

Schock im Uterus: das „Hotelzimmer“-Phänomen

Edward Muntinga

Zusammenfassung

Das Konzept „Hotelzimmer Uterus“ möchte als anschauliche Allegorie dem Osteopathen und der (werdenden) Mutter aufzeigen, dass potenzielle Schockenergien, insbesondere in den Uteruswänden, einen negativen Effekt auf ein Ungeborenes haben oder sogar eine erfolgreiche Schwangerschaft verhindern kann. Es werden insbesondere Themen wie Kindsverlust und sexuelle Übergriffe angesprochen, da sie erfahrungsgemäß am ehesten gespeicherte (potenzielle) Schockenergien im gynäkologischen System hinterlassen. Das Phänomen Schockenergie wie auch die therapeutischen Ansätze zu deren Ausleitung werden kurz erläutert, insbesondere auch eventuelle Risiken bei der Behandlung in der Schwangerschaft.

Schlüsselwörter

Schock, Energie, Kindsverlust, sexueller Missbrauch, Ausleitung

Abstract

As a vivid allegory, the concept „hotel room uterus“ wants to show the osteopath and the (expectant) mother that potential shock energies, especially within the walls of the uterus, can have an aggravating effect on an unborn child, or even make a successful pregnancy impossible. In particular, topics such as miscarriage and sexual assault are addressed, as experience shows that they are most likely to leave potential (stored) shock energies in the gynaecological system. The phenomenon of shock energy as well as therapeutic approaches to release this energy is explained, in particular special risks involved in treatment during pregnancy.

Keywords

shock, energy, hotel room, loss of child, sexual abuse, release

Einleitung

Als Osteopath mit Spezialisierung in Gynäkologie und Pädiatrie komme ich regelmäßig in Kontakt mit heiklen Thematiken wie Kindsverlust, sexuellem oder körperlichem Missbrauch und sonstigen Schockerlebnissen, deren Folgen im Körper die betroffene Person ein ganzes Leben lang verfolgen können. Es gibt viele Frauen, die schon ein Kind verloren haben; ungefähr jede 7. Schwangerschaft (15 %) wird im frühen Verlauf spontan oder künstlich abgebrochen. Des Weiteren ist es eine traurige Tatsache, dass Kinder und Frauen oft Opfer sexueller Belästigung (74 %) und sexueller Gewalt (30 %) sind, was neben vielen anderen Problemen natürlich auch negative Einflüsse auf die primären Sexualorgane haben kann [1]. Leider erlebe ich regelmäßig, dass sowohl in der Schulmedizin als auch Komplementärmedizin die Biografie

des weiblichen Körpers – in Sachen persönlicher Integrität und Sexualität – in Bezug auf eine aktuelle oder zukünftige Schwangerschaft drastisch unterschätzt wird. Die Vorgeschichte der werdenden Mutter (das Damals) kann einen großen Einfluss auf die aktuelle Situation (das Jetzt) haben, für sie selber wie auch für das werdende Kind. Der Körper vergisst nahezu nichts, was transresilient erlebt wurde!

transresilient

Jenseits der individuellen körperlichen, emotionalen und/oder psychischen Belastungsgrenze (Resilienz).

Dieser Artikel stellt das Konzept „Hotelzimmer Uterus“ vor, um behandelnden Therapeuten und werdenden Müttern aufzuzeigen, dass ein Ungeborenes schon weit vor seiner Geburt mit negativen und sehr prägenden Situationen konfrontiert werden kann.

Das Konzept „Hotelzimmer Uterus“

Um meinen Patientinnen meine Arbeit so verständlich wie möglich zu gestalten, verwende ich gerne bildhafte Darstellungen, um ein therapeutisch komplexes Thema zugänglich zu machen. Denn auch Albert Einstein pflegte zu sagen: „Wenn du es nicht einfach erklären kannst, verstehst du es nicht gut genug.“

Somit beschreibe ich den Uterus gerne wie ein Hotelzimmer: Der „Hotelgast“ (das ungeborene Kind) sollte sich so wohl wie möglich im Hotelzimmer fühlen. Das „Zimmermädchen“ (alle physiologischen Funktionen des gynäkologischen Systems der Mutter) sollte das Zimmer aufräumen und saubermachen, bevor der neue Gast (das ungeborene Kind) einzieht. Das ideale Hotelzimmer enthält keine Altlasten, ist sauber (monatliche Regelblutungen „säubern“) und angenehm zu bewohnen (gut durchblutetes Endometrium) (Abb. 1).

Man stelle sich nun vor, dass etwas Schreckliches in diesem Zimmer geschehen ist: Beispielsweise ist ein Gast darin gestorben – also ein Ungeborenes wurde abgestoßen oder verstarb während der Schwangerschaft. Nun hat das Hotel (die Mutter) etliche Möglichkeiten, das Zimmer durch den Zimmerservice (die monatliche Regelblutung) aufräumen zu lassen. Des Weiteren empfiehlt der Hotelketten-Manager (der Arzt), das Zimmer einfach mal 3 Monate in Ruhe zu lassen, sodass das Zimmermädchen das Zimmer in Ruhe dreimal reinigen kann. Aber der Uterus ist nicht einfach ein „toter“ Raum, vielmehr sind seine Wände lebendige Materie mit der Eigenschaft, Erinnerungen wie auch Schockenergien in sich zu tragen. Die Wände des Hotelzimmers werden intensiv mit Blut versorgt und haben,

wie jedes Gewebe im Körper, ein gewisses Gedächtnispotenzial – lokal und in Verbindung mit dem ganzen Hotel, dem Körper der Frau mit allen sensorischen Systemen. Kurz gesagt: Die Hotelzimmerwand kann sich daran erinnern, wenn ein Gast darin gestorben ist oder wenn sonst etwas Schlimmes in diesem Zimmer geschehen ist.

Hotelzimmer-Problematiken: 5 Kategorien

Egal in welcher Schwangerschaftswoche, der Uterus und dessen umgebenden Strukturen haben eine lange Historie (Abb. 2). Meiner Erfahrung nach gibt es 5 Kategorien, die das System stören können – oder sogar verhindern, dass der Hotelgast sich im Zimmer überhaupt einnisten kann:

- **A: Eine Schockerinnerung in der Uteruswand nicht an der Einnistungsstelle** des aktuellen Embryos. Es kann sein, dass in diesem Uterus ein Ungeborenes sterben musste, und die Erinnerung von Schmerz, Verlust und Trauer steckt noch in der Uteruswand. Dies muss nicht unbedingt bedrohlich für das Kind sein, aber man stelle sich vor – eine Wand des Hotelzimmers fühlt sich hart, dunkel, traurig und tot an ...? In diesem Fall liegt das Ungeborene meist so weit wie möglich weg und abgeneigt/abgedreht von der betroffenen Stelle. Es bewegt sich oft markant wenig, was ein gewisses Maß an Schockstarre oder Stress bedeuten kann.
- **B: Eine Schockerinnerung in der Uteruswand an der Einnistungsstelle**, an der sich der Embryo oder die Plazenta befindet. Es kann sein, dass genau hier ein Ungeborenes sterben musste, und die Erinnerung von Schmerz, Verlust und Trauer sind noch vorhanden. Diese Schocklokalisierung ist insbesondere gefährlich, weil die Funktionalität der Uteruschleimhaut/Plazenta je nach Schweregrad des Schocks so weit beeinträchtigt sein kann, dass der Embryo sich nicht adäquat einnisten kann oder später nicht genügend Blut von

der Plazenta bekommt. Meistens ist aber der Fall, dass das Ungeborene keine Lebensgrundlage vorfindet, da an der Einnistungsstelle ungenügende physiologische Verhältnisse herrschen, der Blutfluss zu gering ist.

- **C: Das Ungeborene selbst steht unter Schock.** Viele Faktoren können ein Ungeborenes in einen Schockzustand versetzen: Ungewolltsein, Abortgedanken der Mutter, Abortversuche, sekundäre Traumatisierung

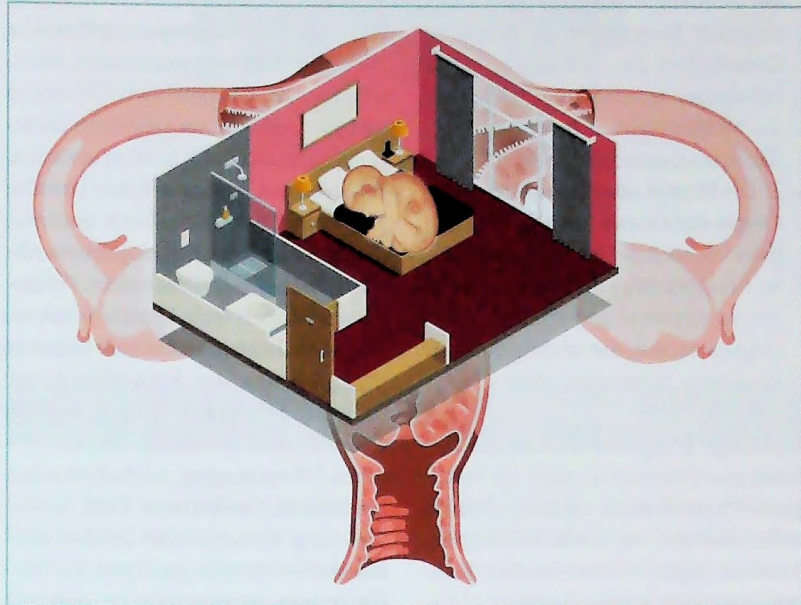


Abb. 1: Das „Hotelzimmer“ Uterus mit dessen „Hotelgast“ im unbelasteten Zustand: Der Embryo bewohnt eine angenehme und pflegende Umgebung (© Edward Muntinga)

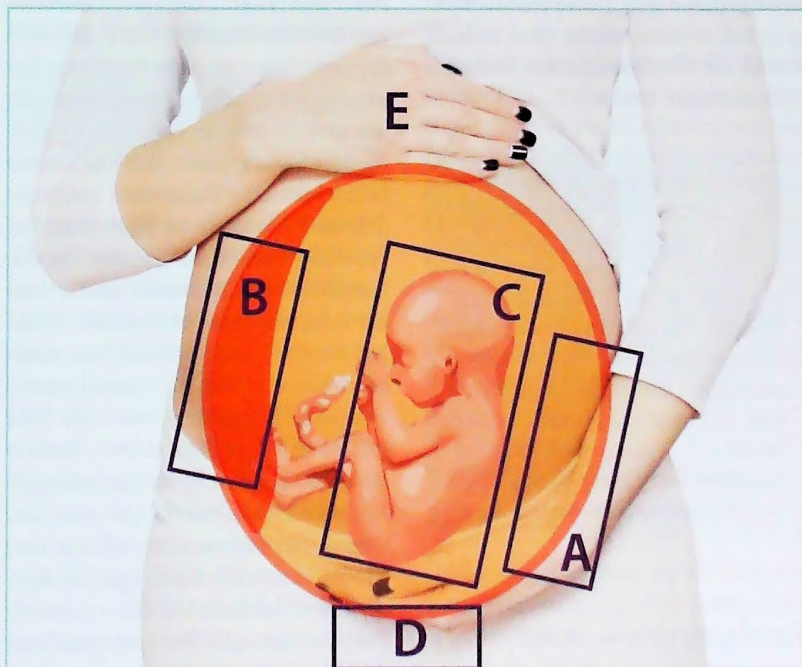


Abb. 2: Mögliche Schocklokationen bei einer Schwangeren (© Edmund Muntinga)
 A: Schockerinnerung in der Uteruswand nicht an der Einnistungsstelle
 B: Schockerinnerung in der Uteruswand an der Einnistungsstelle
 C: Das Ungeborene selbst steht unter Schock
 D: Die Zervix (Gebärmutterhals) steht unter Schock
 E: Die Mutter oder ein umliegendes Organ steht unter Schock

ORIGINALIA

durch körperliche und/oder emotionale Gewalteinwirkung auf die Mutter u. v. m. [2].

- **D: Die Zervix (Gebärmutterhals) steht unter Schock** oder ist mechanisch beeinträchtigt wie z. B. bei einer Aufhängungstorsion oder einer lateralen Verschiebung. Dies kann dazu führen, dass die Frau gar nicht schwanger werden kann, oder dass die Mutter verfrüht Beschwerden in der Schwangerschaft erleidet.
- **E: Die Mutter oder ein umliegendes Organ steht unter Schock.** Ein „globaler“ Schock der (werdenden) Mutter beeinträchtigt ihr Nervensystem, Hormonsystem und etliche andere Organsysteme, die wichtig für eine ungestörte Schwangerschaft sind!

Unzählige Ereignisse können das Hotelzimmer (Uterus) wie auch der Hotelgast (Ungeborenes) erleben, deshalb sollen hier nur die beiden wichtigsten Themen angesprochen werden: Fehlgeburten und sexuelle Gewalt. Fehlgeburten und sexuelle Gewalt können in vielen Fällen das „Hotelzimmer“ so tiefgreifend stören, dass eine Schwangerschaft verunmöglicht wird. Folgendes ist die Kernaussage des Konzepts „Hotelzimmer Uterus“:

Falls Erinnerungen an Schockereignisse (potenzielle Schockenergien) in und um das Hotelzimmer vorliegen, müssen diese *zuerst* „aufgeräumt“ werden, bevor konventionelle Therapiemethoden und reproduktionsmedizinische Untersuchungen und Behandlungen mit viel (Kosten-)Aufwand initiiert werden. Es geht um die richtige Reihenfolge der Therapie, und nicht darum, welcher Ansatz besser ist!

Fehlgeburt – medizinische Fakten und Meinung des Autors

Eine Fehlgeburt, auch Abort (lat. abortus; veraltet auch „Missfall“ oder „Ver-

schüttung“) genannt, ist eine vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft durch Ausstoßung und/oder Absterben einer unter 500 Gramm wiegenden Leibesfrucht. Fehlgeburten werden in Frühabort und Spätabort unterteilt. Die Abgrenzung ist nicht einheitlich, häufig wird die 12. Schwangerschaftswoche (SSW) als Trennzeit genommen. Ab einem Gewicht des Fetus von 500 Gramm spricht man von einer Totgeburt. Dieses Gewicht ist ab der 22. SSW zu erwarten. Fehlgeburten aus natürlicher Ursache werden auch Spontanaborte genannt, dagegen sind künstlich eingeleitete Aborte Schwangerschaftsabbrüche. Fehlgeburten können viele Ursachen haben. Allgemein können auslösende Faktoren in Problemen der Entwicklung der Leibesfrucht liegen (fetoplazentare Gründe) oder in akuten und chronischen Erkrankungen, körperbaulichen Anomalien, seelischem Leid, ungeschicktem Verhalten oder äußeren physikalischen Einwirkungen gesehen werden (maternale und andere Gründe) [3]. Die Wahrscheinlichkeit einer Fehlgeburt (Spontanabort) hängt u. a. von zwei Faktoren ab: Zum einen nimmt sie mit fortschreitendem Alter der werdenden Mutter zu. Eine 40-Jährige hat ein doppelt so hohes Fehlgeburtsrisiko wie eine 20-Jährige. Es ist aus medizinischer Sicht ratsam, sich nach einer Fehlgeburt eine Ruhepause von mindestens 3 Monaten vor einer erneuten Schwangerschaft zu gönnen, da die Gebärmutter Schleimhaut etwas Zeit zur Erholung braucht. In seltenen Fällen haben Frauen wiederholte Fehlgeburten, d. h. drei oder mehr hintereinander. Mindestens 60–70% aller Frauen mit drei Fehlgeburten hintereinander können beim darauffolgenden Versuch eine Schwangerschaft austragen. Bei den meisten Frauen sind wiederholte Fehlgeburten gemäß allgemeiner medizinischer Sicht „einfach durch statistische Wahrscheinlichkeit oder durch Pech bedingt“.

Oft genügt die einfache Wartezeit von drei Regelblutungen (Zimmerservice im Hotelzimmer) leider nicht, um das Hotelzimmer optimal auf einen neuen Gast (Embryo) vorzubereiten, denn

durch diesen Erneuerungsprozess wird zwar das Endometrium ganz oder teilweise ersetzt, aber nicht das dahinter liegende Myo- und Perimetrium. Erfahrungsgemäß hinterlassen transresiliente Ereignisse wie der Verlust eines Ungeborenen potenzielle Energien. Solche gespeicherten (potenziellen) Schockenergien (Abb. 3) sind grundsätzlich zeitresistent und sprechen nicht auf konventionelle Therapiemethoden an, welche das Phänomen Schockenergie nicht verstehen. In Anbetracht dieser Tatsache möchte ich jedem Leser ans Herz legen: Nahezu jede Fehlgeburt, egal wie früh, spät oder sogar unerkannt, ist ein schockierendes Ereignis für den Uterus. Und zusätzlich, falls von der Mutter erkannt und wahrgenommen, findet sich auch Schock im globalen Stressreaktionssystem der Mutter. Der Spruch „Zeit heilt alle Wunden“ ist leider in diesem Fall ein Mythos. Es kann sogar behauptet werden, dass sogar nach einer erfolgreichen Schwangerschaft, welche eigentlich wie ein „Reset“ im System wirken sollte, eine vorhergehende Fehlgeburt dennoch spürbar ist.

Sexueller Missbrauch – harte Zahlen und Meinung des Autors

Drei Viertel aller Frauen haben sexuelle Belästigung erlebt (74,2%), nahezu ein Drittel aller Frauen hat sexuelle Gewalt erfahren (29,5%). Von allen Betroffenen sexueller Gewalt hat jede 4. Frau eine Vergewaltigung erlebt, jede 3. Frau eine versuchte Vergewaltigung, und jede 2. Frau wurde zu sexuellen Handlungen genötigt. Von allen betroffenen Frauen sexueller Belästigung erfuhren 90,3% diese ausschließlich von Männern, und weitere 8,6% überwiegend von Männern. Dies bedeutet, dass total 98,9% aller sexuellen Belästigungen von Männern begangen werden.

Ein respektloser und gewaltsamer Übergriff in die Integrität einer Frau kann etliche Spuren hinterlassen, nicht

nur auf psychisch-emotionaler Ebene, sondern auch im Körpergewebe selbst. Sichtbare und unsichtbare Verletzungen, insbesondere, wenn Penetration und sonstige körperliche Gewalt beteiligt waren, heilen ja meistens, aber der eigentliche Schock im betroffenen Gewebe wird selten genügend verarbeitet und hält sich in einer Form von potenzieller (gespeicherter) Energie im Gewebe. Diese Energiespeicherung beinhaltet etliche Informationen wie eingewirkte Krafrichtung, Kraftmaß und -qualität – aber auch die dabei empfundenen Emotionen wie Überwältigtsein, Scham, Schmerz, Schreck, Einfrieren, Starre, Angst, Terror und viele mehr.

Die Psyche der betroffenen Frau kann sich nach einem solch einschneidenden Ereignis anpassen durch das sog. Coping. Sie kann das Erfahrene psychisch verarbeiten, „kompartimentalisieren“, „schubladisieren“ oder sogar unterdrücken – oft zum Selbstschutz.

Psyche und Körper liegen aber nicht auf derselben Ebene. Dies bedeutet, dass die Frau die traumatisierende Erfahrung verarbeitet haben mag, aber die Gewebserinnerungen im betroffenen Gebiet sind auch Jahre später in nahezu jedem Fall weiterhin präsent, und die Frau leidet oft an diffusen körperlichen und emotionalen Symptomatiken, die selten auf therapeutischer Ebene gezielt angesprochen werden.

Hier ist es eminent wichtig, die Schockenergien und die damit verbundenen Gewebserinnerungen spezifisch zu adressieren, sodass der Körper sich vom traumatischen Ereignis befreien kann. Alte Traumata hinterlassen Schock, was sich durch „Freezing“ (Einfrieren) und Stasis (Unbeweglichkeit) in vielen direkt und indirekt betroffenen Körperregionen und Körpersystemen manifestiert. Diese gilt es zu lösen.

Schockenergie aus osteopathischer Sicht

Die Thematik Schockenergie im Detail zu beschreiben, würde den Rahmen dieses Artikels sprengen. Aus diesem

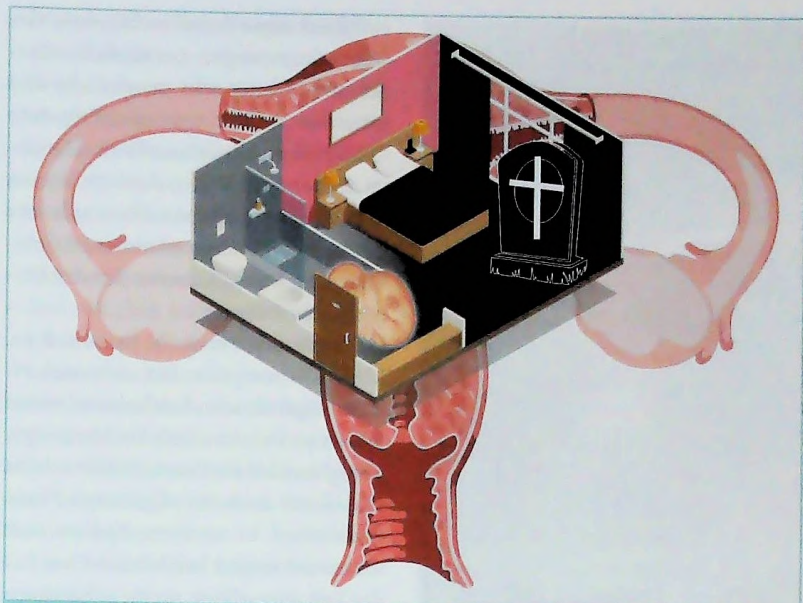


Abb. 3: Das „Hotelzimmer“ Uterus mit dessen „Hotelgast“ im belasteten Zustand: In einem Bereich des Hotelzimmers ist ein vorheriger Gast gestorben (© Edward Muntinga)

Grund werden nur kurz die wichtigsten Punkte beschrieben:

Schockenergie ist eine physikalische Realität, welche palpirt und erlebt werden kann. Meiner Wahrnehmung nach ist Schock im Gewebe eine Form von fixierter Energie, welche sich in der Fluidität des Gewebes manifestiert.

Schock führt zu Stagnation in der Flüssigkeit des Seins.

Schockenergie ist eine „Blutbremse“, d. h. sie verlangsamt oder verhindert die normale physiologische Funktion. Da die Effekte von Schockenergie meist einen zeitresistenten Charakter besitzen, kann es sein, dass sich das betroffene Gewebe „versteift“, „taubstumm“ und „inert“ macht und dass sich dessen Fluidität gelartig verändert oder sich eine gewisse „Einprägung“ in der betroffenen Gewebematrix bildet. Menschliches Körpergewebe hat teils elastische, teils plastische Eigenschaften. Ein nicht zu starker mechanischer Stoß kann elastisch abgefedert werden. Ein transresilienter – also jenseits der Belastungsgrenze liegender – Stoß kann nicht mehr genügend abgefedert werden, es entsteht eine plastische Deformation, eine sogenannte Prägung (engl.

„imprint“) im Gewebe. Diese Prägung ist ein Effekt der kinetischen Energie, die nun als potenzielle Energie in dieser „Deformation des Seins“ existiert. Diese potenzielle Energie (Schockenergie) ist zeitresistent im Gewebe gespeichert, als ob sie „kristallisiert“ oder „eingefroren“ ist [4].

Wie allgemein bekannt, fließt Wasser immer entlang dem geringsten Widerstand. Wasser fließt auch immer mit der Schwerkraft, d. h. nie zurück den Berg hinauf. Schock hat dieselbe Eigenschaft, wenn sie freigesetzt wird (Abb. 4). Diese Freisetzung geschieht nur dann, wenn sich ein Weg mit einem geringeren Widerstand gefunden hat. Diesen Weg des geringsten Widerstandes nenne ich „Ausleitung“.

Schock ausleiten – aber wie?

Da Schockausleitung einen Weg des geringeren Widerstandes benötigt, gibt es in der Therapie zwei Möglichkeiten:

- Variante A: Die Schockenergie muss durch den Körper des Patienten hinaus abgeleitet werden.
- Variante B: Die Schockenergie wird durch den Osteopathen hindurch ausgeleitet.

ORIGINALIA

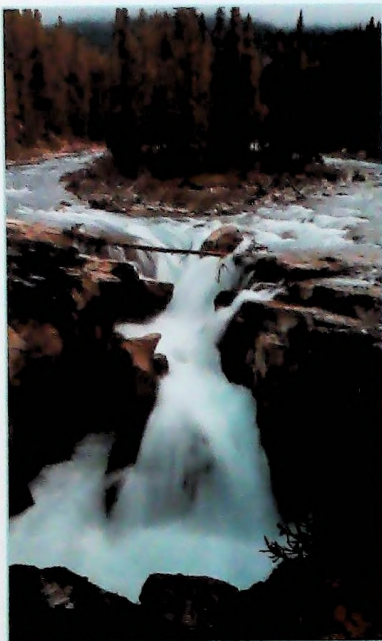


Abb. 4: Schock fließt wie Wasser, wenn sie freigesetzt wird (© Mark Basarab [www.markbasarab.com], mit freundlicher Genehmigung)

Variante A funktioniert mit mentaler Vorstellungskraft: Die Schockenergie (welche von Osteopathen wahrgenommen wird, d. h. ein Teil davon fließt schon durch ihn hindurch) wird aktiv durch die Wirbelsäule des Patienten nach unten durch das Coccyx hindurch „hinaus zur Mutter Erde“ dirigiert. Ich persönlich denke, dass diese Methode für den Osteopathen am schonendsten ist, da er auf diese Weise möglichst wenig mit den Schockenergien konfrontiert wird.

Variante B ist die etwas schmerzhaftere und riskantere Möglichkeit, aber dafür umso spannender: 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“! Der Osteopath selbst bildet den geringeren Widerstand, um die Ausleitung zu ermöglichen. Die Schockenergie fließt direkt durch sein System, was ein zweischneidiges Schwert ist. Auf der einen Seite darf er sehr direkt erleben, wie sich die Schockenergie anfühlt und

eventuell sogar damit verbundene Gewebserinnerungen persönlich wahrnehmen. Dieser sehr persönliche und intensive Ansatz ermöglicht es dem Osteopathen, die Intensität und Qualität der Schockenergien direkt in seinem System wahrzunehmen. Diese teils sehr schmerzhaft wahrgenommenen Qualitäten decken sich immer mit der Biografie des Patienten.

Ich persönlich wende die Variante B an. Mein Körpersystem hat sich nach einem eingreifenden Erlebnis vor vielen Jahren so weit in seiner Dichte verringert, dass sich die Permeabilität erhöht und damit auch der allgemeine Flusswiderstand in meinem System sich massiv verringert hat. Ich habe mir mit der Zeit angewöhnt, meine subjektiven Erfahrungen in Bezug auf das Schockgewebe und die erlebte Schockenergie mit meinen Patienten in „real-time“ zu teilen. Die therapeutischen Vorteile hier sind immens: Stelle dir vor, die Patientin spürt in ihrem Inneren, dass der behandelnde Osteopath authentisch ihre ganz persönliche Biografie des Schocks lesen und spüren kann! Diese innere Erkenntnis der Patientin und der Schockausleitungsprozess des Osteopathen zusammen potenzieren sich auf eine unbeschreiblich schöne Art. Was kann Türen besser öffnen und schöner sein, als sich im Innersten verstanden zu fühlen?

Aber sei gewarnt: „Empathisch“ empfundene Sensationen sind nur dann therapeutisch sinnvoll, wenn sie effektiv vom Patienten stammen! Es ist als ungeübter Osteopath eminent wichtig, sich bei jeder „Eingebung“ intuitiver/empathischer Natur zu hinterfragen, von wem die empfundene Emotion in Wirklichkeit stammt. Mit etwas Übung wird dieser „Authentifizierungsprozess“ automatisiert und geschieht schnell und sehr zuverlässig. Intuition ist wie ein Muskel, sie sollte trainiert werden.

Die Kehrseite der Variante B hat zwei verschiedene Aspekte: Das Phänomen der Resonanz und des verarbeitenden Stressreaktionssystem. Da die Schockenergie des Patienten durch den Osteopathen hindurch wirkt, kann es

passieren, dass eine bestimmte Energiequalität in Resonanz mit einer dem Osteopathen selbst innewohnenden Schockthematik tritt; der Körper des Osteopathen erlebt einen Déjà-vu-Effekt. Seine eigene Schockthematik wird geweckt und fängt an zu „wüten“, insbesondere wenn er diese nicht schon genügend verarbeitet hat. Dieser Effekt kann eine große Herausforderung für den Osteopathen werden.

Neben diesem Effekt muss in Betracht gezogen werden, dass die durch den Osteopathen fließende Schockenergie sein eigenes Stressreaktionssystem aktiviert. Im Extremfall erlebt das System des Osteopathen im Jetzt eine Schockreaktion, die identisch ist mit dem Schockerlebnis des Patienten im Damals. Hier zeigt sich dann unweigerlich, wie resilient der Osteopath ist – körperlich wie auch emotional und psychisch.

Es gibt Tricks und Techniken, welche dem Osteopath helfen, diese Ausleitungsmethode erfolgreich und ohne unnötige Nebeneffekte durchzuführen, die beispielsweise in Postgraduierten-Workshops erlernt werden können. Weiters ist spezifisches Know-how über das Phänomen Schockenergie vonnöten, um effizient wirken zu können [4].

Behandlung: „Hotelzimmer“ aufräumen, bevor der Gast kommt

„Der erste Gedanke eines erfolgreichen Osteopathen ist die Perfektion, und er muss sich die Perfektion der Form und Funktion der Frau vor Augen halten und dieses Bild die ganze Zeit im Kopf behalten, sonst wird er als Gynäkologe sein ganzes Leben lang ein Misserfolg sein“.

(A. T. Still 1902 [6])

Das Hotelzimmer-Konzept verlangt, dass die Gebärmutter inkl. deren Wände frei von negativen Gewebserinnerungen sein soll. Dies bedeutet, dass

die Schleimhaut (Endometrium) und die Muskelwand (Myometrium) frei von jeglichen Schockenergien sind, und die Blutversorgung sollte ungestört sein. Zudem sollten die äußeren Wände des Uterus (Perimetrium) und dessen versorgende Systeme (Aufhängungen, Blutgefäße und Nervensystem) frei von jeglichen Belastungen sein, sodass sie sich ungestört an die Veränderungen der Schwangerschaft anpassen können. Nebst vielen anderen gynäkologischen Möglichkeiten unterscheide ich in meiner Arbeit zwischen drei verschiedenen Grundsituationen, welche das Misslingen der Schwangerschaft begünstigen. Natürlich gibt es hier unendliche Variationen und Abstufungen, jeder Fall ist individuell.

- A: Die zukünftige Mutter kann gar nicht schwanger werden, weil der Uterus entweder die Spermien nicht aufnehmen kann oder weil der frühe Embryo sich nicht in die Gebärmutter-schleimhaut implantieren kann.
- B: Die Frau kann in den ersten Schwangerschaftswochen nicht schwanger bleiben, weil ihr Versorgungssystem ungenügend funktioniert, weil z. B. der Wechsel zur Plazentaversorgung misslingt.
- C: Die Mutter kann das Kind halten, aber unter erschwerten Bedingungen für sie und/oder das Kind.

Im *Fall A* ist es wichtig, bei der zukünftigen Mutter global und gründlich „aufzuräumen“, insbesondere folgende Strukturen:

- Becken (Knochen, Bänder und Beckenboden)
- Beckenorgane (v. a. Uterus mit seinen Wänden und der Zervix)
- untere BWS und LWS (v. a. Th11–L2 und L3)
- zentrales Nervensystem (Rückenmark und Gehirn)
- Hormonsysteme (Hypophyse u. a.)
- und natürlich auch jegliche Schocklokalisation (Organe, zentrales Nervensystem etc.).

Im *Fall B* muss auch wie im *Fall A* alles angeschaut werden, aber insbesondere hier ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass folgende Strukturen ein klares Problem haben:

- der Uterus selbst („Hotelzimmerwände“)
- das Hormonsystem (v. a. Hormonwechsel bei Wechsel von Dottersack zu Plazentaversorgung in der 8.–12. SSW)

Im *Fall C* ist die Situation „gut genug“, aber dennoch können die Umstände für das Ungeborene sehr stressig, traumatisierend oder sogar schockierend sein. Das Kind zieht sich meist in diesem Fall zurück („freezing“), positioniert sich in eine „Ecke des Hotelzimmers“ (meist weit weg vom Ort der Störung) und wird ganz ruhig. Diese Immobilität ist mittel- und langfristig nicht gut für Mutter und Kind, denn die Mutter kann störende Symptome wie Schambeinschmerzen, Leisten-schmerzen, verfrühte Kontraktionen o. Ä. entwickeln und das Kind kann

unter intrauterinen Kompressionen leiden. Dies kann viele Konsequenzen in der weiteren psychischen, emotionalen und körperlichen Entwicklung haben und außerdem die Geburt erschweren [5].

Die Behandlung in diesem Fall beinhaltet ein erhebliches Risiko, denn eine Schockenergieausleitung im Gebärmutterbereich kann zu einer unerwünschten Zwischenblutung führen. Hier ist es entscheidend, transparent mit der Mutter Pro und Kontra einer aktuellen Schockausleitung zu besprechen (Tab. 1).

Obwohl die Anzahl der Argumente auf der Pro-Seite überwiegt, darf die Schwere der Risiken (Spalte „Kontra“ in Tab. 1) nicht unterschätzt werden. Ein ungewollter Schwangerschaftsabbruch kann möglicherweise die Folge einer Schockenergieausleitung sein, insbesondere, wenn der Schock vom Ausmaß her gravierend ist und die Schocklokation direkt im Bereich der Energieversorgung des Ungeborenen liegt. Ich darf hier aber beruhigen: Ein sanfter, bewusster Therapeut, welcher nicht invasiv, sondern „mit dem Gewebe“ respektvoll in Einklang mit den Tiden arbeitet, schadet grundsätzlich nicht. Im Zweifelsfall sollte der Osteopath die Schockthematik eher meiden und schlimmstenfalls erst nach der Geburt des Kindes angehen. Leider werden dann die Chancen recht hoch sein, dass das Neugeborene ein tiefgreifendes Schockmuster in sich trägt und

Tab. 1: Pro und Kontra einer Schockenergieausleitung während der frühen Schwangerschaft

Schockausleitung in der Schwangerschaft: Pro	Schockausleitung in der Schwangerschaft: Kontra
Das Ungeborene kann ungestört die weitere Schwangerschaft genießen.	Es besteht das Risiko einer Zwischenblutung (fatal, wenn im Bereich der Plazenta oder Einnistungsstelle).
Das Stressreaktionssystem des Ungeborenen kann sich beruhigen.	Das Ungeborene wird mit den Schockenergien unweigerlich konfrontiert.
Das Ungeborene kann sich ungestört Platz nach Bedarf machen.	Der behandelnde Osteopath geht das Risiko ein, schuld an einem Kindsverlust zu sein.
Die Mutter-Kind-Beziehung vertieft sich, Bindung stärkt sich.	
Pränatale Stressmuster werden minimiert, somit wird die Geburt deutlich weniger, um ca. 400%, als bedrohlich wahrgenommen [2].	

ORIGINALIA

dass die Behandlung mehr Schwierigkeiten mit sich bringt [2].

Schlussfolgerungen

Unerfahrene Therapeuten propagieren oft die Aussage, dass eine Schwangere im 1. Trimester lieber in Ruhe gelassen werden sollte, und dies aus etlichen Gründen: Erstens ist das 1. Trimester am heikelsten, da hier extrem viele Prozesse in der Mutter und im Ungeborenen geschehen, teilweise unter einer Zellteilungsrate von bis zu 4000 × pro Sekunde. Meiner Einschätzung nach besteht diese „Hands-off“-Einstellung eher aus einer Angst heraus, da der Therapeut nicht in Verbindung mit einem Schwangerschaftsabbruch stehen möchte.

Dem möchte ich aber entgegenhalten, dass je nach Situation sanfte, respektvolle und spezifische Osteopathie überlebenswichtig für das ungeborene

Kind sein kann. Wenn der Osteopath nicht grob, respektlos und forciert Techniken ausführt (insbesondere im Becken- und Lendenwirbelbereich), dann sollte das Risiko für Mutter, Gebärmutter/Plazenta und Ungeborenes extrem gering sein. Beispielsweise kann es extrem wichtig sein, eine Mutter im 1. Trimester osteoartikulär manipulieren zu müssen, um die Durchblutung (Vasomotion) aller wichtigen Organe zu optimieren. Der Uterus steht stark in Verbindung mit den Wirbelsegmenten S2–S5 (Parasympathikus), Th10–L2 und L3 (Sympathikus, Vasomotion).

Der Osteopath sollte die werdende oder schon seiende Mutter mit Empathie, innerer Ruhe, einem flüssigen Palpationszugang und mit Respekt angehen. Nie sollte vergessen werden, dass die Behandlung zwei Menschen beeinflussen könnte! Positive Worte, wohlwollend an Mutter und Kind gerichtet, und Einfühlungsvermögen sind

eine gute Basis, um Vertrauen aufzubauen.

Ich kommuniziere sehr offen mit der Mutter und nenne auch alle möglichen Risiken meiner Behandlung, welche sie jederzeit abbrechen kann. Auch mögliche Behandlungsreaktionen (kleine Blutung, Krämpfe, vegetative Symptome etc.) zähle ich in Ruhe auf und gebe der Mutter die Möglichkeit, mich direkt zu kontaktieren, sodass sie mich bei Unklarheiten jederzeit fragen kann.

Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Kontaktadresse

Edward Muntinga
therapiepraxis muntinga
Alter Fällanderweg 12
8123 Ebmatingen
Schweiz
praxis@muntinga.ch

Literatur

- | | | |
|--|--|---|
| <p>[1] Notruf & Beratung für vergewaltigte Frauen und Mädchen Wien (Hrsg). Daten und Fakten zu sexueller Gewalt gegen Frauen“, Stand September 2019. http://www.frauenberatung.at/images/ZAHLEN_und_FAKTEN-SexuelleGewalt_09-2019_-NEUES_LOGO.pdf (Zugriff: 22.04.2020)</p> <p>[2] Muntinga, E. Das verletzbare Ungeborene, https://muntinga-training.ch/wp-content/uploads/Pra%CC%88_und_perinatale</p> | <p>Traumatisierung_Muntinga2016.pdf, 2016 (Original in englischer Sprache: Emerson, W. The vulnerable prenat. Int. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine; 1996, Vol. 7, No. 3: 271–284)</p> <p>[3] Psychembel Online, Stichwort „Abort“. https://www.psychembel.de/abort/K01G5/doc/ (Zugriff: 07.03.2020)</p> | <p>[4] Muntinga E. Schock: Die wahre Natur von Schock, ein osteopathischer Ansatz. Ebmingen: Bonesetter Verlag, 2019</p> <p>[5] Muntinga E. Die Sprache der Vergangenheit – wie Schatten vergangener Traumata die Gegenwart beeinflussen. Ebmingen: Bonesetter Verlag, 2016</p> <p>[6] Still AT. Quelle: Still AT, The Philosophy and Mechanical Principles of Osteopathy. Kansas City: Hudson-Kimberly Publishing Co., 1902; p 200</p> |
|--|--|---|

Erweiterung des biopsychosozialen Modells für die muskuloskelettale Praxis

Teil 1: Einführung religiöser und spiritueller Dimensionen in das biopsychosoziale Modell

Rafael Zegarra-Parodi, Jerry Draper-Rodi, Francesco Cerritelli

Zusammenfassung

Religiöse und spirituelle (R/S) Dimensionen anzusprechen, mag für Patienten und Therapeuten unangenehm sein, da es sich um sehr persönliche Überzeugungen in Bezug auf die eigene Existenz handelt. Sie unterscheiden sich nach Region und Kultur und werden nor-

malerweise in der therapeutischen Situation nicht mitgeteilt. Religion und Spiritualität stehen in Zusammenhang mit Überzeugungen und Verhaltensweisen, die unmittelbar die Lebensqualität und die Gesundheit beeinflussen. Dennoch werden R/S-Dimensionen bei der muskuloskelettalen (MSK) Arbeit nicht

beachtet. Grundlegende R/S-Dimensionen in die therapeutische Beziehung zu integrieren, könnte die Behandlung jedoch optimieren. Religion und Spiritualität könnten als Faktoren im biopsychosozialen Modell etabliert werden. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, Definitionen von R/S zu liefern, die bei der Behand-