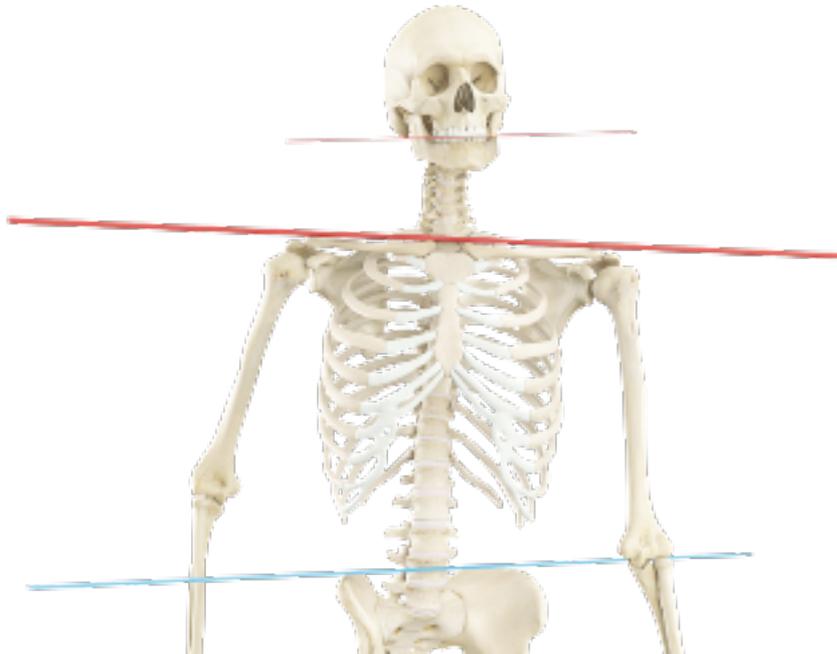




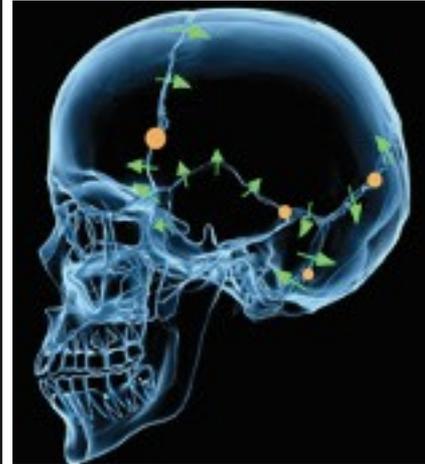
Körperneigungen sind Asymmetrien in der Gehirnmasse, Ursache für die menschliche Pathologie, Ursprung von Dysfunktionen und Funktionseinschränkungen

- Der Körper wächst nach seiner Matrix, seinem Bio-Mind Feldes. Dies ist nicht nur bei Menschen so, sondern bei allen Lebewesen.
- Die Dysfunktion im Feld verursacht die Asymmetrie des Körpers
- Die Neigung zeigt sich zunächst im leitfähigstem Gewebe des Körpers, dem Liquor Cerebrospinalis, wird von da auf das periphere Nervensystem übertragen.



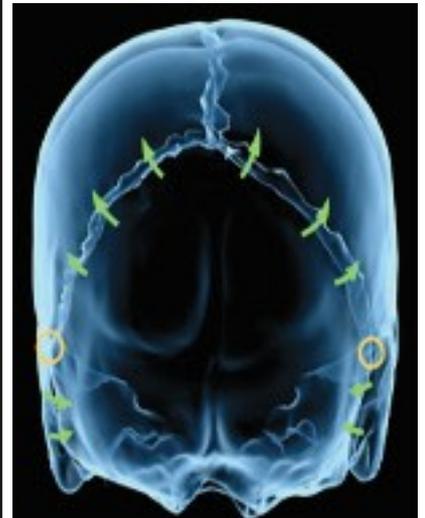
Das elektromagnetische Feld des Menschen ist bei vielen Menschen asymmetrisch. Der Liquor cerebrospinalis ist das leitfähigste Gewebe des menschlichen Körpers. Er nimmt die Asymmetrien im elektromagnetischen Feld als erstes Gewebe auf und verursacht durale Fehlspannungen. Diese duralen Fehlspannungen werden ganzkörperlich kompensiert. So entstehen die Körperneigungen. Die Asymmetrie ist hauptsächlich eine Distorsion des meningealen Systems, welche den Duralschlauch und das Becken beeinträchtigt. In diesem Zusammenhang ist es nicht verwunderlich, wenn einige Ps eine Beckenverwringung aufweisen, bei der aufgrund der Drehung des Occiput das Sakrum eine gleichgerichtete Drehung erfährt, welche sich auf die beiden Iliä fortsetzt. Im wachsenden Körper kann eine solche Fehlstellung die Stabilität des Beckens und der Ligamente beeinflussen, so daß der Körper anatomisch durch ungleiches Wachstum und ungleicher Morphologie der Gelenke versucht den Fehler auszugleichen. Auf alle Fälle wird der Bewegungsumfang des Gelenks hierdurch eingeschränkt. Insbesondere im ISG ist dies zu beobachten: Anteile des ISG sind hypermobil, andere blockiert. Dies verursacht eine Beckenunstabilität, Überbeanspruchung der betreffenden Ligamente mit Mikrorupturen und vorzeitigen Überlastungszeichen sowie einen Hypertonus der betreffenden Muskulatur, die die Hypermobilität ausgleichen müssen. Ein phasischer Muskel, der nun permanent Haltungsaufgaben übernehmen muß, kann dies morphologisch und funktionell nicht auf lange Sicht durchführen, so daß muskuläre Dysfunktionen entstehen entweder im Sinne eines Muskelhartspanns oder im Sinne einer Erschlaffung. Ein überdehnter Muskel zeigt im Test als schwach, fibrotisiert, enthält wahrscheinlich Triggerpunkte. An den Ursprungs- und Ansatzpunkten empfindet der P Schmerz (aufgrund des ständig erhöhten Zugs), das Verletzungsrisiko insgesamt ist stark erhöht. Auf der anderen Seite kann ein Muskel hyperton reagieren, wiederum mit Ausbildung von Triggerpunkten etc. Um diese geschilderte Entwicklung vorzubeugen, beginnt das kraniosakrale System, sich in sich zu schliessen, Bewegungen in den Suturen zu minimalisieren. Die betroffenen Suturen sind diejenigen, die einen Bezug zum ISG haben. Insgesamt ist damit wieder der Duralschlauch betroffen sowie die Wirbelsäule und die autochtone Rückenmuskulatur (insbesondere Multifidi und Rotatores).

Seitenansicht der Suturen. Die Pfeilrichtung zeigt, welcher Knochen obenauf liegt. Die Punkte sind die Angelpunkte (auch Pivotpunkte genannt) zwischen den Suturen.

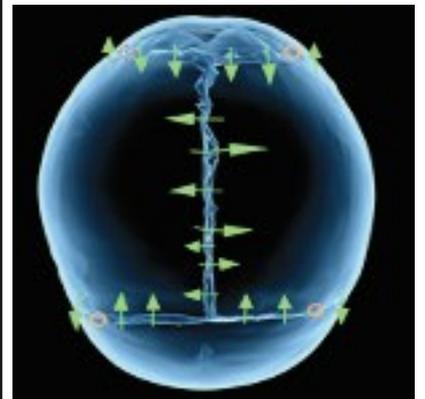


Ansicht der Sutura lambdoidea und occipitomastoidea. Die Pfeilrichtung zeigt, welcher Knochen obenauf liegt. Die Kreise sind die Angelpunkte (Pivotpunkte) zwischen den Suturen. Die Sutura occipitomastoidea gibt zusätzlich Hinweise auf das ISG-Gelenk der gleichen Seite.

Okziputblockierungen sind oft ursächlich für Blockaden in der Verteilung des Liquor cerebrospinalis mit nachfolgenden systemischen Erkrankungen. Weiter wird die Beckenhaltung von der kraniellen Konfiguration beeinflusst.



Sutura Sagittalis, Sutura coronalis und sutura lambdoidea von oben



13.2 Disengagement-Techniken

Disengagement der Suturen über kraniosakrale Pumpen

Im Vorfeld dieser Techniken muss das Foramen jugulare ausgeglichen sein, der venöse Abfluss aus dem Schädel muss frei sein. Die Techniken sind kontraindiziert bei hohem Schädelinnendruck.

Die Techniken haben den Sinn, von innen die Suturen zu befreien. Sie sind deshalb den klassischen Disengagement-Techniken vorzuziehen, weil sie gleichmäßig von innen die Suturen befreien und nicht nur eine Suture allein.

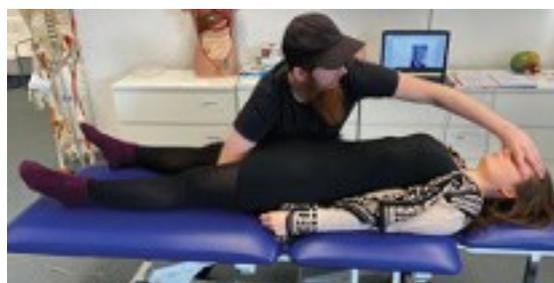
Technik 1:

Der P liegt auf dem Rücken, der T legt die Handfläche auf Ophistion und bewegt in der Flexion das Mastoid in die Flexion und in der Extension das Os occipitale in die Extension. Diese Technik hilft, die Liquorfluktuation im Körper zu verstärken.



Technik 2:

Der T hält eine Hand auf dem Sphenoid, die andere auf dem Sakrum. Der P wird gebeten, tief einzuatmen, dabei gehen die Füße in die Dorsiflexion, bei der Ausatmung gehen die Füße in die Plantarflexion. Gleichzeitig begleitet der T das Sphenoid und Okziput in die Flexion und in die Extension und verstärkt diese.



V-Spread

Wenn die Bewegungseinschränkung nicht wie unter o. g. beschrieben zu lösen ist, können wir einen V-Spread ausführen.



Sutura fronto-nasalis

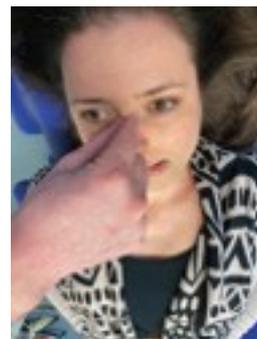
Der T verwendet seine beiden Zeigefinger, um die Sutura zu palpieren. Mit leichtem

Druck evaluiert der T die Bewegung der Sutura.

Aktive Palpation: Der P wird gebeten, den Mund leicht zu öffnen und die Mandibula von Seite zu Seite zu bewegen.

Behandlung: Eine Hand des T hält das Os frontale. Mit Zeigefinger und Daumen der anderen Hand werden die beiden Ossa nasalia gehalten. In der Flexionsphase wird das Os frontale in die Flexion begleitet, gleichzeitig werden mit Daumen und Zeigefinger die beiden Ossa nasalia knapp unterhalb der Sutura nasalis medial zusammengepresst. Dies öffnet die hinteren Teile der Ossa nasalia.

Anmerkung: Bei dieser Technik gibt es mehrere Handpositionen, die den gleichen Effekt haben.



Sutura frontomaxillaris

Die Zeigefinger beider Hände des T kontaktieren die Sutura von beiden Seiten. Die Bewegung der Sutura wird evaluiert.

Aktive Palpation: Der P wird gebeten, den Mund leicht zu öffnen und die Mandibula von Seite zu Seite zu bewegen.

Behandlung: Der T sitzt seitlich, eine Hand auf dem Os frontale, der Zeigefinger der anderen Hand befindet sich auf der Sutura frontomaxillaris, den Mittelfinger legt

Technik 2 – Mobilisierung der Leber

P auf dem Rücken, der T steht seitlich. Nachdem wir in der Technik 1 herausgefunden haben, wie unsere Korrekturrichtungen sind gehen wir nun in die Mobilisierungstechnik über.



Vorbereitung der Technik:

- Peritoneum und Diaphragmabefreiung:
- T startet auf der linken Seite, drückt mit einer Hand den Rippenbogen, mit der anderen Hand Mobilisierung des Diaphragmas

Dies ist wichtig, weil wir die Leber ohne ein gut bewegliches Diaphragma nicht korrigieren können



- Rechte Seite: eine Hand liegt auf dem Rippenbogen, die andere Hand mobilisiert das Diaphragma.
- Die Mobilisierung des Diaphragmas geht über in die Mobilisierung der Leber.



- Lebermobilisierung.
- Der Therapeut orientiert sich nach dem zuvor gefundenen Muster der Spannungsrichtungen.
- Hier im Bild haben wir ein E-Muster der Leber, die Leber ist zu weit kranial und muss nach kaudal geführt werden.
- Gleichzeitig ist das Becken bei diesem Patienten anteriorisiert (Abdomen rechts dekomprimiert).

Das Os hyoidale

Test 1: Os hyoidale

Das Os hyoidale ist der einzige Knochen, der im Körper nur über Muskeln verankert ist.

Suprahyoidale Muskulatur

M Stylohyoideus, M Mylohyoideus, M Geniohyoideus, M Digastricus.

Infrahyoidale Muskulatur

M Sternohyoideus, M Sternothyroideus, M Thyrohyoideus, M Omohyoideus.



Upper Cross Syndrom mit nach vorne geneigtem Kopf: Os hyoidale wird durch die Muskeln nach hinten/oben geschoben.



Der P liegt auf dem Rücken, der T sitzt seitlich des Ps.

- Er legt eine Hand **unterhalb des Os Hyoidale**.
- Die zweite Hand in den Nacken etwa auf Höhe von **C2**.
- Er flektiert mit einer Hand den Kopf, mit der anderen Hand repositioniert er das Os hyoidale.