimension zurück.

Die Verdauungsfunktionen des gastrointestinalen Trakts sind mit der Genauigkeit der verschiedenen Themen einer Symphonie zeitlich und inhaltlich aufeinander abgestimmt. Die peristaltische Geschwindigkeit wird dem ausgeführten Prozess entsprechend beschleunigt oder verlangsamt.

Die sekretorisch wirksamen Zellen des Magens antworten bei Nahrungseintritt mit Salzsäure und Pepsin, die Leber schüttet Gallenflüssigkeit in den Zwölffingerdarm aus, sobald fetthaltige Nahrung dort ankommt, um die wesentlichen Bedingungen des Fettstoffwechsels sicherzustellen. Der Pankreas schüttet anschließend seine Verdauungsenzyme Amylase, Lipase und proteolytisches Trypsin aus, um die Abfolge des Verdauungsvorgangs zu vollenden. Dabei ist nicht nur der Zeitablauf exakt bestimmt, sondern auch die ausgeschüttete Menge. Assimilation und Absorption folgen einem genau festgelegten Zeitschema. Dies geschieht zugleich mit erhöhtem arteriellem Angebot und stärkerer lymphatischer Transportleistung. Gleichwohl ist die Absorption der verschiedenen Verdauungsprodukte kein rein physiochemischer Prozess. Die Epithelzellen der Darmzotten zeigen eine besondere vitale Selektivität. Rezeptoren der Lymphbahnen werden zeitgerecht aktiviert, während der verbleibende Speisebrei rhythmisch weiter transportiert wird und stetig auf die Ausscheidung der nicht verwertbaren Bestandteile vorbereitet wird.

Die selektive Absorption, Sekretion, Reabsorption und Ausscheidung seitens der stillen, rhythmischen Aktionssequenz der Niere ist eine weitere Erscheinungsform der weisen, selektiven zyklischen Aktivität des inneren Lebens. Nur so kann ungeachtet großer Variationen der täglichen Nahrungszufuhr eine konstante chemische Balance im Blut aufrechterhalten werden.

Die Phagozytose der Granulozyten ist eine graziöse Verteidigungsaktion, die augenblicklich auf einen äußeren Eindringling reagiert. Die listigen Bewegungen, durch welche die roten Blutkörperchen sich auf ihrem Weg durch kleinste Kapillaren manövrieren, kann nicht einmal von den bizarrsten modernen Tänzern übertroffen werden. Bewegung, überall Bewegung in allen

Zellen, Organen, Geweben und Flüssigkeiten. Sobald jedoch die angemessene Bewegung gestört, verformt oder unterbrochen ist, entsteht eine Dysfunktion bzw. eine Krankheit.

Das menschliche Lebewesen stellt eine dynamische Funktionseinheit dar. Alle Teile sind durch zähe lebende Membranen, die Faszien, wechselseitig integriert. Dadurch kann die sensible, differenzierte Hand auf dem Kopf Hindernisse der physiologischen Funktion in entfernten Teilen des Körpers entdecken. Umgekehrt lassen sich kraniale Strains durch Palpation in anderen Bereichen diagnostizieren. Die inhärente physiologische Bewegung des Primären Respiratorischen Mechanismus wird bei Irritationen in ihrem Muster verformt, beeinträchtigt, reduziert, vermehrt oder verändert. Ungeachtet dessen, wo sich die primäre Ursache befindet, kann das Symptom überall auftreten.

Der momentane Zustand des Patienten wie er heute vor uns sitzt, ist die Summe der Auswirkungen seiner inhärenten Reaktion auf alle „Pfeile und Schleudern des schändlichen Schicksals“, die auf ihn eingestürzt sind. Die Diagnose ist die Kunst der Analyse des gegenwärtigen Struktur-Funktions-Status. Dieser muss auf die Ursachen zurückverfolgt werden, um jenen Schlüssel zu finden, der das Gegenwärtige vom Vergangenen lösen kann und ihm ermöglicht, wieder mit dem inhärenten unbehinderten Rhythmus in die Zukunft zu fließen. „Uns interessiert allein die Wahrheit bzw. die Verbindung von Ursache und Wirkung. Wir sind davon überzeugt, dass ein einziger Faden alle Dinge durchzieht. Alle Welten sind an ihm wie Perlen aufgereiht – und die Menschen, Ereignisse und das Leben begegnen uns nur aufgrund dieses Fadens.“¹⁵ Die Worte Emersons drücken ebenfalls eine osteopathische Schlussfolgerung aus. Mose hat eine weitere Dimension zu dieser Ursache-Wirkung-Beziehung hinzugefügt, als er schrieb: „Tausende Jahre sind vor Dir nur wie gestern“¹⁶. Jedes mentale, emotionale, physische Ereignis, das den freien, inhärenten Rhythmus des Lebens verformt, beeinträchtigt oder unterbricht, ist ein Glied in der Kette, die geschmiedet wird, um den Menschen an seine Vergangenheit zu fesseln. Es ist nicht Zweck dieses Vortrags mit Ihnen auf den Flügeln der

eloquenten Philosophie aufzusteigen, sondern es geht eher darum, mit Ihnen vertiefte, bedeutende Konzepte zu teilen, die Sie befähigen, Ihren Patienten besser dienen zu können.

Sie haben einen Patienten mit komplexen Symptomen mit einer Serie von physischen und emotionalen Ereignissen in seiner Lebenszeit vor sich. Seine Körperflüssigkeiten wurden schon oft analysiert und Röntgenaufnahmen von seinen Körperstrukturen erstellt. Man hat ihn mit Wundermitteln beschossen, er hat verschiedene teure Pillen geschluckt, er hat sich keine Delikatessen mehr gegönnt und hat nach Kräften Bewegungsübungen ausgeführt. Dennoch ist er immer noch krank. Liegt die Ursache in einem Autounfall vor 25 Jahren, einem emotionalen Schock vor 15 Jahren, einer Enzephalitis in der Kindheit oder in einer traumatischen Geburt? Sind Probleme an der Arbeitsstelle, der Streit zu Hause die Hauptschwierigkeiten? Die Erinnerung an die kritische Episode kann tief im Unterbewussten vergraben sein. Nur ein Behandler, der solche Facetten zu unterscheiden weiß, wird diesem Lebensfaden solange folgen, bis er die Antwort findet.

So ein Patient war ein Mann mittleren Alters, der seit 25 Jahren an Kopfschmerzen litt. Er war in den renommiertesten Kliniken intensiv behandelt worden. Schließlich sah man sich genötigt, eine Medikamentenentziehungskur durchzuführen. Zuletzt wurde *er* danach gefragt, was seiner Ansicht nach die Kopfschmerzen verursacht habe, zumal er von einem Tag auf den anderen nahezu tägliche Kopfschmerzen bekommen habe, ohne zuvor damit belastet gewesen zu sein. Er fuhr im Krieg einen Jeep. Als er eine Kreuzung überquerte, fuhr ihm ein anderes Fahrzeug in die Breitseite. Eine Woche später begannen die Kopfschmerzen. Der Körper wies immer noch diese laterale Kraft auf mit der sein Körper getroffen wurde und sein Kranialer Mechanismus kämpfte darum, trotz eines schwerwiegenden Lateral-Strains zu funktionieren.

Eine junge Frau, die offensichtlich depressiv und in sich zurückgezogen war, beklagte sich über ständige epigastrische Schmerzen. Diese wurden durch Essen verstärkt und es gab kaum

beschwerdefreie Intervalle. Sie verhielt sich ablehnend gegenüber der Möglichkeit, Fragen mit mehr als „Ja!“ oder „Nein!“ zu beantworten. Nachdem sich aus der Anamnese wenig Erhellendes ergeben hatte, lag sie auf nun dem Behandlungstisch und wurde untersucht. Es konnte eine schwere emotionale Last gefühlt werden, doch worin bestand ihre Natur oder ihre Auflösung? Der Große Mediziner habe uns gesagt, so wurde ihr mitgeteilt, dass Heilung und Vergebung zwei Seiten einer Münze seien. Um die Heilung zu erreichen, sei Vergebung erforderlich. Ist die Vergebung vollständig, erfolgt die Heilung zwingend. Als dieses stille Gespräch andauerte, kam keine sichtbare Reaktion von der Patientin. Dann erhielt sie Anweisungen für eine Vergebungsübung. Zunächst solle sie an alle Situationen denken, in denen sie jemanden anderes verletzt habe und deswegen um seine Vergebung bitten müsse. Dann solle sie den Vorfall auf einem inneren mentalen Bildschirm darstellen, eine Abschlusszene hinzufügen, in der sie sich dem betroffenen Menschen nähere, um Vergebung bitte und diese erhalte. Sodann solle sie an alle Vorfälle denken, in denen sie von anderen verletzt worden sei und sie ihnen vergeben müsse. Wieder sei die Episode zu visualisieren und die Szene der ausgesprochenen und erhaltenen Vergebung hinzuzufügen. (Es gab dabei keine offensichtliche Antwort oder Reaktion der Patientin.) Drittens, solle sie nun an jede Situation denken, in der sie im Recht oder unschuldig war, in der jemand sie verletzte oder schädigte – und seit dieser Zeit bitteren Ärger und Ressentiment empfinde. Jetzt sind der Ärger und das Ressentiment die größere Übertretung, die vergeben werden müssen. Augenblicklich brach die Patientin in Tränen aus und beschrieb, wie sie mit 14 Jahren von einem älteren Mann missbraucht worden war, wie sie die ungewollte Schwangerschaft durchstand, wie ihre Mutter das Kind mit ihr zu Hause aufgezogen hatte, wie sie den Mann hasste und der Mutter diese Situation verübelte. Als der emotionale Ausbruch abklang, wurde der vierte Schritt beschrieben – das Ereignis, von dem man glaubt, man könne es sich selbst nicht vergeben, eine unverzeihliche Sünde. Wenden Sie wieder die kreative Imagination an, lassen

Sie die Patienten sich objektiv auf dem inneren mentalen Bildschirm betrachten und lassen Sie sie die Selbstvergebung in ihrer Vorstellung aussprechen und diese auch erhalten.

Weiter wurde sie angewiesen, sich für jeden Teilbereich eine Woche Zeit zu nehmen, um sich so viel wie möglich erinnern zu können. Dann solle sie in der für sie geeigneten Weise vor Gott treten und um Seine Vergebung bitten. Die Patientin akzeptierte dies als Rezept. Einen Monat später waren die abdominalen Beschwerden verschwunden und mit ihrer fröhlichen, freundlichen Persönlichkeit erschien sie wie ein neuer Mensch. Die Vergebung hatte die Kette der Vergangenheit geschmolzen.

Ein 18-jähriger japanischer Junge wurde von seinen entmutigten Eltern gebracht, weil er in sich selbst zurückgezogen, sprachlos und verlangsamt war. Er erschien sanft und freundlich, half seinem Vater beim Ziehen von Gräben und beim Landbau. Sein Wortschatz und seine mathematischen Fähigkeiten waren zufriedenstellend, aber er brachte die Worte durcheinander. Er war das erste Kind und seine Geburt war kurz und unauffällig. Doch „sein Kopf hat die Form eines Kürbis“. Die Kleinkindzeit verlief unauffällig, außer dass er erst mit drei Jahren zu sprechen begann und noch mit fünf nur wenige Worte verwendete. In der Schule störte er, doch eine neurologische Untersuchung erbrachte keinerlei Pathologien. Bei der Untersuchung seiner Körpergewebe zeigte sich eine *Inertia*, ein Mangel an Vitalität; man hatte den Eindruck, es sei kaum genug Energie vorhanden, um den Mechanismus am Laufen zu halten. Es ging nicht um die Trägheit der Müdigkeit, obwohl er von Müdigkeit berichtete. Es war auch nicht die *Inertia* eines komprimierten Mechanismus an sich, obgleich eine Kompression ebenfalls festgestellt wurde. Das Gefühl der Membranen erinnerte eher an einen nassen Karton als an eine federnde wechselseitige Spannungsmembran. Hierbei handelte es sich um die Folgen einer Enzephalitis. Mit anderthalb Jahren hatte das Kind Röteln mit sehr hohem Fieber. „Die Zerebrospinale Flüssigkeit ist das höchste bekannte Element im menschlichen Körper und bevor das Gehirn diese Flüssigkeit nicht im Überfluss liefert, verbleibt der erkrankte

Zustand im Körper... Dieser große Fluss des Lebens muss angezapft werden und die verdorrten Felder sofort bewässert werden, bevor die Ernte der Gesundheit für immer verloren sein wird.“¹⁷ Schon beginnt er wieder zu lachen und zu kommunizieren.

Bei der Geburtsanamnese eines anderthalb Jahre alten adoptierten Mädchens, das wegen Kiefergelenksbeschwerden und Malokklusion vorgestellt wurde, lag ein Kaiserschnitt bei Steißlage vor. Die Untersuchung ergab ein kraniales Pattern, das stark auf Schädelverformung im Becken schließen ließ – ein schiefes interparietales Okziput, ein flaches Supraokziput und komprimierte Partes condylares. Die Anamnese wurde im Gespräch mit der Mutter der Adoptierten besprochen: „Ja, sie lag zunächst richtig, doch dann veränderte sich die Situation zu einer Steißlage.“

Die Vergangenheit wird im lebendigen Organismus genau aufgezeichnet, insofern diese Vergangenheit die freie rhythmische Bewegung gestört hat. Wie können Sie als Osteopath, den Lebensfaden zu den wesentlichen Erfahrungen zurück finden? Wenn Sie diese gefunden haben: wie können Sie diese Dämme aus mentalen, emotionalen, physischen Ablagerungen lösen und dem Fluss des Lebens erlauben, unbehindert weiterzufließen? Es gibt hier zwei Ermahnungen an Sie:

1. Seien Sie still und wissen Sie.
2. Bitten Sie darum, dass es ihnen geschenkt wird. Bittet und Euch wird gegeben.

Es gibt ein kleines 79-seitiges Buch eines Nicht-Osteopathen, das erstmals 1947 veröffentlicht wurde und den vollständigsten osteopathischen Diskurs enthält. Der Autor war Lehrer an der Grundschule von Emerson, Holmes, Carlyle und Bliss Perry. Der Titel des Büchleins lautet *Consent* und sein heißt Newton Dillaway¹⁸. „Das Prinzip des Einverständnisses baut den Rhythmus der Gesundheit im Körper auf oder stellt ihn bei vollständiger Anwendung wieder her. Ebenso gilt dies für den Rhythmus der rationalen Einsicht. Und es öffnet auf ewig weitere und höhere Gipfel an Erkenntnissen und Leistungen.“ „Der Mensch muss im Einverständnis mit der Ursache und der Konstitution des

Universums sein.“ „Wir handeln nicht, sondern lassen handeln, wir arbeiten nicht, es wird auf uns eingewirkt.“ „*Es gibt ein Einverständnis* – das ist der Schlüssel. Im Verhältnis zu unserer Fähigkeit zu diesem Einverständnis, werden wir gebraucht. Es gibt ein ‚Leih-Pacht-Verhältnis‘ der gesamten Person mit dem Rhythmus, der alle Dinge ganz macht, dem Rhythmus des Universums.“

Stellen Sie sich für einen Augenblick eine rote Blutzelle vor. Das Entstehen, die Existenz und der Lebenszyklus dieser Zelle hängen von Ihrem Leben ab und Ihr Leben hängt von dieser roten Blutzelle ab. Diese Zelle hat vermutlich wenig oder gar keine Bewusstheit von Ihnen als dem Lebewesen, dessen Teil sie ist. Sie ist dazu geschaffen ihre Aufgabe des Transports von Sauerstoff oder Kohlendioxid zwischen den Lungen und den Geweben auszuführen. Sie fließt im Rhythmus des kardiovaskulären Systems, innerhalb dessen sie funktioniert. Sie lebt, reproduziert sich und stirbt in Übereinstimmung mit dem zyklischen Rhythmus, der die notwendige Population aufrechterhält. Wenn die roten Blutzellen darüber nachdachten und ihr Verhältnis zu Ihnen bestimmen würden, kämen sie nicht zu dem Schluss: „In ihm leben wir, bewegen uns und haben unser Sein“? Wir können unsere Beziehung zu unserem Schöpfer mit der eines Erythrozyten zu einem menschlichen Lebewesen vergleichen. Wir sind Gottes Blutzellen; in Ihm leben wir, bewegen uns und haben dort auch unser Sein. Wir fließen mit dem Rhythmus seiner Schöpfung. Wir leben, um Seinem Zweck zu dienen.

Lassen Sie uns still sein und wissen. Lassen Sie uns am Ozean sitzen und die Bewegung der Wellen wahrnehmen, den tiefen Rhythmus der Tiden. Lassen Sie uns einen großen Baum in den Wäldern betrachten und fühlen, wie seine Kraft ansteigt und abfällt. Lassen Sie uns in einer Vollmondnacht auf einer Bergspitze sitzen und sehen, wie er über dem Horizont erscheint, bald seine ganze Pracht zeigt um schließlich zum höchsten Himmel hochzusteigen. Rhythmus, überall Rhythmus. Nun, sitzen Sie in einer bequemen, entspannten Position neben Ihrem Patienten und platzieren Sie Ihre Hand flach auf dem Oberschenkel, dem Arm oder

dem Kopf. Schließen Sie ihre Augen, um jeden anziehenden Einfluss durch den Sehsinn auszuschließen. Falls Sie ein Hörgerät tragen, schalten Sie es ab. Fokussieren Sie Ihre gesamte Aufmerksamkeit auf die Aktivität unter Ihrer Hand. Achten Sie nicht auf die Struktur der Haut, des Muskels oder des Knochens. Warten Sie, bis Sie sich der Bewegung bewusst werden, beobachten und beschreiben Sie diese Bewegung, ihre Natur, ihre Richtung, ihren Rhythmus und ihre Amplitude, ihre Konsistenz oder ihre Variation. Sobald Sie auf die Bewegung eingestimmt sind, legen Sie die andere Hand auf die Rückseite der Extremität oder die andere Seite des Kopfes. Bewegt sich diese in der gleichen Richtung, mit dem gleichen Rhythmus, der gleichen Amplitude wie die erste? Als nächstes legen Sie eine Hand auf den Oberarm und einen anderen auf den Oberschenkel und ruhen Sie in Stille, bis Sie die jeweiligen inneren Bewegungen wahrnehmen. Sind sie synchron, bewegen sie sich in die gleiche Richtung, sind sie konsistent oder unterliegen sie einem Zyklus der Veränderungen, die schließlich zum ursprünglichen Muster zurückkehren? Wenn Ihre Hände auf dem Körper ruhen, können Sie ein Kraft realisieren, die Ihre Hände nach hinten transportiert, weit jenseits der Begrenzungen des Körpers, immer weiter in dieser Richtung, ohne irgendeinen Antrieb umzukehren. Hat dieser Patient einen Zusammenprall mit hoher Geschwindigkeit erlitten? „Ja, warum“, könnte er antworten, „ich bin vor drei Jahren am Lenkrad eingeschlafen und gegen einen Baum gefahren.“ Und dann fügt er hinzu: „Aber, woher wissen Sie das?“ Weil die Energie, die den Körper getroffen hat, immer noch in den Geweben präsent ist.

Ein junger Mann überschlug sich nach links, als ein Auto mit hoher Geschwindigkeit in die rechte Seite seines Busses fuhr. Die Kraft des Aufpralls demolierte den Bus und schleuderte ihn links aus der Tür. Sechs Wochen nach dem Unfall waren seine Verletzungen scheinbar verheilt. Doch er befand sich in einem beständigen Zustand der Erschöpfung, Trägheit und Verwirrung. Er konnte sich nicht konzentrieren oder sich selbst beschäftigen und hatte keine Motivation zur Aktivität. Die Palpation zeigte unmittelbar die Verformung seines Energiemusters.

Es zeigte nach links und bewegte sich stetig zur linken Seite ohne Tendenz umzukehren. Der Aufprall war geschehen, als sich der rechte Fuß auf dem Gaspedal und der linke auf dem Boden befanden. Die Hände hielten das Lenkrad. Der Patient sollte auf dem Behandlungstisch eine sitzende Position einnehmen. Dabei hielten seine Hände ein imaginäres Steuerrad. Die Osteopathin stand hinter dem jungen Mann und platzierte die Hände sanft und bestimmt auf die Ossa parietalia, wobei ihre Ellbogen zur Kontrolle auf seinen Schultern ruhten. Ohne irgendeine Verzögerung begann sich der Körper in jenem Muster des traumatischen Ereignisses zu bewegen. Es setzte sich in Lateralflexion fort, bis es einen Punkt der *Inertia* erreichte, an dem es eine Weile verharrte. Allmählich wurde es lebendig und führte eine bemerkenswerte Folge entspiralisierender Bewegungen aus, die sich zuerst im unteren Rückenbereich konzentrierten, dann im Thorax und schließlich im zervikalen Bereich. Zuletzt kam es in Aufrichtung zur Ruhe.

Ein paar Tage später kehrte der junge Mann zur Arbeit zurück, nicht mehr erschöpft, verwirrt oder unorganisiert. Danach mussten mit einem gewissen Abstand nur noch einige lokale Bereiche mit somatischen Dysfunktionen korrigiert werden. Doch jetzt waren die Rhythmen seines normalen inhärenten Musters wiederhergestellt und sein Leben floss wieder. „Alles in der Gesundheit fließt *mittels* der universalen Kraft – und diese heißt *Einverständnis*.“¹⁹

Gleichwohl wird der Mensch nicht nur durch physische Traumata gestört. Der Mensch besitzt einen bewussten Verstand, einen bewussten Intellekt und ein Unterbewusstsein, in denen Funktionseinschränkungen beginnen können. Hier verlieren wir oft den normalen Rhythmus. Die junge Dame mit der ungewollten Schwangerschaft im Alter von 14 Jahren hatte ihre normalen freien emotionalen Rhythmen durch die Wut und das Ressentiment blockiert, die sie in ihrem Unterbewusstsein verschlossen hatte. Dieses Hindernis ihres inhärenten Rhythmus wurde in körperliche Dysfunktion übersetzt, die ihr schließlich so viel Unbehagen bereitete, dass sie bereit war nach Hilfe zu suchen. Vergebung flutet den Verstand und die Emotionen mit

einem mächtigen Strom reinigenden Wassers des Geistes. Sie spült alle Ablagerungen heraus und macht die Kanäle frei, damit die göttlichen Rhythmen wieder frei nach oben und unten fließen können.

Starre Konzepte lassen auf beschränkte Geisteshaltungen schließen, Geisteshaltungen, die jenen Fluss und Aufstieg blockiert haben, denen der Schlüssel zur Regeneration und Versöhnung innewohnt.²⁰ Die Blinden, die einen Elefanten beschrieben, konnten sich nicht einigen. Der eine fühlte ein Bein und meinte, ein Elefant ist wie ein Pfeiler, ein anderer fühlte das Ohr und meinte, ein Elefant sei wie ein Fächer. Jeder wusste um einen Teil, doch bevor ihre Blindheit nicht verschwand, konnten sie das Ganze nicht sehen; sie wussten nur das, was sie wahrnahmen. Das Leben ist Fließen, Veränderung, Aufsteigen. Und wir müssen zustimmen, mit ihm zu fließen, uns zu verändern und aufzusteigen. „Ohne ein vorheriges Einverständnis im Menschen, kann sich kein Thema in Harmonie auflösen, kann keine Krankheit geheilt werden und kein ewiger Weg zur Erfüllung kann in uns... geöffnet werden.“²¹

Jeder Patient, welchem Behandler er auch immer begegnen mag, ist ein einzigartiges Lebewesen. Er impliziert einzigartige Herausforderungen, die besondere Techniken für ihre Lösung erforderlich machen. Sie haben in Stille der Evidenz gelauscht, die in diesen Geweben präsentiert werden. Nun überlegen Sie, was zu tun ist, wo Sie anfangen sollen, welche Technik Sie verwenden sollen, welcher Rat erforderlich ist. Das Lehrbuch in Ihrer Bibliothek wird bestimmte Behandlungsmethoden für eine besondere Krankheit aufzählen. Doch sie sind mit einem lebendigen Individuum konfrontiert, einem spirituellen Lebewesen mit mentalen, emotionalen und physischen Eigenschaften, die alle zusammen zu den Schwierigkeiten beitragen können, mit denen er kämpft. Irgendwo, irgendwie werden die frei fließenden inhärenten Rhythmen behindert oder irregeleitet. Wie können Sie dazu beitragen, dass diese Rhythmen wiederhergestellt werden?

Die zweite Ermahnung lautete: „Bittet und es wird Euch gegeben. Suchet und Ihr werdet fin-

den.“ Dann müssen wir zuhören. Es handelt sich dabei um einen Prozess, bei welchem der Verstand auf die Rhythmen der universalen Macht eingestimmt wird. Fokussieren Sie die Energien aufs Zentrum, stimmen Sie den Verstand durch Zuhören ein, und erheben Sie sich innerlich. Wir müssen nach oben reichen, dann kommt es als Echo, Rückstoß oder Reaktion zurück und verschafft dem Verstand Einsicht.²² Wir können den Weg aus jeder Schwierigkeit, aus jeder Krankheit des Körpers oder Verstandes fühlen. „Die Höhe ist Heilkraft“ – auch der Ort, von dem wir mit Heilung zum Körper und Einsicht für den Verstand zurückfließen.

Bitten Sie die Seele Ihres Patienten still Ihnen ihre tiefste Not zu zeigen... und Sie wird sich Ihnen als verbal ausgesprochene Antwort oder als Dysfunktion bzw. als Bewusstheit eines emotionalen Hindernisses erschließen. Dann bitten Sie den Großen Mediziner um Leitung Ihrer Behandlung, um Führung in Ihrer Bera-

tung und um Weisheit bei Ihrer Verschreibung. Auf diese Weise stimmen sie zu, im Dienst des Universalen Schöpfers bei der Heilung seiner Kinder gebraucht zu werden.

Am Schluss möchte ich Ihnen ein paar Worte von Agnes Sanford, der Pionierin in der Arbeit des göttlichen Heilens mitgeben: „Es gibt keinen Weg, um das Gesetz zu überlisten, dass wir so erhalten, wie wir geben... Es ist der wirklichen Natur der Dinge eingeschrieben und wir können es ebenso wenig ändern wie das Gesetz der Schwerkraft. Gottes Leben ist ein Fluss... es ist lebendiges Wasser... es ist aktive Elektrizität... es ist Liebe, die auf einer bestimmten Wellenlänge und mit bestimmter Intensität schwingt. Damit dieser Strom uns durchfließt, müssen wir ihm einen Ansatzpunkt geben, sodass er seinen Kreislauf vollenden kann.“²³

Stimmen Sie zu, im Rhythmus des Universums zu fließen – als Kanal ohne Hindernisse für die Heilung der Menschheit.

Bibliografie

1. Frymann, VM: Role of the osteopathic lesion in the production of cardiac pathology. AAO Yearbook 65(1) 104
2. Frymann, VM: Role of the osteopathic lesion in functional and organic renal pathology. AAO Yearbook (50) 116
3. Still, AT: Autobiography. Published by Author, 1897, 413
4. Op. cit. Anmerkung 3, 282
5. The Bible, Genesis 2,7
6. Emerson, RW: The Gospel of Emerson, Edited by Newton Dillaway, The Montrose Press, Wakefield, MA, Sixth Edition, 1949, 30
7. Frymann, VM: Learning difficulties of children viewed in the light of the osteopathic concept. JAOA, Vol. 76, Sep 1976, 46/103-61/118
8. Gray, H: Anatomy of the Human Body. 25th Edition. Edited by Goss, CM Lea and Febiger, Philadelphia, 1948
9. Best, CH, Taylor, NB: The physiological basis of medical practice. A Text in Applied Physiology, Ed 7. Williams and Wilkins Co, Baltimore, MD, 1961
10. Sears, TA: Investigations on respiratory motoneurons of the thoracic spinal cord. Prog. Brain Research, 12, 259-72,64
11. Campbell, JK, Clark, JM, Jenkins, CO, White, DN: Neurology April 1970, Vol. 20, No. 4, 418
12. Sutherland, WG: The Cranial Bowl. Published by the Author, Mankato, MN, 1939
13. Frymann, VM: Core-link and the three diaphragms – unit for respiratory function. AAO Yearbook (68) 13
14. Labourit, H: Stress und Cellular Function. JB Lippincott Co., Philadelphia, PA, 9
15. Op. cit. Anmerkung 6, 47
16. The Bible. Psalm 90,4
17. Truhlar, RE: Dr. AT Still in the Living. 43
18. Dillaway, N: Consent. Unity Church, Lee Summit, MO, vi, 1 und 5
19. Op. cit. Anmerkung 18, 12
20. Op. cit. Anmerkung 18, 19
21. Op. cit. Anmerkung 18, 24
22. Op. cit. Anmerkung 18, 53
23. Sanford, A: The Healing Light. Macalister Park Pub. Co, St. Paul, MN, 98

42. BESTEHT DAS KONZEPT DEN TEST DER ZEIT?

Viola M. Frymann, DO, FAAO

Genehmigter Nachdruck des *AAO Yearbook* (55)
20, 20-29, 1955

Dr. Viola Frymann schrieb den Text und trug ihn 1963 als Sutherland Memorial Lecture beim Treffen der Cranial Academy in New Orleans vor. „Besteht das Konzept den Test der Zeit?“ bietet einen durchgehenden Überblick über bestimmte anatomische Studien, welche den möglichen Wert von Konzepten für die Gegenwart betont, die noch nicht zeitlich so intensiv genutzt worden sind, dass sie bewiesen werden konnten. Es handelt sich um einen wissenschaftlichen Aufsatz, wie das in der Tat bei allen schriftlichen und mündlichen Beiträgen Dr. Frymanns bekanntlich der Fall ist.

Am 29. Mai 1953 erreichten zwei Männer mit ungewöhnlicher Ausdauer und Kunstfertigkeit sowie mit einer sie inspirierenden unerbittlichen Entschlossenheit den Gipfel des Mount Everest und kehrten unversehrt zu ihren Kameraden zurück. Edmund Hillary, ein Neuseeländer Bergsteiger, wurde für diese hervorragende Leistung von der Königin zum Ritter geschlagen. Sein Gefährte Tenzing, ein nepalesischer Sherpa wurde ebenfalls für seine Leistung geehrt.

Doch das ist nicht die ganze Geschichte. Denn der Aufstieg zum Mount Everest verläuft nicht in einem Tag, aber auch nicht in den wenigen bangen Wochen der Vorbereitung und des Trainings. Tatsächlich handelt die Erzählung von einem Abenteuer, das viele über lange Zeit beharrlich und hartnäckig verfolgt haben. Es lag über 30 Jahren zurück, dass eine Expedition erstmalig zur Erforschung des Bergs ausgesandt wurde, wobei die ernsthafte Absicht bestand, ihn abschließend zu besteigen. Seit dieser ersten Expedition waren ihr 11 weitere gefolgt. Bei drei von ihnen gelang es sich dem Gipfel bis auf 300 Meter zu nähern. Dann aber wurden sie aufgrund der Grenzen der Ausdauer und der klimatischen Umstände abgebrochen. Bei die-

sen Versuchen verlor eine Reihe von Menschen ihr Leben.

Mithin war die abschließende Vollendung nur der Höhepunkt einer Geschichte, deren größter Teil bereits gelebt und aufgeschrieben worden war, lang bevor die Expedition startete.¹

Die meisterliche Erfassung der Geheimnisse der Natur, die sich auf den menschlichen Körper beziehen, ist eine ähnliche Geschichte von nicht erfolgreichen oder teilweise erfolgreichen Abenteuern, welche die Grundlage für außergewöhnliche Entdeckungen legten. Demjenigen, der als „erster den Gipfel erreicht“ zollen wir Tribut, indem wir seinen Namen unsterblich machen. Die Wissensakkumulation über Tausende von Jahren wird plötzlich von einem weisen, logischen, analytischen Verstand zu einem Naturgesetz synthetisiert, das so unveränderlich ist, wie das der Himmelskörper in ihren Umlaufbahnen. Ein derartiges physiologisches Gesetz ist der Blutkreislauf. Man kann kaum eine Theorie der Funktion des Herzens und der Blutgefäße ohne ein Konzept des Kreislaufs erfassen. Und doch wurde diese Tatsache erst vor 400 Jahren akzeptiert – nach ca. 4.000 Jahren voller Versuche, diese Organe zu verstehen. Eine Reise durch die labyrinthartigen Wege des philosophischen, wissenschaftlichen und physiologischen Denkens der Zeitalter stellt einen Beweis für die Evolution des Verständnisses der wahren Natur des Lebens dar.

Vor langer Zeit, etwa 3.000 Jahre vor Christus existierte in China eine Zivilisation, die sich einer Philosophie der Gesundheit, Krankheit und Therapie verschrieb, die bis heute noch nicht vollständig verdrängt wurde. Ihre Religion untersagte die Sektion, doch ihr Verständnis der Physiologie war bemerkenswert. Zum Blutkreislauf stellte man fest: „Das gesamte Blut steht unter der Kontrolle des Herzens... das Herz reguliert das gesamte Blut im Körper... der Blutfluss verläuft in einem kontinuierlichen Kreis und hört nie auf. Er kann mit einem Kreis verglichen werden, der ohne Anfang und ohne

Ende ist.“²

Ungefähr in derselben Periode entstand in Ägypten eine Hochkultur. Der ältesten wissenschaftlichen chirurgischen Abhandlung zufolge, die sich auf dem Papyrus Edwin Smith findet, dessen Original etwa zwischen 3.000 und 2.500 v. Chr. entstand, wurde das Herz als Zentrum eines Systems von verteilenden Gefäßen betrachtet. Die Bedeutung des Pulses wurde betont und seine Frequenz notiert. Überraschenderweise stand der Autor des Papyrus knapp vor der Erkenntnis des Blutkreislaufs. Das anatomische Wissen der Ägypter war ausgedehnt und ging wahrscheinlich auf die weit verbreitete Praxis des Einbalsamierens zurück, die von der Entfernung der Eingeweide begleitet wurde.

Zweitausend Jahre später besaßen die Griechen, welche die Sektion mieden, weil sie den Körper als heilig betrachteten, nicht das anatomische Wissen der Ägypter. Empedokles, ein Student des Pythagoras, war der Überzeugung, das Herz sei der Sitz des Bewusstseins. Ebenso lehrte er, es sei das Zentrum des vaskulären Systems und dass es einen Blutfluss vom Herzen und einen entsprechenden Rückfluss zu ihm hin gab.

Um 300 vor Christus wurden die ersten öffentlichen Sektionen durchgeführt. Herophilus, den die Nachwelt als Vater der Anatomie bezeichnet hat, unterschied als erster klar zwischen Arterien und Venen. Er betonte, dass sie Blut und keine Luft enthielten. Er untersuchte den Puls und betrachtete ihn als Index der Stärke des Herzens.

Erasistratos, ein jüngerer Zeitgenosse, fügte dem Konzept des vaskulären Blutsystems um 290 vor Christus weitere Informationen hinzu. Er beobachtete, dass jedes Organ von einer Arterie, Vene und einem Nerv versorgt wird. Er betrachtete das Herz als Quelle der Arterien und der Venen. Er beschrieb die halbmondförmigen Klappen und die Trikuspidalklappe. Dabei verstand er, dass diese den Rückfluss des Blutes verhinderten. Er beschrieb und bezeichnete viele der großen Arterien.³

Nahezu 400 Jahre verstrichen, bis der nächste Gelehrte auftrat, der bedeutende Beiträge zum medizinischen Wissen lieferte. Es handelt sich um Galen aus Pergamon in Kleinasien. Er

betonte stets die Bedeutung der Anatomie, die er genau studierte. Er beobachtete, dass das Herz vier Höhlungen und vier Öffnungen besitzt. Drei von ihnen besitzen drei Spitzen, eine nur eine. Bedauerlicherweise war seine Beschreibung des vaskulären Systems irrig. Beispielsweise betrachtete er die Leber als Zentrum des venösen Systems und behauptete, dass sie dem Blut einen besonderen „natürlichen Geist“ beifüge. Dann werde das Blut, aufgeladen mit dem „natürlichen Geist“ und den Nährsubstanzen, die aus den Eingeweiden stammten, von der Leber durch das venöse System verteilt, fließend und verebend in den Venen. Er glaubte ebenfalls, dass das venöse System im rechten Ventrikel durch schmale Kanäle im interventrikulären Septum passiere, wo es in Kontakt mit Luft käme, die von den Lungen her durch die Vena pulmonalis in den linken Ventrikel gelangt sei. Hier wird es im Kontakt mit dem „natürlichen Geist“, der vom „Weltgeist“ stammte, in den höchst verfeinerten „vitalen Geist“ transformiert, der mit dem arteriellen Blut durch die Arterien verteilt wird. Die Arterien zum Gehirn transportieren diesen vitalen Geist, der im Gehirn in den animalischen Geist transformiert und dann durch die Nerven an die verschiedenen Organe des Körpers verteilt wird. Mehr als tausend Jahre vergingen, bis jemand auftrat, der es wagte diese Lehren infrage zu stellen. Und es vergingen sogar einige 1.500 Jahre, bevor die Bedeutung der letzten Wendung bedacht wurde.

Ibn al Nafis, ein arabischer Arzt aus dem 13. Jahrhundert, entdeckte, dass es im intraventrikulären Septum keine Poren gab. Darüber hinaus beschrieb er den kleineren bzw. Lungenkreislauf: „Das Blut fließt in der Arteria pulmonalis zur Lunge hinauf... um mit Luft vermischt zu werden und geht in die Vena pulmonalis über, in der es zur linken Höhle des Herzens transportiert wird.“ Diese Einsicht blieb in der westlichen Welt leider 700 Jahre unbekannt.

Servetus, ein Spanier, der schließlich wegen seiner radikalen Ideen auf dem Scheiterhaufen verbrannt wurde, stellte 300 Jahre später 1553 eine sehr deutliche Beschreibung des Lungenkreislaufs vor. Doch blieb diese wertvolle Einsicht unbeachtet. Columbo, ein Zeitgenosse des Servetus, der ein sehr bekannter italieni-

scher Anatom war, legte ebenfalls eine genaue Beschreibung des Lungenkreislaufs vor und betonte den Irrtum bezüglich der Perforationen des intraventrikulären Septums.

1571 schrieb Cersalpino, ein Professor für Medizin in Pisa, einige bemerkenswerte Passagen über den Blutkreislauf: „Der Blutkreislauf der vom rechten Ventrikel zum linken Ventrikel und dabei durch die Lungen verläuft, stimmt genau mit den folgenden Tatsachen überein, die aufgrund der Sektion offensichtlich sind. Es gibt zwei Gefäße, die im rechten Ventrikel, und zwei, die im linken enden. Das eine der beiden ist afferent, das andere efferent.“ Er stellte weiter fest, dass „das Blut durch die Venen zum Herz geleitet und von den Arterien durch den Körper transportiert wird.“ Er bemerkte, dass „die Venen unterhalb einer Ligatur eingekerkert sind, nicht darüber“. Er benutzte als erster das Wort „Kreislauf“.

Doch dem Engländer William Harvey gebührt das Verdienst und die Ehre den Blutkreislauf entdeckt zu haben. Er hatte Medizin in Padua und Cambridge studiert. 1616 hielt er seine ersten Vorlesungen als neu bestellter Lumleian-Professor am *Royal College of Physicians*. In den Anmerkungen zum Manuskript heißt es: „William Harvey zeigt aufgrund der Struktur des Herzens, dass das Blut ständig durch die Lungen in die Aorta fließt... Er zeigte aufgrund der Ligatur den Übergang des Blutes von den Arterien zu den Venen. Damit ist eine ständige Bewegung des Blutes im Kreis bewiesen, die durch das Schlagen des Herzens verursacht wird.“ Das war 1628, bevor sein berühmtes Buch *De Motu Cordis* in Frankfurt veröffentlicht wurde. Das Werk wird als Modell des induktiven Schließens gerühmt. Harvey stellte frühere antike und moderne Meinungen vor und betonte die Notwendigkeit der Beobachtung des Herzschlags bei Tieren. Dann stellte er seine eigene Sichtweise so dar: „Zuerst kontrahiert der Aurikel und dies zwingt die Menge des Blutes, die sie enthält, in die Ventrikel. Sobald sie gefüllt sind, hebt sich das Herz an, spannt seine Fasern, kontrahiert und schlägt. Mit diesem Schlag wird das aus dem Aurikel aufgenommene Blut in die Arterien gestoßen. Der rechte Ventrikel schickt sein Blut durch die sogenannte

Vena arteriosa (die Arteria pulmonalis) zu den Lungen. Der linke Ventrikel schickt sein Blut in die Aorta und in den Rest des Körpers durch die Arterien.“ Von dort kehrt das Blut durch die Venen zum rechten Aurikel zurück. Er lobte die Arbeit von Columbo zum Lungenkreislauf, der er beipflichtete. Und er erwähnte das Werk von Fabrizio über die Venenklappen.

Auf diese Weise war ein physiologisches Gesetz bestimmt. Über 4.500 Jahre hatten Philosophen, Ärzte und Wissenschaftler mit unterschiedlichem Erfolg über die Rolle von Herz und Blutgefäßen spekuliert, nachgedacht und geforscht. William Harvey war mit den früheren Konzepten vertraut. Dann studierte er die Anatomie des Herzens und der Blutgefäße. Anschließend interpretierte er die anatomischen Tatsachen durch deduktives Schließen und entdeckte auf diese Weise das physiologische Gesetz, das ihre Funktion reguliert. Seitdem sind viele Details hinzugekommen, doch sie haben kein Jota an Harveys Bestimmung des Gesetzes des Blutkreislaufs geändert. Sein Beitrag wird immer Bestand haben, weil er ein unveränderliches physiologisches Gesetz ausdrückt.

Heute Abend haben wir uns jedoch zum Gedenken an William Garner Sutherland versammelt – und wir wollen nicht William Harvey den gebührenden Tribut zollen. Der Name Dr. Sutherlands hat nicht den universalen Klang Harveys, doch könnte dies nicht in 400 Jahren der Fall sein? Es obliegt der Nachwelt den Wert eines Beitrags zur Kunst, Wissenschaft oder Philosophie zu bestätigen oder zu widerlegen. Doch können ein umfassender Überblick über Dr. Sutherlands Konzept und ein Referat seiner durch die Jahre fortdauernden Geschichte einen Vorblick auf das Urteil der Nachwelt eröffnen.

William Garner Sutherland wurde vor 90 Jahren in New Brunswick geboren. Vor neun Jahren verließ er unsere Sphäre irdischen Strebens und vertraute der osteopathischen Profession ein Konzept von unschätzbarem Wert an. William Sutherland war Sohn eines Hufschmieds. Im Alter von 14 Jahren musste er aufgrund der schwierigen Lage der Familie arbeiten und so begann eine Berufslaufbahn im Bereich der Printmedien. Im Alter von 20 Jahren war er

schließlich in der Lage, sich zum Studium an der *Upper Iowa University* einzuschreiben. Er kehrte zum Journalismus zurück.

Ihm kamen Gerüchte über einen gewissen Andrew Taylor Still in Kirksville, Missouri, zu Ohren. Dann eröffnete ein Absolvent dieser Schule am Ort seine Praxis als Osteopath. Sutherland wollte ihn genau kennen lernen. Schließlich trieb ihn seine Neugier dazu, bei seiner Zeitung Urlaub zu nehmen und selbst Kirksville zu besuchen. Das war ein Wendepunkt in seinem Leben und bevor er nach Hause zurückkehrte, war er davon überzeugt, dass hier, im osteopathischen Bereich sein Lebenswerk beschlossen liege. Daher schrieb sich Sutherland 1898 in der *American School of Osteopathy* in Kirksville ein. Während seiner Zeit an der Schule vergrub er sich in die Tiefe der osteopathischen Prinzipien, wie sie Dr. Still ihnen dort vorstellte. Auf dem Weg zur Klasse verweilte er morgens gewöhnlich vor der Ausstellung von Dr. Stills Knochensammlung und dachte über ihre Bedeutung für Gesundheit und Krankheit nach. Im zweiten Jahr an der Schule betrachtete er die Schädelknochen, die in ihrer korrekten Beziehung zueinander, aber leicht voneinander getrennt befestigt waren. „Als ich so nachsinnend da stand und sie mir in der Perspektive von Dr. Stills Philosophie betrachtete, zogen die abgeschrägten Gelenkoberflächen des Os sphenoidale meine Aufmerksamkeit an. Plötzlich hatte ich einen Gedanken – ich nenne es einen Leitgedanken – abgeschrägt wie die Kiemen eines Fisches, hinweisend auf die gelenkvermittelte Mobilität eines respiratorischen Mechanismus.“⁴ Die vollständige Bedeutung dieser Erfahrung war mehrere Jahre nicht offensichtlich, doch im Lauf der Zeit wurde sie zur kräftigsten und hartnäckigsten Direktive seines Berufslebens.

Um die Wirkung eines derartigen Gedankens einschätzen zu können, muss daran erinnert werden, dass damals alle anatomischen Texte lehrten, der Schädel sei aus einer Anzahl Knochen zusammengesetzt, die ab dem Alter von sechs Jahren fortschreitend fusionierten. Folglich erschien ein derartiger Gedanke lächerlich zu sein. Dennoch, die Abschrägungen an diesen Knochen mussten eine Bewegung erlauben.

Dieser beständige, mäkelnde Gedanke konnte nicht ausgeräumt werden. Schließlich trieb er ihn zu einer genauen Untersuchung der Gelenkoberflächen aller Schädelknochen an. Er bezog ihre Formen auf mechanische Geräte wie Reibräder, Rollen, Fulkren usw. Durch das Studium ihrer physiologischen Bewegungen, durch klinische Experimente an sich selbst und schließlich mit allen Arten von Patienten formulierte er allmählich das Konzept des Primären Respiratorischen Mechanismus, dessen wesentliche Komponenten folgendermaßen lauten:

- 1) die gelenkvermittelte Mobilität der Schädelknochen und des Sakrum
- 2) die reziproke Spannungsfunktion der Dura mater
- 3) die Fluktuation der Zerebrospinalen Flüssigkeit und
- 4) die Motilität des Zentralen Nervensystems.

Ihm galt dieses vierfach gegliederte Konzept als fundamentales Gesetz der physiologischen Aktion im Vollzug solange das Leben besteht. Es kann irregeleitet, beeinträchtigt, behindert oder verformt werden, doch es muss sich fortsetzen und tut dies auch, solange das Leben besteht. Wahrscheinlich sind wir der Bedeutung des Konzepts noch zu nahe, doch ein kurzer Blick zurück durch die Jahrhunderte zeigt die Leistung dieser Beobachtung und Deduktion, den seine Behauptung darstellt. Ein Blick in die Zukunft ermutigt demgegenüber dazu darauf zu hoffen, dass es substanziellere und akzeptablere instrumentelle „wissenschaftliche“ Belege geben wird, die sich aus dieser Hypothese ergeben.

Wir wollen wieder zur Weisheit des alten China zurückkehren. Die Medizin war ein Teil der Philosophie und der Religion. Beide unterstellten eine Einheit mit der Natur. „Tao“ bezeichnet den Weg, das gesamte Universum, worin materielles und nichtmaterielles, natürliches und übernatürliches Seiendes eingeschlossen sind. Das Tao hat die beiden Aspekte Yin und Yang. „Yin und Yang sind im Tao enthalten, das Grundprinzip des gesamten Universums. Sie bringen all die Materie und ihre Verwandlungen hervor. Yin bezeichnet den negativen, kal-

ten, dunklen weiblichen Aspekt, während Yang auf den positiven, warmen, hellen männlichen Aspekt des Universums verweist. Sie regulieren Aufgang und Untergang der Sonne, die verschiedenen Mondphasen, die Jahreszeiten und die Gesundheit des Menschen. Stürme, Dürre, Erdbeben und Krankheiten gehen auf eine Disharmonie von Yin und Yang zurück. Mit-hin glaubt man, dass die Wiederherstellung der Harmonie der Kräfte von Yin und Yang Krankheiten zu heilen vermag.

Die alten Chinesen lehrten, dass die Lebensenergie von Yin und Yang, das Qi auf zwölf Pfaden durch die Haut fließt, den sogenannten Meridianen. Von dem ständigen Fluss von Qi hängt die Gesundheit des Körpers ab.⁵ „Eine Blockade des Qi, die zu einem Übermaß in einigen Teilen und Mangel in anderen Teilen führt, offenbart sich selbst in der Krankheit.“

Dieses System der Diagnose und Behandlung wurde mindestens 3.000 Jahre vor Christus aufgebaut. Vor 35 Jahren erschien die erste Untersuchung über diese Arbeit in Europa. Seit damals haben sich internationale Kongresse mit ihrem Studium befasst. Am Bechterew-Institut in der UdSSR wird ein intensives Forschungsprogramm dazu durchgeführt. Sie wird in verschiedenen Krankenhäusern in Frankreich und einem Krankenhaus in Großbritannien gelehrt. Dabei gab es bemerkenswerte Ergebnisse und die Forschung beginnt damit, sie in kalten, materiellen wissenschaftlichen Begriffen zu erklären. Um was handelt es sich also bei diesem System, das die Überprüfung von 5.000 Jahren überstanden hat?

Es handelt sich um einen Prozess der Pulsdiagnose und der Behandlung durch Akupunktur oder Moxibustion. Dem *Yellow Emperor's Classic of Internal Medicine*⁶ zufolge war die Diagnose ein äußerst bedeutender Vorläufer der Anwendung der Akupunktur. Und die alten Chinesen entwickelten eine äußerst genaue schnelle Diagnosemethode durch die Palpation des Pulses. Zwölf Pulsarten werden aufgezeichnet, davon sechs am Handgelenk. Die Arteria radialis wird auf jeder Seite in drei Abschnitte von etwa 1,25 cm unterteilt – und jeder wird weiter in einen inneren und einen äußeren Puls

untergliedert. Jeder Abschnitt wird zunächst leicht und anschließend mit stärkerem Druck der Finger palpiert, um einen oberflächlichen und einen tiefen Puls zu erhalten. Aus dieser Untersuchung erstellt der Osteopath eine Diagnose des gesamten Körpers und lokalisiert den Bereich der Krankheit.

Die Akupunkturbehandlung besteht im Einstechen einer Nadel in einen bestimmten Punkt des Meridians eines betroffenen Organs. Dabei sind bestimmte Einstichtiefen unter der Haut zu beachten. Der Punkt besitzt nur einen Durchmesser von 2 mm. Die Punkte werden angestochen, um das mit dem Meridian verbundene Organ zu stimulieren oder zu sedieren. Die Stimulierung eines Akupunkturpunkts kann eine Reduktion von Krampf, Schmerz und Stauung in der Umgebung bewirken.

Es könnte leicht sein, diese Praxis als ein interessantes, aber nicht praktizierbares Kapitel der Medizingeschichte beiseite zu lassen. Doch schieben Sie sie nicht zu schnell weg. Jüngere Forschung über die Aktion der Akupunktur zeigt, dass sie eine Anzahl von physiologischen Veränderungen beispielsweise bei der Gerinnungszeit, dem Grad der Ablagerung oder beim Blutzucker bewirken kann. Eine Reihe von Wissenschaftlern hat entdeckt, dass der elektrische Hautwiderstand im Vergleich zur Hautumgebung an den Akupunkturpunkten verringert ist.

Vielleicht haben die Chapman-Reflexpunkte und Travells Triggerpunkte etwas mit der Akupunktur gemeinsam.

Dieser Bericht, der aus der ältesten antiken Zivilisation entsteht, in der die Sektion unbekannt war, bringt mehrere Gedanken zum Ausdruck, die so eng mit der osteopathischen Philosophie verwandt sind, dass sich ein Vergleich nahe legt. Sie können in der Äußerung verdichtet werden, dass eine Blockade des Qi, der Lebensenergie, in einigen Teilen ein Übermaß bewirkt und „in anderen einen Mangel, was sich in der Krankheit selbst offenbart“. A. T. Still hielt fest, dass die Ursache der Krankheit „in einem teilweise oder vollständigen Versagen der Nerven [besteht], die Lebensflüssigkeiten zu leiten“. Er meinte ebenfalls: „Sage mir, wann der Blutfluss

verändert ist, und ich sage Dir den Augenblick, in dem die Krankheit beginnt“. Dr. Sutherland stellte fest, dass es „primär die normale Fluktuation der Zerebrospinalen Flüssigkeit ist, die hinter den Veränderungen der Körperchemie steht“. Weiterhin: „Falls Inaktivität der Zerebrospinalen Flüssigkeit, der Lymphe, des Blutes auftritt, beginnt in diesem Augenblick die Krankheit.“

Ebenso ist es von Bedeutung, dass in China schon erkannt wurde, „der Kopf [sei] das Haus des Willens und der Intelligenz“ – eine Tatsache, die im Abendland nicht vor der Feststellung des Hippokrates um 400 vor Christus erkannt wurde.

Eine Betrachtung der Anatomie des Zentralen Nervensystems wurde zuerst im alten Ägypten entwickelt. Im Papyrus Edwin Smith taucht das Wort „Gehirn“ zum ersten Mal auf. Der Autor beschreibt ebenso die Gehirnwindungen und seine Membrane. Das Konzept, dass das Herz der Sitz der Intelligenz und des Bewusstseins sei, überdauerte die ägyptische Zivilisation und einen großen Teil der griechischen Zivilisation. Hippokrates erkannte aber ohne die nützliche Hilfestellung der Sektion etwa um 400 vor Christus, „dass das Gehirn das mächtigste Organ des menschlichen Körpers ist. Augen, Ohren, Zunge, Hände und Füße agieren in Übereinstimmung mit dem Urteilsvermögen des Gehirns“. Herophilos erkannte etwa hundert Jahre später aufgrund von Sektionen menschlicher Körper, dass das Gehirn das zentrale Organ des Nervensystems sei. Er beschrieb das Cerebrum, das Cerebellum und die Meningen. Er begriff als erster die Natur der Nerven und unterschied die motorischen von den sensorischen Nerven. Er betrachtete ebenfalls das Gehirn als den Sitz der Intelligenz.

Ein jüngerer Zeitgenosse des Herophilos, Erasistratos vertiefte diese anatomischen Beobachtungen und unterschied zwischen Cerebrum und Cerebellum. Er erkannte die größere Komplexität der menschlichen Gehirnwindungen im Vergleich zum Tier und verband diese Einsicht mit der größeren Intelligenz. Sein Konzept des Blutes und der Blutgefäße ist zwar durch die modernen Standards einigermaßen in Verle-

genheit geraten, aber er schließt seine Beschreibung mit einer Wendung, die aufschlussreich ist: „Der ‚vitale Geist‘, der ein besonderer Lufthauch ist, wird von den Arterien zum Gehirn transportiert und dort in den ‚animalischen Geist‘ transformiert, der durch die Nerven an die verschiedenen Organe des Körpers verteilt wird.“ Zu dieser Zeit war die Zerebrospinale Flüssigkeit unbekannt, sieht man von der Einschätzung als Anormalität des Wasserkopfes ab. Hier tritt also erneut der Gedanke an ein vitales Element auf, das durch die Nerven bis zur Peripherie verteilt wird.

In den folgenden 300 Jahren gab es nur wenige bedeutende Beiträge zum Zentralen Nervensystem. Dann studierte Galen um 200 nach Christus detailliert die tierische und menschliche Anatomie. Er bestimmte die Dura mater und Pia mater, den dritten und vierten Ventrikel, der Aquäduktus cerebri, das Dach, die Lamina tectalis, den Processus vermiformis, den Calamus scriptorius, die Epiphyse, die Hypophyse und das Infundibulum. Er beschrieb mit Ausnahme des vierten alle Schädelnerven. Allerdings betrachtete er den Nervus abducens als Teil des Nervus opticus, den Gesichtsnerv und den Hörnerv als einen und denselben, und den Nervus glossopharyngeus, den Nervus vagus und den Nervus accessorius als den sechsten, sodass er sieben Schädelnerven erhielt. Er studierte ebenfalls die Osteologie und hinterließ eine klare Beschreibung der Schädelknochen.

1400 Jahre vergingen, bis Charles Estienne das Rückenmark beschrieb (1530).

Ein Jahrhundert später (1662) beschrieb Descartes das Gehirn als „Zentrum einer Nervenmaschine mit Röhren, die nach allen Seiten des Körpers ausstrahlen und animalischen Geist zu ihnen transportieren und so verursachen, dass sie ihre normalen physiologischen Funktionen ausführen.“ Die Zerebrospinale Flüssigkeit war noch nicht erkannt, doch die Erkenntnis begann zu dämmern, dass das Gehirn und die Nerven einen vitalen Teil in der menschlichen Ökonomie spielen.

Ein paar Jahre später (1664) veröffentlichte Thomas Willis sein berühmtes Werk über die Anatomie des Gehirns. Auch wenn der Circu-

lus arteriosus Willisii seinen Namen unsterblich gemacht hat, war er bereits zu seinen Lebzeiten bereits hoch geachtet. Der Historiker beschreibt ihn als „so unendlich mit seiner Praxis beschäftigt, dass kein Arzt ihn übertraf oder mehr Geld im Jahr verdiente als er“. Seine Beschreibung über die Ventrikel des Gehirns ist allerdings pittoresk und entlockt bei Anatomen nach 300 Jahren ein Lächeln. Er schreibt: „Da sie nur leer sind und aus einer Auffaltung ihrer äußeren Grenze bestehen, sehe ich keinen Grund uns über ihre Aufgabe auszulassen, wie es ebenso die Astronomen mit dem leeren Raum in der Leere der Sphäre halten.“ Auch die Astronomen haben ihre Ansichten zur Bedeutung des Raums geändert!

Antonio Valsava, dessen Name mit bemerkenswerten anatomischen, physiologischen und pathologischen Beobachtungen zum Ohr verbunden ist, stellte 1692 die erste unmissverständliche Beschreibung einer Flüssigkeit vor, die um die Neuraxis eines gesunden Tieres präsent sei. Er sagte, dass er beim Öffnen des Spinalkanals eines Hundes eine Flüssigkeit sah, die in allen Aspekten an diejenige in den Gelenken erinnere. „Doch blieb diese Beobachtung bis in die Neuzeit vollkommen unbemerkt.“⁷

1764 stellte Antonio Cutugno, Professor für Anatomie in Neapel eine weitere klare Beschreibung der Zerebrospinalen Flüssigkeit vor. Er begriff nicht nur, dass sich die Flüssigkeit in freier Kommunikation in den kranialen und spinalen Höhlungen befand. Er erfasste sie auch quantitativ und bestimmte ihr Gewicht zwischen 120 und 150 Gramm. Er erklärte, dass die früheren Anatomen die Flüssigkeit deswegen nicht entdeckt hatten, weil die Sektion gewöhnlich nach der Enthauptung stattfand, sodass die Flüssigkeit aus den kranialen und spinalen Höhlungen herausfließen konnte.

Die modernen Studien zur Zerebrospinalen Flüssigkeiten begannen mit der Arbeit des französischen Anatomen und Physiologen Francois Magendie in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts, für deren Entdecker er sich hielt. Er bezeichnete sie und begann mit Untersuchungen der Flüssigkeit im normalen und pathologischen Zustand. Die klassische Arbeit von Key und Retzius (1875) stellt die Grundlage für die

modernen Konzepte der Meningen und der Räume dar, in denen die Zerebrospinale Flüssigkeit enthalten ist.

Bevan Lewis stellte 1887 ein Konzept von besonderem Interesse zur Debatte als er in den *Proceedings of the Royal Society* berichtete. Das Thema handelte von der „Beziehung der Nervenzellen des Kortex zum lymphatischen System des Gehirns“. Er beschrieb die Zerebrospinale Flüssigkeit als perizelluläre Sekretion in Lymphspalten, die er ebenso mit den subarachnoidalen Räumen verband. Er führt aus, dass sie in abwechselnden Perioden in die Räume um die medullären Fasern ausgedrückt werde. Diese seien mit den Räumen in den peripheren kranialen und spinalen Nerven kontinuierlich. Sie wird durch Systole und Diastole des Gehirns im Rhythmus mit den Lungen beim Ein- und Ausatmen bewegt.

Key und Retzius unterstützten ebenfalls die Ansicht, dass bei der Lungenatmung sich die verschiedenen Teile des Cerebellum und Cerebrum kontrahieren und ausdehnen und dadurch die sekretierten Flüssigkeiten zu verschiedenen Zeiten und über verschiedene Pfade verteilen. Weitere 50 Jahre vergingen, bis Harry Cushing, Professor für Chirurgie an der *John Hopkins University* seine Schlussfolgerungen aus seinen Erwägungen zu diesem faszinierenden Thema vorstellte.

1925 widmete Cushing die erste der drei *Cameron Lectures* an der *University of Edinburgh* dem Thema des „Dritten Kreislaufs und seinen Kanälen“⁸. Er erörterte die Zerebrospinale Flüssigkeit und meinte, sie erweise sich „als in einer bestimmten Richtung in beständiger Bewegung befindlich, durch einen hoch spezialisierten Pfad, der den Blutkreislauf überschreitet und zum Zweck ein Organ einzuhüllen, in dem der lymphatische Apparat des gewöhnlichen Typs nicht vorhanden ist.“ Diese Vorlesung ist ein Meisterstück ausdauernder Beobachtung, luzider Beschreibung und deduktiven Schließens, das ich Ihrem Studium empfehlen möchte. Er bezog sich auf die erhellenden Studien seines Kollegen Dr. Lewis H. Weed aus Boston. Die Studien dienten dazu, mit einiger Bestimmtheit zu sagen: „Ab der ungefähr fünften Woche des embryonalen Lebens beginnt die Flüssigkeit

durch das verbleibende Bruchstück der dorsalen Platte des Neuralrohres zu sickern, welche über dem vierten Ventrikel liegt. Sie findet ihren Weg durch die leptomeningealen Kanäle, die mesenchymal gebildet werden. Und schließlich entweicht sie, indem sie leptomeningeale Kommunikationen, die Villi, aufrechterhält und durch die Dura mater in ihre großen venösen Sinus fließt. Dies alles legt die Geburt eines tatsächlichen Kreislaufs aufgrund des Drucks der Sekretion nahe.“

Dr. Cushing sagt: „Nun, es ist bemerkenswert, dass jemand dann aufhört darüber nachzudenken, wie die Natur diese wässrige Flüssigkeit vor dem Hintergrund des allgemeinen biophysischen Prinzips der Diffusion bereitstellt, wenn sie die Salze und Zucker des Bluts enthält, aber praktisch keines seiner anderen Elemente.“ Er stellt die Frage: „Was kann ihr Grund dafür sein, diese besondere kreislaufförmige Weiche innerhalb ihren choroidalen Grenzen und der dichten Pia zu platzieren und so die Flüssigkeit praktisch von allen bekannten Substanzen wie Medikamenten oder vitalen Farbstoffen freizuhalten? Seine Antwort lautete: „Fraglos bestand ein Zweck darin, ein Medium bereitzustellen, dass die Stoffwechselprodukte auswäscht – ein Substitut für den Lymphapparat, wenn Sie so wollen – denn wir haben verstanden, dass die intraventrikulären und subarachnoidalen Flüssigkeiten eine leicht abweichende chemische Zusammensetzung besitzen. Somit erscheint es auch nicht unwahrscheinlich, dass der Flüssigkeit beim Durchfluss etwas hinzugefügt wird, was für einen scharfen Verstand notwendig ist.“

25 Jahre später erhellte das Elektronenmikroskop eine anatomische Tatsache, die große Bedeutung für das weitere Verständnis des Systems der Zerebrospinalen Flüssigkeit hat. Wyckoff und Kennedy zeigten, dass die Kollagenfasern des Bindegewebes – anders als bislang angenommen – keine festen Strukturen darstellen, sondern tatsächlich tubulärer Natur sind.⁹

Alles Kollagen besitzt diese tubuläre Struktur und dessen Auftreten ist ubiquitär. Ligamente, Sehnen, Aponeurosen, Hüllen, Knochen, Blutgefäße, die Bindegewebelemente des peripheren

Nervensystems und der Muskeln, die Meningen und ihre Reflexionen enthalten alle Kollagen. Insofern stellen sie ein großes kontinuierliches tubuläres System im Organismus dar.

1952 wurde dies zum ersten Mal öffentlich berichtet. 1746 – so berichtet Vaillard – hatte Dr. Piegme 200 Jahre zuvor die doppelte Bewegung des Gehirns vorgestellt, die pulsierende und expansive. Und er zeigte bei seinen Experimenten, dass es weitere Bewegungen in den Extremitäten und allen anderen Teilen des Körpers gibt, die denen des Gehirns analog sind.¹⁰

Die Erkenntnis der Kontraktilität der bindegewebsartigen Oligodendrozyten des Zentralen Nervensystems durch Woolley und Shaw im Jahr 1957 stellt ein weiteres bedeutendes Glied in der Entwicklung eines Konzepts des Systems der Zerebrospinalen Flüssigkeit dar.

Zuletzt versorgt uns das scheinbar damit nicht verwandte Werk von Pritchard und seinen Mitarbeitern (*University of Dublin*) über die Struktur und die Entwicklung der kranialen und faszialen Suturen (1956)¹¹ mit der „Bestätigung einer anpassenden Bewegung des Schädels bezogen auf das System der Zerebrospinalen Flüssigkeit“.

Von den palpierenden Versuchen der Wissenschaftler der Antike über die scharfsinnigen Beobachtungen und Deduktionen der Anatomen und Physiologen in den Jahrhunderten hin zur Durchdringung des ultramikroskopischen Bereiches durch die mit Maschinen ausgerüsteten Physiologen unserer Zeit ist ein Konzept entstanden, dessen Bedeutung gerade erst zu dämmern beginnt. Wir wollen zum Werk von Dr. Still und Dr. Sutherland zurückkehren.

Dr. Still legte ausführlich Wert auf die freie Zirkulation des gesunden Blutes bei der Erzeugung und Aufrechterhaltung der Gesundheit. Er erkannte auch, dass obwohl in einigen Fällen, etwa bei einer verkrüppelten Extremität, die Blutversorgung überreichlich war, dieses dennoch nicht [zur Normalisierung] ausreichte. So fragte er 1899: „Welche Qualität und welches Element ist zurückgehalten worden?“ Da kam ihm plötzlich der Gedanke, dass „die Zerebrospinale Flüssigkeit das höchste bekannte Element im menschlichen Körper ist, und solange

das Gehirn diese Flüssigkeit nicht überreichlich zur Verfügung stellt, bleibt der erkrankte Zustand des Körpers bestehen.“¹²

Nun kam Dr. Sutherland, der ein vollständiges Bild der Funktion des Systems der Zerebrospinalen Flüssigkeit entwickelte. Wir wollen zusammen mit ihm auf seine Forschungsreise gehen. 1931 stellte er in einer seiner ersten publizierten Schriften¹³ zu diesem Thema fest: „Die Suturen des Schädeldachs ossifizieren solange nicht, bis das Leben endet. Die belebten Schädel besitzen eine potente Lebenskraft, welche – anders als beim unbelebten Schädel – die normale membranös-artikuläre Expansion und Kontraktion an den schwalbenschwanzartigen Suturen des Schädeldachs induziert. Sogar der mächtige Stamm der Eiche besitzt einen bestimmten Grad an Flexibilität bis er schließlich zu einem saftlosen Holz wird... Die schwalbenschwanzartigen Suturen sind nicht zum Auseinanderweichen entworfen worden, sondern vielmehr um dieses Auseinanderweichen zu *verhindern*. So erlauben sie der gelenkvermittelten Expansion und Kontraktion diese Mobilität an andere Gelenkverbindungen der kranialen und faszialen Knochen anzupassen.“ 1956 stellten die Anatomen Pritchards et al. fest, dass „aufgrund des Modus ihrer Entwicklung und ihrer histologischen Organisation die Suturen ein starkes Einheitsband zwischen den benachbarten Knochen bilden, wobei sie leichte Bewegungen erlauben.“ Dr. Sutherland hat die jeweiligen Bewegungen der verschiedenen Knochen beschrieben. Dabei verwendete er eine derartig lebendige, pittoreske Sprache, dass der Typ und Zweck der Bewegung unmittelbar deutlich wird. Hier soll bloß ein Beispiel zitiert werden. „Das Os ethmoidale atmet. Ein kleiner Knochen, doch besitzt er artikulare Beziehungen zu dreizehn anderen. Warum? Er könnte jenes ‚Schaf mit der Glocke‘ der Herde kranialer und faszialer Knochen sein, das sie in membranös vermittelter Gelenkbeweglichkeit anführt. Er könnte der ‚Luftpropeller‘ sein, der das Os sphenoidale anhebt. Das Os sphenoidale mit seinem großen und kleinen Flügel kann als ‚Luftschiff‘ bezeichnet werden. Sein vorderes Ende steigt während der Expiration an und geht bei der Inspiration in einen ‚Sturzflug‘ über.

Damit verbunden schwingen die superioren und medialen Anteile des Os ethmoidale glockengleich anterior, sobald das ‚Schiff‘ ansteigt und posterior während des ‚Sturzflugs‘. Gleichzeitig agiert die Falx cerebri, die aufgrund ihrer Anhaftung an der Crista galli mit der Fähigkeit eines ‚Glockenstrangs‘ funktionell mitarbeitet. Sobald das vordere Ende ansteigt, senkt sich das hintere Ende ab. So unterstützt sie die wellenförmig-rotierende gelenkvermittelte Bewegung der petrobasilaren Gelenkverbindungen. Das Tentorium cerebelli besitzt Ansätze an den Processi clinoidei und liefert damit eine funktionelle Kooperation mit der Falx cerebri.“ Und auf diese Weise fährt er fort ein lebendiges Bild der physiologischen Funktion des Kranialen Mechanismus zu malen.

Die Frage, die sich logisch aus dieser Beobachtung ergab, lautete: „Durch welche vermittelnde, antreibende Agenzie erlangt die kraniale gelenkvermittelte Beweglichkeit ihre Aktivität?“ 1933 präsentierte Dr. Sutherland seine Antwort¹⁴: „Das Gehirn ist belebt von motorisch-anregendem Potenzial und besitzt eine daraus resultierende Aktivität in seinen Ventrikeln und Windungen. Es bewegt sich und sein Wesen befindet sich im Schädel.“ Die Beobachtung der Kontraktilität der Zellen des Bindegewebes im Zentralen Nervensystem stellt eine logische Folgerung dazu da. Er fährt fort: „Es kann durch seine eigenes motorisch-anregendes Potenzial und der daraus resultierenden Aktivität der Ventrikel und Windungen, die kraniale Gelenkbeweglichkeit durch die vermittelnde antreibende Spannungsagenzie in Form der Pia mater, der Arachnoidea und der Dura mater starten.“ Er schließt: „Die Falx cerebri und das Tentorium cerebelli fungieren als vermittelnde, antreibende Spannungsbänder zwischen den Windungen und den Gelenkverbindungen und ebenso als Balancependel beim Ausgleich der gelenkvermittelten Mobilität.“ Entsprechend wurde kurz darauf die gelenkige Aktivität der Schädelschale mit derjenigen der Beckenschale in Beziehung gebracht. Die das Rückenmark umgebenden intraspinalen Membranen besitzen Ansätze am Foramen magnum und an den oberen drei Halswirbeln; zusätzlich agieren sie unterhalb des zweiten sakralen Abschnitts

als ein reziprokes Spannungsgewebe, welches den kranialen Gelenkmechanismus mit dem Mechanismus des Beckens verbindet und reguliert. Beide fungieren in den respiratorischen Perioden übereinstimmend.¹⁵

Dieses membranöse Spannungssystem wurde später als Reziproke Spannungsmembran bezeichnet. Sie umfasst die Falx cerebri und die Falx cerebelli, das Tentorium cerebelli, die Diaphragmen an der Sella turcica und die spinale Dura mater, die alle als eine Einheit funktionieren. Die Zerebrospinale Flüssigkeit hat als vierter Teil des Primären Respiratorischen Mechanismus eine grundlegende und komplexe Rolle zu spielen. In einer frühen Äußerung stellte Dr. Sutherland fest: „Mechanisch agiert sie in ihrer Fluktuation wie ein hydraulisches Bremsensystem und arretiert die Bewegung des Gehirns, als ein Teil des Kraftmechanismus der Primären Respiration“. Weiterhin liegt die Fluktuation der Zerebrospinalen Flüssigkeit allen Veränderungen in den Bestandteilen zugrunde. Die Veränderungen beeinflussen sekundär die Nuclei. „Die zirkulatorische Aktivität der Zerebrospinalen Flüssigkeit“, behauptete er, „geht der arteriellen, venösen und lymphatischen Aktivität voraus“. Er postulierte darüber hinaus, dass die Zerebrospinale Flüssigkeit einen Einfluss auf die Peripherie besitze und somit eine therapeutische Wirkung auf gestörte Physiologie ausübe, wo immer sich diese auch befinde. Die tubuläre Struktur der Kollagenfasern, die einen Flüssigkeitspfad vom subarachnoidalen Raum bis zu jedem Organ, Knochen und zur Peripherie zur Verfügung stellt, bietet eine anatomische Basis für eine derartige Hypothese.

Dr. Sutherlands Konzept stellt mithin ein Bild des motilen Zentralen Nervensystems dar, das sich mit einer rhythmischen Expansion und Kontraktion der Ventrikel und einer Verkürzung und Verlängerung des Rückenmarks unwillkürlich und rhythmisch im Schädel bewegt. Die ventrikuläre Expansion und Kontraktion beeinflusst umgekehrt die zirkulatorische Aktivität der Zerebrospinalen Flüssigkeit. Und die zirkulatorische Aktivität beeinflusst wiederum die Bewegung der Arachnoidea und der Dura mater. Über die besondere Reziproke

Spannungsmembran beeinflusst sie die Mobilität in den basalen Gelenkverbindungen des Schädels.¹⁶

Doch Dr. Sutherland leistete mehr als eine sorgfältige Beschreibung anatomischer und physiologischer Phänomene und die Formulierung einer Hypothese, welche in der Folge durch angrenzende Wissenschaften substantiiert belegt wurde. Das ist für sich selbst genommen ein monumentaler Beitrag zum Wissen über den menschlichen Organismus. Darüber hinaus ließ er den Schlüssel zur Lösung zahlreicher Probleme zurück, die dem Behandler oftmals in seiner täglichen Praxis begegnen. Denn er wendete die von Dr. Still vorgestellten ganzheitlichen Prinzipien zu Gesundheit und Krankheit auf den Menschen unter Einbeziehung seines Kopfes an. Die wechselseitige Beziehung von Struktur und Funktion ist beim Kopf genauso wichtig wie bei den anderen Teilen des Körpers. Weiterhin zeigte er, dass die Potency der Zerebrospinalen Flüssigkeit eine therapeutische Agenzie ist, deren Einfluss man bei der Wiederherstellung der Gesundheit in einer Extremität, in einem Organ, der strukturellen Integrität und der funktionellen Wirksamkeit aller Teile des gesamten Menschen verwenden kann.

Dr. Sutherland war ein demütiger und würdiger Mann, der seinen Weg in Partnerschaft mit seinem Schöpfer ging. Ihm galt sein Beitrag ausschließlich als Entwicklung von Dr. Stills Konzept und Praxis der Osteopathie. Nach 50 Jahren Praxis und Studium schrieb Dr. Sutherland: „Wir haben nur an der Oberfläche dessen gekratzt, was Dr. Still in der Wissenschaft der Osteopathie sah.“ Mithin ist dasjenige Konzept von Gesundheit und Krankheit, das den Kopf auf dem Körper platziert hat und ihm seine wahre Autorität im ganzen Mechanismus verliehen hat, tatsächlich das Werk Dr. Sutherlands, wobei es auf den Prinzipien und der Praxis Dr. Stills beruht und aus ihnen entwickelt ist. Man kann für Dr. Sutherland wie für den Everest-Bezwinger Hillary sagen: „Die letzte Vollendung ist nur der Höhepunkt einer Geschichte, deren größter Teil bereits gelebt hatte und aufgeschrieben worden war, bevor diese Expedition startete.“

Es ist gut 3.000 Jahre her, seit die Griechen unter mancherlei Kontroversen das Zentrum der Intelligenz vom Herzen ins Gehirn verschoben hatten. Doch kein Mensch würde heute dieses Konzept infrage stellen. Vor gut 30 Jahren lehrte Dr. Sutherland zuerst die überragende Rolle der Zerebrospinalen Flüssigkeit beim Aufbau und der Aufrechterhaltung der funktionalen Effizienz des Menschen im ganzheitlichen Sinn. Dieses Konzept muss ebenfalls kontrovers erörtert werden, bevor es als akzeptierte Tatsache gelten kann. Doch wer das wahrnehmende Instrument in seinen Händen und Fingern kul-

tiviert, für den ist die Verifikation greifbar. Wer nicht in der Lage ist, ein derartiges diagnostisches Instrument zu entwickeln, ist auf die Leistung einer relativ schwerfälligen elektronischen Anlage zum Beweis angewiesen, welcher eben ein bisschen langsamer kommt. Doch jenseits der Machenschaften von Politikern und den Kristallisierungen der Ärzte wird dieses Konzept leben und wachsen, bis der Tag kommt, an dem allgemein akzeptiert sein wird, „das die Arterie die höchste Rolle einnimmt, aber die Zerebrospinale Flüssigkeit das Kommando hat“.

Bibliografie

1. Hunt, John: The Ascent of Everest. Hodder – Stroughton, London, 1953
2. Gordon, Benjamin Lee: Medicine Throughout Antiquity. FA Davis Company, Philadelphia, PA, 1949, 369
3. Major, Ralph H: A History of Medicine. Charles C Thomas, Springfield, IL, 1954
4. Sutherland, Adah Strand: With Thinking Fingers. Published by Cranial Academy, 1962
5. Frommer, DJ: Acupuncture. Royal Free Hospital Journal, Vol XXV, No. 78, 141-44, March 1963
6. Weith, Ilza: Huang Ti Nei Ching Su Wen. The Yellow Emperor's Classic of Internal Medicine. Williams & Williams, Baltimore, MD, 1949
7. Bowsher, David: Cerebrospinal Fluid Dynamics in Health and Disease. Charles C Thomas, Springfield, IL, 1960
8. Cushing, Harvey: The third circulation and its channels, Lancet, CCIX, No. 5330, October 24, 1925, 851-57
9. Erlingheuser, Ralph: The circulation of the cerebrospinal fluid through connective tissue system. AAO Yearbook 1959, 77-78
10. Vaillard: Revue mensuelle de medicine et Chirurgie IV. 1880 11. Pritchard JJ, Scott JH, Girgis FG: The structure & development of cranial & facial sutures. Journal of Anatomy (90) 73-86, Part 1, Jan 1956
12. Still, AT: Philosophy of Osteopathy. Published by AT Still, Kirksville, MO, 1899, 39
13. Sutherland, WG: Skull notions. The Northwest Bulletin. November 1931, Minnesota State Osteopathic Association
14. Sutherland, WG: Recognition of cranial membranous articular strain III, 1933, Not published
15. Sutherland, WG: The core link between the cranial bowl and the pelvic bowl. Lecture to International Society of Sacroiliac Technicians, St. Louis, MO, Inne 1940
16. Sutherland, WG: The Cranial Bowl. Published by the author, 1939, Fußnote 55

43. DIE OSTEOPATHIE BRINGT FRIEDEN, HARMONIE UND HEILUNG

Viola M. Frymann, DO, FAAO

Sutherland Memorial Lecture; Neudruck vom
Cranial Letter, Vol. 48, No. 3, Aug 1995

Der Prediger mit Namen Salomo, der weise Sohn des Königs David schrieb:

„Es gibt eine Zeit zu töten und eine Zeit zu heilen – eine Zeit zu schweigen und eine Zeit zu reden – eine Zeit des Krieges und eine Zeit des Friedens.“ (Prediger 3,3-8)¹

Während meiner Ausbildung am *College of Osteopathic Physicians and Surgeons* hörte ich nie ein gutes Wort über die eigenartigen Menschen, die Köpfe manipulierten, die „Kopfklemmer“, und die glaubten, man müsse am Stiel der Hypophyse ziehen, um das Sakrum zu bewegen – und ähnliche bizarre Konzepte. Die Kraniale Osteopathie stand definitiv nicht auf der Agenda meines zukünftigen Studiums.

In meinem dritten Praxisjahr kam eine Patientin mit Kopfschmerzen zur Behandlung. Sie war jüngst aus Phoenix zugezogen. Gewöhnlich irritierte sie mich, weil Sie bei jedem Besuch sagte: „Ich wünsche mir, dass Sie das bei mir machen, was Dr. Schooley immer tat!“ Und ich ahnte, dass er einer jener „Kopfklemmer“ sein müsse.

Ein paar Monate später erhielt ich brieflich die Ankündigung eines Kurses über die Osteopathie im kranialen Bereich, der in Denver im Herbst stattfinden sollte. Colorado im Herbst wäre schön und vielleicht würde ich dabei verstehen, was „Dr. Schooley immer tat“. Dr. Sutherland hielt einen der ersten Vorträge und es schien, als hätte er ihn nur für mich gehalten! Er erörterte das Erbrechen beim Neugeborenen, ein weitverbreitetes Problem. Er beschrieb die Anatomie des Okziput und seine Prädisposition für ein Trauma während des Geburtsprozesses. Er erklärte, wie der Nervus vagus beeinträchtigt werden konnte und so das Erbrechen verursachte. Doch dann fuhr er fort und beschrieb, wie

eine einfache manipulative Technik die Partes condylares dekomprimieren, den Nervus vagus befreien und auf diese Weise das Erbrechen beenden könne. Ich konnte gar nicht glauben, was er sagte!

Mein eigenes Baby war mit einem kegelförmigen Kopf geboren worden. Er erbrach sich nahezu nach jedem Füttern, gleichgültig, was wir taten. Nach drei Monaten hatte er gerade einmal ein halbes Pfund zugenommen. An dem Tag, an dem es ihm besser als bisher in seinem Leben zu gehen schien, starb er plötzlich. Eine Autopsie erbrachte keinen Grund für sein ständiges Erbrechen. Sagte mir Dr. Sutherland nun, dass es auf das Geburtstrauma seines Kopfes zurückzuführen war und durch eine einfache osteopathische Technik hätte geheilt werden können? Die folgende Studie bei 1.500 Kleinkindern in den nächsten 8 Jahren überzeugte mich davon, dass Dr. Sutherlands Behauptung der Wahrheit entsprach.²

Dr. Sutherland war ein sanfter und freundlicher Mann, der wenig Worte machte. Er besaß einen großen Sinn für Humor und er genoss die Sketche ausgiebig, die am letzten Abend der Kurse aufgeführt wurden. COMP änderte die Auführung der Sketche beim Übergang in die OP-Abteilung. Ich denke, das hätte ihm auch gefallen. Er erhielt 1950 von seiner Alma Mater, der KCOM einen Ehrendoktor.

1953 besuchten mein Ehemann und ich mit unseren Eltern die Dr. Sutherlands im Fulkrum, ihrem Haus in Pacific Grove, Kalifornien. Er liebte den Ozean, seine Tiden und Wellen. Er bedachte den Himmel, den leuchtenden Meteor, der ins Meer fiel, die Wolken, die Blitze und die Stürme.³ Er wählte diese natürlichen Phänomene als Analogien, um uns dabei zu helfen, „die Tide“ der Zerebrospinalen Flüssigkeit, die Potency darin und die elektromotorische Kraft des Zentralen Nervensystems zu verstehen. „Die Reise der Elritze“ war ein häufig wiederholter Stegreifvortrag.⁴ Er kannte und verstand bemer-

kenswert genau die Anatomie des Gehirns, der Membranen und der Knochen. Und dies erwartete er auch von seinen Studenten. Daher lud er uns ein, einer imaginären schwimmenden Reise in der großen Flüssigkeitsmasse der so potenten fluktuierenden Flüssigkeit, der Zerebrospinalen Flüssigkeit zu folgen. Die Reise begann im vierten Ventrikel und setzte sich direkt über die Symphysis sphenobasilaris hinauf zum Aquäduktus cerebri fort. Wir fahren in der tiefen Kluft des dritten Ventrikel und sehen den Vorhang der expandierenden und kontrahierenden Plexi choroidei herunterhängen. Und wir hören das Summen der Nervenzellen in den beiden Thalami. Über die Wunder dieser unglaublichen Reise lesen Sie bitte in *Contributions of Thought* nach. Sie führt in alle und aus allen Teilen des Gehirns und stattet auch dem Fulkrum sowie der Reziproken Spannungsmembran einen Besuch ab.

Er verwendete seine Einbildungskraft und ermutigte uns, es ihm gleich zu tun. Er entwarf Analogien, um uns dabei zu helfen, die Funktion zu verstehen. Doch beides ruhte stets auf dem Fundament der Anatomie.

Die *Osteopathic Cranial Association* wurde 1942 gegründet, um diejenigen zusammenzuführen, die nach den Lehren Dr. Sutherlands studiert und praktiziert hatten. Es handelte sich um eine Unterabteilung der *Academy of Applied Osteopathy*. Dr. Sutherland war einer der Gründer dieser *Academy*, die von einer weiteren eigenartigen Gruppe ins Leben gerufen worden war. Sie glaubten daran, dass sich die Iliosakralgelenke bewegten. In angemessener Zeit wurde die AAO zur *American Academy of Osteopathy*, ein Zweig der AOA. Und 1959 wurde aus der OCA die *Cranial Academy*, eine professionelle Gesellschaft, die mit der AAO verbunden war. Dr. Sutherland war bemüht, dass das Kraniale Konzept so rein gelehrt wurde, wie er es gelehrt hatte. Er war besorgt, sein ursprünglicher Zweck könne verfälscht, mit anderen unvereinbaren Ideen gepanscht oder von denjenigen ausgehöhlt werden, die sich nicht mit den Details der Anatomie und Physiologie beschäftigt hatten. Die Zeit hat erwiesen, dass dieses Konzept fundiert war. Die *Sutherland Cranial Teaching Foundation (SCTF)* wurde 1953 ins

Leben gerufen, um das Erbe und die Qualität der Lehre Dr. Sutherlands zu sichern. Er erkannte die Schwierigkeit und die Herausforderung, die genaue palpatorische Diagnose und wirksame therapeutische Techniken zu lehren. Daher betonte er die Notwendigkeit von Kursen, in der ein Instruierender auf vier Studenten kommt. Die SCTF akzeptiert keinen Kurs, der dieses Verhältnis von Instruierenden und Studenten nicht einhält.

Über viele Jahre veranstalteten die SCTF und die *Cranial Academy* eine jährliche Konferenz als professionelles Treffen. Von der SCTF akzeptierte Kurse wurden über mehrere Jahre auf Einladung von Studenten jährlich an den Lehranstalten MSU, COM, KCOM und COMS angeboten. Doch nur an der COMP wurde ein akzeptierter Kurs für das gesamte zweite Studienjahr zwischen 1980 und 1994 abgehalten. Von der SCTF akzeptierte Kurse sind ebenfalls in Belgien, England und Australien durchgeführt worden. Mitglieder des Vorstandes der SCTF haben darüber hinaus in Frankreich, Lettland und Russland gelehrt, wo die Begeisterung zu lernen und zu praktizieren stark ist.

Dr. Sutherland erkannte die Bedeutung der klinischen Diagnose. Die Osteopathie im kranialen Bereich ist keine Therapie, die von einem Therapeuten durchgeführt werden kann, der nicht in der Diagnose und anderen therapeutischen Vorgehensweisen ausgebildet worden ist, die den gesamten Patienten einbeziehen. Daraufhin wurden die Kurse für MDs, Osteopathen, Zahnärzte oder ältere Studenten in diesen Disziplinen entworfen. Die Zusammensetzung der Klasse war daher ein weiterer Faktor bei der Akzeptanz der Kurse durch die SCTF.

Um die wesentlichen Punkte jenes auf den kranialen Bereich ausgedehnte osteopathische Konzept zu lehren, sind Anatomie, Physiologie, diagnostische Palpation mit einem Verständnis der Mechanik und Basistechniken in der Größenordnung von minimal 40 Stunden erforderlich. Zur Zeit Dr. Sutherlands dauerte ein Kurs 10 Tage mit einem Wochenende in der Mitte, an dem eine Reise in die Berge von Colorado unternommen wurde, um die leuchtenden Farben der Blätter der Zitterpappeln zu genießen.

Doch heute, in einer Zeit in der Osteopathen und Ärzte so von Arbeit und Geldsorgen belastet sind, werden die wesentlichen Punkte an fünf Tagen dargestellt. Das sind theoretisch 40 Stunden. Die praktischen Übungen finden oft am Abend statt. Die Profession der Zahnärzte zeigte 1976 Interesse an der Idee, dass der Kopf an den Zähnen befestigt ist und dass ein Trauma am Kopf die Okklusion beeinflussen kann. Sie lernten, dass die Fixierung der Ossa maxillaria bei einer Gebissregulierungsanwendung oder das Fixieren der Zähne mittels einer Vorrichtung am Kopf für die allgemeine Gesundheit und das Wohlbefinden ihrer Patienten weitreichende Konsequenzen haben könnte. Daher entdeckten alle dental-medizinisch orientierten Berufsvertreter, dass die Kraniale Osteopathie für ihr Gebiet wertvoll war und dass ihre gebissfernen Techniken bei ihren Patienten Folgeerscheinungen zeigen könnten.

Ich begann allmählich zu begreifen, dass die Menschen, die sich dieser Arbeit widmeten, tatsächlich eigenartige Menschen sind. Wenn sie sich zu einer Konferenz oder einem Kurs treffen, sind sie eine Familie, die kraniale Familie. Was widerfährt Ihnen bei Ihrem ersten Kurs in Kranialer Osteopathie? Sie werden von den Informationen überwältigt sein, die ihnen präsentiert werden. Sie werden Bewegung in den Köpfen palpieren oder nicht. Sie werden sehen, wie unglaubliche Veränderung bei anderen Menschen stattfinden, sobald sie behandelt worden sind. Und wenn Sie in Ihre Praxis zurückkehren, werden Sie überlegen, was vor sich geht ist. Sie werden versuchen, das anzuwenden, was man sie gelehrt hat. Doch beim Patienten zeigt sich keine Veränderung! Sie versuchen es wieder und wieder. Sie sind nicht überzeugt, sie palpieren sehr viel. Und die Patienten sind nicht beeindruckt. Die Frustration steigt täglich an, bis sie soweit sind, die gesamte Sache zu lassen. Doch dann kommt ein Patient, der eine jüngst erlittene Kopfverletzung hat. Sie entschließen sich, es noch einmal zu versuchen. Zu Ihrem großen Erstaunen wird der Patient dramatisch von seinen Symptomen befreit. Nun wissen Sie, dass es funktioniert und ihr Leben ist von jetzt an ganz anders! Sie haben für einen unglaublichen Augenblick mit der therapeutischen

Potency eine Partnerschaft geschlossen und es war eine „Zeit des Heilens“.

Wir wollen nun die Natur dieser inhärenten therapeutischen Potency bedenken. Für viele Jahre gab es eine Zeit des Schweigens über dieses grundlegende Thema. Doch ich glaube, jetzt ist es Zeit zu reden.

Die therapeutische Potency ist ein Begriff oder ein Konzept, das von den Wissenschaftlern zurückgewiesen, von den Studenten verunglimpft und fast von allen missverstanden wird. Doch es handelt sich um die Kraft hinter der Heilung. Behandlung und Heilung sind nicht synonym. Die Behandlungen der verschiedenen Arten – pharmakologische, chirurgische, psychologische und sogar manipulative – haben keineswegs immer die Heilung zur Folge. Der Heilung geht nicht in jedem Fall eine derartige Vorgehensweise voraus. Um das Verhältnis besser zu verstehen, benötigen wir eine Definition.

Was ist Heilung? Handelt es sich um einen Zustand der Ganzheit in der gesamten dynamischen funktionellen Einheit, dem sogenannten menschlichen Lebewesen? Denken Sie 30 Jahre zurück, als viele Kinder ohne Arme und Beine zur Welt kamen. Ihre Mütter hatten Contergan ab dem 14. Tag der Schwangerschaft genommen. Und so wurde die Entwicklung der Extremitäten blockiert oder sie wurden verformt. Braucht es zur Heilung das Wachstum von Armen und Beinen oder zumindest die Anpassung einer synthetischen Nachbildung? Die orthopädischen Firmen standen vor einer Herausforderung in dieser bizarren Situation und sie setzten ihre besten Bioingenieure an die Arbeit. Doch ihr gesamtes Fachwissen führte zu einem traurigen Versagen, weil die Patienten kein Nervensystem besaßen, das darauf programmiert war normale Extremitäten zu stimulieren. Und daher waren sie auch nicht fähig, künstliche Gliedmaßen zu steuern. Doch diese Kinder wuchsen auf, entwickelten sich physisch, mental, emotional, wurden erwerbstätig und bekamen gesunde Kinder mit anatomisch vollkommenen Extremitäten. Brauchten diese Personen Heilung? Sie funktionierten am Optimum ihres Potenzials und ihr inhärenter Mechanismus hatte sie befähigt, ihre gesamte physische Ausstattung zu verwenden, obgleich

ihr Leben sich auf einzigartige und fremdartige Weise, doch effektiv in dieser Welt vollzieht.

Ich kenne eine äußerst warmherzige und aufgeschlossene Frau mittleren Alters. Mit drei Jahren war sie vollständig taub geworden. Sie kann so wirksam Lippenlesen, dass sie öffentliche Vorträge genießen kann, außer sie ist zu weit entfernt. Das bedeutet jedoch nicht, dass sie in den ersten zwei oder drei Reihen sitzen muss. Ihr Sprechen ist deutlich, schön, artikuliert und lässt nicht darauf schließen, dass sie nicht hören kann. Obgleich ich sicher bin, dass sie es als eine aufregende und inspirierende Erfahrung schätzen würde, wenn sie einen Vogel singen, die sanften Worte einer Mutter oder ein Orchester spielen hören würde, nutzt sie dennoch ihre Potenzial im Leben optimal, da sie als international anerkannte Kommunikationslehrerin für Gehörgeschädigte arbeitet.

Eine Publikation der *National Federation of the Blind*⁵ legt dar, dass die Mitglieder dieser Organisation Kunstfertigkeiten ausgebildet haben, die es ihnen ermöglichen vollständig als Studenten, als Eltern, als Firmendirektoren, als Bergsteiger und als erwerbstätige Männer und Frauen in vielen Unternehmensbereichen zu leben. Ich zweifle nicht daran, dass es eine unglaubliche Erfahrung wäre, den Sonnenuntergang am Abend im Westen, die lebendigen Farben der im Frühling aufblühenden Blumen, oder die Erscheinung eines geliebten Freundes, Elternteils oder Kindes zu sehen. Doch wer blind geboren oder sehr früh blind geworden ist, funktioniert am Optimum seines oder ihres Potenzials und funktioniert daher in vollem Sinne gesund.

Ich erhielt ein höchst erhellendes Buch, das die Erfahrung einiger blind Geborener beschreibt, welche als blinde Kinder aufgewachsen waren und die dann im Erwachsenenalter aufgrund einer chirurgischen Intervention das Augenlicht zurück gewannen. Dies war kein unmittelbarer Anlass zum Jubeln. „Die gewöhnliche Anschauung, der Patient müsse aufgrund der Gaben von Licht und Farben, die ihm die Operation verliehen hat, erfreut sein, entspricht bei weitem nicht den Tatsachen.“⁶ Sie mussten erst lernen, wie dieser neue Sinn zu gebrauchen sei,

wie die Entfernungen über die Armlänge hinaus zu interpretieren seien; lernen, was Form und Gestalt ist, die Kakophonie der Farben sinnvoll zu ordnen, die sie von allen Seiten bombardieren, und das wertzuschätzen, was sehende Menschen als Schönheiten der Natur bezeichnen.

Es ist nicht möglich, den Heilungsprozess zu bestimmen, bevor nicht sein Ziel festgelegt ist. Ich möchte die Geschichte von Kyle erzählen. Er war ein sehr hübscher, glücklicher siebenjähriger Junge, mit lockigem Haar und strahlenden blauen Augen, dem nichts fehlte. Nachts jedoch quälten ihn Ängste und seine Mutter litt stark unter Schlafmangel. Tatsächlich musste sie eine Nachtschwester engagieren, die auf ihn aufpasste, damit es ihr gut ging. Kyle war mit zwei Jahren mit dem Gesicht nach unten liegend im Swimmingpool gefunden worden und man hielt ihn für tot, nachdem heroische Wiederbelebungsmaßnahmen keinen Erfolg gezeitigt hatten. Seine Mutter bat ihn halten zu dürfen, bevor er weggebracht wurde. Plötzlich öffnete er seine Augen und begann zu atmen. Er kehrte ins Leben zurück und war spastisch, ohne Sprache und an allen Extremitäten gelähmt. Bei ihrem ersten Besuch fragte ich die Mutter, was sie von mir erwarte. Sie antwortete: „Ich wünsche mir bloß, dass er nachts schlafen kann.“ Ich behandelte ihn über mehrere Monate. Er war immer noch spastisch und sprach nicht. Und er war ein fröhlicher, lächelnder und sehr freundlicher Junge. Die Behandlungen wurden schließlich unterbrochen und ich sah ihn über mehrere Jahre nicht mehr. Eines Tages erhielt ich einen Brief von seiner Mutter, dass er gerade mit 11 Jahren verstorben sei. Aber sie drückte ihre Dankbarkeit über alles, was ich für ihn getan hatte, so aus, dass ich sie anrief, um herauszufinden, was passiert sei. Seit ich ihn behandelt hatte, hatte er nachts geschlafen! War er geheilt? Sie und ich würden mit „Nein!“ antworten. Doch seine Mutter erfuhr genau die Heilung, die sie erhofft und erbeten hatte.

An der Straße nach Jericho saß ein blinder Mann⁷. Er bat Jesus um Erbarmen und schrie nur noch lauter, als die Menge ihn zurückhalten wollte. Jesus hörte ihn und rief ihn zu sich. Würden Sie nicht, wenn Sie in der Menge gewesen wären, angenommen haben, er wol-

le von seiner Blindheit geheilt werden, zumal Jesus schon eine Reputation als Blindenheiler erworben hatte? Doch Jesus fragte ihn dennoch, was er wolle, dass Er ihm tue. Bartimäus erklärte dann laut und deutlich, er wolle sehen können. Jesus sagte zu ihm, er soll seinen Weg gehen, lobte ihn wegen seines Glaubens und „sofort sah er“.

Daher scheint es so zu sein, dass die Natur der Heilung für jeden Menschen mental vom Patienten oder einem Elternteil bzw. einem Pfleger des Patienten oder mental vom Behandler definiert wird. Diese drei Möglichkeiten können sich deutlich unterscheiden. Noch einmal zu Kyle. Er war ein wunderbar glückliches, freundliches Kind, das Freude und Friede verbreitete, wo er auch war. Ich glaube nicht, dass er einen Wunsch oder eine Erwartung oder auch nur einen Gedanken hatte, anders zu sein. Seine Mutter wünschte nicht, dass er anders sei. Daher war er aus der Perspektive von Mutter und Patient geheilt, als er schlafen konnte. Mein Ziel war, soweit ich beteiligt war, dass sein inhärenter Mechanismus am Optimum seines Potenzials funktionierte. Dies wurde erreicht. Dennoch blieb er stumm und gelähmt. Aber ich glaube, er erlebte eine neue Ebene des inneren Friedens und Wohlbefindens, die sich nach außen durch seinen ununterbrochenen Schlaf offenbarte.

Der erste Dienst von Kathryn Kuhlman, den ich 1968 widerstrebend besuchte, zeigte mir ein weiteres Beispiel für Heilung. Ein kleiner Junge von fünf oder sechs Jahren lief zur Bühne. Seine Mutter folgte ihm und konnte ihre Tränen nicht zurückhalten. Er strahlte! Sie beschrieb seine spastische Kinderlähmung. Es war das erste Mal, das er ohne seinen ataktischen Scherengang ging und sie sah ihn zum ersten Mal laufen. Dies war eine höchst dramatische Heilung, die durch die Kraft des Heiligen Geistes ohne jede physische oder medizinische Agenzie hervorgerufen wurde. Wir sahen, wie Gott Seine Heilung offenbarte.

Die Eltern fragen mich manchmal, was sie nach der Behandlung erwarten dürfen – wird er reden, wird er gehen, kann er lesen, kann er in der Schule lernen, wird sich sein Verhalten ändern usw.? Meine Antwort lautet zumeist:

„Ich weiß es nicht. Aber ich weiß, sobald seine inhärente therapeutische Potency befreit ist und ihre Arbeit tun kann, wird er im Optimum seines Potenzials funktionieren – und niemand weiß, wie das genau aussieht.“ Nach sechs oder acht Wochen wird die Situation neu bewertet, der Fortschritt bis zu diesem Punkt wird festgehalten. Die inhärente Potency wurde befreit und setzt ihre Arbeit von einem Besuch zum nächsten fort. Dies mag der Augenblick sein, um eine Pause einzulegen und zu sehen, ob der Fortschritt kontinuierlich bleibt. Bei der großen Mehrheit bleibt der Fortschritt beständig und die Neubewertung findet periodisch, etwa am Ende der Fußball-, Basketball- oder Hockey-saison, nach einem bedeutenden Trauma oder wenn sich eine akute Krankheit zeigt, statt.

Doch wir fragen noch einmal, worin besteht die therapeutische Potency? Ein kleines Kind kommt mit einer akuten Tonsillitis oder Otitis oder einem Asthmaanfall. Oder es kann ärgerlich, aggressiv sein, andere Kinder ablehnen und sich für nichts interessieren. Nach der Untersuchung beginnt die Behandlung. Plötzlich wird eine innere Gewebsveränderung palpirt und **plötzlich** verändert sich das Verhalten des Kindes dramatisch. Jetzt haben wir ein glückliches, lächelndes Kind, das spielen möchte. Das bedeutet nicht, dass nun alles 100% in Ordnung ist. Aber es zeigt, dass es jetzt aus der Ecke gekommen ist und es ihm bald gut gehen wird. Das ist eine Offenbarung der therapeutischen Potency in Aktion. Es geht dabei um mehr als um eine Wiederherstellung der Homöostase. Es geht um mehr als um die Wiederherstellung der inhärenten physiologischen Bewegung, obgleich es beides einschließt. Denken Sie an die Natur der Frau, die vollkommen taub ist, an die Persönlichkeit von Kyle, an den blinden Mann Bartimäus, der sehen konnte, und an die dramatische Veränderung der Persönlichkeit bei kleinen Kindern mit akuten Krankheiten. Alle werden strahlend, glückliche, fröhliche Personen, weil sie auf der niedrigsten Ebene ihres Seins geheilt wurden. Darin besteht die Offenbarung der therapeutischen Potency. Der größte Mediziner in der schriftlich aufgezeichneten Geschichte sagte, er könne nichts tun!⁸ Weil er keine moderne Medizin studiert hatte oder weil

er nicht die Wissenschaft und Praxis der Osteopathie gelernt hatte? Sehr wahrscheinlich nicht. Er erklärte, dass Er nicht Seinem Willen gemäß handle. Er tue dasjenige, was *Er* tun wolle, weil Er auf den Willen Gottes gehört habe und entsprechend handle. Gott habe ihn gesandt. An einer anderen Stelle verwendet Er den Weinstock als Allegorie. Der Zweig kann keine Trauben tragen, wenn er abgeschnitten sei, denn er sagt: „Ohne mich könnt ihr nichts tun!“ Einmal bereitete er seine 12 Schüler erst vor und sandte sie dann aus. Sie hatten sehr eng mit ihm zusammen gelebt, gelernt und gearbeitet. Er hatte ihnen Macht und Autorität verliehen, Krankheiten zu heilen. Etwas später sandte er 70 Schüler aus, um die Leute darauf vorzubereiten, Ihn dort anzunehmen, wohin er bald folgen werde, aber auch die Kranken zu heilen. Als die 70 zurückkehrten, waren sie begeistert und voller Freude. Denn nicht nur die Kranken wurden geheilt, sondern die sich offenbarenden bösen Geister wurden auch ausgetrieben.

War dieser Heilungsdienst vor 2.000 Jahren auf drei Jahre begrenzt oder soll er auch heute wirken? Bevor der Große Mediziner seinen Dienst hier vollendete, sagte er seinen 12 Schülern, dass sie mit dem Heiligen Geist getauft werden würden. Er betonte, dass sie in Jerusalem warten sollten, bis sie die *Kraft* des Heiligen Geistes erhielten, wenn dieser über sie kommen werde. Ich überlege, ob sie irgendwie ahnten, was auf sie zukommen würde! Zuerst als sie sich versammelten, hörten sie einen Ton wie von einem mächtigen rauschenden Wind, der das Haus füllte, in dem sie saßen. Als sie sich zweitens ansahen, erblickten sie ein unglaubliches Phänomen wie gespaltene Feuerzungen, die über ihren Köpfen schwebten. Drittens begannen sie Gott unter dem Einfluss des Heiligen Geistes in einer neuen und fremden Sprache zu preisen. Es war eine derart mächtige Erfahrung, dass sie in die Straßen getrieben wurden, um allen Menschen aus allen bekannten Gegenden der Welt ihre Geschichte zu erzählen. So unglaublich wie es klingen mag, jeder verstand sie unabhängig davon, woher er kam. Sie erklärten, dass dies die Erfüllung der Prophezeiung des Propheten Joel sei⁹. Sie wiesen weiter darauf hin, wie die Propheten in ihren Lehren auf das Kommen

Jesu Christi hingewiesen hätten. Die Beredsamkeit dieser ersten Äußerung nach der Taufe durch den Heiligen Geist bewegte die Menge so nachhaltig, dass sie fragten: „Was müssen wir tun?“ „Tut Buße und lasst Euch auf den Namen Jesu Christi taufen und Ihr werdet die Gabe des Heiligen Geistes erhalten!“ Diese Antwort hat sich bis heute nicht geändert. Sie ist genau die gleiche wie vor 2.000 Jahren. Sehr bald nach dem Ereignis ereignete sich eine dramatische Heilung. Ein Mann, der von Geburt an lahm war, wahrscheinlich eine spastische Lähmung, wurde mit einem Heilungswort auf den Namen Jesu Christi geheilt, als die Apostel auf sein Bitten reagierten. Er sprang auf, stand und ging. Dann schritt er in den Tempel, um Gott zu preisen. Heilung bedeutet Ganzheit und das unaufgebbare Kriterium der Heilung besteht in der schönen, wunderbaren Transformation der Persönlichkeit in einen strahlenden, fröhlichen friedvollen Zustand, der unübersehbar ist.

Doch jetzt wollen wir über einen Krankheitszustand bei uns sprechen. Denn es handelt sich um eine tödliche Krankheit, wenn sie sich verbreiten darf. Dr. Still warnte vor ihrer Gefahr. Dr. Sutherland wollte uns vor ihr schützen. Gleichwohl offenbart sie sich und richtet auch heutzutage Verwüstung an. Sie ist nicht auf unseren Kontinent begrenzt, sondern hat Australien, Europa, das Vereinigte Königreich und sogar Russland infiziert. Es handelt sich um den böartigen Geist der Entzweiung, bei dem eine Gruppe die andere angreift. Dabei konzentriert sich die eine Gruppe auf den Splitter im Auge des Gegners und übersieht den Balken im eigenen Auge. Eine Gruppe erklärt ihre Überlegenheit über alle anderen Gruppen. Dann bricht die Kommunikation zwischen allen zusammen, die unsere Philosophie, unser Konzept, unsere Kunst und Wissenschaft der Osteopathie in einem Geist der Zusammenarbeit und Demut weiterentwickeln sollten.

Der erste Schritt zur Heilung besteht in der Erkenntnis, dass es ein Problem gibt. Zweitens muss es ein Verständnis der Natur der Beeinträchtigung geben. Im dritten Schritt müssen wir einschätzen lernen, dass es sich nicht um Gegner aus Fleisch und Blut, sondern um die Herrscher, Autoritäten, kosmischen Mächte

unserer gegenwärtigen Finsternis handelt. Es geht bei unseren Gegnern um die spirituellen Mächte des Bösen in den himmlischen Sphären. Der vierte Schritt besteht dann darin, die vollständige Rüstung Gottes anzuziehen und in der Kraft des Heiligen Geistes zu marschieren. Dann beginnt der Krieg.

Nun da wir vorbereitet sind, wollen wir unsere Aktionsstrategie bedenken. Sollen wir eine direkte Aktion durchführen, eine Technik mit hoher Geschwindigkeit? Daraus würde wahrscheinlich eine entzündliche Reaktion entstehen. Könnte eine indirekte Technik, um die Faszien zu befreien, angemessener sein? Sie wäre sanfter und bequemer. Wir wollen den Punkt der balancierten Membranspannung finden und auf die inhärente therapeutische Potency hören. Um diesen Zugang anzuwenden, wollen wir die streitenden Fraktionen um den Behandlungstisch versammeln und sie alle einzeln bitten, ihre Sicht des Problems vorzutragen. Hierbei handelt es sich lediglich um die diagnostische Phase. Es gibt keine Erörterung, keinen Streit, nur aufmerksames Zuhören auf das, was gesagt wird. Ein wahrhaft objektiver Moderator ist dabei wertvoll, um den Prozess gut verlaufen zu lassen.

Dann muss jede Person die Absichten derjenigen darlegen, die sie repräsentiert. Im Anschluss teilen wir die Teilnehmenden in Gruppen oder Komitees mit eigenen Aufgaben. Als Themen der Aufgaben kommen infrage:

- Philosophie und Konzepte
- Akademische Aspekte, Kursinhalt, Kernkurriculum
- Standards, Prüfungen, Prüfungsverfahren
- Legalitätsfragen, Kommunikationskanäle zu Funktionspositionen in der Regierung oder Verwaltung
- Professionelle Integration, mithin ein Schirm, der alle übergreift, gleichwohl ein freundliches Verständnis individueller Verschiedenheit ermöglicht.

Die Themen können je nach der Art der bestehenden Streitigkeiten wechseln. Gleich sind jedoch stets die Verfahrensregeln: Erörterung, kein Streit, einem Redenden solange zuhören, bis sie oder er fertig ist. Dann bieten Sie

durchdachte konstruktive Erwägungen zum Bedenken an. Vermeiden Sie Kritik oder Verurteilung. Konzentrieren Sie sich auf die Themen, nicht auf die Personen. Jedes Thema soll im Licht jener Lehren von Dr. Still und Dr. Sutherland und des Göttlichen Architekten erörtert werden, die immer wieder von ihnen angeführt werden. Dann wird irgendwann in diesem Prozess ein „Stillpunkt“ auftreten – eine inspirierte Stille, in der sich plötzlich, augenblicklich Schweigen auf die Gruppen legt. Das Schweigen kann Sekunden oder Minuten andauern. Doch alle wissen, dass die Therapeutische Potency sie berührt hat. Nun werden sich alle dessen bewusst, dass es eine sanfte, rhythmische Bewegung in der Gruppe gibt. Es wird möglich nach den richtigen Maßstäben für die Entwicklung in der Gruppe Ausschau zu halten. Es wird möglich nach den richtigen Maßstäben für die Hausaufgaben Ausschau zu halten, um den nächsten Schritt auf dem Weg zur Heilung vorzubereiten.

Wie lange wird eine derartige „Behandlung“ dauern? Es kann sich um ein paar Stunden handeln oder einen Tag oder ein Wochenende dauern. Doch wie es sich auch beim Lösen der Faszien verhält, es kann und darf nicht unter Zeitdruck geschehen. Die Folgeerscheinung wird jedoch noch lange anhalten, nachdem sich die Konferenz verstreut hat.

Sobald man die Leitung und Inspiration des Heiligen Geistes sucht und solange berät, bis ein Geist der Übereinstimmung erreicht wird, bleibt keine abweichende Minderheit bestehen. Sobald wir uns dem Willen Gottes nähern, kann es nur eine Entscheidung geben. Diese Entscheidung besteht darin, die osteopathischen Prinzipien von Dr. Still und Dr. Sutherland und deren Anwendung zu fördern.

Lassen wir jeden Teilnehmer eines derartigen Treffens und ebenso alle draußen, die mit der Heilung unserer Profession befasst sind, die Sache im Gebet vor den Herrn tragen. Dann kann die Streitigkeit geheilt werden und wir können uns auf eine Zeit des Friedens freuen.

Bibliografie

1. Holy Bible, King James translation
2. Frymann, VM: Relation of disturbances of cranio-sacral mechanism to symptomatology of the newborn: study of 1250 infants. JAOA, June, 1966
3. Sutherland, WG: Liquid Light. Edited by Sutherland, AS and Wales, AL. SCTF 1967, 202
4. Ibid, 233-246
5. Jernigan, K: Newsletter from National Federation of the Blind. Baltimore, MD, May 1995
6. Von Senden, M: Space und Sight. Translated by Heath, P. Published by Methuen, London, 1960, 20
7. Holy Bible, King James translation, Mark 10, v 46-52
8. Ibid, John 5, v 30
9. Ibid, Joel 2, v 28-29, v 32

VII. OSTEOPATHISCHE MEDIZINPHILOSOPHIE

44. OSTEOPATHIE, KRANKHEIT, GESUNDHEIT

Viola M. Frymann, DO, FAAO

Unveröffentlichter Vortrag

Wir sollten alle aus unseren vereinten Unternehmungen und vereinten Forschungen durch unsere Interaktion lernen. Ich bin mir sicher, dass Sie alle in vielen Bereichen reiche Erfahrungen gemacht haben, die ich nicht besitze. Betrachten wir diese Beiträge als bereichernde Erfahrung – es geht nicht streng um Lehre. Lassen Sie uns zum Anfang gehen, um wieder einmal das Konzept der Osteopathie zu betrachten.

Was ist Osteopathie? Was verstehen wir unter diesem Begriff? Nicht bloß in einer vagen, philosophischen Weise, sondern ziemlich praktisch und geerdet angewandt. Wir wollen ein paar Minuten über Andrew Taylor Still nachdenken. Er begann mit der medizinischen Praxis in einer Zeit, als diese im Rückblick grob und armselig entwickelt war. Im Kern haben sich diese Konzepte nicht dramatisch verändert. Die Techniken sind sehr zwar viel mechanischer, viel durchdachter geworden. Wir sind in die biomechanischen, elektromagnetischen und ultramikroskopischen Bereiche eingetaucht, die damals unbekannt waren. Doch die Konzepte haben sich nicht sehr verändert. Damals wie heute konzentriert sich die Medizin hauptsächlich auf jenen Bereich, in dem die Beschwerden auftreten – auf ein erkranktes Organ, auf einen erkrankten Teil des Körpers. Die verwendeten Methoden dringen möglicherweise tiefer ein. Sie sind weit analytischer. Gleichwohl konzentriert sich die Methode immer noch auf einen besonderen organischen Bereich. Das therapeutische Ziel bestand und besteht darin, etwas zu verordnen, das die gestörte Manifestation bekämpft. Bei Schlaflosigkeit Schlaftabletten. Bei Müdigkeit ein Stimulanz. Bei Diarrhö finden wir etwas, was die Eingeweide beruhigt usw. Unser Denken im medizinischen Bereich hat sich nicht wirklich stark verändert. Die Bakterien werden mit Antibiotika bekämpft, die Depression mit

Antidepressiva, die Stauung mit entstauenden Mitteln, das bösartige Wachstum mit zytotoxischen Agenzien. Es geht um immer stärkere und giftigere Materialien, mit der man die Manifestation oder Dysfunktion bekämpfen kann.

Nun, die erste und wahrscheinlich die radikalste Lehre von Dr. Still bestand darin, dass der Körper in sich eine Fähigkeit besitzt, welche die Heilung vollziehen kann. Hier fand angesichts des Zeitgeists ein radikaler Wandel in der Philosophie statt. Und auch heute noch gibt es bei uns eine Tendenz dies zu ignorieren, sobald wir am Körper arbeiten. Hier haben wir einen Schnitt im Finger. Der Osteopath oder Arzt kann ihn reinigen, die flatternden Enden ordnen, ihn zusammennähen und verbinden, damit er sauber bleibt. Doch er kann nichts dazu tun, den Schnitt am Finger zu heilen. Sollte die therapeutische Kraft im Körper also nicht arbeiten, wird der Schnitt nicht heilen. Und dieses Konzept ist wahr, wenn es sich um eine kleine Fleischwunde, einen großen Bruch, eine überwältigende Infektion, eine mentale Verwirrung oder ein Entwicklungsdefizit handelt. Die therapeutische Kraft kommt aus dem Patienten. Daher ist es unsere Pflicht, uns in die therapeutische Kraft im Patienten einzustimmen, alle möglichen Hindernisse ihrer freien Operation zu beseitigen und dann mit ihr zu arbeiten.

Bei der Erforschung des Weltraums durch den Menschen musste der Wissenschaftler nicht nur das Gravitationsgesetz anerkennen. Er musste damit so vertraut werden, dass er sogar angesichts der Veränderungen in der Schwerkraft funktionieren kann, sobald er die Erde in Richtung Weltraum, zum Mond oder den Planeten hin verlässt. Man darf also nicht nur über ein Gesetz Bescheid wissen. Wir müssen mit dem Gesetz vertraut werden, innerhalb dieses Gesetzes arbeiten. Und ebenso verhält es sich auch mit dem menschlichen Lebewesen. Wir können es nicht als etwas „da draußen“ beobachten. Wir müssen fähig sein an den Vorgängen im Körper teilzunehmen. Das zweite radikale Konzept

Dr. Stills bestand darin, dass das menschliche Lebewesen als dynamische Funktionseinheit operiert. Es ist nicht genug, sich auf ein erkranktes Organ oder ein gebrochenes Bein oder einen schmerzenden Bereich zu konzentrieren. Der Bereich der Dysfunktion oder Erkrankung ist auf jeden anderen Teil des Patienten bezogen. Aufgrund des Zeitdrucks besteht die Tendenz sich auf dasjenige zu konzentrieren, worüber sich der Patient beschwert, auf die schmerzende Seite. Dabei wird vergessen, dass es sich hierbei nur um die Spitze der Pyramide handelt. Wollen wir dem Patienten wirklich helfen, sind wir dazu verpflichtet herauszufinden, wie der Bereich, über den sich der Patient beschwert, auf die tatsächliche Ursache bezogen ist. Dr. Still hat oft gesagt, es komme darauf an, „die Ursache hinter den Wirkungen zu finden“. Die Beschwerde ist lediglich die Wirkung.

Nehmen Sie eine umfangreiche Anamnese auf. Notieren Sie die Beschwerden des Patienten und zeichnen sie diese auf. Dann machen Sie den nächsten Schritt und studieren Sie den Patienten.

Die Interaktion aller Teile des Patienten kann mittels der Hände leicht entdeckt werden. Legen Sie eine Hand auf das Sakrum und die andere an den Kopf und sobald Sie wahrnehmen, was in ihren Händen vor sich geht, werden Sie sehr schnell einen rhythmischen wechselseitigen Austausch zwischen Ihren Händen bemerken. Sobald Sie eine Hand auf die Rückseite, die andere auf die Vorderseite legen, werden Sie herausfinden, dass Ihre Hände in einer rhythmischen, harmonischen Wechselbeziehung stehen. Die Anatomie des Körpers ist durch das Kreislaufsystem, das respiratorische System, das Lymphsystem und das Nervensystem verbunden. Das Verdauungssystem erstreckt sich von einem Ende zum anderen. Es gibt keine Rechtfertigung dafür, den Körper mittels eines Organkonzepts oder eines Konzepts lokaler Bereiche zu betrachten. Auf diese Weise setzt er sich nicht zusammen. Und über allen Systemen befindet sich das System der Faszien, das den Körper von der Spitze des Kopfes bis zu den Zehenspitzen verbindet. Der Mechanismus der Faszien ist jener Bereich, auf den sich unsere meiste Aktivität konzentrieren muss.

Drittens betonte Dr. Still die wechselseitige Bezogenheit von Struktur und Funktion. Der erste Bereich, den er auszuarbeiten begann, wurde von Dr. Louisa Burns erforscht: die wechselseitige Beziehung eines Strains in einem Abschnitt der Wirbelsäule und dessen viszerale Offenbarung. Dadurch konnte sie sehr genau die viszerale Bereiche darstellen, die auf bestimmte Abschnitte der Wirbelsäule bezogen sind. Wir wollen uns beispielsweise mit der Beziehung zum Herzen beschäftigen.

Das kardiale Zentrum wird im dritten und vierten Abschnitt der Brustwirbelsäule lokalisiert. Strains rufen die folgenden lokalen Veränderungen hervor, die typisch für die osteopathische Läsion sind: Hyperämie, Stauung, Hämorrhagie durch Diapedese, Ödeme und schließlich Ischämie, die von der Dauer der Läsion abhängen. Eine Veränderung des Herzens ist das Endergebnis. Gleichwohl kann die Läsion im Brustbereich nicht ohne unmittelbare Reaktion auf das gesamte muskuloskeletale System bestehen, mit entsprechend graduierten Veränderungen. Keine Läsion eines Abschnitts kann auch nur einige Sekunden isoliert überdauern. Es handelt sich um einen dynamischen, sich bewegenden Mechanismus. Sobald ein Bereich in einem größeren oder kleineren Grad verändert wird, muss sich jeder andere Bereich im Körper verändern. Liegt also eine Fixierung oder Verformung der Bewegung im oberen Brustbereich vor, gibt es einen kompensatorischen Strain im unteren Brustbereich. Er wird schnell weitere Anpassungen hervorrufen, bis es eine Beteiligung der Schädelbasis und der Sakrumbasis gibt. Ist mithin das vorgestellte Beschwerdebild kardiologisch ist, sehen Sie also stets im oberen Brustbereich nach. Aber sehen Sie zugleich bei den Ossa temporalia nach, die durch Muskeln und Faszien mit dem thorakalen Bereich verbunden sind. Der Nervus vagus verläuft mit seinem bedeutenden Einfluss auf die Herzfunktion durch das Foramen jugulare und reagiert auf eine Dysfunktion der Ossa temporalia. Untersuchen Sie das Sakrum, weil das Diaphragma urogenitale funktionell mit dem Zwerchfell verbunden ist, auf welchem wiederum das Herz ruht. Dieses ist seinerseits mit dem Tentorium cerebelli bzw. dem kranialen Diaphragma verbunden. Sie

sehen, dass nahezu der gesamte Patient unmittelbar von dem Problem betroffen ist.

Untersuchen Sie darüber hinaus die Füße und den Punkt an den Füßen, der auf den Herzbe-
reich bezogen ist und sie werden finden, dass
sich hier ein akuter schmerzhafter Reflex findet.

Eine einfache Art und Weise, um die wechselsei-
tige Bezogenheit des Mechanismus der Faszien
aufzuzeigen, besteht darin, Ihre Hände auf den
Kopf des Patienten zu legen. Er ruht auf dem
Tisch, schließt die Augen und soll die Zehen
bewegen. Sie werden eine subtile Bewegung im
Kopf spüren. Sie werden das im Kopf fühlen,
weil der gesamte Körper einen „Einheitsanzug“
aus Faszien trägt, der von der Spitze des Kop-
fes bis zu den Fußsohlen reicht. Sobald sich die
bewegungsbedingte Spannung eines Bereichs
verändert, lässt sich dies überall im Körper pal-
pieren.

Sie werden bemerken, dass alles, was irgendwo
im Mechanismus vor sich geht, überall im Kör-
per palpieren werden kann. Es ist nicht wesent-
lich, die Hände auf den Kopf zu legen, um
eine Diagnose der Symphysis sphenobasilaris
durchzuführen. Sobald Ihre diskriminierende
Palpation entwickelt ist, können sie ein basilares
Muster von jedem Punkt des Körpers aus unter-
scheiden.

Damit haben wir die drei Basissteine, auf denen
die Osteopathie gebaut ist: Das Konzept, dass
die therapeutische Potency im Körper die
Arbeit verrichtet, ob es nun um die Heilung
eines Knochens, die Heilung eines Gewebes,
die Überwindung einer Infektion oder die Ver-
änderung eines strukturellen Musters im Körper
geht. Offensichtlich sind die meisten Strains,
die sich im Verlauf der alltäglichen Aktivität
ansammeln, durch die Pflege eines entspan-
nenden Schlafs zu beheben. Dann sind wir aus-
gerichtet, um den nächsten Tag zu beginnen.
Nur wenn der Strain einen bestimmten Punkt
überschritten hat, müssen wir Hilfe suchen, um
wiederhergestellt zu werden. Die therapeutische
Potency arbeitet für uns die gesamte Zeit über.
Verhielte es sich anders, wären wir schon längst
zugrunde gegangen.

Wir wollen den Gesundheitszustand eher mit
einem harmonischen Zustand als mit einem

Balancezustand vergleichen. Wir befinden uns
ständig in Balance. Verhielte es sich anders, lägen
wir mit dem Gesicht flach auf dem Boden. Wir
befinden uns alle in der Balance, doch wir müs-
sen uns dadurch nicht zwangsläufig in einem
Zustand der Gesundheit befinden. Gesundheit
ist ein Zustand der Harmonie. Setzen Sie sich
ans Klavier, halten Sie das rechte Pedal gedrückt
und spielen Sie jedes C auf der Klaviatur. Es
ergibt sich ein harmonischer Klang, der sich aus
den gespielten Noten plus der Harmonie, die sie
generieren, bildet. So ist die Gesundheit. Nun
setzen Sie sich erneut ans Klavier und spielen
alle Cs mit Ausnahme von einem. Dort spielen
Sie ein B. Das Ergebnis ist eine Disharmonie
– obgleich Sie nur einen kleinen Teil des gesam-
ten Klangbildes verändert haben. Doch jenes
B besitzt eine derartige Qualität, sodass es zur
„Schlüsselnote“ im Rahmen der Cs geworden
ist. Es wird als Schlüsselnote bezeichnet, weil es
Ihre Ohren zur Auflösung in C bringen will.

Im menschlichen Körper gibt es eine ähnliche
Situation. Sobald es im ganzen Mechanismus
einen Bereich der Disharmonie gibt, strebt diese
Disharmonie nach Auflösung. Eine der Offenbar-
ungen dieses Strebens ist Unbehagen. Das „B“
ist für Ihr Ohr unangenehm. Die strukturelle
Störung ist für Ihr gesamtes Wohlbefinden un-
angenehm. Hören Sie daher auf die „Schlüsselno-
te“ im Körper und werden Sie sich der Richtung
bewusst, in die sie führt, wie sie nach Auflösung
sucht. Auf diese Weise können wir den Prozess
beschleunigen, mittels dessen der Körper zu sei-
nem Harmoniezustand zurückstrebt. In diesem
Zustand der Harmonie zwischen allen Dimensi-
onen des menschlichen Lebewesens wollen wir
die Gesundheit als einen positiven Zustand des
Wohlbefindens definieren. Es handelt sich um
den maximalen Exzellenzzustand, den eine Per-
son erreichen kann. Es handelt sich nicht um
eine absolute Ebene, sondern um etwas, das bei
jedem Patienten anders ist. In den verschiedenen
Lebensphasen ist dieser Zustand verschieden. Er
hängt von freier, unbehinderter physiologischer
Bewegung auf jeder Ebene des Lebewesens ab.
(Dieses Konzept wird bei der Erörterung der
Bewegung weiter entfaltet.)

Jedes Mal, wenn Sie Ihre Hände auf einen Pati-
enten legen, bestimmen Sie erst, wie das allge-

meine Gefühl des Mechanismus aussieht. Es ist sehr, sehr wichtig, dies als Verhaltensgewohnheit auszubilden. Ungeachtet dessen, worin das Problem des Patienten besteht, bewerten Sie zunächst: „Wie fühlt sich das an?“ „Worin besteht das inhärente Muster?“ „Worin besteht die tiefste Not des Patienten?“ „In welcher Richtung sucht es nach Auflösung?“ Rotten Sie den Impuls aus, einfach reinzuspringen und irgendetwas zu machen.

Für Osteopathen und Ärzte, die im Konzept aufgewachsen sind, sie existieren nur, um irgendetwas zu machen, damit es den Patienten besser geht, ihr Leben zu retten, ihren Schmerz zu beseitigen oder ihr Problem zu lösen, ist es schwer zurückzutreten und zuzuhören. Demjenigen zuzuhören, was uns der Patient mitteilt. Hören Sie demjenigen zu, was der leitende Verstand innen mitteilen kann. Die Antwort liegt im Patienten, wenn wir zuhören. Wir wollen lernen zurückzutreten und herauszufinden, was der Patienten mitteilt.

Falls Sie eine Reputation in diesem Bereich entwickeln, besteht eines der Ergebnisse darin, dass Sie von Patienten aufgesucht werden, die schon überall gewesen waren und trotz sämtlicher bekannter Anwendungen gleichwohl immer noch ein Problem haben. Daher ist es für Sie verpflichtend, nicht dasjenige zu wiederholen, was schon gemacht wurde. Sondern Sie müssen sich in eine Dimension begeben, die noch nicht untersucht worden ist. Dann stehen Sie vor Herausforderungen. Herausforderungen, die bisher jeder beiseite geschoben hat. „Da kann man nichts machen!“ Doch die Antwort liegt innen. Die Antwort ist innen verschlossen. Können wir sie finden, herausziehen und mit ihr arbeiten? Die Ursachen können in der Vergangenheit verborgen liegen, in vergessenen Verletzungen in der Kindheit, in Autounfällen, die einen Aufprall mit hoher Geschwindigkeit einschließen, aber keine Gehirnerschütterung oder Brüche hervorgerufen haben, in einer schwierigen und komplizierten Operation, die eine fixierte, aber harte Narbepfibrose hinterlassen hat, oder in einer toxischen Reaktion auf ein starkes Medikament. Der wahrnehmungsfähige Osteopath kann die Geschichte in den Geweben unter seinen Händen lesen.

Die Geburt ist eine der traumatischsten Erfahrungen vieler Patienten. Und zahlreiche Probleme der Kindheit und sogar im Erwachsenenleben können auf eine schwierige, lange oder traumatische Geburt zurückgeführt werden. Die Eltern können die Details vergessen und der Patient mag es nie gewusst haben. Doch der Körper unter Ihren Händen wird Ihnen die Geschichte erzählen, sofern sie achtsam und wahrnehmungsfähig sind.

Wir haben die physischen Beziehungen soweit erörtert, dass es sich um eine dynamische Funktionseinheit handelt, in der alle Teile aufeinander reagieren. Außerdem wir haben darüber gesprochen, dass es eine Ursache-Wirkungs-Beziehung zwischen Struktur und Funktion, zwischen offener viszeraler Dysfunktion und muskuloskeletaler Beeinträchtigung gibt. Doch ist damit alles gesagt? Hierbei handelt es sich nur um die nach außen gerichteten Offenbarungen. Die Ursachen können auf einer viel tieferen Ebene liegen. Sie können sich in emotionalen Erfahrungen offenbaren, die schon lange tief im Unterbewusstsein begraben liegen. Furcht, die ein Neugeborenes während einer langsamen, schwierigen Geburt erfährt, interagiert mit dem muskuloskeletalen Stress, der durch den engen Geburtskanal induziert wird, um beispielsweise die Vorläufer chronisch respiratorischer Beschwerden im späteren Leben zu etablieren. Durch Ärger, Ressentiment, Eifersucht oder Furcht erzeugten Traumata können sogar den inneren therapeutischen Kräften widerstehen, bis die therapeutische Potency auf das Heilen der Erinnerungen und der Vergebung von Verletzungen gerichtet wird. Es ist bemerkenswert, wie die Vergangenheit an die Oberfläche gelangt, wenn die richtige Zeit da ist. Das Verhältnis von Struktur und Funktion schließt nicht nur die Knochen, Muskeln, Viszera usw. ein. Es betrifft ebenso die Emotionen, den Verstand und alle Oktaven der Energie.

Sie werden entdecken, dass die Patienten im Laufe der Behandlungen beginnen, ihre Lebensweise zu verändern, dass sie beginnen ihre Denkwiese zu verändern. In manchen Fällen ändern sie sogar ihre Religion. Diese Ereignisse verwirrten mich, als ich mit der kranialen Behandlung begann. Doch ich glaubte, dass dies nichts mit

mir zu tun habe. Ich sprach damals nicht einmal über derartige Sachverhalte. Doch sie geschahen.

Sie werden erkennen, dass die Veränderung des Kranialen Mechanismus alle Teile des Individuums durchfließt und zu Veränderungen in höchst unerwarteten Bereichen führen kann.

Sobald die Schleusen der therapeutischen Potency geöffnet worden sind, müssen sie mit der Tide fließen, wo immer diese Tide fließt. Gelegentlich bringt dies Probleme auf einen Höhepunkt, die jahrelang geschwelt haben. Um den Patienten ans Ziel zu bringen, müssen sie erfolgreich gelöst werden. Das gilt ebenso für körperliche Beschwerden.

Ich erinnere mich beispielsweise sehr lebendig an eine Patientin, die mehrere Kopfverletzungen erlitten hatte. Ich spürte den Moment, an dem sie alle überwunden waren und machte den Fehler ihr mitzuteilen, dass sie die Behandlung nun beendet sei. Am nächsten Morgen rief sie mich um vier Uhr an. Ein Gallenstein ging ab. Sie hatte klinisch stumme Steine schon seit Jahren in ihrer Gallenblase und wir beide wussten das seit Jahren. Nun, als der Mechanismus verbessert war und mit höherer Effizienz arbeitete, konnte er die Gallensteine nicht länger tolerieren und begann sie auszuwerfen.

Sie werden sehen, dass dies für viele Bereiche gilt. Manche tiefsitzenden physischen Probleme, von denen der Patient sagt: „Den Ärger habe ich schon seit 20 Jahren nicht mehr gehabt!“, beginnen sich zu bewegen. Oder ein emotionales Problem, das unterdrückt wurde, beginnt an die Oberfläche zu kommen. Sobald der Mechanismus sich jetzt frei bewegen kann, kann er nicht länger Probleme in irgendeinem Bereich des Lebewesens tolerieren. Ich erinnere mich an eine Patientin, die zu mir kam und eine unauffällige Anamnese zeigte. „Ja!“ „Nein!“ Ich bekam überhaupt nichts. Daher legte ich sie auf den Tisch und komprimierte den vierten Ventrikel. Völlige Stille. Offensichtlich passierte gar nichts. Doch plötzlich brach sie in unkontrollierbare Schluchzer aus. Dr. Sutherland pflegte zu sagen: „Wenn Du im Zweifel bist, bleib dran!“ So blieb ich dran und wartete. Nach einiger Zeit versiegt ihre Tränen und dann fuhr sie fort und

erzählte mir von einem ernstem Problem, das sie zu Hause hatte. Sie müssen nur die therapeutische Potency anschalten und warten. Sie wird sich schon darum kümmern.

Und so stellen wir uns die Frage: „Was ist Krankheit?“ Handelt es sich bei der Krankheit um eine Art Katastrophe, die einem Individuum zu einer bestimmten Zeit seines Lebens zufällig zustößt? Wir tendieren dazu, sie so zu behandeln. „Ja, das ist wirklich ganz schlecht!“ lautet die gewöhnliche Reaktion gegenüber den meisten Menschen, die krank werden oder einen Unfall haben. Doch warum gab es den Unfall? Warum bleiben manche Menschen auf ihrem Lebensweg von einer Katastrophe unversehrt, während andere verheerende Handikaps aufgrund eines Aussetzers des Bewusstseins am Lenkrad auf einer freien Straße davontreiben? Warum wird das Leben plötzlich durch eine behindernde Krankheit verändert?

Fragen Sie den Patienten, der für eine gewisse Zeit krank oder außer Gefecht gesetzt ist: „Was denken Sie, warum Ihnen dies widerfährt?“ „Worin besteht Ihres Erachtens der Zweck?“ Viele Patienten kennen die Antwort, bevor sie diese Frage gestellt bekommen. Andere werden dazu herausgefordert, nach der Antwort zu forschen.

Die Bibel teilt uns mit: „Freut Euch in Euren Drangsalen!“ und „Dankt für alle Dinge!“ Es gibt hierbei keine Ausnahmen. Doch es entspricht nicht der menschlichen Natur, sich bei dem Auftreten einer Pneumonie oder einem gebrochenen Femur zu freuen. Es ist nicht leicht, für eine beeinträchtigte Sicht aufgrund einer Iritis oder für ein Neugeborenes mit spastischer Lähmung zu danken. Sieht man ein solches Ereignis in der Retrospektive, wird der in der Erfahrung verborgene Segen häufig erkannt. Die konstruktiven Veränderungen, die sich angesammelt haben, können eingeschätzt werden.

Der Widerstand und der Groll, das Selbstmitleid und die Niedergeschlagenheit, die Bitterkeit und der Ärger während solcher Ereignisse blockieren die Heilung, nach welcher der Patient strebt. Das körperliche Problem ist nur die nach außen gerichtete und sichtbare Offenbarung einer inneren emotionalen, mentalen und spiri-

tuellen Not. Die erzwungene Unterbrechung des hektischen alltäglichen Lebens, der unvermeidliche Rückzug in die Ruhe, Stille und Einsamkeit stellen die Mittel dar, wodurch die inneren Nöte konfrontiert, anerkannt und angetroffen werden, wenn der Patient die Möglichkeit akzeptiert und nutzt, sich so zu verhalten. Das ist nicht leicht für die meisten von uns – Patienten wie Behandler. Doch wenn wir den Patient sanft und mitfühlend dazu bringen zu akzeptieren, dass diese Erfahrung einen guten Zweck hat, dass sie eine wirkliche Bedeutung besitzt, wird es konstruktiv. Dann wird die therapeutische Potency dazu befreit, ihr Werk zu tun. Die Veränderung wird unmittelbar offensichtlich. Die Heilung hat im Innersten begonnen, schon sehr bald wird sie sich äußerlich zeigen.

Der Zweck des Ereignisses, die Erfahrung innerhalb des gesamten Lebensmusters ist sehr wichtig. Gleichwohl ist es nicht nötig, dies zu erforschen. Es ist nur nötig, die Frage zu stellen. Lassen Sie den Patienten die Frage mit nach Hause nehmen und sie wird zu arbeiten beginnen, zu bewegen. Sie mögen der Frage zuerst widerstanden oder sie abgelehnt haben, doch die Saat wurde gesät und sie beginnt zu wachsen. Beim nächsten Besuch werden sie einen Fortschritt gemacht haben. Sie können ein paar Kommentare dazu machen. Sie sehen, die Veränderung beginnt stattzufinden.

Betrachten wir also unseren Patienten mit einem Problem, erkennen wir, dass die gegenwärtige Beschwerde nur das Schaufenster darstellt. Sie sind in der Hoffnung zu uns gekommen, dass wir herausfinden, was hinter dem Schaufenster vorgeht und die besonderen Offenbarungen verursacht, die offensichtlich ausgestellt sind.

Die Fragen führten zu weiteren Gedanken:

Bei der Suche nach einer Definition der Gesundheit wird das Wort „normal“ häufig verwendet. Der Definition zufolge bezeichnet „normal“, dass etwas „nicht von einer Norm, Regel oder einem Prinzip abweicht; regelmäßig“ oder „natürlich auftritt“ bzw. „sich auf eine durchschnittliche Intelligenz bzw. Entwicklung bezieht oder von ihr charakterisiert wird“ (*Webster's Seventh New*

Collegiate Dictionary). Gibt es ein normales, ein regelmäßiges oder ein standardmäßiges menschliches Lebewesen? Ist ein Kind mit einem Entwicklungsproblem ein anormales menschliches Lebewesen? Ist ein Amputierter ein anormales menschliches Lebewesen? Es gibt keine zwei identischen Fingerabdrücke, es gibt keine zwei identischen Gesichter. Ein ausgezeichneter Arzt, der während der Säuberungen durch Hitler aus Österreich geflohen war, arbeitete mit außergewöhnlichen Kindern. Er sagte, die einzigen „normalen“ menschlichen Lebewesen seien diejenigen in der SS, die aller Persönlichkeit beraubt waren. Ebenso der Möglichkeit eigenständig zu denken. Sie waren in eine physische, emotionale und mentale Rolle gezwängt, von der sie nicht abweichen konnten. Ein menschliches Lebewesen kann ein Handicap haben, eine Beschränkung aufweisen, eine Krankheit erleiden oder ein Defizit besitzen, doch niemals sollten die Beeinträchtigten die Bezeichnung „anormal“ erhalten. In dem Zustand der optimalen Funktion, die wir als Gesundheit bezeichnen, fallen verschiedene diagnostische Überprüfungen unter bestimmte „Normalitäten“, die man genauer als Durchschnittsbefunde bezeichnen sollte. Sie verändern sich von Zeit zu Zeit. Eine Akrobatin kann eine normale Beweglichkeit der Wirbelsäule haben, die es ihr dennoch erlaubt, ihr Okziput auf die Fersen zu legen. Ihre eigene normale Beweglichkeit ließe dies niemals zu. Daher hat jeder einzelne von uns eine optimale Spannbreite jener Funktion, die normal für exakt diese Person ist. Die Abweichung von diesem Optimum oder der Normalität dieses Patienten kann als Dysfunktion oder Krankheit bezeichnet werden. Das Ziel der therapeutischen Bemühung besteht darin, die Wiederherstellung des Normalen oder Optimums dieses Patienten zu erreichen.

Der präventive Aspekt der osteopathischen Gesundheitspflege: Es gibt prädisponierende Zustände, die über Jahre in einem Körper bestehen, bevor sie zu einer akuten Episode werden und die Aufmerksamkeit erfordert. Dies ist das Reich der osteopathischen Vorsorge. Die besagten Zustände können z. B. das Resultat einer schwierigen Geburt sein. Falls sie in der frühen postnatalen Phase erkannt und beseitigt

werden, ist es möglich viele Probleme in der Kindheit und im späteren Leben zu vermeiden. Traumatische Episoden lassen möglicherweise Zustände zurück, die Jahre später eine viszerale Pathologie hervorrufen können. Die periodisch durchgeführte Bewertung des muskuloskeletalen Systems vom Kopf bis zu den Füßen kann sowohl bedeutende, aber dennoch still ablaufende Zustände offenlegen. Werden sie in dieser Phase korrigiert, kann das ernstesten Problemen in der Zukunft vorbeugen. „Wir wollen die Osteopathie mit Dr. Still denken“ – eine Ermahnung, die Dr. Sutherland häufig äußerte.

Die wechselseitige Beziehung von Struktur und Funktion ist erheblich weitreichender als die somato-viszerale und viszeral-somatische reflektorischen Veränderungen, welche vertebrale Läsionen und Organdysfunktionen aufeinander beziehen, so bedeutend diese auch sind. Sie umfasst kraniale Strains und zerebrale Dysfunktion bzw. Entrapment-Syndrom. Doch es geht auch um Läsionen der Weichteile wie Operationsnarben und ihre davon entfernten Folgeerscheinungen auf die neuronale, muskuläre, ossäre und viszerale Funktion. Weiterhin kann ein emotionales Trauma, das nicht als physische Kraft den physischen Körper tangiert, ein ätiologischer Faktor bei der Hervorbringung einer beeinträchtigten inhärenten Motilität im physischen Körper sein. Umgekehrt kann ein physischer Schock eine spezifische ätiologische Agenzie für eine emotionale oder mentale Dysfunktion darstellen. Mithin kann die Interaktion von Struktur und Funktion von diagnostischer Bedeutung für alle Dimensionen, für alle Energieebenen des menschlichen Lebewesens sein.

Den Patienten als Ganzheit zu betrachten ist ein integraler Aspekt der Osteopathie. Doch was besagt dies in der tatsächlichen Praxis? Auf welche Weise beeinflusst dies beispielsweise die Therapie bei Pneumonie? Dies impliziert nicht, dass man etwas übersehen sollte, was für die lokale Behandlung erforderlich ist. Doch es bedeutet, dass Sie sich nicht vollständig um das Problem gekümmert haben, bevor sie nicht die Ursachen erfasst haben, die diesen akuten Offenbarungen zugrunde liegen. Ziehen Sie bei einem Patienten mit Pneumonie die vegetative Nervenversorgung im Thorax, die Mobilität

der Rippen und die betreffenden Abschnitte der Brustwirbelsäule in Betracht. Übersehen Sie die Mobilität des Zwerchfells nicht – wobei es sich um einen sehr wichtigen Teil dieses respiratorischen Mechanismus handelt. Bewerten Sie die Mobilität der Ossa temporalia. Das Os temporale wird auf der Seite der betroffenen Lunge in seiner inhärenten Bewegung eingeschränkt sein. Berücksichtigen Sie das Diaphragma urogenitale (weil seine Funktion mit Veränderungen im Zwerchfell und im kranialen Diaphragma interagiert). Wollen wir den Patient mit Pneumonie angemessen bewerten und für ihn sorgen, müssen wir ihn vollständig untersuchen. In diesem Fall werden Sie eine beachtliche Differenz in der Geschwindigkeit der Erholung bei den Patienten beobachten und ebenso bei der Vollständigkeit, mit der sie die Krankheit überwinden.

Wie passt dieses Konzept der ganzheitlich erfassten Person zum Patienten, der operiert werden muss? Besitzt es einen Wert? In einigen Fälle, möglicherweise einigen wenigen, kann die Korrektur einiger dieser Faktoren die Notwendigkeit der Operation vermeiden. Doch mit diesen Patienten befassen wir uns jetzt nicht. Wir kümmern uns um die Patienten, die in einem Zustand sind, der die Operation unvermeidlich macht. Der Patient, der sich einer Operation unterzieht und dabei einen optimal funktionierenden Körper mit der höchstmöglichen Effizienz unter den gegebenen Umständen besitzt und nach der Operation beständig behandelt wird, um die physiologische Funktion so schnell wie möglich wiederherzustellen, erholt sich schneller von der Operation und hat davon den größten Nutzen.

Dabei handelt es sich um einen wichtigen Teil der Behandlung des Patienten im ganzheitlichen Sinn. Man erzielt bessere und länger anhaltende Ergebnisse, sobald solche Maßnahmen routinemäßige angewandt werden. Die Operation ist nur der zentrale Anteil. Ziehen Sie den gesamten Patienten in Betracht. Die Ergebnisse werden für Patient und Behandler befriedigend sein.

Der osteopathische Ansatz befasst sich nicht nur mit der Beseitigung der Bereiche der Dysfunktion, die palpiert werden können, sondern stellt zudem Techniken zur Verfügung, durch welche jene therapeutischen Kräfte stimuliert

werden können, die auf sämtliche Arten von Belastungen einwirken. Die Fähigkeit des Patienten sich von einer Krankheit zu erholen, wird beachtlich beschleunigt. Sie haben nicht nur die Fähigkeit in Ihren Händen zu „normalisieren“ (und ich benutze das Wort bedacht, weil es um die Wiederherstellung des normalen Musters der Patienten geht), sondern sie besitzen die Fähigkeit in Ihren Händen, die therapeutischen Kräfte der Patienten selbst zu stimulieren, damit sie die Krankheit durch sich selbst überwinden können. Falls Sie auf diese Bereiche Wert legen und alle anderen erforderlichen Maßnahmen beachtet werden, glaube ich, dass wir dann ein Bild davon erhalten, worum es in der Osteopathie geht. Es handelt sich um eine Umwertung der Sichtweise auf den Patienten... eine neue Betrachtungsweise dieses Patienten. Und wenn wir über die vorgestellte Beschwerde, die gegenwärtige Krankheit hinausblicken, die sicherlich die Aufmerksamkeit herausfordert, wenn wir darüber hinaus auf jene Dinge blicken, die nicht ganz so laut schreien, gleichwohl aber bedeutender in Bezug auf das Problem des Patienten sind, dann glaube ich, dass wir die Tiefen auszuloten beginnen, worum es in der Osteopathie geht.

Man hat die Frage aufgeworfen, ob es eine strukturelle Basis für mentale Krankheiten gebe. Die Arbeit von Floyd Dunn, DO, zeigte, dass es bei Schizophrenie Läsionen der Wirbel gibt. Die Dres. John und Rachel Woods verbrachten ein Jahr am *Still-Hildreth-Sanatorium* in Macon, Missouri, um eine Antwort auf diese Frage zu finden. „Gibt es einen strukturellen Unterschied zwischen Patienten mit mentalen Störungen und offensichtlich mental gesunden Personen?“ Sie zeigten, dass der kraniale Rhythmische Impuls bei den Patienten mit Bewusstseinstörungen erheblich langsamer war – und je mehr der Patient von der Realität entfernt war, umso niedriger war die Frequenz. Darüber hinaus trat ein ungewöhnlicher Grad an Starrheit des kranialen Mechanismus bei diesen Patienten auf. Umgekehrt war eine wachsende Annäherung an die Realität zu beobachten, sobald der kraniale Rhythmische Impuls schneller und die Elastizität des Mechanismus verbessert wurde.

Die mentale Funktion ist eine Leistung des Gehirns. Das Gehirn wird durch die physiolo-

gische Funktion und die anatomische Struktur des ossär-membranösen Schädels beeinflusst, in dem es liegt.

Die wahrnehmungsfähige Palpation des kranialen Mechanismus befähigt den Osteopathen, Depression, Ärger, Verwirrung im Patienten zu entdecken, bevor diese zu aktuellen Beschwerden werden. Und eine klug verordnete Behandlung des kranialen Mechanismus kann der Entwicklung ernsterer mentaler Probleme vorbeugen.

Bei der Erörterung der Natur der Krankheit müssen die Beiträge aller Dimensionen des Patienten erkannt werden. Wir wollen das Beispiel der guten Ernährung betrachten. Eine ausbalancierte Nahrung um den physischen Körper zu ernähren, muss angemessene Mengen von Protein, Kohlehydraten, Fett, Vitaminen und Mineralien umfassen. Sobald eine dieser Kategorie an Nährstoffen fehlt oder ein starker Mangel daran herrscht, kann der physische Körper nicht am Optimum seiner Möglichkeiten funktionieren. Ebenso braucht der Mensch nicht nur physische Nahrung, sondern auch emotionale, mentale und spirituelle Nahrung, um die Ebene des Wohlbefindens zu erreichen und aufrechtzuerhalten. Wir leben in einer Zeit, in der viel Aufmerksamkeit auf die Pflege des physischen Körpers verwendet wird. Man beachtet Bewegung, Ernährung, Ruhe usw.. Doch bei vielen Patienten liegt der spirituelle Aspekt ihres Lebens brach, er wird vernachlässigt, oft gar nicht erkannt. Hierbei handelt es sich um eine ernstere Mangelerscheinung im Verhältnis zur ganzheitlichen Gesundheit als dies bei einem Ernährungsmangel der Fall ist. Wir können dies spirituelle Aushungerung nennen. Der regelmäßige Besuch einer Kirche einmal in der Woche kann spirituell nährender sein als mit Zucker bestreute Cornflakes. Daher lenken Sie die Aufmerksamkeit des Patienten auf diese tiefe Notwendigkeit, auf das innere Streben nach dem spirituellen Lebensunterhalt, das die Stärke bereitstellt, um den unterschiedlichen Herausforderungen des Lebens zu begegnen und sie zu bewältigen.

45. WAS LIEGT IN EINEM NAMEN BESCHLOSSEN?

Viola M. Frymann, DO, FAAO

Neudruck mit Erlaubnis aus *AAO Yearbook*, 1972 (72) 14-18

Das 20. Jahrhundert ist eine Zeit der Veränderung und da das Jahrhundert zu Ende geht, beschleunigt sich dieser Prozess. Die Veränderung ist in jeder Lebenssphäre offensichtlich. Doch hinter den materiellen Offenbarungen der Veränderungen liegen grundlegende Veränderungen in jenem Konzept, das die physischen Veränderungen generiert. Vor 20 Jahren waren der Mond und die Sterne interessante Himmelskörper für den Wissenschaftler. Dem Künstler galten sie als poetische Quellen des Lichtes und der Liebe und dem Prediger als herrliche Offenbarung der Werke Gottes. Doch in 20 Jahren ist es vorstellbar, dass sie zu Urlaubszielen für diejenigen geworden sind, die genug Zeit dazu haben und entsprechend Geld erübrigen können. Und wo wir schon vom Geld sprechen, auch dies ist ein Konzept, das sich grundlegend verändert hat. Unsere Eltern mussten für alles und für jede Dienstleistung, die sie erhielten, bezahlen, sieht man davon ab, dass dies eine karitative Organisation barmherzig beglich, falls sie mittellos waren. Doch unsere Kinder staunen nicht einmal mehr über den Zugang zur Ausbildung, zur Gesundheitspflege, zu den Kunstzentren, der von der konzertierten Aktion der Menschen gewährleistet wird, die am demokratischen Prozess beteiligt sind. Ob es um Arbeit oder Spiel, um Krieg oder Frieden, Nahrung oder Brennstoff, Reise oder Unterhaltung geht, die Veränderung ist überall offensichtlich. Sogar die Worte verändern ihren Sinn. Ein Quadrat ist nicht länger eine geometrische Form, sondern ein Persönlichkeitstyp. Sobald Sie Drogen zu sich nehmen, bewegt sich Ihr Körper nicht im Raum, sondern sie reisen zwischen verschiedenen Bewusstseinszuständen. Gras gilt nicht mehr als jenes frische grüne Kraut, aus denen Rasen bestehen, sondern als ein gefährliches Unkraut, das manche

zu Straftätern macht. In den vergangenen Jahren konnte ein gebildeter Mensch, der genug Griechisch und Latein kannte, ein Wort aufgrund der Etymologie verstehen. Doch dies hat sich ebenfalls verändert. Heute hat eine große Anzahl von Wörtern einen neuen Sinn angenommen, der aus dem Gebrauch entsteht und weit entfernt von den klassischen Ursprüngen liegt. Das kann durchaus eine Offenbarung des Fortschritts darstellen, einer Fortentwicklung im Konzept und Gedanken. Doch es ist nicht gefahrlos, wenn die Wörter sich verändern und dabei die dahinter liegenden grundlegenden Konzepte pervertiert werden.

Wir wollen das Wort „Osteopathie“ als Beispiel nehmen. Es wäre interessant, wenn jeder von Ihnen seine Definition der Osteopathie mitteilen würde – und nicht zwei wären identisch. Würde ich diese Frage darüber hinaus an eine Gruppe von MDs richten, wären die Differenzen noch größer. Dann wollen wir noch die Auffassungen der Laien hinzufügen – und jetzt wäre eine Übereinstimmung mit dem ursprünglichen Denken von A. T. Still rein zufällig.

Der Laie versteht die Osteopathie, wenn er überhaupt über sie nachdenkt, als eine glorifizierte Variante der Chiropraktik, sogar dann, wenn er nicht weiß, was diese ist. Oder er denkt, es handelt sich um die orthodoxe Medizin, die hier von einem Absolventen einer bestimmten Schule praktiziert wird. Oder er mag denken, es handele sich um einen mysteriösen Dienst mit den Händen, der ihm ein besseres Gefühl verschafft. Doch er hat nicht die mindeste Idee, wie das funktioniert. Er weiß nichts über die Palette der verschiedenen Zustände, in der sie hilfreich sein kann, oder über die Reichweite der Techniken, die dem Vertreter der Osteopathie zur Verfügung stehen. Der MD vergleicht die Osteopathie häufig mit der Manipulation und daher glaubt er, falls er die Manipulation zu seinem therapeutischen Instrumentarium hinzufügt, sei die Notwendigkeit einer eigenen osteopathischen Profession hinfällig. Andererseits lesen

wir von Zeit zu Zeit, dass es möglich ist, Osteopathie zu betreiben – nein, der Begriff lautet „osteopathische Medizin“ – ohne nach einer osteopathischen strukturellen Läsion Ausschau zu halten, diese zu erkennen, ganz zu schweigen von ihrer Korrektur. In der Bruderschaft derjenigen, welche die Existenz einer osteopathischen strukturellen Läsion anerkennt, besteht eine ungeheure Differenz in den Gedanken darüber, wie man therapeutisch damit umgeht und welche Beziehungen zu anderen Offenbarungen von Gesundheitsproblemen bestehen.

Was also ist nun Osteopathie? Die Osteopathie ist das Gesetz von Verstand, Materie und Bewegung¹ – so sagte es Dr. Still 1892 in den ersten Tagen der Osteopathie. Hierbei handelt es sich um ein grundlegendes, alles umfassendes philosophisches Konzept. Aber was ist die Osteopathie? „Es handelt sich um ein wissenschaftliches Wissen der Anatomie und Physiologie in den Händen einer intelligenten und kunstfertigen Person, die dieses Wissen zum Nutzen des Menschen anwenden kann, wenn er aufgrund von Belastungen, Schocks, Stürzen, mechanischer Unordnung oder irgendeiner Verletzung des Körpers krank oder verwundet ist.“² Dr. Still betonte das meisterliche Wissen aus der Anatomie und Physiologie. Weiterhin müsse der Osteopath „in osteopathischer Chirurgie, osteopathischer Geburtshilfe und osteopathischer Praxis Verstand zeigen und die Krankheiten durch kunstfertige Neuanpassung jener Teile des Körpers heilen, die durch Belastungen, Stürze oder irgendeine andere Ursache in Unordnung geraten sind. Er sieht in einer leichten anatomischen Abweichung die Ursache für den Beginn einer Krankheit.“ Er wird „den Knochen untersuchen, das Ligament, den Muskel, die Faszien, die Kanäle, durch die das Blut vom Herzen zum Ort seiner Bestimmung fließt, die Lymphbahnen mit ihrem Inhalt, die Nerven, die Blutgefäße – und alle anderen Kanäle durch oder mittels dessen alle Substanzen im Körper übermittelt werden.“ Und weiter: „Die Zerebrospinale Flüssigkeit ist eines der höchsten bekannten Elemente, die im menschlichen Körper enthalten sind. Und bevor das Gehirn diese Flüssigkeit nicht im Überfluss bereitstellt, bleibt der erkrankte Zustand des Körpers beste-

hen.“³ „Wir betrachten den gesunden Körper als einen, der Vollkommenheit und Harmonie nicht nur in einem Teil, sondern im Ganzen bedeutet.“

Diese Worte des Gründers der Osteopathie bedürfen keiner Ergänzung. Seine Feststellungen sind luzide, präzise und alles umfassend.

Die Osteopathie ist ein ganzheitliches System der Gesundheitspflege. Doch heute bezeichnet diese Definition mehr als vor 75 Jahren, denn das Wissen über den menschlichen Körper, seine Funktionen und sein Verhalten sind ebenfalls gewachsen. Diese tatsächliche Expansion des Wissens macht die Spezialisierung unvermeidlich. Gleichwohl liegt in der Spezialisierung eine Gefahr. Man hat die Spezialisierung als immer intensiveres Lernen von immer weniger definiert. So witzig diese Definition auch erscheinen mag, sie ist dann angemessen und einschlägig, wenn der osteopathische Spezialist das osteopathische Erbe vergisst, in dem er ausgebildet worden ist. Der Augenarzt beispielsweise benötigt nicht nur ein gründliches Wissen vom Auge bei Gesundheit und Krankheit, über sein Nerven- und Blutangebot und die es unterstützenden Weichteile, über seine Anatomie, Physiologie, Physik, Chemie, Ernährung usw.. Er muss sich auch daran erinnern, dass das Auge nur ein kleiner Teil eines dynamischen, integrierten Organismus ist, in dem sich alle Teile wechselseitig beeinflussen. Ein Experiment mit einer Patientin, die eine fortschreitende Verschlechterung des Visus bemerkte, die einem Schlag auf den parietalen Schädelbereich folgte, war für mich von großem Interesse. Sie wurde von einem Augenoptiker untersucht, bevor ich mit der Behandlung begann. Meine erste Behandlungsphase umfasste den gesamten Körper unterhalb des Okziputs. Eine messbare Verbesserung wurde aufgezeichnet. Meine zweite Behandlungsphase umfasste den kranialen Mechanismus und hatte eine weitere Verbesserung zum Ergebnis. Die letzte Phase der osteopathischen Behandlung richtete sich auf die Augenhöhle und ihre Inhalte und hatte ebenfalls eine weitere Verbesserung des Visus zur Folge.

Ein Geburtshelfer befasst sich mit dem reproduktiven System. Doch osteopathisch muss er

schließen, dass die Vollkommenheit der Körperstruktur von der Schädelbasis, auf der die Hypophyse reitet, bis zur Beckenschale, durch die das Neugeborene heraus muss, unverzichtbar für die leichte Geburt von gesunden Kindern ist.

Ein Internist ist eine Autorität für die Funktion des kardialen, respiratorischen und digestiven Systems des Körpers bei Gesundheit und Krankheit. Doch wie kann er mit Autorität sprechen, wenn er nicht erkennt, dass diese Organe im Vordergrund ihre Innervation aus dem Rücken oder von oben aus dem Kraftwerk erhalten. Der osteopathische Spezialist ist mit einem derartigen Konzept vertraut.

Der Chirurg ist ein Spezialist einer besonderen Art, ein Spezialist in einer bestimmten Kunstfertigkeit. „Die Chirurgie gehört zu den wissenschaftlichen Verwendungen. In den Händen einer urteilsfähigen Person kann sie von unermesslichen Nutzen sein.“ Doch der osteopathische Chirurg sieht den betroffenen Bereich als Teil des gesamten Mechanismus, der ersteren beeinflusst und Wirkungen in ihm hervorruft.

Ein Kinderarzt ist ein weiterer Experte, der seine Aufmerksamkeit nicht auf ein bestimmtes Organ des Körpers oder eine spezielle Behandlungsweise richtet, sondern auf Patienten in einer bestimmten Lebensphase. Er ist mit dem Patienten als Ganzes und allen Vorgängen rund um ihn herum befasst. Er hat erkannt, dass Kinder bestimmte ganz eigene Probleme haben, von denen er ein spezielles Wissen besitzt. Aufgrund ihrer Größe und Besonderheiten, sind spezielle Techniken nötig. Dennoch muss er sich immer mit dem Patienten im ganzheitlichen Sinn befassen, will er ihn wirklich osteopathisch behandeln. Lassen Sie uns das osteopathische Konzept der wechselseitigen Beziehung und Abhängigkeit von Struktur und Funktion als Radnabe visualisieren. Die Spezialdisziplinen sind die Speichen, die aus der Nabe ragen. Doch wie die Speichen bei jedem Rad hätten sie keine Stabilität und wären zwecklos, wenn sie nicht fest an der Nabe befestigt wären. Die Nabe ist primär, zentral und unterstützt die Speichen. Sie kann sich nicht von ihnen trennen oder ihre zentrale Rolle verlassen und eine von ihnen werden.

Es ist zeitgemäß, die zentrale Nabe zu bewerten, das osteopathische Konzept, und zu sehen, ob es in den letzten hundert Jahren eine Veränderung erfahren hat. Mit einer zufälligen, seltenen Ausnahme war Dr. Still in seinen Schriften mit den gesamten Körperstrukturen unterhalb des Okziputs befasst. Dies waren die zugänglichen Teile des Mechanismus. Doch er begrenzt das Konzept an keiner Stelle darauf. „Deine Pflicht als Meistermechaniker“, betont er, „besteht darin, dass Du weißt, dass die Maschine in einem vollkommenen Zustand ist, sodass es keine funktionelle Störung an irgendeinem Nerven, einer Vene oder Arterie gibt, welche die Haut, die Faszien, den Muskeln, das Blut oder irgendeine Flüssigkeit mit Angebot versorgt und sie reguliert, damit sie in freier Zirkulation sind.“

William G. Sutherland erkannte schlagartig, dass das Konzept ebenfalls für den Kopf galt. Die Kraniale Osteopathie war geboren. Eine Gruppe von Osteopathen erkannte, dass dieselben Prinzipien auch für die Iliosakralgelenke galten. Hier entwickelte sich ein Bereich des besonderen Interesses. H. V. Hoover spezialisierte sich auf die Körperfaszien. Die Release-Techniken für die Faszien traten ins Rampenlicht.

Gleichwohl war für die Anwendung der osteopathischen Prinzipien auf den Kopf, ein damals wie heute ein ziemlich unerforschtes Gebiet, das intensive Studium desselben erforderlich. Dr. Sutherland untersuchte die kombinierten Strukturen des Kopfes mit der gleichen Sorgfalt und Genauigkeit, mit der Dr. Still den Körper untersucht hatte, bevor er das osteopathische Konzept entwickelte. Er schloss entlang der gleichen osteopathischen Denkrichtung und wandte vergleichbare Techniken an. „Bei der Technik“, so schrieb er, „bemühen wir uns den Methoden Dr. Stills zu folgen... Dr. Still nahm meine Hand in seine und ermöglichte mir sowohl die Läsion im über die Grenzen tretenden Zustand zu fühlen als auch den Moment, in dem die natürlichen Agenzien die Knochen wieder an ihren Platz schoben... Es gibt etwas Mächtigeres als unsere Kräfte und dieses wirkt im Patienten stets in die Richtung des Normalzustandes.“⁴

Wie ich schon erwähnt habe, waren zum Verständnis des Kranialen Mechanismus und der

dazu passenden Techniken viele Spezialstudien erforderlich. Eine neue Sinneswahrnehmung musste entwickelt werden, um die stattfindenden Veränderungen festzustellen. Komplexe und ausgedehnte Forschung war nötig, um zu belegen, dass die von uns beschriebenen Bewegungen keine bloßen Erfindungen einer blühenden Einbildungskraft waren. Für alle wurde das Studium, die Lehre, die Entwicklung und Erforschung der Osteopathie im kranialen Bereich so etwas wie ein Spezialgebiet. Die nicht damit vertrauten Osteopathen glauben ein kranialer Osteopath sei, logischerweise jemand, der den Kopf behandelt, während sie alles andere behandeln. Unglücklicherweise ist ihre Behauptung in manchen Fällen nicht sehr weit von der Wahrheit entfernt. Der Osteopath, der den kranialen Mechanismus studiert, sollte Dr. Sutherland zufolge mehr und nicht weniger sein: „Das kraniale Konzept ist nur ein Teil des Ganzen.“

Doch die Zeit ist da, in der Kopf und Körper konzeptuell, diagnostisch und therapeutisch integriert werden müssen. Hierin liegt die nächste Erweiterung, dem das osteopathische Konzept unterliegt. Wir von der kranialen Familie waren mit der ersten Erweiterung beauftragt und es wurde auf den kranialen Bereich ausgedehnt.

Viele in der Profession konnten die Geschwindigkeit dieser Erweiterung nicht aushalten. Es gibt immer noch viele, die da nicht mithalten können. Aber das macht uns keine Sorge. Es gibt eine wachsende Anzahl, die es können und wollen. Die Avantgarde muss voran gehen. Und ihr werden weit mehr folgen als wir uns jetzt erträumen können. Wir müssen uns nach vorne bewegen: Wir müssen vorwärts schreiten.

Ich lade Sie jetzt dazu ein, in der Zeit weit voranzuschreiten und uns die Osteopathie anzuschauen, die unsere Enkel kennen werden. Die ersten 100 Jahre der Osteopathie waren dem Bestreben gewidmet, die legale und gesetzliche Anerkennung und Akzeptanz als etablierter Teil unseres Lebens zu erreichen. Es wird noch 100 Jahre dauern, bis sich die Osteopathen soweit entwickelt haben, dass die praktizierte Osteopathie nicht mehr bloß das System ist, das für den Patienten im ganzheitlichen Sinn sorgt. Sondern es wird auch jene Lebenseinstellung sein,

die den Einsatz des Osteopathen mit dessen eigener Gesamtheit fordert.

Studienbewerber osteopathischer Schulen, die es in jedem großen Staat gibt, werden nicht nur nach ihrem Interesse, ihrem akademischen Hintergrund und ihrer Befähigung bewertet, wie sie heute von den bekannten psychologischen Studien festgelegt werden, sondern aufgrund ihrer inneren Qualitäten und Sensibilitäten. Der Student benötigt sensible Hände, die darin geschult werden können den Gesundheitszustand durch das Fühlen der Gewebe, die Aktivität der Energiemuster im Körper und der Motilität der Körperflüssigkeiten zu erspüren. Es geht um Hände, die ihre Bewusstheit so entwerfen, dass sie den Zustand der Organe innen bestimmen können. Der Student muss ebenfalls beobachtende Augen entwickeln, die nicht nur die äußerlichen Offenbarungen von Gesundheit und Krankheit sehen, wie wir sie heute kennen, sondern Augen, die durchdringend blicken und ins Innere des Körper sehen. Die Diagnose entsteht durch unmittelbare Betrachtung der Farbe und Vitalität jedes Teils dieser Funktionseinheit. Denn er wird die Kontinuität der Funktion vom Kopf bis zum Fuß, vom Zentrum zur Peripherie sehen. Dann wird es so unbegreiflich sein, sie in spezielle Abteilungen zu trennen, wie es der Fall wäre, wenn man den Zustand des *Colorado River* im *Grand Canyon* studieren würde und dabei den *Hoover Dam*, den *Lake Meade* und die Bewässerungssysteme des *Imperial Valley* übersehen würde. Der Sehsinn des Studenten wird ebenso entwickelt werden, damit er die Energiefelder um die Patienten sehen und auf diese Weise die emotionalen, mentalen und spirituellen Zustände bewerten kann, die den sichtbaren Beschwerden zugrunde liegen. Die Ausbildung des Studenten schließt ebenso die Entwicklung seiner Intuition ein. Denn diese befähigt ihn die Gesamtheit seiner Beobachtungen zu analysieren und zu einer diagnostischen Bewertung des gesamten Patienten zu synthetisieren. So erhält er schließlich ein angemessenes therapeutisches Programm. Vielleicht ist es wünschenswert unsere Vorausschau ein wenig zu unterbrechen, um einige der unvertrauten Konzepte auszuarbeiten, die erwähnt worden sind.

In der Abhandlung des Gelben Kaisers über Medizin⁵, die in China vor einigen 5.000 Jahren geschrieben wurde, wurde die Gesundheit oder Krankheit jedes Organs entsprechend seiner Farbe bewertet. Bei Gesundheit sind die Farben klar, frisch, rein und schön. Bei Krankheit werden die Farben entsprechend dem Grad der Fehlfunktion wolkig, düster und dunkel. Doch hierbei handelt es sich nicht um bloß statische Gestalten, sie sind dynamisch und beweglich, sie vermischen sich miteinander während die Gewebeflüssigkeiten die Kommunikationskanäle liefern.

Karagulla berichtet in ihrem Buch „*Breakthrough to Creativity*“ über ihre meisterlichen Forschungen zu den Energiefeldern⁶. Sie beschreibt lebendig und detailliert die verschiedenen Energiefelder, die jenseits der Grenzen der physischen Haut liegen. Das ätherische Feld dehnt sich etwa fünf Zentimeter oberhalb der Haut aus und stellt ein visuelles Maß des Grades der Vitalität zur Verfügung. Es besteht aus geraden Strahlen dynamischer Lichtenergie, die senkrecht zur Hautoberfläche stehen. Bei Gesundheit sind diese Strahlen kontinuierlich, hell und brillant. Bei Krankheit hängen die Strahlen durch, werden wellig oder entwickeln in ihrer Substanz Löcher. Mithin kann der geübte Beobachter unmittelbar den Gesundheitszustand bzw. die Vitalität des Patienten erfassen. Jenseits dieses vitalen Energiefeldes kann die Ausdehnung des emotionalen Feldes gesehen werden, das sich bis zu 40 cm jenseits der Haut erstrecken kann. In diesem Feld kann ein Kaleidoskop sich verändernder Farben erblickt werden, das vom emotionalen Zustand und der Aktivität der Person bestimmt wird. Der gesunde, glückliche, optimistische Patient zeigt helle und angenehme Farben; die unglückliche, mit Ressentiment beladene, ängstliche, depressive Person wird ihren innersten Zustand hingegen durch dunkle und düstere Schatten und störende Blitze bedrohlicher Farben über den Verlauf des Felds hin äußern. Es gibt ein mentales Feld, das den Kopf des Patienten aus der Perspektive des geschulten Beobachters umgibt. Das spirituelle Energiefeld hängt bezogen auf seine Größe und Farbe von der spirituellen Aktivität des Patienten ab. Ich möchte hier betonen, dass spirituelle

Aktivität und religiöse Observanz auf keinen Fall synonyme Begriffe sind. Man kann eine Menge an physischer Nahrung zu sich nehmen, ohne doch die Ernährung mit qualitativ hochwertigen Proteinen, Kohlehydraten, Fetten, Vitaminen und Mineralien sicherzustellen, die der Körper benötigt um sich zu entwickeln und die physische Gesundheit aufrechtzuerhalten. Ähnlich ist es möglich, und dies findet leider auch allzu häufig statt, dass die Fehlernährung durch religiöse Observanz mit der Aufrechterhaltung wahrer spiritueller Erfahrung verwechselt wird. Devitalisierte, verarbeitete, abgepackte Nahrungsmittel bauen devitalisierte, kranke physische Körper. Vollständige, natürliche, unbehandelte, nicht verarbeitete Nahrungsmittel entwickeln und halten vitale, gesunde Organismen aufrecht. Analog verhält es sich, wenn die spirituelle Aktivität durch engstirnige Sektenbildung devitalisiert und durch die Form dehydriert wird. In diesem Fall liefert sie nicht jene vitale Nahrung, die nötig ist, um gesunde spirituelle Energiefelder aufzubauen. Doch die wirkliche, unverfälschte spirituelle Nahrung steht dem Suchenden zur Verfügung und sie erbaut sicher und schnell den spirituellen Teil des menschlichen Lebewesens.

Intuition ist ein Zustand der ganzen Wahrheit, der nicht verformten Wahrheit – oder um eine übliche Wendung zu benutzen – die Fähigkeit die Sachverhalte so zu wissen, wie sie sich verhalten, bezogen auf jeden partikularen Zustand. Dabei handelt es sich nicht um einen Prozess der Induktion oder Logik bzw. des Schließens. Es geht um einen Zustand, in dem man um die Wahrheit weiß. Die gesamte Evidenz, die gesamten Fakten, Funktionen und Zustände werden in einem göttlichen Computer verarbeitet und die vollendete Antwort wird uns durch die Übung der Intuition ausgehändigt.

Doch nun wollen wir uns dem Osteopathen der Zukunft zuwenden. Er weiß nicht nur, dass der Patient die Fähigkeit in sich trägt, sämtliche Krankheit zu überwinden, sondern er wird auch darin ausgebildet zu wissen, dass der Osteopath in sich die Ausstattung hat, jede Krankheit zu diagnostizieren.

Das therapeutische Programm baut vollkommen natürlich auf den beschriebenen diagnostischen

Maßnahmen auf. Die Praxis des Osteopathen wird sorgfältig ausgewählt und wissenschaftlich entworfen, um eine heilende Atmosphäre zu vermitteln. Sie ist mit Fenstern ausgestattet, die Licht und frische Luft spenden – die Tage des Smogs sind lange vergangen – und einen inspirierenden Blick auf die Natur ermöglichen. Das können der Ozean, die Berge, Felder oder ein schöner Garten sein. Auch Pflanzen werden in der Praxis stehen um ihrer Atmosphäre Schönheit und Vitalität hinzuzufügen. Die Räume werden in heilenden und erhebenden Farben gestrichen, die miteinander harmonisieren und von allen Patienten und Mitarbeitern angenommen werden. Eine gewöhnliche Praxis wird darin bestehen, in einem Raum therapeutisch dosiert Farben zu verordnen. Die Farben werden durch ein Instrument kontrolliert, das an ein Organ erinnert, welches ermöglicht die Farben so auszuwählen und zu mischen, wie es bei den Akkorden in der Musik der Fall ist.

Die Farbe wird wie andere Vorgehensweisen ausgewählt, um die Energiefelder des Patienten zu affizieren. Sie wird dann fortwährend auf darauf bezogene Schattierungen geführt, um den Veränderungen zu folgen, die im Patienten stattfinden. Vielleicht hatten Sie Patienten, welche die Farben beschreiben, die sie sehen, wenn sie mit geschlossenen Augen eine kraniale Behandlung erleben. Sobald der Mechanismus sich in einer freien, symmetrischen, rhythmischen Bewegung stabilisiert, klaren die Farben auf und schreiten entweder zu Gold oder Blau in brillantesten Schattierungen fort. Musik wird ebenso ein unverzichtbarer Teil des therapeutischen Programms sein. Dabei geht es nicht um eine bunt gewürfelte Mischung aus Konservenmusik, sondern um eine sorgfältig ausgewählte Musik, die sich auf die Nöte des Patienten bei der aktuellen Gelegenheit bezieht. Mit der Musik verhält es sich wie mit der Farbe, die Musik muss den physischen, emotionalen, mentalen und spirituellen Zustand des Patienten allmählich fortschreitend auf die höchste Ebene bringen, die der Patient an dem betreffenden Tag erfahren kann.

Die physische Pflege schließt eine Wiederherstellung der rhythmischen Bewegung, den unbehinderten freien Fluss der Flüssigkeiten,

uneingeschränkte Energiefelder und eine Normalisierung aller inhärenten physiologischen Aktivitäten ein. Da der Osteopath diese Funktionen und ihre Kontinuität fühlen und sehen kann, wird es keine Frage sein, ob man den Kopf oder den Körper behandelt. Denn es handelt sich um ein menschliches Wesen im ganzheitlichen Sinn. In diesem Zeitalter werden Nahrungsmittel, die mit giftigen Insektiziden und Düngemitteln vergiftet sind, der vergangenen Zeit in der Mitte des 20. Jahrhunderts angehören. Dies gilt auch für die devitalisierten, verarbeiteten, konservierten, verfälschten Nahrungsmittel. Doch der Osteopath wird seine Patienten lehren, die therapeutischen Wirkungen bestimmter Nahrungsmittel, ebenso die Kombination ähnlicher Nahrungsmittel und die Trennung nicht harmonischer Kombinationen zu erfassen. Eine aufgeklärte Haltung gegenüber der Medikation wird die großen Dosierungen giftiger Medikamente ausrangieren und sie durch kleinste Dosierungen von Heilmitteln ersetzen, die ausgewählt wurden, um die Energiemuster dieses Patienten zur gegebenen Zeit zu beeinflussen. Sofern die Chirurgie angezeigt ist, wird sie nur einen Schritt im gesamten therapeutischen Programm des Patienten darstellen. Und sie wird unter Rücksicht auf alle anderen Faktoren im Leben des Patienten angewandt. Die Geburtshilfe wird einen Kurs während der Schwangerschaft einschließen, um die Mutter auf die bequeme, sichere und erfreuliche Geburt des Babys vorzubereiten und sie über die Pflege des Babys nach der Geburt zu instruieren. Der Geburtshelfer wird nicht mehr die Richtlinie verfolgen, alle medizinischen Hilfsmittel zu verwenden, um den Geburtsvorgang ohne Schmerzen durchführen zu können. Sondern die Mutter wird darin ausgebildet, ihr Baby leicht, natürlich, physiologisch zu gebären. Der Geburtshelfer wird dann auch erkennen, dass das Baby seine Geburtserfahrung am leichtesten in der Dunkelheit oder in gedämpftem Licht erlebt und danach in warmem Wasser gehalten wird. Nach einer angemessenen Pause wird das Baby der Mutter in die Arme gelegt und findet die Bequemlichkeit und Sicherheit ihrer Brust. Das Baby wird wieder ins Wasser gelegt und darf sich während der unmittelba-

ren Phase nach der Geburt darin mehrmals am Tag ausstrecken und bewegen. Auf diese Weise kommt es allmählich und nicht traumatisch aus der Umgebung des Fruchtwassers in der Gebärmutter in die Atmosphäre. Der Kinderarzt wird mit der anfänglichen strukturellen und funktionellen Vollkommenheit des Neugeborenen beschäftigt sein. Er wird den Aufbau und die Fortsetzung des Stillens ermutigen und unterstützen. Wenn das Kind wächst, zu stehen beginnt, läuft, klettert und fällt, wird er auf die strukturellen Stresserfahrungen und Strains achten, die daraus resultieren, bevor diese anderswo Kompensationen hervorrufen.

Der Osteopath wird den Patienten als Ganzes sehen, physisch, emotional, mental und spirituell. Und auf diese Weise wird er frühe Störungen in diesen Feldern entdecken, bevor sie sich zu einer physischen Krankheit verdichtet haben. Er wird die ständige Interaktion dieser verschiedenen Ebenen des Seins anerkennen und daher wird er sensibel für die physischen Wurzeln mentaler und emotionaler Störungen, sowohl für die traumatischen strukturellen Ursachen als auch für biochemischen Unausgewogenheiten. Er wird ebenso nach den strukturellen Faktoren suchen, die zu jeder physischen Krankheit beitragen, welche sich oft in Bereichen finden, die von den Symptomen entfernt sind. Doch sieht er mit seinem tiefgründigen Blick, wird er die Fehlfunktionen im emotionalen oder mentalen Feld entdecken, die mit dem physischen Problem verbunden sind und Beistand benötigen. Er wird den Patienten nicht mehr in ein physisches Problem, eine emotionale Störung oder eine mentale Unausgewogenheit sezieren. Ein derartiger Ansatz gehört auch zu den vergange-

nen dunklen Zeiten. Jetzt sieht er das gesamte menschliche Lebewesen und schätzt es ein und dient auf allen Ebenen gleichzeitig seinen Bedürfnissen. Hierbei handelt es sich um eine kausale Behandlung. Sie ist zugleich die wahre präventive Pflege.

Schließlich wird dieser aufgeklärte Osteopath der Zukunft erkennen, dass eine Zeit kommt, in der das Individuum seine Lebensarbeit in dieser physischen Welt vollendet hat und bereit ist, seinen physischen Körper abzulegen und seine Arbeit in anderen Bereichen der Bewusstheit aufzunehmen. Wie der Geburtshelfer die Mutter für den Geburtsvorgang trainiert und dabeisteht um zu beobachten und wenn es nötig ist, den erfreulichen, leichten Geburtsprozess in die physische Welt zu unterstützen, so wird der Osteopath denjenigen trainieren und vorbereiten, der sich der Geburt in die nächste Welt nähert. Er wird beim irdischen Tod Beistand leisten und die Geburt in die nächste kann somit auch leicht, natürlich und erfreulich sein. Der Osteopath wird sehen, wie der Patient aus seinem ermüdeten, abgenutzten Körper schreitet, frei, glücklich und bereit die Lebensreise fortzusetzen.

Das Wort Osteopathie wird sich in der Tat zu einem herrlichen Konzept vollkommener Gesundheit, die für alle verfügbar ist, erweitert haben. Die Reise bis dahin ist lange und bevor sich diese Vision verwirklicht hat, wollen wir den Weg auf der alltäglichen Straße fortsetzen: Wir wollen anerkennen, dass der Kopf nicht mehr vom Körper getrennt werden kann – und umgekehrt. Weiterhin wollen wir unseren Weg mit einem neuen und deutlicheren Bild des sich erweiternden osteopathischen Konzepts fortsetzen.

46. DIE PHILOSOPHIE DER OSTEOPATHIE

Viola M. Frymann, DO, FAAO

Genehmigter Nachdruck der *Osteopathic Annals*,
Vol. 17, No. 16, March 1976

„Die Osteopathie steckt immer noch in den Kinderschuhen. Sie ist ein großes unbekanntes Meer – Und bis jetzt befassen wir uns nur mit ihrer Tide an der Küste.“¹

Das schrieb A. T. Still vor 80 Jahren, doch es ist heute noch fast genauso wahr wie damals. Die mechanischen Prinzipien, auf denen die Osteopathie beruht, sind so alt wie das Universum selbst². Doch es besteht die Tendenz, dass sie durch spektakulärere moderne Konzepte ersetzt werden, die auf vom Menschen erfundenen und hergestellten Maschinen zur Diagnose und Behandlung beruhen.

Die Osteopathie umfasst alles, was durch das Wort „Leben“ übergreifend bezeichnet wird, das Fühlbare und nicht Fühlbare, das Sichtbare, das Mikroskopische, das Ultramikroskopische und das Unsichtbare, das Hier und das Danach, den Menschen und seinen Schöpfer. Doch anders als bei vielem, was philosophisch geschrieben wurde, ist die Philosophie der Osteopathie eminent praktisch. Sie stellt einen Aktionsplan für die Lösung menschlicher Probleme zur Verfügung. Sie unterstellt hier einen Sinn des Lebens und ein Ziel des Lebens, das kommen wird. Sie erkennt, dass „das Universum von Prinzipien reguliert wird“³. Das Gesetz von Ursache und Wirkung ermöglicht die Erklärung von Krankheit und Gesundheit. Die Krankheit stellt die Folgeerscheinung einer Veränderung in den Teilen des physischen Körpers dar. Die Krankheit in einem anormalen Körper ist genauso natürlich wie die Gesundheit in einem Körper, in dem sich alles an der richtigen Stelle befindet. Leben und Materie können sich vereinigen. Und diese Einheit kann nicht kontinuierlich sein, wenn die freie und absolute Bewegung irgendwie behindert wird⁴. Die Bewegung ist die erste und einzige Evidenz des

Lebens. Wir kennen das Leben nur durch die Bewegung materieller Körper.⁵ Jede Bewegung besteht in der Aktion der Materie.⁶

„Die Osteopathie ist das Gesetz von Verstand, Materie und Bewegung.“⁷ Eine philosophische Diskussion dieser Definition wurde 1972 am *Kirkville College of Osteopathic Medicine* mit einiger Beklommenheit entwickelt und vorgestellt.⁸ Doch das begeisterte Interesse ist insbesondere unter den Studenten und jüngeren Mitgliedern der Profession erweckt worden und hat weitere Forschung ermutigt, um sie anzuwenden. Schon 1892 drückte Dr. Still die Hoffnung aus, dass der „Osteopath sich mit dem Thema beschäftigt und ein paar Kilometer weiter in die Richtung der großen Quelle des Wissens geht und die Ergebnisse zur Erleichterung und dem Wohlbefinden der Betroffenen anwendet.“⁹

Die Grundprinzipien der Osteopathie werden mithin so zitiert wie sie ursprünglich formuliert worden sind und sie werden als die heute erweiterten Konzepte interpretiert.

Die wechselseitige Abhängigkeit von Struktur und Funktion

*Krankheit ist das Ergebnis anatomischer Anormalitäten, die einen physiologischen Missklang zur Folge haben.*¹⁰

Die Funktion wird von den Strukturen beeinflusst, die auf sie bezogen sind. Dies geschieht entweder direkt durch Partizipation oder indirekt aufgrund des Einflusses der Nervenbahnen, die durch sie verlaufen. Beispielsweise ist die Öffnung des Sinus maxillaris im disartikulierten Knochen groß und relativ rechtwinklig. Doch beim artikulierten Exemplar wird sie durch das Os palatinum postero-inferior, vom Os ethmoidale superior, vom Os lacrimale antero-superior und von der Concha nasalis inferior antero-inferior bedeckt, sodass zwei kleine Öffnungen zwischen ihnen bleiben. Im lebendigen Zustand befinden sich diese Knochen in stän-

diger rhythmischer Bewegung, durch welche die Öffnungen wie der Verschluss einer Kamera ungefähr 12 Mal in der Minute geöffnet und geschlossen werden. Dies hält das gesunde arterielle Angebot und die venöse Drainage aufrecht und beugt der Ansammlung von Schleim vor. Fasziale oder dentale Traumata können diese rhythmische Aktivität stören und zu beeinträchtigtem Kreislauf bzw. zur Ansammlung von Sekretionen führen, welche die Vorläufer der Nasennebenhöhlenentzündung sind. Um diese Störung nach osteopathischen Prinzipien zu behandeln, wird die physiologische Funktion der Strukturen mittels manipulativer Maßnahmen wiederhergestellt.

Ein gewöhnliches Beispiel für die unscheinbare Offenbarung struktureller Verformung besteht im Erbrechen der Neugeborenen. Während des Geburtsvorgangs wird ein beachtlicher Druck auf das Okziput ausgeübt und dies kann eine Kompression seiner sich entwickelnden Teile auf einer oder beiden Seiten verursachen. Der Nervus vagus verlässt den Schädel durch das Foramen jugulare, das antero-lateral zwischen der Pars petrosa des Os temporale und postero-medial der Massa lateralis des Okziputs liegt und wird durch die Kompression der Pars condylaris irritiert. Eine Dekompression des Okziputs in diesem Bereich beseitigt die Ursache des Erbrechens, das danach nahezu unmittelbar aufhört.

Die frühen Schriften Dr. Stills, Dr. Sutherlands und ihrer Studenten sind voll von Beispielen derartigen osteopathischen Denkens und den erfolgreichen Ergebnissen ihrer Anwendung. Eine solche Behandlung ist gleichwohl nicht nur therapeutisch auf das aktuelle Beschwerdebild bezogen, sondern wirkt ebenfalls prophylaktisch gegen das Wiederauftreten.

Der Ausdruck „Funktion“ bezieht sich nicht nur auf die vegetativen Aktivitäten des Organismus wie Kreislauf, Respiration, Verdauung usw.. Darunter fallen auch Aktivitäten wie Denken, Fühlen, kreativer Ausdruck, Meditation und spirituelle Hoffnung. Gibt es auch für Störungen in diesen Bereichen menschlicher Leistung eine osteopathische Ursache- und Wirkungs-Beziehung? Das Woods-Team wies bei psychiatrischen Patienten eine reduzierte Frequenz des kranialen Rhythmischen Impulses und eine

beeinträchtigte Elastizität der Schädelknochen nach.¹¹ Sobald die physiologische Mobilität des kranialen Mechanismus verbessert wurde, kehrte der Patient zur Normalität zurück. Die postnatale Depression wird häufig durch einen Release des bei einer traumatischen Geburt blockierten anterioren Sakrum beseitigt. Nach einem Auffahrunfall mit hoher Geschwindigkeit beklagen sich die Patienten oft über Verwirrung, mangelnde Konzentrationsfähigkeit, Irritierbarkeit, das Gefühl zerstreut zu sein oder über eine Depression, obgleich keine unmittelbare Verletzung am Kopf aufgetreten war. Die „Struktur“, die nun unserer Aufmerksamkeit bedarf, ist das „ätherische Feld“¹², das durch den Energieaufprall verformt wurde. Die Lösung dieses Energiefeldes bringt den Patienten sehr schnell wieder „zu sich selbst“, obgleich weiterhin körperliche Symptome und somatische Dysfunktionen korrigiert werden müssen.

Die Funktionseinheit

*Der menschliche Körper funktioniert nicht in getrennten Einheiten, sondern nur als ein harmonisches Ganzes.*¹³

Unter Zeitdruck beschränkt sich die Aufmerksamkeit zu oft auf die unmittelbare Beschwerde. Doch das osteopathische Denken erkennt die Beschwerde lediglich als Folgeerscheinung. Man muss nach der Ursache suchen, die vom Bereich der Symptome entfernt sein kann. Es gibt Kopfschmerzen, die ihren Ursprung in lumbosakralen Kompressionsstrains haben. Viele wieder auftretende Beschwerden im unteren Rückenbereich verschwinden, wenn die kranialen Strainmuster beseitigt werden. Allergische Rhinitis, Sinusitis, Bronchitis usw. ergeben sich häufig aus der Fehlfunktion der Hypophyse, der Nebennieren oder der Thymusdrüse, die umgekehrt auf eine kraniale, das kraniale Diaphragma betreffende oder eine zervikale Dysfunktion bezogen sind.¹⁴

Die Faszien sind das ubiquitäre Gewebe, das alle Teile des Körpers vereinigt. Die palpierenden Hände auf dem Kopf können die Bewegung eines Fingers oder Zehs bei einem auf dem Rücken liegenden Patienten erfassen. Dies geschieht aufgrund der Spannungsmembran, den sogenannten Faszien. Strainmuster

der Schädelbasis können von jedem Teil des Körpers aus diagnostiziert werden, da die aus der Schädelbasis entspringenden Faszien auf ihre Verformungen reagieren. Viele Beispiele für Skoliose bei Erwachsenen stellen entfernte Offenbarungen einer kranialen Skoliose dar, die bei einer traumatischen Geburt entstehen.¹⁵

Die Faszien stellen mithin die Grundsubstanz dar, durch welche die Arterien, Venen, Lymphbahnen und Nerven unterstützt werden. Die tubulären Kollagenfasern vereinigen den gesamten Körper durch eine Flüssigkeitsmatrix vom Kopf bis zum Fuß. Daher stellen die Faszien einen Flüssigkeitsmechanismus von grundlegender funktioneller Bedeutung dar.

Die beeinträchtigte Elastizität der Faszien, welche von einer tiefen Operationsnarbe herrührt, kann eine mächtige Ursache einer entfernten Dysfunktion sein.

Eine 40-jährige weiße Patientin beschwerte sich über eine ernste Anspannung der Nerven, Irritierbarkeit und Schlaflosigkeit, die seit einer vaginalen Hysterektomie vor sechs Monaten aufgetreten waren. Die Östrogentherapie, die der Chirurg als Ersatz verschrieben hatte, hatte die Symptome noch verschlimmert. Die Behandlung der verschiedenen Bereiche der somatischen Dysfunktion führte nur zur vorübergehenden Besserung. Bei der Untersuchung ergab sich, dass das vaginale Dach einen Fingerbreit über dem Eingang einen starken Zug der Faszien inferior aufwies. Als dieser Zug sanft befreit wurde, nahm die Vagina ihre normale anatomische Position wieder ein. Die Patientin war auf dem Tisch eingeschlafen!

Seien Sie aufmerksam bei einer Narbe, die beispielsweise von einer Pylorusstenose herrührt. Sie ist in der Kindheit entstanden und konnte sich während des Wachstums nichts angemessen dehnen. Sie kann der Brennpunkt eines Zugs der Faszien sein, der entfernte Symptome verursacht.

Darüber hinaus „scheint die Seele des Menschen mit allen Strömen lebendigen Wassers in den Faszien seines Körpers zu wohnen“¹⁶. Dr. Still erkannte, dass der Mensch in seinem Körper wohnt, aber nicht mit seinem Körper identisch ist. Die Faszien stellen jenen Grund

dar, auf dem sich die vegetativen Funktionen der inneren Selbsterhaltung, die muskuloskeletalen Aktivitäten der äußerlichen Leistung und die kreativen Unternehmungen des spirituellen Lebens treffen.

Der Körper produziert alle Substanzen, die zur gesunden Funktion erforderlich sind.

*Der Körper stellt die Werkstatt dar, in der alle Substanzen, die zur physischen Ausstattung gehören, hergestellt werden.*¹⁷

Der vorliegende Aufsatz über das osteopathische Konzept hängt von ökologischen Faktoren ab, die vor 100 oder auch nur vor 50 Jahren nahezu unbekannt waren. Die Beeinträchtigung der Nahrungsqualität durch Insektizide oder anorganische Düngemittel, ihre Verfälschung durch Nahrungszusätze zur Farbgebung, Geruchsverbesserung und zur Konservierung sowie die Auszehrung durch die Verarbeitung machen es schwer – und an manchen Orten gar unmöglich – dem Körper die angemessenen rohen Materialien zur Verfügung zu stellen, aus denen die Substanzen entstehen, die für die gesunde Funktion erforderlich sind. Dr. Still war Landwirt. Ohne Zweifel hätte er die Reformkampagne in diesem Bereich der Nahrungsmittelerzeugung und -bereitung angeführt.

Der Einfluss der Nahrungszusätze auf das Verhalten und die Lernfähigkeit der Kinder muss erkannt werden, wenn wir mit diesen allgemeinen Problemen konfrontiert sind, denn hierin liegt eine der Ursachen.¹⁸ Die reaktive Hyperglykämie, eine weitere gewöhnliche Dysfunktion, die für eine breite Palette von Symptomen – von Erschöpfung für ein paar Stunden nach dem Essen bis hin zu ernstem psychotischem Verhalten – verantwortlich sein dürfte, ist die Folge im Kielwasser des weit verbreiteten Gebrauchs von raffinierten Kohlenhydraten, insbesondere von Zucker.

Der Mangel an Ballaststoffen in der modernen Ernährung wird als wichtiger ätiologischer Faktor bei Karzinomen des Darms und des Rektums betrachtet. Bei weißem Mehl und weißem Reis sind die Getreidereste und Reisreste hinter

der Kleie oder Schale der Pflanze verschwunden. Das Gros und der Vitamin B-tragende Teil der Zerealie wurden entfernt. Doch anstatt ganze Körner vorzuschreiben, besteht die übliche Praxis darin, aus Weißmehl gebackenes Brot mit synthetischen Vitaminen zu verstärken und Kleie zum Frühstück zu bestellen!

Die ideale Nahrung wächst in nicht kontaminierten Böden, die mit organischen Düngern gedüngt werden. Sie wird so schnell wie möglich nach der Ernte gegessen und hat nur ein Minimum an Behandlung erfahren. Die tierischen Produkte sollten entsprechend von gesunden Tieren stammen, die mit derartigen natürlichen Produkten gefüttert worden sind. Als allgemeine Regel gilt: Je weniger mit einem Nahrungsmittel nach der Ernte geschieht, umso besser. Je länger es aufbewahrt und je stärker es behandelt, gekocht oder verändert wurde, um so weniger ist es als ganzheitliches, lebensspendendes Nahrungsmittel erstrebenswert. Bircher-Benner gründete 1897 eine Klinik mit diesen Prinzipien gesunder Ernährung. Und kranke Menschen aus aller Welt, die diese Regeln eines guten Essens angenommen haben, gewannen ihr Leben zurück.¹⁹

Da sich diese Gewohnheit der Versorgung des Körpers mit ganzheitlichen, natürlichen Nahrungsmitteln bestätigt hat, ist auch Dr. Stills Feststellung in der Tat wahr, wenn der menschliche Mechanismus wieder zu seiner anatomisch-physiologischen Vollkommenheit kommt. Man kann Fragen stellen zum Gebrauch von Östrogen in der Menopause, Epinephrin bei Asthma, Antihistaminika bei allergischen Erscheinungen, Insulin bei Diabetes usw.. Diese können zu Beginn der Behandlung in der akuten Phase erforderlich sein. Doch wenn die grundlegenden verursachenden Faktoren gesunder Ernährung und struktureller Integrität aller Teile des Körpers erreicht sind, werden diese Zusätze fortschreitend immer weniger nötig.

Der Körper besitzt die Kraft, die Krankheit zu überwinden.

Es ist nicht Aufgabe des Maschinisten, den Kranken zu heilen. Sondern er muss einen Teil des oder das gesamte System anpassen, damit die Lebens-

flüsse fließen und die verdorrten Felder bewässern.²⁰

„Es ist nicht Aufgabe des Maschinisten, den Kranken zu heilen.“ Negiert diese Feststellung nicht alles, was Sie in der Schule gelernt haben oder was sie nach Ihrer Graduierung praktizieren? Handelt es sich dabei nicht um Alles, was unsere Profession ausmacht? Es geht nicht um die Leugnung der wichtigen Beiträge des Osteopathen. Es geht um eine Erklärung der Partnerschaft, der beruhigendsten und tröstlichsten Partnerschaft, die ein Osteopath haben kann. Sie besteht in der Erkenntnis, dass es eine weise, allwissende wiederherstellende Kraft gibt, eine Intelligenz innerhalb jedes Patienten, die alles Notwendige vollbringt, sobald die Hindernisse für ihren Vollzug beseitigt sind.

Ich als Osteopathin bin nicht in der Lage selbst die einfachste Schnittverletzung heilen, aber ich kann die Wunde säubern, die Ablagerungen entfernen, die Ecken einander annähern und sie vor Kontamination schützen. Ich kann keinen Bruch heilen. Doch durch den Aufbau einer anatomischen Beziehung und den Schutz vor traumatischer Bewegung schaffe ich die optimalen Bedingungen, damit der Heilungsprozess stattfinden kann. Es kann nützlich sein, einen Tumor, einen Stein oder eine andere pathologische Entität zu entfernen, aber sobald das getan ist, muss sich der Chirurg auf seinen unsichtbaren Partner im Patienten verlassen, damit der Heilungsprozess vollendet wird.

An jedem Tag verursacht jeder von uns irgendeine somatische Dysfunktion im muskuloskeletalen System. In den allermeisten Fällen werden diese während des Schlafes korrigiert und der neue Tag beginnt angenehm und wirkungsvoll. Doch diejenigen, die länger andauern, brauchen schließlich eine gewisse Hilfe. Es gibt verschiedene Ansätze zu diesem Problem. Ein Arzt – selbstverständlich kein osteopathischer – kann eine Schmerz- oder Entspannungstherapie verschreiben und den Patienten in der Hoffnung ins Bett schicken, dass der unsichtbare Partner das Problem lösen wird. Oftmals werden die Symptome erleichtert. Ein anderer Arzt diagnostiziert eine Störung des strukturellen Arrangements mitsamt einer Muskelverspannung in der Schmerzregion. Durch Anwendung von

Massage oder Wärme zur Erleichterung der Verspannung bereitet er eine HVLA-Technik vor, die das Arrangement normalisieren soll. In vielen Fällen werden dadurch die Hindernisse entfernt und die inhärente Heilungskraft hat die Möglichkeit, die Arbeit zu vollenden. Wieder ein anderer Arzt kann die akute Phase als Folgeerscheinung eines schon lange bestehenden Strainmusters erkennen, dessen Ursprung entfernt von der gegenwärtigen Beschwerde sein kann. Er studiert den Körper als ganzheitliche Funktionseinheit, der einen dynamischen Mechanismus enthält, welcher das gesamte traumatische Muster umkehren kann. Der Punkt der ausbalancierten Membranspannung ist bestimmt. Und dem Mechanismus wird ermöglicht, seinen lösenden Prozess auszuführen. Dabei verwendet er die dynamischen Faszien um den Mechanismus wiederherzustellen. Denn in den Faszien befindet sich die Weisheit, die den Weg der Korrektur und die Bestimmung der Auflösung kennt.

Dieser Prozess kann mit dem entwickeln eines verwickelten Telefonkabels verglichen werden. Es ist zu mühevoll und nicht immer befriedigend, es Verdrehung um Verdrehung zu entwirren. Halten Sie es an einem Ende fest und lassen Sie den Hörer fallen und erzeugen Sie auf diese Weise einen Zug. Warten Sie, bis es sich abwechselnd im und gegen den Uhrzeigersinn dreht und schließlich zur Ruhe kommt. Letztendlich wird das Kabel von allen Verdrehungen befreit sein.

Auf die gleiche Weise löst der Mechanismus der Faszien seine Dysfunktion auf und zieht den Gelenkmechanismus mit, bis der Punkt der ausbalancierten Spannung erreicht ist. Dieser Ansatz ist auf kraniale, vertebrale, die Extremitäten betreffende, viszerale oder auf die Faszien bezogene Dysfunktionen anwendbar. Dabei spielt es keine Rolle, wo der Ursprung liegt. Dieser Mechanismus ist niemals traumatisch, denn die innere Intelligenz weiß genau, was erforderlich ist, um den Heilungsprozess zu vollenden. Ich als Maschinistin muss ständig auf die Führung durch die heilende Intelligenz eingestimmt sein. Denn meine Bestimmung liegt nur darin, jene Bedingungen aufzubauen, unter denen sich der Mechanismus vollziehen

kann. Ein derartiger Ansatz kann auch einem Patienten große Erleichterung und Entspannung bringen, der sich im durch starke Metastasierung charakterisierten Endstadium befindet.

Jedem pathologischen Prozess im Körper liegt zu einem gewissen Grad eine muskuloskeletale Dysfunktion zugrunde, die zur Fortdauer des Prozesses beiträgt. Durch anatomisches Schließen wird dieser Bereich gefunden. Besondere Anwendungen in diesem Bereich erlaubt es den inneren Heilungskräften, die viszerale Pathologie aufzulösen. Dabei kann eine zusätzliche Therapie angezeigt sein, um den Prozess zu unterstützen. Doch dabei darf nie vergessen werden, dass die Heilung nur von innen kommt.

1. Suchen Sie nach der somatischen Dysfunktion in den knöchernen, auf die Faszien bezogenen oder viszeralen Strukturen und beseitigen Sie diese so häufig wie dies durch die Ernsthaftigkeit der Pathologie angezeigt ist.
2. Verordnen Sie eine zusätzlich angezeigte Therapie.
3. Vertrauen Sie den Patienten jener großen inneren Intelligenz an und hören Sie aufmerksam in diese Richtung.

Der Kreislauf gesunden Blutes ist für das Wohlbefinden grundlegend.

Die Arterie und ihre Nerven müssen beständig, zeitgenau und mit hinreichender Quantität liefern. Das venöse System und seine Nerven müssen ihre Funktion ausführen und keine Anhäufungen erlauben. Beide Forderungen sind absolut.²¹

Durch eine komplexe Anordnung von tubulären Gefäßen, die fortschreitend im Durchmesser abnehmen, wird das arterielle Blut von der zentralen Pumpe, dem Herz an alle Zellen im Körper transportiert. Darüber hinaus kontrolliert ein sensorisches neuronales Monitoring-System die Dimensionen dieser Gefäße, sodass sie jeweils exakt den Umfang an Blut anbieten, den die Gewebe unter allen Umständen brauchen. Sammlung und Rückführung des sauerstofflosen Blutes werden ähnlich wirksam durch das venöse System ausgeführt. Das Kreislauf-

system ist derart entworfen, dass es gleichermaßen wirksam funktioniert, egal, ob man auf dem Rücken liegt, aufrecht steht oder einen Kopfstand macht. Es erfüllt die Bedürfnisse des Körpers in großen Höhen, auf Meereshöhe, bei arktischer Kälte oder äquatorialer Hitze, im athletischen Wettkampf und bei sitzender intellektueller Tätigkeit.

Störungen dieses Systems können aus zentralen Problemen im Herzen oder der arteriellen Gefäße entstehen. Diese können umgekehrt die Folgeerscheinung beeinträchtigter autonomer Nervenkontrolle sein, welche auf eine Dysfunktion im Bereich der sympathischen Austrittsbahnen der Brustwirbelsäule oder entlang ihres Verlaufs zu den beeinträchtigten Gefäßen zurückgehen. Störungen im Kreislauf werden als Pathologien notiert, etwa als akute oder chronische Entzündung, als Atrophie oder Hypertrophie, Irritation oder Trauma. Kümmert man sich um jene Bereiche der strukturellen Dysfunktion, die den Kreislauf im spezifischen Bereich der Beschwerde beeinflussen, ermöglicht man die venöse Stauung zu entfernen und das arterielle Angebot zu erneuern. Erst dadurch beginnt der Heilungsprozess. Beachten Sie ferner die vaskulären Kanäle, an den Durchtrittsstellen der Faszien, des Zwerchfells oder der kranialen Suturen. Die Begrenzung der rhythmischen Bewegung des Zwerchfells kann ein vitaler Faktor beim beeinträchtigten venösen Rückfluss der unteren Extremitäten oder der abdominalen Höhle sein. Die eingeschränkte Bewegung des Diaphragma urogenitale ist bei einer venösen Stauung im Becken oft von Bedeutung. Die Beeinträchtigung der physiologischen Bewegung der spheno-squamösen Gelenkverbindung, über welche die Arteria meningea media ein oder zwei Mal verläuft, stellt oft eine spezifische Ursache bei migräneartigen Kopfschmerzen dar. Die strukturelle Integrität des Gelenkmechanismus impliziert unbehinderte rhythmische Bewegung aller Teile. Dies erlaubt umgekehrt eine wirksame autonome Nervenkontrolle der vaskulären Kanäle, die ein angemessenes Angebot und einen entsprechenden Rückfluss des Blutes zu und von jeder Zelle sicherstellen. Daher erfordert das osteopathische Denken die genaue Kenntnis des

vaskulären und autonomen Nervensystems und die Fähigkeit vom Bereich der pathologischen Offenbarung auf deren autonome Kontrolle zu schließen. Dabei darf im gesamten Verlauf kein Gewebe übersehen werden, das zur Dysfunktion beitragen könnte.

Die Potency der Zerebrospinalen Flüssigkeit

Die Zerebrospinale Flüssigkeit ist das höchste bekannte Element im menschlichen Körper und bevor das Gehirn diese Flüssigkeit nicht im Überfluss zur Verfügung stellt, bleibt der kranke Zustand des Körpers bestehen.²²

Hilton beschrieb die Zerebrospinale Flüssigkeit als das „Wasserbett des Gehirns“.²³ In der Tat umgibt die Flüssigkeit das Gehirn, trennt es von den es umhüllenden Membranen und füllt seine Ventrikel. Harvey Cushing betrachtete das System der Zerebrospinalen Flüssigkeit als den dritten Kreislauf, als das Lymphsystem des Zentralen Nervensystems.²⁴ 1957 bewiesen Woolley und Shaw die tubuläre Natur der Kollagenfasern. Erst da wurde es offensichtlich, dass die Zerebrospinale Flüssigkeit tatsächlich mit dem Lymphsystem ein Kontinuum bildet.²⁵ Gleichwohl hatte schon Dr. Still 1892 erkannt, dass „die Zerebrospinale Flüssigkeit das höchste bekannte Element im menschlichen Körper ist und bevor das Gehirn diese Flüssigkeit nicht im Überfluss zur Verfügung stellt, bleibt der kranke Zustand des Körpers bestehen. Dieser große Fluss des Lebens muss angezapft und die verdorrten Felder müssen sofort bewässert werden oder die Ernte der Gesundheit wird für immer verloren sein.“ Ferner erkannte er, dass das Gehirn der Dynamo sei, in dem die Kraft für den Körper generiert wird.²⁶

1939 verschmolz Dr. Sutherland verschiedene osteopathische Beobachtungen und Deduktionen basierend auf der Entdeckung des Primären Respiratorischen Mechanismus zum Kranialen Konzept. Der Leser sei auf seine ursprüngliche Monografie²⁷ verwiesen, in der sich eine meisterliche und lebendige Beschreibung des physiologischen Phänomens findet, in dem die Bewegung des Gelenkmechanismus

der Schädelknochen und des Sakrum zwischen den Ossa ilia von der Reziproken Spannungsmembran – der Dura mater – kontrolliert und beeinflusst wird. Diese reagiert ihrerseits auf die fluktuierende Bewegung der Zerebrospinalen Flüssigkeit, welche durch die inhärente Motilität des Zentralen Nervensystems motiviert wird. Es blieb Harold I. Magoun, einem Studenten Dr. Sutherlands, der durch die Anwendung des Konzepts von seinen migräneartigen Kopfschmerzen befreit wurde, vorbehalten, ein Lehrbuch seiner Theorie und Praxis zu veröffentlichen.²⁸

Dr. Sutherland erkannte nicht nur die Potency der Zerebrospinalen Flüssigkeit, sondern er lehrte auch Techniken und diese Potency zu den Bereichen mit einer Dysfunktion zu leiten. Die Flüssigkeit kann demnach zu einem membranösen Gelenk-Strain geleitet werden, zu einem Bereich beeinträchtigter Mobilität im Gelenkmechanismus, um so die freie, rhythmische Bewegung wiederherzustellen. Sie kann durch die Technik des Komprimierens des vierten Ventrikel derartig aktiviert und über den Körper verteilt werden, dass bemerkenswerte therapeutische Veränderungen stattfinden.²⁹

Ein drei Jahre altes Mädchen mit 39,5° Fieber, das lethargisch und schläfrig war und zusätzlich an einer akuten Tonsillitis litt, wurde mit dieser Technik behandelt. Zwei Minuten später war sie mit Schweißperlen bedeckt und setzte sich, um Spielzeug und ein Getränk zu erbitten. Die Temperatur war auf 38° gefallen und innerhalb von 24 Stunden war sie gesund.

Ein 10-jähriger Junge erholte sich von einer bulbären Poliomyelitis nachdem er neun Monaten an einem Beatmungsgerät hing. Seine Regeneration war mit Ausnahme einer Lähmung des Lach- und Hustenmechanismus abgeschlossen. Dann zeigte sich eine Infektion der oberen Atemwege. Er wurde bald zyanotisch, ruhelos und rang nach Luft. Der Schleim rasselte in seiner Brust, doch sein ineffektives Räuspern vermochte ihn nicht zu bewegen. Die Kompression des vierten Ventrikel wurde angewandt. Der Schleim kam in den Rachen, wo er per Hand mit einem Sauglüfter erreicht werden konnte. Die Technik wurde fortgesetzt, bis die Farbe

gut, die Respiration leicht, kein Schleim mehr im Rachen und der Junge in Schlaf gefallen war. Die Anwendung dauerte gut zwei Stunden. Die Bedeutung einer solchen Erfahrung lässt sich schwerlich anzweifeln. Von welchem Wert war die osteopathische Behandlung? Ein Jahr später, als keine osteopathische Behandlung zur Verfügung stand, entwickelte der Junge eine ähnliche Infektion. Innerhalb von 24 Stunden wurde eine Tracheotomie durchgeführt. In den nächsten Jahren wurden drei weitere Tracheotomien durchgeführt. Wir können die Potency der Zerebrospinalen Flüssigkeit nicht überschätzen.

Ein 40 Jahre alter Mann entwickelte eine derartig ernsthafte allergische Reaktion gegen die sogenannte Gifteiche, dass er in die Praxis geführt werden musste. Seine Augen waren von der starken ödematösen Reaktion im Gesicht geschlossen. Erneut wurde die Potency der Zerebrospinalen Flüssigkeit mittels der Kompression des vierten Ventrikel angewandt. Als die Technik vollständig durchgeführt war, waren seine Augen offen. Die Hälfte des Ödems war verschwunden. Die Technik wurde 24 Stunden später wiederholt, um den Rest zu beseitigen.

Die *Inertia* des Uterus beim Geburtsvorgang reagiert besser auf die Zerebrospinale Flüssigkeit als auf jede Medikation. Eine 39-jährige Frau sollte ihr fünftes Kind gebären, als sich die *Inertia* entwickelte. Der Geburtshelfer empfahl ein Sedativum für die Patientin und allen eine Nacht mit gutem Schlaf. Die Potency der Zerebrospinalen Flüssigkeit wurde verwendet um die Patientin zu entspannen. Sie schlief ein. Nach zwei Stunden war das Baby ohne Zwischenfälle geboren.

Neugeborene können oftmals 24 Stunden oder länger nicht urinieren. Das Legen eines Katheters zeigt dabei, dass sich nur eine kleine Menge Urin in der Blase befindet. Nur wenige Stunden nach der Kompression des vierten Ventrikel kann die Miktion so reichhaltig sein, dass die Matratze durchnässt wird.

Es gibt ernste akute Strains im unteren Rückenbereich, die so schmerzhaft sind, dass sie im Bereich der Verletzung nicht unmittelbar behandelt werden können.

Ein 30-jähriger Mann, 1,80 m groß und wohlproportioniert wurde am Vorabend der Operation eines myelografisch verifizierten Bandscheibenvorfalles in meine Praxis gebracht. Zwei Männer stützten ihn. Er warnte mich zu Beginn, sein unterer Rückenbereich sei so schmerzempfindlich, dass er dort nicht berührt werden könne. Es wurde mit der Kompression des vierten Ventrikel begonnen. Er wand sich aufgrund der Verschlimmerung des Schmerzes, als die Zerebrospinale Flüssigkeit in rhythmischen Intervallen an den Bereich der Pathologie klopfte. Zuletzt durchfloss die Flüssigkeit den Bereich. Der Schmerz war vorbei. Die Behandlung war beendet. Er ging ohne Unterstützung hinaus. Bestimmte Bereiche mit einem Strain an den Gelenken mussten später korrigiert werden. Doch Krampf und akuter Schmerz waren vorbei. In den folgenden 20 Jahren gab es kein Wiederauftreten der Beschwerden.

Das Gesetz der Arterie steht an oberster Stelle, aber die Zerebrospinale Flüssigkeit hat das Kommando.

Das Gesetz von Ursache und Wirkung

*Wie die schönen Werke der Natur heute vor uns stehen und in allen vergangenen Zeiten, vollkommen fähig aufgrund der Evidenz, die sie vor dem Auge und dem nachdenkenden Verstand darstellen, dass alle großen und kleinen Lebewesen durch das Gesetz von Ursache und Wirkung reguliert werden – sind wir dann nicht angehalten mit den Gesetzen von Ursache und Wirkung zu arbeiten, wenn wir eine Wirkung erreichen wollen?*²⁰

Keine der Facetten des gesamten osteopathischen Konzepts ist wichtiger oder grundlegender als die Erkenntnis, dass der Mensch unter dem unfehlbaren Gesetz von Ursache und Wirkung lebt. Die vorliegenden Symptome, Dysfunktionen oder Pathologien sind lediglich Folgeerscheinungen. Der Osteopath muss sich einstimmen, um die Ursache zu suchen. Ist diese gefunden und beseitigt, machen die therapeutischen Kräfte im Menschen den kranken Patienten gesund. Diese Hypothese ist einfach und logisch, doch in vielen Fällen ist sie so heraus-

fordernd, dass es leichter ist, sie zu missachten und das Symptom zu behandeln. Eine sorgfältige Anamnese eines Traumas und einer Operation, die vor dem Hintergrund einer gründlichen Kenntnis der Anatomie und Physiologie interpretiert wird, stellt die erste Richtlinie der Untersuchung dar, die vom vorliegenden Problem bzw. dem Symptom zum strukturellen Ursprung bzw. der Ursache führt. Dr. Still stellte überreiche Evidenz für diese Theorie vor. Die Erfolge, die viele Patienten unter den Händen von Osteopathen erlebt haben, nachdem alles andere nicht funktioniert hatte, substanziiert diese Lehre täglich. Doch wenn sich jeder Osteopath die Zeit nähme, vom Symptom auf die Ursache zu schließen, indem er die Logik und Präzision der Wissenschaft der Osteopathie anwendet, würden weit mehr Patienten diese therapeutischen und prophylaktischen Erfahrungen machen können.

Die Ursachen liegen jedoch nicht nur im muskuloskeletalen Aspekt des Patienten. Sie können in Ernährungsgewohnheiten liegen, wie sie oben beschrieben worden sind. Sie können im Missbrauch des menschlichen Organismus durch Überarbeitung, im Drogenmissbrauch und sexueller Promiskuität liegen. Die Patienten müssen auf derartige Ursachen Aufmerksamkeit gemacht werden und aufgrund ihrer Mitarbeit beendet und durch ein gesundmachendes Programm in allen Lebensbereichen ersetzt werden.

Der physische Körper des Menschen stellt nur einen Teil jenes Instruments dar, mit dem er seine Reise auf Erden macht. Der Patient ist ebenfalls mit einem vitalen Körper ausgestattet, der jedes System, jede Körperzelle im physischen Körper mit Energie versorgt und aktiviert. Der emotionale Körper, ein deutlich unterschiedener Teil des Instruments, stellt die Fähigkeit zu fühlen zur Verfügung, zu lieben oder zu hassen, etwas zu wünschen oder abzuweisen, Farben, Musik, Duft oder Geschmack wertzuschätzen, auf eine zärtliche Berührung oder die Irritation durch einen Feind zu reagieren. Es gibt zudem einen mentalen Körper, der das Instrument des logischen Schließens und der mathematischen Deduktion bildet, mithin des Denkens im Unterschied zum Fühlen. Hierbei handelt

es sich um gleich bedeutende Ursachenbereiche – in vielen Fällen stellen sie die Ursachen hinter der somatischen Dysfunktion dar, die zur Beschwerde prädisponieren. Umgekehrt kann die somatische Dysfunktion die zugrunde liegende Ursache von Beschwerden im emotionalen oder mentalen Leistungsbereich sein. Die medizinische Anamnese vermag eine Reihe von bedeutenden traumatischen Ereignissen aufzuzeigen, die zu irgendeiner Zeit zwischen der intrauterinen Existenz und der Gegenwart auftreten können. Doch es kann Ursachen geben, die auf Erfahrungen zurückgehen, die Hunderte oder Tausende Jahre zurückliegen und jetzt an die Oberfläche kommen und aufgelöst werden müssen.³¹ Dabei kann es sich um physische, emotionale oder mentale Traumata handeln, die freilich von solch intensiver Natur sind, dass sie dem sich entwickelnden Geist unauslöschlich eingeschrieben sind. Um strukturelle Ursachen im muskuloskeletalen System zu diagnostizieren, ist es notwendig, einen scharf diskriminierenden Tastsinn in den Händen auszubilden.³² Die Dia-

gnose von Ursachen in den anderen Bereichen der menschlichen Erfahrung erfordert entsprechend geschulte diagnostische Kunstfertigkeiten bei den emotionalen, mentalen und intuitiven Instrumenten des Osteopathen selbst.

Doch letztendlich ist das muskuloskeletale System jenes, in dem sich alle Aspekte der menschlichen Leistung treffen. Der Osteopath, der sich dazu bestimmt, hier die zugänglichen Ursachen zu finden, wobei er die Intelligenz im Patienten bittet, ihm die tiefste Not des Patienten auf welcher Ebene dieses Lebewesens auch immer zu enthüllen, wird die benötigte diagnostische Information und die therapeutische Anweisung für ihre Auflösung erhalten.

Wir müssen den Schluss ziehen, der Mensch sei ein Bauherr, der so von der Weisheit geleitet ist, dass er den vollsten und befriedigendsten Beweis für die Ansicht darstellt, das Leben sei in der gesamten Natur die Weisheit in Aktion. Und der Mensch ist Leben und Verstand ohne zeitlichen Anfang und Ende.³³

Bibliografie

1. Still, AT: Philosophy of Osteopathy. Reprinted by Academy of Applied Osteopathy, 1946
2. Still, AT: Osteopathy Research and Practice. Kirksville, MO, 1910, vi
3. Ibid., 17
4. Still, AT: The Philosophy and Mechanical Principles of Osteopathy. Kansas City, MO: Hudson-Kimberly, 1902, 250
5. Ibid., 255
6. Ibid., 256
7. Still, AT: Autobiography. Kirksville, MO, 1897
8. Frymann, VM: Scott Memorial Lecture, 1972. The law of mind, matter and motion, AAO Yearbook, 1973, 13-22
9. Still, AT: The Philosophy and Mechanical Principles of Osteopathy, 258
10. Still, AT: Osteopathy Research and Practice, 10
11. Woods, RH and Woods, JM: A physical finding related to psychiatric disorders, JAOA (60) 1961, 988-993
12. Frymann, VM: Op. cit.
13. Truhlar, RE: Doctor AT Still in the Living, 1950, 140
14. Frymann, VM: The osteopathic approach to the allergic patient, The DO (10) 7,1970
15. Cathie, AG: Growth and nutrition of the body with special reference to the head, AAO Yearbook, 1962, 149-153
16. Still, AT: The Philosophy and Mechanical Principles of Osteopathy, 61
17. Still, AT: Osteopathy Research and Practice, 49
18. Feingold, BF: Food additives and child development, Hospital Practice, Oct 1973, 11-21
19. Kunz-Bircher, R, et al, Eating Your Way to Health. Baltimore: Penguin Books, 1972
20. Truhlar, RE: Doctor AT Still in the Living, 69
21. Still, AT: Osteopathy Research and Practice, 175
22. Still, AT: Philosophy of Osteopathy, 39
23. Hilton, J: Rest and Pain. Walls, EW, Philipp. EE and Atkins, HJB (eds.). Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1950, 25
24. Cushing, H: The third circulation and its channels. Lancet (2) 1925, 851-857
25. Erlingheuser, RF: The circulation of the cerebrospinal fluid through the connective tissue system, AAO Yearbook, 1959, 77-87
26. Still, AT: Autobiography, 149
27. Sutherland, WG: The Cranial Bowl. The Free Press, 1948, 28.
28. Magoun, HL Osteopathy in the Cranial Field, Second Edition, Kirksville, MO: Journal Printing Company, 1966, 29.
29. Ibid., 111
30. Still, AT: Philosophy of Osteopathy, 22
31. Kelsey, D and Grant, J: Many Lifetimes. Garden City, N.Y.: Doubleday & Company, 1967
32. Frymann, VM: Palpation in the workshop. AAO Yearbook, 1963
33. Still, AT: The Philosophy and Mechanical Principles of Osteopathy, 258

47. DIE PHILOSOPHIE IN AKTION

Viola M. Frymann, DO, FAAO

Vortrag auf dem wissenschaftlichen Seminar der *American Academy of Osteopathy* in San Francisco, im November 1976. Neudruck mit Erlaubnis von *The DO* 17(10) 103-110, Juni 1977.

In einem Aufsatz aus *Osteopathic Annals*¹ habe ich eine grundlegende Studie zur Philosophie der Osteopathie, dem Gesetz von Verstand, Materie und Bewegung veröffentlicht. Das Gerüst, auf dem das osteopathische Konzept aufgebaut ist, schließt die wechselseitige Abhängigkeit von Struktur und Funktion, die dynamische Einheit des menschlichen Lebewesens, die Herstellung aller für die gesunde Funktion nötigen Substanzen durch den Körper, die inhärenten therapeutische Kräfte, das oberste Gebot des unbehinderten Blutkreislaufs, die Potency der Zerebrospinalen Flüssigkeit und das Gesetz von Ursache und Wirkung ein.

Wir stehen nun vor der Herausforderung eine Institution zu entwickeln, in der qualifizierte Studenten von diesem Konzept inspiriert und so ausgebildet werden können, dass sie es mit ihrer Graduierung anzuwenden vermögen, um dann hinauszugehen und ihr Leben dem Dienst an der Menschheit zu widmen. Lehrer aller Phasen der osteopathischen Ausbildung haben sich dieser Notwendigkeit über mehr als 75 Jahre gestellt. Ich habe ihre Bemühungen gut ein Drittel dieser Zeit verfolgt und ich erkenne den enormen Fortschritt an, der auf dem Weg zu diesem Ziel schon erreicht ist. Ich erkenne den hohen Wert der Leistung, der Widmung, der Zeit und der ernsthaften Selbstverpflichtung an, die so viele über so lange Zeit gegeben haben. Bei der Vorbereitung auf diesen Vortrag habe ich 27 Jahrgänge der Zeitschrift der *American Osteopathic Association* und der Jahrbücher der *American Academy of Osteopathy* durchgesehen. Danach war ich tief beeindruckt vom Gedankenreichtum, der Forschung und Anwendung, die schon aufgezeichnet worden sind. Ich sam-

mele daher mit tiefer Demut die Früchte dieser Arbeiten und stelle Ihnen die Vision vor, die ich für die neue Schule der westlichen Staaten in Erwägung ziehe.

Die *Ziele*, die ich vor dem Hintergrund der Inspiration durch das gelehrte und kreative Denken Korrs² formuliere, lauten:

1. Osteopathen sollen in der Kunst, Wissenschaft und Praxis der Osteopathie im Sinn eines umfassenden Systems der Gesundheitspflege ausgebildet und entwickelt werden.
2. Die Entwicklung eines Kurrikulums, das sich auf den ganzen Menschen im gesunden Zustand und jeder Abweichung davon konzentriert, sodass die individuelle menschliche Gestalt jedes Patienten anerkannt und betont wird.
3. Die Biologie der menschlichen Differenz sollen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit erforscht und gelehrt werden.
4. Die Betonung der Faktoren, Umstände und Zustände, die das Wohlbefinden aufrechterhalten und wiederherstellen, d. h. dem Streben nach und das Aufrechterhalten von „Wellness“.
5. Der Rolle des muskuloskeletalen Systems in der Einheit des Körpers muss in allen Abteilungen von Lehre und Praxis der Primat zukommen.
6. Die Anerkennung der inhärenten Fähigkeit in einem Menschen, eine Krankheit zu überwinden und die Gesundheit aufrechtzuerhalten. Osteopathen sollen entsprechend dazu ausgebildet werden, mit dieser therapeutischen Potency in allen ihren Behandlungsprogrammen zu kooperieren.
7. Es sollen Formen der Praxis entworfen, aufgestellt und aufgezeigt werden, die dazu helfen, die beste Leistung in der Gesundheitspflege zu erbringen.

Diese Ziele bilden den Leitfaden für den Entwurf des Kurrikulums und den Kontext, in dem sich jeder Kurs entwickelt. Die Selbstverpflichtung besteht nicht darin, die Philosophie und Praxis der Osteopathie in sämtliche Bereiche der Basiswissenschaften und klinischen Praxis zu inkorporieren, sondern jeden Kurs im Sinn dieses Konzepts zu entwerfen. Es handelt sich um die Nabe des Rades. Morris Thompson³ betonte, dass *„ein Kollege, der sich selbst als osteopathischer Kollege versteht und im Rahmen der Gesetze eines Staats arbeitet, tatsächlich in einen öffentlichen Vertrag eintritt, der ein System der Heilung lehrt und entwickelt, das in jedem Sinn vollständig und ohne Grenzen ist und besonderen Wert auf die Philosophie und Methoden legt, die das besondere Profil der Osteopathie ausmachen und die im Begriff ‚osteopathisch‘ enthalten sind. Dieses Element des Vertrages betrifft alle Personen, die an der institutionellen Arbeit beteiligt sind: Die Verwalter, die Lehrer und jeden, der Positionen mit Verantwortung in osteopathischen Institutionen übernehmen.“*

Die erfolgreiche Ausbildung eines osteopathischen Studenten erfordert zuerst einen gut vorbereiteten Studenten. Die Anforderungen an einen Kandidaten, der sich um die Zulassung zu einem osteopathischen *College* bewirbt, sind streng und erfordern einen hohen Standard an akademischer und persönlicher Leistung. Wissenschaftliche Exzellenz ist gleichwohl nicht äquivalent mit dem Mitgefühl für und der Sorge um die weniger begünstigten Nächsten. Ein Bachelor- oder Doktor-Grad in einer Grundwissenschaft impliziert nicht notwendigerweise die Sensitivität der Hände oder die Bewusstheit der Psyche, die für die palpatorische Diagnose der physischen und emotionalen Probleme des Patienten erforderlich sind. Die Erfahrung als einfacher Behandler in der Armee oder als Sanitäter muss noch nicht die osteopathische Bewusstheit geweckt haben. Die Lektüre und das intellektuelle Erfassen der Basiselemente des osteopathischen Konzepts sind ebenfalls noch nicht genug, um eine Selbstverpflichtung für die in der Minderheit befindliche Heilungsprofession der Osteopathen auszubilden.

Was ist also das zwingende Kriterium? Die wissenschaftliche Befähigung ist wichtig, die Erfah-

rung in einem Bereich der Heilungsprofession ist wünschenswert, eine intellektuelle Kenntnis des osteopathischen Konzepts ist gewiss zu erwarten. Doch die praktische Erfahrung der osteopathischen Gesundheitspflege entweder durch den Studenten selbst oder durch jemanden, der den Studenten zu beeindrucken vermag, ist die entscheidende Erfahrung, woraus der Student die Überzeugung entwickeln kann, dass die Osteopathie den einzig befriedigenden Berufsweg darstellt. Insofern dies nicht bis zur Zulassung zur Anfängerkategorie geschehen ist, wird es doppelt wichtig sein, dass der Student die Osteopathie spätestens dann *in vivo* erlebt, wenn Behandlungsbedarf in seiner Klasse auftritt. R. McFarlane Tilley schrieb 1963⁴, dass das Programm der Perrin T. Wilson-Professur in Kirksville entwickelt worden war, *„um den osteopathischen Studenten die Pointe und das Potenzial einer Praxisform zu demonstrieren, welche die Verfahren der osteopathischen Theorie und Praxis ungeachtet des jeweiligen Gesundheitsproblems in eine bevorzugte Position bringt.“* Die praktische Umsetzung des osteopathischen Konzepts hat schon manchen Skeptiker davon überzeugt, dass die Osteopathie die einzig anzustrebende Berufswahl ist.

Der eifrige begeisterte Erstklässler beginnt sein Studium mit Anatomie, Neuroanatomie, Biochemie und Physiologie – dies sind die Basiswissenschaften, welche die Kunst der Palpation diagnostisch und therapeutisch unterfüttern. Es gibt nur eine Möglichkeit die Kunst des Palpierens zu erlernen: das Palpieren selbst. Die genaue Unterscheidung beim Berühren und Denken, die fühlenden, sehenden, wissenden Finger, sind die unverzichtbaren Instrumente des Osteopathen.⁵ Der Student muss sich bewusst werden, dass er mit seinen Händen das wichtigste Instrument seines Geschäfts besitzt. Er muss von seinem ersten Tag als Erstklässler an damit beginnen es zu entwickeln und es während aller Erfahrungen seiner Ausbildung fortschreitend zu verfeinern und zu perfektionieren.

Das anatomische Wissen erklärt die palpatorischen Eindrücke. Darüber hinaus führt es die palpatorischen Beobachtungen zu einem Verständnis der tiefer gelegenen Teile des Körpers. Es stellt den Mechanismus dar, durch den sich

die Einheit des Körpers erschließt – die Kontinuität des Systems der Faszien, des Kreislaufsystems, des Nervensystems usw.. Doch die unbewegliche, chemisch fixierte Leiche, die er sezziert, erinnert nur wenig an die lebendigen Gewebe seines Partners in den osteopathischen Behandlungsräumen und selbst an diejenigen des chirurgischen Patienten auf dem Operationstisch. Die anatomische Sektion ist eine sehr wichtige Lernerfahrung. Doch wir schlagen vor, dass die Verwendung frischen Materials, das für Ausbildungsinstitutionen zu diesem Zweck bestimmt ist, von älteren Studenten durchgeführt wird.

Cathie⁶ betonte, dass es bewiesen werden müsse, *auf welche Weise das anatomische Wissen für die intelligente Anwendung der [osteopathischen] Prinzipien wesentlich sei und zudem notwendig, um den Körper als kombinierte Einheit wechselseitig aufeinander bezogener voneinander abhängender Systeme zu verstehen.*

Die *British School of Osteopathy* besitzt keinen Zugang zu Sektionslaboratorien. Hier wurde ein Kurrikulum entworfen, das Modelle, Dias und didaktische Lehre mit einem gründlichen Studium der Oberflächen- und angewandten Anatomie verbindet. Dies wird mit Kinesiologie und Physiologie integriert.

Die Neuroanatomie, einer der schwersten Erstklässlerkurse, ist entstanden, weil sie klinisch bedeutsam wird. Beispielsweise ist der Nervus trigeminus eine komplizierte, schwer zu verstehende und memorierende Struktur. Gleichwohl erscheint die Meisterung dieses komplexen anatomischen Stückes als nützlicher praktischer Zweck, wenn seine Beziehung zu Läsionen des Os temporale erklärt und die therapeutische Wirkung der Wiederherstellung der unbehinderten physiologischen Bewegung demonstriert wird. Jahre später steht dem Osteopathen eine Therapie für einen Patienten zur Verfügung, der sich mit einer Gesicht neuralgie vorstellt, die nach einem dentalen Trauma aufgetreten ist.⁷ Es sollte angemessene Zeit darauf verwendet werden, die einschlägigen Teile des Nervensystems zu behandeln, damit der Student die osteopathischen Mechanismen innerhalb der klinischen Praxis begreifen kann. Doch alle anderen Komplexitäten des Nervensystems sollten im Kurrikulum zurückstehen. Sie können später von

denen studiert werden, die sich zur Spezialisierung im Bereich der Neurologie entschließen. Heben Sie die Phasen hervor, die zur allgemeinen klinischen Anwendung gehören. Lassen Sie alle unwesentlichen Details weg.

Wer mit der Lehre der Anatomie beauftragt ist, muss in den osteopathischen Konzepten und der Praxis äußerst firm sein. Sie müssen ihren Gegenstand lebendig darstellen und jene Aspekte betonen, die von praktischer Bedeutung sind, und solche Details aufschieben, die nur für den Spezialisten von Interesse sind. Oberflächenanatomie und angewandte Anatomie an der lebendigen Anatomie muss das Ziel sein.

Die Biochemie, die Grundlage der Ernährung, die Erklärung der Veränderung im Gefühl der Körpergewebe, des Mechanismus der Homöostase, dies alles muss dem Studenten als eine lebendige praktische Grundlage für die klinischen Herausforderungen in der Zukunft vorgestellt werden. Die Biochemie muss unmittelbar auf das Fühlen der Körpergewebe bezogen werden. Es ist an der Zeit, dass die Biochemiker sich mit solchen Fragen wie der Überlegenheit von frischen, lebendigen Nahrungsmitteln über die gleichen Nahrungsmittel beschäftigen, die eingelegt, konserviert und vielfältig behandelt worden sind. Mit dem ernährungsmäßigen und therapeutischen Unterschied zwischen reinem Vitamin C und einer Orange, zwischen vollständigem Weizenmehl und raffiniertem, gebleichtem, angereichertem Mehl, zwischen ungeschältem und weißem Reis. Die therapeutische Wirkung von Honig auf ein Karbunkel oder von Zitronensaft auf einen Bienenstich sollte studiert werden und kann ohne Frage vom weiter denkenden Biochemiker erläutert werden. Worin besteht die biochemische Basis der therapeutischen Wirkung von Weizenkeimen oder anderer Keime bei der Behandlung von Krebs?

Ein derartiger Kurs kann den Studenten auf ein anderes Thema des Kurrikulums vorbereiten, das gegenwärtig eher mit Missachtung als Aufmerksamkeit honoriert wird, nämlich die Ernährung. Der Kurs sollte betonen und demonstrieren, wie es dem Studenten möglich ist, für sein Wohlbefinden stets lebendige, gesunde, natürliche Nahrungsmittel zu sich

zu nehmen. Derartige Nahrungsmittel sollten nicht nur im Klassenzimmer besprochen, sondern auch in der Cafeteria angeboten werden. Dabei geht es auch um attraktives Anrichten, geschmackvolle Zubereitung und einen ausreichenden Nährwert. Die praktischen Stunden in diesem Kurs können die Erfahrung umfassen, solche Nahrungsmittel zu kultivieren und zuzubereiten, denn der Osteopath wird der Lehrer seiner Patienten sein.

Die Physiologie erfüllt die Anatomie mit Leben. Burns⁸ erarbeitete die laboratorische Evidenz, dass Struktur und Funktion wechselseitig voneinander abhängen. Korr⁹ hat die Bahnen des Vermittlungsprozesses substanziell beschrieben und er hat erfolgreich alle Theorien bestätigt, auf denen die Osteopathie schon lange gegründet war, darunter diejenige der dynamischen Einheit des Körpers. Das sind wichtige Aspekte der osteopathischen Physiologie, die von der Profession gründlich verstanden und begeistert in den Kurs einbezogen werden müssen.

Doch dies ist nur die Grundlage. Korr² hat einige der Bereiche aufgezählt, die erforscht werden müssen und er hat damit bereits breite Striche auf dem Gemälde der zukünftigen osteopathischen Ausbildung gezogen. Ich möchte gerne ausführlich aus seinem Beitrag zitieren.

„Das osteopathische Kurrikulum muss sich ausschließlich auf den Menschen im ganzheitlichen Sinn konzentrieren. Auf jeden Fall muss man die kombinierten Zellen, Gewebe, Organe, Systeme und Prozesse und alles das, was in und bei ihnen schief laufen kann, sehr genau studieren. Doch dies muss stets im Kontext des gesamten und besonderen Lebens geschehen, an dem sie teilhaben. In seinen kombinierten Teilen und Prozessen unterscheidet sich der Mensch kaum von den anderen Säugetieren. Und tatsächlich beruht das meiste Wissen von den Teilen auf dem Studium anderer Tiere. Gleichwohl stellt der Mensch eine vollkommen andere Art von Organismus dar und die Teile operieren in einer anderen Form des Lebens. Auf diese genuin menschlichen Züge sollte sich das osteopathische Kurrikulum konzentrieren. In diesem Kontext sollten die Teile studiert werden, denn aus diesen genuinen Zügen ergeben sich die menschlichen Gesundheitsprobleme. Die menschlichen Krankheiten entstehen vor dem Hintergrund

des menschlichen Lebens und stammen aus seiner Natur als ganzheitliche Entität.

Eine weitere Schlussfolgerung aus der Prämisse, dass der ‚Körper eine Einheit ist‘ lautet: Es gibt unendlich viele Weisen ein menschliches Lebewesen zu sein.

Obgleich wir alle wesentlich die gleichen Arten von Zellen, Geweben und Organe besitzen, unterscheiden sie sich nicht nur aufgrund unserer Erbanlagen, sondern auch aufgrund der gesamten persönlichen und gänzlich einzigartigen Kontexte, in denen sie operieren und während unserer Leben operiert haben. Sie sind aufgrund unserer individuellen Biografien, der Erziehung, dem Verhalten, den Einstellungen, Haltungen, Persönlichkeiten, Überzeugungen und Gebrauch bzw. Missbrauch des biologischen Apparats sowie unterschiedlicher Lebensarten weiter differenziert.

Über das Herz, den Magen, die Schilddrüse usw. auf eine Weise zu lehren, als ob sie bei uns allen einförmig und unbeeinflusst vom persönlichen Kontext und der individuellen Biografie seien, ist in absurder Weise naiv und übervereinfachend.

Die Biologie der menschlichen Unterschiede in Bezug auf Gesundheit und Krankheit muss ein zentrales Thema der osteopathischen Ausbildung darstellen.

Wir müssen die Ursache der Gesundheit als ein Phänomen sui generis kennenlernen. Wir müssen die Qualitäten, die Eigenschaften derjenigen studieren, die keinen Krebs, Bluthochdruck oder keine Arthritis entwickeln. Wir müssen die Gesundheit und gesunde Menschen und die vielen Lebensweisen studieren, wie man gesund ist und bleibt.

Die Vorrangstellung des muskuloskeletalen Systems in der gesamten Einheit des Körpers.

Hierbei handelt es sich nicht nur um den massivsten und die meiste Energie verbrauchenden Teil des Körpers. Es stellt jenes System unter Leitung des Nervensystems dar, mit dem wir die menschliche Aktivität ausführen. Wir handeln mit ihm in unseren und auf unsere Umgebungen und aufeinander. Wir drücken mit ihm unsere Individualitäten, Hoffnungen, Befürchtungen, Überzeugungen und unsere Ausbildung aus. Alles andere – die Viszera, der Kreislauf, der Stoffwechsel – agieren unterstützend. Das muskuloskeletale System reflektiert, was

im Körper irgendwo vor sich geht und beeinflusst es. Hierbei handelt es sich um die tatsächliche Basis der palpatorischen Diagnose und der manipulativen Therapie. Die besondere Stelle, die das muskuloskeletale System im Schema des menschlichen Organismus einnimmt, muss im osteopathischen Kurrikulum deutlich hervorgehoben werden.

Der Körper besitzt inhärente Fähigkeiten zum Widerstand gegen und Erholung von einer Verletzung, schädigenden Einflüssen, Stress, Eindringen von Krankheitserregern, Infektionen. Er besitzt die Fähigkeit zum Aufrechterhalten des homöostatischen Gleichgewichts und der Rückkehr zu diesem, zur Kompensation irreparabler Schäden. Kurzum, der Körper besitzt die Fähigkeiten zum Erreichen des Wohlbefindens und dem Verbleib darin. Es erscheint mir unausweichlich, dass ein osteopathisches Kurrikulum sich in großem Umfang mit diesen Fähigkeiten und ihren Mechanismen beschäftigen muss, mit den vielen Faktoren in und um die Person, die sie unterstützen, stärken und entwickeln. Und ebenso mit den vielen anderen Faktoren, die sie behindern und beeinträchtigen. Nur auf diese Weise kann der Osteopath dazu vorbereitet werden, diese inneren Mechanismen bei ihrer Entwicklung und Operation zu fördern, zu stützen, zu befreien und zu entlasten. Nur so kann er die höchste Funktion des idealen Mediziners ausüben: Die Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit. Darin besteht gegenwärtig die umfassendste Form der präventiven Medizin. Es liegt in der Natur der günstigen Beeinflussung dieser selbst vorsorgenden und selbst wiederherstellenden Mechanismen, dass die osteopathische manipulative Therapie ihre primäre Rolle in der klinischen Praxis einnimmt.

Der Anatom, der Physiologe, der Biochemiker und der Neuroanatom sollten lehren, wie die Naturgesetze, die anerkannten Prinzipien des Universums in Struktur und Funktion des menschlichen Körpers wirken.¹¹

Die Pathologie muss ebenfalls ihren Platz in diesem ganzheitlichen Konzept erhalten. Die Integration dieser Prinzipien in das Studium der Pathologie sollte nicht unterschätzt werden. Cathie stellt auch hierzu einige Empfehlungen vor.⁶

„Das Gewebe hat bei einer Krankheit seine Gestalt verändert. Der Osteopath im pathologischen

Zustand befindlichen Patienten gerufen und soll die hier osteopathischen Prinzipien anwenden. Ihre Anwendung muss je nach Zustand der Gewebe variieren. Daher ist es die Aufgabe des Pathologen dieses Material in seine Unterrichtsmaterialien so einzubeziehen, dass der Zustand im Licht der Veränderung der Gewebe betrachtet werden kann und entsprechend der osteopathischen Prinzipien interpretiert bzw. so behandelt werden, dass der Zustand des veränderten Gewebes berücksichtigt wird.“

Es ist gefährlich, dass Kurrikulum allzu sehr anzufüllen. Otterbein Dressler¹⁰, ein früherer Präsident der *American Osteopathic Association*, selbst Pathologe, warnte vor jeder Bewegung, die das Kurrikulum erweitern wollte.

„Irgendwo muss irgendwer ein Minimum an Faktenwissen definieren, das einen qualifizierten Doktor ausmacht... Der Kurs in professionellen Schulen muss schlank werden.“

Dressler war ein aufmerksamer Lehrer. Er betonte¹¹, „dass die Lehrenden herausgefunden haben, es sei höchst unwahrscheinlich allen alles beizubringen. Der größte Dienst, den man leisten kann, besteht darin, sie dahin zu bringen, in dieser oder jener Richtung zu denken.“

Darin besteht der Zweck der Jahre der Basiswissenschaft: Denken zu lernen, lernen osteopathisch zu überlegen; Struktur und Funktion aufeinander zu beziehen; und die neurologischen, zirkulatorischen und auf die Faszien bezogenen Bahnen zu verstehen, welche die gegenwärtige Beschwerde bzw. das Symptom mit der Ursache verbinden.

Zur selben Zeit, in der die Struktur und Funktion dieser komplexen, göttlich geschaffenen Maschine studiert wird, muss die Kunst der Palpation in den osteopathischen Behandlungsräumen entwickelt werden, um die Zustände von Gesundheit und Krankheit wahrzunehmen. Die Unterscheidung zwischen der Palpation von Struktur oder Funktion ist bekannt; die funktionelle Einheit des Körpers von Kopf bis Fuß wird durch palpatorische Erfahrung erlernt. Die normalisierenden Kräfte im Körper werden entdeckt, sobald der Student Veränderungen palpirt, die unter seinen wahrnehmungsfähigen Händen stattfinden.¹² Insofern entwickelt der

Student nur aufgrund der persönlichen Erfahrung die Fähigkeit osteopathisch zu denken.

Die Pharmakologie, bei der es um die Verschreibung einer pharmazeutischen Agenzie geht, welche die therapeutischen Kräfte des Körpers unterstützt, um den notwendigen Umschwung zur optimalen Funktion herbeizuführen, stellt eine weitere Dimension des osteopathischen Denkens dar. Sie muss in diesem Kontext gelehrt werden.

Daraufhin bewegt sich der Student – ausgebildet im osteopathischen Denken und ausgestattet mit einem ordentlichen Wissen über die Struktur und Funktion jener kompletten dynamischen Einheit, dem menschlichen Lebewesen – in das Reich der klinischen Studien. In der zweiten Hälfte der osteopathischen Ausbildung muss der Student die Möglichkeit haben, die Wirksamkeit dieser Prinzipien zu beobachten und zu erfahren, während sie zur Vorsorge und zur Heilung von Dysfunktionen und Krankheiten angewandt werden.

Das osteopathische Denken belegt, dass die Krankheit keine Entität an sich ist, sondern eine Ansammlung von Symptomen, deren Ursache irgendwo im Gesamtkomplex des Menschen liegt.¹³ Wie Korr und andere¹⁴ uns erinnert haben, bewegt sich jedes Individuum vom ersten Augenblick seines Lebens an auf dem einzigartigen physiologischen Pfad, der von jedem Faktor in seiner Umgebung und aus ihm selbst heraus beeinflusst wird. Mittels geübter Palpation ist es möglich in den physiologischen Mustern den Eindruck eines nicht aufgelösten Traumas, unterdrückter Infektionen, behinderender Narben und psychischer Störungen zu entdecken. Die Behandlung eines Traumas oder einer akuten Krankheit und die Minderung emotionalen Stresses stellen starke Einflüsse bei der Beeinflussung degenerativer Krankheiten dar. Die Sorge um das akute Problem muss daher umfassend sein. Es reicht nicht aus, unmittelbare Beschwerden abzumildern. Man muss die Möglichkeit nutzen, um stillschweigende Bereiche der Dysfunktion zu finden, welche die Vorläufer von Problemen sein können, die sich noch offenbaren werden.

Die klinischen Lehrer müssen erfahrene Osteopathen sein. Ihre Erfahrung rührt von der Arbeit

an den Patienten her. Sie wird durch Forschung und Studium sowie durch die Interaktion mit Kollegen in den anderen Disziplinen unterstützt. Es kann sich um Hausärzte oder akkreditierte Spezialisten handeln. Sie müssen innerhalb der zuvor ausgeführten Konzepte denken und praktizieren. Es handelt sich hier nicht um neue und unerprobte Prinzipien, weder sind sie antiquiert noch unbewiesen. Wir wollen die Schriften einiger weniger wohl bekannter Lehrer bedenken. Floyd E. Dunn¹⁵ berichtet, dass es empirische Studien in der Neurophysiologie, der Neuroanatomie und verwandten Wissenschaften gibt, die das Konzept der physischen Ätiologie psychiatrischer Krankheiten reichhaltig belegen.

Er stellt fest: „Aus osteopathischer Sicht finden wir bei jedem Patienten mit der klinischen Diagnose der psychogenen Neurose die Evidenz einer veränderten Mechanik der Wirbel.“ Er zitiert den Überblick in einer Studie über die Lokalisierung und relative Häufigkeit osteopathischer Läsionen bei 1.000 Patienten mit Schizophrenie. „Die Normalisierung der Impulsrate der betroffenen Ganglien durch osteopathische manipulative Verfahren“, so betont er, „stellt eine natürlichere und rationalere Therapiemethode bei psychiatrischen Erkrankungen dar“.

Ein Forschungsjahr, das die Dres. Woods¹⁶ am *Still-Hildreth-Sanatorium* verbrachten, ergab, dass es bei mental erkrankten Patienten eine eingeschränkte Beweglichkeit und Elastizität des Kranialen Mechanismus und eine verringerte Frequenz des Kranialen Rhythmischen Impulses gibt. Dabei verhielt sich der Grad proportional zur Schwere der mentalen Störung.

Bruer¹⁷ berichtet an prominenter Stelle über osteopathische Läsionen in der Ätiologie des Magengeschwürs, die durch Haltungsfehler prädisponiert werden. Und der Autor betont, dass man in der Diagnose und bei der Behandlung dem Patienten mehr unter dem ganzheitlichen Aspekt Aufmerksamkeit widmen sollte.

F. Munroe Purse¹⁸ berichtet über die Anwendung der osteopathischen manipulativen Behandlung in 4.600 Fällen von Infektionen der oberen Atemwege, über einen Zeitraum von 18 Jahren hinweg.

Die osteopathische manipulative Therapie mindert Mall zufolge den Verlust respiratorischer Funktionen bei Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung.¹⁹

Miller und Hitchcock²⁰ berichten im Kontext einer Erörterung bei Behandlungen von Hochdruckpatienten, dass die klinische Verbesserung infolge der Behandlung einer somatischen Dysfunktion (in den spinalen Bereichen, die gleichzeitig die pulmonalen Strukturen und die vasomotorische Aktivität beeinflussen) begleitet war von einer tendenziellen Normalisierung des Blutdrucks.

Die Dres. Rogers²¹, welche die Bedeutung der osteopathischen Behandlung bei Patienten mit Herzinsuffizienz anerkennen, beschreiben den physiologischen Mechanismus, der bei normalem und eingeschränktem Stoffwechsel des Herzens beteiligt ist. Dabei liefern Sie eine theoretische Erklärung für die beobachtete Verbesserung der kardiovaskulären Funktion im Anschluss an die osteopathische Manipulation. Miller²² erörtert die Wirkungen der osteopathischen Manipulation bei Patienten mit koronarer Ischämie. Und Price Thomas²³ schließt, dass die Verstärkung der Aufmerksamkeit auf die Normalisierung der Einflüsse des autonomen Nervensystems degenerative arteriosklerotische Veränderungen verhindern werde.

Der osteopathische Ansatz zieht beim allergischen Patienten²⁴ den Menschen als Ganzes in Betracht. Er erkennt die mangelnde autonome Balance, die Insuffizienz der Nebenniere, die herabgesetzte Funktion der Hypophyse und die Dysfunktion der Thymusdrüse, den durch die Umwelt erzeugten Stress und andere psychischen Belastungen. Damit werden für das therapeutische Programm Dimensionen erschlossen, die weit über die Behandlung lediglich spezifischer Sensitivitäten des Patienten hinausgehen. Magoun²⁵ stellt klinische Evidenzen der osteopathischen strukturellen Behandlung bei Dysfunktionen der Hypophyse vor.

Im Bereich der Geburtshilfe und Gynäkologie stellt Burns²⁶ kurz und bündig fest: „Wir behandelten schwangere Frauen und fanden heraus, dass sie die Babys besser zur Welt brachten, wobei der Geburtsvorgang kürzer und von

weniger Verletzungen begleitet wird und durch geringeren Sterberaten geprägt war.“ Woody²⁶, der am selben Symposium zur osteopathischen Geburtshilfe teilnahm, definiert den Begriff „osteopathische Betreuung“ so: „Eine gründliche und systematische Studie ihres Falles, die Korrektur aller gefundenen strukturellen und haltungsbedingten Mängel und eine reguläre spezifische osteopathische Behandlung, die für jeden pränatalen Besuch verordnet wird... Zusätzlich zur standardmäßigen Ausbildung zum Geburtshelfer“, erinnert er den Leser, „wurde dem Osteopathen die Bedeutung allgemeiner und lokaler Veränderungen bei der schwangeren Patientin gelehrt. Er schließt von der Ursache auf die Wirkung und mithin ist er mit den wichtigsten Indikatoren der strukturellen Integrität vertraut.“ Er fährt mit der Erörterung manipulativer Techniken für die Phase während und nach der Schwangerschaft fort. Zuletzt schließt er: „Der Geburtsvorgang kann zu einem bemerkenswerten Grad verkürzt werden, wenn der Körper der schwangeren Patientin normalisiert wird.“

Milium²⁶, ein weiterer Geburtshelfer auf diesem Symposium, wollte „gegenüber dem osteopathischen Geburtshelfer betonen, dass eine manipulative Therapie für die Pflege der Mutter bedeutend und notwendig ist.“ Taylor²⁶ beschrieb die besondere manipulative Behandlung bei Übelkeit und Erbrechen in der Schwangerschaft.

Der Wert der strukturellen Behandlung bei Patientinnen mit unterschiedlichen gynäkologischen Problemen hat sich in meiner Erfahrung bestätigt. Fliegelman²⁷, Professor für Geburtshilfe und Gynäkologie am *Philadelphia College of Osteopathic Medicine* weist darauf hin, dass osteopathische Techniken bedeutend bei der Behandlung praxisalltäglicher gynäkologischer Probleme sein können. Ein neuer Aufsatz von Hitchcock²⁸ beschreibt ihre manipulative Therapie bei der Behandlung im Fall primärer Dysmenorrhö. Es gibt keinen Ersatz für eine derartige strukturelle Manipulation. Bei mir haben sich ebenfalls junge Mädchen vorgestellt, die jedem Monat das Bett für zwei oder drei Tage hüten mussten. Sie wurden durch die Wiederherstellung der strukturellen Integrität und der physiologischen Funktion im lumbalen, sakra-

len Bereich und der Hüfte vollständig von diesem Problem befreit.

Haben osteopathische Überlegungen und die spezifische strukturelle Behandlung einen Platz in der chirurgischen Praxis? Donovan²⁹ stellte eine meisterliche Erörterung der Differentialdiagnose des akuten Abdomens aufgrund der Bewertung der jeweils darauf bezogenen spinalen Muskelkrämpfe vor. Als Mittel der Differentialdiagnose ist die Kunst der osteopathischen Palpation für den Chirurgen unschätzbar. Gelegentlich beseitigt eine spezifische strukturelle Behandlung den Zustand, wegen dessen die Operation erwogen wurde. Die chronische Dysfunktion des Kiefergelenks ist ein Beispiel. Lumbale und zervikale Bandscheibenprobleme können in vielen Fällen auch durch nicht schneidende Chirurgie korrigiert werden. Schmerzen im rechten unteren Quadranten können nach Beseitigung der thorakolumbalen Strains verschwinden. Bei Patienten, die unbedingt eine Operation benötigen, trägt die präoperative Behandlung zum Erfolg der Operation und zur Ruhephase nach der Operation bei. Hamilton³⁰ rät bei Operationen am Thorax oder am oberen Abdomen am ersten Tag nach der Operation zu einer dorsalen Behandlung der Weichteile. Operationen an der Hüfte sollten stets eine allgemeine Behandlung der Weichteile nach sich ziehen, wobei insbesondere auf den unteren Bereich des Thorax und die lumbale Region Wert gelegt wird. In dem Maße wie es die Heilung der Operationswunden erlaubt, sollten so bald wie möglich immer stärkere Korrekturen durchgeführt werden. Das Ziel besteht darin, das Wohlbefinden des Patienten zu verbessern und die Rekonvaleszenz mit weniger Beruhigungsmitteln zu beschleunigen. Costello³⁰ hat betont, dass die Manipulation bei einer postoperativen Stase der Eingeweide stimulierend und entspannend wirkt. Brown vermutet,

„dass bei jedem körperlichen Trauma das Vegetative Nervensystem im Verletzungsbereich einen Schock erleidet. Dabei verursache dieser Schock eine Störung des Kreislaufs, die durch Wiederherstellung des Vegetativum oder durch Beseitigung der Folgeerscheinungen dieser Störung überwunden werden kann.“

Kurz mit Kanoff³⁰ zusammengefasst: „Ich habe festgestellt, dass die OMT ein weiteres gutes Hilfsmittel für die Pflege meiner Patienten in allen Bereichen der Chirurgie und der Medizin darstellt.“

Die Anästhesisten, die sich der wechselseitigen Beziehung des Primären und sekundären Respiratorischen Mechanismus und der Technik durch Manipulation der Ossa temporalia, um sie zu beeinflussen, bewusst werden, erkennen, dass sie ein unschätzbare Technik zur Verfügung haben, die sogar lebensrettende Bedeutung haben kann, wenn die Atmung des Patienten aufhört. Hoefner³¹ beschreibt die Anwendung der Technik, die ursprünglich von Dr. Sutherland bei einem betrunkenen Mann verwendet wurde, der offensichtlich steif, blau und leblos aus dem eiskalten Wasser des *Lake Michigan* gezogen worden war.

Wahrscheinlich gibt es keinen Bereich der osteopathischen Praxis, in dem das osteopathische Konzept engagierter verwendet werden sollte als in der Kinderheilkunde. Die Geburt ist eine der traumatischsten Erfahrungen, denen ein menschliches Lebewesen ausgesetzt ist.³² Die anatomischen und physiologischen Störungen, die dabei auftreten können, tragen zum Erbrechen und zu zirkulatorischen, respiratorischen und neurologischen Problemen in der unmittelbaren Phase nach der Geburt des Neugeborenen bei. Sie können freilich unerkannt bleiben, bis das Kind zur Schule geht, Schwierigkeiten im Schulalltag damit hat die grundlegenden Kunstfertigkeiten Schreiben, Lesen und Rechnen leicht zu erlernen.³³ Insbesondere in der Kindheit ist ein Trauma weit verbreitet. Die Beseitigung seiner Folgeerscheinungen zum Zeitpunkt des Auftretens, stellt einen großen Beitrag zur Vorsorge von Dysfunktionen und Krankheiten im späteren Leben dar. Die idiopathische Skoliose bei Erwachsenen ist ein weiteres Beschwerdebild, das meist erstmalig bei Erwachsenen diagnostiziert wird, seine Ätiologie jedoch in einem Geburtstrauma besitzt.³⁴

Die Malokklusion in der Kindheit und viele andere Rätsel, die den Zahnärzten begegnen, brauchen einen Osteopathen, der in der Wissenschaft und Kunst der Osteopathie im kranialen Bereich kunstfertig handelt.

Die Zeit erlaubt es nicht, weitere Beispiele für die Praxis des osteopathischen Denkens anzufügen, denn sie sind so zahlreich wie die Patienten. Aber es wurde bereits überdeutlich, dass die Osteopathie keine Krankheit, keinen Schmerz und keine Dysfunktion behandelt. Es handelt sich nicht um eine besondere Therapie für dieses oder jenes Problem. Die Osteopathie dient dem Patienten als Ganzes. Der Osteopath befasst sich in ganzheitlichem Sinn mit dem Menschen. Ob er nun auf einer Notfallstation arbeitet, eine intensive Hausarztpraxis führt oder sich spezialisiert hat, immer muss der Osteopath den Patienten im ganzheitlichen Sinn betrachten, um die Fehlfunktion oder Fehlanordnung im muskuloskeletalen System auf den Bereich der Beschwerde zu beziehen. Dann muss er mit angemessenen Maßnahmen beginnen, die den Patienten zum Optimum seines anatomisch-physiologischen Zustandes zurückbringen. Sofern indiziert, sind zusätzlich lokale Maßnahmen anzuwenden

Weitere Dimensionen der Beschäftigung stehen vor uns wie etwa eine höhere sinnliche Wahrnehmung, spirituelles Heilen, die Natur und das Eintreten des Todes. Die Homöopathie, ein schon lange bestehendes System der Verordnung von Medikamenten, zudem ein philosophisches System, das dem der Osteopathie grundlegend verwandt ist, muss dem interessierten Studenten vorgestellt werden. Die Musiktherapie und die Farbentherapie sind ohne Zweifel Bestandteile der Ausrüstung des Osteopathen der Zukunft.

Jetzt machen Sie sich sicherlich Gedanken über die Fakultät des *Western States College of Osteopathic Medicine*. Nur einige wenige ihrer Mitglieder sind bislang ausgewählt. Doch ich bin zuversichtlich, dass sie verfügbar sein werden, sobald die Spezialkurse aktuell werden. Die Standards für die Mitglieder unserer Fakultät sind hoch und wir erwarten die besten. Vielleicht kann ein System des Fakultätenaustauschs entwickelt werden, bei dem ein ausgezeichnete Lehrer in einem Spezialgebiet jährlich eine Lehreinheit

an verschiedenen Fakultäten durchführt. In den privaten Praxen gibt es zweifellos Osteopathen, welche die wertvolle Kunst des Lehrens besitzen oder entwickeln können. Zudem gibt es ältere Studenten und frische Absolventen in verschiedenen Schulen, die als Lehrer ausgebildet worden sind. Doch welche Kunst ein Lehrer hat und welche Reputation ein Professor auch erreicht haben mag, die *conditio sine qua non*, die ein Mitglied des *Western States College of Osteopathic Medicine* besitzen muss, besteht in der grundlegenden Selbstverpflichtung auf die Philosophie und Praxis der Kunst und Wissenschaft der Osteopathie.

Ich möchte mit der inspirierenden Vision von Paul Van B. Allen³⁵ schließen.

Unser Blick soll... sich auf das Ziel der transzendenten Gesundheit richten, nicht alleine auf das weit geringere Ziel der Heilung von Krankheit.

So wollen wir unsere Gedanken für weitere Horizonte öffnen. Wir wollen unsere Profession auch von engstirnigen Befürchtungen vor Ungleichheit befreien. Wir wollen uns nicht länger mit dem Drang nach Identität aufhalten. Das ist tödlich. Sondern wir wollen von der lebendigen, pulsierenden Kraft des Wachstums erfüllt sein. Unsere Profession erreicht in der wissenschaftlichen Welt eine fundamentale Gleichheit, die aktiv und ausstrahlend ist. Wir als Mitglieder der Profession möchten an der Art eines dynamischen Egalitarismus partizipieren, dem Sauerteig der Gleichheit, der die menschliche Masse ständig zu einer Lebensweise erhebt, in der sich die Krankheit vermindert und die vollkommene Gesundheit immer stärker erreicht wird.“

Andrew Taylor Stills Worte „klingen“ uns immer noch „in den Ohren“. Er steht auf einem Hügel und weist uns den Weg, obwohl er sich nicht mehr an unserer Reise beteiligt. Der Mensch war gestern seine Herausforderung. Der Mensch ist heute und morgen unsere Herausforderung. Und das Morgen ruht in uns – heute.

Bibliografie

1. Frymann, VM: Philosophy of Osteopathy. *Osteopathic Annals*. (4) 10-27. Mar 76
2. Korr, IM: Personal communication. Nov 4. 1974
3. Thompson, M: Osteopathy – a public trust. *JAOA* (60) 169-176. Nov 60
4. Tilley, RM: An integrated curriculum in osteopathic theory and practice over the 4-year undergraduate course. *JAOA* (62) 969-974. Jul 63
5. Sutherland, WG: Contributions of Thought. Published by the Sutherland Cranial Teaching Foundation. 1967
6. Cathie, AG: Integration of osteopathic principles into the teaching of the basic sciences. *AAO Yearbook*, 1974, 50
7. Lay, EM: The osteopathic management of trigeminal neuralgia. *JAOA* (74) 373-389, Jan 75
8. Pathogenesis of visceral disease following vertebral lesions, edited by L Burns, LC Chandler, and RW Rice, AOA, Chicago, 1948
9. Korr, IM: The spinal cord as organizer of disease processes: Some preliminary perspectives. *JAOA* (76) 35-45, Sep 76
10. Dressier, O: Our destiny is what we make it. *JAOA* (60) 257-262, Dez 60
11. Dressier, O: Still's greatest contribution to medicine. *JAOA* (59) 167-170 Nov 59
12. Frymann, VM: Palpation: Its study in the workshop. *AAO Yearbook of Selected Osteopathic Papers*, 1963, 104
13. Frymann, VM: The concept at work. *Cranial Academy Newsletter* Vol 17, Mar 64
14. Korr, IM, et al: Degenerative disease: Enigma? Challenge. Opportunity! *JAOA* (58) 151-157, Nov 58
15. Dunn, FE: Osteopathic concepts in psychiatry. *JAOA* (49) 354-357, Mär 50
16. Woods, JM & Woods, RH: A physical finding related to psychiatric disorders. *JAOA* (60) 988-993, Aug 61
17. Bruer, WP: The osteopathic concept of peptic ulcer. *JAOA* (49) 343-345 Mär 50
18. Purse, FM: Manipulative therapy of upper respiratory infections in children. *JAOA* (65) 964-972, Mai 66
19. Mali, R: An evaluation of routine pulmonary function tests as indicators of responsiveness of a patient with chronic obstructive lung disease to osteopathic health care. *JAOA* (73) 327-333, Dez 73
20. Miller, WD & Hitchcock, ME: Hypertensive disease. *Osteopathic Annals* (2) 8-11, Nov 74
21. Rogers, JT & Rogers, JC: The role of osteopathic manipulative therapy in the treatment of coronary heart disease. *JAOA* 76, 21-31, Sep 76
22. Miller, WD: Functional aspects of coronary circulation. *Osteopathic Annals* (2) 8-11, Jan 74
23. Thomas, PE: The role of the autonomic nervous system in arteriosclerosis. *Osteopathic Annals* (2) 12-20, Jan 74
24. Frymann, VM: The osteopathic approach to the allergic patient. *The DO* (10) 159-164, Mär 70
25. Magoun, HE, Sr: A pertinent approach to pituitary pathology. *The DO* (11) 133-141, Jul 71
26. Burns, L, et al Symposium: Osteopathic obstetrics. *JAOA* (48) 578-582, Jul 49
27. Fliegelman, E: Osteopathic techniques can improve gynaecologic care, relax patient. *Clinical Trends in Osteopathic Medicine* Vol 3, Sep – Oct 76
28. Hitchcock, ME: The manipulative approach to the management of primary dysmenorrhoea. *JAOA* (75) 909-918, Jun 76
29. Donovan, HE, et al: "Consultation"-Acute upper abdomen. *AOA Audio Educational Service*, Chicago, Vol 2 No 5, 1972
30. Hamilton, RI, et al: The Forum: How should manipulation be applied in postoperative patients? When and with what therapeutic objectives? *JAOA* (72) 255-259, Nov 72
31. Hoefner, VC, Jr: Osteopathic principles applied to anaesthesiology. *AAO Yearbook of Selected Osteopathic Papers*, 1975, 33
32. Frymann, VM: Relation of disturbances of cranio-sacral mechanism to symptomatology of the newborn: Study of 1250 infants. *JAOA* (65) 1059-1075, Jun 66
33. Frymann, VM: Learning difficulties of children viewed in the light of the osteopathic concept. *JAOA* (76) 46-61, Sep 76
34. Magoun, HL Idiopathic adolescent spinal scoliosis: A reasonable aetiology. *The DO* (13) 151-160, Feb 73
35. Allen, PVB: Man, the challenge to osteopathy, yesterday, today, and tomorrow. *JAOA* Vol 52 No 2, Okt 56

48. DIE VERANTWORTUNG DES OSTEOPATHEN FÜR DEN MENSCHEN

Viola M. Frymann, DO, FAAO

Neudruck mit Erlaubnis des *AAO Yearbook* (68)
63-70, 1968

Einleitung

Ernest Maxwell, der Herausgeber von *Idyllwild Town Crier*, drückte einige interessante Gedanken über den ganzen Menschen aus, die diese gewichtigen Vorträge erhellen werden. Er schrieb am 25. August 1967 folgendes:

„Wir hören in unseren Tagen so viel vom ganzheitlichen Menschen, das man sich fragt, wo die Menschheit in all den Jahrhunderten hingeschaut hat. Sind wir wirklich ganzheitlicher als die Wilden? Manche Leute waren als Kinder ziemlich ganz und sind als Erwachsene fragmentiert.“

„Wir sind froh darüber, dass sich so viel Aufmerksamkeit dem Menschen als Ganzes zuwendet, wer und wo er auch sein mag. Die meisten von uns möchten gerne so sein wie er, so sehr das zum Fürchten sein mag. Um eine ganze Person zu sein, muss man eine enorme Kapazität für alles besitzen.“

„Der komplette Mensch kann nicht viel im Leben auslassen. Und die meisten von uns tendieren dazu, sich von vielem zu isolieren. Das können wir nicht aushalten, wir mögen dies nicht, wir wollen davon nicht gelangweilt sein und diesen Weg nicht gehen. Wir mögen, was wir mögen, und zumeist ist das wenig.“

„Nun wollen wir den Wilden nehmen. Seine Welt war auf gewisse Weise klein, auf andere Weise sehr groß. Er war auf die Sterne, die Stürme, die Laute des Waldes und der Savanne, die wilden Tiere, die Felsen, das Ungeziefer und die Erde bezogen. Er war auf das gesamte Universum bezogen und er konnte sich nur in einer dunklen Höhle verbergen.“

„Seine Ganzheitlichkeit angesichts der Zivilisation zu bewahren, ist keine leichte Aufgabe.

Faktisch alles, was die Menschheit heute herstellt, ist dazu entworfen uns von der Realität wegzubringen. Wir sind gegenüber natürlichen Reaktionen verschlossen und dazu bestimmt einer Maschine gleich so viel Leistung wie möglich zu erbringen.“

„Am letzten Sonntag, da haben wir uns wunderbar gefühlt. Nachdem wir uns mit drei Lagerberatern über internationale Angelegenheiten unterhalten hatten, tranken wir im Konzert der *Arts Foundation*, setzten uns in einen Waggon und fuhren Geisterbahn. In *Powder Box Springs* hörten wir dem Nachtgesang der Kojoten zu. In *Skunk Cabbage Meadow* kochten wir unser Essen unter dem Sternenhimmel und unterhielten uns mit anderen am glimmenden Lagerfeuer.“

„Der einzige nicht ganzheitliche Teil von uns war jener taube Flecken, wo Hüfte und Erde sich allzu lange berührt hatten, als wir am Wiesenrand schliefen.“

In den drei Tagen haben Repräsentanten aus fünf verschiedenen Phasen der heilenden Profession ihre Ideen zum Zugang zu dem vollständigen menschlichen Lebewesen vorgetragen, so wie sie es jeweils durch ihr besonderes Fenster sehen. Es ist bemerkenswert, dass wir in den verschiedenen Arbeiten den gleichen Geist finden können. Die fünf Autoritäten, die jeweils in ihrer Heimat wirken, sind geografisch weit voneinander entfernt und nur durch einen Vorsitzenden verbunden, der eine weit reichende Vision besitzt. So sind sie alle zur zentralen Figur – dem vollständigen menschlichen Lebewesen – mit der Genauigkeit einer Speiche, die zur Nabe führt, gelangt.

Dr. Korr, Professor für Physiologische Wissenschaften in Kirksville, stellte fest, dass der Osteopath der Freund seiner Patienten, ein Experte und vertrauensvoller Ratgeber sein müsse. Krankheit kann als nachteilige Modulation der physiologischen Funktion begriffen werden, sobald das vegetative Nervensystem die Visze-

ra nicht genau auf die äußere Welt einstimmt. Das ist ein wohlklingendes und angemessenes Gesundheitskonzept und in der Tat ein Zustand der Harmonie, eine Harmonie schwingender Muster, die von allen Teilen des Menschen ausgehen. Die harmonischen Schwingungen, die jedes Organ im Körper abgibt, bilden harmonische Modulationen mit den mentalen, emotionalen und spirituellen Offenbarungen des vital gesunden Lebewesens.

Dr. Goodridge, Allgemeinmediziner aus Connecticut und Forschungsstipendiat an der *Academy of Applied Osteopathy*, tauchte tief in diese alte Weisheit ein, um die Grundlage des Konzepts freizulegen, das wir hier heute entwickeln. Zwei Edelsteine aus dieser reichen Sammlung wurden Ihnen besonders ans Herz gelegt.

1. „Der Mensch ist der Schöpfer seines eigenen Missgeschicks“.

Das Nachdenken über diese wenigen Wörter richtet das Suchlicht des Verstehens auf die grundlegende Ursache jeder Krankheit und allen Leidens. Der Große Mediziner hat gesagt: „Wie der Mensch sät, so wird er ernten!“ Doch ein Brief der *Scattered Brotherhood* enthält die ermutigenden Worte: „So etwas wie ein Missgeschick gibt es nicht. Es gibt nur Herausforderungen, welche die tiefsten in uns liegenden Ressourcen ansprechen.“

2. Der zweite Edelstein umhüllt die Lösung: „Der Sinn des Lebens besteht in einem die eigenen Grenzen überschreitenden Leben für andere, um jemand anderem zu dienen.“

Dr. Brigham, Professorin für Psychiatrie in Kirksville, drückte den Aufbau dieses harmonischen Zustandes innen und außen so aus, dass die Person in sich selbst den Mechanismus für die dynamische Gesundheit besitzt.

Dr. Chapman, Forschungsstipendiat am *College of Osteopathic Obstetricians and Gynaecologists* hat mit starken und überzeugenden Worten die Stimulation jenes inhärenten Gesundheitsmechanismus vorgelegt. Er beschreibt die Mittel, mit denen man der Schöpfer seines guten Geschicks werden kann:

„Übernehmen Sie Verantwortung und entwickeln Sie Kreativität: Erneuern Sie die Liebe

und Leidenschaft für die menschlichen Angelegenheiten!“

Dr. Willard, Forschungsstipendiat am *College of Osteopathic Surgeons*, der in Davenport, Iowa, praktiziert, zeichnete uns ein schönes Bild seiner Fürsorge für das Wohlbefinden, die Unbeschwertheit und das Vertrauen seiner Patienten, die mit der Herausforderung einer Operation konfrontiert sind. Seine innere Demut durchdrang jedes Wort. Er sprach über das Verhältnis zu den religiösen Überzeugungen und fragte beispielsweise, wann der Priester gerufen werden solle, um die letzten Rituale zu vollziehen. Dabei kam mir die Äußerung des Ehemanns einer Frau in Erinnerung, die wegen eines ausgedehnten Astrozytoms im Gehirn operiert worden war. Er berichtete, der Chirurg habe gesagt: „Wir können jetzt nur noch beten!“ Der Ehemann meinte dazu: „Warum wartet er bis dahin, bis er betet?“ Dr. Willard beantwortete die von ihm gestellte Frage selbst und wies darauf hin, dass einige Patienten, welche die Rituale der Kirche erhielten, neue Kraft gewannen und sich erholten. Warum warten wir solange, bis alle unsere Anstrengungen versagt haben, bevor wir den Großen Mediziner anrufen, den fähigsten aller Ratgeber? Dr. Woods, der viele Jahre als Professor für Kinderheilkunde diente, erinnerte uns an die Weisheit Salomos: Erziehe das Kind hin zum Weg, den es gehen soll, und wenn es alt wird, wird es davon nicht abweichen. Erziehen Sie den Patienten dazu, sich selbst zu helfen, d. h. für sich selbst Verantwortung zu übernehmen.

Um diese historische Veranstaltung der *Academy of Applied Osteopathy* abzuschließen, wird es Zeit „Die Verantwortung des Osteopathen für den Menschen“ zu bedenken.

Die Verantwortung des Osteopathen für den Menschen

Die Verantwortung des Osteopathen für den Menschen im Rahmen unserer erweiterten Vorstellung eines Osteopathen mit seinem grundlegenden Verständnis des Menschen als Ganzes führt uns zu der Überlegung, dass nicht nur unser Patient ein Mensch im ganzheitlichen Sinn ist, sondern auch der Osteopath, also wir selbst. Das ist ein modernes und zeitgemäßes Thema

insbesondere für Osteopathen, die – im Unterschied zum klassisch medizinisch ausgebildeten Kollegen – aufgrund der Natur ihrer Ausbildung schon einen großen Schritt zum kompletten Osteopathen hin gemacht haben. In der medizinischen Literatur gibt es wenig dazu, das in diesem Zusammenhang den praktischen Nutzen beleuchtet. Rebecca Beard¹, Absolventen einer medizinischen Fakultät, schreibt in ihrem ersten Buch *Everyman's Search*, wie sie sich aus einer Religion der Wissenschaft heraus zu einer Religion weiterentwickelte, die nicht nur den Patienten als Ganzes, sondern auch in seiner Relation zum Universum umfasst. Sie beschreibt ihre Zweifel und die schwierigen Erfahrungen, die im Verlauf dieser Ausweitung ihres Verständnisses auftraten. Doch durch ihre folgenden beiden Bücher stellt sie uns eine lebendige Realisierung der immensen Möglichkeiten für den Heilungsdienst vor, die sich ergeben, wenn wir unseren Blickwinkel erweitert haben.

Die *Fünfte Dimension*², geschrieben von der englischen Seherin Vera Alder (1940), beschreibt die zukünftige Untersuchung des Patienten. „Zunächst wird seine animalische Fähigkeit untersucht, der physische Körper wird gründlich überprüft... Dann wird er in Bezug auf seine Fähigkeit als menschliches Lebewesen hin betrachtet, auf seinen sozialen Erfolg und sein Glück hin, seine berufliche Arbeit und sein familiäres Leben... Drittens sucht man einen Zugang zu ihm als sehndes spirituelles Individuum... Alle drei Facetten seiner Gestalt müssen zusammen bedacht werden.“

Handelt es sich dabei um ein neues Konzept? Gehen wir für einen Augenblick etwa 4.500 Jahre zurück zum Gelben Kaiser nach China. Im *Nei Ching*³, dem Klassiker der Inneren Medizin, das Huang Ti zugeschrieben wird, werden fünf Behandlungsmethoden aufgeführt. Davon bezieht sich die erste auf die Heilung des Geistes, die zweite vermittelt das Wissen, wie der Körper ernährt werden muss und die dritte lehrt die wahren Wirkungen der Medikamente. Im antiken Griechenland waren Medizin, Kunst und Musik harmonisch in der spirituellen Atmosphäre der Heilungstempel verbunden. Die Heilungsdienste im antiken Ägypten kombinierten körperliche Behandlungen mit der

Konzentration auf spirituelle Kräfte in Übereinstimmung mit den Bedürfnissen der Patienten. Ob wir also nach hinten oder nach vorne blicken, stets sehen wir das ganzheitliche Konzept, welchen den gesamten Menschen erfassen muss. Soll die Heilung die Stelle der Behandlung einnehmen, müssen das therapeutische Konzept und die Praxis alles umfassen. Positive Heilung heißt, den gegenwärtigen Waffenstillstand mit der Krankheit zu überwinden.

Doch es ist nicht meine Aufgabe zu philosophieren oder sie mit netten Plattitüden zu beladen, die zwar Ihren Geist erheben, aber Ihren Patienten wenig nützen. Wir wollen heute zusammen untersuchen, in welcher Weise diese schönen Konzepte für unsere Patienten und uns selbst tatsächliche Erfahrungen werden können. Wir wollen in Gebiete reisen, die zunächst unvertraut erscheinen mögen. Doch es wird bei jedem Schritt deutlicher werden, dass sich unter dem dichten Gestrüpp ein sicherer Pfad befindet, der uns, sofern er befolgt wird, zu einem tieferen Verständnis, stärkerer Bewusstheit und einem sich stetig erweiternden Dienst führt.

Als ein Student den alten Dr. Still danach fragte, was die Profession tun solle, wenn er nicht mehr bei ihr sei, antwortete er: „Der Fluss der Intelligenz ist Dir und den Deinen genauso nahe wie mir und den Meinen.“⁴

Dr. Still entnahm diesem Fluss der Göttlichen Intelligenz viel Tiefes, um das verbesserte System der medizinischen Praxis hervorzubringen, das als Osteopathie bekannt ist. Dr. Sutherland, sein Schüler, lotete die Tiefe des Flusses weiter aus und erweiterte das schließlich akzeptierte Konzept, das nun den Kopf einschloss. Die Osteopathie im kranialen Bereich entstand aus Dr. Sutherlands Schöpfen aus dem Fluss der Göttlichen Intelligenz. Die Zeit ist da, dass unsere Profession erneut aus dieser großen Intelligenz schöpfen muss, um das osteopathische Konzept so zu erweitern, dass es nicht nur den Körper unterhalb des Okziputs und auch nicht nur die komplette physische Struktur einschließlich des Kopfes, sondern die Ganzheit des Menschen umfasst.

Lassen Sie mich zu Beginn sagen, dass ich hier nicht als Autorin eines neuen Systems oder als

Autorität für eine neue Technik stehe und sage: „Tun Sie dies!“ oder „Tun Sie jenes!“ Ich kann Ihnen keine Formel nennen und keine besondere Technik demonstrieren. Ich bin gekommen um Ihnen zu sagen, dass wir gemeinsam diesen Fluss der Intelligenz in tiefer Demut befahren sollten und aus seinen Tiefen weitere Antworten auf die Bedürfnisse der Kranken schöpfen sollten, die zu uns kommen und Hilfe suchen.

Worin besteht der Unterschied zwischen einem osteopathischen und einem allopathischen Arzt? Beide haben zwei Augen, zwei Ohren, zwei Hände, zwei Füße und alle anderen anatomischen Anlagen eines menschlichen Lebewesens. Doch der erste hat gelernt, wie er seine Hände als sensible diagnostische und therapeutische Instrumente gebraucht.

Hat der Osteopath, der den Patienten als Ganzes wahrnimmt und behandelt etwas, das der normale Arzt nicht besitzt? Nein, er besitzt keine besondere Ausstattung, keine mysteriöse Eigenschaft oder Gabe. Er hat nur begonnen die Bereiche seines Seins als diagnostische und therapeutische Instrumente zu verwenden.

Es ist bei einer beiläufigen Begrüßung üblich gegenüber Ihrem Bekannten zu äußern: „Wie geht es Ihnen heute?“ Und er wird wahrscheinlich antworten: „Sehr gut, danke, und wie geht es Ihnen?“ Wir wären überrascht und nicht gänzlich erfreut, wenn die erste Frage mit einer wahren Feststellung über alle Krankheiten und Missgeschicke beantwortet würde, die unseren Freund zurzeit belasten. Dies weiß er und deshalb antwortet er: „Sehr gut!“ In der Praxis mag der Osteopath seinen Patienten auf dieselbe Weise begrüßen und dieselben Wörter benutzen. Doch wenn er die gleiche Antwort erhielte, wäre er geneigt zu sagen: „Schön und was wollen Sie dann hier?“ Der Patient weiß dies und beginnt daher stattdessen seine Beschwerden und Schmerzen aufzuzählen. Würde er jedoch damit beginnen, von seinen Eheproblemen, von Ängsten in der Kindheit, Ressentiments oder Frustrationen im Berufsleben zu sprechen, würde der Arzt sagen: „Sie sind an der falschen Stelle. Ich habe keine Zeit oder ich bin nicht dazu ausgebildet, um mich um diese Zustände zu kümmern. Gehen Sie zu einem Psychologen oder Geistlichen.“ Der Patient weiß dies

und daher beschränkt er seine Beschwerden auf Zustände, von denen er erwartet, dass sein Osteopath oder Arzt sie versteht. Aufgrund welcher Mittel wissen die Teilnehmer an derartigen Unterhaltungen, was erwartet wird? Kein Allgemeinmediziner schreibt auf seine Karte: „Nur körperliche Zustände!“ Doch er signalisiert seinen Patienten, dass er den Bereich seiner Praxis begrenzt. Wenn Sie Ihre Ehefrau oder Ihr Kind oder jemand sehr Liebes fragen, wie sie sich fühlen, werden diese nicht zögern, ein tatsächliches Problem zu äußern, das sie innerlich bewegt.

Hier liegen also drei sehr verschiedene Antworten desselben Individuums auf die gleiche Frage bestehend aus vier Wörtern vor. Worin besteht der Unterschied? Bei der gelegentlichen Begrüßung führt der Fragende einen formellen sozialen Akt aus, der nur ein schwaches Interesse am Wohlbefinden seines Gegenübers enthält. In der Praxis wiederum stellt der Osteopath die Frage, um eine Information zu erhalten, die es ihm ermöglicht, das Heilmittel aus seinem therapeutischen Instrumentarium auszuwählen, welches seinem Patienten Erleichterung und größeres Wohlbefinden verschafft. Doch sprechen Sie mit jemandem, der eng mit ihrem eigenen Leben verbunden ist, sind Ihre Worte mit Engagement, Verständnis und dem tiefen Bedürfnis angefüllt, hilfreich zu sein. Sie sagen mit jenen vier Wörtern: „Ich möchte Deinen Ärger teilen, denn ein geteiltes Problem ist ein halbes Problem. Ich möchte Dir helfen, Deine Last loszuwerden.“

Die Reaktion unseres Ansprechpartners hängt maßgeblich von den emotional und mental unausgesprochenen Wörtern ab, die auch in jener Sphäre wahrgenommen werden. Ich kann die Patienten solange nicht ganzheitlich behandeln, bis ich eine entsprechende Diagnose gestellt habe. Und ich kann solange keine Diagnose stellen, bis ich eine Untersuchung durchgeführt habe, die mir die wahre Natur des mir präsentierten Problems zeigt.

Jeder Patient kommt in Ihre oder meine Praxis, weil er in Not ist. Wir können die Diagnose eines Erbschadens, einer Geburtsverletzung, einer akuten Infektion, eines posttraumatischen posturalen Strains oder irgendeiner anderen in Lehrbüchern enthaltenen Krankheitsbeschrei-

bung stellen. Diese sollen wir dann mit den besten strukturellen, medizinischen oder chirurgischen Methoden behandeln, die uns heute zur Verfügung stehen. Doch haben wir das tiefste Leiden des Patienten erfasst? Kennen wir die tiefste Not, die tatsächliche Diagnose, die den physischen, funktionellen oder organischen Offenbarungen zugrunde liegt? Wie können wir diese tiefste Not bestimmen? Wir können die Frage verbal stellen, doch die Antwort muss noch nicht entgegengemessen sein. Die Geschichte einer jungen Mutter kann dieses Problem lebendig veranschaulichen. Sie war mit ihrem dritten Kind schwanger, während ihr Ehemann im Militärdienst fort war. Sie musste ständig erbrechen und hatte anhaltenden Durchfall. Schließlich wurde sie zur künstlichen Ernährung ins Krankenhaus überwiesen. Eines Tages kam ein Arzt in ihr Zimmer und fragte: „Haben Sie Eheprobleme, lehnen Sie diese Schwangerschaft ab, hassen Sie Ihre Schwiegermutter?“ „Ich fand das so albern“, sagte sie zu mir, dass „ich antwortete: ‚Ich bin glücklich verheiratet, ich will das Baby und ich liebe meine Schwiegermutter – raus jetzt!‘“ Sie kommentierte das weiter: „Wenn ich zurückblicke, weiß ich, dass ich mich über die Abwesenheit meines Mannes geärgert habe und sie mich in Bedrängnis brachte, doch dieser Arzt hatte kein bisschen Interesse an mir – er stellte nur ein Bündel vorgeschriebener Fragen.“

Darin liegt der Schlüssel um die Nöte des Patienten zu finden: „Der Arzt äußerte seine Worte bloß mit dem Mund, aber er drückte sie nicht mit seinem Herzen aus, er hatte keine Interesse.“ Sobald wir mit einem emotionalen oder seelischen Problem belastet sind, äußern wir unsere tiefste Not nur gegenüber jemandem, der Interesse zeigt. Das kann bei einer lieben Person sein, es kann bei einem Fremden sein, doch wie oft ist dies bei einem Arzt in der allgemeinmedizinischen Praxis der Fall? William Glasser betont in seinem Buch *Reality Therapy*⁵ die Notwendigkeit, dass der Patient den Arzt als beteiligt erlebt: Er muss wissen, dass dieser sich für ihn interessiert, die nötigen Standards für ihn besitzt und von ihm Einsatz erwartet. Vor allem aber, dass er Interesse an ihm zeigt. Dr. Glasser betont: „Der Patient sucht eine Person, mit der

er ein emotional beteiligtes Verhältnis aufbauen kann, jemanden an dem er Interesse hat und von dem er überzeugt sein kann, dass auch dieser Interesse an ihm hat.“ Der Große Mediziner meinte: „Liebe Deinen Nächsten wie Dich selbst!“ und sein Schüler Paulus äußerte: „Die Liebe hört niemals auf!“

Barbara war eine 22-jährige Mutter von vier Kindern ohne Ausbildung und stand kurz vor der Scheidung und einem Nervenzusammenbruch. In dieser Lage traf ich auf sie. Es gab nur einen Aktivposten auf ihrem Lebenskonto und dies war ein 22-jähriger Ehemann, der ebenfalls ohne Ausbildung war. Grundsätzlich war er ihr und ihren Kindern zugeneigt. Ihre Lebensgeschichte war voll von Krankheit, Unfällen, Armut, Unglück, zweifacher Zahlungsunfähigkeit und allen Arten des Missgeschicks. Ich habe sie und ihre Familie über etwa 10 Jahre behandelt und allmählich wurde sie klüger und gesünder und begann Empfehlungen anzunehmen, die ich ihr vor Jahren gegeben hatte. Ich fragte sie kürzlich, welches Wunder geschehen sei, dass diese bedeutenden Veränderungen schließlich eingetreten seien. „Teilweise Sie, und älter zu werden“, schrieb sie. „Ich verdanke Ihnen so viel, nicht nur in Dollars, sondern dass Sie mir gegenüber Interesse gezeigt haben. Sobald Sie jemanden lieben und ihn respektieren, bedeutet das eine Menge, denn beide haben Interesse – und es ist nicht so, dass nur einer an sich selbst Interesse zeigt.“ Sie berührt eine tiefe Wahrheit: die Bedeutung eines Flusses zwischen Patient und Behandler, der in beide Richtungen fließt.

Mitgefühl ist jene Brücke zu einem harmonischen Verhältnis, die von der inneren Bewusstheit des Osteopathen erbaut wird. Darauf kann der Patient seine Last zu uns tragen und sie vor unsere Füße legen. Er sieht seinen Patienten mit einem Verständnis, das sich proportional zu seiner Selbstbewusstheit verhält.

Wir wollen dem idealen Mediziner in seiner Ganzheit begegnen. Er ist Mann, sie ist Frau und man ist Gott-im-Entstehen. Er ist ein Kleinkind, Kind, Erwachsener und ein alter Mann. Er ist weiß und er ist farbig. Er ist Abendländer und Orientale. Er ist Künstler und Wissenschaftler. Er ist reich und er ist arm.

Er hungert und er ist gut genährt. Er ist krank, verlassen, alleine, aber er ist auch gesund, mutig und wird durch Kollegialität unterstützt. Er besitzt alle diese menschlichen Qualitäten und Zustände, weil er in sich eine große Palette menschlicher Erfahrung angesammelt hat. Dieser Reichtum angesammelter Erfahrung ist wie ein Eisberg – ein kleiner Teil ist sozusagen sichtbar, denn er befindet sich im zugänglichen bewussten Verstand. Doch der größere Teil liegt verborgen im Unterbewusstsein und wartet auf unsere Not, um seine Lehrstunden für unsere wache Bewusstheit deutlich zu machen.

Die Merkmale des Behandlers, wie etwa seine Hände, sind jedoch nur dann zum Nutzen des Patienten, wenn sie geschult sind und angewandt werden. Das Erlernen der Palpation war ein langer langsamer Prozess. Ich bin mir sicher, dass wir uns alle lebhaft daran erinnern, wie uns zum ersten Mal eine osteopathische Läsion gezeigt wurde. Wir legten unsere Hand in den gezeigten Bereich, begierig darauf die Natur dieser Entität zu verstehen und uns selbst als jemanden zu begreifen, der unseren Patienten durch die Korrektur derartiger Sachverhalte eine dramatische Erleichterung verschafft. Doch zu unserem Missfallen und unserer Enttäuschung fühlten wir keinen Unterschied zum Rest des Rückens. Nach tage- und wochenlanger Praxis war die Unterscheidung beim Tasten schließlich so geschult, dass die mikroskopischen Veränderungen in der Gewebephysiologie entdeckt werden konnten. In jahrelanger Erfahrung entwickelte sich eine verlässliche und scharfe diagnostische Palpation für strukturelle Veränderungen. Dann kam der Tag, an dem die inhärente Motilität im Körper als diagnostischer Indikator beschrieben wurde. Wieder fühlten wir – und wir fühlten nichts. Wir legten die Hand auf jeden Patient und bemühten uns ernsthaft um Bewusstheit bei dieser Wahrnehmung und endlich kam der Augenblick des Wissens. Jetzt ging es nur noch darum die Genauigkeit der Interpretation bei diesem neuen Diagnosesystem zu entwickeln.

Um die diagnostische Berührung zu entwickeln und kunstfertig anzuwenden, baut der Osteopath eine Kontinuität zwischen seinem Nervensystem, seinem flüssigen Mechanismus und

den entsprechenden Aspekten seines Patienten auf. Darin besteht die osteopathische Diagnose, das ist die Kunst der Palpation.⁶ Oft wurde gezeigt, dass ein Osteopath, der Begrenzungen in seinem eigenen Mechanismus aufweist, auch eine eingeschränkte palpatorische Sensitivität besitzt. Sofern diese inneren Begrenzungen beseitigt werden, verbessert sich die Kunst der Palpation. Die Zeit ist da, um unsere diagnostische Kunstfertigkeit um eine weitere Dimension der Bewusstheit zu erweitern.

Der Osteopath besitzt in seiner Ausstattung noch ein weiteres diagnostisches Instrument, das genauso wertvoll wie die hoch entwickelte Kunst der Palpation ist. Man weiß jetzt, dass jede Individualität ihr Bild im sie umgebenden Äther ausdrückt. Das Wort „Individualität“ wird hier verwendet, um jedes sichtbare und unsichtbare Objekt im Universum zu bezeichnen, dass eine „sich von allem anderen unterscheidende“ Schwingung besitzt. Bei einem derartigen Objekt kann es sich um eine Zelle im menschlichen Körper, um ein Atom, um die Form eines Gedankens, um ein menschliches Lebewesen, ein Tier oder einen Planeten handeln.⁷ Der menschliche Körper schwingt letztlich mit seiner eigenen, einzigartigen, sich von allem anderen unterscheidenden Frequenz. Dadurch entsteht eine Differenz wie beim Fingerabdruck und dem Muster der Stimme. So entsteht ein Bild des Körpers entsprechend der Länge seiner Strahlen. Diese schwingende Umhüllung, die kürzlich die Aufmerksamkeit der Physiker auf sich gezogen hat, wurde seit unvordenklicher Zeit von denjenigen als menschliche Aura beschrieben, die eine helllichtige übersinnliche Wahrnehmung ausgebildet haben. Sie transportiert die Offenbarung jedes Gedankens und jedes Gefühls und ist so fluidal wie die Gefühle des Individuums in ihr.

Bei der einzigartigen Beziehung von Behandler und Patient kann die schwingende Umhüllung des Osteopathen als diagnostisches Instrument so empfindlich, sensitiv und genau ausgebildet werden, wie dies bei den Händen des kunstfertigen Osteopathen der Fall ist. Die schwingende Umhüllung stellt ein Instrument dar, durch das zwei weitere Sensibilitäten entwickelt werden, nämlich das Verstehen der unausgesprochenen

tiefsten Nöte des Patienten und die Einsicht. Dies bezeichnet die Hilfsmittel eines kompletten Osteopathen, der sich selbst dem Dienst am Patienten im ganzheitlichen Sinn verpflichtet. Wie zu Beginn festgehalten, sind Potenziale wie die der diagnostischen Berührung in uns allen gegenwärtig: Doch wo ist der Schlüssel, um die Tür zu öffnen, damit eine stärkere diagnostische Wahrnehmung erschlossen werden kann? Es handelt sich um das Mitgefühl. Das Mitgefühl ist der Katalysator, ohne den es keinen Austausch zwischen Osteopath und Patient gibt. Dabei handelt es sich um einen derartig wichtigen Bestandteil der emotional-psychisch-spirituellen Gleichung zwischen Osteopath und Patient, dass ich es definieren muss. Es gibt einen deutlichen Unterschied zwischen Mitgefühl und Sympathie. Nuttalls⁸ Wörterbuch definiert „Sympathie“ als „die Seinsqualität, welche durch Anteilnahme anderer Menschen mit übereinstimmenden Gefühlen wahrgenommen wird.“ Mitgefühl ist der Empathie sehr verwandt, die von Dorland⁹ als „die Erkenntnis der und Einfühlen in die Gefühle einer anderen Person“ definiert wird.

Doch mit Mitgefühl ist sogar noch mehr gemeint. Denn dies impliziert, dass das Individuum das Problem erkennt und sich mit Verständnis in es einfühlt. Dass es tief an jenem Individuum interessiert ist, welches diese tiefe Not in sich trägt. Durch das Mitgefühl baut der Osteopath eine Sicherheit, eine Stabilität auf, an der sich der Patient halten kann, während er von den Ablagerungen gereinigt wird, die er im Laufe seines Lebens angesammelt hat. Mitgefühl meint nicht, dass wir von den Problemen des Patienten absorbiert werden. Andererseits dürfen wir nicht nur auf intellektuelle Art wissen, was er erfährt, sondern auch aufgrund unseres Verständnisses von ihm. Wir sollten nicht zum Teil seines Leidens werden, doch wir müssen eine lebendige Bewusstheit von seiner Natur und Intensität besitzen.

In den frühen Jahren meiner Praxis besuchte ich oft eine 90-jährige Patientin, die bettlägerig war. Am Ende der Behandlung fühlte ich mich so schwach, dass ich mich in ihr Bett hätte legen können, während sie voll von neuem Leben und Begeisterung war. Ich bin mir sicher, dass

viele von Ihnen ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Daher ist es glaube ich von Wert, wenn ich von unserem ursprünglichen Kurs ein wenig abschweife und das Bedürfnis uns selbst zu schützen erörtere, sobald wir uns mit den Patienten beschäftigen. Dieses Bedürfnis wird noch wichtiger, wenn wir unsere Praxis erweitern. Wie schützen wir uns selbst? Darin besteht die Funktion der schwingenden Umhüllung, die ich beschrieben habe. Das besagte Energiefeld geht aus Ihnen, aus Ihrem Innersten hervor – es handelt sich um eine dynamische Aktion, die sich ständig verströmt und daher eine schützende Umhüllung um sie aufbaut. Alles, was schwächer ist oder nicht mit der dynamischen Aktion harmoniert, die Sie sind, wird von der Strahlung der Aura aufgenommen, von ihr automatisch abgewiesen oder absorbiert. Daher berührt es Sie nicht. Mit anderen Worten: Die Ausstrahlung der Aura ist ein ausfließender Strom von Energie und nichts kann den Fluss hinauffließen. Sie müssen in Ihrem ausfließenden Energiestrom so standhaft sein, in ihrer eigenen emotionalen Sicherheit, in ihrem eigenen inneren Licht, sodass Sie, darf ich sagen, es von sich wegstrahlen. Wir glauben an eine Kontamination, die krank macht. Wir wollen nach demselben Prinzip eine Kontamination visualisieren, die gesund macht. Wir alle kennen Osteopathen, Ärzte und auch Laien, die allein durch ihre Anwesenheit bewirken, dass es anderen besser geht. Sie verströmen in der Tat mittels der ausfließenden Energiestrahlung Gesundheit.

Aber wir wollen zum Patienten in der Praxis zurückkehren. Wir sehen ihn erstens als menschliches Lebewesen, wir sehen ihn zweitens als menschliches Lebewesen mit einer physischen Krankheit, die ihn stört, wir sehen ihn drittens als ein menschliches Lebewesen mit einer physischen Fehlfunktion, welche sich durch äußerliche und sichtbare Offenbarung einer inneren und oftmals tief verborgenen inneren Not zeigt. Heute beschäftigen wir uns mit dem dritten Aspekt. Doch es muss betont werden, dass dies kein neuer Bereich ist, sondern in größere Gebiete führt, die zu einem alten und vertrauten Bereich gehören.

Wie können wir die tiefste Not des Patienten bestimmen? Falls uns die Bestimmung ihrer

Natur gelungen ist, was fangen wir dann praktisch mit ihr an? Die Gedanken zu diesen zwei Fragen wird die Balance unserer Erörterung herstellen.

Erstens baut die Brücke des Mitgefühls eine Harmonie mit dem Patienten auf, ob es sich nun um einen Mann, eine Frau oder ein Kind handelt. Lassen Sie das ziellose Gespräch über das Handikap beim Golf, die Ausmaße Ihres zuletzt gefangenen Fisches oder die Fehler der Regierung weg und fragen Sie mit innerer Beteiligung nach der Arbeit und der Familie. So sollen die Einstellungen des Patienten deutlicher werden. Mögen Sie Ihre Arbeit, haben Sie angenehme Kollegen, denken Sie, dass Ihre Stelle für Sie richtig ist? Fragen Sie die Hausfrau: „Wie verbringen Sie einen gewöhnlichen Tag?“ Das kann aufschlussreiche und bedeutende Informationen erbringen. Der Zugang zum Kind hängt von seinem Alter ab. Doch oftmals verstehen Sie mehr von ihm, wenn bei ihrem ersten Besuch Freunde bei ihm sind, insbesondere wenn er unglückliche medizinische Erfahrungen gemacht hat. Doch während dies alles äußerlich vor sich geht und Sie ihn gleichzeitig osteopathisch behandeln, sprechen Sie innerlich still mit intensiver Gefühlsbeteiligung: „Teile mir Deine tiefste Not mit, sprich über Dich selbst, teile mir mit, was Du brauchst.“ Auf diese Weise wird ein Kommunikationskanal aufgebaut. Der Patient erkennt Ihre Beteiligung und Ihr Interesse an ihm. Sie haben ihn in eine Position gebracht, in der er sich sogar zu seinem eigenen Erstaunen öffnet und seine tiefste Not offenbart. Äußerlich stellen Sie die spezifischen Fragen, um die notwendigen Antworten zu bekommen: Manchmal äußert der Patient eine Information, die eine direkte Antwort auf ihre nicht ausgesprochene Frage darstellt. Häufig beginnt der Patient eine tiefe Angst oder eine innere Sorge, ein Schuldgefühl auszusprechen, das er jahrelang mit sich herumgetragen hat. Und wenn Sie ihn behandeln, werden Sie die verblüffende körperliche Entspannung bemerken, die eine derartige emotionale Klärung begleitet. Sie werden sagen, dass klingt zu einfach, um unbewusste Probleme offenzulegen. Nun, dazu gibt es nur einen Weg: Gehen Sie nach Hause, versuchen Sie es und überprüfen,

ob es stimmt. Gehen Sie mit Engagement auf Ihre Patienten zu, mit dem tiefen Wunsch, Ihnen zu Diensten zu sein – und dann folgen Sie diesem schlichten Prozess. Sie werden von der Antwort überrascht sein.

Nancy ist eine 70-jährige Krankenschwester, die nur ein Problem beschrieb: herabhängende Augenlider seit fünf oder sechs Jahren. Sie behauptete immer gesund gewesen zu sein, obgleich Ihre Anamnese neun größere Operationen einschloss, dazu Darmkrebs, Grauer Star, einen Autounfall und einen langsamen Stoffwechsel. Nach der Konsultation bedeutender Spezialisten in vielen Fachgebieten und einer diagnostischen Bestandsaufnahme in der *Mayo Clinic* kam sie in meine Praxis. Ich fand verschiedene strukturelle Zustände, die Faktoren bei ihrer Ptosis sein konnten, doch ich fühlte, dass sie eine größere Not als den Wunsch hatte, ihre physischen Augen öffnen zu können. Still-schweigend sprach ich den Gedanken: „Teile mir Deine tiefste Not mit. Zeige mir, wie ich mit dieser Not umgehen kann.“ Ich setzte meine strukturelle Behandlung fort und nach wenigen Minuten fragte sie mich, ob ich glaube, dass ihr Problem psychosomatisch sei. Ich stellte ein paar Fragen, um herauszufinden, was sie mir tatsächlich sagen wollte. Sie beschrieb sich selbst als unsensibel, gefühlsarm, unaufdringlich, sie war niemals fähig, eine enge Beziehung zu jemand anderen aufzubauen. Diese Eigenschaften waren ziemlich offensichtlich bei ihrem ersten Besuch, aber es war sehr viel wertvoller, dass sie dies selbst vor mir ausgebreitet, anstatt dass ich sie damit konfrontiert hatte. Denn in der Tat hatte sie gesagt: „Ich habe ein Problem, bitte helfen Sie mir zu fühlen und mich mit Menschen zu verbinden.“ Sie hatte die Tür zu ihrem innersten Sein geöffnet. Nur dann kann Hilfe hineinfließen.

Hazel, eine arbeitslose Lebensmittelprüferin, litt noch an starken Schmerzen aufgrund eines Unfalls in ihrer Kindheit, die es ihr unmöglich machten zu entspannen. Ich äußerte meine still-schweigende Frage und plötzlich sah sie mich mit Tränen in den Augen an und sagte schlicht, dass sie sich unterlegen und unpassend fühle sowie Angst habe, mich aufzusuchen. Sie hatte die Tür zur Kommunikation geöffnet.

Das sind nur zwei schlichte Beispiele von vielen, die ich erfahren habe. Häufig werden die Antworten weit von dem entfernt sein, was Sie erwarten. Doch in jedem Fall öffnet die verbale Antwort auf Ihre stillschweigende Frage die Tür zur Kommunikation: Eine tiefere Harmonie wird aufgebaut und das Fortschreiten zur Gesundheit hat sich beschleunigt.

Es gibt zwei weitere Fragen, die überraschende Reaktionen und therapeutische Antworten hervorrufen. Die erste lautet: „Warum möchten Sie, dass es Ihnen gut geht?“ Einige Patienten werden von „einer solch dummen Frage“ entrüstet sein. Andere werden stottern und stammeln: „Gut, was meinen Sie?“ Wieder andere stellen Ihnen eine Liste von vollständig selbstzentrierten Vergnügen vor und einige wenige, nur wenige haben ein tatsächliches Motiv. Die zweite Frage, die damit eng verbunden ist, lautet: „Wenn Sie morgen früh vollkommen gesund aufwachen, was würden Sie dann tun?“ Sie ist bei chronisch kranken Patienten sehr informativ, insbesondere bei Arthritis. Die Antwort kann ebenfalls ärgerlich oder entrüstet sein. Ich erinnere mich an eine arthritische Frau, der ich diese Frage stellte. Sie explodierte: „Ich verstehe nicht, was Sie meinen!“ Es gab nur wenig Fortschritt und ich gab ihr die Frage mit nach Hause, um darüber nachzudenken. Erst beim dritten Besuch erhielt ich eine Antwort, die mir zeigte – und bestätigte – und ihr vor Augen führte, wie extrem bestimmend und selbstzentriert sie war. Ab dann machte sie Fortschritte. Ich habe diese Frage vielen Patienten gestellt, doch nur von einem erhielt ich die Antwort: „Ich würde auf meine Knie fallen und Gott danken!“ Diese Fragen legen den Sinn des Lebens oder den fehlenden Sinn des Lebens offen. Wenn es keinen Sinn gibt, gibt es keinen Anreiz, damit es einem gut geht. Es geht dann höchstens um den Wunsch nach Erleichterung oder Wohlbefinden. Die Äußerung einer verärgerten Antwort sollte Sie nicht einschüchtern oder verstören, denn es handelt sich für diese kranke Person um einen Akt der Seelenreinigung. Und Sie werden beginnende Veränderungen in ihrer Einstellung nicht nur Ihnen, sondern gegenüber der ganzen Welt bemerken.

Auf diese Weise habe ich Ihnen knapp und oberflächlich die Technik der diagnostischen Bewusstheit vorgestellt, die sich als Erweiterung der Praxis der diagnostischen Berührung versteht. Nachdem die Diagnose gestellt ist, betrachten wir jetzt die Behandlung. Erneut wollen wir dabei vom Vertrauten auf das Unvertraute schließen.

Dr. Still stellte fest, dass der Körper in sich die Kraft besitze, jede Krankheit zu überwinden. Dieser Gedanke wurde im Laufe der Jahre häufig zitiert und oft falsch interpretiert. Gleichwohl stellt er den Felsen dar, auf dem jede Heilung aufgebaut wird.

Keine Behandlung, die jemals entworfen wurde, kein Medikament, das jemals entdeckt wurde, und kein Verfahren, an das man überhaupt denken kann, hat einen Patienten geheilt oder wird ihn heilen! Sollten wir deshalb unsere Praxis schließen und uns eine neue Beschäftigung suchen? Selbstverständlich nicht, weil wir dazu ausgebildet sind, die Türen aufzuschließen, die Bedingungen zu schaffen und die Kanäle zur Verfügung zu stellen, durch welche die Heilung geschehen kann. Die inhärenten Kräfte im Körper vollenden die Heilung. Ob wir über Materie, Elektrizität, Energie oder Geist sprechen, stets beziehen wir uns nur auf verschiedene Zustände derselben Sache, wie es sich bei Eis, Wasser und Dampf als verschiedenen Phasen von H₂O verhält. Die Materie, die physische Substanz, das körperliche Erscheinungsbild sind Verdichtungen von Energie. Und die Form, die sie angenommen hat, ist die Offenbarung der Kraftlinien in der Energie. Mithin entspringt alle Heilung den inhärenten Energiemustern, der immanenten Intelligenz, wenn Sie so wollen, im Körper. H. V. Hoover mit seiner funktionellen Technik und Becker mit seiner therapeutischen Anwendung der diagnostischen Berührung haben uns zur Anerkennung der in den Körpern inhärenten therapeutischen Potency geführt, insofern wir sie nur beobachten und seiner Leitung folgen.

Früher als die Telefonkabel noch nicht spiralförmig waren, war es eine übliche Praxis, ein verwickeltes Kabel mit einer schlichten Technik zu richten. Man hielt das eine Ende des Kabels und so hatte der Hörer die Möglichkeit am anderen

eines Jahres fertig und bemüht weiter intensiv zu studieren und noch mehr zu lernen. Ich war der Meinung, ein derartiges Engagement müsse belohnt und solche Anstrengungen unterstützt werden. Ich kehrte viele Mal nach Frankreich zurück, um ihre Ausbildung weiterzuführen. Mein Ziel bestand darin, Lehrer zu lehren, die in angemessener Zeit kompetent wären, in Frankreich zu lehren. Als diese ihrem Beruf verpflichteten Studenten kompetent genug waren, gaben sie ihre eigenen Basiskurse. Meine Unterstützung umfasste auch Fortgeschrittenen-Kursen und einen Kurs in Kinderheilkunde, der bis einschließlich 1997 stattfand.

Diese entschlossenen Pioniere kamen aus Nord- und Südfrankreich und auch aus Paris selbst. Jeder hat etwas zum Wachstum der Profession beigetragen, aber einer ragt aufgrund seines Beitrags, seiner Beharrlichkeit, seiner Ausdauer und seiner unermüdlischen Verpflichtung heraus, nämlich Francis Peyralade. Die Osteopathie in Frankreich verdankt diesem unerschrockenen Pionier, einem Lehrer, einem Autor und einem Heiler so viel.

Beharrliche Bemühungen zum Erhalt einer Approbation werden fortgesetzt und sie werden solange fortgesetzt, bis die Anerkennung der Regierung erreicht worden ist. Früher gab es zahlreiche kleine Gruppen, die sich dazu bekannten Osteopathie zu lehren und es existierte eine Schule in Maidstone, England, die *European School of Osteopathy (ESO)* mit zwei Gruppen – einer englischen und einer französischen. Letztere bot intensive Lehrblöcke für französische Kinesiologen an, welche entschlossen waren, in Frankreich Osteopathen zu werden. Dieser Teil der *ESO* ist heute eine unabhängige Schule in Paris, das *CIDO, College*.

1983 führten intensive Anstrengungen, die Gruppen zusammenzuführen zu einer produktiven Wochenendkonferenz, während der alle Aspekte des Lehrens, der Prüfungsmodalitäten, Standards, Legalität, gesetzgebenden Anstrengungen und der Finanzierung in der Praxis besprochen wurden. Es sollte der historische Beginn der Zusammenführung einer fragmentierten Profession werden.

Ein weiteres bedeutendes Ereignis stellt die Bildung eines osteopathischen Registers am 23.

April 1981 dar. Um Mitglied des MRO(F) zu werden, musste der Behandler alle Verbindung zu den Kinesiologen abbrechen und sich selbst zum Diplomosteopathen erklären. Das erforderte sowohl Vertrauen als auch Mut, das Vertrauen ohne Erstattung seitens der gesetzlichen Krankenkassen zu überleben. Es erforderte zudem Mut, fest zur Osteopathie zu stehen, die noch nicht legalisiert ist. Weiterhin bezeichnet MRO(F) einen hohen Kompetenzgrad.

Etwa in den letzten sieben Jahren haben wir uns an der Entwicklung eines umfassenden Vollzeitcurriculums beteiligt, das sich über 5000 Stunden didaktischer und praktischer Lehre erstreckt. Nicht ausschließlich für Frankreich konzipiert, konnte durch Beteiligung internationaler Rechtsanwälte erreicht werden, dass nun identische Kurrikula für ganz Europa existieren. Gegenwärtig existieren drei Schulen in Frankreich, eine in Belgien, eine in Italien, eine in Spanien und eine in der Schweiz. Die *International Society of Osteopaths, SIO*, fungiert als Ursprungsorganisation mit ihrer Zentrale in Genf. Die erste Vollzeitschule mit einem fünfjährigen Ausbildungsprogramm öffnete am 15. März 1991 ihre Tore. Es handelt sich um die *Superior School of Osteopathy*. Seitdem wurden zwei ähnliche Schulen in Frankreich eröffnet. Zurzeit sind drei Studiengänge verfügbar: 1.) Für diejenigen, die keine medizinische Ausbildung besitzen, gibt es den obligatorischen fünfjährigen Vollzeitkurs. 2.) Für qualifizierte Ärzte, Chirurgen, Internisten, Geburtshelfer usw. gibt es ein intensives dreijähriges Ausbildungsprogramm, das sich mit allem befasst, was das osteopathische Kurrikulum vom klassisch-medizinischen unterscheidet. Dafür werden osteopathische Spezialisten als Lehrer für die Studenten in Gruppen ausgebildet. 3.) Für diejenigen, die ihre Ausbildung abgeschlossen hatten, bevor das Vollzeitcurriculum bestand, gibt es ein Studienprogramm mit 1.200 Stunden, um sie auf den Standard des fünfjährigen Vollzeitstudiengangs zu bringen. Jeder Student dieser Studiengänge muss schließlich eine Abschlussarbeit schreiben und diese vor einer internationalen osteopathischen Jury präsentieren. Thema ist ein originäres Forschungsprojekt, das sich auf die Wissenschaft und Praxis

der Osteopathie bezieht. Der Einfluss der EU wird vielleicht dabei behilflich sein, um schließlich die gesetzliche Anerkennung in Frankreich, Belgien, Italien usw. zu erreichen.

Die *SIO* erstreckt sich inzwischen bis Russland und Lettland. Nun soll der Entwicklungsstand der weltweiten Osteopathie besprochen werden:

II. China

Als nächste überraschende Einladung kam 1984 per Post aus Michigan vom Austauschinstitut zwischen China und den Vereinigten Staaten. Ob ich eine Delegation organisieren und leiten wolle, welche die Osteopathie in China vorstellen könne? China stand niemals auf meinem Reiseplan. Doch sofern ich einen älteren osteopathischen Studenten oder Arzt finden könnte, der in den osteopathischen Prinzipien und der osteopathischen Praxis kompetent wäre und fließend Chinesisch sprechen und als Dolmetscher fungieren könnte, würde ich zustimmen. Dan Bensky, ein älterer Student am MSU COM erfüllte diese Bedingungen mit Freude, auch weil seine Frau Chinesin war und sich nach einem Besuch in ihrem Heimatland sehnte.

Etwa 23 Mitglieder der *American Academy of Osteopathy* trafen sich mit ihren Ehegatten in San Francisco, um sich an Bord eines Lebensabenteuers zu begeben. Über Tokio erreichten wir schließlich Hongkong, wo uns der Monsunregen mit dem Klima eines türkischen Badehauses empfing. Ein innerchinesischer Flug wurde wegen starkem Regen in Peking gestrichen, doch schließlich waren wir doch noch in einem chinesischen Flugzeug unterwegs und flogen über das kommunistische China zur Hauptstadt dieses riesigen Landes. Das offizielle Programm begann unmittelbar nach unserem Eintreffen.

Am ersten Abend gab es ein offizielles Bankett, das der Vizepräsident der *CAST (China Art Science and Technology)* ausrichtete. Bei unserem Orientierungstreffen in San Francisco wurden wir über die Formalitäten eines solchen Banketts informiert. Doch als wir den Bankettsaal

mit unserem Reisebus erreichten, hatten wir alles über das Protokoll vergessen. Wir betraten die Halle in der Reihenfolge, wie wir aus dem Bus ausgestiegen waren. Nicht ein Arzt begrüßte den Gastgeber! Wir zogen uns wieder zurück und kamen erneut herein, so als ob wir zum ersten Mal einträten. Ich stellte die Mitglieder der Delegation vor und wir wurden zu unseren Plätzen geleitet. Das offizielle Bankett war das einzige Essen, bei dem ein chinesischer Dolmetscher die Erlaubnis erhielt teilzunehmen. Er war zu meiner Rechten platziert. Bei keiner anderen Gelegenheit durfte er mit uns essen.

Ich wiederum saß zur Rechten meines Gastgebers, der die Gewohnheit besaß, jeden Gast an seinem Tisch mit Esstäbchen zu bedienen. Das war eine weise Anordnung! Als er verstand, dass ich Vegetarierin bin, bestellte er großzügig etwas für mich. In Erdnussöl geschmorte Champignonköpfe und Melonenkugeln überforderten meine Esstäbchenkunstfertigkeit, zumal es sich um besonders gestaltete Esstäbchen handelte. Als er meine erfolglose Jagd auf dem Teller beobachtete, wurde mir eine Gabel gebracht. Dann folgte der Nachtisch. Es handelte sich um Ananas in einer Agarform und wurde von der Bedienung mit Esstäbchen auf jedem Teller serviert. Aus den Augenwinkeln sah ich, dass selbst mein Gastgeber Schwierigkeiten hatte sie mit den Esstäbchen vom Teller in seinem Mund zu befördern – was sollte ich dann erst angesichts dieses schlüpfrigen Manövers tun? Ich beobachtete und wartete. Plötzlich senkte er sein Haupt und aß wie ein geschickter Hund direkt von der Platte. In diesem kurzen Augenblick, in dem er abgelenkt war, ergriff ich einen liegen gebliebenen Suppenlöffel – und mein Nachtisch war auch gegessen. Das war eine Vorstellung an unserem ersten Abend in China!

Trotz des Wetters... und oh, wie regnete es... besuchten wir den Himmelstempel, eine Jadenfabrik, den Tiananmenplatz, die Revolutionshalle des Volkes, die Gräber der Mingdynastie und die Große Mauer und genossen dabei viele unvergessliche Stunden. Viele Straßen der Stadt waren mit Fahrrädern überfüllt, es gab nur wenige Autos. Alles wird auf dem Fahrrad transportiert, die Frau, das Kind, die Handelswaren oder die Schreinerwerkzeuge und das Bauholz.

Erstaunte Kinder sahen uns erschreckt an, doch schließlich lächelten sie vorsichtig.

Am dritten Tag konnten wir uns für den professionellen Austausch vorbereiten. Aufgrund allzu buchstabengetreuer Übersetzung hatten die Chinesen angenommen, wir seien Orthopäden. Die 1977 gegründete Akademie für Chinesische Medizin war dazu bestimmt, die Traditionelle Chinesische Medizin weiterzuentwickeln. Ältere Studenten der westlichen Medizin wurden wiederum in Chinesischer Medizin ausgebildet. Eine integrierte Kombination beider Medizinformen wurde bei 300 ambulanten Patienten am Tag angewandt. Sechs Spezialkliniken mit 80 Betten waren mit der Heilung von Brüchen in der einen und mit der Heilung von Weichteilen in der anderen Abteilung befasst.

In den Kliniken sahen wir Manipulationen im Chinesischen Stil! Die Spezialanwendungen waren sehr spezifisch – beispielsweise für die Bandscheibenprotrusion oder die Manipulation von T3. Es gab vier oder fünf Behandlungstische mit mehreren Behandlern um jeden herum, die sich insbesondere dann, wenn wir kamen, ballten. Eine von zwei Männern durchgeführte Lumbarebehandlung ist schon was! Bei Schüttellähmung bestand die Therapie aus punktueller Perkussion. Wir durften einige Kinder behandeln und die chinesischen Ärzte zeigten sich höchst interessiert. Später trafen wir eines der Kinder auf der Straße wieder. Er war glücklich, konnte er nun doch seine beweglichere Schulter vorführen.

Peking ist das Zentrum der Traditionellen Medizin, bei der die Akupunktur nur einen Teil darstellt. Die Doktoren kommen um zu lernen, sie erhalten dafür kein Geld. Sie wären daran interessiert, ein ähnliches Arrangement für das medizinische Studium in den Vereinigten Staaten zu erreichen. Alle waren herzlich und freundlich und höchst interessiert daran, was wir ihnen mitzuteilen hatten. Zum Abschluss begleitete uns der Direktor für Internationale Beziehungen zum Flughafen und richtete ein Mittagessen aus.

Flug nach Xian. Die chinesische Klimaanlage besteht aus einem Fächer, der Passagier wird mit Eiscreme gekühlt und als Erfrischung gibt es

Orangensaft mit einer Waffel. Überall Rauchverbot!

Xian ist das nördliche Ende der Seidenstraße, die von Marco Polo durchquert wurde. Es handelt sich sogar für chinesische Maßstäbe um eine sehr antike Stadt. Doch jetzt ist sie stark industrialisiert, es werden Textilien und Flugzeuge hergestellt. Berühmt ist sie wegen ihrer Terrakottakrieger, die 1974 von einem Landwirt entdeckt wurden. Sie standen aufmerksam zur Verteidigung des Kaisers bereit, sobald dieser in seine Kutsche einstieg. Die Pferde waren schon angeschirrt und der Kutscher hält die Zügel in seinen Händen. Es handelt sich um eine bemerkenswerte Armee von 8.200 individuell gestalteten Soldaten. 1936 wurde Chian Kai Check hier in den Bergen gefangen, weil er bei seiner hastigen Flucht aus dem Fenster seine Zähne zurückließ und das Bett noch warm war. Nach zwei Tagen wundervoller touristischer Eindrücke und der Beobachtung, wie die Chinesen auserlesene Seidenstickereien herstellen bzw. wie sie in den heißen Quellen spielen, besuchten wir die Akademie für Traditionelle Chinesische Medizin in Xian. Hier wurde intensive Forschung über junge Leute, die farbenblind oder kurzsichtig sind, betrieben. Lähmung nach einem Schlaganfall, Gesichtslähmung, Rheumatismus und Akne können durch Akupunktur, Moxibustion, Schröpfen und Kräuter behandelt werden. Bluthochdruck, Arteriosklerose und Epilepsie stellen gegenwärtig weitere Forschungsgebiete dar.

Im Zug fuhren wir nach Nanjing auf der anderen Seite des Yangtse. An dieser Stelle ist der Yangtse einen Kilometer breit. Wir überquerten die 1961 - 1969 erbaute Große Brücke und besuchten das imponierende Mausoleum von General Sun Yat Sen, das 1925 - 1929 auf der Spitze des Purpurbergs über 392 Stufen errichtet wurde!

Ein schönes Hotel, herrliches Essen und eine wundervolle Gastfreundschaft empfingen uns hier. Als wir uns mit dem Chef der Orthopädie, dem Chef der Traumatologie und zwei weiteren Ärzten trafen, äußerten sie großes und aufrichtiges Interesse daran, mit uns Informationen auszutauschen. Sie organisierten am Sonntag

eine spezielle Veranstaltung, um ihre Manipulationstechniken zu demonstrieren – eine unvergessliche Erfahrung. Warum finden sie eine derartig anstrengende Behandlung nicht unangenehm? Stechende Kräuter, die am Eingang jeder Station im Krankenhaus brodeln, beugen Komplikationen vor, wie uns versichert wurde. Im Krankenhaus besuchten wir die Abteilung für Knochenbrüche. Dortige Methoden der Distraction und Kräutergabe bei Femurbruch finden bei Lungenentzündungen, Harntraktinfektionen usw. keine Anwendung. Alle Ärzte und Therapeuten waren ebenfalls sehr über die Erfahrung der verschiedenen Vorgehensweisen osteopathischer Manipulation erfreut und interessierten sich für die Technik und Philosophie. Wuxi, ein Ferienort am See, ist mehr als 3.000 Jahre alt. Das Klima war sehr feucht, so wie bei uns im Mittleren Westen nach einem Gewittersturm im Sommer. Im Osten blickten wir über die Reisfelder. Der Empfang war sehr förmlich. Ein sehr schmaler Tisch mit bedeckten Tassen an jedem Platz. In der Tasse befanden sich Teeblätter. Eine Bedienung füllte die Tasse aus einem Gefäß mit heißem Wasser und tauschte die Abdeckungen aus. Die chinesischen Ärzte saßen auf der einen Seite des Tisches, unsere Delegation auf der anderen. Glücklicherweise übersetzte ein in den Vereinigten Staaten ausgebildeter Urologe ausgezeichnet, wodurch sich eine lebhaftige Diskussion ergab. Der Chef der Orthopädie stellte eine alte Knöchelverletzung, eine alte Kopfverletzung und eine neuere Hüftenverletzung vor - ausgezeichnete Kandidaten für die Behandlung mit mehreren Händen. Der Direktor der Medizinischen Gesellschaft, ein früherer Professor für Anatomie, der örtliche Direktor der *China Association for Science and Technology* [CAST] und weitere wichtige Personen verbrachten am Abend mehrere Stunden mit uns, um etwas über die Osteopathie zu erfahren. Der Anatom war wiederum besonders an den Faszien interessiert. Dieser Tag im 1952 gegründeten Sanatorium der Jang Su-Provinz vermittelte unvergessliche Eindrücke vom dortigen Rehabilitationsprogramm. Es gibt 400 Betten, 200 Angestellte, 100 Doktoren und Krankenschwestern für Patienten mit nichtinfektiösen chronischen Krankheiten, die

dort zwei Monate mit Übungen, physikalischen Anwendungen, Massage, Akupunktur und medizinischer Behandlung versorgt werden. Ich selbst besitze lebendige Erinnerungen an einen Ritt auf einem lebensähnlichen mechanischen Pferd! Alle Übungen werden seit 2.000 Jahren vollzogen und sie werden als Tiger, Affe, Bär, Kranich oder Hirsch bezeichnet. Warum soll also die kraniale Familie in den Vereinigten Staaten dann mit „Katzenpfote“ oder „Vater Tom“ unzufrieden sein?^{xv} Wuxi ist ebenfalls ein Zentrum der Seidenindustrie und die ideale Gegend für das Wachstum von Bambusschößlingen. Sie werden im Frühjahr geerntet, kurz bevor sie die Scholle durchbrechen.

Schanghai repräsentiert die größte Stadt Chinas. In ihr spiegelt sich vielleicht am stärksten die britische und europäische Präsenz in China hundert Jahre vor der Revolution wider. Es gibt drei Ebenen der Gesundheitspflege, einige Nachbarschaftskliniken und das Distriktskrankenhaus sowie das kommunale Krankenhaus. Zudem existieren etwa 400 Stadtkrankenhäuser, besondere Schulen für Blinde und Taube und spezielle Klassen für Lernschwache.

Ein Vorfall, der sich hier in dem Lehrkrankenhaus und Forschungsinstitut mit 1.000 Betten ereignete, zeigt einen Aspekt des chinesischen Systems. Bevor ich wusste, dass ich einmal China besuchen würde, las ich in einer amerikanischen Zeitschrift einen Artikel über eine bemerkenswerte Ärztin in Schanghai, die Säuglinge manipulierte. Lange, bevor unsere Reise geplant wurde, schrieb ich an Frau Dr. Zhou Hui Ling. Sie antwortete mir kurz: „Sollten Sie jemals nach China kommen, dann besuchen Sie mich!“ Sobald unser Reiseplan erstellt wurde, teilte ich meinen Wunsch mit, Frau Dr. Zhou zu besuchen... Keine Antwort. Während unserer ersten Konferenz mit unserem chinesischen Führer in Peking, äußerte ich meinen Wunsch, Frau Dr. Zhou Hui Ling in Schanghai zu besuchen – keine Antwort. Bei unserer Ankunft in Schanghai teilte ich dem örtlichen Führer mit, dass ich sie zu treffen wünsche, aber die Antwort lautete: „Unmöglich!“ Dann machte ich den unverzeihlichen Fehler zu fragen: „Warum?“ Etwas verlegen antwortete der Führer: „Sie ist nicht hier!“ Als ich die Sache weiter

^{xv} Anm. d. Hrsg.: Hier handelt es sich um Ausdrücke, die Sutherland im Bereich seiner Lehre der Kranialen Osteopathie gerne verwendete, um unterschiedliche Geschwindigkeiten bei der Fluktuationskontrolle zu veranschaulichen.

verfolgte und fragte: „Wo ist sie?“ – erntete ich nur Schweigen. Beim formellen Empfang am Morgen begann ich meine Präsentation mit der Hoffnung und Erwartung, dass ich Frau Dr. Zhou Hiu Ling zu treffen wünsche – keine Reaktion. Ich setzte meine Präsentation fort. Plötzlich stand der Leiter auf und sagte: „Wir gehen!“ Alle erhoben sich und wir verließen das Gebäude, überquerten ein großes grasbedecktes Viereck hin zur Ambulanz. Im Geschoss über einer Wendeltreppe manipulierte Frau Ling gerade einen Säugling. Frau Dr. Zhou war winzig, dynamisch, begeistert und voller Freude. Ihre Hände bewegten sich blitzartig über den Patienten. Als sie fertig war, demonstrierte sie es an meinem Arm. Es fühlte sich an wie elektrische Punkte, die meine Extremität herunterliefen. Frau Dr. Zhou war 70 Jahre alt, die vierte Generation jener „Barfußärzte“, die diese Art von Behandlung anwandten. Sie war begierig uns zu lehren und wir wollten sehr gerne von ihr lernen. Wir hätten noch mehr Zeit mit ihr verbringen können, aber sie war auf unserem Terminplan nicht vorgesehen und so mussten wir bald wieder zum gewöhnlichen Verlauf zurück.

Prof. Kuo, unser Gastgeber, Führer und Übersetzer hatte in Harvard studiert und 1949 sogar das *Philadelphia College of Osteopathy* besucht. Manipulation hatte er am *National Orthopaedic Hospital* in London erlernt. Er zeigte auf die Bank neben der Pfortnerloge am Haupteingang und sagte: „Das war mein Platz!“ Nach der Kulturrevolution war er zum Torhüter degradiert worden. Er hatte zweifellos Glück gehabt, dass ihm dieses Schicksal gewährt wurde – anstatt wie die meisten gebildeten Männer und Frauen hingerichtet zu werden.

Hangzhou ist eine 1.000 Jahre alte Stadt am Westsee. Sie erinnert ein wenig an Kalifornien. In dieser Gegend wird sehr viel Tee angebaut und alle Arten von Tee werden von dort exportiert. Eine Seidenfabrik, in der die rohe Seide zu über 1.800 Designs auserlesener Textilien gewoben wird, gestaltete sich in der Tat als lebhaft und farbenfrohe Erfahrung. Der Besuch in einer hundert Jahre alten Fächerfabrik war höchst interessant. Jeder Fächer wird mit der Hand erstellt. Der akademische Austausch wur-

de von mehr als 50 Interessierten besucht. Wir wurden vom Chef der Orthopädie begrüßt. Dort hatte es in der Vergangenheit bereits eine Präsentation der Chiropraktik gegeben – und uns erschien dies die schwierigste Gruppe zu sein. Unsere Delegation durfte sich in die fünf vorgesehenen Teams aufteilen und jedes von ihnen bekam eine Gruppe interessierter Teilnehmer. Am Ende gingen nur aufgrund des Drängens unseres Führers weg, daher war es wohl besser als wir gedacht hatten.

Am letzten Abend gab es ein offizielles Bankett mit dem Gastgeber des CAST. *Dieses Mal trat ich zuerst ein, stellte unsere Delegation einzeln vor und ich konnte ohne Vorfall mit Essstäbchen essen.* Ich hatte wahrhaftig einige bedeutende soziale Fähigkeiten erlernt!

Im Ernst, es war ein wertvoller Austausch von professionellen Kunstfertigkeiten und Erfahrungen. Zugleich war es aber auch eine schätzenswerte Möglichkeit Menschen kennenzulernen, die gelitten und überlebt hatten. Wir lernten, dass es Mitreisende auf der Straße des Dienstes für die leidende Menschheit gab. Und wir konnten vieles teilen. Mit Frau Dr. Zhou Hui Ling ergab sich über mehrere Jahre ein Korrespondenz, doch nach ihrer Reise nach Belgien brach der Kontakt ab. Mit einem Arzt aus Nanjing tauschte ich immer noch Weihnachtsgrüße aus. Ich erhielt die Einladung nach Schanghai zu gehen und dort ein Osteopathisches Zentrum für Kinder aufzubauen, doch es gelang mir nicht die finanziellen Ressourcen aufzutreiben, die für ein derartiges Zentrum erforderlich gewesen wären.

Osteopathie repräsentiert eine Mischung aus westlicher und traditioneller Medizin, welche die Chinesen jetzt zu integrieren versuchen.

Dr. Stills Lehren (die er teilweise von einer nächtlichen östlichen Besucherin empfing^{xvi}) und diejenigen Dr. Sutherlands können den chinesischen Forschern viele Antworten geben. Ich hoffe, dass diese wechselseitige Kommunikation fortgesetzt wird.

^{xvi} Anm. d. Hrsg.: Dieser interessante Hinweis zeigt, dass Stills Leben und Wirken offensichtlich weitaus mehr von sogenannten esoterischen Aspekten geprägt war, als dies in seinen eigenen Schriften offenbar wird. Insbesondere zu den medialen Aspekten konnten bis heute allerdings kaum eindeutige historische Primärquellen gesichtet werden. Das dem Herausgeber vorliegende spärliche Sekundärmaterial muss zudem immer unter dem kritischen Aspekt subjektiver Auslegung der Verfasser betrachtet werden.

Teil III – Monaco

1985 erhielt ich eine überraschende und unglaubliche Einladung von Prinzessin Antoinette von Monaco zu einem Kongress über energetische Medizinformen. Sie war selbst Patientin eines französischen Osteopathen gewesen und war bemüht, verschiedene Vorgehensweisen sich ergänzender Medizin zu fördern. Die äußerst anspruchsvolle Liste der Vortragenden umfasste auch Sir Fred Hoyle, den britischen Astrophysiker und hervorragenden Kenner des Universums und der Natur des Weltraums; er besitzt zudem einen wunderbaren Sinn für Humor. Seine ausgedehnte Forschung widerlegt schlüssig die Evolutionstheorie. Sämtliche interstellaren Teilchen sind tatsächlich ein und dasselbe. Die vitalistische Medizin trägt substantiell etwas zum Verständnis der Homöopathie bei. Die Aromatherapie stellt einen interessanten Weg dar, um das angemessenste Essen durch den Charme des Aromas auszuwählen. Die Irisdiagnose wurde meisterlich präsentiert. Ich präsentierte einen Vortrag mit dem Titel: „Eine wissenschaftliche Studie zum Gebet und zur Heilung durch die Kraft des Heiligen Geistes“. Die Prinzessin selbst trägt den Titel „Ihre erhabene Hoheit“, der sie gut beschreibt. Sie ist eine sanfte, liebevolle spirituelle Frau mit einem tiefen Engagement für Kinder in Not. Sie empfand, dass mein Vortrag einen wunderbaren Geist der Harmonie und Einheit hervorgebracht habe, welche die ganze Veranstaltung erfüllte.

Teil IV – Japan

Ein weiterer Besucher des *College of Osteopathic Medicine Pomona*, Dr. Hyunzoo Park, war so begeistert vom Grundkurs, der ihn in die Osteopathie im kranialen Bereich einführte, dass er mich 1986 nach Tokio, einlud. Er war daran interessiert, dort ein *College of Osteopathic Medicine* aufzubauen. Mein Interesse bestand darin, finanzielle Unterstützung für das neue *Osteopathic Center for Children* zu gewinnen. Philip Pumerantz, der Präsident des *College of Osteopathic Medicine Pomona* begleitete mich bei diesem Dreitagesprogramm. Ein großer

Hörsaal mit Behandlungstischen und eifrigen Studenten wartete auf die Einführung in die Konzepte der osteopathischen Philosophie und Theorie, die durch klinische Demonstration und palpatorische Erfahrungen veranschaulicht werden sollten. Man hatte die Qualifikation der Studenten nicht beschrieben. Viele praktizierten, wie ich glaube, traditionelle östliche Medizin, einige dürften in die Chiropraktik eingeführt worden sein und alle hatten irgendeine Erfahrung mit unterschiedlichen Methoden der Manipulation. Es gab kaum Zeit für touristische Aktivitäten, doch wir erfreuten uns an einem schönen offiziellen japanischen Abendessen. Dabei saßen wir am Boden und wurden von erhabenen, ausgewählt eleganten Damen in Kimonos mit Brillantenkragen bedient. Jede Speise war ein Kunstwerk, jedes Utensil eine künstlerische Kreation. 1988 wurde ein anspruchsvolleres Ausbildungsprogramm mit 12 Ärzten vorgeschlagen, das in Tokio stattfinden sollte. Meine Zusage hing erneut davon ab, ob ein osteopathisch und sprachlich kompetenter Übersetzer zur Verfügung stand. Diese Bedingungen erfüllte Michael Seffinger, Student an der MSU COM auf exzellente Weise. Er war ebenfalls mit einer Frau verheiratet, die sehr gerne ihr Heimatland wiedersehen wollte. Die Veranstaltung sollte zeigen, wie wertvoll die osteopathische Behandlung für Kinder mit Beschwerden ist. Peter Springall, PhD, ein auf Entwicklungsfragen spezialisierter Neurologe begleitete mich, um die Kinder vor und nach der osteopathischen Behandlung zu beurteilen. Die Veranstaltung verlief gut und die Kinder zeigten befriedigende Ergebnisse. Das Protokoll war aufschlussreich, allerdings nicht ohne soziale Fallen. Jedem Kind wurde klar gemacht, dass es nicht die Schuhe ausziehen und bloß in Socken dastehen durfte. Dazu war eine besondere Erlaubnis der Eltern erforderlich. Die Studenten wussten im Unterschied zu mir, dass die japanische Sitte dem Professor vorschreibt, den Leiter der Gruppe zu lehren und dieser dann die Studenten lehrt. Entsprechend war eine weitere Erlaubnis dafür nötig, dass die Studenten die Patienten palpieren durften, um die Veränderung einzuschätzen. Am ersten Tag mussten die untersuchten Kinder den ganzen Tag

aus Respekt vor den zu Besuch gekommenen Professoren stehen! Daher brauchte ich zweifellos eine weitere Erlaubnis, um den Kindern diesen Ausdauerstest zu ersparen, aber mehr als ein halber Tag war nicht drin. Gleichwohl sind die japanischen Kinder, ungeachtet ihrer Beeinträchtigungen, gut erzogen und sehr höfliche, charmante, kleine Personen.

In der Mitte des Kurses konnten wir am Wochenende mit dem Hochgeschwindigkeitszug Hiroshima besuchen. Da Dr. Springall und ich über die schreckliche Zerstörung der Stadt durch die Atombombe vor 40 Jahren Bescheid wussten und die Irreversibilität der Kontamination der Umwelt kannten, waren wir überrascht aus dem Bahnhof heraus in eine blühende und belebte Metropole zu treten. Naturgemäß handelt es sich dabei um eine nach dem schrecklichen Tag in 1945 neu aufgebaute Stadt. Der Friedenspark im Epizentrum der Explosion beherbergt immer noch das verkohlte Gehäuse des Rathauses als beständiges Erinnerungsmal. Das Museum ist voll von Fotografien der Verwüstung und der Strahlungsfolgen bei den Menschen. Man hat Bäume um das Epizentrum angepflanzt, das ein Massengrab ist. Und die Bäume zeigen, dass das Leben selbst nach einer derartigen nuklearen Katastrophe weitergeht.

Ein dritter Besuch in Tokio blieb erfolglos. Meiner Meinung nach wird die osteopathische Behandlung in Japan nur Wurzeln schlagen und wachsen, wenn sie von japanischen durch eine Osteopathen ausgeübt wird, die in Japan geboren und aufgewachsen sind und mit der Kultur und dem Leben dort vollkommen vertraut sind. Sie können in den Vereinigten Staaten ausgebildet werden. Gleichwohl wird es selbst unter diesen idealen Voraussetzungen nicht leicht sein, weil es dort so viele Schulen der Heilkünste gibt. Sie bilden ein breites Spektrum, vom westlich gebildeten Arzt bis hin zum „Barfußdoktor“ der naturkundlichen östlichen Medizin. Weiterhin gibt es eine öffentliche Erwartung, beflügelt durch die Medien, dass die manipulativen Techniken eine dramatische, augenblickliche Heilung herbeiführen. Beispielsweise soll ein Querschnittsgelähmter durch sie seinen Rollstuhl verlassen und gehen können!

Teil V: Russland

Ein weiteres transatlantisches Abenteuer begann, als ich eine Einladung der russisch-amerikanischen Austauschorganisation in Michigan erhielt, eine Delegation zu organisieren, welche die Osteopathie in der Sowjetunion vorstellen sollte. Ich war überhaupt nicht sicher, dass ich hinter dem Eisernen Vorhang durchdringen könne. Wieder verwendete ich den gleichen Test, mithin einen Übersetzer, der fließend Russisch sprach und mit der Osteopathie in den philosophischen Konzepten und der Praxis vertraut war. Mir wurde Richard Kovar, wieder ein Student der MSU COM vorgestellt, der ein Jahr in Moskau studiert hatte. Er hatte beruflich viele Reisen durch die gesamte UdSSR unternommen und war als Reiseführer anerkannt. Der Leser mag fragen, wozu ich einen eigenen Übersetzer brauchte, wenn das besuchte Land nur offizielle Übersetzer akzeptierte, die uns auf allen Teilen der Reisen begleiteten und als Führer zur Verfügung standen, um uns zu unterstützen, sobald wir eine Übersetzung benötigten. Aber die erfolgreiche Kommunikation der osteopathischen Philosophie und Konzepte ist, ungeachtet der Kompetenzen der Übersetzer, mehr als eine wörtliche Übersetzung der Begrifflichkeit. Soll der Hörer das Konzept erfassen, ist dazu ein Verständnis der Ideen nötig. Unser Übersetzer brachte Stunden damit zu, den örtlichen Übersetzern genau dies verständlich zu vermitteln. Wie in China durften die einheimischen Übersetzer abgesehen vom offiziellen Bankett nicht mit uns zusammen essen. Wir lernten einzuschätzen, welche geheimnisvollen Sachen wir da gerade aßen. Darüber hinaus gab es viele Gelegenheiten zur informellen Unterhaltung, bei der eine Übersetzung sehr von Nutzen war. Es gab viele komplexe Situationen, die mit der Leitung des Übersetzers besser bewältigt werden konnten.

Aus unserer Erfahrung in China wusste ich über die notwendigen Bedingungen unseres Besuchs in Russland Bescheid, wenn dieser für die Berufstätigen tatsächlich weiterbildend und für uns befriedigend sein sollte. Trotz größter Anstrengungen in den Vereinigten Staaten und sorgfältiger Interaktion mit den Autoritäten

in Moskau konnten diese Bedingung erst vier Wochen vor dem Abflug sichergestellt werden. Bis dahin hatte unsere Delegation leider wieder abgesagt. Doch nach diesem bedeutenden Fortschritt entschloss man sich schließlich, die Expedition im Frühjahr 1989 doch noch zu unternehmen. Moskau, Kiew, Minsk und Leningrad waren die Orte unseres professionellen Austausches. Den Bericht über die Reise entnehme ich dem folgenden Abdruck eines Aufsatzes im *Cranial Academy Newsletter* (Sommer 1992, Vol. 45, Nr. 3). Denken Sie bitte beim Lesen daran, dass der Besuch noch in der ehemaligen Sowjetunion stattfand.

Osteopathie in der Sowjetunion

Vom Namen her hatten die sowjetischen Autoritäten abgeleitet, die Osteopathie habe etwas mit Knochen und Krankheit zu tun, folglich seien wir Orthopäden. In jeder Stadt wurden wir angewiesen orthopädische Institutionen zu besuchen und mit Orthopäden und ihren Mitarbeitern zu interagieren. Dennoch war der Empfang sehr herzlich und die Folgeerscheinungen dieses Besuches deuten darauf hin, dass wir einen Nerv getroffen hatten.

Die Herausforderungen, die sich einer derartigen professionellen Interaktion stellen, lassen sich folgendermaßen aufzählen:

- (1) Wie kann man Menschen die äußerst spezifischen und einzigartigen Aspekte der Osteopathie in vier Stunden darstellen, die darüber noch nichts wissen?
- (2) Wie kann man die Sprachbarriere überwinden, weil die Interpretation mehr als die wörtliche Übersetzung von Worten ist? Es geht um den Ausdruck von Konzepten und Ideen in einer Sprache, die für die Zuhörer verständlich ist.
- (3) Wie kann man eine sinnvolle Erfahrung der Natur der osteopathischen palpatrischen Diagnose und manipulativen Behandlung in jener kurzen Zeit vermitteln, die durch den Terminplan in jeder Stadt vorgesehen ist?
- (4) Welches Geschenk konnten wir unseren Gastgeber mitbringen, das sie an unseren

Besuch erinnert und ihr weiteres Interesse an der Osteopathie wach hält?

Zu Beginn wurde in der Korrespondenz beschrieben, die Osteopathie sei ein alternatives System der Medizin. Doch die sowjetische Gesellschaft besitzt keine Erfahrung mit alternativen Modellen irgendwelcher Art. Weiterhin sollte die Betonung nicht auf der gewöhnlichen medizinischen Praxis, sondern auf den einzigartigen, wohl bestimmten Aspekten der Osteopathie liegen. Es war wahrscheinlich am schwersten, das Konzept der dynamischen Ganzheit der Funktion zu vermitteln. In der UdSSR sucht der Patient eine Klinik zur Behandlung des betroffenen Körperbereichs auf. Unsere Hausärzte sind im sowjetischen System gänzlich unbekannt. Gleichwohl zeigte sich großes Interesse an der osteopathischen Anwendung der wechselseitigen Bezogenheit von Struktur und Funktion.

Die erste Erfahrung mit Berufstätigen fand in Moskau statt. Während der Reisen schleppten wir einen 35 mm-Projektor und den dazugehörigen Adapter mit. Als wir dann in den Begrüßungsraum eines medizinischen Museums geleitet wurden, ergab ein flüchtiger Blick auf die Räumlichkeit, dass es keinen Bildschirm, aber auch keine freie Wand gab, die diesen hätte ersetzen können. Und dort also sollte unsere erste geplante Vorlesung stattfinden! Wir änderten augenblicklich unsere Pläne und appellierten an ihre anatomische Vorstellungskraft, um die Dias zu ersetzen. Der Entwurf eines Wirbels, einer Rippe, eines Schädelknochens, die Umhüllung eines Muskels oder Organs durch Faszien wurde als Struktur verwendet, um die basale Funktion der Bewegung darzustellen. Jede strukturelle Störung des strukturellen Entwurfs der Bewegung würde durch wechselseitige somato-viszerale bzw. viszerosomatische Kommunikation mit stärkerer Funktion am anderen Ende des Reflexes einhergehen. Die eifrige Aufmerksamkeit und die stets wachsende Zuhörerschaft ermutigten uns anzunehmen, dass sie interessiert waren. Ich bat einen von ihnen als Demonstrationsobjekt zu dienen. Wir verstanden erst viel später auf der Reise, warum es da Widerstand gegen Freiwillige gab und sie stets einen Patienten präsentieren wollten. Eine junge Balletttänzerin mit Skoliose und

starken Schmerzen im unteren Rückenbereich wurde vorgestellt. Der verantwortliche Arzt verneinte alle Verletzungen in ihrer Anamnese, doch als wir sie nach bedeutenden Unfällen befragten, berichtete sie uns mehrere gravierende Ereignisse. Nach der Untersuchung arrangierten wir eine Technik mit vielen Händen, die gleichzeitig den Kopf, das Zwerchfell, das Sakrum, das Becken und die Füße beeinflussten. Die Zuhörerschaft kam immer näher um genau sehen zu können, was wir mit ihr machten. Wir beschrieben fortwährend, was wer in welchem Bereich tat. Sie stand nach einiger Zeit mit einem Lächeln im Gesicht und erheblich weniger Rückenschmerzen auf und es folgten zahlreiche Nachfragen zur Behandlung. Doch unsere Zeit war vorbei und wir mussten viele Fragen unbeantwortet lassen. Dennoch hatten wir bemerkt, dass zumindest Neugier geweckt worden war.

In Kiew wurden wir durch eine unglaubliche Begrüßung überrascht! Denken Sie daran, dass Flughäfen in der ehemaligen Sowjetunion scharfe Sicherheitszonen sind. Das Fotografieren ist verboten, Einheimische werden streng von ausländischen Reisenden ferngehalten. Wir wurden von Dr. Vitaly Suvak, einem Freund von Michael Patterson, PhD, und seines Bruders Jeff begrüßt. Ein Fotograf begleitete uns und machte fleißig Aufnahmen von unserer Ankunft. „Willkommen in der freien Ukraine!“ wurde laut und deutlich gerufen. Dr. Suvak fuhr fort zu sagen, dass er und diejenigen, die seine medizinische Philosophie teilten, lange auf dieses Treffen gewartet hätten. Dies war ein tief bewegender Augenblick. Die Willkommensrede, unsere Antwort und der persönliche Händedruck mit jedem Mitglied der Delegation erweckten die Aufmerksamkeit einer Anzahl von Beobachtern, doch niemand unterbrach. Also doch, dies war das Zeitalter von Glasnost!

In Kiew hatte man eine sehr offizielle Präsentation organisiert. Der Gesundheitsminister begrüßte uns als „Genossen“. Wir stellten nicht nur kurz die osteopathische Profession vor, sondern demonstrierten die Muskel-Energie-, Faszialer Release- und HVLA-Techniken, dazu eine kurze Vorlesung über das osteopathische Konzept bei der Anwendung im Bereich der Geburtshilfe und bei der Pflege von Neugeborenen.

Dr. Suvak ist *Neuroorthopäde* mit besonderem Interesse für den Bereich der *Osteochondrose*. Definitionsgemäß handelt es sich dabei um einen Zustand, der die Gelenkflächen von zwei benachbarten Wirbeln, die Bandscheibe dazwischen, die verbindenden Ligamente und die Viszera bzw. körperlichen Strukturen am anderen Ende des segmentalen neuronalen Pfades betrifft. Die lokale Pathologie und/oder entfernt auftretende Beschwerden werden manipulativ behandelt. Der folgende Abend war einer wunderbaren Zeit der Freundschaft, des Gesangs, Tanzes, Essens und Trinkens gewidmet. Es war aber auch eine Zeit des „Heilens, der Massage und Korrektur“. Ich versammelte eine ukrainische Gruppe und Dr. Suvak sammelte eine Gruppe aus unserer Delegation um sich. Nach einer kurzen Erklärung bat ich eine der jungen Damen sich auf den Tisch zu legen. Sie lehnte das ängstlich ab und war vollkommen verwirrt. Ich konnte keinen einzigen Freiwilligen gewinnen. Sie würden nicht einwilligen, bis sie nicht eine osteopathische Behandlung eines Mitglieds unserer Delegation beobachtet hätten. Zwiischendurch bekamen einige unserer Osteopathen einen Eindruck der ukrainischen Behandlung – hohe Amplitude, große Kraft, hohe Geschwindigkeit und geringe Spezifität. Jetzt begriffen wir ihre Zurückhaltung sich freiwillig zur Verfügung zu stellen! Doch sie wurden sehr aufgeschlossen. Bevor wir Kiew verließen, palpierete Dr. Suvak nicht nur die inhärente Bewegung, sondern erlaubte sich die Behandlung zu erfahren, welche den Primären Respiratorischen Mechanismus anspricht.

Minsk ist eine Stadt, die nach der schrecklichen Zerstörung 1943 vollkommen neu errichtet wurde. Die schrecklichen Kriegsverletzungen haben die Entwicklung bemerkenswerter orthopädischer Verfahren hervorgebracht. Die offizielle Begrüßung schloss eine Dia-Präsentation einiger davon ein. Dann stellten wir unsere Präsentation der Osteopathie vor, diesmal mit unseren Dias und ihrem Projektor bzw. dem dafür Verantwortlichen. Hier gab es einen Freiwilligen aus dem Publikum. Die Technik mit vielen Händen bewirkte bei ihm eine Verbesserung, die er und seine Kollegen anerkannten. Wieder gab es viele, die gerne behandelt worden

wären. Doch dies ließ die Zeit nicht zu. Sie hatten nun die Möglichkeit, ihre orthopädischen Kunstfertigkeiten vorzuführen. Die nicht gerade unspektakulärste war jene zur Verlängerung eines verkürzten Beines. Sie können innerhalb eines Jahres eine Verlängerung um 10 cm bei einem Oberschenkelknochen und ebenso beim Unterschenkel erreichen. Danach verstärken sie die Knochenentwicklung durch intensive Magnetfelder. Es wurden uns Patienten aus allen Stadien des Verfahrens vorgestellt.

In Leningrad besuchten wir das orthopädische Turner-Forschungsinstitut für Kinder mit 600 Betten. Auch dort nahm man an, wir seien Orthopäden. Glücklicherweise klärte unser Führer die Sache auf und so baten sie uns, ihnen etwas über die Osteopathie in Bezug auf Kinder mitzuteilen. Wieder kam unser Projektor mit Adapter zum Einsatz. Sie fragten schon bald danach, ob ein Kind behandelt werden könne. Dank eines unserer Studenten, der den Frosch Kermit als russischen Ansprechpartner für einen dreijährigen Jungen verwendete, konnte die inhärente therapeutische Potency ihre Autorität als Reaktion auf eine Technik mit vielen Händen unter Beweis stellen. Alle bemerkten die sichtbare Veränderung der Persönlichkeit und des Verhaltens. In den verbleibenden Minuten erfuhr die Zuhörerschaft die sich selbst erklärende Wirkung der Faszialen Release-Technik mit ihren eigenen Fingern. Und es war äußerst erfreulich den Gesichtsausdruck und das begeisterte Kopfnicken zu beobachten, wenn die entsprechenden Veränderungen nicht nur im Finger, sondern auch im Handgelenk, Ellbogen und in der Schulter zu spüren waren.

Am besten lässt sich die bedeutungsvolle Erfahrung der osteopathischen Palpation und der Wert der osteopathischen manipulativen Behandlung vermitteln, wenn man einen ausländischen Arzt behandelt. Sie können beschreiben, was sie empfunden haben und was sich verändert hat. Weiterhin nehmen die Kollegen Veränderungen bei jemandem wahr, den sie gut kennen. Unser Ziel besteht nicht darin Kraniale Osteopathie zu lehren. Unsere Absicht ist es, ihnen eine Begegnung mit der ganzheitlich ausgerichteten Wissenschaft der Osteopathie zu ermöglichen, wovon der Kraniale Mechanismus

ein Teil ist. Wir hoffen, in ihnen die Erkenntnis der dynamischen Einheit des Patienten als Ganzes zu kultivieren, in dem die therapeutische Potency befreit wird, um ihn zu befähigen, am Optimum des eigenen Potenzials zu funktionieren.

Northups Geschichte der Osteopathie mit dem Titel *Osteopathic Medicine – An American Reformation*, Dr. Sutherlands erstes Buch *The Cranial Bowl* und A. S. Sutherlands Biografie von Dr. Sutherland, *With Thinking Fingers* wurden ausgewählt, um unsere sowjetischen Gastgeber an unseren Besuch zu erinnern und ihr weiteres Interesse wachzuhalten.

Der Erfolg dieses Besuchs in der Sowjetunion beruhte darauf, dass jedes Mitglied der Delegation sich dem Sachverhalt widmete und sich darauf verpflichtete, die Wissenschaft der Osteopathie mit denen zu teilen, die zu uns kamen. Dies wurde unermesslich durch die übersetzerischen und osteopathischen Kunstfertigkeiten Richard Kovars erleichtert, der jetzt ausgebildeter Osteopath ist.

Auf dieser Reise gab es zudem scheinbar unbedeutende Ereignisse, die jedoch bedeutende Folgen in der Zukunft zeitigten.

Am Ende des beruflichen Austauschs im Moskauer Chirurgiemuseum kam eine charmante dynamische Frau mit eigenem Übersetzer auf mich zu und sagte, sie wolle eine Besprechung mit mir. Ich nehme an, sie durfte nicht mit uns essen, weil sie Russin war. Sie erwarteten mich unmittelbar danach. Es handelte sich um Frau Dr. Zanaida Kasvanda aus Riga, Lettland, das damals zur UdSSR gehörte. Sie hatte eine offizielle Einladung des Gesundheitsministers bei sich, die an mich adressiert war. Er enthielt die Bitte nach Riga zu kommen und einen osteopathischen Kurs durchzuführen! Woher wusste sie etwas über die Osteopathie! Der Kardiologe Felix Rogers, DO, hatte kardiologische Seminare in Russland durchgeführt und die osteopathischen Anliegen von Struktur und Funktion in seinen Vorträgen insbesondere zu den Herzkrankungen angesprochen. So hatte er einen Funken großen Interesses in ihr bewirkt. Sie ist Spezialistin für physikalische Medizin und Rehabilitation. Sie müsse das lernen und würde

nicht eher gehen, bis ich mich verpflichtete im Herbst 1990 zu kommen. Riga gehörte zu dieser Zeit noch zur UdSSR und wurde erst 1992 selbstständig. Mit der Unterstützung der SIO in Frankreich wird jetzt ein osteopathisches Kurrikulum für Ärzte entwickelt, um dort eine Fakultät für Osteopathie ins Leben zu rufen. Es existiert bereits eine Gründungsurkunde. Auf dem Weg nach Riga wurde ich dann auch noch für 1990 nach Belgien eingeladen.

Das zweite kleine Ereignis mit Bedeutung für die Zukunft fand auf dem Roten Platz statt. Als wir uns bei unserem Reisebus versammelten, fragte uns ein junger Mann, der sein Englisch praktizieren wollte, warum wir dort seien. Jemandem die Osteopathie in zwei Minuten zu erklären, der nur Wörterbuch-Englisch spricht, war unbefriedigend, um das Mindeste zu sagen. Ich übergab ihm eine Broschüre über das *Osteopathic Center for Children* in der Erwartung, dass er es übersetzt bekomme. Ein paar Monate später erhielt ich einen russischen Brief von ihm. Nach einigen weiteren Briefen verstand ich, dass er und seine Mutter für eine russischsprachige Bibel sehr dankbar wären. Hinter dem Eisernen Vorhang seien sie unerreichbar! Ich versprach ihm das, wenn er mich in Moskau auf meiner Reise nach Riga auf dem Flughafen treffen wolle. Am Zoll erblickte ich dann ein riesiges Gedränge von Menschen, die ankommende Passagiere erwarteten. Ich wusste nicht, wie ich den Mann finden und ein Flugzeug nach Riga ergattern sollte. Plötzlich winkte eine Broschüre des *Osteopathic Center for Children* über der Menge. Wie wunderbar, ich habe einen Freund, einen Führer gefunden! Er war so dankbar für die Bibel und ich war sehr dankbar für die Begleitung zu einem Taxi zum Inlandsflughafen, wo Richard Kovar auf mich wartete. Das dritte kleine bedeutende Ereignis fand in Leningrad statt. Wenige Monate nach unserem Besuch erreichte mich ein Telefonanruf in LaJolla. Man fragte an, ob es mir Recht sei, dass eine Delegation von 15 Ärzten aus Leningrad am *Osteopathic Center for Children* empfangen werde. Ich sagte augenblicklich zu. Als sie schließlich nach vielen unglaublichen Schwierigkeiten und Verzögerungen ankamen, fragte ich sie, was sie dazu inspiriert habe, diese schwierige Reise

aus der UdSSR in die Vereinigten Staaten zu unternehmen. Sie erwähnten den kleinen Jungen, den wir in Leningrad behandelt hatten. Er hatte eine Osteochondrose des Ellbogens. Da es sich um eine orthopädische Institution handelte, hatte ich ihnen die Behandlung überlassen. Mir ging es primär um sein Geburtstrauma und um sein Verhalten. Doch nun erzählten sie mir, dass er nur einen Knochen im Unterarm habe, der andere bestehe nur aus einem fibrösen Band, das nicht ossifizieren werde. Doch jetzt *ossifiziere* es und sie wollten wissen, was ich getan hätte... Also erzählte ich es ihnen. Durch eine Technik am vierten Ventrikel mobilisierte die Zerebrospinale Flüssigkeit die therapeutische Potency in seinem Körper und die Heilung begann.

Nach zwei Wochen in Kalifornien, in der sie eine Einführung in die osteopathischen Prinzipien erfuhren und an den Nachmittagen klinische Erfahrungen mit unseren Kindern sammeln konnten, erbateten sie für 1991 einen Kurs in Puschkin, einer Vorstadt von Leningrad. Als ich dort ankam, hatte die russische Flagge gerade Hammer und Sichel der UdSSR ersetzt und Leningrad hieß nun St. Petersburg. Ein weiterer Kurs fand 1993 in Sagorsk (Sergej-Posad) und dann 1995 in St. Petersburg statt. Letzterer wurde von Michael Patterson, PhD, unter Assistenz von Wayne English, DO, geleitet.

Eine weitere Gruppe von Osteopathen baute ein Ausbildungsprogramm mit der SIO in Paris auf und besitzt jetzt eine akkreditierte Hochschule für Osteopathie in St. Petersburg, die mit derjenigen in Riga, Lettland, vergleichbar ist.

Ich bin den Osteopathen zutiefst zu Dank verpflichtet, die großzügige Unterstützung bei der Ausbildung russischer und lettischer Ärzte geleistet haben. Auch im unabhängigen Staat Georgien und im äußersten Osten Russlands in Wladiwostok möchte man die osteopathische Profession gerne entwickeln, doch dies ist noch Zukunftsmusik.

Teil VI – Dänemark

Jütland in Norddänemark, woher Lego kommt, ist im Februar eine weiße, schneebedeckte Fläche. Von hier aus werden Weihnachtsbäume nach ganz Europa und Käse in die gesamte Welt exportiert. Die Dänische Gesellschaft für Manuelle Medizin lud mich zu einem Vortrag über das Warum, Wann und Wie der osteopathischen Manipulation bei Kindern ein. Kolding zeigte sich als interessante Stadt von historischem Interesse. Es gab einen sehr schönen kleinen Laden, in dem per Hand hergestellte Kinderspielzeuge von einem früheren Schullehrer verkauft wurden. Das Seminar fand in dem bestausgestatteten Konferenzzentrum statt, das mir je begegnet ist. Auf dem Podium gab es eine Schalttafel mit einem Knopf, um die Vorhänge zu schließen, einen anderen um sie zu öffnen. Mit einem konnte man das Licht löschen, mit einem anderen es wieder anschalten. Ein anderer schaltete den Projektor an, ein Knopf zeigte das nächste Dia, ein anderer kehrte die Folge um. Ein paar Knöpfe dienten dazu, den Fokus anzupassen. Die Gastfreundschaft war sehr freundlich und großzügig und die Interaktion mit den europäischen Ärzten war sehr aufschlussreich. Sie unterliegen sehr vielen Einschränkungen, bzgl. der Wahl, wen sie mit welcher Technik behandeln dürfen.

Teil VII – Australien

Ich wurde nach Australien eingeladen, um den pädiatrischen Anteil ihres Masterkurses in Osteopathie zu übernehmen. 1994 fand der Kurs in Melbourne, 1995 in Sydney statt.

Für alle diese Einladungen bin ich äußerst dankbar. Ich kann im Dienst der Osteopathie die Welt sehen und die Konzepte von Dr. Still und Dr. Sutherland überall dort fördern, wo ein Interesse dafür laut wird. Ich glaube, dass der Tag kommen wird, an dem die osteopathische Verheißung für die Kinder weltweit anerkannt sein wird und die Kinder die Möglichkeit haben, ihr Potenzial vollkommen auszuschöpfen. Es gibt nichts, was den Kleinen ein ähnliches Maß an Heilung bringen könnte. Dabei geht es auch um einen sehr wichtigen Aspekt der Vorsorge, denn die Behandlung der Neugeborenen ist der Schlüssel zu einer gesunden Kindheit.

Für Männer und Frauen jeden Alters ist die osteopathische Behandlung von unschätzbarem Wert. Und sie bietet eine wertvolle Vorsorge für viele Probleme des Alters, wie ich glaube. Ich vertraue aufrichtig darauf, dass die Absolventen der osteopathischen Schulen weltweit mit Überzeugung hinausgehen und alles anwenden, was die osteopathische Praxis lehrt. Wie Harold Magoun, DO, seine Studenten ermahnte: „Die Huld des Herrn, unseres Gottes, sei über uns! Das Werk unserer Hände wollest Du fördern, ja, fördere es, das Werk unserer Hände!“ (Psalm 90,17)



**Hat Ihnen das Buch Frymann, Viola
Die gesammelten Schriften von Viola M. Fry-
mann, DO gefallen?**

zum Bestellen [hier](#) klicken

by naturmed Fachbuchvertrieb

Aidenbachstr. 78, 81379 München

Tel.: + 49 89 7499-156, Fax: + 49 89 7499-157

Email: info@naturmed.de, Web: <http://www.naturmed.de>