

Edward Muntinga

Trauma und Schock aus osteopathischer Sicht



Trauma, Schock, PTBS und Stress sind Schlagworte, die in den letzten Jahrzehnten immer häufiger im therapeutischen Sprachgebrauch auftauchen. Dieser Artikel möchte im Detail Begriffe wie Trauma und Schock differenzieren, die Effekte von Schockenergie im Gewebe beschreiben und auf die Möglichkeit eingehen, Schock im Rahmen der osteopathischen Behandlung auszuleiten.

„Menschen, die nicht viel über Traumata wissen, denken, dass ein Trauma mit etwas zu tun hat, das vor langer Zeit passiert ist. Aber tatsächlich ist die Vergangenheit vergangen, und das Einzige, was zählt, ist das, was jetzt gerade passiert. Trauma ist das Überbleibsel, das ein vergangenes Ereignis in den Sinneserfahrungen Ihres Körpers hinterlässt. Es ist nicht das Ereignis da draußen, das unerträglich wird, sondern es sind die körperlichen Empfindungen, mit denen Sie leben, die unerträglich werden, und Sie werden alles tun, damit sie verschwinden.“

(Bessel van der Kolk)

In der Körpertherapie sind das Erkennen und die Behandlung eines Traumas wichtig, aber noch wichtiger sind das Spüren, das Erkennen und die spezifische Behandlung von Schock-Zuständen. Diese wirken lokal, regional oder im ganzen Körper wie

- eine „Handbremse“;
- ein „Stecken im Getriebe“;
- ein „Einfrieren“ des Körpersystems oder
- eine „Implosion“ des Körpersystems.

Solch massive Beeinträchtigungen einer unter Schock leidenden Person müssen prioritär erkannt und auf der richtigen Ebene therapeutisch angegangen werden, sonst besteht eine sehr große Wahrscheinlichkeit, dass konventionelle Therapien keine Wirkung zeigen werden, da die Ur-Läsion und die dazu führenden Kräfteinflüsse nicht in Betracht gezogen werden.

„Wir müssen durch das Dysfunktionsmuster hindurchdenken zu der traumatischen Kraft, die es brauchte, um die Dysfunktion zu produzieren; und diese traumatische Kraft sollte einbezogen sein in unser Bemühen, den Dysfunktionsmechanismus zu korrigieren. Das ist möglich mit einer trainierten palpatorischen Berührung, die tief denkt, tief fühlt, tief sieht und tief erkennt.“

(R.E. Becker DO, in Muntinga 2016)

Was ist ein Trauma?

Ein Trauma (griech.: Wunde) ist ein belastendes Ereignis oder eine Situation, die von der betreffenden Person nicht bewältigt oder verarbeitet werden kann. Es ist oft das Resultat von Gewalteinwirkungen – sowohl physischer wie psychischer Natur. Bildhaft lässt es sich als eine „seelische, emotionale und/oder körperliche Verletzung“ verstehen. Als traumatisierend werden im Allgemeinen belastende Ereignisse wie schwere Unfälle, Erkrankungen und Naturkatastrophen, aber auch Erfahrungen erheblicher psychischer, körperlicher und sexueller Gewalt sowie schwere Verlust- und Vernachlässigungserfahrungen bezeichnet. Sie können tiefe Wunden in der Seele hinterlassen, die einen Menschen das Leben lang beeinträchtigen. Traumatisierungen, die zunächst rein psychischer Natur sind, das heißt ohne direkte körperliche Bedrohung mechanischer Art, können sich in der Folge oft in psychosomatischen Leiden niederschlagen (*Deutsche Traumastiftung 2016*).

Ein Trauma ist gemäß dem Psychologen und Pränatal-Trauma-Experten William Emerson ein systemisches Phänomen, wobei der Körper eine hoch-defensive Strategie entwickelt hat, um die Erinnerung an das Geschehene einzudämmen. Ein Trauma ist demnach ein erfolgreiches Management oder die Eindämmung einer psychologischen Wunde (*Emerson 2016*).

Die Reaktion von Menschen auf traumatische Ereignisse hängt von vielen Faktoren ab, unter anderem von der Art und Stärke des Erlebnisses, von der Situation des Geschehens und von den persönlichen Ressourcen und der Resilienz, die den Betroffenen zu jenem Zeitpunkt zur Verfügung steht. Deshalb ist es auch schwierig, eine allgemeingültige Liste mit Traumafolgen zusammenzustellen. Vielmehr ist es eine Mischung aus verschiedenen kurz-, mittel- und langfristigen Symptomen, die das Bestehen einer solchen Stressbelastung anzeigen und bei den meisten Traumatisierten zu finden sind.

Dabei können beim Betroffenen eines belastenden Ereignisses unter anderem folgende akute Reaktionen auftreten:

- Physische Reaktionen wie Zittern, Schwitzen, erhöhte Herzfrequenz, erhöhter Blutdruck, Atemnot, Schüttelfrost.
- Emotionale Reaktionen wie Hilflosigkeit, Orientierungsverlust, Gereiztheit, Aggression, Erschöpfung, Niedergeschlagenheit.
- Kognitive Reaktionen wie Sprachschwierigkeiten, Gedächtnisverlust (Amnesie), Entscheidungsschwierigkeiten, Konzentrationsprobleme.

Diese Symptome treten entweder direkt nach – oder oft erst eine Weile nach – dem auslösenden Ereignis schleichend auf und werden dann meist nicht als Traumafolge erkannt, weil das Ereignis bereits einige Zeit zurückliegt. Oft werden die Symptome auch durch eine unbewusste Reaktivierung des Traumas (Flashbacks) ausgelöst, wenn eine dem Trauma ähnliche Situation (Trigger) auftaucht (Deutsche Traumastiftung 2016).

Was sind die Folgen eines Traumas?

Die Wahrscheinlichkeit, dass ein möglicherweise traumatisierendes Ereignis negative Folgen hat, hängt von der Schwere und Art des Ereignisses ab, und insbesondere von der psychischen, emotionalen und körperlichen Resilienz der betroffenen Person. Dabei können die Reaktionen auf ein erlebtes Trauma bei Erwachsenen und besonders bei Kindern und Jugendlichen sehr unterschiedlich sein. Dies bedeutet, dass ein schlimmes Ereignis nicht zwingend zu einem Trauma führen muss. Oft lassen die eigenen Selbstheilungskräfte akute Belastungsreaktionen abklingen und der Betroffene kann das Erlebte zurücklassen, ohne dass es ihn in seinem weiteren Leben bedeutend beeinträchtigt. Wirken jedoch mehrere belastende Faktoren zusammen und ist nicht genügend Resilienz vorhanden, können neben Vitalitätsstörungen, Angststörungen und Depression sogenannte posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) auftreten, obwohl das traumatische Ereignis bereits Wochen, Monate oder sogar Jahre zurückliegt. PTBS gehört zu den in (para)medizinischen Welt bekanntesten Traumafolgestörungen (Deutsche Traumastiftung 2016).

Kurzfristige Folge: Akute Belastungsreaktion

Eine akute Belastungsreaktion (ABR) ist eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt und im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt. Die individuelle Vulnerabilität und die zur Verfügung stehenden Coping-Strategien spielen bei Auftreten und Schweregrad der akuten Belastungsreaktionen eine wichtige Rolle.

Die Symptomatik zeigt typischerweise ein gemischtes und wechselndes Bild, beginnend mit einer Art von „Betäubung“, mit einer gewissen Bewusstseinsengung und eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer

Info Resilienz

In der Psychologie sind die Begriffe Resilienz und Verwundbarkeit sehr wohl bekannt und Verwundbarkeit wird als Gegenteil von Resilienz betrachtet. Ursprünglich wurde der Begriff Resilienz in Verbindung mit traumatisierten Kindern verwendet (Krieg, Vergewaltigung, emotionaler und/oder körperlicher Missbrauch etc.). Ein Kind mit einer starken Resilienz hat ein großes Potenzial zur Verarbeitung der erlebten traumatisierenden Erfahrungen und kann mit großer Wahrscheinlichkeit wieder in einen Zustand wie vor den Ereignissen zurückfinden. Der Begriff Resilienz kommt vom lateinischen Wort „resilire“; es bedeutet: abspringen, zurückprallen, zurück schrumpfen, zurückspringen.

Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten, sowie Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiteres sich Zurückziehen folgen, oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität (wie Fluchtreaktion oder Fugue). Meistens treten auch vegetative Zeichen panischer Angst wie Herzrhythmusstörungen, Schwitzen und Erröten auf.

Die Symptome erscheinen im Allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und gehen innerhalb von zwei oder drei Tagen, oft innerhalb von Stunden zurück. Teilweise oder vollständige Amnesie bezüglich dieser belastenden Episode kann vorkommen. (Quelle: ICD-10-WHO 2016)

Mittel- bis langfristige Folge: Posttraumatische Belastungsstörung

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) entsteht als eine verzögerte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jeder Person eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren wie bestimmte zwanghafte oder asthenische

Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren, aber die letztgenannten Faktoren sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären.

Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund andauernder Gefühle der Betäubung und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung über. (Quelle: ICD-10-WHO 2016)

Definitionen von Schock

Der Begriff Schock wird in den Disziplinen Medizin, Psychologie und Physik verschieden beschrieben, aber grundsätzlich haben alle eines gemeinsam: Es geht um einen Einfluss von außen, der einen Körper transmarginal beeinflusst, meist mit bleibenden Veränderungen.

Medizinische Definition: Der Begriff Schock bezeichnet in der Medizin ein lebensbedrohliches Zustandsbild. Es bildet sich eine schwere Kreislaufstörung aus, bei der meist die Blutzirkulation in den Kapillaren vermindert ist. Als Folge treten eine Sauerstoffunterversorgung der Gewebe und in letzter Konsequenz ein Stoffwechselfersagen auf. (Pschyrembel)

Physikalische Definition: Hier ist der Begriff Schock mit „Stoß“ gleichzusetzen. Ein (unelastischer) Stoß ist ein Vorgang, bei dem zwei oder mehr Körper kurzzeitig Kraft aufeinander ausüben. Als Folge ändern die Körper ihren Bewegungszustand, möglicherweise auch ihre Form und Zusammensetzung. (Wikipedia)

Psychologische Definition: Die akute Belastungsreaktion (umgangssprachlich „Schock“) ist die Folge einer extremen psychischen und/oder körperlichen Belastung, für die Betroffene keine geeigneten Bewältigungsstrategien besitzen. (Deutsche Traumastiftung 2016)

Osteopathische Sichtweise nach Edward Muntinga: Weder das Symptombild und die Verlaufsdefinition einer akuten Belastungsreaktion noch einer posttraumatischen Belastungsstörung beschreiben passend das Phänomen Schock, so wie ich es als Osteopath tagtäglich in den Körpern von traumatisierten Menschen vorfinde. Hier muss eine neue Definition her, um einen spezifischen Behandlungsansatz zu ermöglichen.

„Wir behandeln nicht, was falsch ist. Wir behandeln durch das Wiederherstellen der ursprünglichen Perfektion, mit der wir alle in die materielle Welt entsprungen sind. Die Art und Weise, in der wir die Distorsion wieder zur Perfektion des Originals ordnen, geschieht durch Visualisierung des Originals.“ (Lee 2011)

(Lee 2011)

Der „Schock-Körper“

Ein „Schock-Körper“ ist ein Körper, der einen gravierenden Schock durch ein traumatisierendes Ereignis erlitten hat, egal vor wie langer Zeit dies geschehen sein mag. Auch ein Organ oder irgendein Körpergewebe kann unter Schock stehen – es muss nicht immer der Mensch als Ganzes unter Schock stehen. Überregionaler Schock (ein Schock-Körper) ist meist durch relativ klare Muster gekennzeichnet, was weiter unten im Detail beschrieben wird.

Ein unter Schock stehender Mensch und dessen schockiertes Gewebe können sich, wie bereits beschrieben, manchmal von selbst erholen und wieder zurück zur Normalität finden. Oft ist ein Schock-Körper jedoch „zeitresistent“ und hat Einfluss auf alle Körpersysteme, insbesondere das Nebennieren-System und das Energiesystem (Kundalini, Meridiane, Chi, etc.).

Ein milder Schock ist meist gravierender als ein Trauma, weil ein Trauma gemäß William Emerson (2016) ein Phänomen ist, bei dem der Körper eine hochdefensive

Strategie entwickelt hat, um die Erinnerung an das Geschehene einzudämmen. Grundsätzlich kann man behaupten, dass eine Entfremdung in sich selbst die Kernwunde von Schock ist.

Schock aus osteopathischer Sicht

Meiner Wahrnehmung nach ist Schock im Gewebe eine Form von fixierter Energie, die sich in der Fluidität des Gewebes manifestiert. Schock führt zu Stagnation in der Flüssigkeit des Seins. Da die Effekte von Schockenergie meist einen zeitresistenten Charakter besitzen, könnte es sein, dass das betroffene Gewebe sich wohl irgendwie versteift, „taubstumm“ und unreaktiv wird, sich dessen Fluidität gelartig verändert oder sich ein gewisser „Abdruck“ in dessen Matrix bildet. Wie auch in der physikalischen Definition von „Schock/Stoß“ erwähnt, kann ein nicht absolut elastischer Körper einen transresilienten mechanischen Stoß nicht genügend abfedern – es entsteht eine plastische Deformation, ein „Abdruck“ der eingewirkten Kraft. Dieser Abdruck ist ein Effekt der kinetischen Energie, die nun als potenzielle Energie in dieser Deformation des Seins existiert. Diese potenzielle Energie ist zeitresistent im Gewebe gespeichert. Schock fühlt sich gemäß der persönlichen Erfahrung je nach Situation sehr verschieden an – vor allem, je nach dessen „Alter“.

Ein frischer Schock fühlt sich im Patienten wie folgt an:

- nervös
- aufgewühlt („wie Schlamm in einem Glas Wasser“)
- nach außen abstoßend
- vibrierend
- heiß
- diffus



Flusswiderstand: Wasser wie auch Schockenergie fließt immer den Weg des geringsten Widerstandes.

Ein weiter zurückliegender Schock fühlt sich im Patienten wie folgt an:

- einbetoniert
- kalt
- tot, leblos
- inert (reaktionsunfähig)
- gesetzt („wie Schlamm in einem Glas Wasser“)

Grundsätzliche Regeln zum Phänomen Schockenergie:

1. Schock im Gewebe oder ein Schock-Körper ist das Resultat eines transresilienten, traumatisierenden Ereignisses.
2. Schock ist eine Form von fixierter Energie, manifestiert in der Fluidität des Seins (Gewebe, Psyche, Emotionen).
3. Schock ist ein systemisches Phänomen, das Einfluss auf alle Körpersysteme auf allen Ebenen (mechanisch, fluide und elektromagnetisch) haben kann.
4. Schock hat einen massiv störenden Einfluss auf das vegetative Nervensystem, insbesondere auf die Vasomotion (die oszillierende Änderung des Gefäßdurchmessers) der betroffenen Gewebebereiche.
5. Schock ist meist zeitresilient, d.h. die Aussage, „Zeit heilt alle Wunden“, gilt hier nicht unbedingt.
6. Schock ist eine elektromagnetische Kraft, die sich in der Fluidität des Körpergewebes manifestiert und der Träger von Gewebserinnerungen sein kann.
7. Schock fließt immer entlang des geringsten Widerstands.
8. Schock kommt nie wieder zurück. Die damit verbundene Energie fließt nur in eine Richtung.

Rollin E. Becker hat Schock auch als „biokinetische Energien“ beschrieben, die es aus dem Patientensystem wieder zurück in dessen Biosphäre abzugeben gilt. Extrem wichtig ist, hier zu erwähnen, dass wenn der Osteopath sich palpatorisch nicht in der fluiden und elektromagnetischen Ebene „wohlfühlt“ und auf diesen Ebenen nicht wahrnehmen und/oder wirken kann, sich das Phänomen Schock erstens gar nicht beim Patienten zeigt und zweitens auch nicht ausgeleitet werden kann. In diesem Fall wird der Osteopath nie wirklich verstehen, weshalb seine therapeutischen Bemühungen keinen oder nur kurzfristigen Effekt haben.

Schock ausleiten – aber wie?

Da Schockenergie den Weg des geringsten Widerstandes nimmt, hat sie in einer Behandlung nur zwei Möglichkeiten: Entweder kann sie aus dem Körper des Patienten direkt „nach außen“ weggeleitet werden oder zuerst durch den Osteopathen hindurch und darauffolgend „nach

außen“. Beide Ansätze funktionieren, sind aber grundlegend verschieden.

Die erste Methode ist die sicherere Methode, da der Osteopath nur ansatzweise mit der Schockenergie in Verbindung kommt. Hier arbeitet der Osteopath mit Intention im elektromagnetischen Feld, wobei er die Schockenergie zur Mittellinie des Patienten und dann hinunter durch das Coccyx in den Boden – zurück zur Mutter Erde – schickt. Auch hier gilt das Prinzip des geringsten Widerstandes, das heißt, der Osteopath steuert diesen Prozess mit Imagination und Intention, sodass die Schockenergie den richtigen Weg nimmt und sich in die Erde dissipiert. Wie schon vorher erwähnt, ist Schockenergie meist ein Träger der Erinnerungen des Schockerlebnisses. Dieser direkte Zugang „schont“ den Osteopathen vor der Erinnerungsmasse, was sehr wohl für Anfänger auf diesem Gebiet zu empfehlen ist.



Flussrichtung der Schockenergie

Bei der zweiten Methode ist der Osteopath der Mediator dieser Schockenergie. Diese Methode hat einen gewissen Preis, aber der Lohn ist nicht zu unterschätzen. Es kann für den Körper des Osteopathen sehr fordernd sein, die Schockenergien zu verarbeiten, da sie durch ihn hindurchfließen. Für Anfänger kann diese Methode sogar etwas schädlich wirken, weil der Körper des Osteopathen mit diesen Energien und Erinnerungen umgehen muss. Ich musste mit den Jahren lernen, mehr und mehr permeabel zu werden, damit diese Energien ungehindert hindurchfließen können. Diese Ausleitung hat Auswirkungen auf das vegetative Nervensystem des Osteopathen und dessen Fight/Flight/Fright-System muss elastisch, gut trainiert und möglichst nicht vorbelastet sein. Dennoch ist die direkte Konfrontation

mit der Schockenergie und deren Erinnerungsmasse sehr interessant, weil der Osteopath den Schock „leben“ darf, und zwar mit allen Ängsten, Schmerzen, Bildern usw. Diese Methode hat mir erlaubt, eine große Erfahrungsbibliothek menschlichen Leidens in mir zu bilden, die ich mit Respekt und Stolz in mir trage.

Um Schock ausleiten zu können, muss der Osteopath in erster Linie die flüssige Ebene des Seins palpieren können. Des Weiteren sollte er selber „gut genug“ ausgeräumt sein, sodass sein Körper genügend geringeren Widerstand für die auszuleitende Schockenergie leisten kann. Ich möchte hier kurz auf den Begriff „gut genug“ eingehen: Damit Schockenergie abgeleitet werden kann, muss der Osteopath nicht einen perfekt niedrigen Widerstand leisten, sondern der Widerstand muss einfach nur geringer sein als das Gewebe, das die Schockenergie beinhaltet. Der Osteopath muss nicht „perfekt“ permeabel sein, aber „genügend gut“!

Durchfließende Schockenergie – Empfindungen des Osteopathen

Um als Osteopath genügend permeabel zu sein, darf er nicht allzu viele und allzu stagnierende Läsionen besitzen. Demnach ist eine gute Aufräumarbeit auf mechanischer, fluider und elektromagnetischer Ebene ein absolutes Muss. Diese Aussage gilt auch für die Palpationsfähigkeit: Ein Osteopath mit einer massiven Stagnationsproblematik im zentralen Nervensystem oder sogar einem Schock-Körper kann unmöglich eine genügend exakte und tiefgreifende Palpation besitzen.

Für den Osteopathen kann sich durchfließende Schockenergie individuell sehr unterschiedlich anfühlen. Aus diesem Grund werden hier nur persönliche Wahrnehmungen des Autors betreffend Schockenergie umschrieben:

- Leichter Gewebestress, das heißt, eine Vorstufe von Schock:
 - leichtes Ziehen im Gesicht,
 - Ziehen in den Zähnen,
 - ein leichtes Zusammenziehen der Gesichtsmuskulatur,
 - leichtes Kribbeln in den Armen.
- Eine Vorahnung von Schockenergie, bevor sie tatsächlich im Körper am Ort palpatorisch erreicht wird:
 - ein „nervös“ werden im ganzen Körper,
 - ein starker innerer Drang, mit den Händen dorthin zu gehen, wo die Schockenergie erwartet wird.

- Gespeicherte Schockenergie, die durch eine subjektiv nicht-lebensbedrohliche Situation entstanden ist:
 - Gänsehaut (Arme, Rücken, Beine, etc.),
 - ein Kribbeln hinter den Ohren, den Rücken hinunter bis in die Füße.
- Gespeicherte Schockenergie, die durch eine subjektiv lebensbedrohliche Situation entstanden ist:
 - Gänsehaut (Arme, Rücken, Beine, etc.),
 - ein Kribbeln hinter den Ohren, den Rücken runter bis in die Füße,
 - wichtigstes Symptom: Tränenfluss beider Augen.

Kurz gesagt, sind diese Empfindungen empathischer Natur und drücken sich in meinem vegetativen Nervensystem aus. Die durch mich hindurchfließende Schockenergie ist der Träger einer Erinnerung aus der Vergangenheit; eine Momentaufnahme, ein Bild, ein Video, ein Gefühl, ein Schmerz. Empfindungen wie Verzweiflung, Schreck, Todesstille, bohrender Schmerz, Verlust, Panik, Angst und viele andere Ausdrücke menschlichen Leidens wurden mir in den vielen Jahren als „körperlesender“ Osteopath anvertraut. Dieser Prozess ist extrem intensiv und hat seine Konsequenzen.

Alle mir anvertrauten Ausdrücke menschlichen Leidens werden in mir gesammelt und in einer großen Bibliothek abgelegt. Nachdem sie abgelegt wurden, bleibt nur noch die Erinnerung an den Schmerz zurück, aber nicht mehr die biokinetische Trägerenergie. Diese Schockenergie floss durch mich hindurch, abgeleitet wie Wasser aus einer Flasche – hinaus in die große Biosphäre des Lebens. Hier ändert sie ihre zerstörerische Qualität und wird in eine neutrale Form von Energie umgewandelt.

Aufgrund der oben genannten körperlichen und emotionalen Empfindungen kann ich relativ präzise den Schweregrad des verursachenden Ereignisses erspüren. Diese teils sehr schmerzhaften, aber dennoch schönen Empfindungen in mir decken sich nahezu immer mit der Biografie des Patienten, das heißt mit dessen Läsionskarte und Trauma-Timeline.

Teilen des Erlebten mit dem Patienten

Ich habe mir mit der Zeit angewöhnt, meine subjektiven Erfahrungen in Bezug auf das Schock-Gewebe und die erlebte Schockenergie mit meinen Patienten in Echtzeit zu teilen. Die therapeutischen Vorteile sind immens. Man stelle sich vor, der Patient spürt in seinem Inneren,

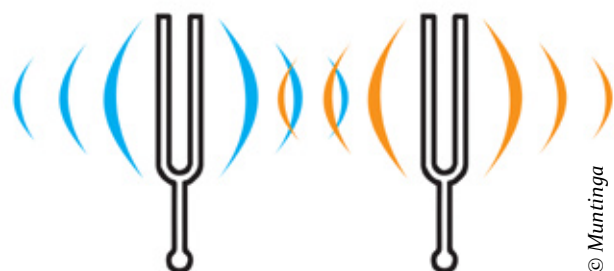
dass der behandelnde Osteopath authentisch seine ganz persönliche Schock-Biografie lesen und spüren kann. Zusammen potenzieren sich diese Erkenntnis und der Schockausleitungsprozess des Osteopathen auf eine unbeschreiblich schöne Art. Was kann schöner und türöffnender sein, als sich im Innersten verstanden zu fühlen?

Aber Vorsicht: Empathische Empfindungen sind nur dann therapeutisch sinnvoll, wenn sie effektiv vom Patienten stammen! Es ist beim ungeübten Osteopathen eminent wichtig, bei jeder Eingebung intuitiver/empathischer Natur zu hinterfragen, von wem die empfundene Emotion in Wirklichkeit stammt. Mit etwas Übung geschieht dieser „Authentifizierungsprozess“ automatisiert, schnell und 99,9 Prozent zuverlässig. Intuition ist wie ein Muskel – er soll trainiert werden.

Konsequenzen für den Osteopathen

Wenn Schock fließt, kann dies anfänglich für den unerfahrenen Osteopathen Konsequenzen haben. Auch Franklyn Sills hat in seinen Publikationen biodynamischer Osteopathie davor gewarnt, dass die Arbeit in der Fluidität und in der Longtide dazu führen kann, dass sich Resonanzen beim behandelnden Osteopathen zeigen. Wenn man in den fluiden und elektromagnetischen Ebenen des Körpers, insbesondere der Fluidtide und Longtide, arbeitet, dann kommt der Körper des Osteopathen unweigerlich direkt mit ins Spiel. Es gibt keine klare Trennung mehr zwischen Patient und Behandler, sondern es bildet sich ein „Zusammen“.

Wenn während der Behandlung in der Körperbiografie des Patienten eine Erinnerung an ein traumatisierendes Ereignis hervorkommt und der Osteopath etwas Ähnliches selber erlebt hat oder eine ähnliche Läsion mit derselben „Signatur“ besitzt, dann tritt folglich ein Resonanzphänomen auf. Dieses Phänomen führt dazu, dass der Körper des Osteopathen auch „behandelt“ wird, das



Resonanz zwischen zwei identischen Tongabeln

© Muntinga

Buch-Tipp



Schock – Die wahre Natur von Schock, ein osteopathischer Ansatz

Edward Muntinga
Verlag: bonesetter.ch,
396 Seiten, 37,45 Euro,
ISBN 978-3-0330-7172-8

Edward Muntingas Buch „Schock“ soll eine Inspiration für Therapeuten sein, um dieses Phänomen zu erkennen, zu klassifizieren und erfolgreich zu behandeln. Eine bewusst verständliche Sprache bietet auch dem Laien eine einmalige Möglichkeit, Schock aus einem einzigartigen Blickwinkel besser verstehen zu können. Schock ist der Effekt eines Ereignisses jenseits der individuellen Belastungsgrenze, egal ob psychisch, emotional oder mechanisch. Dieser Schock-Effekt manifestiert sich als Schockenergie, welche eine Form von fixierter Energie ist, die sich in der Fluidität des Gewebes manifestiert. Schockenergie besitzt spezifische Eigenschaften wie einen bremsenden, ja sogar blockierenden, Effekt auf Vitalität, Potenzial zu Veränderung und Lebendigkeit an sich. Schock ist kristallisierte Schockenergie, eingefroren im Raum-Zeit-Gefüge, meist Träger von Gewebserinnerungen des Erlebten.

Dies führt zu zeitresistenten und oft therapieresistenten Phänomenen im betroffenen Körper. Schockenergie ist eine Manifestation auf der flüssigen Ebene und muss demnach auch auf dieser Ebene angesprochen werden – diese „Sprache“ sollte jeder Therapeut anzuwenden lernen. Dies ist keine Zauberei, nur eine andere Sprache, um mit der Biografie des Betroffenen auf der Gewebsebene einen Dialog aufbauen zu können.

In diesem Buch wird das Thema Schock aus der ganz persönlichen „experience-based“ Sicht von Edward Muntinga seziert. Was ist Schock? Wie erkennt man Schock? Wie behandelt man Schock? Welche Qualitäten und Chronizitäten von Gewebserinnerungen, getragen von Schockenergie, gibt es? Ein erheblicher Teil des Buches bildet eine Art „Schock-Bibliothek“, worin der Leser aus dem Erfahrungsschatz des Autors schöpfen kann.

heißt, die Tiden wirken auch durch seinen Körper – was demnach auch zu Behandlungsreaktionen und „Heilungskrisen“ führen kann. Je mehr der Osteopath seine eigene Biografie aufgeräumt hat und je „durchlässiger“ er mit der Zeit wird, desto mehr nimmt dieses Phänomen jedoch ab.

Nach der Schockausleitung

Im Normalfall ist nun der Weg frei für die weitere Arbeit am Körper. Vor allem können nun mechanische Korrekturen mit einem bleibenden Effekt vonstattengehen.

Oft muss der „taubstumme“ Körper aber zuerst geweckt werden, damit sich alter Schock zeigen kann. Der meistens noch unter Schock stehende, aber sehr gut durch die Jahre kompensierte Schock-Körper hat die Schock-Abdrücke „vergraben“, auf die Seite geschoben, und gelernt, sich damit zu arrangieren. Hier können mechanische Techniken wie gezielte HVLA's (chiropraktische Manipulationen) oder Kompressionstechniken sehr gut helfen, um den „Dornröschenschlaf“ etwas zu stören, sodass dann folglich die Schockausleitungstechniken greifen können und der „Tiefschlaf“ des betroffenen Patienten beendet werden kann. Nun kann der Prozess zur Normalität, zur wahren Natur und zur Gesundheit stattfinden.

Edward „Ed“ Muntinga Msc. Ost, DO, CST HFP, PT, ist seit über 23 Jahren Therapeut (Osteopath, Craniosacraltherapeut, Physiotherapeut) in eigener Praxis in Ebmatingen in der Schweiz.

Er unterrichtet regelmäßig an der EAPO (Pferdeosteopathie Schule, www.eapo.ch) und gibt leidenschaftlich postgraduierten Workshops in seinen Fachgebieten Pädiatrie, Gynäkologie und (mechanische) Traumatologie. Ed ist Autor der Bücher „Schock“ und „Die Sprache der Vergangenheit“ (www.bonesetter.ch). Etliche seiner Artikel wurden von der Fachzeitschrift „Osteopathische Medizin“ veröffentlicht. Weiterhin ist er Erfinder des „CrnioBalancers“.

Literaturhinweise beim Autor



Kontakt

Edward Muntinga
praxis@muntinga.ch
www.muntinga-training.ch