

schehen. Interdisziplinär wird die therapeutische Zielstellung bestimmt und ein Behandlungspfad festgelegt. Dies kann sein:

- 1. Pfad: manualmedizinisch und orthopädisch (physiotherapeutisch),
- 2. Pfad: manualmedizinisch und psychotherapeutisch,
- 3. Pfad: pharmakologisch, invasiv und schmerztherapeutisch sowie
- 4. Pfad: erweiterte Verlaufsdagnostik bei multifaktoriellen Befundkonstellationen mit unklaren therapeutischen Konsequenzen.

Das Feststellen von Kontraindikationen ist jeweils bezogen auf den derzeitigen, im Fluss befindlichen Kenntnisstand vorzunehmen und hängt weiterhin eng vom Krankheitsstadium, den bereitgestellten Umgebungsfaktoren des therapeutischen Settings und der individuellen (Selbst-)Erfahrung des Therapeuten ab. (Marlock u. Weiss [1])

Schon Nathan formulierte Anforderungen an die Behandlerkompetenz von Manualtherapeuten zum eigenen Schutz und zum Schutz bestimmter Patienten: Neben seinem Wissen um die psychologische Bedeutung körperlicher Gestalt und Qualität muss der Therapeut [gemeint ist der Manualtherapeut; Anmerk. d. Verf.] auch über Kenntnisse in Psychologie und Übertragung verfügen, damit Folgendes verhindert werden kann: unabsichtlicher Missbrauch des Patienten, unkontrollierbare Katharsis, Schaffen von übergroßer Abhängigkeit und – ganz allgemein – Wecken von Emotionen eines Patienten bei mangelnder Fähigkeit, den Patienten bei deren Verarbeitung zu unterstützen. Hier sind Selbstreflexion, Beobachtung und Untersuchung des eigenen Charakters und eigene Bedürfnisse seitens des Therapeuten vonnöten. (Nathan [2]).

In diesem Zusammenhang wird von Nathan darauf hingewiesen, dass die Be-

handlung emotional verwundbarer Patienten einer verbesserten theoretischen Basis bedarf; hier werden u. a. Weiterbildungsmaßnahmen empfohlen, die auch die Persönlichkeitsentwicklung der Praktiker im Sinne von beruflicher und emotionaler Zufriedenheit berücksichtigen und fördern sollen.

In diesem Sinne: Nutzen wir den Erfahrungsdiskurs!

Josef Thümmel, St. Goar

Literatur

1. Marlock G, Weiss H (2006) Handbuch der Körperpsychotherapie. Schattauer, Stuttgart New York, S 617–624, 732
2. Nathan B (2001) Berührung und Gefühl in der manuellen Therapie. Huber, Bern, S 223 ff.
3. Rimmel A, Kernberg OF, Vollmoeller W, Strauß B (2006) Handbuch Körper und Persönlichkeit. Schattauer, Stuttgart New York, S 213–218
4. Streek-Fischer A (2006) Trauma und Entwicklung. Schattauer, Stuttgart New York, S 213–238

Manuelle Medizin 2007 · 45:341
DOI 10.1007/s00337-007-0543-8
Online publiziert: 22. September 2007
© Springer Medizin Verlag 2007

Meinungsaustausch zu den Beiträgen

Ammer K (2007) Schleudertrauma der Halswirbelsäule und Funktionsstörungen der Augenmuskeln. Manuelle Medizin 3: 201–202
Storaci R, Manelli A, Schiavone N et al. (2006) Whiplash injury and oculomotor dysfunctions: clinical-posturographic correlations. Eur Spine J 15: 1811–1816

Leserbrief

Bezüglich Augenmuskelerkrankungen durch ein Schleudertrauma können wir hinsichtlich der Lokalisation an der Wirbelsäule zwischen zwei Positionen spekulieren, nämlich der oberen – kraniozervikalen – und der unteren – zervikothorakalen – Blockierung.

Die Auswirkung einer Blockierung der Segmente Okziput C1/C2/C3 (Kommotio) entspricht, segmental abgestuft, den in obiger Arbeit beschriebenen Irritati-

onen. Insbesondere ist hier Segment C2/C3 ganz allgemein im Zusammenhang mit Irritationen der Augen bekannt. Für den Wirbelsäulenmonteur in der Regel eine befriedigende Aufgabe.

Die untere zervikothorakale Position entspricht den Segmenten C7/Th1/Th2.

Medial vor dem 1. Thorakalwirbel liegt der Nucleus trunci mediolateralis. Dieser sendet sympathische Fasern zum Ganglion stellatum. Von hier ziehen vegetative sympathische Fasern über den Plexus caroticus internus als Ramus sympathicus direkt zum Ganglion ciliare. Dieses innerviert sympathisch den M. orbitalis, die Mm. tarsales superior und inferior sowie den M. dilatator pupillae.

Therapeutisch bleibt dieses Segment (Th1/Th2) für den Manualtherapeuten ein Problem, gleichgültig ob er nach der „weichen“ oder „weniger weichen“ Methode arbeitet.

Hier scheint auch eine anlagebedingte statische Vorbelastung mitzuwirken, wenn nämlich eine abgeflachte Thorakalkyphose bei Th3–Th1 mit einer Hyperkyphosierung kompensiert. Der Kopf steht dann in Entlastungshaltung vor der Lotrechten (u.a. mögliche Ursache der Makuladegeneration).

War das Trauma heftig genug, können im Laufe der Jahre nutritiv bedingte Störungen an der oberen Extremität auftreten – zum Beispiel Kapselruptur im Akromioklavikulargelenk; Abriss des M. biceps, Karpaltunnelsyndrom, Schnappdauen – auch beidseitig (zu besichtigen beim Autor).

F.C. Hundhausen, Kassel