

Michael Schlaadt

Medizin für eine neue Zeit

Sanfte Wirbelsäulen- und Gelenkbehandlung nach Dorn

**Brücke zwischen Körper und
Seele**

Inhalt

1	Medizin für eine neue Zeit	
1.1	Wie ich zu der Methode Dorn kam	1
1.2	Die Krise der wissenschaftlichen Medizin	2
1.2	Medizin für eine Neue Zeit	7
2	Die Methode Dorn	
2.1	Die Entwicklung der Methode Dorn	9
2.2	Was ist an der Methode Dorn so neu?	11
2.3	Rolle der Manuellen Medizin bei Wirbelsäulenbeschwerden	11
	Theoretischer Teil	
3	Bau und Funktion der Wirbelsäule – Orthopädie und Neurologie	
3.1	Entwicklung der Wirbelsäule	14
3.2	Aufgaben der Wirbelsäule	15
3.3	Aufbau der Wirbelsäule	16
3.3.1	Aufbau der Wirbelkörper	17
3.3.2	Das Bewegungssegment	18
3.3.3	Die Bandscheibe	18
3.3.4	Ernährung der Bandscheibe	20
3.3.5	Belastung und Bandscheibe	22
3.3.6	Bandscheibenvorfall	22
3.3.7	Muskulatur	23
3.3.8	Die Wirbelgelenke	24
3.3.9	Das Kreuzdarmbeingelenk - ISG	25
3.4	Nervenversorgung des Bewegungssegmentes	26
3.5	Körperempfindung, Schmerzleitung und Schmerzverarbeitung	28
3.6	Ernste Erkrankungen der Lendenwirbelsäule	30
4	Haltung, Funktion und Emotion – Die körperlichen und seelischen Aspekte	
4.1	Haltung, Wirbelsäule und die Symbolik	32
4.2	Die Wirbelsäule in der Funktion	35
4.2.1	Kopfgelenke	35
4.2.2	Kiefergelenk	37
4.2.3	Untere Halswirbelsäule	38
4.2.4	Brustwirbelsäule	39
4.2.5	Lendenwirbelsäule	40
4.3	Gelenke	41
4.3.1	Schultergürtel	42
4.3.2	Schultergelenk	43

4.3.3	Ellenbogen	44
4.3.4	Handgelenk	44
4.3.5	Finger	45
4.3.6	Hüftgelenk	47
4.3.7	Kniegelenk	47
4.3.8	Sprunggelenk	47
4.3.9	Fuß und Zehen	48

Praktischer Teil

5 Praxis der Behandlung nach Dorn

5.1	Diagnostik	49
5.2	Behandlungsablauf	52
5.3	Untersuchung und Behandlung nach Dorn	54
5.3.1	Messung der Beinlänge	55
5.3.2	Becken einrichten	56
5.3.3	Behandlung der LWS	56
5.3.4	Behandlung der BWS	58
5.3.5	Behandlung der HWS	59
5.3.6	Behandlung des Atlas	60
5.4	Behandlung der Gelenke	62
5.4.1	Schultergürtel	62
5.4.2	Schulter	63
5.4.3	Ellenbogen	64
5.4.4	Handgelenk	64
5.4.4	Finger	65
5.4.5	Kiefergelenk	66
5.4.6	Hüftgelenk	67
5.4.7	Kniegelenk	68
5.4.8	Sprunggelenk	68
5.4.9	Zehengelenke	69

6 Selbsthilfeübungen

6.1	Beine	69
6.2	Arme	71
6.3	Wirbelsäule	73

Anhang:

Das Sympathische Nervensystem und die Verbindungen zur Wirbelsäule	76
Neue Hirnforschung und der Schmerzkörper	81
Körperpsychotherapie	83
Literatur	85

Wie ich zur Methode Dorn kam

Die Anfänge meines Interesses für Schmerz und Wirbelsäule liegen 30 Jahre zurück. 1978 wurde ich noch als Student durch einen väterlichen Freund, der selbst Chiropraktiker und Neuraltherapeut war, in die interdisziplinäre Schmerzkonferenz von Professor Gerbershagen in Mainz eingeführt. Dort lernte ich in den Jahren bis 1982 alle damals bekannten Größen der Schmerztherapie kennen und konnte von ihnen alles über das bis dahin bekannte Wissen zur Behandlungen von Schmerzen am Bewegungsapparat lernen. 1979 begann ich mit der Ausbildung in Chirotherapie, Neuraltherapie, kleiner Psychotherapie, Entspannungsverfahren und Akupunktur.

Während meines Studiums in Mainz kam ich durch den damaligen Freundeskreis, insbesondere aber durch meine Mutter, immer wieder mit unkonventionelle Methoden in Kontakt. Durch die intensive Freundschaft meiner Mutter mit Norbert Enders kam ich schon sehr früh zur Homöopathie. Vor und während meines Studiums war ich als Krankenpflegehelfer in der Neurochirurgie und Unfallchirurgie und als Op-Pfleger in der Abteilung meines Vaters, der mir die Neuraltherapie näher brachte.

Nach meinem Medizinstudium und einigen Semestern Psychologie war ich zunächst für 3 Jahre in einer Rheumaklinik, vornehmlich mit Patienten aus dem rheumatologischen Formenkreis sowie mit Wirbelsäulenbeschwerden. Damals auch erste Vorträge in Schmerz- und Wirbelsäulenbehandlung. Nach Ausbildung in Radiologie und Unfallchirurgie war ich für 3 Jahre am Schmerzzentrum in Mainz, das 1982 als Modellklinik zur Behandlung von Schmerzen aufgebaut wurde. Dort war ich hauptsächlich wirbelsäulenorthopädisch tätig und erhielt meine wesentliche Prägung durch die Zusammenarbeit mit Dr. Hannan Waisbrod, der ein international renommierter Wirbelsäulenorthopäde war.

Neben wissenschaftlichen Arbeiten hauptsächlich zur Biomechanik, insbesondere der Wirbelsäule, war ich auf verschiedenen internationalen Kongressen und habe selbst viele Vorträge und Arztseminare zum Thema der Schmerzbehandlung gehalten.

Hannan Waisbrod hat meine Augen geschärft in der Wissenschaft genau hinzuschauen und mir die internationale kritische Literatur zum Thema Wirbelsäulenschmerz eröffnet. Schon damals war mir klar, dass die dogmatische Lehrmeinung nur eine begrenzte Sicht der wirklichen Dinge liefert. Durch die Fragen die ich mir stellte: Warum leidet dieser Patient mit so wenigen fassbaren Befunden so sehr und ein anderer mit ausgeprägten Veränderungen so wenig unter seinem Schmerz. Wie lässt sich Leid erklären?

Es musste neben der wissenschaftlichen fassbaren körperlichen Ebene und dem seelischen Erleben noch weitere wissenschaftlich nicht erklärbare Phänomene geben. Mit der Zeit wurde mir klar, dass ich im Wissenschaftsbetrieb keine weiteren Antworten auf meine Fragen bekommen würde und es für mich einen anderen Weg geben musste.

Nach zwei weiteren intensiven Jahren am Institut für Rückenleiden mit Hannan Waisbrod habe ich in Stuttgart eine naturheilkundliche Privatpraxis mit dem Schwerpunkt Chirotherapie, Akupunktur, und Entschlacken nach F.X. Mayr übernommen. In dieser Zeit reger Gedankenaustausch mit Helmuth Reinhard, der in Lindau die gleiche Praxisstruktur hatte mit der ehemaligen Arzthelferin von Norbert

Enders. Ausgelöst durch seinen frühen plötzlichen Tod bin ich meiner inneren Stimme gefolgt und habe seine Arbeit in Lindau zusammen mit seiner Helferin Regina Estanislao fortgesetzt.

Hier lernte ich 1996 auf den Naturheiltagen Helmut Koch kennen, der mir von der Dorn-Methode erzählte und mich davon überzeugte einen Kurs bei ihm zu machen.

Auf Grund meines umfassenden theoretische Wissens und meiner chirotherapeutischen Ausbildung war mir die Methode zunächst noch ziemlich suspekt, da sie mit meinem bisherigen wissenschaftlichen Weltbild überhaupt nicht vereinbar war. Da ich schon seit Anfang der 80er Jahre chirotherapeutisch tätig war, habe ich auch zunächst noch mit den alten gewohnten Methoden gearbeitet. Ich habe jedoch schon von diesem Zeitpunkt an die Halswirbelsäule nur noch nach Dorn behandelt, weil mir selbst die sanfte Chirotherapie zu grob war. Ich habe mich dann durch Kontakt mit den vielen Dorn-Behandlern hier in Lindau zunehmend der Methode Dorn zugewandt, da sie mir bei einigen Krankheiten bessere Ergebnisse brachte.

2001 wurde ich gebeten einen Dorn-Kurs für Hals-Nasen-Ohrenärzte zu halten. Ich beschloss, vorher zur Komplettierung meines Wissens ein Wochenendseminar bei Dieter Dorn zu besuchen, weil es mir wichtig war, die Methode möglichst genau nach Dorn weiterzugeben, da ich festgestellt hatte dass jeder der mir bekannten Dorn-Therapeuten es etwas anders machte. Das umfangreiche Manuskript für den Kurs war damals schon fertig. Das Erleben dem Meister auf die Finger zu schauen, hat jedoch meine ganzen Vorstellungen völlig auf den Kopf gestellt. Ich erkannte dass dieser Mann eine besondere intuitive Gabe hat, zu erspüren wo der Mensch aus dem Lot geraten ist, die mir bei meinen bisherigen ärztliche Lehrern noch nicht begegnet war. Dieter Dorn bei seiner Arbeit zuzuschauen war ein tiefes Erlebnis. Seine klaren Anweisung zur Korrektur waren kurz und einprägsam, wenn sie auch nicht mit meinen anatomischen Vorstellungen übereinstimmten. Die Griffe waren viel sanfter als ich es bisher gesehen hatte, zielsicher und gleichzeitig höchst effektiv. Ich erkannte die ungeheure Stärke der Methode, wenn man die Handlungsanweisungen von Dieter Dorn exakt befolgt. Nach dem Kurs habe ich mich sofort hingesetzt und die Beschreibung der Handgriffe detailgenau neu geschrieben.

Seit dieser Begegnung behandle ich fast ausschließlich mit der Methode Dorn und gebe meine Erfahrungen und die Handgriffe an Ärzte, Heilpraktiker und Physiotherapeuten weiter genauso wie ich es in dem Kurs von Dieter Dorn erfahren habe.

Mit diesem Buch möchte ich die wissenschaftlich-medizinischen Erkenntnisse von Anatomie, Physiologie und Biomechanik als Hintergrund mit dem sanften, intuitiv erfahrenen Behandlungsansatz von Dieter Dorn verbinden. Durch die liebevolle körperliche Behandlung und das Verstehen der seelische Deutungen aus dem jahrhundertealten Volksmund und der damit verbundenen Thematik kann auf einer tieferen Ebene Heilung und spirituelle Entwicklung stattfinden.

Ich verneige mich vor Dieter Dorn, der mir nach mehr als 25 Jahren intensiver wissenschaftlicher Beschäftigung mit der Wirbelsäule und der Manuellen Medizin gezeigt hat wie genial einfach **Behandlung** sein kann. Die Methode ist ein wichtiger Beitrag die Medizin liebevoller und menschlicher zu machen.

Die psychosomatischen Deutungen, die sich in den letzten 15 Jahren bei meiner Arbeit bewährt haben verdanke ich den Büchern von meinem Kollegen Rüdiger

Dahlke. Sie haben mein Verstehen auch der Biomechanik bereichert und verbessert und sind reichlich in dieses Buch eingeflossen.

Medizin für eine Neue Zeit

In dem Buch „**You can change the world**“ von Ervin Laszlo, dem Begründer des Club of Budapest, fand ich eine interessante Vision für ein neues Weltbild. Er beschreibt ein, wie er es nennt, kulturkreatives Weltbild, in dem die Menschen zunehmend den Wunsch nach Spiritualität, künstlerischem Ausdruck und Kultur verspüren. Er geht davon aus, dass der Anteil der Menschen, die dieses Weltbild für sich entdecken, immer größer wird.

Wir haben seit fast 10 Jahren in Lindau ein monatliches Treffen von Therapeuten unterschiedlichster Art, vom Heiler bis zum Radiologen, wo wir uns über unsere Visionen einer künftigen liebevolleren Medizin austauschen. Durch Kontakte zu ähnlichen Gruppen weiß ich, dass wir uns in einer Zeit der Veränderung befinden wie sie vom Club of Budapest postuliert wird

Dabei wird künftig eher Wert auf persönliche Entwicklung und Erfahrung, als auf wissenschaftliche Theorien gelegt. Die Menschen sehnen sich mehr nach authentischen Produkten und Dienstleistungen. Insgesamt entsteht eine ganzheitliche Ausrichtung, wo der künftige Wandel durch die eigene persönliche Erfahrung und das liebevolle Miteinander bestimmt ist. Im Sinne einer verantwortungsvolleren Lebensweise sollten Krankheiten nicht mehr unterdrückt, sondern die eigenen Regulationskräfte sinnvoll unterstützt werden.

Für die Menschen steht die bewusste Erfahrung durch Verantwortung für den eigenen Körper im Mittelpunkt und nicht mehr ein Praktizieren nach einer bestimmten Theorie.

Gesundheitsstörungen sind nach dieser Vorstellung vor einem geistigen Hintergrund verstehbar und können gemeistert werden. Krankheiten haben immer einen tieferen Sinn.

Aus diesen und ähnlichen Gedanken entsteht eine neue Medizin, die nicht mehr spezifische Krankheitsursachen beheben, sondern den Willen zur Gesundheit stärken durch die persönliche Sinnerfahrung in Verbindung mit einer guten Beratung, um die Krankheit zu verstehen. Mündige Patienten möchten eine Entwicklungsunterstützung für einen gesunden Lebensstil hin zu einer selbstverantwortlichen Persönlichkeit. Wenn der Patient den hinter seiner Krankheit stehenden Konflikt auf der unbewussten Ebene versteht, ist Heilung möglich. Dazu braucht der vermittelnde Therapeut ausreichend Zeit.

Bewusstsein ist der Schlüssel zum Gesundsein

Seit einigen Jahren tauchen Therapieformen auf, die auf den jeweiligen kranken Menschen zugeschnitten sind und die im Sinne einer solchen neuen Medizin erfolgreich sein können. Die wissenschaftliche Medizin strebt immer mehr danach Krankheiten mit exakt definierter Diagnose mit einer durch internationale Richtlinien festgelegten Therapie zu behandeln. Demgegenüber stellen diese neuen Therapieformen den Menschen in den Mittelpunkt und entwickeln ein individuelles Konzept für den jeweiligen Patienten.

Beispiele hierfür sind die Traditionelle Chinesische Medizin, Ayurveda, Klassische Homöopathie, Körperpsychotherapie, Bioenergetik, Feldenkrais-Methode etc.

Die Methode Dorn lässt sich mühelos in dieses Weltbild einfügen. Ihr Vorteil liegt darin, dass sie sich aus der Intelligenz der Intuition speist und nicht aus dem medizinischen Intellekt entwickelt wurde.

Schmerzen am Bewegungsapparat können nur geheilt werden durch Einlassen auf den ganzen Menschen, ihn anschauen, verstehen und spüren, was ihm fehlt. Durch anschließende liebevolle **Behandlung** ihm das Fehlende geben und dabei helfen seinen eigenen Weg zu finden, der aus der scheinbaren Ausweglosigkeit herausführt.

Die Methode Dorn ist eine schöne und einfache Möglichkeit den Patienten aus seinem Dilemma herauszuführen. Sie verbindet einen liebevollen körperlichen Ansatz mit Lösung vor einen seelisch geistigen Hintergrund, ohne dass wir gezwungen sind uns in eine Ideologie zu begeben. Auch steht sie mit der uns bekannten Anatomie, Physiologie, Neurologie und Biomechanik der Wirbelsäule im Einklang.

Die Entwicklung der Methode Dorn

Dieter Dorn, Landwirt und Sägewerksbesitzer, hatte selbst vor vielen Jahren Rückenschmerzen und suchte deshalb einen Bauern in der Umgebung auf, von dem bekannt war, dass er Schmerzen am Bewegungsapparat heilen konnte. Er erfuhr prompte Linderung und war so fasziniert, dass er von diesem Behandler in seine Methode eingewiesen werden wollte. Dieser habe jedoch entgegnet: Dieter Dorn könne das auch.

Kurz darauf verstarb dieser alte Bauer und Dieter Dorn, der so fasziniert von dieser Möglichkeit war, begann intuitiv Menschen in seinem Umfeld, die Schmerzen hatten, so zu behandeln, wie er selbst es aus seiner Erinnerung erfahren hatte.

Ohne jegliche Kenntnisse von Anatomie, Physiologie oder Biomechanik begann er liebevoll aus der Intuition zu erspüren, wo der Körper aus dem Lot geraten war und die nach seiner Auffassung verschobene Struktur wieder an die richtige Stelle zu drücken. So wie es aus seiner Erinnerung der alte Bauer gemacht hatte. Er drückte die harte Muskulatur und dehnte die weiche Muskulatur, richtete die Wirbelsäule, wo aus dem Lot geraten, wieder gerade und schob Gelenke, die nach seiner Auffassung rausgerutscht sein mussten, wieder rein. Er machte damit so gute Erfahrungen und wurde mit der Zeit so bekannt, dass täglich Menschen zu ihm kamen, die in ihrer Not von ihm geheilt wurden. Die große Chance für die Entstehung der Methode war, dass er keine Kenntnisse in der Anatomie hatte, die ihn behindern konnte. Später sagte er einmal: "wenn ich das alles gewusst hätte, hätte ich alles kompliziert gesehen und hätte mich nicht getraut, es zu tun."

Zu den Ratsuchenden gehörten auch Ärzte und Heilpraktiker, die daran interessiert waren, diese Methode selbst zu erlernen und weiter zu verbreiten. So kam es zu einem intensiven Austausch und zu einer immer weiteren Verbesserung der Methode.

Sein Ziel war nie, eine medizinische Methode zu entwickeln, sondern sein Wissen an alle Menschen weiterzugeben. Was uns Dieter Dorn als Vermächtnis hinterlassen hat, ist eine einfache Methode, die für jeden verständlich ist und von jedem angewendet werden kann, an jedem Ort, zu jeder Zeit, ohne Hilfsmittel, nur aus der Intuition und den entsprechenden Handgriffen, so wie er sie uns gezeigt hat.

Die einzigen Voraussetzungen sind Einfühlungsvermögen für eine liebevolle Behandlung, ein gesunder Daumen und die Kenntnis der Griffe. Die Methode ist so, wie sie Dieter Dorn gezeigt hat, völlig gefahrlos und ist nicht zu vergleichen mit den üblichen chiropraktischen Behandlungen.

Dieter Dorn hat sich in der Folgezeit, als er seine Erfahrungen in Kursen weitergab, einer medizinischen Laiensprache bedient, die nicht immer mit den bekannten anatomischen Gegebenheiten übereinstimmt. Nichts desto trotz ist seine Methode in sich streng logisch und hat aus wissenschaftlicher Sicht betrachtet eine ganz klare Struktur, die mit allen unseren anatomischen, physiologischen und biomechanischen Kenntnissen übereinstimmt.

Selbst die Erfahrungen aus der Körperpsychotherapie wurden von Dieter Dorn exakt so erfasst, so dass auch hier kein Unterschied zu den gängigen Lehrmeinungen besteht. Dieter Dorn hat auch schon früh intuitiv bemerkt, dass ganz bestimmte Fehlstellungen an der Wirbelsäule oder an den Gelenken mit ganz bestimmten emotionalen Blockierungen oder Störungen verbunden sind und auch Verbindungen

zu Erkrankungen der inneren Organe festgestellt. Durch seine Schüler wurde dieses Wissen systematisch erweitert und mit in das Konzept eingebaut.

Aus wissenschaftlicher Sicht kann man zusammenfassend feststellen, dass der Behandlungsmethode nach Dorn folgende Erkenntnisse zugrunde liegen:

Die Wirbelsäule ist das zentrale Achsenorgan.

Das Rückenmark stellt die Verbindung zwischen Bewegungssystem mit Muskeln und Gelenken und dem Gehirn als übergeordneter Steuereinheit her.

Die inneren Organen sind durch die Energiebahnen des vegetativen Nervensystems mit Strukturen der Wirbelsäule verschaltet.

Die seelische Ebene mit Gefühlen und Erinnerungen kann durch Behandlung am Bewegungssystem verändert werden.

Eine Störung im Körper führt immer zu Veränderungen in anderen Bereichen.

Störungen im Körper, wie Funktionsstörungen von Organen können an der „verschobenen“ Stellung der einzelnen Wirbelkörper abgelesen werden.

Gleichzeitig sind diese Störungen auch über andere Systeme wie Fußreflexzonen, Ohrpunkte aus der Akupunktur, etc. zu erkennen. Die Stellung der Wirbel ist die deutlichste einfachste dieser Methoden.

Der Patient steht im Mittelpunkt der Behandlung.

Er steht oder sitzt frei und bewegt sich, der Therapeut steht dabei und gibt durch einen liebevollen Impuls, der mehrmals rhythmisch ausgeführt wird, einen sanften Druck auf den sich bewegenden Dornfortsatz. Der menschliche Körper ist bestrebt, in seinem Idealzustand zu sein und nimmt diesen Impuls auf. Da in diesem Idealzustand die wenigsten Informationen zum Gehirn laufen, wird dieser Zustand neu gebahnt und im Idealfall bleibt es auch so.

Man könnte diesen Vorgang mit einem Computer vergleichen, bei dem ein Programm aus irgendwelchen Fehlinformationen im System immer wieder abstürzt. Unsere Erfahrung lehrt uns, wenn wir in dieser Situation den Computer ausmachen und neu starten, ist in den meisten Fällen das Problem behoben, weil sich der Computer neu organisiert hat. Letztlich reagiert unser Nervensystem genauso.

Was ist an der Methode Dorn so neu und so genial gegenüber den etablierten ärztlichen chirotherapeutischen Methoden?

Die Behandlung über die Wirbelsäule bei Funktionsstörungen am Bewegungsapparat oder bei funktionellen Erkrankungen der inneren Organe hat in der Medizingeschichte eine mehr als 4000 Jahre alte Tradition.

Die ältesten Berichte in der Medizingeschichte über ärztliche Behandlungen der Wirbelsäule sind aus Mesopotamien aus der Zeit vor 2000 v. Chr. Auch aus Indien, Asien und Ägypten gibt es vielfältige Quellen aus der Zeit vor unserer Zeitrechnung. Von etwa 460 v. Chr. an lehrte Hippokrates viele Techniken der Wirbelsäulenbehandlung, die sich über die römische Medizin und die Medizin des Mittelalters bis in unsere Zeit überliefert haben. Es wurden vielfältigste Apparate gefunden – meist auf der Grundlage von Hippokrates - zur Streckung und gleichzeitigen Einrenkung verschobener Wirbel. Die Apparate gleichen eher Foltermethoden als einer liebevollen medizinischen Behandlung. Es zeigt jedoch, dass man sich zu allen Zeiten Gedanken über Behandlungsmöglichkeiten an der Wirbelsäule machen musste. Die heute noch häufig benutzte Glissonschiene ist eine solche Erfindung aus der Zeit um 1650.

Eine größere Verbreitung von Wirbelsäulenbehandlungen fand jedoch erst im 19. Jahrhundert statt. In den USA entstanden damals universitäre Schulen für Osteopathie und Chiropraktik. Ab 1870 entwickelte sich unter dem Arzt Still die ganzheitlich orientierte Osteopathie, die Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule sowohl lokal, als auch durch die Therapie innerer Organe behandelte. Parallel dazu entwickelte sich die mehr spirituell orientierte Chiropraktik unter dem Laien Palmer. Hier wurden „Wirbelverschiebungen“ mit den Händen zurechtgerückt. Eine Unterart behandelte alle Störungen von den Kopfgelenken aus. In England sind bone-setter als Laienbehandler bis in die heutige Zeit tätig.

In Deutschland setzte die Entwicklung in den 50er Jahren ein, als Einflüsse der amerikanischen Schulen zu uns kamen und einheimische Orthopäden sich von Laienbehandlern in ihren Methoden unterweisen ließen. Seit den 80er Jahren findet die manuelle Medizin weite Verbreitung auch in Heilpraktiker- und Physiotherapeutenkreisen. Heute hat eine große Zahl von niedergelassenen Orthopäden die Zusatzbezeichnung Chirotherapie.

Rolle der manuellen Medizin bei Wirbelsäulenbeschwerden

In den letzten 2 Jahrzehnten wurden in allen Industrienationen Studien zur Effektivität von Behandlungsmethoden in Verbindung mit Rückenbeschwerden durchgeführt. Dabei wurde die Wirksamkeit der unterschiedlichsten Behandlungsformen im Vergleich untersucht. Aus großen Analysen dieser Studien wissen wir, dass die Behandlungserfolge mit egal welchen Methoden wissenschaftlich gesehen relativ gleich sind. Unabhängig von der Diagnose hatten alle Methoden in etwa gleiche Ergebnisse. Auch innerhalb der Diagnosen war die Effektivität weitgehend gleich.

Die einzige Therapieform, die immer wieder eine leichte Überlegenheit in Kombination mit anderen Verfahren zeigen konnte, war die manuelle Medizin. Diese Tatsache gilt unabhängig davon, mit welcher der unterschiedlichsten chirotherapeutischen Methoden gearbeitet wird.

Obwohl die weltweit verschiedenartigsten Schulen sich nicht miteinander vergleichen lassen, da sie bei gleichem Untersuchungsbefund einander widersprüchliche Behandlungsansätze haben, haben alle Methoden eine gleich hohe Wirksamkeit bei ähnlichen Erfolgsraten. Unterschiedlich sind lediglich die Nebenwirkungsraten.

Der gemeinsame Nenner aller dieser manuellen Methoden ist, dass eine manuelle **Behandlung** nur von jemandem durchführbar ist, der sich auf einen tiefen körperlichen Kontakt mit dem Patienten einlässt, den Befund genau prüft und liebevoll eine Handlung begeht, die nach seiner Auffassung richtig ist.

Das was heilt ist die intuitiv fließende Energie der Liebe.

Eine dauerhafte gute Behandlung der Wirbelsäule ist nur möglich, wenn dem Patienten seine inneren Blockaden bewusst werden, denn nur der Bewusstseinsprozess kann die äußere Haltung langfristig beeinflussen. Die psychodynamische Deutung der Krankheitsursache ist durch die Kenntnisse der Funktion der Wirbelsäule und Gelenke dem Kranken vermittelbar über die Aussagen aus dem Volksmund. Er kann über die Behandlung „begreifen“ was ihn aus seiner Mitte gebracht hat. Krankengymnastische Übungsbehandlungen alleine zur Änderung der Haltung sind nicht effektiv, solange die Fehlhaltung über die innere Haltung noch dominant ist.

Die Methode Dorn ist, gerade weil sie ihre Wurzeln nicht in der ärztlichen Chirotherapie hat, einen völlig neuen und zeitgemäßen Weg gegangen.

In der Chirotherapie wird der Patient so gelagert (verdrehen), dass alle gerade nicht behandelten Gelenke verriegelt werden und nur noch das zu behandelnde Gelenk bewegt werden kann. Für einen Zuschauer dieser Situation sieht das so aus, dass der Patient wehrlos dem Therapeuten ausgeliefert ist. Der Patient wird aus dieser Zwangsstellung heraus mit einem kurzen Impuls **manipuliert**.

Manipulation am verriegelten Patienten.

Bei der Methode Dorn geschieht etwas völlig anderes. Der Patient steht oder sitzt aufrecht und bewegt sich aus freien Stücken rhythmisch. Der Behandler steht daneben und drückt liebevoll den Patienten an der Stelle, wo er aus dem Lot geraten ist. Der behandelnde Daumen übt dabei einen sanften Druck aus. Der Impuls entsteht quasi im Kopf des Therapeuten, der dem Knochen dort, wo er drückt zu sagen scheint: „*Na wie würde es dir da gefallen*“.

Keine Manipulation sondern es wird bewegt und **gedrückt**. Dabei kann Heilung geschehen. Dem Körper gefällt es in seiner Mitte, und wenn dem Patienten der geistige Hintergrund für das aus der Mitte geraten sein klar geworden ist, bleibt es auch so.

Behandlung ist das Zusammenspiel zwischen einem Ratsuchenden und einem, der die Fähigkeit hat zu erkennen, was dem Patienten fehlt. Früher fragte man nicht: was hast du, sondern: was fehlt dir. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, dem Patienten das Fehlende zu geben. Meist ist es Liebe, Energie und Achtung. Dies zu geben geht nicht mehr durch Manipulation, sondern durch Annahme des Patienten in seinem so sein.

Die Methode ist in der von Dieter Dorn gezeigten Weise völlig komplikationslos. Mit dieser sanften Methode kann keine Schädigung der empfindlichen Strukturen stattfinden, weil die Krafteinwirkungen selbst bei nicht ganz korrekter Technik wesentlich unter den Alltagsbelastungen liegen. Das Verfehlen einer Trittstufe auf einer Treppe macht eine ungleich höhere Belastung. Genauso wie die

Beschleunigungskräfte bei einer Vollbremsung mit 30 km/h um ein vielfaches höher sind, als jede manuelle Einwirkung bei der richtigen Dorn'schen Methode.

Dieter Dorn wollte eine Methode für alle. Eine solche Methode kann nur einfach sein und darin liegt ihre Genialität. Jeder kann sie verstehen, jeder kann sie anwenden an jedem Ort und zu jeder Zeit ohne Hilfsmittel nur aus der Intuition und völlig ohne Gefahr für den Körper. Das macht sie einzigartig zur Verwendung in der künftigen Neuen Medizin.

Zusammenfassung

Behandlungen über die Wirbelsäule gibt es seit mehr als 4000 Jahren.

Bei der Chirotherapie war der Therapeut der Handelnde und der Patient passiv dem Behandler ausgesetzt. Er kam, um sich der **Manipulation** hinzugeben.

Die Methode Dorn ist deshalb so perfekt, da sie sich aus der Intelligenz der Intuition speist und nicht aus dem medizinischen Intellekt entwickelt wurde.

Bei der Methode Dorn ist der Patient der aktive, rhythmische Teil. Er ist in Bewegung, bewegt, schwingt aus freien Stücken. Der Behandler steht liebevoll und quasi statisch daneben und drückt mit nur geringem, mehr mentalen Impuls den Patienten an der Stelle, wo er aus dem Lot geraten ist. Dadurch ist die Methode **völlig komplikationslos**, vorausgesetzt, man macht es so wie Dieter Dorn es uns gezeigt hat.

Voraussetzung zur Behandlung ist **Liebe** und **Einfühlungsvermögen**.

Der Patient kann über die Deutung seiner Erkrankung aus dem Volksmund und die psychodynamische Deutung seine Krankheit „begreifen“.

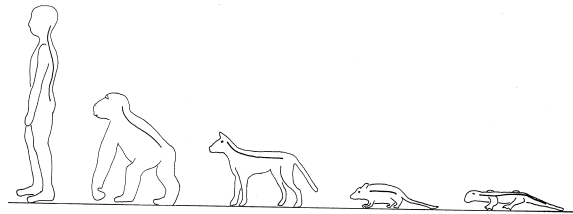
Das folgende Kapitel mit Hintergrundwissen zur Wirbelsäule richtet sich hauptsächlich an Therapeuten und ist zum Verständnis der Methode Dorn nicht zwingend erforderlich. Es trägt jedoch gut zum Verständnis der Methode bei.

Bau und Funktion der Wirbelsäule

Entwicklung der Wirbelsäule

Die Wirbelsäule des Menschen hat prinzipiell den gleichen Aufbau wie bei allen Säugetieren. Selbst bei Fischen und Vögeln ist der Aufbau im Ansatz auch erkennbar. Sie wurde nur den jeweiligen umweltbedingten biomechanischen Belastungen angepasst.

Im Laufe der Entwicklungsgeschichte hat sich unsere Wirbelsäule vom einfachen Stab wie bei den Tintenfischen



über eine gerade, aber sehr bewegliche gleichförmige Wirbelsäule bei den Kriechtieren gewandelt und ständig weiter verbessert über die Säugetiere und Primaten zum Menschen.

Wir können den letzten Teil dieser Entwicklung bei Babys im ersten Lebensjahr nachvollziehen.

Zunächst ist wie bei den Kriechtieren die Wirbelsäule wie ein Stab gerade.

Mit dem Heben und Aufrichten des Kopfes bildet sich die Halslordose, um besser die Umwelt wahrnehmen zu können.

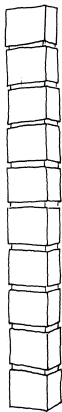
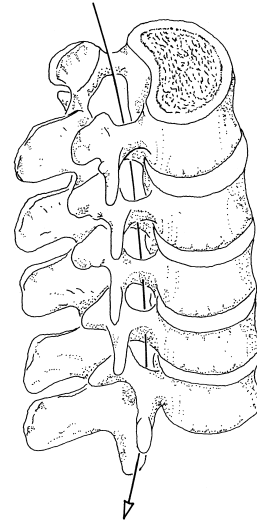
Mit dem Krabbeln und sitzen verstärkt sich die Brustkyphose, um mehr Platz für die Atmungsorgane zu haben, wie bei den Vierfüßlern.

Mit dem aufrechten Gang bildet sich dann die Lendenlordose, um stehen zu können und nicht nach vorn zu fallen. Hier liegt das Hauptproblem für unseren Rücken, denn unsere Wirbelsäule ist, trotz 3,6 Millionen Jahren aufrechten Gangs, von der Anlage her eine noch nicht vollständig umgewandelte Vierfüßerwirbelsäule.

Aufgaben der Wirbelsäule

Die Wirbelsäule hat im wesentlichen drei Aufgaben:

1. **Schutz des Rückenmarks.** Vergleichen kann man das Rückenmark mit einem Kabelbaum, der einen Rechner (Gehirn) mit den Ausgabegeräten (Arme, Beine, Organe) verbindet. Eine solche Verbindung wird auch in der Technik zum besseren Schutz vor Zerstörung in Schächten oder stabilen Leisten verlegt. Bei der Wirbelsäule ist zwischen dem vorderen und hinteren Pfeiler ein rundes Loch, um das Rückenmark aufzunehmen.



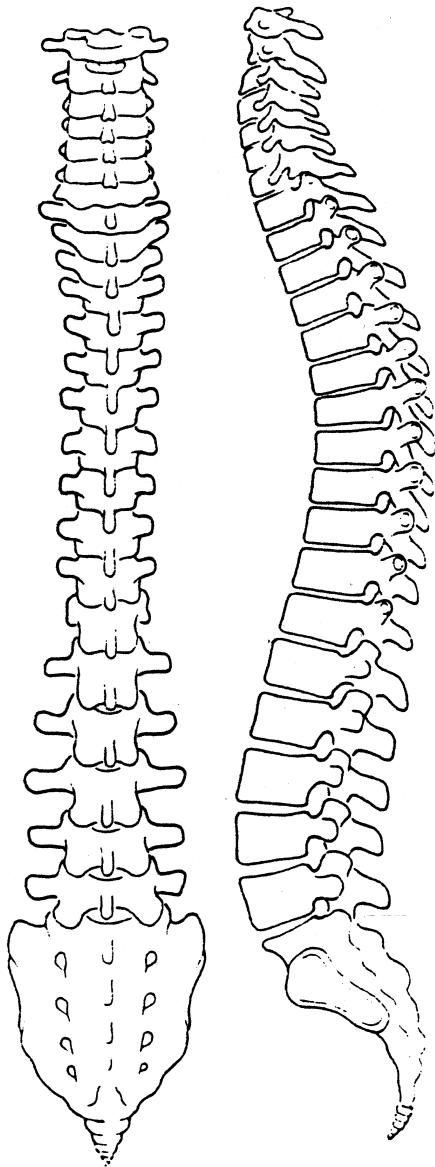
2. **Stabilität und aufrechte Haltung.** Hierfür ist der vordere Pfeiler hauptsächlich zuständig. Wir können den Wirbelkörper mit einem Baustein mit breiter Auflagefläche vergleichen, wobei einer über den anderen gestapelt wird.

3. **Beweglichkeit des Körpers.** Diese Funktion ist sehr komplex. Sie wird durch das Zusammenspiel von Bandscheibe, den Muskeln des Rumpfes und den Strukturen des hinteren Pfeilers mit den Wirbelgelenken ermöglicht.

Diese Bedingungen, optimale Beweglichkeit (Wirbel) bei gleichzeitig möglichst großer Stabilität (Säule) ist technisch sehr schwierig zu lösen. Dazu hat sich die Natur die Bandscheibe einfallen lassen.

Aufbau der Wirbelsäule

Die Wirbelsäule besteht aus drei beweglichen Abschnitten, die alle verschiedene Funktionen haben und einem starren Anteil. Sie wird eingeteilt in Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule, sowie das zusammengewachsene Kreuz- und Steißbein. Die einzelnen Abschnitte bestehen aus:



7 Halswirbel (Cervicalwirbel)

C1-C7

Die Halswirbel sind klein und zierlich. Sie sind bei grober Kraft, wie bei einem Unfall, sehr verletzlich. Für die täglichen Belastungen sind sie jedoch ausreichend kräftig und sehr beweglich. Hauptbewegung ist die Drehung des Halses sowie Heben und Senken des Kopfes.

12 Brustwirbel (Thorakalwirbel)

Th 1-Th12 oder (engl. D1 – D12 Dorsal)

Sie bilden mit den Rippen den Brustkorb, ein sehr festes aber trotzdem bewegliches Gebilde. Es schützt gut vor Verletzung der inneren Organe, lässt jedoch genug Dynamik zu, um den Lungeninhalt sich ausdehnen zu lassen. Die Hauptbewegung ist die Beugung und etwas Drehung.

5 Lendenwirbel (Lumbalwirbel)

L1- L5

Diese Wirbel sind besonders stabil, denn sie tragen die Hauptlast des Rumpfes, welchen sie auf dem Kreuzbein balancieren. Hier am Übergang spielen sich die meisten Probleme ab. Hauptbewegungen

sind Seitneigung und Beugung.

Das Kreuzbein, welches aus zusammengewachsenen Wirbeln gebildet wird, kann sich nur gering gegen das Becken bewegen.

Das Steißbein (der Rest des ehemaligen tierischen Schwanzes) ist passiv beweglich, macht aber in der Regel keine großen Probleme.

Aufbau der Wirbelkörper

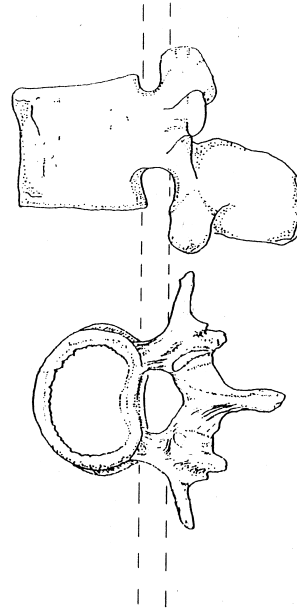
Die einzelnen Wirbelkörper bestehen jeweils aus drei Teilen:

Der sogenannte **vordere Pfeiler** wird gebildet vom Wirbelkörper mit einer großen Auflagefläche für die Stabilität der Wirbelsäule, der dazwischen liegenden Band- oder Zwischenwirbelscheibe und dem vorderen und hinteren Längsband.

Schmerzen im vorderen Pfeiler werden mechanisch ausgelöst beim Heben und Bücken.

Das **Mittelteil** enthält nur das Wirbelloch zur Aufnahme des Rückenmarks. Jeweils auf der Höhe der Bandscheiben tritt rechts und links je ein Nerv aus.

Der **hintere Pfeiler** besteht aus den Wirbelgelenken, Dorn- und Querfortsätzen sowie den Bändern und der Muskulatur. Er ist für die Bewegung der Wirbelsäule zuständig.



Wirbelkörper haben eine dreidimensionale Bewegungsmöglichkeit und zwar jeweils Gleiten von maximal 2-3 mm und Drehbewegung. Die Bewegungsausmaße sind jedoch viel geringer als es von außen scheint.

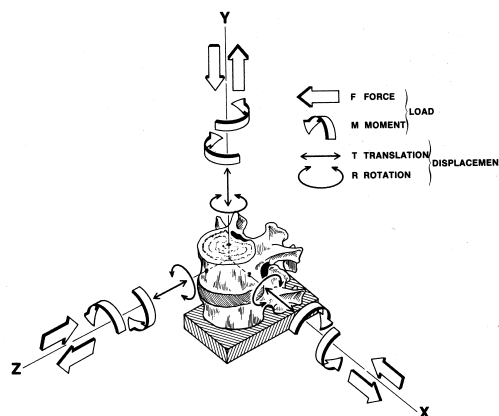
Im Mittel beträgt die Drehung zwischen 2 Wirbelkörpern:

9 Grad bei der Halswirbelsäule,

5 Grad bei der Brustwirbelsäule und nur

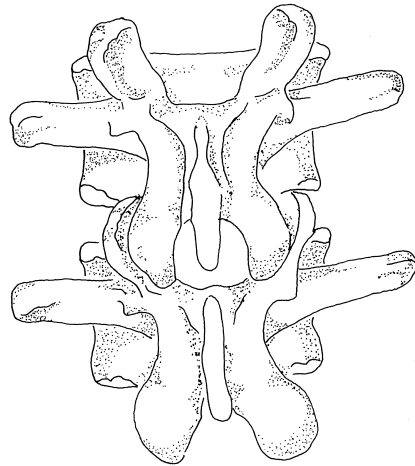
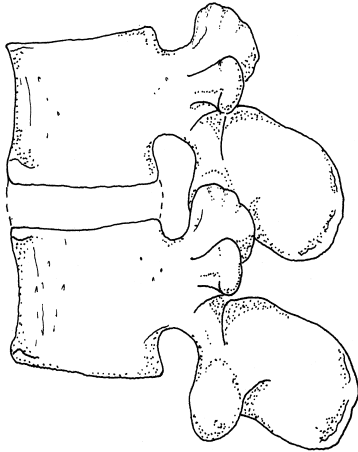
2 Grad bei der Lendenwirbelsäule.

Von außen sieht das jedoch anders aus. 2 Grad Rotation des Wirbelkörpers machen an der Dornfortsatzspitze mehrere Millimeter seitliche Verschiebung aus, durch die Funktion des langen Zeigers - bei Verlängerung des Radius vergrößert sich der Kreisumfang. So wird die Störung deutlich sichtbar.



Das Bewegungssegment

Jeweils zwei benachbarte Wirbel bilden funktionell ein Bewegungssegment mit der als Puffer dazwischengelagerten Zwischenwirbelscheibe oder Bandscheibe und den Wirbelgelenken, von denen jeweils ein Gelenkpartner vom oberen Wirbel stammt und einer vom unteren.



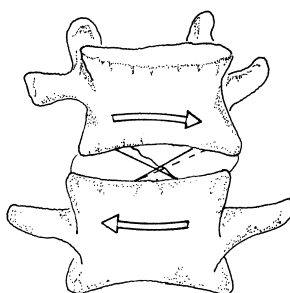
Jedes Segment wird durch zahlreiche Muskeln und Bänder stabilisiert.

Indem viele solcher Bewegungssegmente übereinandergestapelt werden, entsteht ein gut beweglicher stabiler Stab. Die Gesamtbeweglichkeit der Wirbelsäule ist die Summe der Einzelbeweglichkeiten der 23 Bewegungssegmente.

Die Bandscheibe

Die Bandscheibe besteht aus zwei unterschiedlichen Anteilen.

1. Der äußere Faserring der *annulus fibrosus* besteht aus wenig elastischen ringförmigen Faserblättern. Dabei ist die Verlaufrichtung einer Faserreihe immer gegenläufig zur nächsten Schicht angeordnet. Diese sich überkreuzenden Fasern eignen sich sehr gut für eine abfedernde Wirkung und geben eine gute Stabilität. Sie

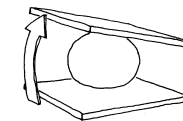
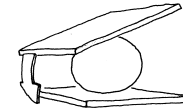
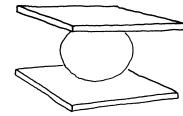


überkreuzende Fasern sind jedoch nicht dazu geeignet, Drehbewegungen zweier Wirbelkörper gegeneinander durchzuführen, da die mit der Drehbewegung gleichläufige Faser ab einem bestimmten Drehwinkel überspannt und irgendwann reißen muss, während die gegenläufige Faser sich verkürzt

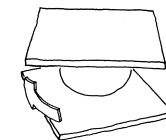
und nicht geschädigt wird.

Man kann sich den äußeren Faserring wie einen Autoreifen vorstellen, der zur Stabilität auch im Inneren mit gegenläufigen Fasern unter dem Gummi ausgestattet ist.

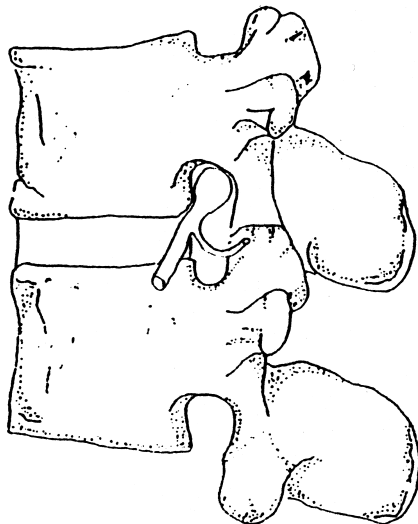
2. In der Mitte dieser Faserringe liegt der eigentliche gallertige Kern der Bandscheibe, der *nucleus pulposus*. Er besteht aus einem zähen, glitschigen Material, enthält sehr viel Wasser und *Proteoglycane* und ist in seiner Funktion ähnlich wie ein wassergefüllter Luftballon. Umgeben von dem festen etwa 1 cm breiten System von Faserringen funktioniert er sehr gut als Stoßdämpfer, und wenn die angrenzenden Wirbelkörper gegeneinander geneigt werden, funktioniert er wie ein kugeliges Gelenk. Die Bewegung ist jedoch nicht streng geführt, sondern mehr eine schaukelnde Bewegung.



Bisher konnte technisch keine Bandscheibenersatzkonstruktion entwickelt werden, die der natürlichen weitgehend entspricht. Entweder sind die Materialien zu weich und verschleissen zu schnell oder zu hart und führen bald zur Zerstörung der angrenzenden Wirbelkörperdeckplatten.



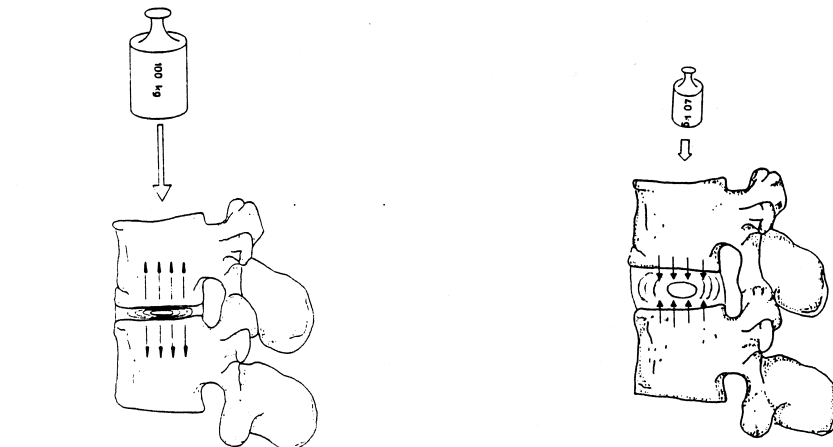
Zu jedem Bewegungssegment gehört ein Nervenpaar, das auf dieser Ebene alle Strukturen von den Gelenken, Muskeln und Bändern bis zur Haut bandförmig versorgt. Diese Nerven treten jeweils rechts und links zwischen zwei Wirbelkörpern in Höhe der Bandscheiben aus dem Rückenmarkskanal aus. Die bandförmige Ausbreitung findet sich nur noch im Bereich der Brustwirbelsäule. Da entwicklungsgeschichtlich gesehen die Arme und Beine vom Rumpf ausgewandert sind, verläuft die Nervenversorgung dort streifenförmig nach unten. Das ist der Grund dafür, dass der Schmerz durch den sogenannten eingeklemmten Nerv nicht im Kreuz sondern im Bein wahrgenommen wird.



Ernährung der Bandscheibe

Die Bandscheiben haben keine eigene Blutversorgung und sind deshalb passiv auf Ernährung aus den angrenzenden Wirbelkörpern angewiesen. Durch diesen Umstand sind sie auch nicht wie die Muskeln in ihrer Funktion trainierbar.

Der Gallertkern hat eine hohe Wasserbindungskapazität und damit einen hohen Innendruck. Dem entgegen steht der Belastungsdruck durch den Körper.



Durch Wechselspiel von Innen- und Belastungsdruck regelt die Bandscheibe ihren Flüssigkeitsein- und -ausstrom. Durch Druck auf die Bandscheibe bei mechanischer Belastung wird Flüssigkeit aus ihr herausgepresst und damit werden Schlackenstoffe abgegeben. Durch Zug oder Entfaltung bei erniedrigtem Innendruckes kann sie Nährstoffe aus dem umgebenden Knochen einsaugen.

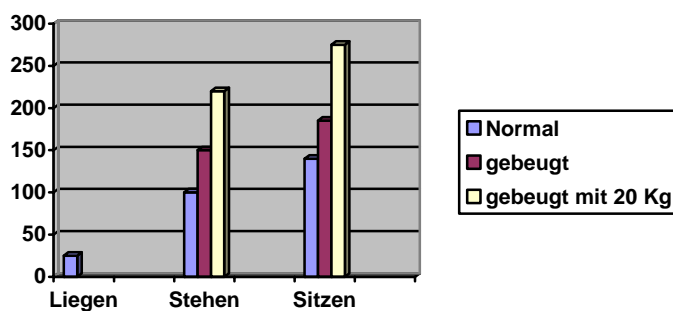


Abbildung 1 Druck auf die Bandscheibe bei verschiedenen Positionen

Nachemson hat herausgefunden, dass ab einem Gewicht von etwa 80 kp auf der Bandscheibe die Flüssigkeit herausgepresst wird, und unter 80 kp die Bandscheibe Flüssigkeit aufnehmen kann. Im Stehen liegt auf der Bandscheibe etwa ein Druck von 100 kp, im Liegen von etwa 30 kp und im Sitzen von 150 kp, bei schwerem Heben sind Drücke bis über 600 kp möglich.

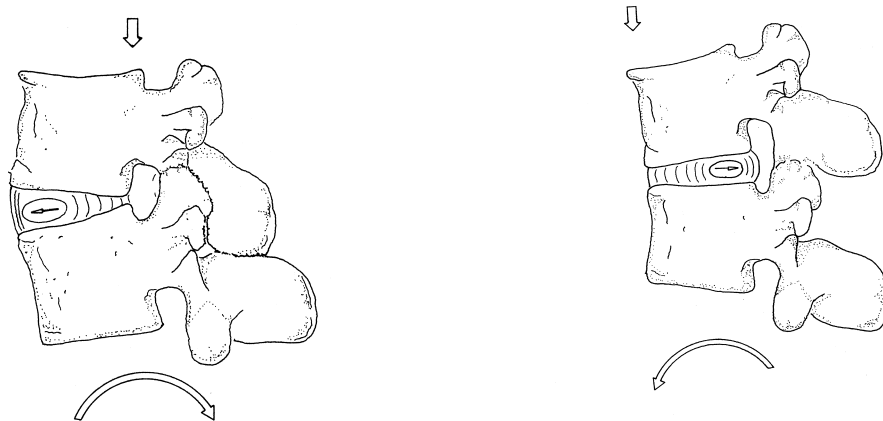
Daraus folgt, dass nur eine Bandscheibe, die bewegt und nicht ständig zu stark belastet wird, optimal mit Nährstoffen versorgt wird.

Der Einfachheit halber stellen wir uns das System als einen festen Schaumstoff vor, der sich voll saugt und ausgepresst wird. Eine Bandscheibe, die vorwiegend zusammengepresst wird wie bei sitzender Tätigkeit, wird nicht optimal ernährt. Es lässt sich leicht vorstellen, dass sie bei einer solchen Mangelernährung früher altert.

Belastung der Bandscheibe

Wird die Wirbelsäule bewegt, indem wir uns bücken, nähern sich die Vorderkanten der Wirbelkörper einander und klaffen an den Hinterkanten auseinander. Durch den verursachten Druck im vorderen Anteil wird der gallertige Kern (Wasserkissen) *nucleus pulposus* nach hinten abgedrängt und drückt auf den hinteren Faserring. Beim Rückwärtsneigen ist es umgekehrt, der Kern wandert nach vorn.

Wenn nun wie beim Sitzen der Druck im vorderen Anteil ständig erhöht und der Kern ständig nach hinten gedrückt wird, entstehen dort erhöhte Belastungen.



Ist es im Laufe der Jahre durch starke Drehbewegungen oder anderweitige Zermürbung bereits zu Zerreißen von einzelnen Fasern gekommen, ist die Belastbarkeit dort geschwächt und es könnte sein, dass sich der Gallertkern durch den Druck zwischen die Fasern drängen kann.

Man weiß aus experimentellen Untersuchungen, dass eine Bandscheibe, die sie waagrecht belastet wird, nur unter extrem hohem Druck zerstört werden kann, wie sie im normalen Leben nie vorkommen. Bei gleichzeitigen Drehbewegungen reicht jedoch schon ein Fünftel der Kraft aus, um eine Zerstörung herbeizuführen. Auch die Druckfestigkeit der Wirbelkörper ist bei gebeugter und verdrehter Haltung nur etwa ein Drittel.

Bandscheibenvorfall

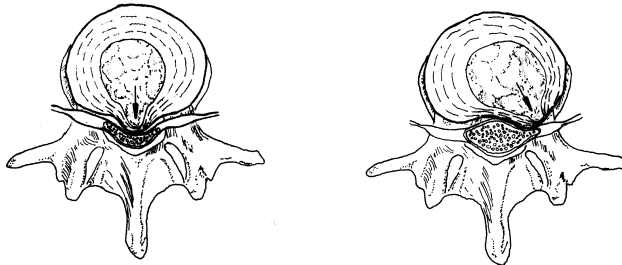
Durch häufige Belastungssituationen, kann sich der Kern einen Weg durch bereits zerstörte Fasern bahnen und aus dem Faserring austreten. Diese Situation nennt man dann Bandscheibenvorfall, wobei mit Vorfall gemeint ist, dass die Bandscheibe gemäß dem biomechanischen Versetzungsmuster nach hinten oder seitlich-hinten "vorfällt".

Meist gehen diesem Ereignis häufig wiederkehrende Kreuzschmerzen voraus. Eine gesunde Bandscheibe kann nicht vorfallen. Erst wenn der Faserring zerstört ist, tritt der Gallertkern aus.

Der Vorgang entsteht meist bei ruckhaften Beugungen, oft verbunden mit einer Drehung, wie z.B. einen Bierkasten aus dem Kofferraum heben und mit Schwung neben dem Auto abstellen oder beim Öffnen eines Kippgaragentores. Der Gallertkern wird dabei durch den entstehenden hohen einseitigen Druck durch den zerstörten Faserring gepresst.

Dort, wo der Nerv aus dem Rückenmark kommend durch den relativ engen Kanal zwischen zwei Wirbelkörpern laufen muss, ist er sehr gefährdet, eingeklemmt zu werden, denn er kann dort dem Bandscheibenvorfall nicht ausweichen und wird

gegen die hintere knöcherne Begrenzung des Kanals gepresst



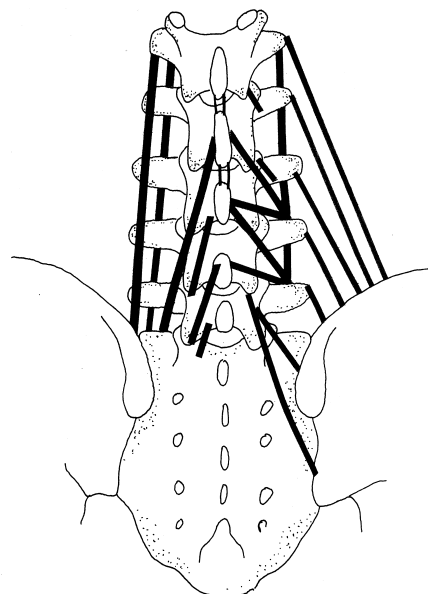
Da der Nerv das Bein bis zu den Zehen versorgt, spürt man vor allem dann dort den Schmerz. In dieser Situation führt selbst die leichteste Bewegung oder Lachen, Husten und Niesen zu starkem Schmerz im Bein.

Fällt das Bandscheibenmaterial jedoch mehr in der Mitte vor, ist manchmal genug Platz für den Nerv zum Ausweichen und das Ereignis ist nur im Kreuz schmerzhaft. Wenn jedoch der seltene Fall eintritt, dass riesige Mengen an gallertiger Masse in der Mitte vorfallen, reicht der Platz zum Ausweichen für die Nerven nicht mehr aus und es kommt zu einer bedrohlichen Situation ähnlich einer Querschnittslähmung. In diesem Zustand muss sofort operiert werden. Glücklicherweise ist diese Situation jedoch äußerst selten.

Sind einmal größere Mengen von Bandscheibenmaterial durch den äußeren Ring ausgetreten, ist das Segment gestört. Der Bandscheibenraum ist durch die ausgetretene gallertige Masse nicht mehr elastisch, es entsteht eine vermehrte Beweglichkeit und die Wirbelkörper können sich gegeneinander verschieben. Es entsteht eine Lockerung. Dieses Segment ist praktisch ausgeleiert.

Muskulatur

Die Wirbelsäulenmuskulatur besteht aus mehreren Schichten. Der Aufbau erinnert an die Verspannung eines Mastes bei einem Segelschiff. Beiderseits sind in der tiefen Schicht kurze, nur von einem Nervenpaar (*segmental*) versorgte Muskeln vom Querfortsatz zum höheren Querfortsatz zum höheren Dornfortsatz und zum eigenen Dornfortsatz. In der mittleren Schicht sind längere Muskeln, die mehrere Segmente in alle Richtungen überspannen und ganz außen, von mehreren Spinalnerven versorgte lange Muskeln. Im Lendenbereich laufen sie zwischen Rippenbogen und Beckenkamm, im Brustbereich überspannen sie den ganzen Brustkorb und die Rippen und an der Halswirbelsäule enden sie an der Hinterhauptsschuppe und verbinden gleichzeitig über den Trapezmuskel mit Schulter und Arm.



Alle Schmerzen an der Wirbelsäule und den Gelenken gehen mit einer Muskelverspannung einher, da der Körper über das Nervensystem versucht, die gestörte Funktion zu schützen. Beim Wurzelreiz ist die Verspannung eher auf der Gegenseite, weil so auf der verletzten Seite etwas mehr Platz für die eingeeengte Nervenwurzel entsteht. Bei der Instabilität ist die Muskelverspannung meist beidseitig. Die Muskeln versuchen das instabile Segment zu stabilisieren.

Ein Teil der Verspannungen entsteht durch die Fehlhaltung des Körpers, in dem der Körper versucht, eine Entlastung im schmerzhaften Bereich zu erreichen. Dabei kommt es in entfernten Muskelgruppen, wie der Gesäßmuskulatur und der *Ischio-cruralen* Muskulatur zu Verkürzungen, die dann möglicherweise den Schmerzzustand unterhalten. Der eigentliche Grund für erhöhte Muskelspannung liegt in der energetischen Situation.

Die psychoanalytische Forschung deutet die erhöhte Muskelspannung der Rückenstrecker als Konflikt zwischen Fremd- und Selbstbeherrschung. Wut und Ärger werden nicht entladen und die Spannung bleibt in der Muskulatur.

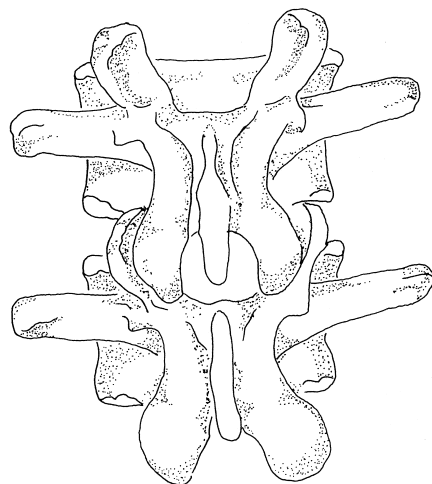
Muskuläre Verspannungen führen durch Fehlhaltung bei längerem Bestehen zu vermehrtem Druck auf die empfindlichen Strukturen und führen langfristig zu ernsthaften Veränderungen.

Die Muskulatur wird eingeteilt:

1. in Muskelpartien mit stützenden Aufgaben (tonisch), die langsam ermüden und zu Verkürzungen neigen. Sie sind besser mit Blut versorgt und haben einen geringen Sauerstoffbedarf, sind wenig ermüdbar und die Verkürzungen können durch entsprechende Behandlungen aufgelöst werden, da es sich nur um eine Veränderung der Elastizität handelt.
2. Muskeln für gezielte und rasche Bewegungen, die phasischen Muskeln, ermüden rasch, aktivieren langsam und neigen zur Abschwächung. Dabei haben sie eine höhere Reizschwelle.

Die Wirbelgelenke

Neben der Bandscheibe haben aber auch noch die Gelenke im hinteren Pfeiler eine wichtige Funktion. Sie haben die Aufgabe einer geführten Beweglichkeit und erlauben durch ihre Gelenkebene nur bestimmte Bewegungen, die dem Körper nicht schaden. Die Gelenke der Lendenwirbelsäule sind so ausgerichtet, dass sie nur geringe Drehbewegungen zulassen, wohl aber eine Neigung nach vorn, hinten und der Seite. Das ist ganz sinnvoll so, da bei starken Drehbewegungen damit zu rechnen ist, dass die gegenläufigen Fasern des äußeren Bandscheibenringes sonst reißen. Die Wirbelgelenke der Brustwirbelsäule



nutzen sich durch ihre geringe Beweglichkeit und ihre Stellung nicht so ab und machen eher selten Probleme. Die Gelenke der Halswirbelsäule sind durch die enorme Beweglichkeit des Halses gefährdet.

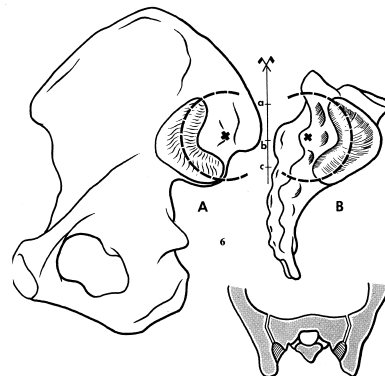
Die Wirbelgelenke (Facettengelenke) fangen auch bis zu einem Drittel des Belastungsdrucks ab, besonders dann, wenn die Bandscheibe ihre Stoßdämpferfunktion nicht mehr voll wahrnehmen kann. Dann kommt es wie bei allen überlasteten Gelenken im Körper zu Arthrosen und in der Folge zu rheumatischen Schmerzen. Schmerzen, die durch die kleinen Wirbelgelenke verursacht werden, strahlen bei Hals und Brustwirbelsäulenproblemen oft in die Arme und bei Kreuzschmerzen oft in Gesäß und Bein aus. Diese Facettenschmerzen sind oft von einer Nerveneinklemmung nur schwer zu unterscheiden und entstehen häufig in Ruhe insbesondere aber nach längerem Ruhen. Typisch ist der morgendliche Schmerz mit einer Steifigkeit von weniger als 10 Minuten. Die Beschwerden bessern sich meist in der Bewegung und beim Vornüberbeugen. Im Sitzen sowie beim Rückwärtsbeugen werden die Schmerzen verstärkt. Oft ist das Drehen im Bett schmerzhaft. Typisch für das Facettensyndrom ist, dass die Patienten lieber bergauf als bergab gehen und praktisch immer mühelos lange Rad fahren können.

50 % der Nervenversorgung des Bewegungssegmentes entfallen auf die kleinen Wirbelgelenke, die mit sehr vielen Lagemeldern (*Propriozeptoren*) und auch Schmerzmeldern (*Nozizeptoren*) ausgestattet sind.

Kreuzdarmbeingelenk - ISG

Zwischen Kreuzbein und Beckenschaufel befindet sich das Kreuzdarmbeingelenk *Iliosakralgelenk* oder (*Sakro-Iliakalgelenk*), welches häufig Ursache von Kreuzschmerzen ist und Schmerzen, die in die Beine ausstrahlen können.

Durch das Iliosakralgelenk wird die gesamte Last des Rumpfes auf die Beine übertragen, dadurch ist es starker mechanischer Belastung ausgesetzt.

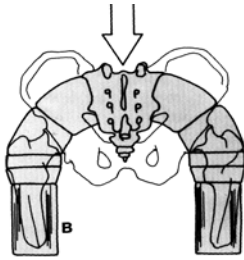


Das Kreuzdarmbeingelenk besteht aus einem Gelenkanteil mit normaler Gelenkinnenhaut (*Synovia*) und einer durch Bänder zusammengehaltenen Knochenverbindung (*Syndesmose*). Der mit Gelenkinnenhaut und Knorpel ausgestattete C-förmige Anteil ist nach hinten - oben geöffnet. Die Gelenkflächen sind im Längsschnitt als einziges Gelenk des menschlichen Körpers sowohl auf der Kreuzbein- als auch auf der Darmbeinseite *konvex* gebogen.

Das Kreuzdarmbeingelenk ist das einzige Gelenk mit unterschiedlichem Knorpelbelag, und zwar einer dünnen Faserknorpelschicht auf der Darmbeinseite und einer dicken *hyalinen* Knorpelschicht auf der Kreuzbeinseite. Die dünne Gelenkinnenhaut (*Synovia*) ragt mit Zotten in das Gelenk. Die umgebenden Bandstrukturen sind unterschiedlich ausgeprägt. Während die vorderen Bandverbindungen ziemlich dünn sind, befinden sich hinten starke, von der Kapsel deutlich zu unterscheidende derbe Bänder (*Ligamentum interosseum* und *Ligamentum sacroiliacale*). Die Nervenversorgung kommt aus den Spinalnerven von L5-S3.

Biomechanik des Kreuzdarmbeingelenkes

Biomechanisch kommt dem Kreuzdarmbeingelenk insofern eine besondere Bedeutung zu, als die gesamte Last des Rumpfes über das Kreuzdarmbeingelenk auf die Beine übertragen wird.



Das Kreuzbein (*Os sacrum*) ist mechanisch wie ein Schlussstein des von den hinteren zwei Dritteln des Beckens gebildeten Bogens. Die Verbindung ist durch einen starken Bandapparat gewährleistet. Bei zunehmender Belastung „verkeilt“ sich das Kreuzbein zwischen den Darmbeinen, wodurch sich die

Verbindung statisch von selbst verfestigt.

Die Beweglichkeit des Kreuzdarmbeingelenkes ist einerseits eine Drehbewegung von hinten oben nach vorn unten und beträgt im Mittel 10 bis 12 Grad. Die Drehachse liegt vor und unterhalb des Kreuzdarmbeingelenkes. Durch die Konvexität der Gelenkflächen ist jede Drehung mit einem Gleiten von etwa 6 mm verbunden. Die Patienten mit Beschwerden im Kreuzdarmbeingelenk klagen über einen dumpfen Schmerz nach längerem Sitzen oder Stehen, der sich ebenfalls durch Bewegen oder Liegen bessert. Die meisten Schmerzen, die auf Beinlängenunterschiede und Beckenverkipnungen zurückzuführen sind, haben hier ihre Ursache.

Da der Körper immer nach Symmetrie strebt, wird ein einseitiges Verschieben im Iliosakralgelenk - mit der Möglichkeit bis 12 Grad nach oben oder unten zu rotieren und gleichzeitig noch bis zu 6 mm zu gleiten - auf der anderen Seite eine Gegenbewegung machen. Damit steht die eine Hüfte hoch und die andere entsprechend niedriger. Das gibt eine Beinlängendifferenz, die sich addiert aus dem zu kurzen und dem zu langen.

Zusätzlich wird der Beckenring durch verschiedenste Muskelzüge – insbesondere der Ischiocruralen- und Glutealmuskulatur - beeinflusst, die ihrerseits durch Drehen des Schenkelhalses Beinlängendifferenzen produzieren.

Nervenversorgung des Bewegungssegmentes

Der folgende Absatz ist nur für diejenigen interessant, die es ganz genau wissen wollen. Er kann getrost ausgelassen werden. Für das Verständnis der Methode Dorn ist er nicht zwingend erforderlich.

Die Nervenversorgung ist nicht einheitlich. Der Ramus sinuvertebralis aus dem paarigen Spinalnerven versorgt die Knochenhaut des Wirbelkörpers, den hinteren Teil des äußeren Bandscheibenringes, das hintere Längsband und die harte Hirnhaut, die das Rückenmark umgibt. Der Wirbelkörper hat selbst nur ganz wenige sensible Fasern, die hauptsächliche Nervenversorgung läuft über den sogenannten Grenzstrang des Sympathikus (vegetatives Nervensystem) im Verlauf der Gefäße, weshalb der Schmerz im Wirbelkörper dumpf und schlecht lokalisierbar ist.

Die ausgeprägte sympathische Versorgung der Wirbelsäule erklärt auch aus anatomischer Sicht, weshalb die Wirbelsäule der Spiegel unserer Emotionen ist.

Die Nervenversorgung der sogenannten Facettengelenke, der Rückenmuskulatur, der Bänder und der Rückenhaut erfolgt über die verschiedenen Äste des hinteren Astes des Spinalnerven. Die Wirbelgelenke und die langen Rückenstrecker werden aus verschiedenen Segmenten versorgt – meist von einem Nerv von oberhalb und von unterhalb. Die tiefen direkt am Wirbelkörper ansetzenden kleinen stammnahen Muskeln, die vom Querfortsatz zu den Strukturen im nächsthöheren Segment führen, werden nur vom Nerv aus dem gleichen Segment versorgt. Deshalb kann durch ertasten der segmentalen Muskelverspannung auf das dazugehörige gestörte Gelenk geschlossen werden. Streng segmental versorgte Muskeln sind insbesondere der Musculus multifidus, die Musculi interspinales, intertransversarii medialis und das Ligamentum interspinale. Schmerzen in diesem Bereich sind gut lokalisierbar, oberflächlich, stechend, ausstrahlend und treten oft nach längerem Sitzen und im Stehen auf.

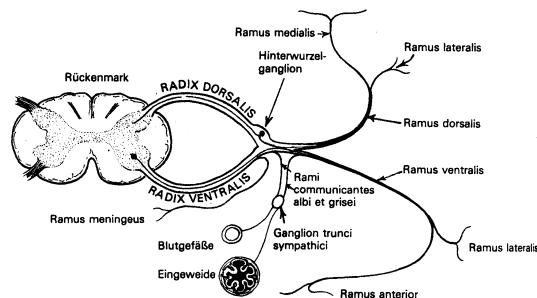
In einigen Segmenten gibt es auch einen intermedialen Ast, der dann den Musculus longissimus versorgt.

Der laterale Ast versorgt über mehrere Segmente den Musculus iliocostalis, die dorsolumbale Faszie und die Haut des Rückens bis hin zum Gesäß *Glutealregion*.

Die oben erwähnte streng segmentale Versorgung der Muskulatur bewirkt, dass der dazugehörige Dornfortsatz durch die verspannte Muskulatur sichtbar nach einer Seite verschoben wird.

Ramus dorsalis

medialer Ast:	Facettengelenke m. multifidus mm. interspinalis mm. intertransvers. med. ligg. interspinale
int.med. Ast:	m. longissimus
lateral Ast:	m. iliocostalis dorsolumbale Faszie Haut bis gluteal



Ramus ventralis über N. sinuvertebralis

Periost des Wirbelkörpers
Hinterer annulus fibrosus
Ligg. longitudinale posterius
Dura ventral
epidurale Venen

Körperempfindung, Schmerzleitung und Schmerzverarbeitung

Die Körperempfindung wird über sogenannte Propriozeptoren (Lagemelder) zum Nervensystem geleitet. Diese Rezeptoren registrieren den jeweiligen Spannungszustand und die Bewegung der Muskulatur und der Gelenke. Sie dienen hauptsächlich der Kontrolle der Körperhaltung, aber auch der Anpassung an die jeweiligen neuen Umstände. Die Propriozeptoren sind einmal im Muskel in der Muskelspindel vorhanden und registrieren Veränderungen der Muskellänge bei Bewegung. Sie justieren die Muskelspannung, indem sie die Spannung wie ein Regler annähernd gleich halten, um einen gleichmäßigen Bewegungsablauf zu gewährleisten. Andere Lagemelder befinden sich in den Sehnen, an der Grenzfläche zwischen Sehne und Muskel und dienen als Dehnungssensoren. Zusätzlich sitzen Lagemelder auch in der Gelenkkapsel. Durch dieses umfangreiche miteinander verschaltete System von Nerveninformationen wird die Körperhaltung kontrolliert, insbesondere bei Gefahr, wenn durch Reflexe sinnvolle Ausgleichsbewegungen durchgeführt werden müssen.

Über Nervenbahnen sind diese Lagemelder auch mit dem Teil des Gehirns verbunden, in dem unsere Gefühle sitzen (*formatio reticularis* und limbisches System). Durch diese Verschaltung erklärt sich, warum unsere Emotionen und Erinnerungen an Gefühle die Körperhaltung beeinflussen können. Dadurch ist es genauso möglich, dass wir über Behandlung an den Gelenken, die Muskelverspannung und über die Nerven die Zentren für Emotionen im Gehirn beeinflussen können. Wir wissen alle aus eigener Erfahrung, dass wir durch unsere Haltung Gefühlsäußerungen unterdrücken können, z.B. in dem wir die Arme verschränken. Dadurch besteht eine andere Gelenkspannung und Muskelspannung wie wenn dieser Zustand nicht wäre. Ein Teil der Wirkung der Methode Dorn kann über den Mechanismus der Beeinflussung von Muskel- und Gelenkspannung erklärt werden.

Die *formatio reticularis* hat eine wichtige Funktion bei der Veränderung von Schmerzempfindung sowie bei der Speicherung von Emotionen. Hier wird der zeitlich abgestufte Einsatz von Muskelaktivität bei der Fortbewegung, wie dem Gehen, koordiniert. Zusätzlich hat dieser Hirnbereich Funktionen von Bewusstsein und Aufmerksamkeit und ist bedeutsam bei der Verarbeitung von Schmerzen und dem subjektiven Schmerzerleben.

Das limbische System verarbeitet Emotionen und Triebverhalten. Dort werden Schmerzinformationen mit Unbewusstem oder Emotionen und früheren Erinnerungen vermischt. Dabei werden Gefühle wie Lust und Unlust verarbeitet, aber auch Gefühle, sich auf dem richtigen Weg zu befinden. Hier werden die Antriebe zur Wiederholung lustvoller und Vermeidung unlustbesetzter Handlungen geregelt.

Die Steuerung des Haltungs- und Stützapparates läuft in erster Linie unterbewusst ab. Zwischen den Propriozeptoren und dem Nervensystem ist ein ständiger Abgleich zwischen Soll- und Ist-Zustand. Bei einer gesunden Körperhaltung befindet sich der Körper in einem guten labilen Gleichgewicht zwischen Anspannung und Entspannung. Bei dauerhafter Fehllage der Muskulatur kommt es zu Veränderungen im gesamten System.

Während die Lagemelder (*Propriozeptoren*) Daten aus Stellung und Bewegung der Gelenkpartner an das Gehirn vermitteln und einer ständigen steuernden und regulierenden Kontrolle unterliegen, werden die Schmerzmelder (*Nocizeptoren*)

aus der Gelenkkapsel entweder mechanisch durch Muskelzug oder chemisch durch schmerz erzeugende Substanzen der Gelenkflüssigkeit (*Synovia*) gereizt.

Die Schmerzreize laufen zum Hinterhorn des Rückenmarks mit Umschaltung a) auf das motorische Vorderhorn, b) zum vegetativen sympathischen Seitenhorn (hier werden bereits erste Schmerzreaktionen im Segment geschaltet, wie Wegziehreflexe oder Veränderungen der Gefäßdurchblutung (*Sudomotorik*) und vegetative Reflexe) und c) über den Vorderseitenstrang, dann über die *Formatio retikularis* zur Hirnrinde (*Kortex*).

Der Schmerz aus Gelenken breitet sich auch ohne Umschaltung im Rückenmark als übertragener Schmerz in dem vom entsprechenden Nerven versorgten Areal aus. Er kann in allen, vom gleichen Nerven versorgten Muskeln, Sehnen und Bändern weit entfernt von seinem Ursprung empfunden werden. Dies ist die häufigste Schmerzausbreitung. Ausstrahlende Schmerzen von gestörten Nervenwurzeln oder einzelnen Nerven sind entgegen der landläufigen Meinung sehr viel seltener und halten sich grundsätzlich genau an die Ausbreitungsgebiete der Wurzeln oder Nerven.

Aus den oben gemachten Ausführungen wird klar, dass das Schmerzempfinden keine passive Wahrnehmung ist, sondern eine aktive Leistung von Schmerzhemmung und Schmerzbewertung durch das Nervensystem, insbesondere das limbische System. Die Wahrnehmung ist einerseits von der aktuellen Situation, andererseits aber auch von alten Erfahrungen abhängig. Ungünstige Schmerzbewältigungsstrategien und Katastrophieren (immer „das Schlimmste“ denken) führen zur Verstärkung des Schmerzerlebens. Angst und Vermeidensverhalten sowie Kränkungen, besonders am Arbeitsplatz, Verlust von Selbstbewusstsein und zwischenmenschlichen Beziehungen beeinflussen nachhaltig das Schmerzerleben. Besteht der Schmerz über längere Zeit, ohne dass sich die äußeren Umstände ändern, wird die Information dauerhaft im Nervensystem gespeichert. So bildet sich das Schmerzgedächtnis aus, was später nur sehr schlecht wieder gelöscht werden kann.

Schmerz ist immer subjektiv. Jeder Mensch empfindet auf Grund der eigenen Vorerfahrung und Lebensgeschichte gleiche Schmerzimpulse zu verschiedenen Zeiten unterschiedlich stark. Die Schmerzstärke ist zwischen einzelnen Personen nicht vergleichbar und hängt zusätzlich noch von der Situation ab, in der Schmerz erfahren wird. Das Vorhandensein von Schmerz ist wissenschaftlich weder beweisbar noch widerlegbar und im Gegensatz zu den anderen Sinneswahrnehmungen wie riechen, sehen, schmecken und hören immer mit einer negativen Gemütsstimmung und mit seelischer Angespanntheit verbunden. Schmerz ist nur für den Realität, der ihn gerade hat.

Die Bewertung von Schmerz im Gehirn ist von der eigenen Vorerfahrung abhängig. Sie beeinflusst unsere Aufmerksamkeit, bezogen auf die aktuelle Situation und vergleicht sie mit früheren, leidvollen Erfahrungen, die wir in Verbindung mit Erziehung und Einstellungen der Eltern und Bezugspersonen in der Kindheit erfahren haben.

Nach der neueren Placeboforschung mit Schmerzmedikamenten sind 30 % der Wirksamkeit eines Medikaments auf psychologische Einflüsse zurückzuführen, dadurch, wie und von wem das Medikament verordnet wird. Weitere 30 % sind von der persönlichen Bewertung von Schmerzen aus dem eigenen Erleben früherer Erfahrungen und dem sozialen und kulturellen Umfeld abhängig (Ein Indianer kennt keinen Schmerz, ein Junge ist...etc.).

Untersuchungen zeigen, dass wenn Eltern oder andere nahe Familienangehörige und Bezugspersonen bei Schmerzerleben zu Katastrophierung neigen, (immer bei Schmerzen das Schlimmste anzunehmen, mit ständiger Beschäftigung von Schmerz und Befürchtung, was alles daraus werden könnte und verbunden mit einer Hilflosigkeit) bei den Kindern ein Verhalten gebahnt wird, das sich praktisch immer negativ auf das eigene spätere Schmerzerleben auswirkt.

Dem gegenüber hat die Überzeugung, mit seinen Schmerzen umgehen zu können, starke positive Auswirkungen auf die Schmerzstärke und die körperliche Einschränkung. Je größer die Angst vor Schmerz und je geringer das Selbstbewusstsein, umso stärker sind Schmerzerleben und körperliche Beeinträchtigung.

Die Methode Dorn gibt dem Patienten durch die Selbstübungen Strategien an die Hand, sich selbst helfen zu können. Die positive Erfahrung selbst etwas tun zu können wirkt einer Chronifizierung von Schmerzen entgegen.

Ernste Erkrankungen der Lendenwirbelsäule

Im Bereich der Lendenwirbelsäule gibt es noch drei ernstere Erkrankungen, deren Kenntnis für die Behandlung wichtig sein kann.

Laterale Stenose

Die laterale Stenose ist ein Krankheitsbild, das vom akuten Bandscheibenvorfall unterschieden werden muss. Der Beinschmerz ist stärker als der Kreuzschmerz. Die Erkrankung tritt vornehmlich ab dem 50. Lebensjahr auf, wenn das Wirbelloch durch Knochenwucherungen eingeengt ist. Da es sich um einen langsamen Prozess handelt, ist das Ereignis selten akut. Der Schmerz entsteht nicht durch mechanischen Druck auf die Wurzel, sondern durch die Einengungen kommt es zu einer Abflussbehinderung des Rückstroms aus den Venen der Nervenwurzel *vasa nervorum*. Da die Venen des Nerven vom Rückenmark nach Außen laufen, kommt es durch den Druck zu einer wässrigen Schwellung *Wurzeloedem* und einer, durch die Entzündung bedingten chemischen Reizung.

Die Schmerzen treten aber auch beim Gehen und Stehen auf, besonders bei Belastung. Manchmal kommt es beim Gehen zu einem kurzfristigen Wegsacken des Beines (giving away) durch vorübergehenden Funktionsverlust des Nerven. Die neurologischen Zeichen eines akuten Nervenreizsyndroms fehlen meist.

Zentrale Stenose

Wenn durch vorangegangene Bandscheibenvorfälle und Vorwölbungen, sowie Abnutzungen an den Wirbelkörperhinterkanten und den Wirbelgelenken in mehreren Etagen Einengungen sind, kommt es zu dem Krankheitsbild des engen Spinalkanals. Rückenschmerzen bestehen meist schon seit vielen Jahren, sind aber meist nicht so stark ausgeprägt. Die Schmerzen sind vor allen Dingen in den Beinen nach längerem Gehen, wobei es auch zu einem Wegsacken der Beine kommen kann. Mit der Zeit bildet sich eine Schaufensterkrankheit (*Claudicatio spinalis*) aus, bei der der Patient stehen bleiben muss. Er setzt sich meist hin oder beugt sich nach vorne, weil in dieser Stellung die Nervenwurzeln etwas mehr Platz haben. Der Patient kann meist mühelos die Gehstrecke wieder an den

Ausgangspunkt zurücklegen. Hauptursache der entstehenden Schmerzen ist die Behinderung des Abflusses der Venen des Spinalnerven. Diese Unterscheidung von der Durchblutungsstörung der Beine gelingt, weil Patienten mit einem engen Spinalkanal ohne Probleme Radfahren können, während Patienten mit Durchblutungsstörungen hierbei auch Beinschmerzen haben. Außerdem gehen Patienten mit engem Spinalkanal mühelos bergauf und haben eher Probleme beim Bergabgehen durch die Biomechanik des Wirbelkanals, der beim Beugen für mehr Platz für die Nervenstrukturen sorgt.

Instabilität des Bewegungssegments

Instabilität entsteht, wenn sich nach einem Bandscheibenvorfall durch Volumenverlust der elastischen Bandscheibenelemente und Lockerung die Wirbelkörper sich gegeneinander verschieben können. Schmerzen treten vornehmlich im Stehen, beim Beugen und Bücken auf. Normalerweise sind die Patienten im Liegen schmerzfrei, beim Drehen im Bett können Schmerzen auftreten.

Bei allen diesen Erkrankungen kann die Methode Dorn hilfreich sein, die Schmerzen zu reduzieren. Früher mussten diese Erkrankungen öfter operiert werden. Durch die Unterstützung mit der Dornbehandlung ist dies nur noch in Ausnahmefällen nötig.

Teil 4 Haltung, Funktion und Emotion

Haltung, Wirbelsäule und die Symbolik

Die Wirbelsäule liegt in der Mitte unseres Körpers und die Haltung ist Ausdruck der seelisch-körperlichen Ganzheit der Persönlichkeit. Haltung ist das äußere Erscheinungsbild und spiegelt gleichzeitig die innere Einstellung und den Seelenzustand wieder. Haltung ist aber auch Leistung, die Anpassung an wechselnde mechanische Beanspruchung ermöglicht. Die Körperhaltung ist im *limbischen System* und der *formatio retikularis* gespeichert, sie ist ein instinktives muskuläres Spannungsmuster um die Wirbelsäule gegen die Schwerkraft aufrecht zu halten und gleichzeitig Folge eines lebenslangen Lernprozesses aus körperlichen und seelischen Erfahrungen zur Anpassung an die Realität.

Störungen an der Wirbelsäule entstehen nicht durch irgendwelche äußeren Einwirkungen, sie sind lediglich Anlass, denn der Geist formt die Materie. Deshalb sind die Störbereiche durch unsere seelische Ausgangsdisposition bestimmt, die sich unserem Verständnis durch die Sprache öffnet (Volksmund und psychodynamische Deutung).

Schockerlebnisse und Stressereignisse führen zu Energieflussstörungen im Körper, die sich dann auf der körperlichen Ebene ausdrücken und in den Zellen gespeichert sind.

Wie vorher schon ausgeführt sehen wir auf Röntgenbildern bei chronischen Schmerzen nie die Ursache, sondern allenfalls die Folge der Schmerzen.

Was sich aktuell an „Abnutzungen“ bei akuten Schmerzen auf dem Röntgenbild abbildet ist der IST - Zustand als Summe des Lebens bis zur Röntgenaufnahme. Die sogenannten „Abnutzungen“ können jedoch nichts mit den aktuellen Beschwerden zu tun haben, da die Veränderungen schon länger vorhanden sind, der Schmerz jedoch erstmals akut aufgetreten ist.

Wir wissen aus den Arbeiten von Nachemson um die Kräfte in der Bandscheibe, die von ihm erstmals unter dynamischer Belastung des Bewegungsapparates gemessen wurden, ergänzt durch die Arbeiten von Augustus White, dass die „Haltung“ der entscheidende Faktor für das Auftreten von Beschwerden ist.

Wir sprechen davon, dass Menschen haltlos sind, dass sie buckeln, dass sie kriechen, dass sie eine steife Haltung haben, dass sie aufrecht oder aufrichtig sind.

Rückenprobleme haben immer mit Rückhalt zu tun, entweder es steht jemand hinter uns, der uns den Rücken stärkt, oder nicht.

Im oberen Rücken, besonders in der Brustwirbelsäule geht es mehr um Liebe, um das Herz, um die Selbstliebe und um das Gefühl geliebt zu werden.

Im Berufsleben wird heute Belastbarkeit erwartet. Durch Anerkennung und Lob, wenn symbolisch jemand hinter uns steht, ist die Belastung besser zu ertragen.

Die "Haltung" hat immer Doppelbedeutung sowohl seelisch als auch körperlich. Bei einigen Begriffen ist dies von der Sprache her besonders deutlich: Rückgrat, Rückhalt, Rückendeckung, Rücksicht.

Bereits in den 1940er Jahren wurde festgestellt, dass die Zunahme an Rücken-Beinschmerzen (Lumboischialgien) bei amerikanischen Soldaten mit der aufrechten Haltung zusammenhängen, als Weigerung, ein strammer Soldat zu sein.

Die Innenwelt (seelischer Zustand) zeigt sich in der Außenwelt (Erscheinung) und umgekehrt.

In der Entwicklung des Kleinkindes spielt der "Rückhalt" der Mutter eine große Rolle. Beim Laufen lernen ist die Hand der Mutter körperliche Stützung zum Lernen der Standfestigkeit, um nicht umzufallen und gleichzeitig seelische Stütze, das Gehaltenwerden zur Stützung des Selbstvertrauens und der Geborgenheit. Bei der weiteren Entwicklung übernimmt die aufrechte Wirbelsäule das Maß der Selbstbehauptung und Streben nach Eigenständigkeit. Lebenslang bleibt unbewusst der Wunsch nach Anlehnung bestehen und steht im Widerspruch mit dem Streben nach aufrechtem sich Behaupten. Im Konflikt oder in Krisensituationen bekommt der Wunsch nach Anlehnung wieder Aktualität und so erklärt sich, dass dann Rückenschmerzen gehäuft auftreten.

Bekannt ist, dass mehr als 60 % der Menschen mit operationswürdigen Bandscheibenvorfällen etwa drei Monate vorher eine psychisch sehr belastende Situation erleben mussten, meist in Verbindung mit Kränkung am Arbeitsplatz, Verlust des Arbeitsplatzes oder ernsthaften familiären Belastungen mit Trennungen oder Tod naher Angehörigen. Dies zeigt, dass unsere Wirbelsäule im Zeiten seelischer Belastung vermehrt mechanischer Belastung ausgesetzt ist und dass die Psyche nie von den mechanischen Bedingungen getrennt werden kann. Das heißt, bei jedem klaren körperlichen Schmerzzustand spielt die Seele ursächlich mit und gleichzeitig bestehen wieder Einflüsse auf die Psyche. Zum Verstehen des Leidens hilft es, die biomechanischen Voraussetzungen der Wirbelsäule zu kennen. Aus dieser Kenntnis und der genauen und ausführlichen Anamnese ergeben sich die besten Behandlungsstrategien.

Aus mehreren Untersuchungen wissen wir, dass die einzige verlässliche Voraussage von Wirbelsäulengesundheit die Arbeitsplatzzufriedenheit ist. Tiefe ungerechtfertigte Kränkung am Arbeitsplatz oder Mobbing wirkt sich stark auf die Haltung der Wirbelsäule aus.

Rückenschmerzen zwingen zur Auseinandersetzung mit sich selbst, sie zwingen erst mal zur Ruhe zu kommen und diese erst einmal einzuhalten.

Folgen der Haltung

Vorzeitige Abnutzung und Schmerzen entstehen, wenn die Belastung die Belastbarkeit überschreitet.

Die normale Haltung im Gehen ist optimal für die Ernährung der Bandscheibe. Bei vornüber gebeugtem Stehen (Depressiv sich hängen lassen) verdoppelt sich der Druck in der Bandscheibe mit der Folge einer schlechteren Versorgung.

Die durch die innere (seelische) Haltung bedingte äußere Haltung führt biomechanisch dazu, dass die Wirbelsäule, insbesondere die hinteren kleinen Gelenke, in einer schmerzhaften Endstellung steht. Durch Zug an den Gelenkkapseln, den Bändern und den stammnahen, von dem Nervenpaar des betroffenen Wirbels versorgten Muskeln kommt es durch Aktivierung der

Schmerz- und Lagemelder zu einer Schmerzspirale mit Schonhaltung die ihrerseits den Prozess verschlimmert.

Wut, Ärger, Aggression und Kummer, Angst und Depression verändern die äußere Haltung mit Auswirkung auf die Wirbelsäule. Diese innere Haltung manifestiert sich in der äußeren Haltung, wenn sie nicht korrigiert wird. Die Muskulatur stellt sich um und es kommt zu Abnutzungen an den Knochen.

Da Störungen in einem Segment (Wirbel) über den Sympatikus (*Ramus comunicantes*) auch zu den inneren Organen und vegetativen Zentren geleitet werden können, wird die Schmerzspirale auch über die Seele wieder verstärkt .

Verkrampfte Muskulatur ist deswegen übersäuert (Sauer sein), weil durch den hohen Verspannungsdruck der Muskelfasern, der über dem Abflussdruck der Venen und der Lymphe liegt, die abgelagerte Milchsäure nicht abtransportiert werden kann. Dadurch werden die Schmerzrezeptoren (*Nozizeptoren*) zusätzlich sensibilisiert und so verstärkt sich der Teufelskreis (*circulus vitiosus*) von Schmerz und Verspannung weiter.

Bei Flüssigkeitsmangel im Körper ist der Abtransport zusätzlich erschwert. Dieter Dorns Empfehlung, nach der Behandlung viel Wasser zu trinken, hat hier ihre wissenschaftliche Erklärung.

Ausweg

Die therapeutische Idee der von Dieter Dorn beschriebenen Methode ist, durch wiederholten rhythmischen Druck auf den Dornfortsatz Einfluss auf die das Segment stabilisierenden Muskeln (*musculi intertransversarii und rotatores* und die damit verschalteten (*proprio- und nozizeptiven*) Reflexe auszuüben, um zu einer Normalisierung der Muskelspannung zu gelangen.

Zur dauerhaften Besserung dieses erreichten Zustandes ist es notwendig, dass die abgelagerte Milchsäure in den Muskeln abgebaut werden kann. Dies geschieht am Besten durch vermehrte Flüssigkeitsaufnahme, wie sie auch von Dorn beschrieben wird. Ebenso sind in dieser Phase Dehnungsübungen nicht sinnvoll, da bei falscher Technik der alte Zustand zu schnell wieder herbeigeführt werden kann.

Eine dauerhafte gute Behandlung der Wirbelsäule ist jedoch nur möglich, wenn dem Patienten die diesbezüglichen Blockaden bewusst werden, warum und wieso seine innere Haltung entstanden ist, denn nur der Bewusstseinsprozess kann die äußere Haltung langfristig beeinflussen.

Krankengymnastische Übungsbehandlungen alleine zur Änderung der Haltung sind nicht effektiv, solange die Fehlhaltung über die innere Haltung noch programmiert ist.

Die Wirbelsäule in der Funktion

Nach Michel Odoul gibt es an der Wirbelsäule eine interessante Zahlenmystik. Die fünf Lendenwirbel als die Wirbelsäulenbasis symbolisieren den Menschen, die Horizontale, die Materie, die Grundlage der Dinge (fünf Prinzipien, fünf Sinne fünf Finger, fünf Elemente. Die Sieben (7 Halswirbel) symbolisiert die Spiritualität, das Göttliche (sieben klassische Planeten, sieben Regenbogenfarben, sieben Noten sind eine Oktave, der siebenarmige Leuchter in Judentum). Der Kopf unsere am höchsten entwickelte Zentrale wird von 7 Wirbeln getragen. Der dazwischenliegende Abschnitt mit dem Brustkorb, den Sitz des Herzens hat 12 Wirbel, fünf und sieben ist zwölf. Es gibt 12 Apostel, 12 Monate, 12 Sternzeichen, 12 Stunden am Tag und 12 in der Nacht.

Halswirbelsäule

Halswirbelsäule	Größtmögliche Bewegung
Beugen	40°
Strecken	75°
Drehung	60°-80°
Seitneigung	45°

Im Bereich des Nackens befindet sich die Halswirbelsäule.

Sie trägt den Kopf und hat so statische Funktion. Die Bewegungen des Kopfes werden von den Muskeln der Halswirbelsäule ausgeführt. Hier ist die größte Bewegungsfreiheit, aber auch die leichteste Verletzlichkeit. Sie dient der Wahrnehmung der Umwelt. Die innere Kopfhaltung, wenn man zum Beispiel den Kopf hängen lässt oder eine Last auf den Schultern liegt, beeinflusst die Spannung der Halswirbelsäulenmuskulatur und die Kaumuskulatur. Wer die Welt mit hängendem Kopf anschaut, kann nur schwer Überblick, Umsicht und Weitblick haben.

Die sieben Halswirbel müssen in zwei unterschiedlich funktionelle und anatomische Abschnitte eingeteilt werden und zwar die obere Halswirbelsäule mit den Kopfgelenken Atlas und Axis und die Wirbelkörper 3-7 als untere Halswirbelsäule.

Kopfgelenke

Der erste Wirbel ist der ringförmige **Atlas**. Er stellt den Übergang vom Kopf zur Halswirbelsäule dar. Hier tritt das Rückenmark in den schützenden Wirbelkanal ein. Der Atlas hat keinen eigentlichen Wirbelkörper wie die anderen Wirbel und damit auch keine



Bandscheibe. Der Atlas hat oben zum Schädel 2 Gelenke (*Atlantoccipitalgelenke*) **C0-C1**. Die Gelenkflächen entsprechen dem Ausschnitt einer Kugel und sind deshalb funktionell ein Kugelgelenk.

Im obersten Gelenk ist Beugen (*Flexion*) und Strecken (*Extension*) die Hauptbewegung, 50% der Gesamtbeweglichkeit Strecken/Beugen an der Halswirbelsäule finden hier statt. Gering möglich ist auch Seitneigung zu der einen Seite; dabei findet gleichzeitig eine Drehung *Rotation* zur **Gegenseite** statt. Das Kinn bewegt sich zu der einen und der Scheitel zur anderen Seite.

Mit dem oberen Kopfgelenk betrachten wir den **Himmel**. Oft liegt die Blockade darin, dass der Mensch gerade das nicht will. Die Hauptbewegung ist von der Symbolik ein **JA** (Nickbewegung).

Der zweite Wirbel, der **Axis**, ragt mit seinem vorderen Zapfen (*Dens axis*) nach oben in den Ring des Atlas. Dort ist er mit straffen Bändern gesichert. Zwischen den beiden Wirbeln ist keine Bandscheibe, sondern ein Gelenk auf beiden Seiten. Dadurch ist hier eine Drehung (*Rotation*) möglich. Im Gelenk **C1-C2** findet 50% der Gesamtdrehung der Halswirbelsäule statt. Dabei bewegen sich Kinn und Scheitel in die gleiche Richtung mit gleich starkem Ausschlag. Die Bewegung geht um eine senkrechte (*vertikale*) Achse. Mit der Drehung des Atlas auf dem Axis betrachten wir den **Horizont**. Wichtig zur Erweiterung desselben. Man kann aber auch den Kopf schütteln und symbolisch „**NEIN**“ zu alten Denkstrukturen sagen.



Die von der oberen Halswirbelsäule austretenden Nervenwurzeln versorgen die Nackenmuskulatur am Hinterhaupt. Der obere Nacken hat so viele Nervenendigungen, dass dieses Gebiet wie ein ausgelagertes Sinnesorgan angesehen werden muss. Die Lagemelder (*Propriorezeptoren*) der Muskulatur können über absteigende Bahnen auf tieferliegende Bewegungsmelder (*Motoneurone*) einwirken, so dass durch Behandlung an den Kopfgelenken, Störungen an anderen Wirbelsäulenabschnitten und an Gelenken beeinflusst werden können (Thoden 1988,

Arlen). Störungen die hier auftreten können somit den ganzen Körper betreffen.

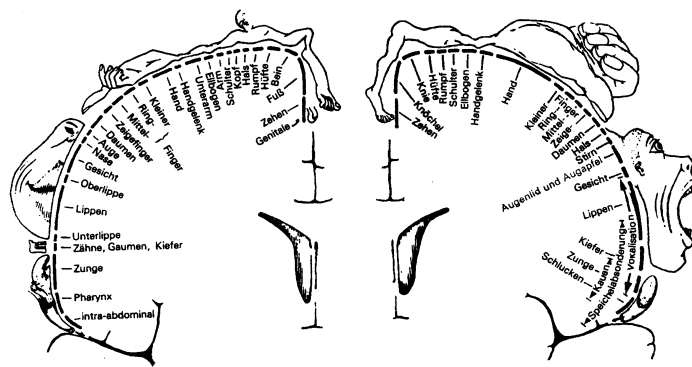
Die Nervenendigungen, insbesondere die Lagemelder (*Propriorezeptoren*) in den Gelenkkapseln der Kopfgelenke wirken nicht nur wie bei allen anderen Wirbelsäulengelenken auf die Gammenschleife in den Muskeln auf der gleichen Ebene, sondern auf alle Gelenke im Körper durch eine Regulationsdominanz, die sich durch die reichhaltige Nervenverschaltung erklärt.

Symbolisch ist die höchste Bewegung ein **Ja** (zum Leben, zu dem was ist) und erst die zweite ein Nein, wenn es gilt mich zu behaupten. Das deckt sich mit der

Erfahrung aus der Atlastherapie nach Arlen und der Dorntherapie, wo oft schlagartig nach der Behandlung der Kopfgelenke auch tieferliegende Beschwerden wie zum Beispiel Kreuzschmerzen verschwinden.

Die Kopfgelenke haben direkte Verschaltungen zu den vegetativen Zentren des Gehirns, der Augenbewegung (*Abducenzkerne*), mit dem Hirnstamm, mit dem Gleichgewicht *Vestibulariskerngebiet* und der *Formatio retikularis*.

Neurologisch ist interessant, dass von allen Nervenimpulsen an das Gehirn aus dem gesamten



Bewegungsapparat 50% aus den oberen drei Halssegmenten und dem Kiefergelenk kommen. Auch die Hirnareale für diesen Bereich sind zahlenmäßig deutlich größer als für den Rest des Bewegungssystems. Die Steuerung im Kopfgelenkbereich erfolgt

über kleine Muskeln, die diesen Bereich gegenüber Manipulationen besonders empfindlich macht. Gleichzeitig ist hier die reichhaltigste Nervenversorgung mit circa 400 Rezeptoren pro Gramm Muskelmasse gegenüber nur 14 Rezeptoren pro Gramm in der Beckenmuskulatur.

Zusätzlich sind die Schmerzmelder aus dem Kopfgelenkbereich mit Nervenfasern aus dem fünften V. Hirnnerven dem *N. Trigemini* verknüpft. Darüber hinaus liegen die Kerngebiete des oberen Rückenmarks und des V. Hirnnerven nahe beieinander, wodurch übertragene Schmerzen zwischen Kausystem und den Kopfgelenken erklärt werden können.

Die Nackenmuskulatur und die Kaumuskulatur gehören entwicklungsgeschichtlich und in ihrer Funktion zusammen. Beim Beißen und Reißen der Nahrung ist die gleichzeitige Stabilisierung der Kopf-Nacken-Halsmuskulatur unverzichtbar. Wenn ich zum Beispiel einen Hähnchenschenkel abnagel, beiße ich nicht nur zu, sondern ich stabilisiere den Vorgang mit der Halswirbelsäulenmuskulatur. In unserer Entwicklung nach der Geburt ist das erste was wir tun Schreien und Saugen. Alles andere entwickelt sich viel später.

Aus den oben genannten Gründen wird das Kiefergelenk in Verbindung mit der oberen Halswirbelsäule besprochen.

Kiefergelenk

Das Kiefergelenk ist eines der kompliziertesten Gelenke im menschlichen Körper, da beide Gelenke funktionell über den Unterkiefer - der einzige Knochen des Menschen, der die Mittellinie des Körpers überquert - miteinander verbunden sind. Das Kiefergelenk ist das beweglichste und das am häufigsten genutzte kleine Gelenk. Es ist durch ein kompliziertes System von Muskeln und Bändern mit den Gelenkflächen unter dem Schädel aufgehängt.

Nur der Unterkiefer führt die Kaubewegungen aus, die zum Beißen, Abbeißen und Kauen notwendig sind. Der Kauprozess ist ein sehr fein abgestimmtes Muskelspiel, zu dem auch Haltemuskeln aus dem Nacken und die

Schlundmuskulatur gehören. Das Kiefergelenk ist bei allen Bewegungen von Saugen, Schlucken, Sprechen oder Singen beteiligt.

Das Kiefergelenk ist das am häufigsten benutzte Gelenk des Körpers. Es tritt als erstes Gelenk in Funktion beim ersten Schrei des Neugeborenen und beim anschließenden Saugen an der Mutterbrust. Das Kind erlebt seinen ersten Umweltkontakt über den Kauapparat. Die Mundregion ist damit der Körperbereich mit dem erstmals zwischenmenschlicher Kontakt hergestellt wird.

In Verbindung mit Mund, Lippen und der Mimik treten wir intim mit der Umwelt in Kontakt durch Kauen, Beißen, Saugen, Schmecken, Sprechen, Singen, Lächeln, Drohen, Küssen. Das Kauorgan ist infolge der Dichte der Nervenversorgung empfindlich gegenüber Störungen körperlicher als auch seelischer Art.

Von den 50 % der Informationen aus dem gesamten Bewegungsapparat an das zentrale Nervensystem aus den oberen drei Halssegmenten und dem Kiefergelenk entfallen etwa 60 % allein auf das Kiefergelenk.

Bei chronischen Schmerzen im Gesichts- und Kopfbereich ist die Kaumuskulatur in 100 % gestört im Sinne einer Fehlfunktion durch Pressen, Knirschen oder Fehlbiss. Bei Nackenschmerzen finden sich bei 85 % Funktionsstörungen im Kauapparat und bei Kreuzschmerzen immerhin noch 50%. Störungen im Kiefergelenk sind somit sehr häufig.

Thema: Das Kiefergelenk steht für Biss haben, zubeißen können.

Volksmund: Verbissen sein. Biss haben. Sich durchbeißen. Die Zähne in Etwas schlagen. Sich etwas abbeißen. Zähne zusammenbeißen. Die Zähne zeigen.

Störungen im Kauapparat können zu Zahndefekten, Hals-, Nacken-, Schulterverspannung, Migräne, Kopf- und Gesichtsschmerzen führen.

Außerdem Schluckbeschwerden, Sprachprobleme durch schlechte Aussprache/Zischlaute und Schlafstörungen durch Pressen und Knirschen.

Durch die Nähe zum Gehör und Gehörgang können Schwindel, Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen, Ohrenschmerzen und erhöhte Geräuschempfindlichkeit auftreten oder unterhalten werden.

Die untere Halswirbelsäule

Die Bewegungen der Segmente C2-C7 ist zum einen Beugen (*Flexion*) und Strecken (*Extension*), aber auch Seitneigung und Drehung (*Rotation*), wobei beide Bewegungsrichtungen zur **gleichen** Seite gehen. Scheitel und Kinn bewegen sich zur gleichen Seite, wobei sich der Scheitel mehr und das Kinn weniger seitwärts bewegt.

Wir betrachten mit der unteren HWS die **Erde** vor uns durch Beugen (Demut) und wenn wir den Kopf dabei drehen und zur Seite neigen, können wir über die Schulter hinter uns auf den **Boden** sehen - auf die Schattenseite hinter uns blicken. Hier geht sowohl ein JA als auch ein NEIN. Ein JA aus der Demut und ein NEIN, wenn wir uns von alten nicht mehr benötigten Strukturen und Blockaden verabschieden. Dieter Dorn hat seine Patienten angewiesen, bei der Behandlung der Halswirbelsäule mit einer NEIN - Bewegung den Kopf zu schütteln.

Streben ist Strecken und Demut ist Beugen. Durch Beugung der unteren Halswirbelsäule verlassen wir die Ebene und das bedeutet „Ja“ zu dem, was ist. Beim Strecken ist keine Demut und kein „Ja“ möglich. So lässt sich bei Störungen in diesem Bereich auf die dahinterliegende Störung schließen.

Die untere Halswirbelsäule mit dem Nacken ist durch die Schulternackermuskulatur gut stabilisiert.

Thema: Der Nacken ist der Ort der Kraft und des eisernen Willens. Hier hat man das Joch getragen, um Lasten transportieren zu können bzw. auch um einen Karren aus dem Dreck zu ziehen. Der Hals hat eine tiefe Symbolik, wenn wir ihn retten wollen. Wegen der Verletzlichkeit des Nackens sind hier Ängste vor großer Verletzung gespeichert, wie vor der Axt oder dem Schwert des Scharfrichters oder einer anderen Bedrohung. Der Nacken ist aber auch auf der anderen Seite ein Ort von größter Empfindsamkeit und Sinnlichkeit bei der zärtlichen Massage oder im Liebesspiel.

Hunde bieten als Demutshaltung ihren ungeschützten Hals dem Sieger dar.

Volksmund: Stiernacken, halsstarrig, etwas Hals über Kopf machen, mit dem Kopf durch die Wand wollen.

Bei Opferhaltung sitzt die Angst oder sonst wer im Nacken, man spürt die Faust im Nacken, bekommt Nackenschläge und halst sich zuviel auf.

Bedingt durch die Verletzlichkeit der zierlichen Wirbel und die größte Bewegungsfreiheit aller Wirbelsäulenabschnitte, gibt es an der Halswirbelsäule schmerzhafte Zustände, die auch ernster Natur sein können. Bedingt durch einseitige Belastungen und Verletzungen der Wirbelsäule kommen Bandscheibenvorfälle an der Halswirbelsäule durchaus vor, wenn auch viel seltener als an der Lendenwirbelsäule. Sie finden sich praktisch nur in der unteren Halswirbelsäule von C5-C7 und sehr selten C3-C4.

Wegen des geringen Drucks auf der Bandscheibe an der Halswirbelsäule, spielen sich schmerzhafte Prozesse langsamer ab und das Bewegungssegment versteift früher. Die Schmerzen sind hier meist durch Muskelverspannung bei einseitiger Haltung, durch Büroarbeiten und Autofahren bedingt. Die Abnutzungserscheinungen sind als Folge der Schmerzen aufzufassen und nicht als die Ursache.

Brustwirbelsäule

Brustwirbelsäule	Größtmögliche Bewegung
Beugen	105°
Strecken	60°
Drehung	35°
Seitneigung	10°

Die 12 Brustwirbel bilden mit den Rippen den Brustkorb, der ein sehr festes, aber trotzdem bewegliches Gebilde ist. Der Brustkorb schützt das Herz und die Lunge als lebenswichtigste Organe und ist gleichzeitig gut beweglich, um sich beim Atmen ausdehnen zu können. Die Bezeichnung **Brustkorb** ist treffend, da ziemlich die gleiche Beweglichkeit

möglich ist wie bei einem geflochtenen Weidenkorb.

Die Hauptbewegung ist die Beugung und Drehung des Oberkörpers.

Durch die relativ hohe Festigkeit des Brustkorbes sind größere orthopädische Probleme nicht zu erwarten, da unkontrollierte Bewegungen größeren Bewegungsausmaßes nicht möglich sind. Lediglich die Rippenwirbel- und Rippen-Brustbeinverbindungen als beweglichste Teile sind nach Verletzungen oder Verrenkungen häufig Ursache von hartnäckigen Schmerzen. Diese treten dann häufig beim Atmen auf, mit Ausstrahlung in Bauch und Brust. Diese Zustände werden häufig fälschlicherweise als Interkostalneuralgie bezeichnet. Dabei können Lungen- und Herzschmerzen vorgetäuscht werden. Es handelt sich dabei um ein schmerzhaftes, wenn auch harmloses Reflexgeschehen, welches sehr von unserer Haltung beeinflusst wird.

Schwerwiegende Schmerzen in der Brustwirbelsäule sind selten und betreffen meist die Osteoporose der älteren Frauen oder Wirbelbrüche.

Thema: Im oberen Rücken (Herzchakra), geht es um Liebe, Herzensdinge, um Selbstliebe und um das Gefühl, geliebt zu werden. Dort ist das **Ich bin**, die Stelle auf die wir zeigen, wenn wir **ICH** sagen. Ich bin mir meiner selbst bewusst. Hier ist das Bewusst sein.

Viele Beschwerden haben in diesem Bereich ihre Ursache darin, dass Menschen nicht vergeben wollen oder können. Hier sind wir idealer Weise aufrecht (aufrichtig), stehen für etwas gerade, mit einem breiten Buckel. Wenn wir in der Opferhaltung sind, erlebt uns die Umwelt gebeugt, geknickt, mit dem Rücken zur Wand stehend oder katzbuckelnd. Wir machen uns klein.

Volksmund: Aufrecht. Aufrichtigkeit. Einen breiten Rücken haben, Rückgrat zeigen. Sich gerade machen. Rückhalt haben. Gebeugt sein. Geknickt sein. Katzbuckeln. Mit dem Rücken zur Wand stehen. Den Buckel voll haben. Sich für Jemanden krumm legen. Buckeln.

Wir sprechen auch davon, dass Menschen haltlos sind, dass sie kriechen oder eine steife Haltung haben.

Lendenwirbelsäule



Lendenwirbelsäule	Größtmögliche Bewegung
Beugen	60°
Strecken	35°
Drehung	2°-3°
Seitneigung	20°

Auf dem Kreuzbein sitzen die 5 Lendenwirbel. Sie sind besonders breit und stabil und tragen die Hauptlast des Rumpfes. Die Beweglichkeit im Bereich der Lendenwirbelsäule ist hauptsächlich Beugen, eine geringe Streckung sowie eine Seitneigung. Wegen der Stellung der kleinen Wirbelgelenke ist eine Drehung kaum möglich.

Im Laufe des Alterungsprozesses nimmt die Beweglichkeit ab

Thema: Die Lendenwirbelsäule symbolisiert Stabilität und Beweglichkeit. Der Wirbelaspekt für die Beweglichkeit und das Säulenthema für die Stabilität, wobei an der Lendenwirbelsäule die Stabilität im Gegensatz zur Halswirbelsäule überwiegt.

In Verbindung mit den Lenden (Sexualität) verbindet sie den triebhaften Bereich mit den oberen Bereichen Herz (Liebe) und Kopf (Verstand).

Symbolisch geht es darum zu Tragen, auch zu Ertragen und in Verantwortung für sich selbst hinzustehen.

Volksmund: Zu Kreuze kriechen. Jemand hat sein Kreuz zu tragen. Jemandem das Kreuz brechen. Hexenschuss. Kreuzlahm. Auf Biegen und Brechen.

Rückenprobleme haben immer mit Rückhalt zu tun, entweder es steht jemand hinter uns, der uns den Rücken stärkt oder nicht. Im letzteren Fall müssen wir es selber tun.

Die Gelenke

Gelenke bestehen in der Regel aus zwei oder mehreren Gelenkpartnern und sind mechanisch gesehen entweder Scharnier-, Kugel-, Sattel-, oder Gleit-Dreh-Gelenke. Die Gelenke sind mit Muskeln verbunden, die in der Lage sind, das Gelenk in der Regel zu beugen, zu strecken und in ganz bestimmten Positionen zu halten. Sie haben sich in der Evolution über Jahrtausende zu dem entwickelt, was sie heute sind. Die Nervenversorgung der Gelenke erfolgt über ein sehr genaues Zusammenspiel von Schadensmeldern (*Nozizeptoren*), Lagemeldern (*Propiozeptoren*), zuführenden und ankommenden Nervenbahnen. Die jeweilige Lage und Stellung wird dem Gehirn gemeldet und von dort erfolgen Impulse zur Korrektur. Schmerzrezeptoren oder Schadensmelder sitzen in der Gelenkkapsel, in den Bändern und Muskeln. Die Lagemelder befinden sich in der Gelenkkapsel, in der Muskelspindel und in den Sehnen.

Das perfekte Zusammenspiel dieser Nervenendigungen erlaubt eine gute Eigenwahrnehmung des Körpers, die auch mit geschlossenen Augen funktioniert. Alle diese Informationen über Stellung und Lage werden ständig an das Gehirn und insbesondere an das Kleinhirn gemeldet. Dieser Vorgang ist normalerweise völlig unbewusst.

Dazu einige wissenschaftliche Erkenntnisse:

- Rhythmische, langsame, gehaltene Bewegungen sowie kontrollierte Bewegungen sind in der Lage, Schmerzimpulse zu unterdrücken, weil diese Signale über schnellere Nerven geleitet werden, als der Schmerzimpuls.
- Druck und Zug reizen bestimmte Strukturen und führen zu einer Neuwahrnehmung sowie einer besseren Wahrnehmung.
- Gleichstarke Reize werden vom Nervensystem nicht erkannt. Veränderung ist nur möglich durch Änderung der Reizschwelle.
- Durch sanften aber deutlichen Druck auf die Gelenkflächen und langsame, geführte Bewegung kommt es gleichsam zur Verwirrung im Bereich der

Muskelspindel und damit zu einem Nachlassen der Muskelspannung. Dieser komplizierte Vorgang ist hauptsächlich auf die Lagemelder (Propiozeptoren) zurückzuführen.

Dieter Dorn hat Gott sei Dank von diesen wissenschaftlichen Erkenntnissen nichts gewusst, weswegen er uns auch diese einfache und wirkungsvolle Technik so vermitteln konnte. Die bisherigen Gelenkbehandlungen aus der Chirotherapie waren ein Ziehen oder Zerren an den Gelenken. Bei Dieter Dorn ist die Behandlung ein Drücken, was auf der seelischen Ebene eine wesentlich liebevollere Therapie ist.

Gelenke (*lateinisch articulatio bedeutet auch gegliederter Vortrag - ausdrücken von Gefühlen – sich deutlich aussprechen*), dienen der Beweglichkeit. Gelenkstellungen zeigen der Umwelt unseren inneren Ausdruck und vermitteln zwischen der Innen- und der Außenwelt. Wenn wir den Menschen die Gelenkaußenseite zeigen, symbolisiert das Verschllossenheit und fehlendes Kontaktbedürfnis, wie z.B. bei verschränkten Armen. Wenn wir jedoch die Gelenkinnenseiten zeigen, verrät das Offenheit, Bedürfnis nach Kontakt, aber auch Verletzlichkeit.

Arme

Die Arme bedeuten Kraft, Stärke und Macht (im Lateinischen arma = Waffe). Der rechte Arm führt im Konflikt des Kämpfens das Schwert und der linke Arm das Schild, um sich zu schützen. Das Bild des Erzengels Michael mit erhobenem Schwert: Wer ist wie Gott?

Die Arme sind entwicklungsgeschichtlich aber auch das, was bei den Vögeln die Flügel werden. Wir können mit offenen Armen dastehen, die Arme benutzen, um in Kontakt mit der Außenwelt zu kommen, in dem wir die Welt an uns heranholen, umarmen oder uns Dinge vom Leib halten.

Die Arme haben Verbindung mit dem Brustkorb und damit der Herzensenergie. Mit Armen und den Händen können wir die im Herzen empfundene Liebe ausdrücken und weitergeben. Mit Armen und Händen handeln wir. Schultern und Arme sind wichtig für die Beweglichkeit des Brustkorbs. Tiefes Atmen und damit Strömen von Gefühlen geschieht nur durch Unterstützung durch Schultern und Arme.

Die Arme dienen zum Halten und symbolisieren auch unser Durchhaltevermögen.

Volksmund: Einen langen Arm haben. Jemandem in die Arme fallen. Jemanden am langen Arm verhungern lassen. Jemanden auf den Arm nehmen. Sich jemandem in die Arme werfen. Jemandem unter die Arme greifen. Armselig. Verarmen. Umarmen, im Arm halten. Jemanden am Ärmel packen. Armleuchter.

Schultergürtel

Die Schulter ist das Gelenk mit den größten Freiheitsgraden im Körper. Wir können durch die Beweglichkeit der Schulter fast alle Teile unseres Körpers erreichen. Bei komplexen Bewegungen wie Schwimmen beträgt der Umfang praktisch 360 Grad. Diese große Beweglichkeit ist nur möglich durch ein Zusammenspiel von fünf Gelenken.

- Zunächst das Schultergelenk mit einem großen Gelenkkopf und einer winzigen, flachen Pfanne am Schulterblatt. Das Gelenk ist ein Dreh-Gleit-Gelenk und hat keinerlei knöcherne Führung.
- Zweitens das Schultereckgelenk zwischen dem Schlüsselbein und dem Schulterblatt.
- Drittens das Gelenk zwischen dem Brustbein und dem Schlüsselbein.
- Zusätzlich zwei funktionelle Gelenke, die keine knöchernen Gelenke sind, sondern Muskel-Gleit-Bahnen, und zwar zwischen dem unteren Schulterblattdach und dem Oberarmkopf sowie zwischen der Schulterblattunterseite und dem Brustkorb.

Wenn nur eines dieser Gelenke gestört ist, funktioniert das Zusammenspiel des Schultergürtels nicht mehr.

Die Stellung der Schulter ist wichtig für die ICH-Funktion. Hochgezogene Schultern symbolisieren Angst.

Thema: Die symbolische Bedeutung der Schultern ist zu Tragen aber auch zu Ertragen. Jemand, der innere Lasten zu tragen hat, spiegelt dies auch nach Außen durch seine Haltung.

Volksmund: Breite Schultern haben. Die kalte Schulter zeigen. Schulterschluss. Schulter an Schulter. Schultern hängen lassen. Etwas auf die leichte Schulter nehmen. Jemandem auf die Schulter klopfen.

Schultergelenk

Schulter	Größtmögliche Bewegung
Seitwärts	180°
Körperwärts	40°
Drehung einwärts	95° mit hängendem Arm
Drehung auswärts.	60° mit hängendem Arm
Drehung einwärts	70° mit 90° seitlich abgewinkeltem Arm
Drehung auswärts	70° mit 90° seitlich abgewinkeltem Arm
Rückwärts	40°
Vorheben	180°

Das Schultergelenk ist äußerst beweglich, aber ein wenig stabiles Kugelgelenk. Es gibt nur wenige Bänder in der Gelenkkapsel, dafür eine sehr starke Muskelführung. Auf das

Schultergelenk wirken Muskeln aus dem Bereich der Halswirbelsäule, der Brustwirbelsäule und dem Brustkorb vorn, wodurch die Natur einen guten Kompromiss zwischen größtmöglicher Bewegung und Stabilität geschaffen hat. Das Schultergelenk erlaubt zwar größtmögliche Bewegungsfreiheit, reagiert aber empfindlich, wenn der Bogen überspannt wird. Es ist das Gelenk mit den vielseitigsten Störungsbildern.

Ellenbogen

Ellenbogen	Größtmögliche Bewegung
Beugen	150°
Strecken	10°
Drehung einw.	80°
Drehung ausw.	80°

Am Ellenbogengelenk sind drei Knochen beteiligt. Der Oberarm und im Unterarm Elle und Speiche. Das Gelenk zwischen Ober- und Unterarm ist ein Scharniergelenk und erlaubt den Ober- und Unterarm zusammenzuführen.

Zwischen der Elle und der Speiche ist zusätzlich ein Nebengelenk als Drehgelenk

und erlaubt ein Drehen des Unterarmes indem die Handfläche einmal zum Nehmen nach oben zeigt und zum Loslassen oder Geben nach unten gedreht werden kann.

In Verbindung mit Schulter und Hand erlaubt die Beugung des Ellenbogens, dass wir die Nahrung bequem zum Mund führen können.

Thema: Der Ellenbogen ist knöchern hart und steht für Durchsetzungsvermögen und Durchsetzungsbereitschaft.

Mit dem Ellenbogen können Hebel in Bewegung gesetzt werden.

Die Ellenbeuge ist die polar andere Seite des Ellenbogens, dort ist Weichheit und Verletzlichkeit. Dort kann am besten Blut abgenommen werden.

Volksmund: Die Ellenbogen benutzen. Ellenbogenfreiheit. Breite Ellenbogen haben. Ellenbogenmensch.

Handgelenk

Handgelenk	Größtmögliche Bewegung
Beugen	90°
Strecken	60°
Speichenwärts	30°
Ellenwärts	30°

Das Handgelenk besteht aus mehreren Knochen, einmal Elle und Speiche vom Unterarm und den verschiedenen Handwurzelknochen. Es ist der Funktion nach ein Scharniergelenk, kann 90 Grad beugen und etwa 45 Grad strecken sowie leichte seitliche Abknickbewegungen.

Thema: Das Thema des Handgelenkes ist Kontakt, Geschicklichkeit, aber auch

Kommunikation (Gebärdensprache). Die Hand ist das Organ, mit dem wir Zuwendung geben, nehmen, greifen und berühren.

Aus dem komplexen Gelenkzusammenspiel aller Gelenke und Gelenkverbindungen der Hand ergibt sich das Be-Greifen und das Symbol der Faust von Aggression, von Sieg, die Faust, die den Daumen nach oben oder nach unten hält. Sie ist gleichzeitig zu intensivster Zärtlichkeit fähig.

Volksmund: Hand aufhalten. Hand auf Etwas legen. Mit leeren Händen dastehen. Feste Hände. Krumme Hände. Handgreiflich werden. Um die Hand von Jemandem anhalten. Sich vergreifen. Eine Hand wäscht die andere. Die Hand über Jemanden halten. Handlungsfähig sein. Begreifen. Unter der Hand. Von zarter Hand. Jemandem etwas in die Hand versprechen. Sich die Hände fürs Leben reichen. Wie Pilatus die Hände in

Unschuld waschen. Die Hand rutscht aus. Jemandem aus der Hand fressen. Jemanden in der Hand haben. Die Hand im Spiel haben. Das Leben im Griff haben. Jemandem die Hand drücken. Handeln.

Finger

Die Finger zwei bis fünf (Zeigefinger bis kleiner Finger) bestehen jeweils aus 3 Scharniergelenken, die bis zu 90 Grad gebeugt werden können. Streckung über die Neutralstellung hinaus ist nur passiv möglich. Die Finger erlauben uns, die Welt zu erfassen und mit der Fingerfertigkeit auch kreativ zu sein. Der Daumen steht für meine Gefühle. Entweder zeigt er in der Faust nach oben oder nach unten.

Daumensattelgelenk	Größtmögliche Bewegung
Seitwärts	70°
Beugen	50°
Strecken	50°

Der Daumen hat nur zwei Scharniergelenke und hat insofern eine Sonderstellung, da er als einziger der Finger, durch sein Sattelgelenk, den vier Langfingern entgegentreten kann. Lateinisch heißt der Daumen *opponens*, er geht in

Opposition. Das heißt, erst durch die Opposition (Entgegensetzen) ist ein Begreifen möglich.

Hier kommt auch das Gesetz der Polarität zum Ausdruck. Begreifen kann man erst, wenn man beide Seiten kennt. Ohne Daumen verliert die Hand einen Großteil ihrer Funktionen. Der Verlust des rechten Daumens bei einem Arbeitsunfall bewirkt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von 50 %.

Durch den Daumen ist erst eine besondere Feinmotorik möglich und durch den Spitzgriff, den der Daumen mit Zeigefinger und Mittelfinger macht, ist Kreativität und Kultur in Form von Schreiben, Malen, Musizieren, Töpfern, Essen erst möglich. Auch komplizierte Bewegungsabläufe sind möglich wie Werkzeuge benutzen, mit Schere schneiden, Esstäbchen halten. Im Zupacken können wir mit Schwert oder Lanze kämpfen oder können ein Glas zum Trinken halten. In der indischen Tradition werden durch die Verbindung des Daumens mit den anderen Fingern die symbolischen Fingerhaltungen (Mudras) gebildet. Wenn man jemandem Daumenschrauben anlegt, trifft man ihn an seinem schwächsten Punkt.

Thema: Die Bedeutung des Daumens ist das Begreifen, das Leben in den Griff bekommen und zupacken können.

Fingergrundgelenke MCP	Größtmögliche Bewegung
Beugen	90°
Strecken	30°

Fingermittelgelenke PIP	Größtmögliche Bewegung
Beugen	100°

Strecken	0°
----------	----

Fingerendgelenke DIP	Größtmögliche Bewegung
Beugen	50°
Strecken	0°

Der Zeigefinger zeigt wie eine Pistole auf den Anlass. Entweder im Außen, wenn ich mit dem Finger auf etwas deute oder auf mich selbst, wenn ich „**ICH**“ meine. Er zeigt in die Richtung, wo es langgeht und dahin, worauf ich meine Gefühle projiziere. Der erhobene Zeigefinger ist auch der Warner.

Der Mittelfinger überragt die anderen, zeigt das Ziel, aber er markiert auch isoliert als „Stinkefinger“ die Grenze. Er ist die Führung der vier Finger.

Der vierte Finger steht für Verantwortung und offenbart den gesellschaftlichen Status als Ringfinger (Ehering).

Der kleine Finger steht für das innere Kind, der abgespreizte Finger steht für Manieriertheit. Er vervollständigt die Hand und bedeutet eine besonders feine Antenne.

Beine

Die Last von Rumpf und Kopf wird über das Becken auf die beiden Beine übertragen. Sie stehen über die Hüftpfanne direkt mit dem Becken in Verbindung und symbolisieren einerseits Standfestigkeit und Standvermögen, andererseits auf der dynamischen Ebene, Bewegung, Fortschritt, Vorwärtskommen und Beweglichkeit. Mit ihnen stehen wir mehr oder weniger fest auf der Erde, haben Kontakt mit der Realität. Aus der Art wie jemand seine Beine bewegt, kann man erkennen, wie sicher er auftritt. Die Beine sind Stütze der ICH-Funktion.

Thema: Das Thema der Beine ist Bodenkontakt zu vermitteln, Standvermögen zu beweisen, weiterzukommen, fortzuschreiten, einfach zu dem „Stehen“, der ich bin und zeigen, wie es geht und steht.

Volksmund: Kein Bein auf die Erde bekommen. Ein zweites Standbein suchen. Mit beiden Beinen fest auf dem Boden stehen. Jemanden auf die Beine bringen. Jemandem ein Bein stellen. Jemandem Beine machen. Sich (k)ein Bein ausreißen. Etwas auf die Beine stellen. Mit dem falschen Bein aufstehen. Etwas am Bein haben.

Hüftgelenk

Hüftgelenk	Größtmögliche Bewegung
Beugen	130°
Strecken	10°
Seitwärts	45°
Körperwärts	30°
Drehung einwärts	50°
Drehung auswärts.	45°

Das Hüftgelenk besteht aus zwei Knochen. Auf der einen Seite die große Hüftpfanne in der Hüftschaukel und dem großen Oberschenkelkopf. Das Hüftgelenk ist ein richtiges Kugelgelenk mit sehr viel Freiheitsgraden, insbesondere beim Beugen, Drehen und nur geringer Streckfähigkeit.

Thema: Die Hüftgelenke stehen für Ausschreiten und für Fortschritt, einen Schritt tun und kraftvolles Vorwärtsschreiten. Mobilität und Flexibilität.

Volksmund: Aus der Hüfte raus, Hüftschwung, locker aus der Hüfte

Kniegelenk

Das
das

Kniegelenk	Größtmögliche Bewegung
Beugen	140°
Strecken	5°-10°

Seine

kräftigen Bandapparat und Muskelzüge, die das Gelenk überspannen. Mit den Kniegelenken kann man durch Beugen einen Schritt zurück machen. Das Kniegelenk erlaubt uns auf der Treppe oder Leiter nach oben zu steigen, uns aus dem Sitzen zu erheben und niederzuknien.

Kniegelenk ist ein Scharniergelenk, auch in der Beugung kleine Drehbewegungen des Unterschenkels zulässt. Es kann gebeugt und gestreckt werden. Stabilisierung erhält es über einen

Thema: Kniegelenke stehen für Demut. Das Knien ist in allen Kulturen eine Demutsgeste, wie auch der Hofknicks. Man gibt dem Höheren die gebührende Ehre, macht sich dabei selbst kleiner und lässt sich gleichzeitig dabei herab zu Mutter Erde in Anerkennung der Hierarchie.

Volksmund: Jemanden in die Knie zwingen. In die Knie gehen. Jemanden über das Knie legen. Etwas übers Knie brechen. Schlotternde Knie haben. Weiche Knie bekommen. Sich beugen

Sprunggelenk

Sprunggelenk	Größtmögliche Bewegung
Beugen	25°
Strecken	40°
Drehung füßrückenwärts	10°
Drehung fußsohlenwärts	20°

Das Sprunggelenk ist ein stark belastetes Gelenk. Es trägt bei jedem Schritt die gesamte Körperlast. Das obere Sprunggelenk (OSG) besteht aus drei Knochen. Der Außenknöchel mit dem Wadenbein und der Innenknöchel mit dem Schienbein

U-förmig vom Unterschenkel und vom Fuß das Sprungbein. Waden- und Schienbein sind durch sehr feste Bänder verbunden. Das obere Sprunggelenk wird von einem straffen Bandapparat gehalten und ist von der Funktion ein Scharniergelenk mit Heben und Senken.

Das untere Sprunggelenk besteht aus Sprungbein, Fersenbein und den Fußwurzelknochen. Hier findet die Bewegung nach den Seiten statt nämlich Auswärtskantung (*pronation*) und Einwärtskantung (*supination*). Mit seiner Beweglichkeit ermöglicht das Sprunggelenk ein flüssiges Gangbild und ist auch bei schwierigen Geländebedingungen stabil. Die Koordination übernimmt das Kleinhirn über die Lagemelders im Gelenk.

Das Sprunggelenk erlaubt eine weiche, geschmeidige Fortbewegung und ist der Ursprung der Aufrichtung in der Entwicklungsgeschichte auf die Hinterbeine. Es ermöglicht das Abrollen des Fußes. Mit Hilfe des Sprunggelenkes können wir auf den Zehenspitzen stehen und uns damit größer machen als wir sind. In Verbindung mit dem Sprunggelenk ist auch der Ansatz der Achillessehne wichtig, an der die Sprungmuskulatur hängt und bedeutet die Verwundbarkeit beim Aufstieg (Achill wurde an der Ferse gehalten, als er in den Fluss der Unsterblichkeit getaucht wurde und war deshalb an dieser Stelle verletzlich).

Thema: In Verbindung mit der Achillessehne erlaubt uns das Sprunggelenk zu springen, d.h. auf die nächste Ebene zu kommen, sich gleichsam gegen die Götter aufzulehnen. Im Bereich des Sprunggelenkes passieren sehr, sehr viele Verletzungen durch „Umknicken“ mit Zerreißung der Bänder im unteren Sprunggelenk. Die Verletzung passiert, wenn wir nicht achtsam stabilisierend auf unebenem Gelände zu forsich auftreten und dabei umknicken. Manchmal stehen wir auch nicht gut auf den eigenen Füßen stehen.

Volksmund: Auf dem Sprung sein. Umknicken.

Fuß

Die Füße bestehen aus mehreren Fußwurzelknochen, dem Fersenbein und den Zehen. Die Beweglichkeit der einzelnen Gelenke ist sehr gering, sie wurde in der Entwicklung des Menschen zurückgebildet. Durch ein kompliziertes Zusammenspiel der Muskeln können wir beim Gehen abrollen, beim Stehen, insbesondere im Einbeinstand, balancieren und tastend erfühlen. Auf den Fußsohlen bildet sich der Körper ab (Fußreflexzonen nach Marquart), sind wir meist kitzlig als Zeichen guter Nervenversorgung und hier enden auch viele Akupunkturmeridiane.

Die Füße des Menschen haben die größte Last des Körpers zu tragen. In Zivilisationsgesellschaften sind Plattfüße eine der häufigsten Fußbeschwerden. Die Füße sind aber auch ein Sinnesorgan, das eine ständige Gleichgewichts Anpassung des ganzen Körpers ermöglicht. Jeder, der über einen längeren Zeitraum auf eigenen Füßen steht, kann das spüren.

Thema: Die Füße sind unser Kontakt mit Mutter Erde. Sie stehen für Standhaftigkeit, Standfestigkeit, Stetigkeit, Beständigkeit, Verwurzelung, Bodenständigkeit. Sie ermöglichen Fortbewegung.

Volksmund: Im Leben Fuß fassen. Auf eigenen Füßen stehen. Auf großem Fuß leben. Standpunkt vertreten. Jemandem zu Füßen liegen.

Praktischer Teil

5 Die Behandlung nach Dieter Dorn

Diagnostik

Am Anfang jeder Behandlung steht die genaue Schmerzbeschreibung. Meist erzählt der Patient sehr genau, welche Bewegungen seinen Schmerz auslösen oder verschlimmern, ob und wohin er ausstrahlt und was ihm sonst noch besonderes aufgefallen ist. Aus der Art der Schilderung lässt sich das Befinden und die psychische Mitverursachung leicht heraushören und muss sorgfältig registriert werden.

Der Therapeut sollte sich vor der Behandlung folgende Fragen stellen:

Warum erkrankt gerade **dieser** Mensch zu **diesem** Zeitpunkt an **dieser** Erkrankung?

Die lebensbedingten Ursachen und die seelische Verfassung des Patienten sowie sein Umgang mit Schmerz sind wichtig zum Verständnis der Erkrankung. Nur wenn der Therapeut den dahinterstehenden seelischen Konflikt versteht und dies anschließend dem Patienten vermitteln kann, ist eine dauerhafte Besserung der geklagten Beschwerden möglich.

Was fehlt dem Patienten? Was ist der Grund der Krankheit?

Krankheit ist ein Zustand des Menschen, der darauf hinweist, dass der Mensch in seinem Bewusstsein nicht mehr in Ordnung bzw. in Harmonie ist. Dadurch bildet sich im Körper ein Symptom und zeigt uns: es fehlt etwas. Das Fehlende zu integrieren führt zur Heilung.

Was will der Schmerz dem Patienten sagen?

Wir entschlüsseln die Botschaft des Körpers, indem wir uns der Symbolik der Umgangssprache und Psychosomatik bedienen. Fast immer lässt sich durch Befragung der Lebensumstände ein Zustand finden, der den Patienten anspricht und in dem er sich wiederfindet.

Was nutzt dem Patienten seine Krankheit?

Krankheit erfüllt oft das Bedürfnis nach umsorgt sein, nach Aufmerksamkeit, Zuwendung, Geborgenheit, die vorher nicht gewagt wurden zu äußern. Wenn ein eindeutiger Krankheitsgewinn vorhanden ist, darf man als Therapeut seine Erwartungen nicht zu hoch ansetzen.

Durch eine anschließende gründliche allgemeine und spezifische Untersuchung aller in Frage kommenden Organsysteme lässt sich die Verdachtsdiagnose entweder erhärten, bestätigen oder verwerfen.

Röntgenuntersuchungen sind, wie vorher ausgeführt, zur Diagnosefindung nur von untergeordneter Bedeutung. Sie dienen aber zum Ausschluss einer ernsten Erkrankung oder aber zur Bestätigung unserer Verdachtsdiagnose. *Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule sind ebenso wenig krankhaft wie die zunehmende Faltenbildung im Gesicht (Nachemson 91).* Aufwendige Röntgenuntersuchungen anstelle von guter Befragung und Untersuchung führen entgegen der landläufigen Meinung öfter in die Irre als zur richtigen Diagnose.

Aus den Angaben des Patienten wird eine erste Arbeitsdiagnose erstellt. Kann ich dieses Problem behandeln oder ist ein Spezialist notwendig?

Liegen keine ernstesten Anzeichen für schwere Erkrankung vor, kann sofort mit der Arbeit nach Dorn begonnen werden.

Bei Unklarheiten, sollte eine Neuro-orthopädische Untersuchung angeschlossen werden.

Achtung bei folgenden Erscheinungen:

- Bekannte Krebserkrankung
- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust
- Nächtliches Erwachen durch die Schmerzen
- Nervenstörungen wie Lähmungen und Taubheit größerer Gebiete
- Blase- und/oder Mastdarmstörungen
- Fieber über mehrere Tage
- Allgemein schlechte Gesundheit
- Aktuell aufgetretene Muskelschwäche
- Plötzlich gestörtes Gangbild
- Alter über 70 Jahre mit Cortisoneinnahme über längere Zeit
- Morgendliche Gelenksteifigkeit von mehr als 30 Minuten
- Aktueller Unfall ohne Röntgenuntersuchung
- Lageunabhängiger Schmerz
- Starke Intensität und Verschlimmerung im Verlauf der Erkrankung
- Ältere gebrechliche Menschen

Wenn die Beinschmerzen stärker als die Rückenschmerzen sind und Pressen, Niesen und Husten zu starken Beinschmerzen führt, spricht das für Nervenwurzelschädigung.

Bei obigen Anzeichen sollten immer bei jedem Behandler alle Warnlampen angehen. Solche Patienten dürfen von Laien nur behandelt werden, wenn ernste Erkrankungen ärztlicherseits ausgeschlossen sind, damit notwendige medizinische Behandlungen nicht verhindert werden.

Erweiterte Untersuchung bei Verdacht auf ernstere Erkrankung

Es ist hilfreich, den Patienten beim Auskleiden zu beobachten, denn man erhält wertvolle Hinweise, wie er sich bewegt, welche Bewegungen er meidet, nicht ausführen kann, ob er sich helfen lässt oder ob er "hilflos" ist.

Untersuchung im Stehen

Man beobachtet die Ausbiegung der Wirbelsäule von hinten und von der Seite und registriert Abweichungen von der Norm.

Beim Beugen registriert man die Entfaltung der Wirbelsäule und achtet auf Seitabweichungen der Wirbelsäule bei der Bewegung.

- Die Unfähigkeit, den Zehen- oder Hackstand durchzuführen, ist ein sicheres Zeichen für Nervenlähmung bei Wurzelschädigung.
- Unsicherheit beim Einbeinstand spricht für Schwäche der Gesäßmuskulatur auf der Gegenseite.
- Ein Schmerz beim Fallenlassen des Körpers aus dem Zehenstand auf die Fersen spricht am ehesten für ein ernstes Geschehen am Wirbelkörper wie Osteoporose oder Tumor.

Untersuchung in Rückenlage - Neurologischer Status

Wird das gestreckte Bein gehoben und es tritt ein starker einschießender Schmerz bei weniger als 50 Grad ein (Lasèguesches Zeichen), besonders wenn es auch auf der nicht schmerzhaften Seite auftritt. Dies spricht immer für eine ernstere Störung.

Muskeldehnungsschmerzen der Muskulatur oder Kreuzschmerzen bei dieser Prüfung sind selten ernst.

Im Liegen können die **Muskeleigenreflexe** geprüft werden und die **Muskelkraft** der Zehenheber und -senker. Bei Schwäche besteht immer eine ernste Störung. Eine erst kürzlich aufgetretene Störung der **Sensibilität** mit Taubheit muss erst weiter abgeklärt werden.

Bei offensichtlich unproblematischen Störungen reicht eine orientierende Untersuchung.

Die Untersuchung nach Dorn kann dann gleich angeschlossen werden.

Die Methode Dorn

Behandlungsablauf

Voraussetzung zur Behandlung ist, dass der Patient beweglich ist. Bettlägerige oder gelähmte Patienten können mit der Methode nicht ohne weiteres behandelt werden.

Nachdem klar ist, was dem Patienten fehlt, sollte der Therapeut sich bei einem neuen unbekannten Patienten bewusst machen, zunächst nur das zu behandeln, weswegen er gekommen ist. Müssen zur Lösung des Problems auch andere Bereiche mitbehandelt werden, ist es wichtig das genau zu begründen. Bei der Behandlung sollte der Therapeut ständig mit dem Patienten im Kontakt bleiben was gerade gedanklich bei ihm passiert und wie er sich fühlt. Der Patient kann in seiner Not oft nicht gut für sich sorgen und kommt leicht in die Situation, dass etwas mit ihm geschieht was er nicht möchte. Er kommt deshalb zu einem Dorntherapeuten, weil er nicht mehr manipuliert werden will. Der Therapeut muss erspüren, was der Patient braucht und spüren wie weit kann ich bei dem Patienten gehen, was kann er jetzt nehmen und wo trete ich ihm zu nahe. Bei lange bestehenden Schmerzen sind immer alte tiefe Emotionen im Körper gespeichert, die bei unachtsamer Behandlung aufbrechen können.

Untersuchung und Behandlung erfolgen bei der Methode Dorn immer gleichzeitig. Der Ablauf geht immer nach dem gleichen Schema.

Die Behandlung an der Wirbelsäule erfolgt immer in Bewegung durch den Patienten.

Es wird immer von unten nach oben behandelt.

Ablauf

1. Eine gerade Basis schaffen. Beine gleich lang machen

Dazu wird die Beinlänge in Rückenlage gemessen und sofort im Anschluss an die Untersuchung das längere Bein eingerichtet.

2. Becken einrichten

Sind beide Beine gleich lang, kann als nächster Schritt das Becken und die Lendenwirbelsäule eingerichtet werden.

Nach Einrichten des Beckens erfolgt nach leichtem Einölen des Rückens die Abtastung der Lendenwirbelsäule.

3. Behandlung der Lendenwirbelsäule

Dazu steht der Patient mit den Händen aufgestützt an einer Untersuchungsfläche. Die fehlstehenden Wirbel werden sehr gut getastet, wenn die Daumen parallel neben den Dornfortsätzen nach oben gleiten, bis in etwa Höhe des 10. - 8. Brustwirbels. Dabei sind Abweichungen gut sichtbar. Oft kündigen sich Wirbelverschiebungen auch durch Hautveränderungen wie Warzen, Fibrome, Narben und Hautverfärbungen an.

Danach erfolgt das Einrichten der einzelnen Wirbel. Beim rhythmischen Einrichten ist es sinnvoll, dass beim Druck sowohl der Patient als auch der Behandler zusammen ausatmen.

4. Behandlung der Brustwirbelsäule

Nachdem alle Wirbel der Lendenwirbelsäule eingerichtet sind, setzt sich der Patient mit nacktem Oberkörper auf einen Hocker. Die Untersuchung der fehlstehenden Wirbel erfolgt genau so wie an der Lendenwirbelsäule durch parallel gestellte Daumen bis zum Nacken hoch. Anschließend werden alle Wirbel der oberen Brustwirbelsäule im Sitzen gerichtet, indem der Patient mit beiden Armen gegenläufig pendelt.

5. Behandlung der Halswirbelsäule

Am sitzenden Patienten werden zunächst die Querfortsätze getastet und Fehlstellungen behoben. Ganz zum Schluss erfolgt noch die Untersuchung des Atlas und gegebenenfalls dessen Korrektur.

Wenn ein Patient nur in einem Gebiet ein Problem hat, kann man auch einmal akut nur diesen Wirbelsäulenabschnitt behandeln.

Grundsätzlich ist jedoch zu sagen, wenn die Basis nicht stimmt, d.h. bei ungleich langen Beinen und einem Beckenschiefstand, werden die Probleme immer wieder auftauchen.

Wenn allerdings nur ein Teil behandelt wird, ist es oft so, dass sich an den anderen „Baustellen“ durch das veränderte Körpergefühl anschließend Schmerzen einstellen, die vorher nicht gespürt wurden. Deshalb ist es oft sinnvoll, die ganze Wirbelsäule von der Basis bis zu den Kopfgelenken in einer Sitzung zu behandeln.

6. Behandlung von Gelenken

Zur Behandlung an den Armen und Beinen gibt es unterschiedliche Auffassungen. Viele Therapeuten behandeln alle Gelenke der Beine, weil dadurch eine bessere Stabilität erreicht wird. Insbesondere eine Behandlung aller Fußgelenke führt zu einem völlig veränderten Stand. Der Patient steht nach der Behandlung ganz anders da, dies kann im Sinne einer Körperpsychotherapie verstanden werden. Auch die Behandlung der Arme kann bei Erreichen einer Beschwerdefreiheit zu einem völlig anderen Bewusstseinszustand, insbesondere im Handbereich, führen, da auf der körperlichen Ebene das Begreifen und Fühlen anders gebahnt ist.

Die Methode Dorn ist nicht nur geeignet, schmerzhaft Zustände am Bewegungsapparat zu behandeln, sondern auch über die Kenntnis einer seelischen Störung, diese über eine Veränderung der Körperwahrnehmung durch die Behandlung zu beeinflussen.

Die Behandlung nach Dorn ist ein liebevolles Drücken und setzt einen innigen Körperkontakt voraus. Der Therapeut muss sich der Nähe bewusst sein und seine eigene Abgrenzung spüren, damit die Nähe vom Patienten nicht falsch verstanden werden kann.

7. Abschluss der Behandlung

Nach der Behandlung ist es heilsam, wenn sich der Behandler hinter den noch sitzenden Patienten stellt, ihn sich anlehnen lässt und die Energie fließen lässt.

Dabei selbst nachspüren und den Patienten nachspüren lassen. Die Hände auf die Schultern zu legen führt zu einem tiefen Gefühl von Vertrauen und geborgen sein. Es steht jemand hinter mir, ich bin nicht alleine mit meinem Problem.

8. Abschließende Information für den Patienten

Da die Behandlung nach Dorn eine Umprogrammierung der Lage- und Schmerzrezeptoren im Gelenk ist, ist es notwendig, für 2 bis 3 Tage große Anstrengungen zu meiden und keine anderen Therapien durchzuführen. Durch Dehnen, Stretching, Yoga, Massagen und Krankengymnastik kann die Umprogrammierung aufgehoben werden.

Damit die Umprogrammierung möglichst lange hält, sollte der Patient immer Selbsthilfeübungen in Form von Hausaufgaben mitbekommen, mit denen er den Behandlungserfolg stabilisieren soll und um gleichzeitig eine Übung zur Selbsthilfe zu haben.

Durch regelmäßiges Üben wird der Körper resistenter gegen künftige Schäden.

Der Patient sollte einige Tage lang mindestens einen Liter Wasser oder Kräutertee mehr trinken, um die „Mobilisierung der Gifte“ aus den Gelenken und übersäuerten Muskeln zu unterstützen. Außerdem gibt der Körper bei Stress Wasser ab, als Tränen, Urin oder Schweiß. Die fehlende Flüssigkeit muss ersetzt werden.

Untersuchung und Behandlung nach Dorn

Bei allen Behandlungen und Untersuchungen ist strikt darauf zu achten:

- Durch Achtsamkeit passt sich der Therapeut dem Patienten an und nicht umgekehrt. Der Patient darf keine großen Schmerzen verspüren. Schmerz erzeugt im Patienten immer Widerstand.
- Durch ständiges gezieltes Rückfragen und Anpassung der Behandlung an die individuelle Schmerzempfindlichkeit des Patienten können Komplikationen verhindert werden. Wenn man als Untersucher spürt, dass der Patient verspannt ist, macht es keinen Sinn, ihn darauf aufmerksam zu machen, weil dies unweigerlich zu einer vermehrten Verspannung, oder aber zu einer totalen Erschlaffung führt, mit der wir auch nicht gut untersuchen und behandeln können. Am besten ist, wenn sich der Patient in einer gelassenen Körperhaltung befindet. Dies erreicht man am Besten durch spielerisches, lockeres Anfassen beim Hochheben der Arme oder Beine. Spüren wir Verspannungen, machen wir einfach locker kleine Bewegungen, spielen etwas locker mit dem Gelenk, bis wir das Gefühl haben, dass die Spannung nachlässt. Je gelöster die Situation ist, umso genauer und besser sind die Untersuchungsergebnisse.
- Der Patient ist **nie** schuld, wenn der Spannungszustand zu hoch ist. Wenn es gar nicht klappt, sollte die Untersuchung oder Behandlung eher abgebrochen werden, als aus der Spannung heraus zu arbeiten.

- Die Behandlung erfordert eine deutliche Berührung und guten Kontakt. Deutliche Konfrontation aber keinen Widerstand hervorrufen. **Da-Sein** des Therapeuten.

Messung der Beinlänge in Rückenlage

Der erste Blick bei der Untersuchung gilt der Beinlänge. Nur gleich lange Beine können einen Beckengeradstand haben.

Dieter Dorn hat eine ungewöhnliche, aber sehr einfache Methode gefunden.

Der Patient legt sich auf eine Untersuchungsfläche in Rückenlage. Dabei können schon aus der Art, wie er sich hinlegt, bestimmte Rückschlüsse auf mögliche Störungen gezogen werden. Es darauf zu achten, dass der Patient möglichst gerade und entspannt liegt.

Bei der Beinlängenmessung wird die Ferse umfasst, der Daumen außen auf die Ferse oder den Absatz aufgelegt und beide Beine leicht



ist



grätschend aufgehoben. Eine Anhebung der gestreckten Beine bis 50° oder 60° ist ausreichend, um die Beinlängendifferenz zu messen. Es ist dabei darauf zu achten, dass die durchgedrückten Beine gerade in der Körperachse gehalten werden und nicht nach einer Seite abkippen. Durch leichtes Verschieben wird korrigiert und anhand der Fersenstellung festgestellt, welches Bein länger ist. Wenn der Patient

seine Schuhe anhat, ist der Unterschied deutlicher zu sehen, vor allem für den Patienten. Es werden in der Regel Differenzen von 0,5 cm bis 2 cm gesehen. Größere Unterschiede sind entweder Messfehler oder sind durch stärkere anatomische Abweichungen bedingt. Die Messgenauigkeit ist am Bewegungsapparat generell schlecht reproduzierbar. Aus Untersuchungen wissen wir, dass verschiedene Untersucher zu verschiedenen Zeiten beim gleichen Patienten bis zu 20 % Abweichungen voneinander feststellen. Für die Behandlung ist dies jedoch unerheblich, da Untersuchung und Behandlung zum gleichen Zeitpunkt stattfinden.

Nach der Messung erfolgt die Beinlängenkorrektur zunächst über die Hüfte. Bei der Methode Dorn wird immer das längere Bein behandelt und zwar indem Druck auf die Gelenke ausgeübt wird. Es werden nacheinander auch Knie- und Sprunggelenke behandelt, wenn die Beine noch nicht gleich lang sind. Oft reicht die alleinige

Behandlung in der Hüfte. Dort ist auch der größte Effekt auf die Beinlänge zu erwarten. (Siehe entsprechendes Kapitel)

Behandlung des Beckens über die Iliosakralgelenke

Der Patient steht vor der Untersuchungsfläche und stützt sich mit den Händen darauf ab. Der Behandler modelliert sich mit seinen Daumen im Bereich der Grübchen rechts und links vom Kreuzbein ein. Der Kochensporn des oberen Darmbeinstachels ist hier nur von einer dünnen Hautschicht bedeckt und verursacht die Einziehung (*Spina iliaca superior posterior*).



Nun wird geschaut, ob der Punkt auf gleicher Höhe ist oder ob ein Daumen deutlich weiter hinten steht. Dabei ist es zunächst unerheblich, ob die Punkte unterschiedlich hoch sind. Uns interessiert nur, ob der Punkt weiter vorn oder hinten steht. Wenn eine Seite weiter hinten steht, modelliert sich der Behandler mit dem Daumenballen auf dem Punkt (*Spina*) ein und drückt nach vorn Richtung Bauch, während der Patient auf der Gegenseite sein Bein nach hinten pendelt.

Einrichten der Wirbelsäule

Behandlung der Lendenwirbelsäule

Der Patient steht mit entkleidetem Oberkörper vor der Untersuchungsfläche und stützt



sich mit den Händen darauf ab. Um besser tasten zu können, wird der Rücken mit etwas Öl eingerieben. Hierzu eignet sich etwas kaltgepresstes Olivenöl oder Massageöl. Anschließend fahren die Daumen entlang der Dornfortsatzreihe vom Kreuzbein nach oben bis etwa Schulterblatthöhe. Dabei sind Lageveränderungen der Dornfortsätze spürbar. Normalerweise stehen die Dornfortsätze übereinander in einer Reihe ohne Abweichung nach einer Seite. Mit den gleitenden Daumen erspürt man genau jede Abweichung nach der

Seite, wobei dann beide Daumen nach der gleichen Seite abweichen. Bei der normalen Beobachtung sind die Abweichungen oft erkennbar, werden aber durch die gleitende Berührung der Daumen auf dem Ölfilm deutlicher spürbar.

Die Behandlung der Wirbel von Lenden- und Brustwirbelsäule erfolgt über den **Dornfortsatz**. Das „zufällige“ Zusammentreffen vom Behandlungsdruckpunkt und dem Finder der Drückmethode könnte nicht besser sein.

Die festgestellte Fehlstellung wird korrigiert, indem der Dornfortsatz, der aus der Mitte zeigt, in die Gegenrichtung gedrückt wird. Der Dornfortsatz wird immer in Richtung Mitte gedrückt. Der Behandler macht nun einen Schritt in die Richtung, in die der Dornfortsatz zeigt und stellt sich im rechten Winkel zum Patienten. Dann modelliert er sich mit dem Daumen der gegenseitigen Hand am entsprechenden Dornfortsatz ein, der in die Gegenrichtung gedrückt werden soll. Die andere Hand kann die gegenüberliegende Hüfte umfassen zum Abstützen und Korrigieren.



Nun wird der Patient aufgefordert, das Bein auf der Seite, in die gedrückt werden soll, zu pendeln. Das geschieht locker aus der Hüfte. Es ist sinnvoll, auf der anderen Seite ein etwa 2 cm dickes Brett unter den Fuß zu legen, damit das Pendeln mit geradem Rücken ausgeführt werden kann. Das Einrichten geschieht immer in der Bewegung, weil nur so eine Korrektur möglich ist. Beim Vorschwingen des Beines dreht sich der Dornfortsatz in die gewünschte Richtung. Der Behandler verstärkt im Schwung etwas den Druck. Dies wird rhythmisch mehrmals ausgeführt, bis der Behandler das Gefühl hat, dass sich etwas bewegt hat. Untersucher/Behandler und Patient atmen dabei gemeinsam aus. Der Daumen bleibt während der ganzen Behandlung in Kontakt mit dem Dornfortsatz. Damit ist gewährleistet, dass der Druck des Daumen immer präsent ist und nur beim Vorschwingen verstärkt wird. Sollte man versehentlich abrutschen, vorsichtig wieder am Dornfortsatz einmodellieren und erst nachdem langsam wieder ein gemeinsamer Rhythmus gefunden wurde, den Druck wieder verstärken. Aus dem Druckkontakt rausgehen führt immer zu einem



harten und unrhythmischen Arbeiten. Die Korrektur erfolgt relativ leicht durch die Bewegung, da der Körper bestrebt ist, in sein Ideal zurückzufinden. Der korrigierende Daumen unterstützt nur dieses Bestreben in der Bewegung durch das Pendeln.

Beim verstärkten Druck auf den Dornfortsatz atmen Patient und Behandler gleichzeitig aus.

Der Patient kann bei der Behandlung denken: *Ich schreite jetzt vorwärts. Ich fühle, dass jemand hinter mir steht und mich drückt. Mein Problem darf sich verabschieden.*

Meist ist der Schmerz nach der Behandlung schon deutlich besser. Der Druck an der Knochenhaut des

Dornfortsatzes ist naturgemäß etwas schmerzhaft. Der Schmerz verschwindet jedoch sofort nach der Behandlung.

Bei der Korrektur ist darauf zu achten, dass der Arm des Behandlers beim Drücken möglichst gesteckt ist. Der Druck kommt so durch das Eigengewicht aus dem Oberkörper heraus. Die Druckrichtung geht etwa 1/3 nach außen und 2/3 in die Drehung des Wirbelkörpers.

Es ist strikt darauf zu achten, dass der Patient keine großen Schmerzen verspürt. Durch ständiges gezieltes Rückfragen und Anpassen der Behandlung an die individuelle Schmerzempfindlichkeit des Patienten können Komplikationen verhindert werden.

Behandlung der Brustwirbelsäule



Ab Höhe etwa des 10. Brustwirbels ist im Stehen keine sinnvolle Mobilisierung mehr möglich, weshalb der Patient bei Behandlung der oberen Brustwirbelsäule aufrecht auf einem Hocker sitzt und im Gegensatz zur Behandlung an der Lendenwirbelsäule und der unteren



Brustwirbelsäule mit beiden Armen gegensinnig pendelt (wie beim Marschieren).

Zunächst wird bei vorgebeugter Wirbelsäule die Abweichung von Dornfortsätzen nach Einölen des Rückens mit beiden Daumen erspürt. Die Untersuchung erfolgt von unten nach oben. Die Korrektur erfolgt analog zur Lendenwirbelsäule. Der abweichende Dornfortsatz wird immer in die Richtung seiner Mitte gedrückt. Der Behandler macht einen Schritt in die Richtung, in die der Dornfortsatz zeigt und stellt sich im rechten Winkel zum Patienten. Dann modelliert er sich mit dem Daumen der Hand, die am Rücken liegt, an dem entsprechenden Dornfortsatz ein, der in die Gegenrichtung gedrückt werden soll. Die andere Hand wird oben an der Brust leicht aufgelegt, und kann gegebenenfalls die aufrechte Haltung stützen.

In dem Moment, wenn der Arm auf der Seite, in die behandelt werden soll, nach vorn schwenkt, wird der Druck mit dem Daumen verstärkt. Beim verstärkten Drücken auf den Dornfortsatz atmen Behandler und Patient gemeinsam aus.

Der Patient kann bei der Behandlung denken: *Ich bewege mich vorwärts, gebe mit meinem Atem dem Brustraum Weite für die Herzensenergie. Ich spüre den Rückhalt und lasse mein Problem los.*



Behandlung der Halswirbelsäule

An der Halswirbelsäule ist besondere Achtsamkeit erforderlich. Die verletzlichen Strukturen erfordern ein besonders behutsames Vorgehen, um keine Verletzungen zu setzen. Die Arbeit an der Halswirbelsäule kann einerseits tiefe sinnliche Entspannung bringen, andererseits aber auch tiefe alte negative Emotionen hervorbringen. Es ist wichtig, mit dem Patienten im ständigen verbalen Austausch zu sein, genau auf seine Worte zu hören und die Abwehrmechanismen genau zu beachten. Man kann hier trotz der Sanftheit der Methode relativ leicht manipulieren, indem wir dem Patienten etwas überstülpen. Es ist wichtig zu spüren, ob der Patient bereit ist, den wirklichen Schmerz, der hinter seinem Schmerz steht, anzuschauen.

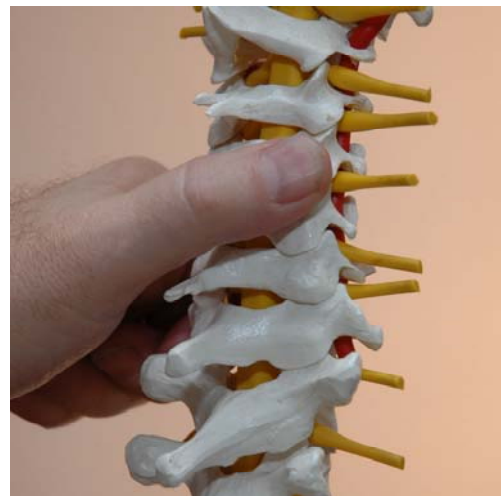
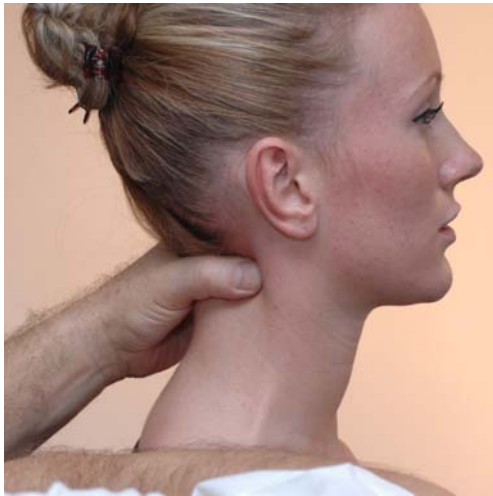
Es ist besser, mit der Behandlung aufzuhören und den Patienten zu einem späteren Zeitpunkt erneut einbestellen, als gegen Ende der Sitzung noch schnell etwas zu behandeln. Es muss sicher gestellt sein, dass der Behandler, falls eine tiefe alte negative Emotion auftaucht, diese auch noch in der gleichen Sitzung behandeln kann.

Zur Behandlung sitzt der Patient auf einem Hocker. An der Halswirbelsäule wird, da die Dornfortsätze nicht exakt zu tasten sind, die Behandlung über den **Querfortsatz** ausgeführt. Lediglich der siebte Halswirbel, manchmal auch der sechste, sind ausreichend tastbar.

Zunächst wird die Halswirbelsäule untersucht, in dem der Behandler auf der Gegenseite neben dem Patienten steht und sich mit den Langfingern, besonders Zeige- und Mittelfinger, neben der Halswirbelsäulenmuskulatur bei gebeugtem Kopf nach vorn bis zu den Querfortsätzen vortastet. Der Knochen ist in dieser „Rinne“ relativ gut zu tasten. Fehlstellungen sind an fühlbaren Verquellungen der Muskulatur

auf dem Knochen oder an einem Vorstehen eines Querfortsatzes zu erkennen. Immer ist eine Unebenheit zu tasten. Dort wird anschließend behandelt.

Die Behandlung der Halswirbelsäule erfolgt nach der Tastung der Schmerzpunkte.



Bei Behandlung auf der rechten Seite tritt der Behandler auf die rechte Seite, umfasst den Hals mit Daumen und Zeigefinger, wobei die Schwimmhaut zwischen den beiden Fingern auf der Höhe des gedachten Dornfortsatzes liegt.

Bei Behandlung auf der linken Seite tritt der Behandler auf die linke Seite, umfasst den Hals mit Daumen und Zeigefinger, wobei die Schwimmhaut zwischen den beiden Fingern auf der Höhe des gedachten Dornfortsatzes liegt.

Zur Korrektur modelliert sich der Daumen am Querfortsatz da ein, wo die Störung getastet wurde. Nun lehnt sich der Patient zum Behandler hin und lässt sich praktisch auf den Daumen fallen. So ist gewährleistet, dass nur der Druck aufgebracht wird, den der Patient tolerieren kann. Der Patient muss nun nur noch den aufrecht gehaltenen Kopf mit leichten „NEIN“ Schüttel-Bewegungen drehen. Durch den leichten Druck des Daumens wird der Wirbel in die richtige Richtung bewegt. Der Patient kann dabei denken:

Ich schüttelte den Kopf über die alten verhärteten Strukturen, die ich so lange mit mir rumgeschleppt habe und die sich jetzt mit Hilfe des Therapeuten lösen dürfen.

Behandlung des Atlas

Der Untersucher steht hinter dem Patienten und nimmt unter dem äußeren Gehörgang in der Rinne zwischen der Hinterseite des Unterkiefers und dem Schädel mit beiden Mittelfingern Kontakt mit den Atlasquerfortsätzen auf. Die Spitze des Querfortsatzes ist meist etwa 1 cm unter dem Gehörgang in der Tiefe zu tasten. **Vorsicht**, es gibt dort viele Nervenendigungen. Die Tastung ist auch, wenn alles normal ist, schmerzhafter als an allen anderen Wirbeln. Durch vergleichendes Tasten wird der Querfortsatz bestimmt, der weiter nach außen steht. Er ist in der Regel auch der Schmerzhaftere.

Die Behandlung erfolgt, indem der Behandler auf die betroffene Seite geht und sich neben den Patienten stellt. Mit dem Daumen, der auf der Hinterseite des Patienten ist, wird sich an dem Querfortsatz vorsichtig einmodelliert. Der Druck darf nicht zu stark sein, es muss aber ein guter Kontakt sein. Der Patient wird aufgefordert NEIN -



Bewegungen zu machen und dabei wird nur durch Kontakt, ohne festen Druck, der Atlas behandelt. Meist ist ein Ruck zu erspüren, wenn der Atlas in seine Normalstellung geht. Wenn nach einem vergleichenden Tasten beide Querfortsätze gleich weit vorstehen, kann die Behandlung beendet werden.

Diese Behandlung ist naturgemäß die schwierigste, bis man den Bogen raus hat.

Es ist die einzige bekannte Korrektur an der Halswirbelsäule, die völlig gefahrlos ist. Selbst bei falscher Anwendung könnte, da der Patient den Druck selbst bestimmt, eine Verletzung der empfindlichen Strukturen niemals erreicht

werden. Sie erfordert jedoch, um wirkungsvoll zu sein, ein ausgiebiges Üben und Korrigieren der Handstellung durch einen erfahrenen Lehrer.

Behandlung der Gelenke

Behandlung

Alle Gelenke werden bei der Methode Dorn nach einer inneren Regel behandelt.

- Ausgangspunkt ist die **Neutralstellung** des Körpers.
- Dann werden die Gelenke jeweils, wenn möglich bis zu **90 Grad**, gebeugt.
- Aus dieser Ausgangsstellung (Beugung) wird durch Druck auf beide Gelenkpartner das Gelenk in die Ausgangsstellung (Neutralstellung) zurückgeführt.
- Alle Behandlungen werden mehrmals rhythmisch durchgeführt, da das Nervensystem nur auf Veränderung und nicht auf gleichbleibende Impulse reagiert (5-10 x oder mehr).

Bei der Behandlung werden Stell- und Lagerezeptoren angesprochen, die mit dem Rückenmark verschaltet sind. Über Reflexe werden die das Gelenk bewegende Muskulatur wie auch der Bandapparat beeinflusst. In der Regel kommt es zu einer Neuorientierung auf Nervenebene und es tritt Entspannung bis Schmerzfreiheit ein.

Durch die Behandlung wird die biomechanische und nervliche Funktionsstörung des Gelenks in Harmonie gebracht.

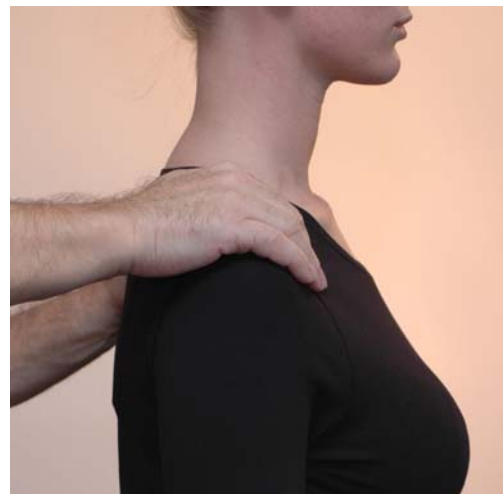
Auf der Symbolebene ist das Beugen eines Gelenks eine Verneigung, Demut, Offenheit und gleichzeitig Handeln (**TUN**). Somit ist diese Haltung die Ausgangsstellung für bewusstes Handeln.

Aus dieser Ausgangsstellung erfolgt nun die „Neuprogrammierung“ des Gelenkes. Wenn jetzt noch dem Patienten oder Heilsuchenden die Bedeutung dieses Gelenkes bekannt ist, kann diese unbewusste Programmierung bewusst erfahren werden. Die Handlungsanweisung von Dieter Dorn ist die einfachste Reduktion aller neurowissenschaftlichen Erkenntnisse und der Körperpsychotherapie, die denkbar ist.

Obere Extremität - Die Behandlung der Arme

Behandlung des Schultergürtels

Fehlstellungen im Schultergürtel sind sehr häufig. Wir orientieren uns, indem wir von oben den Schultergürtel des Patienten ansehen und schauen, welches Schlüsselbein mehr nach vorn steht. Der Behandler steht hinter dem Patienten und drückt mit der Hand auf der Seite, wo die Schulter weiter vorsteht. Dabei legt er die Hand von hinten auf die Schulter, und drückt mit den Fingern das Schlüsselbein am äußeren Ende nach hinten. Dabei pendelt der Patient gegensinnig mit beiden Armen. Wenn der Arm



auf der Seite, die behandelt wird, nach hinten pendelt, wird der Druck mit den Langfingern leicht verstärkt.

Oft steht auf der gegenüberliegenden Seite das Schulterblatt weiter nach hinten. Die Behandlung ist effektiver, wenn der Behandler gleichzeitig seine Hand auf das Schulterblatt legt und im gleichen Rhythmus wenn der Druck nach hinten erfolgt, auf der Gegenseite das Schulterblatt nach vorn drückt.

Behandlung der Schulter



Bei der Behandlung der **rechten Schulter** steht der Behandler zunächst rechts neben dem Patienten, legt die linke Hand mit den Langfingern auf die Schulter, die Handfläche befindet sich hinten. Der Oberarm wird zunächst 90 Grad nach vorne hochgehoben, dabei ist das Ellenbogengelenk ebenfalls 90 Grad gebeugt. Die Handfläche zeigt zum Gesicht. Der

Behandler fasst nun mit der rechten Hand das Ellenbogengelenk am Unterarmende in Höhe des Ellenbogengelenks. Die Langfinger zeigen in Richtung Achselhöhle. Unter Druck beider Hände wird der Oberarm wieder nach unten in die Ausgangsstellung geführt. Der Gegendruck der linken Hand kommt hauptsächlich aus dem Bereich des Handgelenkes bzw. dem Daumenballen.

Danach tritt der Behandler rechts hinter den Patienten und drückt die Schulter mit der linken Hand flächig nach unten. Der rechte Arm des Patienten wird nun bei gebeugtem Ellenbogengelenk 90 Grad seitlich vom Körper abgeführt, die rechte Hand liegt genauso wie bei der vorhergehenden Behandlung und unter Druck beider Hände wird der Oberarm wieder in die Ausgangsstellung zurückgeführt. Der Bewegungsablauf ist ähnlich wie bei einer Handwasserpumpe.



Die Behandlung der **linken Schulter** erfolgt seitenverkehrt. Der Behandler steht links neben dem Patienten, legt die rechte Hand mit den Langfingern auf die Schulter, die Handfläche befindet sich hinten. Der Oberarm wird zunächst 90 Grad nach vorne hochgehoben, dabei ist das Ellenbogengelenk ebenfalls 90 Grad gebeugt. Die Handfläche zeigt zum Gesicht. Der Behandler fasst nun mit der linken Hand das Ellenbogengelenk am Unterarmende in Höhe des Ellenbogengelenks. Die Langfinger zeigen in Richtung Achselhöhle. Unter Druck beider Hände wird der Oberarm wieder nach unten in die Ausgangsstellung geführt. Der Gegendruck der rechten Hand kommt hauptsächlich aus dem Bereich des Handgelenkes bzw. dem Daumenballen.

Danach tritt der Behandler links hinter den Patienten und drückt die Schulter mit der rechten Hand flächig nach unten. Der linke Arm wird nun bei gebeugtem Ellenbogengelenk 90 Grad seitlich vom Körper abgeführt, die linke Therapeutenhand liegt genauso wie bei der vorhergehenden Behandlung und unter Druck beider Hände wird der Oberarm wieder in die Ausgangsstellung zurückgeführt. Der Bewegungsablauf ist ähnlich wie bei einer Handwasserpumpe.

Behandlung des Ellenbogengelenkes

Auf der **rechten Seite** steht der Untersucher rechts vom Patienten mit Blickrichtung auf den Patienten. Der Oberarm wird etwa 60 Grad angehoben und das 90 Grad gebeugte Ellenbogengelenk jeweils gelenknah an der Außenseite gefasst, so ähnlich, als wollte man ein Stück Holz zerbrechen. Nun wird unter beidseitigem Druck der Hände in Richtung Gelenk das 90 Grad gebeugte Ellenbogengelenk wieder gerade gestellt.



Auf der **linken Seite** steht der Untersucher links vom Patienten mit Blickrichtung auf den Patienten. Der Oberarm wird etwa 60 Grad angehoben und das 90 Grad gebeugte Ellenbogengelenk jeweils gelenknah an der Außenseite gefasst, so ähnlich als wollte man ein Stück Holz zerbrechen. Nun wird unter beidseitigem Druck der Hände in Richtung Gelenk das 90 Grad gebeugte Ellenbogengelenk wieder gerade gestellt.

Behandlung des Handgelenkes



Beim rechten Handgelenk umfasst der Behandler mit der linken Hand den Unterarm am Handgelenk, den Daumen an der Elle, die rechte



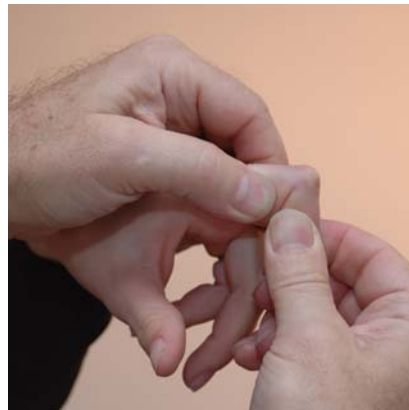
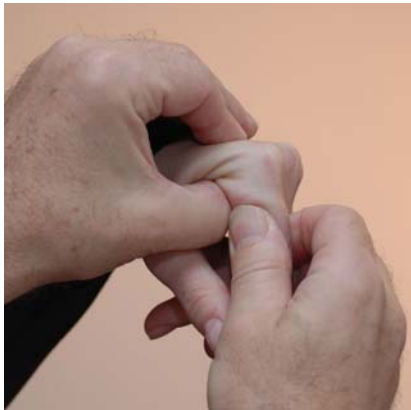
Hand umfasst die Streckseite der Finger zwei bis fünf, der Daumen in der

Hohlhand des Patienten. Die Hand wird fest umfasst. Nach Beugung des Handgelenks um annähernd 90 Grad führen die Hände des Behandlers unter gleichzeitigem Druck das Gelenk wieder in Neutralstellung.

Beim linken Handgelenk umfasst der Behandler mit der rechten Hand den Unterarm am Handgelenk, den Daumen an der Elle, die linke Hand umfasst die Streckseite der Finger zwei bis fünf, der Daumen in der Hohlhand des Patienten. Die Hand wird fest umfasst. Nach Beugung des Handgelenks um annähernd 90 Grad führen die Hände des Behandlers unter gleichzeitigem Druck das Gelenk wieder in Neutralstellung.

Behandlung der Fingergelenke

Zum Behandeln der einzelnen Fingergelenke fasst der Untersucher nacheinander alle drei Gelenke der Finger mit Zeigefinger und Daumen. Die Fingerglieder werden neben den Gelenken auf beiden Seiten zangenförmig umfasst, um 90 Grad

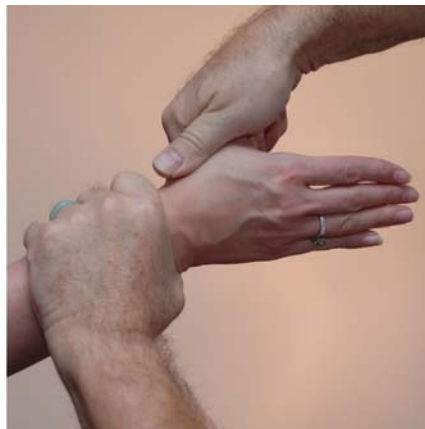


abgewinkelt und dann unter Druck wieder in die Neutralstellung gebracht.

Behandlung des Daumensattelgelenkes

Das Daumensattelgelenk ist eine anatomische Variation, die eine völlig andere Funktion hat, als die Scharniergelenke der Fingergelenke. Das Daumensattelgelenk erlaubt schaukelnde Bewegungen in vier Richtungen.

Für das rechte Daumensattelgelenk umfasst der Behandler das rechte Handgelenk am Unterarm mit seiner linken Hand. Der Daumen des Patienten wird mit der rechten

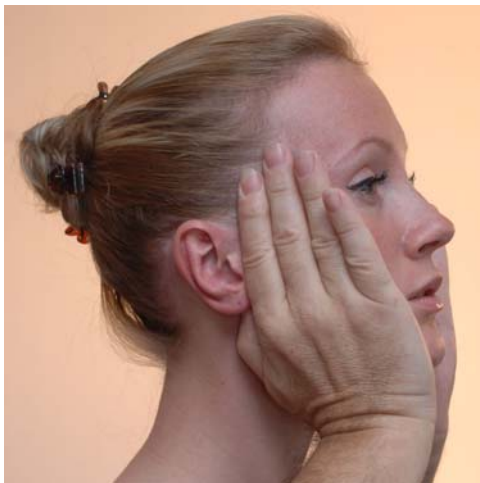


Hand umfasst, dabei liegt der Daumen des Patienten in der Handfläche des Untersuchers, der Daumen des Behandlers auf dem Daumen des Patienten, wobei die Daumenspitze am Daumensattelgelenk des Patienten liegt.

Die Langfinger umfassen den Daumen und bringen ihn in Opposition. Der Handrücken des Behandlers ist an der Innenseite der Hohlhand des Patienten. Nun wird unter beidseitigem Druck der Daumen wieder neben die anderen vier Finger in die Neutralstellung gebracht. Er wird aus der Opposition heraus wieder an seinen Platz neben den Anderen gebracht.

Für das linke Daumensattelgelenk umfasst der Behandler das linke Handgelenk am Unterarm mit seiner rechten Hand. Der Daumen des Patienten wird mit der linken Hand umfasst, dabei liegt der Daumen des Patienten in der Handfläche des Untersuchers, der Daumen des Behandlers auf dem Daumen des Patienten, wobei die Daumenspitze am Daumensattelgelenk des Patienten liegt. Die Langfinger umfassen den Daumen und bringen ihn in Opposition. Der Handrücken des Behandlers ist an der Innenseite der Hohlhand des Patienten. Nun wird unter beidseitigem Druck der Daumen wieder neben die anderen vier Finger in die Neutralstellung gebracht. Er wird aus der Opposition heraus wieder an seinen Platz neben die Anderen gebracht.

Behandlung der Kiefergelenke



Der Mund des Patienten ist leicht geöffnet. Der Behandler steht hinter dem Patienten und legt beide Hände auf die Wangen, der Daumenballen jeweils unter dem Unterkiefer und der Daumen liegt hinter dem Unterkiefer, so dass der Unterkiefer praktisch auf der Handinnenkante - Daumenballen aufliegt. Ähnlich der Haltung, die wir beim Denken einnehmen, wenn wir den Kopf in den Händen halten und uns so auf einer Tischplatte abstützen. Der Patient wird aufgefordert, den Mund zu schließen. Dabei drückt der Behandler leicht das Gelenk zusammen. Der Gegendruck kommt durch das Kopfgewicht des Patienten.

Untere Extremität - Behandlung der Beine

Für ein gerades Becken sind gleich lange Beine Voraussetzung. Den größten Anteil am Beinlängenausgleich hat die Behandlung der Hüfte.

Dieter Dorn hat eine ungewöhnliche und zugleich sehr einfache Methode gefunden.

Behandlung der Hüftgelenke

Die Behandlung des Hüftgelenkes wird vom Patienten selbst durchgeführt.

Der Patient liegt dazu auf dem Rücken. Dabei wird am längeren Bein das zu behandelnde Hüftgelenk 90 Grad gebeugt. Die Hand des Patienten auf der zu behandelnden Seite wird etwa 10 cm oberhalb der Liegefläche über dem tastbaren



Knochen des Oberschenkels (Trochanter major) fest einmodelliert. Anschließend wird das Bein einfach abgelegt und beim Ablegen ein leichter Zug auf den Knochen ausgeübt. Dieser Vorgang wird etwa 10 mal wiederholt.

Eine Variation ist, dass das Bein statt gerade abzulegen nach innen gedreht wird, mit der Großzehe nach innen, oder

nach außen gedreht, mit der Großzehe nach außen, abgelegt wird. Das Ablegen kann auch in alle 3 Richtungen erfolgen. Der Patient sollte dabei beim Ablegen ausatmen.

Manchmal ist es notwendig, diese Behandlung etwas zu unterstützen. Entweder drückt der Behandler etwas nach über den Oberschenkelknochen. Sollte dies nicht gelingen, hat Dieter Dorn noch eine Behandlung

vorgeschlagen, die er die Güllepumpe genannt hat. Der Patient liegt dabei wie vorher auch auf einer Liege. Das Hüftgelenk und das Kniegelenk sind jeweils 90 Grad gebeugt. Die Hüfte ist nach innen gedreht, d.h. das Knie zeigt etwa 40 Grad nach außen. Der Behandler nimmt nun mit seiner Brustkorbseite die auf der



Liegenseite ist, Kontakt mit der rechten Kniescheibe des Patienten auf. Bei der Behandlung kommt der Druck auf das Gelenk aus dem aufgelegten Oberkörper und der Impuls auf das Hüftgelenk durch pumpende Bewegungen mit rechten Hand des Behandlers mit dem Unterschenkel.

Behandlung der Kniegelenke

Zur Behandlung des rechten Kniegelenkes tritt der Behandler von außen auf die rechte Seite des liegenden Patienten und gibt mit der rechten Hand einen Druck auf die Ferse, die mit der Handfläche umfasst wird, die Langfinger zeigen dabei in Richtung Kniekehle. Die linke Hand des Untersuchers liegt mit der Hohlhand in der Wade des Patienten direkt in der Kniekehle. Das Kniegelenk wird 90 Grad gebeugt. Um einen ausreichenden Druck der Gelenkflächen zu gewährleisten, wird die Kniescheibe des Patienten mit der linken Wange des Behandlers gedrückt und unter Druck der rechten Hand von der Ferse Richtung Kniegelenk gedrückt mit der linken Hand mit Druck nach oben wird das Bein im Kniegelenk wieder in die Neutralstellung gebracht. Dabei wird das Bein langsam abgelegt.

Zur Behandlung des linken Kniegelenks tritt der Behandler von außen auf die linke



Seite des liegenden Patienten und gibt mit der linken Hand einen Druck auf die Ferse, die mit der Handfläche umfasst wird, die Langfinger zeigen dabei in Richtung Kniekehle. Die rechte Hand des Untersuchers liegt mit der Hohlhand in der Wade des Patienten direkt in der Kniekehle. Das Kniegelenk wird 90 Grad gebeugt. Um einen ausreichenden Druck der Gelenkflächen zu gewährleisten, wird die

Kniescheibe des Patienten mit der rechten Wange des Behandlers nach unten gedrückt, unter Druck der linken Hand von der Ferse Richtung Kniegelenk gedrückt, mit der rechten Hand mit Druck nach oben wird das Bein im Kniegelenk wieder in die Neutralstellung gebracht. Dabei wird das Bein langsam abgelegt.

Behandlung der Sprunggelenke

Bei der Behandlung des rechten Sprunggelenkes umfasst die linke Hand des Behandlers die Ferse mit der Hohlhand, dabei zeigen die Finger Richtung Kniekehle.



Die rechte Hand umfasst den Vorfuß, wobei die Langfinger auf dem Fußrücken liegen und der Daumen an der Fußsohle. Mit der rechten Hand wird der Fuß zunächst nach innen gekippt und von dort aus in die Neutralstellung gebracht, anschließend wird der Fußaußenrand nach oben gekippt und genauso wieder unter Druck der Ferse in die

Neutralstellung gebracht.

Bei der Behandlung des linken Sprunggelenkes umfasst die rechte Hand des Behandlers die Ferse mit der Hohlhand, dabei zeigen die Finger Richtung Kniekehle. Die linke Hand umfasst den Vorfuß, wobei die Langfinger auf dem Fußrücken liegen und der Daumen an der Fußsohle. Mit der linken Hand wird der Fuß zunächst nach innen gekippt und von dort aus in die Neutralstellung gebracht, anschließend wird der Fußaußenrand nach oben gekippt und genauso wieder unter Druck der Ferse in die Neutralstellung gebracht.

Behandlung der Zehengelenke

Der Untersucher fasst nacheinander alle Zehengelenke mit Zeigefinger und Daumen.



Die Fingerglieder werden neben den Gelenken auf beiden Seiten zangenförmig umfasst, um bis zu 90 Grad wenn möglich abgewinkelt und dann unter Druck wieder in die Neutralstellung gebracht. Zehengelenke sind

oft wenig beweglich.

Die Behandlung ist unglaublich wirksam auf die Standfestigkeit.

Die Arbeit an den Gelenken des Beines, insbesondere des Fußes, ist die häufigste Behandlungsmethode im Bereich der körperorientierten Psychotherapien.

Insbesondere die Arbeit an den Zehen führt zu einer Ganzkörperempfindung und einem besseren Spüren des Körpers sowie zu einer sehr guten Entspannung und Beruhigung, was auch nicht verblüfft, da die Fußreflexzonentherapie in einem ganz ähnlichen Bereich wirkt.

6 Selbsthilfeübungen

Dieter Dorn empfiehlt, **allen** Patienten Hausaufgaben als Selbsthilfeübungen mitzugeben. Das jeweils betroffene Körperteil sollte mehrmals am Tag selbst behandelt werden.

Dieter Dorn hält die Selbsthilfeübungen neben der Behandlung für den wichtigsten Teil seiner Methode. Der mündige Patient soll eine Möglichkeit haben, sich selbst zu helfen ohne vom Behandler abhängig zu sein.

Alle Selbsthilfeübungen müssen dem Patienten mehrmals erklärt und gezeigt werden, bis er sie wirklich verstanden hat und er darf erst entlassen werden, wenn er ein Merkblatt darüber erhalten hat, wie die Übung durchzuführen ist.

Sinnvoll ist es auch, dem Patienten zusätzlich einige passende Leitsätze zu seinem Leiden mitzugeben, womit er seine inneren Fehleinstellungen seine Krankheit betreffend, klarer sehen kann.

Wichtig ist, ihm die **Bedeutung** seiner Funktionsstörung auf der seelischen Ebene näher zu bringen. Allgemein sind folgende Leitsätze für den Hilfesuchenden sehr wichtig:

- **Mein Schmerz hat immer eine seelische Ursache, die erkannt werden will.**
- **Mein Schmerz ist keine krankhafte Veränderung. Es besteht kein Grund zur Angst.**
- **Der Schmerz ist durch Verspannung entstanden und harmlos. Verspannungen entstehen durch unterdrückte Gefühle wie Wut.**
- **Schonung ist schädlich. Unbedingt die Alltagsgewohnheiten beibehalten oder wieder aufnehmen.**
- **Mein Schmerz möchte mich von den wahren Gefühlen ablenken.**
- **Ich fühle meine Emotion (z.B. Wut) und gebe ihr Raum.**

Hüfte

Der Patient liegt auf dem Rücken. Dabei wird das zu behandelnde Hüftgelenk 90 Grad gebeugt. Die Hand auf der zu behandelnden Seite wird etwa 10 cm oberhalb der Liegefläche über dem tastbaren Knochen des Oberschenkels (Trochanter major) fest einmodelliert. Anschließend wird das Bein einfach abgelegt und beim Ablegen ein leichter Zug auf den Knochen ausgeübt. Dieser Vorgang wird mindestens 10 Mal wiederholt.



Eine Variation ist, dass das Bein statt gerade abzulegen nach innen gedreht wird, mit der Großzehe nach innen oder außen gedreht, mit der Großzehe nach außen, abgelegt wird.

Das Ablegen kann auch in alle 3 Richtungen erfolgen. Der Patient sollte dabei beim Ablegen ausatmen.



Es ist darauf hinzuweisen, dass der Patient diese Korrektur immer vor dem Schlafengehen durchführen sollte, da sich dadurch die „Programmierung“ länger hält.

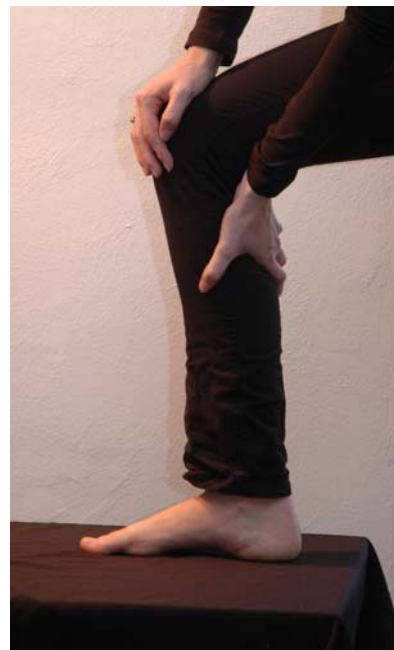
Diese Behandlung kann auch im Stehen fast überall durchgeführt werden, in dem man auf dem nicht zu behandelnden Bein steht und sich auch auf dieser Seite mit der Hand irgendwo festhält. Das zu behandelnde Bein wird in der Hüfte 90 Grad abgewinkelt. Die Hand wird am Oberschenkelknochen in Höhe der Gesäßfalte einmodelliert mit Zugrichtung zum Oberkörper und dabei wird das Bein langsam auf den Boden gestellt.

Kniegelenk

Das Einrichten des Kniegelenkes geschieht am besten auf einer Treppe. Auf der zu behandelnden Seite wird der Fuß mit der ganzen Sohle aufgesetzt und das Kniegelenk 90 Grad gebeugt. Nun drückt die eine Hand aus der Kniekehle heraus den Unterschenkel nach vorn und die andere Hand drückt auf die Kniescheibe und streckt so das Knie wieder durch.

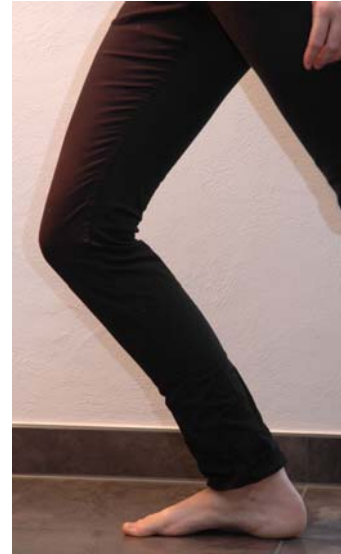
Eine Variation ist auf einem Hocker zu sitzen. Auch dabei wird das Knie 90 Grad gebeugt, die eine Hand drückt von der Kniekehle den Unterschenkel nach vorn und die andere Hand die Kniescheibe ins Gelenk. Unter unveränderter Belastung der Fußsohle richtet sich der Patient aus dem Sitzen auf und streckt das Knie durch.

Das Kniegelenk sollte bei Beschwerden generell nicht zu stark gebeugt und öfter wieder selbst eingerichtet werden.



Sprunggelenk

Im Stehen wird das zu behandelnde Bein etwas nach vorne gestellt. Die ganze Fußsohle berührt den Boden. Nun wird das Kniegelenk nach vorne geschoben, bis es über den Zehenspitzen steht. Dann wird das Körpergewicht deutlich auf die Ferse verlagert und das Bein wieder gerade gestellt.



Zehengelenke

Die Behandlung erfolgt, in dem die einzelnen Gelenke abgelenkt und unter Druck wieder gerade gestellt werden.

Schultergelenk



Dieter Dorn empfiehlt, sich für das Schultergelenk mit der zu behandelnden Schulter rückwärts an eine Wand zu lehnen, den Arm 90 Grad abgewinkelt mit der Handfläche zum Gesicht und unter dem Druck der anderen Hand am Ellenbogen gegen die Wand wieder nach unten in die Ausgangsstellung zu führen.

Um eine Selbsthilfeübung für die seitliche Behandlung zu machen, ist es notwendig, dass der Patient im Türrahmen steht, dabei gleichzeitig in die Hocke geht und die Schulter 90 Grad seitlich abwinkelt, bei 90 Grad abgewinkeltem Ellenbogengelenk den Unterarm an die Türfüllung drückt. Nun wird Druck mit dem Körper aufgenommen und durch gleichzeitiges Aufrichten des Körpers aus der Hocke, bei unvermindertem Druck gegen die Wand gelangt die Schulter wieder in die Neutralstellung.



Ellenbogengelenk



Der Oberarm der zu behandelnden Seite wird an einen Gegenstand wie Wand oder Türrahmen fest angedrückt. Auch der Brustkorb kann als Widerlager benutzt werden. Das Ellenbogengelenk wird gebeugt, wobei darauf zu achten ist, dass die Handfläche angeblickt wird. Jetzt wird mit der anderen Hand der Unterarm am Ellenbogen

gefasst und unter Druck das Gelenk wieder gerade gestellt (in die Neutralstellung gebracht).

Handgelenk

Das Handgelenk kann man selbst behandeln, in dem man sich in einen Türrahmen stellt. Der 90 Grad abgewinkelte Oberarm wird an seiner Rückseite in der Nähe des Ellenbogengelenkes an die Wand gedrückt. Mit der freien anderen Hand wird das Handgelenk 90 Grad nach unten gebeugt umfasst und unter Druck gegen den Türrahmen gerade gestellt.



Fingergelenke



Bei der Behandlung der Fingergelenke wird ein Gegendruck durch Fixieren des Handgelenks an einer Wand oder einem festen Gegenstand aufgebaut, mit der anderen Hand wird durch Zeigefinger und Daumen das Gelenk gebeugt und unter Druck wieder gerade gestellt.

Daumensattelgelenk

Das Handgelenk, das behandelt werden soll, wird an einer Wand fixiert. Die andere Hand umfasst den Daumen und führt ihn bis zum Kontakt mit dem Kleinfinger, übt dann einen Druck aus und führt unter Druck den Daumen wieder in die Reihe neben die anderen Langfinger.



Kiefergelenk



Der Patient legt die Hände auf die Wangen. Die Handinnenseite liegt unter dem Unterkiefer und die Langfinger vor dem Ohr. Durch Druck auf den Unterkiefer nach oben wird der geöffnete Mund geschlossen. Der Vorgang des normalen Schließens wird durch den Druck etwas unterstützt.

Halswirbelsäule

Der Patient fasst von hinten mit beiden Händen in die Muskulatur, etwa 2 cm von der Mittellinie entfernt, in eine spürbare Delle und macht unter gleichzeitigem Druck nach vorn leichte Nein-Bewegungen. Der Blick ist geradeaus. Wenn er eine Stelle spürt, die besonders druckschmerzhaft oder verquollen ist, verweilt er dort eine längere



Zeit und macht Nein-Bewegungen unter leichtem Druck auf diesen Punkt.

Diese Übung soll nur solange gemacht werden, wie sie als wohltuend empfunden wird.

Der Patient sollte in Zukunft im Alltag beim Kopfdrehen eher nach der betroffenen Seite schauen beziehungsweise sich umschauen. Lag das Problem auf der rechten Seite, dann nach rechts schauen und wenn das Problem auf der linken Seite lag, nach links schauen.



Kommentar: Immer nach der Seite schauen, wo das Problem war. Ich schaue nach meinem Problem. Ich schaue es mir an, anstatt wegzusehen.

Brustwirbelsäule

Die Selbsthilfeübung an der Brustwirbelsäule ist nicht so einfach. Sie kann in einem Türrahmen durchgeführt werden, in dem man die Wirbelsäule an der Türrahmenkante anlehnt und mit beiden Armen rhythmisch pendelt.

Es ist jedoch wichtig, sich das vom Therapeuten gut zeigen zu lassen.

Lag die Problematik im Bereich der Brustwirbelsäule auf der rechten Seite, was bei der überwiegenden Zahl der Patienten der Fall ist, sollte der Patient dafür sorgen, dass die rechte Seite nicht gedehnt wird. Es wird links gestreckt und links abgestützt. Die rechte Seite trägt zum Beispiel Gewichte. Wenn etwas mit dem rechten Arm über Schulterhöhe getan werden muss, wie z. B. Schreiben an der Tafel bei Rechtshändern, sollte der linke Arm dabei höher gestreckt sein, um eine Gegenbewegung der BWS zu erreichen. Bei der Arbeit mit Stielgeräten, wie Besen, Rechen oder Staubsauger sollte die Hand, die trägt, (rechts) vorn sein.



Lendenwirbelsäule

Die Selbsthilfe an der Lendenwirbelsäule kann seitlich stehend an einem Stuhl durchgeführt werden. Dabei ruht der Unterarm auf der Stuhllehne und das Bein, das beim Stuhl steht, wird durch ein etwa 2 cm dickes Buch unterlegt. Die andere Hand umgreift nun den Dornfortsatz, so gut er tastbar ist und zieht unter Schwingen des anderen Beines sanft rhythmisch zur Mitte.

Dieter Dorn empfiehlt eine Selbsthilfeübung, bei der man sich auf eine harte Unterlage, z.B. einen Tisch legt und dann soweit nach unten rutscht, bis man am Gesäß das Gefühl hat, gleich abzukippen. Nun hält man sich mit den Händen gut fest und schwingt die Beine gestreckt auf und ab. Man kann auch beim Pendeln die Knie anwinkeln.

Dieter Dorn empfiehlt noch eine allgemeine Selbsthilfeübung, die in einer Pendelbewegung im Armstütz besteht. Die Übung ist wie ein Turner im Barren, im so genannten Stütz nachempfunden, bei dem die Beine einfach rhythmisch pendeln. Eine solche Behelfskonstruktion kann man zwischen 2 Stühlen machen. Sollten die Stühle nicht fest stehen, kann man 2 Personen bitten, sich auf die Stühle zu setzen und sich selbst zwischen diesen beiden Stühlen auf den Armlehnen hochstützend die Beine gegenläufig pendeln lassen. Dabei hängt sich die Wirbelsäule aus.

Störungen an der Halswirbelsäule sind oft durch „orthopädische“ Kissen verursacht. Ein Kissen muss sich der Halswirbelsäule anpassen und nicht umgekehrt. Gute Stützung der empfindlichen Halswirbelsäule ist durch Dinkelspelzkissen oder Daunenfederkissen möglich. Speziell geformte Kissen sind oft die Ursache für ein Heilhindernis bei der Behandlung.

Das sympathische Nervensystem und die Verbindungen zur Wirbelsäule

Die Verschaltung der inneren Organe, wie sie unter Dorntherapeuten gesehen wird, ist so wissenschaftlich nicht haltbar. Helmut Koch hat eine wunderschöne Tabelle mit der Wirbelsäule und den einzelnen Organen, als auch der seelischen Störung der Wirbel veröffentlicht, die unter den Dorntherapeuten sehr verbreitet ist.

Luise Hay hat ebenfalls eine solche Tabelle, die zum Teil widersprüchliche Ansätze vertritt. Helmut Koch beruft sich dabei auf eine Darstellung des amerikanischen Arztes Czerny, bei Luise Hay wird die Parker Chiropraktikdarstellung benutzt. Hier wird davon ausgegangen, dass die einzelnen Wirbel über die Spinalnerven zu den einzelnen Organen geleitet werden. Dies berücksichtigt jedoch nicht den Verlauf des sympathischen Nervensystems. Die Originalarbeit von Czerny war mir nicht zugänglich. Auf der von Dieter Dorn herausgegebenen Lehrgangsunterlage findet sich eine Darstellung nach Czerny, die sich mit den bekannten Einteilungen der Forschungen aus den 1960er Jahren im wesentlichen deckt.

Es ist das Verdienst von Hansen und Schliack 1962, die Organbeziehungen wissenschaftlich erforscht zu haben. Nach ihnen und auf die Untersuchungen von Kellgreen, Förster, Head und Sherrington sich beziehend, haben in den 1960er Jahren Dittmar, Wolff und Kunert die Zusammenhänge zwischen inneren Organen und der Wirbelsäule untersucht. In meinen Tabellen stütze ich mich auf die wissenschaftlichen Erkenntnisse, die jedoch keine so strenge Ausrichtung auf einen Wirbel erlauben, sondern es wird jeweils ein Organ mehreren Wirbeln gemäß seiner sympathischen Versorgung zugeordnet.

Einige innere Organe erhalten ihre Nervenzuflüsse über den Nervus phrenicus der von C3 und C4 kommt, und haben so Verbindung zur Halswirbelsäule. Die Nervenfasern verlaufen an der Halsmuskulatur vorbei in den Brustraum, entlang von Herzbeutel und der Lunge und versorgen hauptsächlich das Zwerchfell. Der Nerv gibt auf seinem Weg Äste zu den vegetativen Zentren ab zur Innervation von Herzbeutel, Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse, Bauchwand und den Mageneingang. Dies erklärt, wieso von C3 und C4 innere Organstörungen behandelt werden können. Die sympathischen Ganglien (Nervenknoten des vegetativen Nervensystems) liegen vor der Wirbelsäule und werden aus mehreren Wirbelsegmenten versorgt. Die Fasern ziehen von dort gemeinsam zu den entsprechenden Organen.

Die vegetativen Fasern aus den Segmenten C1 bis C3 gelangen hauptsächlich zu Zentren innerhalb des Schädels.

Die Fasern von etwa C4 bis TH4 gelangen hauptsächlich an die inneren Organe des Brustkorbs.

Von Th5 bis TH12 werden die Organe im oberen Bauchraum wie Leber, Magen und Dünndarm mit Information versorgt. Die Segmente der Lendenwirbelsäule L1-L5 sind hauptsächlich mit dem Dickdarm und der Blase verbunden und in Verbindung mit den Fasern aus den Sakralnerven S1-S5 auch die Sexualorgane und das Becken.

S	Organbezug	Mögliche Symptome	Emotion	Aufgabe	Problem
C1	Hirnstamm Hirngefäße Hypophyse Kleinhirn Augenmuskel Innenohr Schlundmuskulatur Sympathikus	Kopfschmerzen, Migräne, Konzentrationsstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdung, Schwindel, labile Stimmungslage, beeinträchtigte Leistungsfähigkeit	reizbar, Verstimmung Angst, Verwirrung	Überblick Beugen Strecken Verantwortung Beweglichkeit Ja	Fehlende Übersicht, Kopfmensch, innerer Dialog, verweigert Spiritualität
C2	Hinterhaupt Hals vorn, Muskulatur von Atlas und Axis Schlundmuskulatur Auge, Sehnerv Gehör	Taubheit, Ohrenschmerzen, Sehstörungen, Hörstörungen, vegetative Dysregulation, Augenleiden	unentschlossen	Drehscheibe, nach allen Seiten offen Achse um die sich alles dreht Hinsehen Umsicht Beweglichkeit Nein	Nicht hinsehen wollen, Umsicht fehlt, schwanken

S	Organbezug	Mögliche Symptome	Emotion	Aufgabe	Fernwirkungen
C3	Ohrmuschel Schlundmuskulatur Kauapparat Wangen Zähne Unterkiefer Nacken Zwerchfell Facialis	Tinnitus, Schiefhals	Biss haltlos, schluckt (armer Schlucker)	Kraft Wille	Über den Nervus phrenicus: Herz li. Lunge bds. Zwerchfell Magen li. Leber re. Galle re. Bauchspeicheldrüse Niere bds. (Harnleiter) (Dünndarm re.) (Blinddarm)
C4	Zwerchfell Schlüsselbein				

	Organbezug	Mögliche Symptome	Emotion	Aufgabe	Fernwirkungen
C5	Schulter-muskulatur Schulter	Schulter-Arm-Syndrom, Schleimbeutelentzündung			
C6	Mandeln Nacken-muskulatur Schulter Arm innen Daumen Ellenbogen	Nackenschmerzen, Oberarmschmerzen, Keuchhusten, Kropf			
C7	Schilddrüse Schulter, Nacken Ellenbogen Mittelfinger Hand, Luftröhre	Schilddrüsenerkrankung, Erkältungen, Kropf, Kehlkopferkrankungen	Ängste Depressionen	Regulation Hypophyse	
TH1	Unterarme außen	Nackenverspannung, Schmerzen in Unterarm und Hand, Tennisarm, pelziges Gefühl in den Fingern		Überlastung, viel Tragen	über den Sympathikus: Sehstörungen
TH2	Herz Bronchien	Schmerzen im Brustbein Nackenschmerzen	Ängste		
TH3	Herz Lunge Bronchien Speiseröhre	Nacken-Kopfschmerzen Kreislaufschwäche Rippenfellentzündung, Lungenentzündung, Bronchitis, Asthma, Herzbeschwerden, Rhythmusstörungen,			Epicondylitis
TH4	Herz Speiseröhre Lunge Brüste	Pseudoherzschmerzen Herzrhythmusstörungen Gallenleiden, Gallensteine, Gelbsucht, seitliche Kopfschmerzen,			

S	Organbezug	Mögliche Symptome	Emotion	Problem	Fernwirkungen
TH5	Magen, Herz Speiseröhre Brüste, Lunge	Schulterblattschmerzen			
TH6	Magen Galle Leber Lunge	Magenbeschwerden, Magenkrämpfe, Verdauungsstörungen, Sodbrennen	Ärger, Wut		
TH7	Magen Zwölffingerdarm Bauchspeicheldrüse, Leber Galle, Milz, Lunge	Zwölffingerdarm-Geschwüre, Magenbeschwerden, Roemheld-Syndrom, Schluckauf		Süchte durch Essen und Trinken	
TH8	Magen, Milz, Bauchspeicheldrüse Dünndarm Leber, Galle	Zwölffingerdarm-Geschwüre Abwehrschwäche, immer wieder Schlafstörungen			
TH9	Nebenniere, Niere, Leber Galle, Dünndarm, Zwölffingerdarm Bauchspeicheldrüse	Allergien Vegetative Dystonie			Magen-Gallenbeschwerden
TH10	Nebenniere Niere Zwölffingerdarm Dünndarm Milz Nabel	Nierenprobleme, Nierenbeckenentzündung, labiler Bluthochdruck, chronische Müdigkeit,			Gallenbeschwerden
TH11	Darm Harnleiter Dickdarm Eileiter Harnleiter Blinddarm Milz	Labiler Blutdruck Hauterkrankungen wie Akne, Pickel, Furunkel, Ekzeme, raue Haut, Schuppenflechte			Steigert Abwehrkraft, viel trinken
TH12	Darm Dünndarm Eileiter Gebärmutter Blinddarm Gesäß	Dünndarmprobleme, Koliken, Blähungen, Rheuma, Wachstumsstörungen, Unfruchtbarkeit Unterleibsentzündungen, Harnwegsinfekte			Magenkrämpfe

S	Organbezug	Mögliche Symptome	Emotion	Problem	Fernwirkungen
L 1	Dickdarm Hoden Gesäß Gebärmutter Eileiter	Dickdarmlstörungen, Darmdurchblutungen , Verstopfung, Durchfall, Darmträgheit			
L 2	Rücken/Kreuz Oberschenkel Dickdarm Gebärmutter Hoden Eileiter	Krämpfe im Bauch, Blinddarmprobleme, Krampfadern Blasenprobleme			Erschöpfung auch sexuell
L 3	Enddarm Blase Hoden Gebärmutter Knie Eileiter	Schwangerschaftsstörungen, Menstruationsbeschwerden, Wechseljahrprobleme, Blasenleiden, Knieschmerzen - Impotenz, Bettnässen			
L 4	Knie Prostata Enddarm Hüftkopf	Hexenschuss, Ischias, Prostatastörungen, schmerzhaftes oder häufiges Harnlassen, Verstopfung	Unsicherheit, Angst		
L 5	Anus Fuß innen Großzehe Hüfte Enddarm	Durchblutungsstörungen der Unterschenkel und Füße, kalte Füße, Wadenkrämpfe, Schwellungen der Beine und Füße			
Kreuz- bein	Genitale Hoden Prostata Gesäß, Penis Fußsohle Ferse	Ischias, Unterleibprobleme, chronische Verstopfung, Schmerzen in Beine und Füßen			
Steiß- bein	After	Hämorrhoiden, Afterjucken, Schmerzen beim Sitzen		Enddarm- störungen	

Die Krise der wissenschaftlichen Medizin

Die heutige, moderne Medizin hat auf einigen Gebieten rasante Fortschritte gemacht, im Bereich der sogenannten Zivilisationskrankheiten tritt sie jedoch seit Jahren auf der Stelle.

Die moderne Medizin hängt an einem modernistischen Weltbild, das noch geprägt ist von der alten Physik und das die Meinung vertritt, dass die Natur unerschöpflich ist. Seit Darwin sieht die Wissenschaft das Leben als einen Überlebenskampf, der mit allen Mitteln gewonnen werden muss.

Die Politiker sind davon überzeugt, dass das Gesundheitssystem für die Krankheiten verantwortlich ist und dass die Gesellschaft sowie die Industrie am besten weiß, was für alle gut ist. Dabei haben Effizienz und Geschwindigkeit höchste Priorität. Alles, was gemessen werden kann, ist real und die Beschäftigung mit Spiritualität im weitesten Sinne ist vage und wissenschaftlich nicht verifizierbar.

Bei genauerer Beschäftigung mit den Zivilisationskrankheiten fällt auf, dass diese mit den Methoden der modernen Medizin entweder gar nicht oder aber nur um den Preis großer Nebenwirkungen geheilt werden können.

Im folgenden möchte ich zeigen, wo die Irrtümer der derzeitigen konventionellen Behandlungsstrategien sind, wo offenbare Wissenslücken um die Zusammenhänge der Wirbelsäulenbeschwerden und chronischen Schmerzzustände sind und was wir daran ändern können.

Insbesondere auf dem Gebiet der Behandlung von Schmerzen des Bewegungssystems zeigt sich das recht deutlich.

Schmerz ist für die allgemein praktizierte Medizin grundsätzlich mit körperlicher Schädigung verbunden, bei der die „wirkliche“ Ursache gefunden werden muss. Moderne Medizin versucht dem Rechnung zu tragen, indem eine breit angelegte apparative Diagnostik betrieben wird, um endlich einen krankhaften Befund zu erheben, den ein Voruntersucher übersehen haben könnte. Dies geschieht oft aus Angst vor Klagen, wenn etwas Bedeutsames übersehen wird. Außerdem möchten Ärzte gerne genaue Diagnosen stellen. So füllen sich mit der Zeit bei chronischen Schmerzpatienten große Aktenorder, ohne dass eine objektive Diagnose gestellt wird.

Außer bei akutem und schwerem Schmerz, der sich verschlimmert, macht die breite Diagnostik aber keinen Sinn, wie aus mehr als 30 Jahren Schmerzforschung bekannt ist. Beim chronischen Schmerz werden, außer bei bereits diagnostizierten Erkrankungen wie Tumoren, entzündlich rheumatischen Erkrankungen und anderen chronischen internistischen Leiden, keine relevanten Befunde gefunden. Dies trifft insbesondere auf den Bewegungsapparat zu. Befund und Befinden stehen in keinem wirklichen Zusammenhang.

Es ist sogar typisch für den chronischen Schmerz, dass alle Befunde, die erhoben werden, bei Normalpersonen auch vorkommen. Oft werden Zufallsbefunde zu Diagnosen gemacht (Plattfüße oder verkrümmte Nasenscheidewand als Ursache für Kopfweh).

In weniger als 10% der Wirbelsäulenbeschwerden ist Schmerz und Schmerzstärke über den körperlichen Befund erklärbar. Ein höherer Zusammenhang besteht mit seelischen Zuständen und aus der

Lebenssituation. Es gibt keine direkte Beziehung zwischen körperlicher Krankheit und Intensität von Schmerzen (Turk 93).

Aufwendige diagnostische Untersuchungen mit Apparaten, ohne eine gezielte Fragestellung erhöht nicht die Diagnosesicherheit, sondern nur die Wahrscheinlichkeit falsch positiver Befunde. Das heißt wir finden Dinge die nichts mit der eigentlichen Problematik zu tun haben. Die absichernde Diagnostik, um nichts zu übersehen, führt zu einem Anschwellen der Patientenakten durch aufgebauchte Normvarianten, weil der Untersucher sich bemüht irgendetwas zu beschreiben was nicht ganz der Norm entspricht.

Das Problem für den Patienten ist jedoch, dass er zwar viele Befunde hat, es sich aber niemand findet, der in ausreichender Zeit, ihm die Bedeutung der Befunde erklärt. So werden oft die eigentlichen seelischen Ursachen nicht besprochen und die Erkrankung wird chronisch. Abnormales diagnostisches Verhalten des Arztes führt zu abnormem Krankheitsverhalten des Patienten (Nachemson 92).

Schmerzdiagnosen sind oft wohlklingende, meist lateinische oder englische banale Beschreibungen der Patientenangaben aber auch häufig Fehldiagnosen wie Trigeminusneuralgie bei banalen atypischen Gesichtsschmerzen, Migräne bei Spannungskopfschmerzen oder Bandscheibenvorfall bei Rückenschmerzen. Eine seelische Mitverursachung von Schmerzen wird als Ausschlussdiagnose gewertet und erst in Erwägung gezogen wenn alle Diagnostik kein Ergebnis erbrachte.

Alf Nachemson, einer der bekanntesten Wirbelsäulenexperten sagte 1979: „Nachdem ich 25 Jahre auf dem Gebiet der Wirbelsäule geforscht habe und mich ebenso lange klinisch mit der Problematik der Wirbelsäule befasst habe, kann ich nur behaupten, dass für die meisten unserer Patienten die wahre Ursache ihrer Rückenschmerzen unbekannt ist.“

Der bekannte Schmerzforscher Wall sagte schon 1989: „Zu sagen, Schmerz ist eine Empfindung, die durch Verletzung verursacht wird, macht ebensoviel Sinn wie der Satz: Freude ist eine Empfindung, die durch ein warmes Bett verursacht wird“. Beide Aussagen sind zwar richtig aber nicht relevant, da sie nur ein Teil der Wahrheit sind.

Patienten mit gleichen Untersuchungsbefunden zeigen eine große Variationsbreite von Schmerzäußerung, Heilungsverlauf und Schmerzreaktion.

Das Ausmaß von Schmerzen nach Operationen geht zu 35% auf Depression und Angst zurück und ist zu 50% auf Grund psychosozialer Faktoren vorhersagbar (Hanson).

Bei einer eigenen Untersuchung (Schlaadt 1987) von 56 Patienten nach Schulteroperation, hatten von den 36 Patienten mit einem guten Operationsergebnis 34 vor der Operation ein unauffälliges psychologisches Testergebnis. Im Gegensatz dazu hatten von den 20 Patienten, mit schlechtem Operationsergebnis, 16 bereits vor der Operation, entweder eine Rente beantragt, waren frühzeitig berentet worden oder in der psychologischen Testung auffällig gewesen. Dies unterstützt die These, dass seelische Ursachen wesentlichen Anteil am Schmerzerleben haben. Andere Untersucher kommen zu ähnlichen Ergebnissen (Waddell 1986).

Chronische Schmerzen sind eine Entwicklung, die **nie** von den biografischen Gegebenheiten lösgelöst gesehen werden kann.

Patienten fühlen sich oft, da keine genaue Diagnose gestellt werden kann, nicht ernstgenommen, als verrückt oder als Simulanten abgestempelt. Ärzte sind im Gegenzug frustriert, weil sie keine richtige Diagnose gefunden haben und fühlen sich oft von einem Patienten hintergangen, der nichts „Richtiges“ hat.

Fakten zum Rückenproblem

Folgende Tatsachen sind seit Jahren in den Industrienationen bekannt, werden aber nicht ausreichend gewürdigt:

- Rückenschmerzen sind die teuerste schmerzhafteste Erkrankung in der westlichen Welt.

Von der Bevölkerung in den Industrienationen leiden:

- 30 % aktuell an Wirbelsäulenbeschwerden.
- 80 % irgendwann einmal im Leben unter Rückenschmerzen.
- 13 bis 40 % irgendwann im Leben an einer Ischialgie mit möglicher Nervenschädigung.

Glücklicherweise werden 90 % der Patienten auch ohne oder durch egal welche Therapie innerhalb von drei Wochen besser. Die restlichen 10 % verursachen 80 % der Kosten; ein Teil der Kranken behält den Schmerz ein Leben lang.

Umfragen haben ergeben:

- Die Zunahme der Kreuzschmerzen in den letzten 3 Jahrzehnten betrug 4- bis 10-mal mehr, als die Zunahme der Bevölkerung im gleichen Zeitraum. Über die Ursachen wird noch gestritten.
- Bei einer aktuellen Umfrage in Westdeutschland an 13.000 Personen (in drei Städten) hatten 42 % der Befragten zum Zeitpunkt der Befragung Rückenschmerzen. 90 % der 25-35 jährigen hatten bereits einmal unter starken Rückenbeschwerden gelitten. Raspe 1991, 93
- Die Kosten, die Rückenschmerzen in den alten Bundesländern pro Jahr verursachen, belaufen sich auf 6 Milliarden €, wobei die Lohnfortzahlungskosten 5,5 Milliarden € betragen und die Behandlungskosten "lediglich" 500 Millionen €
- Jede fünfte Krankschreibung in Deutschland erfolgt wegen Erkrankungen der Wirbelsäule.
- Rückenschmerzen als Grund für den Arztbesuch wird beim Orthopäden von jedem zweiten, und beim Allgemeinarzt von jedem vierten Patienten angegeben.

- Die gesetzlichen Krankenkassen geben pro Jahr zur Zeit 50 Millionen € für Schmerz- und Rheumamedikamente aus, bei einem Gesamtarzneimittelbudget von 150 Millionen.
- Von allen vorzeitigen Berentungen bis zum 65. Lebensjahr werden 40 % wegen Erkrankungen der Wirbelsäule ausgesprochen.
- In Deutschland werden jedes Jahr mehr als 40.000 Bandscheibenoperationen durchgeführt.
- Nach der 1. Bandscheibenoperation fühlen sich 70 % der operierten Patienten gebessert. Nach der 2. Bandscheibenoperation liegt der Anteil an guten Ergebnissen lediglich noch bei 30 %.
- Wir wissen aus internationalen Statistiken, dass nach der Bandscheibenoperation nur etwa 36 % an den vorherigen Arbeitsplatz zurückkehren. Das heißt bei 40 000 Bandscheibenoperationen: Für 26.000 Menschen entstehen jährlich Kosten für Arbeitsplatzzumsetzungen, Umschulungen und vorzeitige Renten.
- Operationsergebnisse hängen nach Expertenmeinung zu 90 % von der richtigen Auswahl der Patienten und nur in 10 % vom Operateur und der Technik ab. Die Nordamerikanische Wirbelsäulengesellschaft hält lediglich 10-20 % der durchgeführten Bandscheibenoperationen für notwendig und sinnvoll.

Die moderne Medizintechnik liefert uns entgegen der landläufigen Meinung viel weniger Informationen, als wir denken. Viele Schmerzpatienten möchten eine beweisende körperliche Diagnose. Dazu werden oft Röntgenuntersuchungen eingesetzt, hauptsächlich jedoch um dem fordernden Patienten deutlich zu machen, dass nichts unterlassen und alles getan wurde, was nötig ist.

Auch Menschen mit psychischen Auffälligkeiten werden körperlich krank und bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen gibt es „eine Psyche“.

Durch Studien wurde nachgewiesen:

- Eine englische Arbeitsgruppe hat bei 421 Rückenschmerzpatienten nach dem Zufallsprinzip bei der Hälfte Röntgenaufnahmen gemacht. Nach 3 Monaten war in der Röntgen-Gruppe die Behinderung stärker, die Gesundheit „schlechter“, Rückenschmerz häufiger und sie hatten mehr Arztbesuche als die Kontrollgruppe. Der Röntgenbefund spielte für die Behinderung keine Rolle. (Kendrick et al. 2001)
- Bei Computertomographien der unteren Lendenwirbelsäule zur Diagnose von Schmerzen bei Bandscheibenvorfall sind im Vergleich mit dem Operationsbefund: 37 % falsch positive und 29 % falsch negative Ergebnisse zu erwarten. Das heißt lediglich 1/3 der Ergebnisse sind zutreffend.
- Die Aussagekraft von Röntgenuntersuchungen ist äußerst miserabel. Bei 52 gesunden Personen, die noch nie Probleme mit der Wirbelsäule

hatten, wurde ein CT L4/5, L5/S1 angefertigt und 3 erfahrenen Radiologen vorgelegt mit der Frage: Krank Ja oder nein? Beim ersten Untersucher waren 29%, beim zweiten 48% und beim dritten 81% krank (Wiesel 84)

- Im Rahmen des Volvo Award wurden 2 x 46 Personen untersucht. Beschwerdefreie Probanden hatten in 63% in der Kernspintomografie Befunde, die eine Indikation für eine Bandscheibenoperation dargestellt hätte, wenn die Untersuchten an Kreuzschmerzen gelitten hätten. (Boos 95 Spine)
- 90 beschwerdefreie Patienten hatten zu 73% anatomische Veränderungen. Davon hatten 37% Bandscheibenvorfälle, 53% eine Bandscheibenvorwölbung, 58% Einrisse des äußeren Bandscheibenrings und 29% Rückenmarksveränderungen (Wood 95 (JBJS))
- In der vorausschauenden Boeing Studie über 4 Jahre an 3000 Personen war die Zufriedenheit am Arbeitsplatz der beste Voraussagefaktor *Prädiktor* für das Fehlen von Kreuzschmerzen (Bigos et al. 91)
- Bei einer Untersuchung an 67 Gesunden fanden 3 Neuroradiologen unabhängig von einander bei Kernspintomografien wesentliche krankhafte Veränderungen. Bei den unter 60-jährigen Gesunden bestanden in 20% der Fälle eine Enge im Wirbelkanal und in 20% der Fälle Bandscheibenvorfälle. Bei den über 60-jährigen Gesunden bestanden in 36% der Fälle Bandscheibenvorfälle und in 21 % der Fälle eine Enge in Wirbelkanal. Bei 35% der Gesunden im Alter von 20-40 Jahren und bei fast allen 60-80-jährigen fanden sich Bandscheibenveränderungen oder Vorwölbungen. Boden SD (1990)

Dies sind bewiesene Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Medizin. Angesichts dieser Tatsachen ist ein Umdenken dringend notwendig.

Ausblick

Genauso wie der gesamte Kosmos ist unser Körper ein sich selbst organisierendes System, das ohne den Verstand funktioniert und auf Selbsterhalt und Verbesserung programmiert ist. Gene steuern das System, erklären jedoch nicht die Unterschiedlichkeit der Menschen, da 99 % der Gene bei allen Menschen identisch sind. Es ist ein Wunder, wie aus einer Ei- und einer Samenzelle in neun Monaten im Mutterleib ein Wesen entsteht, ohne Zutun und Steuerung von Außen. Jede Zelle weiß genau, wozu sie da ist und wie selbstverständlich bilden sich alle wichtigen Organe, Sinne und das Bewegungssystem. Alle Vorgänge laufen automatisch ab, die Atmung, der Kreislauf, die Verdauung, das Hormonsystem, das vegetative Nervensystem, sogar das Denken.

Vom Denken meinen wir noch am ehesten, dass es ein aktiver Vorgang ist, der mit unserer Intelligenz zu tun hat. Das Denken läuft aber, wie wir wissen, automatisch ab und kann genauso wenig abgestellt werden, wie Atmung oder Kreislauf. Wir können nicht einmal eine Minute lang sein, ohne irgendetwas zu denken.

Vertrauen in die Selbstorganisation des Körpers hilft mehr, als auf Hilfe von außen zu hoffen. Der moderne Mensch hat den Kontakt zum Körper verloren und das Vertrauen auf Selbstheilung.

Joachim Bauer berichtet in seinem Buch: „Warum ich fühle, was Du fühlst“, dass von den 135.000 Genen 99 % bei allen Menschen identisch sind. Zwei Prozent aller Krankheiten sind genetisch bedingt, der Rest beruht darauf, wie die Gene gesteuert werden. Die Steuerung wiederum hängt hauptsächlich von neurobiologischen Vorgängen im Gehirn ab. Durch Stress zum Beispiel werden andere Gene aktiviert, als in einem Zustand der Achtsamkeit. Unser Körper nimmt die Dinge wahr, die der Verstand noch nicht begriffen hat. So kann der Körper seelische und biologische Reaktionen ohne das Wissen des Verstandes in Gang setzen.

Neueste Hirnforschungen über Spiegelneurone zeigen, dass es sich dabei um Nervenzellen handelt, die beim Gedanken eines Vorganges die gleichen Reaktionen im Gehirn auslösen, als ob sie aktiv begangen worden wären. Wenn Menschen in Anderen etwas zum Klingen bringen, entsteht eine zwischenmenschliche Resonanz. Die Spiegelneuronen sind dafür verantwortlich und sind wichtige Träger von Mitgefühl. Sie erklären die Verknüpfung von Körper, Emotion und Geist.

Intuitive Kommunikation ist biologisch angelegt und unabdingbar für menschliches Überleben. Emotion heißt übersetzt: „in Bewegung sein“. Das Gehirn ist bereits mit der Emotion beschäftigt, lange bevor diese ins Bewusstsein tritt.

Aus diesem Wissen und anderen Ansätze aus der neueren Hirnforschung wird verstehbar, dass Krankheit als Warnsignal des Körpers aufgefasst werden kann, dass also etwas mit der Seele nicht stimmt. Dabei kommt es nicht auf die objektive Situation an, sondern wie diese seelisch vom Patienten bewertet wird und hängt mit seinen Vorerfahrungen zusammen. Durch die oben genannten Erkenntnisse in Verbindung mit dem Wissen um die Schmerzverarbeitung wird

auch auf neurobiologischer Ebene klar, dass der Eigenanteil der Selbstverantwortung am Gesundheitszustand viel höher ist, als bisher von der Wissenschaft angenommen. Aus den Untersuchungen mit Spiegelneuronen ist bekannt, dass der Körper anders auf einen mitfühlenden Therapeuten reagiert, als auf ein Videoband mit Erklärungen über Krankheit oder eine Behandlungsmaschine (Elektrotherapie, Bestrahlung etc.). Offenbar spielt der soziale Kontakt eine wesentliche Rolle.

Eckhart Tolle, ein spiritueller Weisheitslehrer, der in den letzten Jahren immer mehr Menschen beeinflusst hat, schreibt in seinem Buch „Eine neue Erde“ ein Kapitel über den Schmerzkörper. Er erklärt darin, dass Denken genauso selbstständig abläuft, wie Verdauung und der Blutkreislauf. Emotionen werden hauptsächlich durch unser Denken ausgelöst.

Leid ist für den Menschen oft die einzige angemessene Reaktion auf eine in bestimmten Situationen ausgelöste Emotion wie Wut, Angst, Hass, Groll, Unzufriedenheit, Neid und Eifersucht. Diese Situationen werden nicht als zu uns gehörig erkannt, sondern als von außen ausgelöst (Projektion). Diese negativen Gefühle verstärken das Gefühl des Andersseins und des Getrenntseins von Allem, des Rechthabens um jeden Preis, mit allen negativen Auswirkungen auf das Immunsystem des Körpers.

Unglücklichsein ist nach E. Tolle eine Angewohnheit des Egos. Dahinter steckt der unbewusste Wunsch, dass sich endlich was in meinem Leben ändern sollte. Ich fühle mich nicht im Frieden mit dem, was gerade geschieht oder geschehen ist, weil ich etwas anderes möchte. Gleichzeitig findet Projektion durch Schuldzuweisung an den Anderen statt. Der einzige Ausweg ist, jetzt damit Frieden zu schließen, da der Widerstand gegen das Sosein, so wie es ist, Leid produziert.

Durch Beobachten des Körpers können die Emotionen durch Körperreaktionen wahrgenommen werden. Unbewusste Überzeugungen, insbesondere aus der Kindheit und von der Familie übernommen, erzeugen Emotionen im Körper. Jede negative Emotion, die nicht angeschaut wird, hinterlässt einen Restschmerz im Körper. Diese gespeicherten Emotionen aus früheren Erfahrungen nennt Eckhart Tolle den „Schmerzkörper“. Menschen mit einem ausgeprägten Schmerzkörper schicken unbewusst eine Energieausstrahlung aus, die der inneren Verfassung entspricht. Dies ist für die Umwelt sichtbar und fühlbar wie zum Beispiel Abwehrhaltungen durch Verschränken der Arme, angespannte Muskeln oder verbissenes Gesicht.

Wir können nicht aus der Tatsache aussteigen, dass diese Empfindung im Moment so ist. Es geht darum anzuhalten, die Emotion zuzulassen und dieser Empfindung Raum zu geben. Als nächsten Schritt kann die mit der Emotion verbundene unglückliche Geschichte aus der Vergangenheit (Kindheit) losgelassen werden.

Identifikation mit dem Schmerzkörper und dem Unglücklichsein dagegen lässt die Vergangenheit immer wieder aufleben und verstärkt die Schmerzen. Die Projektion aus der Vergangenheit unterstützt immer wieder das Leid. Empfindungen, Emotionen und Bewegtheit überkommen uns immer wieder mal. Wir sollten nur nicht zulassen, dass die Gefühle sich mit den alten Geschichten aus der Vergangenheit verbinden.

Tolle erzählt da aus spiritueller Sicht fast identisch das, was die moderne Schmerz- und Hirnforschung herausgefunden hat. Hier schließt sich wieder der Kreis. Es gibt keine Trennung von Körper, Seele und Geist.

Körperpsychotherapie und Dieter Dorn

Körperliche Haltungen passen zu bestimmten Gefühlen. Emotionale Informationen aus früherem Empfinden, zum Beispiel in der Kindheit sind im Körper gespeichert, wie die psychosomatischen Deutungen aus dem Volksmund auch zeigen. *Siehe in den entsprechenden Kapiteln über Wirbelsäule und Gelenke.* Auch Kernüberzeugungen wie: „Ich bin nicht wertvoll“, „ich kann das nicht“, usw. unterhalten den Glauben, wie es in unserem inneren Bild aussieht und nicht wie es in der realen Welt des Verstandes aussieht. Auf der Verstandesebene sind Veränderungen offenbar nicht zu erzielen, wie alle Erfahrung zeigt.

Veränderung ist nur möglich, wenn auf der körperlichen Ebene eine andere, gefühlte, positive Erfahrung gemacht wird. Körperpsychotherapien durch Berührung, Körperachtsamkeit oder Atem können die gespeicherte Information im Nervensystem verändern. In der Achtsamkeit der Behandlung entsteht ein Bewusstseinszustand, der es erlaubt, Zeuge des momentanen Erlebens zu werden.

Das Erfahrungsgedächtnis für Emotionen ist neben dem normalen Gedächtnis ein durch Gefühls- und Berührungsmuster strukturierter Speicherort im limbischen System, das unserem Bewusstsein normalerweise nicht zugänglich ist.

Die emotionale Reintegration nach Peter Bohlen geht davon aus, dass durch die achtsame Arbeit an Gelenken emotionale Betroffenheit ausgelöst werden kann. Genauso wie erhöhte Muskelspannung zur Unterdrückung von Gefühlen verwendet werden kann, können auch vorher unterdrückte Gefühle zum Ausdruck gebracht werden. Diese Steuerung geschieht über die Regelkreise, wie in den vorherigen Kapiteln beschrieben, im Bereich der Muskeln und Muskelspindeln. Peter Bohlen arbeitet hauptsächlich an den Armen und Händen des Patienten, um die Muskelpanzerung zu durchbrechen. Durch den Berührungskontakt wird die Aufmerksamkeit vom Gehirn, dem Denken, weggelenkt. Die Arbeit an den kleinen Fingergelenken dient zur Wahrnehmung und Verfeinerung der Körperstruktur. Dabei entspannt sich die tiefe, verspannte, harte Muskulatur durch die Mechanismen, wie sie bei der Gelenkbehandlung nach Dieter Dorn beschrieben wurden. Es kommt zu einer tiefen Entspannung der Muskulatur und oft zu einer körperlichen Reaktion, indem alte Gefühle wieder hochgeschwemmt werden. Ebenso wird durch die Behandlung an den Beinen eine tiefe Veränderung in Bezug auf Sich-mehr-Spüren erreicht. Peter Bohlen behandelt auch die Kopfgelenke, um darüber Kontakt mit den anderen Gelenken des Körpers aufzunehmen und den Spannungszustand zu erfassen. Auch diese Behandlung führt zu einer veränderten Wahrnehmung im Körper.

Durch die Beschäftigung mit dem Konzept der emotionalen Reintegration nach Bohlen sind mir die Zusammenhänge klar geworden, wie sehr auch die Behandlung nach der Methode Dorn geeignet ist, auch von der körperpsychotherapeutischen Seite aus zu arbeiten. Dieter Dorn hat dies

intuitiv erfasst. Somit stellt die Arbeit über den Körper, auch über die Deutung der einzelnen Gelenke ein gutes Verfahren dar, alte, blockierte Emotionen im Körper lösen zu helfen, wenn die Behandlung aus der Achtsamkeit heraus erfolgt.

In der Körperpsychotherapie werden insbesondere die tonischen Muskeln behandelt. Stellungsänderungen im Gelenk stimulieren die zur Verkürzung neigenden Muskeln, die zu diesem Gelenk gehören und unterdrücken die Gegenspieler, d.h. die tonischen Muskeln unterdrücken die phasischen Muskeln. Dieser Effekt wird sowohl bei der Behandlung Dorn als auch bei der Körperpsychotherapie genutzt. Interessant ist auch die Angabe von Dieter Dorn, „harte Muskeln zu drücken und weiche zu dehnen“. Auch dies stimmt mit den ganzen wissenschaftlichen Erkenntnissen und den Techniken anderer Therapien überein. Was mich an der Methode immer wieder fasziniert, ist dass die Handlungsanweisungen Dieter Dorns, die er rein aus der Intuition und dem Hinspüren des in der Funktion gestörten Körpers eines Menschen erfahren hat, zeigen wie das System in die Mitte gebracht werden kann. Kein medizinischer Intellekt wäre jemals in der Lage gewesen, ein so umfassendes und gleichzeitig so kompakt einfaches System zu erfinden.

Die Beschäftigung mit dem Schmerzkörper von Eckhart Tolle, der emotionalen Reintegration, der modernen Neurowissenschaften um die Zusammenhänge von Schmerz und Emotion hat mir gezeigt, dass alles Bemühen, Schmerzen nur über den Bewegungsapparat orthopädisch lösen zu wollen, eine Illusion bleiben muss. Erst in Verbindung mit der Lösung der gespeicherten Emotion und dem Hinführen des Patienten zu seiner wahren Bestimmung kann Heilung erfolgen. Die Methode Dorn ist geeignet, auf beiden Ebenen zu arbeiten.

Ich bin immer wieder erstaunt, wie alle intuitiv gefundenen Handlungsanweisungen Dieter Dorns sich mit allen gängigen, wissenschaftlichen und therapeutischen Ansätzen erklären und vergleichen lassen.

Literatur:

Bauer, Joachim, Warum ich fühle, was du fühlst: intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone, Hoffmann und Campe, Hamburg 2005

Baumgartner, Ochsner; Checklisten der aktuellen Medizin Orthopädie; 1. Auflage; Georg Thieme Verlag; Stuttgart; 1983; 3-13-635301-3

Bigos, S. J., Battie, M. C., Spengler, D. M., Fisher, L.D., Fordyce, W. E., Hansson, T. H., Nachemson, A. L. & Wortley, M. D. ; A prospective study of work perceptions and psychosocial factors affecting the report of back injury; Spine; 16; 1-6; 1991

Boden, S. D., Davis, D. O., Dina, T. S., Patronas, N. J. & Wiesel, S. W.; Abnormal magnetic-resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects; Journal of Bone and Joint Surgery; 72-A; 403-408; 1990

Boden, S. D., Davis, D. O., Dina, T. S., Stoller, D. W., Brown, S. D., Vailas, J. C. & Labropoulos, P. A. ; A prospective und blindes investigation of magnetic resonance imaging of the knee. Abnormal findings in asymptomatic subjects; Clinical Orthopaedics and Related Research; 282; 177-185; 1992

Boden, S. D., Mccowin, P. R., Davis, D. O., Dina, T. S., Mark, A. S. & Wiesel, S. ; Abnormal magnetic-resonance scans of the cervical spine in asymptomatic subjects. A prospective investigation; Journal of Bone and Joint Surgery; 72-A; 1178-1184; 1990

Bogduk N.; Evidenced-based clinical guidelines for the management of acute low back pain; November 1999

Bogduk, N. & Twomey, L.; Clinical Anatomy of the Lumbar spine; 1. Auflage; Churchill Livingstone; New York; 1987; 0-443-03505-9

Bolen, Peter; Emotionale Reintegration: der sanfte Weg - Ein Beitrag zur Körperpsychotherapie; Jungfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn 2006;3-87387-630-2

Boos N.,et al; 1995 Volvo Award in clinical sciences: The diagnostic accuracy of magnetic resonance imaging, work perception, and psychosocial factors in identifying symptomatic disc herniations. Spine; 1995; 20; 2613-25

Brand, Dr. med. Josef; Die manuelle Therapie nach Meridian-Diagnostik; 1. Auflage; raum & zeit Verlag; Gehrden; 3-89005-001-8

Brügger, Alois; Acta rheumatologica; 1. Auflage; Geigy S.A.; Basel/Schweiz; 1960

Brügger, Alois; Die Erkrankungen des Bewegungsapparates und seines Nervensystems; 1. Auflage; Gustav Fischer Verlag; Stuttgart; 1977; 3-437-10505-1

Bullough P.C., Boachie, O.; Atlas of Spinal Diseases; Gower Medical Publ.; New York; 1990; 0-397-44654-3

Buytendijk, F. J. J.; Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung; 1. Auflage; Springer-Verlag; Berlin; 1956

Cotta, Horst; Orthopädie; 3. Auflage; Georg Thieme Verlag; Stuttgart; 1982; 3 13 555803 7

Dahlke, Rüdiger; Krankheit als Symbol; 4. Auflage; C. Bertelsmann Verlag; München; 1996; 3-570-12265-4

Dihlmann, Wolfgang; Gelenke - Wirbelverbindungen Band III Röntgen; 1. Auflage; Georg Thieme Verlag; Stuttgart; 1973; 3 13 471201 6

Dittmar, F., Dobner, E.; Die neurotopische Diagnose und Therapie innerer Krankheiten; 1. Auflage; Haug Verlag; Ulm; 1961

Dorn, Dieter & Flemming, Gerda; Heilen mit der Methode Dorn; 1. Auflage; Lüchow Verlag; Stuttgart; 2003; 3-363-03033-9

Dvorak, Jiri & Vaclav; Manuelle Medizin Diagnostik; 1. Auflage; Georg Thieme Verlag; Stuttgart; 1983; 3-13-624601-2

Flemming, Gerda; Die Methode Dorn; 5. Auflage; Aurum Verlag; Braunschweig; 2000; 3-591-08407-7

Gleditsch, Jochen M.; Reflexzonen und Somatotopien; 3. Auflage; WBV Biologisch-Medizinische Verlagsgesellschaft mbH & Co KG; Schorndorf; 1988; 3-921988-37-3

Gore DR.; Roentgenographic findings in the cervical spine in asymptomatic persons. A ten-year follow-up; Spine 2001; 26: 2463–6

Hasenbring, M.; Chronifizierung bandscheibenbedingter Schmerzen; Schattauer; Stuttgart; 1992

Herget, Horst Ferdinand; Kopf- und Gesichtsschmerz; 1. Auflage; Könenmann Verlagsgesellschaft mbH; Köln; 2000; 3-8290-7493-X

Hohmann, Dietrich; Veränderungen der Costotransversalgelenke; 1. Auflage; Enke Verlag; Stuttgart; 1968

Junghanns, Herbert; Die gesunde und die kranke Wirbelsäule; 5. Auflage; Georg Thieme Verlag; Stuttgart; 1968

Kapandji, I.A.; Funktionelle Anatomie der Gelenke/ Rumpf und WS; 1. Auflage; Enke Verlag; Stuttgart; 1985; 3-432-94651-1

Kapandji, I.A.; Funktionelle Anatomie der Gelenke/obere Extremität; 1. Auflage; Enke Verlag; Stuttgart; 1984; 3-432-94231-1

Kendall, Florence & McCreary, Elisabeth; Muskeln - Funktionen und Test; 1. Auflage; G. Fischer Verlag; Stuttgart; 1985; 3-437-00424-7

Kirkaldy-Willis, W. H.; Managing low back pain; 2. Auflage; Churchill Livingstone; New York; 1988

Krack, Niels; Segment-Diagnostik und Segment-Therapie; 1. Auflage; Haug Verlag; Heidelberg; 1977; 3-7760-0431-2

Kunert, Werner; Wirbelsäule, Vegetatives Nervensystem und Innere Medizin; 1. Auflage; Enke Verlag; Stuttgart; 1963

- Laser, Tom;** Lumbale Bandscheibenleiden; 3. Auflage; Zuckschwerdt Verlag; München; 1994; 3-88603-475-5
- Laszlo, Ervin;** You can change the world; 1. Auflage; Horizonte Verlag; Stuttgart; 2002; 3-89483-058-1
- Locher H., Nilges, P.;** Wie chronifiziere ich meinen Schmerzpatienten; Orthopädische Praxis 37; 2001; 10 672-677
- Matsumoto, M. et. al.;** MRI of cervical intervertebral discs in asymptomatic subjects; The Journal of Bone and Joint Surgery; 1998; 80B:19-24
- McRae, Ronald;** Klinisch-orthopädische Untersuchung; 1. Auflage; G. Fischer Verlag; Stuttgart; 1982; 3-437-10769-0
- Mooney, Vert;** Presidential address; International Society for the Study of the Lumbar Spine; Dallas; 1986; Where is the pain coming from? Spine 1987; 12 754-59
- Mooney, Vert;** The orthopedic Clinics of North America; 3. Auflage; Saunders Company; Philadelphia; 1983; 0030-5898
- Nachemson, A. L.;** Low back pain. Are orthopedic surgeons missing the boat?; Acta Orthopaedica Scandinavica; 64; 1-2; 1993
- Nachemson, Alf L. & Jonsson, Egon;** Neck and Back Pain. The Scientific Evidence of Causes, Diagnosis, and Treatment; 1. Auflage ; Lippincott Williams & Wilkins; 2000; 0-7817-2760-X
- Netter, Frank;** Farbatlanten d. Medizin Nervensystem I; 1. Auflage; Georg Thieme Verlag; Stuttgart; 1983; 3-13-524401-6
- Netter, Frank;** Farbatlanten d. Medizin Nervensystem II; 1. Auflage; Georg Thieme Verlag; Stuttgart; 1989; 3-13-524501-2
- Neumann, Heinz-Dieter & Wolff, Hanns-Dieter (Hrsg.);** Theoretische Fortschritte und praktische Erfahrungen der Manuellen Medizin; 1. Auflage; Konkordia GmbH für Druck und Verlag; Bühl; 1979
- Odoul, Michel;** sage mir woran du leidest und ich sage dir warum; 2. Auflage 2002Aurum Verlag, Bielefeld 3-89901-481-2
- Raspe, H.-H., Wasmus, A., Greif G., Kohlmann, Th., Kindel, P. & Mahrenholtz, M.;** Rückenschmerzen in Hannover; Akta Rheumatologica; 15; 32-37; 1990
- Rudi, T. E., Turk D., C. & Brody M. C.;** Quantification of biomedical findings in chronic pain: problems and solutions. In D. C. Turk, & R. Melzack (Eds.); Handbook of pain assessment (pp 447-469); Guilford; New York; 1992
- Schneider, Werner;** Manuelle Medizin; 1. Auflage; Georg Thieme Verlag; Stuttgart; 1986; 3-13-682401-6
- Siebert, Götz K (Hrsg.);** Gesichts- und Kopfschmerzen; 1. Auflage; Carl Hanser Verlag; München; 1992; 3-446-16243-7
- Stiefvater, Erich W.;** Praxis der Akupunktur; 5. Auflage; Verlag für Medizin Dr. Ewald Fischer; Heidelberg; 1977; 3-921003-66-0

Tolle, Eckhart, Eine neue Erde; 3. Auflage; Wilhelm Goldmann Verlag, München 2005;

Turk, D.; Assess the person, not just the pain; Pain, clinical updates; 1 - September; 1-4; 1993

Turk, D.C. & Okifuji, A.; Evaluating the role of physical, operant, cognitive, and affective factors in the pain behaviors of chronic pain patients; Behav Modif 21; 259-80; 1997

Turk, D.C. & Okifuji, A. ; What factors affect physicians' decisions to prescribe opioids for chronic noncancer pain patients? Clin J Pain 13; 330-6; 1997

Turk, D.C. & Okifuji, A. ; Psychological approaches in pain management: what works? Curr Opin Anesth 11; 547-552; 1998

Turk, D.C., Okifuji, A. & Scharff, L.; Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts; Pain 61; 93-101; 1995

Turk, D.C., Okifuji, A., Sinclair, J. D. & Starz, T.W. ; Differential responses by psychosocial subgroups of fibromyalgia syndrome patients to an interdisciplinary treatment. Arthritis Care Res 11; 397-404; 1998

Van Tulder et al; Spinal radiographic findings and non-specific low back pain. Spine 22, 427-434; 1997

Vogel, Heinz-Hartmut; Zur Entwicklungsgeschichte, Physiologie und Pathologie der Wirbelsäule; WALA-Heilmittel GmbH; Eckwälden; 1986; 660899/208

Waddell, G. & Turk, D. C.; Clinical assessment of low back pain. In D. C. Turk, & R. Melzack (Eds.); Handbook of pain assessment (pp 15-36); Guilford; New York; 1992

Wall, P. D.; Introduction (2nd Ed.). In P. D. Wall, & R. Melzack (Eds.); Textbook of pain (pp 1-18); Churchill Livingstone; Edinburgh, London, Melbourne, New York; 1989

Weber H.; Lumbar Disc Herniation. A controlled, prospective study with ten years of observation; Spine 8(2); 1983

Weishaupt D et al; MR imaging of the lumbar spine: Prevalence of intervertebral disc extrusion and sequestration, nerve root compression, end plate abnormalities, and osteoarthritis of the facet joints in asymptomatic volunteers, Radiology; 209; 661-6; 199

White III, A. & Panjabi. M.; Clinical Biomechanics of the spine; Lippincott Company; Philadelphia; 1978; 0-397-50388-1

Wiesel, S. W., Tsourmas, N., Feffer, H. L., Citrin, C. M. & Patronas, N. ; A study of computer-assisted tomography. I. The incidence of positive CAT scans in an asymptomatic group of patients; Spine; 9; 549, 551; 1984

Wiesel, SW; A study of computer assisted tomography: The incidence of positive CT scans in an asymptomatic group of patients. Spine 9; 549-551; 1984

Wolff, H.-D.; Neurophysiologische Aspekte der manuellen Medizin; 2. Auflage; Springer-Verlag; Berlin; 1983; 3-540-11267-7

Wood K, et al (1995): Magnetic resonance imaging of the thoracic spine. J Bone Joint Surg (Am): 77:1631