

Die osteopathische Behandlung von intraossären Läsionen

Eine qualitative Inhaltsanalyse von Experteninterviews – Teil 1: Theorie und Forschungsstand

Dominique Stecker

Zusammenfassung

Diesem Artikel liegt eine Bachelorarbeit zugrunde, die sich mit der osteopathischen Behandlung der intraossären Läsion (IOL) befasst. Sie wird in zwei Artikeln publiziert, wovon dies der erste ist. Der derzeitige wissenschaftliche Forschungsstand der IOL umfasst die Pathologie, die Pathogenese, den Phänotyp, die Untersuchung und die Tragweite einer IOL. Erstmals wurde nun die Behandlung einer IOL wissenschaftlich erforscht. Dieser erste Artikel umfasst den theoretischen Hintergrund: eine Reflexion der osteopa-

thischen Behandlung, des Knochens und der IOL.

Schlüsselwörter

intraossäre Läsion, osteopathische Behandlung, Knochen, qualitative Inhaltsanalyse, Experteninterview, intraossäre Dysfunktion, Läsion

Abstract

This article is based on a bachelor thesis dealing with the osteopathic treatment of the interosseous lesion (IOL). It is published in two articles, this being the first

one. The current state of research on IOL includes the pathology, pathogenesis, phenotype, examination and scope of an IOL. It is the first time that the treatment of an IOL has been scientifically researched. This first article covers the bachelor thesis's theoretical background: a reflection of the osteopathic treatment, the bone and the IOL.

Keywords

interosseous lesion, osteopathic treatment, bone, experts' opinion, intraosseous dysfunction, lesion

Der Knochen in der Osteopathie

Mitte des 19. Jahrhunderts hatte Andrew Taylor Still die Intention, die damalige Medizin durch seine Entdeckungen zu reformieren [1]. Ab dem Jahr 1889, schrieb Still, wurde er gedrängt, seiner neuen Wissenschaft einen Namen zu geben.

„Nachdem ich mir über alle ‚-pathien‘ Gedanken gemacht hatte, beschloss ich, dass eine Knochenpathie meine Idee am besten ausdrücken würde. Da Os Knochen bedeutet, wählte ich die Bezeichnung Osteopathie.“

A.T. Still [2]

„Osteopathie ist aus zwei Worten zusammengesetzt: ‚Osteon‘ heißt Knochen; ‚pathos‘, ‚pathein‘ heißt

leiden. Ich schloss, dass der Knochen, osteon, der Startpunkt ist, von dem aus die Ursache pathologischer Zustände zu erkunden sei und so kombinierte ich ‚Osteo‘ mit ‚-pathie‘ und erhielt ‚Osteopathie‘.“

A.T. Still [3]

Heute, mehr als ein Jahrhundert später, kann immer noch die Frage gestellt werden, was dieser Name und die damit verbundenen Gedanken für die Osteopathie bedeuten, welche Rolle der Knochen in der osteopathischen Lehre, Forschung, Philosophie und Behandlung einnimmt.

In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass in der Osteopathie ein Phänomen beschrieben wird, das ein Leiden des Knochens ausdrückt: intraossäre Läsionen (IOL). Diese Knochenläsionen ohne Fraktur stellen eine bekannte Pathologie in der osteopathischen Praxis und Lehre dar [6]. Au-

ßerhalb der Osteopathie, in anderen Fachbereichen und in der Forschung ist dies nicht der Fall. 2017 fanden sich nur zwei Studien zu IOL, mit dem Ergebnis einer ersten empirischen Definition der IOL.

Julie Brown definierte 2008: (übersetzt aus dem Englischen):

„Eine intraossäre Läsion ist ein osteopathischer Begriff, der den veränderten Zustand eines Teils der Knochenmatrix beschreibt. Ursächlich hierfür sind plötzliche oder anhaltende Krafteinwirkungen. Sie drückt sich in Form von erhöhter Rigidität, veränderter Kraftübertragung und verminderter Vitalität aus. Bestimmt werden kann eine IOL durch sensorisches und mechanisches (Kompression, Tension und Torsion) Testen des Knochens.“

Brown [7]

Edward Muntinga erweiterte 2013 diese Definition (übersetzt aus dem Englischen):

„Bestimmt werden kann sie außerdem durch die manuelle thermische Palpation der Hautzonen über einem Knochen.“
Muntinga [8]

Die Läsion in der Osteopathie

In dieser Arbeit wird für die Knochenläsion ohne Fraktur [6] der Begriff der „intraossären Läsion“, kurz IOL verwendet – begründet mit den Umfrageergebnissen [6] und der neuesten vorangegangenen Studie von Muntinga [8]. Außerdem stützt die wissenschaftliche Reflexion der *Läsion* diese Benennung: Der Begriff Läsion wurde von A.T. Still eingeführt. Er verwendete den englischen Begriff der „lesion“ für Obstruktionen, die den Fluss der Körperflüssigkeiten oder des Nervensystems stören. Diese Läsionen galt es für Still, mithilfe einer osteopathischen manipulativen Behandlung oder Therapie zu beheben, um das Fließen wiederherzustellen, denn dieses ist für Still die Grundlage für Gesundheit. Diese strukturelle Sichtweise der Läsion berücksichtigt, dass die körpereigenen Abwehrkräfte gegen Krankheiten schützen und inhärente Fähigkeiten die Gesundheit wiederherstellen [9]. Stills Definition der Läsion wurde über die Zeit bis heute aus unterschiedlichsten Gründen von Osteopathen interpretiert und neu definiert – eine Entwicklung mit erweiternden und konkretisierenden Bemühungen [9]. Mitte der 1960er-Jahre wurde von der amerikanischen Academy of Applied Osteopathy der englische Begriff „*somatic dysfunction*“ eingeführt, um der osteopathischen Behandlung einen Zugang zum Erstattungssystem der Krankenkassen zu ermöglichen. Die somatische Dysfunktion bezeichnet eine beeinträchtigte oder veränderte

Funktion des somatischen Systems und stellt, verglichen mit der Läsion, eine veränderte Sichtweise dar [9].

Die osteopathische Behandlung der IOL

Mit Browns und Muntingas Definition der IOL als Fundament und Stills Forderung nach einer osteopathischen Behandlung einer Läsion im Hinterkopf stellt sich nun die Frage: Wie behandelt ein*e Osteopath*in eine solche Läsion? Forschung und Literatur gaben nur wenige Antworten dazu, obwohl es Umfrageergebnissen zufolge zahlreiche Möglichkeiten gibt [6]. Daher wurde in der Bachelorarbeit das Ziel verfolgt, empirische Daten zu sammeln, die eine Behandlung der IOL näher beschreiben. Betrachtet man die unterschiedliche Literatur aus der Geschichte der Osteopathie, können wir feststellen, dass die IOL hauptsächlich in Bezug auf die Untersuchung und Behandlung bei Neugeborenen und Kleinkindern beschrieben wird. Bei ihnen liegt jedoch ein noch nicht vollständig ossifiziertes Knochensystem vor. In diesen Texten werden außerdem beinahe ausschließlich IOL bei kranialen Knochen erwähnt [10]. Beschrieben und gelehrt werden IOL jedoch bei Patienten jeglicher Altersgruppen [6, 7, 8, 10]. Damit ist immer noch unklar, wie diese osteopathisch behandelt werden. Muntinga hat in seinem 2019 veröffentlichten Buch vier Behandlungsmöglichkeiten vorgestellt [10]. Brown geht in ihrer Studie von 2008 ebenfalls in zwei Ansätzen darauf ein [7]. Aus der Vorstudie der Autorin von 2008 wird jedoch klar, dass die Möglichkeiten der osteopathischen Behandlung der IOL noch vielfältiger sind [6].

Um die Behandlung der IOL in der zugrundeliegenden Bachelorarbeit zu erforschen, wurde zunächst die osteopathische Behandlung und der Knochen reflektiert. Dieses Wissen wurde dann auf die IOL angewendet und als theoretischer Hintergrund festgehalten. Aufbauend darauf wurden empirisch Daten in Interviews erhoben und mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Reflexion der historischen Entwicklung der osteopathischen Behandlung

Ursprung

Der Begründer der Osteopathie, Andrew Taylor Still, hat in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts das Ziel formuliert, „aus dem Osteopathen einen Philosophen zu machen, um ihn auf den Felsen des Verstandes anzusiedeln“ [11]. Aus einer philosophischen Haltung heraus leitet Still natürliche Mechanismen ab und formt diese unter pragmatischer und medizinischer Betrachtung in Hypothesen um, die als Therapiekonzepte dienen. Still setzt zur Behandlung vor allem Techniken am Bewegungsapparat ein. Der Knochen diente ihm als Haupthebel für die Kraftübertragung. Sein Ziel war es, individuelle und optimale anatomische Rahmenbedingungen für den Organismus des Patienten zu schaffen [5].

„Innerhalb dieser können sich dann nach Still die unentwegt im Sinne des Lebens wirkenden und durch eine vollkommene höhere Intelligenz bestimmten Selbstregulationskräfte bestmöglich entfalten, was wiederum den heilenden und lindernden Effekt auf Beschwerden bzw. Krankheiten oder Leiden (pathos) begründet.“
Hartmann [5]

Stills Überzeugung nach verfügt die Natur über alle für eine Heilung notwendigen Mittel, sofern anatomische Rahmenbedingungen die physiologischen Prozesse ungehindert zulassen. Er verwies hier auf die Essenz des ungehinderten Flusses aller Körperflüssigkeiten und Nervenströme des Körpers [5]. Die von Still vermittelten Prinzipien der osteopathischen Behandlung lassen viel Interpretationsspielraum [1]. Das könnte damit begründet werden, dass

Still Techniken als ein Werkzeug ansah, die die Philosophie und Theorie der Osteopathie praktisch manifestieren. Mit diesem Hintergrundwissen wird der Unterschied zu sogenannten Knocheneinrenkern seiner Zeit sehr deutlich [4]:

„Er baute die Techniken in seine Philosophie der Behandlung von allen Erkrankungen und Leiden ein, und nicht nur die Reposition von Knochen, um Schmerzen zu reduzieren.“
Liem [4]

Nachfolgende Meilensteine

Nachfolgende Generationen haben Stills ursprüngliches Gedankengut aufgefasst und interpretiert. Es ergaben sich bis heute viele Entwicklungen, die nachfolgend sehr kurz zusammengefasst skizziert werden.

1953: Die vier osteopathischen Grundsätze

Um sich dennoch besser auf osteopathische Prinzipien und Praktiken berufen zu können, erarbeitet die Fakultät des Kirksville College of Osteopathic Medicine (KCOM) 1953 ein Konsens-

papier aus, das vier osteopathische Grundsätze umfasst [1]:

- „Der Körper bildet eine Einheit.“
- „Struktur und Funktion hängen miteinander zusammen.“
- „Der Körper besitzt selbstheilende und selbstregulierende Mechanismen.“
- „Die rationale osteopathische Behandlung beruht auf der Anwendung der drei anderen Grundsätze.“

Diese Kernprinzipien reflektiert zeigen leider, dass sie weder Osteopathie sind noch als Fortschritt gesehen werden können. Christian Hartmann bezeichnet sie ferner als „Entkernung“ der ursprüng-

Anzeige



OsteopathieSchule
Deutschland

Torsten Liem M.Sc. Ost., M.Sc. Paed. Ost., DO, DPO (D)

Psychosomatische Osteopathie

Die Kursreihe „Psychosomatische Osteopathie“ mit Torsten Liem, lehrt praxisnah effektive Ansätze zur osteopathischen Behandlung von Trauma, Schmerz und dysfunktionellen Soma-Energie-Erlebnismustern auf Kreta.

Basic | 29.04 - 04.05.2021

- Diagnostik somatisch-energetischer-psychischer Dysfunktionen
- Therapeutische Beziehung
- Palpation somatischer Dysfunktion und ANS
- Palpation somatischer Dysfunktion und emotionale Zustände
- Osteopathische Ansätze zur emotionalen Regulation
- Wahrnehmen und Differenzierung von Glaubensmustern
- Stabilisationsarbeit im osteopathischen Setting
- Dynamische Ressourcenorganisation und Koregulation
- Bindungsarbeit
- Indikationen und Kontraindikationen
- EMDR Standardprotokoll im osteopathischen Setting
- Osteopathische herzfokussierte Palpation
- Osteopathic Felt Sense
- Bifokale Integration®
- Rechts-Links-Balance und bilaterale Stimulation
- Lösung somatisch-psychischer Dysfunktionen mit Atemtechniken
- Myofasziale Vibration
- Trauma: Befundung und osteopathische Behandlungsansätze
- Unterschied Akut- und Komplextraumaaarbeit
- Chronische Schmerzen: Behandlungsprotokoll

Advanced | 06.05.- 09.05.2021

- Stress und Osteopathie
- Befundung von Stress und osteopathisches Behandlungsprotokoll
- Angstprotokoll
- Bipolares Protokoll
- Protokoll Allergie
- Protokoll Sucht
- Blockadenarbeit
- Telearbeit
- Weitere osteopathische Techniken zur Stabilisierung
- Bifokale Integration® advanced, klinische Kontexte
- EMDR Kurzprotokoll
- Ressourcen-Trauma-Wechsel-Protokoll
- Komplextraumatisierungen
- Geburtsmuster und Trauma
- Befundung und Behandlung bei Kindern
- Fortgeschrittene Arbeit mit ANS, limbischem System & präfrontalem Cortex

Levinthos Retreat Center, Lentas Südkreta

Jetzt anmelden!



Weitere Informationen finden Sie auf unserer Webseite

www.osteopathie-schule.de

lichen Osteopathie“ und verweist auf die Bedeutung des philosophischen Aspektes [12].

Ende des 20. Jahrhunderts: Spezifischere Behandlungsverfahren und die Entwicklung der fünf Modelle

Es kristallisierte sich heraus, dass diese Grundsätze für den Praxisalltag noch zu allgemein formuliert sind. Besser durchführbare bzw. spezifischere Behandlungsverfahren wurden gefordert. Aus dieser Bewegung heraus entstanden auf den osteopathischen Prinzipien und Praktiken beruhende allgemein angewandte und gelehrte osteopathische Therapieansätze. Sie berufen sich auf klinisch empirische Erkenntnisse erfahrener Osteopathen und umfassen konkrete Techniken zur Behandlung von bestimmten Krankheiten [1].

Zahlreiche Beispiele dafür sind [1]:

- Chappmans viszerosomatische Reflexe
- Sutherlands primärer respiratorischer Mechanismus
- Mitchells Muskel-Energie-Konzept
- osteopathische Überlegungen zur systemischen Dysfunktion und
- Zinks kompensatorischer oder nicht kompensatorischer Faszienmusteransatz.

Außerdem wurden bereits bekannte Ansätze modifiziert und integriert. Ein Beispiel hierfür ist die myofasziale Triggerpunktbehandlung [1].

Um der Osteopathie in ihrer gesundheitsorientierten, patientenzentrierten Herangehensweise, die sich auf die Wiederherstellung, Erweiterung und Erhaltung der normalen physiologischen Prozesse fokussiert, mit einem konkreten Behandlungsverfahren gerecht zu werden, erarbeitete das Educational Council on Osteopathic Principles (ECOP) der American Association of Colleges of Osteopathic Medicine in den 1970er-Jahren das osteopathische Curriculum der fünf Modelle. Seit 2006 ist dieses von der World Health Organization als osteopathischer Beitrag zur Weltgesundheitsversorgung anerkannt [13]. Grundlage sind zehn physiologische Körperfunktionen, die in fünf Model-

len zusammengefasst wurden und als osteopathische Therapiegrundlage dienen. Die fünf Modelle sind das biomechanische, das neurologische, das respiratorisch-zirkulatorische, das metabolische und das biopsychosoziale Modell [13].

Beginn des 21. Jahrhunderts

In der osteopathischen Praxis wird anhand der körpereigenen Prozesse gearbeitet, mithilfe derer der Körper nach Gesundheit strebt und gegen Krankheiten ankämpft, sowie mit dem Wissen darüber, wie Osteopathie diese Prozesse unterstützen oder fördern kann. Hierbei dient die Anwendung der o. g. vier Grundsätze der Osteopathie des KCOM und der fünf Modelle nach ECOP einer zielgerichteten Anwendung der osteopathischen Behandlungsprinzipien [1].

Behandlungsansätze der Osteopathie

Kurze Zeit nach der Gründung der ersten Osteopathieschule im Jahr 1892 kam es innerhalb der osteopathischen Gemeinschaft zu Differenzen. Stills Ansatz umfasste eine rein manuelle Behandlung ohne Medikamente [14].

„Deshalb kann ich den Prinzipien trauen, von denen ich glaube, dass sie im Menschen zu finden sind. Sie sind für Gesundheit, Komfort, Glück, Leidenschaften und alles andere der Menschen vonnöten. Nichts, außer einer vollständigen, normalen Ernährung und Bewegung ist notwendig. Wir finden alle Mechanismen, Qualitäten und Prinzipien, die dem Architekt zufolge für den Menschen nötig sind. Lasst mich also mit dem Körper arbeiten, vom Gehirn bis zu den Füßen. Die Arbeit ist vollendet und vertrauenswürdig in allen ihren Teilen.“
A.T. Still [3]

Verfechter seines ursprünglichen Ansatzes gruppierten sich als *Lesionists*. Ihnen gegenüber standen die soge-

nannten *Broadists*, Sympathisanten einer Öffnung der Osteopathie hinsichtlich neuer Forschungsergebnisse, angeregt insbesondere durch J.M. Littlejohn [14].

„Diese Spaltung und noch weitere historische Ereignisse haben dazu geführt, dass die Osteopathie sich international sehr heterogen präsentiert.“
Hartmann [14]

Hervorzuheben ist, dass philosophisch und inhaltlich keinerlei Rivalitäten zwischen Littlejohn und Still bestanden [15].

Der akademisch hochgebildete Physiologe Littlejohn erweiterte Stills Konzept der Osteopathie lediglich [15]. Beide, Still und Littlejohn, lehnten Medikamente ab. Littlejohn und ihm folgend die *Broadists*, unterstützten jedoch „auch den Einsatz von Lichttherapie, Bädern, ausgewogener Ernährung usw., soweit sie unter den Gesichtspunkten der osteopathischen Philosophie angewendet“ wurden. Dies lehnten *Lesionists* ab. Dennoch „gab es zwischen Still und Littlejohn selbst niemals Auseinandersetzungen“, ihr gegenseitiger Respekt war hoch [16]. Die o. g. Unstimmigkeiten herrschten eher zwischen „Gelehrten und Nicht-Gelehrten“ [15]. Dies „darf als Urwurzel der bis heute bestehenden Rivalitäten insbesondere zwischen den ärztlichen und nichtärztlichen Lagern gelten“ [16].

Die historische Reflexion zeigt die bereits frühen, jedoch bis heute anhaltenden, spannungsreich kombinierten Denkstile in der Osteopathie [16].

Zusammenfassende Gedanken

Aus diesem Rückblick lässt sich der historische und entwicklungsbedingte Umfang des Begriffs „osteopathische Behandlung“ erkennen. Osteopathie um-

fasst unzertrennlich und unabdingbar „Medizin, Philosophie, Wissenschaft und Therapie“ zugleich [17]. Dabei ergibt sich die osteopathische Behandlung

„... bei jeder einzelnen Patientenbegegnung (...) natürlich und rational aus der Anwendung der unverwechselbaren Grundsätze, Modelle, Konzepte und anwendbaren manuellen Techniken. Sie wird von Patientenfaktoren und den Fähigkeiten des Osteopathen, den Erfahrungen und der Kenntnis der immer weiterwachsenden Evidenzbasis der osteopathisch manipulativen Therapie und dem wachsenden Bereich der neuromuskuloskelettalen Medizin beeinflusst.“

Mayer u. Standen [1]

„Das Ziel aller osteopathischen Techniken ist es, Mobilitätseinschränkungen in den Strukturen und Geweben zu beheben.“

Langer u. Hebgen [17]

Diese Literaturzusammenfassung zeigt auf, welche Entwicklung die osteopathische Behandlung vollzogen hat und was darunter verstanden werden kann. Um aber auf die Forschungsfrage zurückzukommen, wie eine IOL osteopathisch behandelt wird, muss ein weiterer Aspekt näher erläutert werden. Wie im letzten Abschnitt aufgezeigt, formulierte Still das Ziel, individuelle, optimale, anatomische Rahmenbedingungen für den Organismus des Patienten zu schaffen [5]. Die osteopathische Herangehensweise verdeutlicht die Notwendigkeit der Reflexion des physiologischen Knochens.

Der Knochen und die intraossäre Läsion

Im menschlichen Körper bildet das Skelett ein Stützgerüst. Seine knöchernen und knorpeligen Elemente des sogenannten passiven Bewegungsapparats sind durch Bindegewebsstrukturen ver-

bunden. Muskeln und Faszien bewegen und halten das Skelett. Sie gehören zum aktiven Bewegungsapparat, ebenso wie Sehnen, Schleimbeutel, Sehnenscheiden und Sesambeine [18]. Das Skelettsystem ist Ansatz und Ursprung für Muskel, Sehnen und Bänder und dient somit als Stütze und der Formgebung. Jedoch hat das Skelettsystem auch Stoffwechselfunktionen, ist Speichersort von Mineralien (Kalzium, Zink und Phosphat), dient dem Schutz essenzieller Organe (Leber, Gehirn, Herz und Lunge) und bildet Blutzellen [19]. Der ausdifferenzierte Knochen ist die zweithärteste Substanz des Körpers. Dennoch ist er eine lebende Struktur, die sich leicht an Veränderungen der statischen Bedingungen im Körper anpasst. Er verfügt über eine hohe Zug-, Druck- und Biegefestigkeit [18].

Knochengewebe wird unterschieden in Geflechtknochen und Lamellenknochen. Geflechtknochen sind überwiegend im Körper von Neugeborenen und während der Knochenbruchheilung zu finden. Sie bestehen aus ungeordneten Trabekeln, Kollagenfasern und Knochenzellen. Lamellenknochen sind stärker differenziert und stabiler [20]. Sie gehören zu den Binde- und Stützgeweben. Daher findet man neben (Knochen-)Zellen viel Interzellularsubstanz. Sie enthält Kollagenfasern und viele Mineralien, die für besonders starke Festigkeit sorgen [20]. Mit Ausnahme der Gelenkflächen ist der Knochen vom Periost umgeben. Diese fest anliegende, umhüllende Knochenhaut enthält Knochenstammzellen, Nerven und Gefäße. Es dient somit dem Schutz und der Ernährung des Knochens, aber auch als Anheftung für Ansätze von Sehnen und Bändern [20]. Die äußere Schicht des Lamellenknochens bildet die Substantia compacta [18]. Sie wird auch Substantia corticalis genannt und besitzt einen lamellenartigen Aufbau [20]. Hier ordnen sich, in sogenannten Osteonen, Osteozyten und Extrazellulärmatrix ringförmig um die nährenden Havers-Kanäle an [18]. Die innere Schicht des Knochens wird Substantia spongiosa genannt. Sie ist vor allem an den Epiphysen ausgeprägt. Die Ausrichtung der Spongiosa-

lamellen, als Druck- und Zugtrabekel, wird maßgeblich durch die Biegebeanspruchung des Knochens beeinflusst [18]. Das Knochenmark findet sich in den Spongiosatrabekeln als rotes, blutbildendes Knochenmark, außerdem als gelbes Fettmark in der Markhöhle der Diaphyse [18].

„Die Osteone der Kompakta und die Knochenlamellen der Spongiosa werden zeitlebens umgebaut und können sich veränderten statischen Bedingungen (...) sehr gut anpassen.“

Faller u. Schünke [18]

Dieser Umbau- und Anpassungsfähigkeit liegt eine von den Osteoblasten gebildete organische Grundsubstanz aus Kollagen und Glykoproteinen zugrunde. Um diese zu verhärten und zu der extrem belastbaren Knochenstruktur umzuformen, erfolgt eine Mineralisierung. Dafür schütten Osteoblasten Kalziumphosphate und Kalziumkarbonate aus. Diese kristallisieren an den Kollagenfasern. Dabei mauern sich die Osteoblasten selbst ein. Weitgehend abgeschottet von der Umgebung verlieren sie daraufhin ihre Fähigkeit zur Zellteilung und werden nun Osteozyten genannt [20]. Durch diesen Umbaumechanismus kann sich der Knochen leicht an Veränderungen anpassen und regenerieren [18].

Die Ernährung des Knochens erfolgt in der Kortikalis durch sehr kleine, aus dem Periost einsprossende Blutgefäße sowie aus größeren, durchbohrenden Arterien [20]. Sogenannte Volkmann-Kanäle verbinden die Osteone untereinander und besitzen Arterien, die in die Gefäße der Havers-Kanäle münden [18]. Die Gefäße setzen sich bis zum Markraum fort und bilden dort ein Gefäßnetz, das den Knochen von innen versorgt [20]. In der Spongiosa erfolgt der Stoffaustausch ausschließlich durch Diffusion mit dem Knochenmark [18].

Diese Absätze über die Anatomie und Physiologie des Knochens bilden die

Grundlage osteopathischer Überlegungen, denn wie zuvor erläutert sollen individuelle, optimale anatomische Rahmenbedingungen für den Organismus des Patienten geschaffen werden [5]. Bei einer IOL liegt durch Kräfteinwirkungen eine Veränderung der Knochenmatrix vor, die sich durch erhöhte Rigidität, eine veränderte Kraftübertragung und eine verminderte Vitalität ausdrückt [7]. Zur Veranschaulichung der empirischen Definition eine Erläuterung von Nicholas Handoll [21]:

„Ein lebendiger Knochen verformt sich bis zu einem gewissen Grad durch Strains und federt wieder zurück (...). In jeder Lebensphase kann ein Knochen einem schweren Trauma unterworfen sein und sich verformen. Wenn die elastische Fähigkeit eines Knochens überschritten wird, wird der Knochen zu der Grenze seiner elastischen Fähigkeit zurückkehren. Doch etwas von der Verformung bleibt im Knochen (...) zurück.“
Es liegt keine „Veränderung der Form des Knochens oder seiner Position“ vor. Es handelt sich um eine „Veränderung der Qualität des Knochens, die durch Palpation erschlossen werden kann. (...) Gelegentlich ist es besser für den Körper, wenn er etwas von der Energie durch eine Fraktur abbaut. Einige der schwersten intraossären Kompressionen entstehen dadurch, dass der Patient eigentlich eine Fraktur hätte erleiden müssen, aber er dies noch vermeiden konnte.“
Diese durch Energie entstandene Kompression ist „im Knochengewebe verschlossen und verbleibt auch dort, wenn dies nicht behandelt wird. Der Körper versucht in den folgenden Monaten und Jahren die Kompression zu lösen und

entwickelt entsprechende Kompensationen, weil ihm dies nicht gelingt. Die Kompensationen passen sich an und verändern sich über die Jahre hin.“

Handoll [21]

Wie Brown empirisch zusammengefasst hat, drückt sich eine IOL in Form von erhöhter Rigidität, veränderter Kraftübertragung und verminderter Vitalität aus [7]. Dies ist wahrnehmbar durch sensorisches und mechanisches (Kompression, Tension und Torsion) Testen des Knochens [7]. Außerdem, so Muntinga, auch mithilfe der thermischen Palpation der Hautzonen über dem Knochen [8]. Als ein weiteres Indiz beschreibt Handoll den Primären Respiratorischen Mechanismus [21].

Aus dieser systematischen Reflexion der theoretischen Grundlagen, die einer osteopathischen Behandlung der IOL zugrunde liegen, wird das Ziel der osteopathischen Behandlung der IOL deutlich: die physiologischen, optimalen, anatomischen Rahmenbedingungen des Knochens und des Organismus wiederherzustellen.

Der zweite Teil des Artikels, der in der kommenden Ausgabe erscheint, befasst sich empirisch mit der osteopathischen Behandlung der IOL. Anhand von Experteninterviews konnte eine erste wissenschaftliche Beschreibung der Behandlung einer IOL verfasst werden.

Hinweis

Dieser zweiteilige Artikel ist eine Zusammenfassung der Bachelor-Arbeit von Dominique Stecker an der Hochschule Fresenius, München. Sie hat den Titel „Qualitative Inhaltsanalyse von Experteninterviews zur osteopathischen Behandlung von intraossären Läsionen“.

Interessenkonflikt

Die Autorin gibt an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Korrespondenzadresse

Dominique Stecker
dominique.stecker@yahoo.de

Literatur

- [1] Mayer, J.; Standen, C. (2017). Lehrbuch osteopathische Medizin. München: Elsevier GmbH.
- [2] Lewis, J. (2012). A.T. Still: vom trockenen Knochen zum lebendigen Menschen. Gwynedd: Dry Bone Press.
- [3] Still, A.T. (Hrsg. Hartmann, C.) (2005). Das große Still-Kompendium. Autobiografie (2. Ausg.). Pähl: Jolandos.
- [4] Liem, T.; Dobler, T.K. (2017). Leitfaden Osteopathie (4. Aufl.). München: Elsevier.
- [5] Hartmann, C. (2016). Gedanken zu A.T. Stills Philosophie der Osteopathie. Pähl: Jolandos.
- [6] Stecker, D. (2018). Umfrage zu Knochenläsionen ohne Fraktur. München: Hochschule Fresenius.
- [7] Brown, J. (2008). A qualitative analysis & synthesis of compactions & intraosseous lesions: osteopathic, scientific & practical perspectives, Thesis. Canadian College of Osteopathy.
- [8] Muntinga, E. (2013). Thermographic skin measurement and osteopathic palpation of tibial intraosseous strains in adults – a comparative pilot study. Swiss International College of Osteopathy.
- [9] Liem, T. (2016). A.T. Still's Osteopathic Lesion Theory and Evidence-Based Models Supporting the Emerged Concept of Somatic Dysfunction. J Am Osteopath Assoc 116 (10): 654–661. doi:10.7556/jaoa.2016.129.
- [10] Muntinga, E. (2019). Die Sprache der Vergangenheit: Wie Schatten vergangener Traumata die Gegenwart beeinflussen – theoretische und praktische Ansätze in der Osteopathie (4. Aufl.). Schweiz: bonesetter.ch Verlag.
- [11] Still, A.T. (1910). Osteopathy, Research and Practice. Kirksville: The Journal Printing Co.
- [12] Hartmann, C. (2017). Läsion ist nicht gleich somatische Dysfunktion. <https://www.jolandos.de/blog/osteotimes/newsletter-editorials/laesion-ist-nicht-gleich-somatische-dysfunktion> (Zugriff am 5.5.2020)
- [13] Chila, A. G. (2011). Foundations of Osteopathic Medicine (3. Aufl.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
- [14] Littlejohn, J.M. (Hrsg. Hartmann, C.) (2009). Osteopathie erklärt. Pähl: Jolandos.
- [15] Hartmann, C. (2005). Eine kurze Geschichte der Osteopathie. <https://www.jolandos.de/blog/osteotimes/blogbeitraege/eine-kurze-geschichte-der-osteopathie> (Zugriff am 31.5.2020)
- [16] Pöttner M., Hartmann C. (2010): Von Littlejohn lernen: Osteopathie als angewandte biologische Wissenschaft (Teil 2). DO – Deutsche Zeitschrift für Osteopathie, 2010; 1: 17–19.
- [17] Langer, W.; Hebgen, E. (2017). Lehrbuch Osteopathie (2. Aufl.). Stuttgart: Karl F. Haug Verlag im Georg Thieme Verlag KG.
- [18] Faller, A.; Schünke, M. (2012). Der Körper des Menschen. Einführung in Bau und Funktion (16. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- [19] Asan, E.; Lüllmann-Rauch, R. (2015). Taschenlehrbuch: Histologie (5. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- [20] Menche, N. (2012). Biologie Anatomie Physiologie. München: Urban & Fischer im Elsevier-Verlag.
- [21] Handoll, N. (2004). Die Anatomie der Potency. Pähl: Jolandos.