

Osteopathie als personenzentrierte und integrierende Behandlungsmethode (Teil 2)

Torsten Liem, Christian Lunghi

Zusammenfassung

Nachdem in Teil 1 des Beitrags im vorigen Heft ein deutlicher Bedarf für einen kohärenten, interprofessionellen und metakonzeptionellen Rahmen für die osteopathische Versorgung nachgewiesen wurde, wird im 2. Teil des Hypothesenpapiers die Integrale Theorie (IT) als ein ganzheitlicher, evidenzbasierter, multimodaler, selbstreflexiver klinischer Argumentationsprozess vorgeschlagen und aufgezeigt, wie die verschiedenen osteopathischen Versorgungsmodelle in das Vier-Quadranten-Modell der IT eingefügt werden können. Die Integrale Theorie findet beispielsweise im Rahmen der psychosomatischen Osteopathie ihre Anwendung, bei der auch die spirituelle Komponente des Seins beleuchtet wird, um Patient*innen innerhalb ihres gesamten Lebenskontexts zu behandeln. So können beim Menschen in jedem dieser – von der Befruchtung bis zum Tod reichenden – Entwicklungsschritte und Morphodynamiken mögliche schädliche oder belastende externe

oder interne Einflüsse auftreten, die zu Befindensstörungen, Symptomen und zu somatisch-energetisch-psychischen Dysfunktionsmustern führen können.

Schlüsselwörter

Interprofessionalität, Integrale Theorie, multimodale bifokale Integration (MBI), biopsychosoziales Modell, biomechanisches Modell, Vier-Quadranten-Modell, osteopathische manuelle Therapie (OMT), psychosomatische Osteopathie, somatisch-energetisch-psychisches Dysfunktionsmuster

Abstract

Having demonstrated a clear need for a coherent, interprofessional, and meta-conceptual framework for osteopathic care in part 1 in the previous issue, part 2 of this hypothesis paper proposes Integral Theory (IT) as a holistic, evidence-based, multimodal, self-reflexive clinical reasoning process and shows how the different

osteopathic models of care can be integrated into the 4-quadrant model of IT. This is used, for example, in the context of psychosomatic osteopathy, where the spiritual component of being is also taken into account in order to treat patients within their whole life context. Thus, in humans, in each of these developmental steps and morphodynamics – from conception to death – possibly harmful or stressful external or internal influences may occur, which can lead to disorders of well-being, symptoms and to somatic-energetic-psychic dysfunctional patterns.

Keywords

interprofessionalität, Integral Theory, multimodal bifocal integration, biopsychosocial model, biomechanical model, four quadrant model, osteopathic manipulative treatment (OMT), psychosomatic osteopathy, somatic-energetic-psychic dysfunction patterns

Die Integrale Theorie (IT)

In der Debatte über mögliche Metakonzepte in der Osteopathie scheint eine Orientierung an anderen Gesundheitsberufen, wie der Krankenpflege, die bereits einen Metarahmen anwenden, sinnvoll. Dies könnte dabei helfen, die vielen teils unvereinbar erscheinenden Gesichtspunkte in eine osteopathische Intervention am Patienten einzubeziehen und so Konsens unter den unterschiedlichen Standpunkten zu schaffen. Der Publizist und Philosoph Ken Wilber entwickelte unter anderen die sog. Integrale Theorie (IT), bei der es sich um den Versuch handelt, natur-, human- und geisteswissenschaftliche Denkansätze mit rationalen sowie spirituellen Weltansichten zu vereinen. Sie soll einen

organisatorischen Rahmen bieten, um verschiedene Theorien und Philosophien inter- und intrakonzeptionell zu ordnen. Darauf aufbauend haben bereits 2006 Liem und 2017 Van den Heede praxisrelevante Ansätze für die osteopathische Diagnose und Behandlung sowie 2019 von Shea et al. für die Krankenpflege entwickelt [31], [36], [61].

Die IT birgt das Potenzial, die osteopathische Versorgung („osteopathic care“; OC) im Hinblick auf die Interprofessionalität mit anderen Gesundheitsberufen zu harmonisieren, indem die IT die traditionellen und die neuen osteopathischen Rahmenbedingungen integriert [61]. Damit sich dieses Potenzial entfalten kann, braucht es eine Einbettung der IT in die Praxis der Gesundheitsberufe im Allgemeinen und in die der OC im Speziellen.

In diesem Hypothesenpapier sollen Argumente für die Implementierung eines integrierenden Modells der osteopathischen, personenzentrierten Versorgung dargestellt werden und zu einer konstruktiven Debatte anregen. Solch eine Metatheorie könnte als Interpretation der IT entstehen und die Rahmenbedingungen für eine – auf empathischen Prinzipien basierende – partnerschaftliche therapeutische Beziehung schaffen [36] sowie der Notwendigkeit nachkommen, die Grundlagen für eine personenzentrierte osteopathische Praxis zu gestalten [16], [61], [73], indem das Individuum samt seiner Geschichtlichkeit und seiner Kontexte mit einbezogen werden [18].

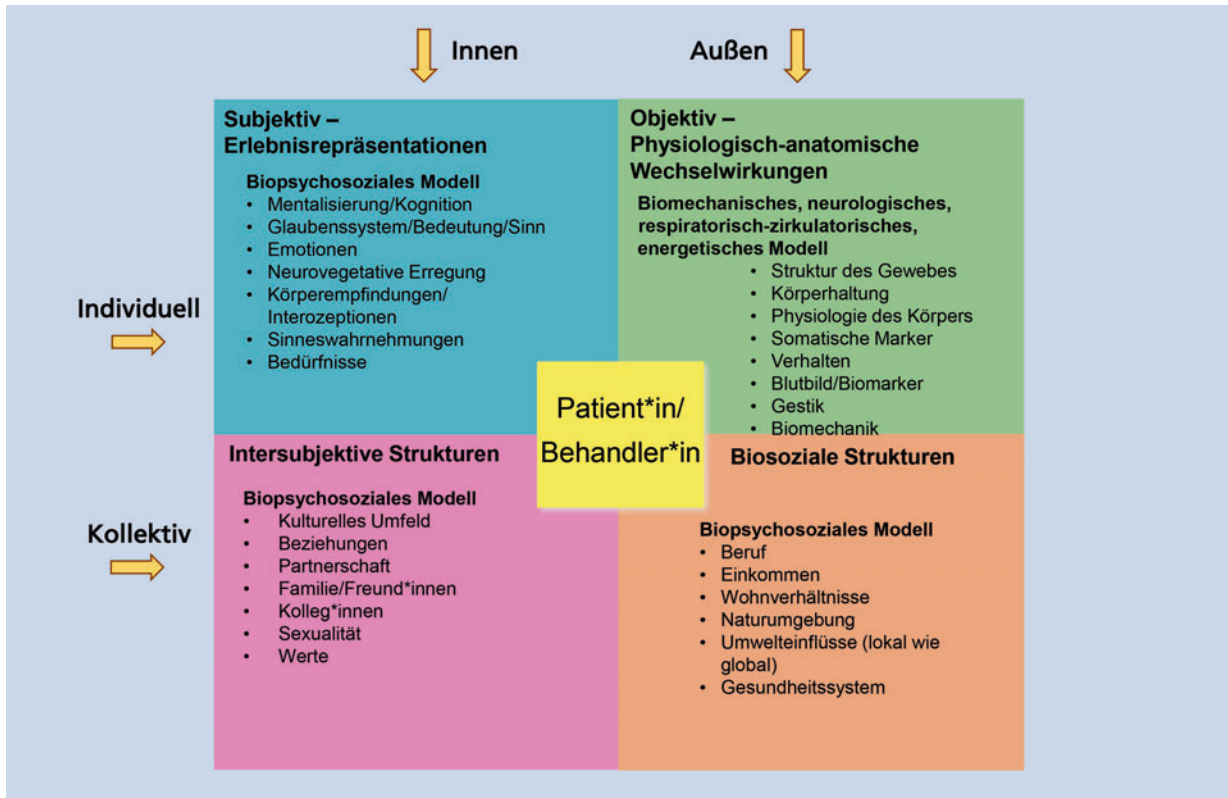


Abb. 1: In der Behandlung der psychosomatischen Osteopathie zu berücksichtigende Aspekte im Rahmen des Vier-Quadranten-Modells

Die IT ermöglicht durch ihre systemische und kohäsive Struktur eine disziplinübergreifende Synthese der natürlich vorkommenden Wachstumshierarchien [6], [61]. Für sein Modell hat Ken Wilber fünf Bereiche der menschlichen Erfahrung – nämlich Quadranten, Ebenen, Linien, Zustände und Typen – beschrieben. Diese Bereiche werden weiter in einem vier Perspektiven beinhaltenden Rahmen (Vier-Quadranten-Modell; 4QM) zusammengefasst, um der Komplexität von Gesundheit, Krankheit und Behandlungsprozessen gerecht zu werden [75]. So werden Perspektiven auf die Welt, bestehend aus inneren und äußeren Aspekten, sowie Wahrnehmungen von der Welt sowohl auf der individuellen als auch auf der kollektiven Ebene integriert [31], [61], [75].

Im Vier-Quadranten-Modell (4QM) werden also individuelle innere, individuelle äußere, kollektive innere und kollektive äußere Aspekte berücksichtigt.

Jeder der Quadranten zeigt phylo- sowie ontogenetische Entwicklungsdynamiken. Dieses Modell wird erweitert und modifiziert in der psychosomatischen Osteopathie angewendet (s. Abb. 1). So können beim Menschen in jedem dieser – von der Befruchtung bis zum Tod reichenden – Entwicklungsschritte und Morphodynamiken mögliche dysfunktionelle externe oder interne Einflüsse auftreten, die zu Befindensstörungen, Symptomen oder zu somatisch-energetisch-psychischen Dysfunktionsmustern (SEPD) führen können. Mittels individuell angepasster osteopathischer Interventionen kann die Befundung, Differenzierung, Relativierung, Integration und möglicherweise Auflösung dieser dysfunktionellen Einflüsse und ihrer Nachwirkungen sowie der SEPD und die Hinwendung zu koreguliertem homöodynamischem Erleben unterstützt werden [37], [38]. Ein Überblick über die IT ist in Tab. 1 dargestellt. Die IT bietet den organisatorischen Rahmen, um personenbezogene Informationen innerhalb der dyadischen Beziehung und mit der Umwelt zu organisieren.

Hierzu stehen zwei verschiedene Kanäle zur Verfügung: der gewöhnliche und der nicht-gewöhnliche Kanal. So können beispielsweise Tastbefunde, aber auch biomedizinische Daten auf verschiedene Weise therapeutisch betrachtet werden [61], [75]. Beispielsweise kann das Verhältnis der Patient*innen zu deren Innen- und Außenwelt befundet werden im Sinne relativer Autonomie (Selbsterhaltungs-, Selbstbehauptungs- und Assimilations-tendenz eines Holons und Ausdruck seiner Ganzheit) und Anpassungsfähigkeit (Tendenz, Beziehungen einzugehen und sich einzufügen und Ausdruck der Teilheit eines Holons) [31].

Das Holonkonzept wurde ursprünglich von Koestler entwickelt und von Wilber weiter differenziert. Danach ist die Wirklichkeit weder aus Ganzen noch aus Teilen zusammengesetzt, sondern aus Ganzen/Teilen, die Holons genannt werden [31].

- Ist die *relative Autonomie*, das Sich-behaupten dysfunktionell gegenüber der äußeren Welt *erhöht*, hat sich der Teile-Aspekt im Patienten bzw. in der Patientin dysfunktionell vermindert zugunsten des Ganze-Aspekts. Der energetische Befund ist meist dadurch gekennzeichnet, dass der Organismus mehr Energie aufnimmt, als er abgibt. Die Zunahme relativer Autonomie beruht hier nicht wie in einer gesunden Entwicklung auf einer Verinnerlichung und Umarmung von immer mehr Seins-ebenen, sondern auf der Trennung und Distanzierung zu ihnen.
- *Verlust der relativen Autonomie*, im Sinne einer Schwächung der natürlichen Abgrenzung. Hier findet eine Verminderung der relativen Autonomie statt, d. h. der Ganze-Aspekt der Person nimmt ab, und ihr Teile-Aspekt, ihre Empfänglichkeit bzw. Rezeption nimmt dysfunktionell zu. Ihre Grenzen gegenüber der Außenwelt sind vermindert bzw. die Abgrenzung zur Außenwelt ist geschwächt. Verminderung der Abgrenzung ist hier nicht, wie in einer gesunden Entwicklung, eine verminderte Egozentrik, sondern eine Schwächung der Fähigkeit einer Person, ihre Ganzheit gegenüber der Außenwelt instand zu halten. Ihre Ganzheit hat sich zugunsten ihres Teile-Aspekts dysfunktionell verschoben. Der energetische Befund ist meist dadurch gekennzeichnet, dass der Organismus mehr Energie abgibt, als er aufnimmt.

Auch das Verhältnis zwischen Selbststimmmanenz (Umfassung des Niedrigeren durch das Höhere, z. B. Relativierung limbischer Impulse durch den präfrontalen Kortex) und Selbsttranszendenz (evolutionärer Drang zu einer höheren Ebene, in dem neue Holons sichtbar werden und über das Bestehende hinausgelangen) kann befundet werden. Dysfunktionell kann Selbststimmmanenz als Dissoziation und Selbsttranszendenz als Teilselbstauflösung mit jeweils einem assoziierten Symptom auftreten [31]:

- *Selbstauflösung*: Dabei findet eine Regression statt, d. h. bestimmte so-

matistische/psychische Anteile einer Person sind nicht mehr optimal integriert, sondern desintegriert. Beispielsweise können bereits inhibierte frühkindliche Reflex- bzw. Reaktionsmuster wie der asymmetrisch tonische Nackenreflex wieder teilweise auftreten, oder bereits erworbene Regulationen wie Harnkontinenz können desintegrieren und als Enuresis nocturna in Erscheinung treten etc. Umgekehrt kann es während des Heilungsprozesses zu Regressionsphänomenen kommen und ehemals unterdrückte Störungen, Emotionen oder chronische Beschwerdebilder können sich in akute zurückwandeln.

- *Dissoziation*: Hier kann beispielsweise eine dysfunktionelle Dissoziation der psychischen zur biologischen Ebene entstehen, z. B. als Anorexia nervosa.

Die Integrale Theorie bietet eine Möglichkeit, die biologische, psychosoziale und spirituelle Reaktionsfähigkeit einer Person auf die Herausforderungen der Umwelt wahrzunehmen und Störungen im Organismus bzw. im gesamten Lebenskontext einer Person zu identifizieren und zu behandeln. Hierbei ist es wichtig, die Waage zwischen dem wahrnehmend-kognitiv-symbolischen und dem direkten intuitiven nicht-lokalen Ansatz im Sinne der Einheit von Körper, Geist und Seele zu finden. Insbesondere ist wesentlich, die Patient*innen aktiver im Behandlungssetting einzubinden [39] sowie deren Proaktivität im jeweiligen Lebenskontext zu unterstützen [27], [43]. Dazu zählen:

- Achtsamkeit und bewusstes Atmen [84],
- intrinsische myofasziale Vibration [3],
- Meditation [33],
- Stressbewältigungsstrategien [74],
- kognitive Verhaltensansätze zur Integration schmerzbezogener Überzeugungen,
- 15-Step-Therapieansatz der multimodalen bifokalen Integration nach Liem [37], [38]; diese zeigte z. B. eine Verbesserung bei Spannungskopfschmerzen [83],
- 6-Step-Therapieansatz der osteopathischen herzfokussierten Palpation

nach Liem; dabei konnten signifikante Auswirkungen von Indikatoren für den Parasympathikus und die Herzratenvariabilität registriert werden; je höher das Ausgangsstresslevel der Proband*innen, desto größer waren die beobachteten Effekte [85],

- Förderung von proaktivem Verhalten seitens der Patient*innen mittels osteopathischen Cancellings entsprechend der fünf osteopathischen Modelle [39],
 - die persönliche spirituelle Praxis.
- Einen Überblick über die integralen Ansätze bei der osteopathischen Versorgung zeigt Tab. 1.

Diskussion

Das osteopathische Versorgungsmodell wird traditionell als ganzheitlich und personenzentriert beschrieben. Um einen Konsens für einen ganzheitlichen, evidenzbasierten, multimodalen, selbstreflexiven, klinischen Argumentationsprozess in der osteopathischen Praxis zu finden, wurde in diesem Hypothesenpapier die Integrale Theorie als möglicher konzeptioneller Rahmen vorgeschlagen. Die IT mit dem Vier-Quadranten-Modell wurde bereits 2006 in osteopathischen morphodynamischen Behandlungsansätzen [31] sowie in neuerer Zeit auch in der professionellen Krankenpflegepraxis [61] angewendet und als methodische Anleitung genutzt, um den Untersuchungs- und Behandlungsprozess in einer multiperspektivischen Weise zu strukturieren. Die klinische Praxis in unterschiedlichen Gesundheitsberufen sollte, neben der reinen Versorgung von Patient*innen, auch eine gesundheitsfördernde und fürsorgliche Perspektive im Sinne einer ontologischen Fürsorgekompetenz beinhalten. Der Erwerb von ontologischen Kompetenzen ist grundlegend für die osteopathische Pflege und essenziell innerhalb der Gesundheitswissenschaft und -praxis [1], [22], [54], [59], [77]. Ontologische Fürsorgekompetenz kann vor allem durch bewusste innere Arbeit des Gesundheitspersonals erreicht werden und die IT ermög-

Tab. 1: Integrale Ansätze im Bereich der Osteopathie

Näherung	Ziel
Therapeutische Beziehung	Um den Aufbau einer stabilen therapeutischen Beziehung zu unterstützen, kommen empathische Kommunikationsfähigkeiten zum Einsatz, indem Präsenz gezeigt wird sowie den Patient*innen im Hier und Jetzt die volle Aufmerksamkeit geschenkt wird. Aufgrund der wahrgenommenen Umstände, Gefühle und Bedürfnisse wird ein therapeutischer Ansatz ausgewählt und kommuniziert [37], [38].
Osteopathische Behandlung	<p><i>Systemische und spezifische osteopathische Manipulationen</i></p> <p>Ausgehend von den Struktur-/Funktionsmodellen werden entweder systemische oder spezifische osteopathische Manipulationsansätze angewendet. Diese können auch kombiniert werden, um die Körperstatik zu verbessern (biomechanisch), das vegetative Nervensystem zu entlasten (neurologisch), gastrointestinale Beschwerden zu mindern (metabolisch), die Atmung sowie die Zirkulation der Körperflüssigkeiten zu verbessern (kreislaufwirksam/respiratorisch) und Stressoren zu identifizieren sowie die physiologische Reaktionsfähigkeit wiederherzustellen (biopsychosozial) [43].</p> <p><i>Symptomorientierte Ansätze</i></p> <p>Neben einer individualisierten Behandlung besteht auch die Möglichkeit, symptomgeleitet zu arbeiten, z. B. können geeignete Techniken aus Fall-Kontroll-Studien zu ähnlichen Symptomkomplexen abgeleitet werden [43].</p> <p><i>Aktive Ansätze von Patient*innen</i></p> <p>Damit die Patient*innen an ihrem Heilungs- und Genesungsprozess partizipieren können und nicht nur passive Empfänger*innen von Gesundheitsdienstleistungen bleiben, sollten auch aktive Ansätze (z. B. Bewegung und/oder Ernährungsberatung) verfolgt werden. Als Beispiel sollen an dieser Stelle das <i>Einswerden mit dem Atem</i> (Anhang 1) und <i>intrinsische myofasziale Vibrationsübungen</i> (Anhang 2) vorgestellt werden.</p> <p>Des Weiteren könnte ein achtsamkeitsbasierter sowie auf Berührung aufbauender Ansatz gewählt werden, um alle Seins-Komponenten (Körper, Geist und Seele) der behandelten Person einzubeziehen; beispielsweise bietet sich die <i>multimodale bifokale Integration (MBI)</i> hierfür an und soll kurz umrissen werden:</p> <p>Der osteopathische palpatorische Behandlungsansatz der MBI ist darauf ausgerichtet, die Anpassungsfähigkeit der Patient*innen zu verbessern, um flexiblere Handlungsmöglichkeiten im Hinblick auf die Herausforderungen aus der Umwelt (wieder-)herzustellen oder zu optimieren [37], [38].</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorbereitung: Hier werden die therapeutische Beziehung aufgebaut, das Verfahren erklärt, Indikationen und Kontraindikationen abgeklärt und Stoppsignale vereinbart. • Identifizieren und Bewertung der Belastung. • Lokalisierung der Belastungs-Region. • Lokalisierung der Belastungs-Blickrichtung. • Lokalisierung der Ressourcen-Region. • Lokalisierung der Ressourcen-Blickrichtung. • 9-Step-Palpationsinteraktion: Vielschichtige abgestimmte palpatorische Ansätze werden unter ständiger Wahrnehmung der Prozessdynamik angepasst. Diese verändern beispielsweise Bottom-up-Signale, Interozeptionen, Propriozeptionen etc. und darauf aufbauende emotionale und mentalisierende Dynamiken und Vorhersagefehler. • Körperfeld-Interaktionen. • Rhythmisch alternierender Fokus. • Prozessdynamik: In dieser Phase findet die eigentliche Bearbeitung statt. Patient*innen werden z. B. angeleitet, sich erwartungsfrei in einem „Flowzustand“ überraschen zu lassen. • Koregulation und weitere Ressourcen: Mittels individualisierter und dosierter koregulativer Interventionen wird ein ressourcenreicher Flowzustand gewährleistet. • Auspressen der Zitrone: Möglichen noch assoziierten somato-energetisch-psychischen Dysfunktionsmustern wird Raum gegeben, sich zu zeigen. • Ankern: Das Erreichte wird für den Alltag der Patient*innen zugänglich gemacht. • Distanzierungstechniken: Noch bestehende Belastungen werden mittels dosierter Distanzierungstechniken bis zum nächsten Termin abgespeichert. • Neubewertung: Die Patient*innen werden ermutigt, sich bedeutungsvolle Einsichten, die während der Behandlung entstanden sind, bewusst zu machen, evtl. mitzuteilen und zu verankern.

licht die Schulung der Fähigkeit des Zugangs zu innerem Wissen, Erleuchtung und Intuition. Des Weiteren erlaubt sie eine breitere Sichtweise auf verschiedenen Gesundheitsebenen im Kontext des klinischen Szenarios sowie die proaktive Einbindung der Patient*-

innen in der therapeutischen Interaktion. Durch Anwendung von Wilbers Rahmenwerk könnten diejenigen Praktiken in den Fokus der Behandlung gestellt werden, welche auf die Eigenreflexion fußen, z. B. können Achtsamkeit seitens der Patient*innen im Behand-

lungssetting oder Zentrierungsübungen zu einer Harmonisierung der klinischen Begegnung beitragen [31], [40]. Ein weiterer Vorteil, welcher für die Implementierung des Vier-Quadranten-Rahmens im osteopathischen Setting spricht, besteht in der Möglichkeit,

alle verschiedenen osteopathischen Struktur-Funktions-Modelle wie auch morphodynamische Sichtweisen zu integrieren, indem bewusst die vielfältigen Perspektiven der IT in die Behandlung miteinbezogen werden. Eine Perspektivenerweiterung auf die psychosozialen Kontextfaktoren nebst der biologischen (mechanisch, postural, neurologisch, metabolisch, zirkulatorisch, respiratorisch) Ebene eröffnet neue Potenziale der Therapie. Zuvor vernachlässigte Perspektiven oder Standpunkte sowohl von den eigenen Patient*innen als auch innerhalb der osteopathischen Gemeinschaft können durch Anwendung der IT sichtbar und nutzbar gemacht werden. Aus der Perspektive der IT betrachtet kann die Osteopathie als ein Behandlungsansatz angesehen werden, welcher ein dynamisches Gleichgewicht zwischen der menschlichen Geist-Körper-Funktion und der Umwelt (wieder-)herzustellen versucht. Dies umfasst ebenso die Unterstützung der Patient*innen, ihre eigenen Ressourcen zu erkennen und Kraft aus ihnen zu schöpfen sowie einen Sinn im Leben und innerhalb der Dynamik von Gesundheit und Krankheit zu finden, inkl. spiritueller Aspekte.

Dabei sollte die Proaktivität der Patient*innen mehr in den Vordergrund gestellt werden. Beispielsweise wurden (auf der Basis der fünf osteopathischen Modelle in Liem u. Tsolodimos [39]) den Patient*innen Wirkmechanismen psychoedukativ erklärt, um einerseits die Voraussetzungen zu bilden, richtige Entscheidungen in Bezug auf Lebensgewohnheiten zu treffen, und andererseits dadurch Motivationen geschaffen, um proaktive Zugänge in Form von praktischen Tipps und Selbstübungen umzusetzen.

Schlussfolgerung

In diesem Hypothesenpapier wird ein mögliches Metarahmenkonzept zur Integration der verschiedenen theoretischen, konzeptionellen und partiellen Perspektiven innerhalb der osteopathischen Versorgung vorgestellt – die Integrale Theorie. Auf der Basis dieser

holistischen Betrachtungsweise wurden Ansätze osteopathischen Denkens und Handelns vorgestellt, die Zugangsweisen zum Verständnis morphodynamischer Entwicklungen im Menschen, dysfunktionaler und gesundheitsbedingender Faktoren sowie Möglichkeiten aufzeigt, Menschen nachhaltig auf ihrem persönlichen Genesungsweg zu unterstützen. Eine Einführung der IT in die klinische Praxis der Osteopathie könnte zudem die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen fördern [46], ohne die eigenen Berufsgrenzen aus den Augen zu verlieren. Historisch betrachtet, hat sich die osteopathische Versorgung stets auf die Befähigung von Patient*innen, sich selbst zu heilen, konzentriert [65].

Für die Beantwortung der Frage, ob eine individuelle und kollektive Innenperspektive auf Gesundheitsaspekte, wie sie die IT bietet, für die osteopathische Klinik von Vorteil sein würde, sind weitere Untersuchungen notwendig. Auf dem Weg zur Implementierung eines konzeptionellen Modells für osteopathische Praktiker*innen könnte die Findung eines gemeinsamen Konsenses über eine konsistente, plausible und nützliche Theorie – wie die der in diesem Hypothesenpapier vorgeschlagenen Integralen Theorie – ein erster Schritt sein.

Anhang 1 Eins werden mit dem Atem

In körperlich entspannter, aufgerichteter und stabiler Körperhaltung richtet der*die Patient*in die Aufmerksamkeit sanft auf seine*ihre Atmung, die Bewegungen im Brustkorb, Bauchraum oder an den Nasenlöchern beim Ein- und Ausatmen. Die Aufmerksamkeit auf verschiedene Bereiche und Aspekte zu richten, wird sanft und mit Empathie trainiert. Dabei werden z. B. die Atembewegung im Bauchraum oder die Hinwendung auf bestimmte Körperempfindungen als Anker für die Aufmerksamkeit benutzt. Dieses „Training“ findet in einer feinen dynamischen Balance von Disziplin und Empathie/Weisheit statt. In einer fortgeschrittenen Variante kann auch eine offene ungerichtete Aufmerksamkeit geübt werden, die alle mentalen Dynamiken und Erfahrungsphänomene miteinschließt, ohne sich auf eines davon zu fokussieren. Durch diese Praktiken können sich unangemessene,

unflexible dysfunktionelle Reaktions- und somato-energetische-psychische Dysfunktionsmuster zunehmend lösen [84].

Anhang 2 Myofasziale Vibrationsübung für etwa 5 Minuten [39]

- Mit dem Rücken an der Wand werden die Knie um etwa 90–100° gebeugt, sodass die Oberschenkel parallel zum Boden sind und die Unterschenkel im rechten Winkel dazu stehen. Diese Position wird gehalten, bis ein unwillkürliches Zittern in den Oberschenkeln wahrgenommen wird.
- Dann langsam aufrichten und sich von der Wand lösen. Die Knie nicht ganz durchstrecken, sondern leicht gebeugt halten, damit das Zittern gut geschehen kann. Die Atmung geht dabei tief in das Becken.
- Das Zittern kann unterschiedliche Formen annehmen. Es kann sich in den Beinen abspielen. Es kann auch hochsteigen in das Becken und sich von dort weiter in die gesamte Wirbelsäule oder bestimmte Regionen bewegen.
- Die Übung wird mit einer kurzen Entspannung, möglichst im Liegen, beendet.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Korrespondenzadresse

Torsten Liem
Osteopathie Schule Deutschland
Mexikoring 19
22297 Hamburg
tliem@torstenliem.de

Christian Lunghi
Via Clarice Tartufari 161
00128 Rom
Italien
christianlunghi@gmail.com

Literatur

- [1] American Association of Colleges of Osteopathic Medicine. Osteopathic Core Competencies for Medical Students. 2019; (August): 4–21
- [2] Baroni F, Ruffini N, D'Alessandro G, et al. The role of touch in osteopathic practice: A narrative review and integrative hypothesis. *Complement Ther Clin Pract.* 2021; 42: 101277
- [3] Berceci D, Napoli M. A proposal for a mindfulness-based trauma prevention program for social work professionals. *Complement Health Pract Rev.* 2006; 11 (3): 153–165
- [4] Bialosky J, Bishop M, Price D, et al. Mechanisms of manual therapy. *Mech Man Ther.* 2008; 14 (5): 103 p-103 p
- [5] Caneiro JP, Roos EM, Barton CJ, et al. It is time to move beyond 'body region silos' to manage musculoskeletal pain: five actions to change clinical practice. *Br J Sports Med.* 2020; 54 (8): 438–439
- [6] Carnes D, Mars T, Plunkett A, et al. A mixed methods evaluation of a third wave cognitive behavioural therapy and osteopathic treatment programme for chro-

- nic pain in primary care (OsteoMAP). *Int J Osteopath Med.* 2017; 24: 12–17
- [7] Cerritelli F, Chiachiaietta P, Gambi F, Saggini R, Perrucci MG, Ferretti A. Osteopathy modulates brain-heart interaction in chronic pain patients: an ASL study. *Sci Rep.* 2021 Feb 25; 11 (1): 4556
- [8] Chang S, Maddox J, Berg E, Kim K, Messier S, Swanson L, Dobrusin R, Stein AB, Nakken GN, Noble J, Nydam R. Evaluating for a correlation between osteopathic examination and ultrasonography on thoracic spine asymmetry. *J Osteopath Med.* 2021 Oct 13; 122 (1): 31–43
- [9] Consorti G, Basile F, Pugliese L, Petracca M. Interrater Reliability of Osteopathic Sacral Palpatory Diagnostic Tests Among Osteopathy Students. *J Am Osteopath Assoc.* 2018 Oct 1; 118 (10): 637–644
- [10] D'Alessandro G, Cerritelli F, Cortelli P. Sensitization and Interception as Key Neurological Concepts in Osteopathy and Other Manual Medicines. *Front Neurosci.* 2016 Mar 10; 10: 100
- [11] Deegenhardt BF, Johnson JC, Fossum C, Andicochea CT, Stuart MK. Changes in Cytokines, Sensory Tests, and Self-reported Pain Levels After Manual Treatment of Low Back Pain. *Clin Spine Surg.* 2017 Jul; 30 (6): E690-E701
- [12] DiGiovanna, EL. Somatic dysfunction. In: DiGiovanna EL, Schiowitz S, Dowling DJ, eds. *An Osteopathic Approach to Diagnosis and Treatment.* 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005: 16
- [13] Educational Council on Osteopathic Principles Glossary of Osteopathic Terminology. Chevy Chase, MD: American Association of Colleges of Osteopathic Medicine; 2011. <http://www.aacom.org/docs/default-source/insideome/got2011ed.pdf?sfvrsn=2> Zugang: 25.07.2022
- [14] Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry.* 1980; 137 (5): 535–544
- [15] Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Psychodyn Psychiatry.* 2012; 40 (3): 377–396
- [16] Esteves JE, Zagarra-Parodi R, van Dun P, Cerritelli F, Vaucher P. Models and theoretical frameworks for osteopathic care – a critical view and call for updates and research. *Int J Osteopath Med.* 2020; 35: 1–4
- [17] Fahlgren E, Nima AA, Archer T, et al. Person-centered osteopathic practice: Patients' personality (body, mind, and soul) and health (ill-being and well-being). *PeerJ.* 2015; 2015 (10): 1–37
- [18] Flatscher M, Liem T. What is health? What is disease? Thoughts on a complex issue. *The AAO Journal* 2011; 21 (4): 27–30
- [19] Foster NE, Anema JR, Cherkin D, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet.* 2018; 391 (10137): 2368–2383
- [20] Fryer G. Somatic dysfunction: an osteopathic conundrum. *Int J Osteopath Med* 2016; 22: 52–63
- [21] Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, et al. The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychol Bull.* 2007; 133 (4): 581–624 doi: 10.1037/0033-2909.133.4.581
- [22] General Osteopathic Council. Standards of practice – General Osteopathic Council. Gen Osteopath Coun. 2018; (September): 1–36
- [23] Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model. *Br J Psychiatry.* 2009; 195 (1): 3–4
- [24] Giles PD, Hensel KL, Pacchia CF, Smith ML. Suboccipital decompression enhances heart rate variability indices of cardiac control in healthy subjects. *J Altern Complement Med.* 2013 Feb; 19 (2): 92–96
- [25] Henley CE, Ivins D, Mills M, Wen FK, Benjamin BA. Osteopathic manipulative treatment and its relationship to autonomic nervous system activity as demonstrated by heart rate variability: a repeated measures study. *Osteopath Med Prim Care.* 2008 Jun 5; 2: 7
- [26] Hruby R, Paolo Tozzi P, Lunghi C, Fusco G. Fünf osteopathische Modelle. Elsevier, München, 2020
- [27] Hruby RJ. Pathophysiologic models and the selection of osteopathic manipulative techniques. *J Osteopath Med.* 1992; 6 (4): 25–30
- [28] Leicht BT, Kennedy C, Richardson C. Inflammatory Biochemical Mediators and Their Role in Myofascial Pain and Osteopathic Manipulative Treatment: A Literature Review. *Cureus.* 2022 Feb 15; 14 (2): e22252
- [29] Li R, Jose A, Poon J, Zou C, Istafanos M, Yao SC. Efficacy of osteopathic manipulative treatment in patients with Parkinson's disease: a narrative review. *J Osteopath Med.* 2021 Sep 22; 121 (12): 891–898
- [30] Licciardone JC, Kearns CM, Hodge LM, Bergamini MV. Associations of cytokine concentrations with key osteopathic lesions and clinical outcomes in patients with nonspecific chronic low back pain: results from the OSTEOPATHIC Trial. *J Am Osteopath Assoc.* 2012 Sep; 112 (9): 596–605
- [31] Liem T. Morphodynamik in Osteopathie, 2006; Hippokrates, Stuttgart.
- [32] Liem T. Entwicklungsdynamische und ganzheitliche Prinzipien und ihre Bedeutung für die Osteopathie. In: Liem T, Sommerfeld P, Würl P (Hrsg) Theorien osteopathischen Denkens und Handelns. Hippokrates, Stuttgart 2008
- [33] Liem T. Osteopathy and (hatha) yoga. *J Bodyw Mov Ther.* 2011; 15 (1): 92–102
- [34] Liem T, A.T. Still's Osteopathic Lesion Theory and Evidence-Based Models Supporting the Emerged Concept of Somatic Dysfunction, *The Journal of the American Osteopathic Association* 2016; 116 (10), 654–656
- [35] Liem T 2023 Psychosomatische Osteopathie. Elsevier, München; 2023
- [36] Liem T, Flatscher M. What is health? What is disease? Thoughts on a complex issue. Published online 2004
- [37] Liem T, Neuhuber W. Osteopathic treatment approach to psychoemotional trauma by means of bifocal integration. *J Osteopath Med.* 2020; 120 (3): 180–189
- [38] Liem T, Neuhuber W. Psychosomatische Osteopathie bei Trauma am Beispiel der bifokalen Integration. *Osteop Med.* 2020; 21 (4): 6–13.
- [39] Liem T, Tsolidimos C. Das Osteopathie-Selbsthilfe-Buch: Wie Osteopathie wirkt und die Selbstheilung fördert. Mit Übungen für jeden Tag. 2021. Trias, Stuttgart
- [40] Liem T, Van den Heede P. Foundations of Morphodynamics in Osteopathy: An Integrative Approach to Cranium, Nervous System, and Emotions, 2017; 1. Aufl. Handspring Publishing Limited, Pencaitland
- [41] Liem T, Patterson M, Frühwein J. Somatic dysfunction and compensation. In: Liem T, Van den Heede P. Foundations of Morphodynamics in Osteopathy: An Integrative Approach to Cranium, Nervous System, and Emotions, 2017; Handspring Publishing Limited, Pencaitland: 225–244
- [42] Littlejohn JM. Principle of osteopathy. *J Am Osteopath Assoc* 1908 (6): 66
- [43] Lunghi C, Baroni F. Cynefin framework for evidence-informed clinical reasoning and decision-making. *J Osteopath Med.* 2019; 119 (5): 312–321
- [44] Lunghi C, Liem T. „Models and theoretical frameworks for osteopathic care – A critical view and call for updates and research.“ *Int J Osteopath Med.* 2020; 37: 48–51
- [45] Lunghi C, Tozzi P, Fusco G. The biomechanical model in manual therapy: Is there an ongoing crisis or just the need to revise the underlying concept and application? *J Bodyw Mov Ther.* 2016 Oct; 20 (4): 784–799
- [46] Mackintosh SE, Adams CE, Singer-Chang G, et al. Osteopathic approach to implementing and promoting interprofessional education. *J Osteopath Med.* 2011; 111 (4): 206–212
- [47] Mars TS, Abbey H. Mindfulness meditation practise as a healthcare intervention: A systematic review. *Int J Osteopath Med.* 2010; 13 (2): 56–66
- [48] Meltzer KR, Standley PR. Modeled repetitive motion strain and indirect osteopathic manipulative techniques in regulation of human fibroblast proliferation and interleukin secretion. *J Am Osteopath Assoc.* 2007 Dec; 107 (12): 527–36
- [49] Mistry RA, Bacon CJ, Moran RW. Attitudes and self-reported practices of New Zealand osteopaths to exercise consultation. *Int J Osteopath Med.* 2018; 28: 48–55
- [50] Moran R. Somatic dysfunction – conceptually fascinating, but does it help us address health needs? *Int J Osteopath Med* 2016; 22: 1–2
- [51] Nanke L, Abbey H. Developing a new approach to persistent pain management in osteopathic practice. Stage 1: A feasibility study for a group course. *Int J Osteopath Med.* 2017; 26: 10–17
- [52] Noble M. The who definition of health: critical reading. *Med Law.* 2014; 33 (2): 33–40
- [53] Noy M, Macedo L, Carlesso L. Biomedical origins of the term 'osteopathic lesion' and its impact on people in pain. *Int J Osteopath Med.* 2020; 37: 40–43
- [54] Osteopathic International Alliance (OIA). Osteopathy and Osteopathic Medicine. A Global View of Practice, Patients, Education and the Contribution to Healthcare Delivery. Oia. Published online 2013; 102
- [55] Paulus S. The core principles of osteopathic philosophy. *Int J Osteopath Med.* 2013; 16 (1): 11–16
- [56] Rogers FJ, D'Alonzo GE, Glover JC, et al. Proposed tenets of osteopathic medicine and principles for patient care. *J Osteopath Med.* 2002; 102 (2): 63–65
- [57] Ruffini N, D'Alessandro G, Mariani N, Pollastrelli A, Cardinali L, Cerritelli F. Variations of high frequency parameter of heart rate variability following osteopathic manipulative treatment in healthy subjects compared to control group and sham therapy: randomized controlled trial. *Front Neurosci.* 2015 Aug 4; 9: 272
- [58] Rumney Rumney JC. The relevance of somatic dysfunction. *J Am Osteopath Assoc.* 1975; 74 (8): 723–725
- [59] Sciomachen P, Arienti C, Bergna A, et al. Core competencies in osteopathy: Italian register of osteopaths proposal. *Int J Osteopath Med.* 2018; 27: 1–5
- [60] Seffinger M, King HH, Ward RC, Jones JM, Rogers FJ. Osteopathic philosophy. *Found Osteopath Med Philadelphia Lippincott Williams Wilkins.* Published online 2003: 3–12
- [61] Shea L, Reimer – Kirkham S, Cavan Frisch N. Nursing perspectives on Integral Theory in nursing practice and education: An interpretive descriptive study. *Nurs Inq.* 2019; 26 (2): e12276
- [62] Smith D. Reflecting on new models for osteopathy – it's time for change. *Int J Osteopath Med.* 2019; 31: 15–20
- [63] Stilwell P, Harman K. An enactive approach to pain: beyond the biopsychosocial model. *Phenomenol Cogn Sci.* 2019; 18 (4): 637–665
- [64] Theisel S, Schielein T, Spießl H Der „ideale“ Arzt aus Sicht psychiatrischer Patienten. *Psychiatr Prax.* 2010; 37 (06): 279–284
- [65] Thomas G. Still relevant: The profession's characteristics of yesterday and today. *J Am Osteopath Assoc.* 2012; 112 (11): 738–742
- [66] Thomson OP, Petty NJ, Moore AP. Reconsidering the patient-centeredness of osteopathy. *Int J Osteopath Med.* 2013; 16 (1): 25–32
- [67] Tramontano M, Cerritelli F, Piras F, et al. Brain connectivity changes after osteopathic manipulative treatment: a randomized manual placebo-controlled trial. *Brain Sci.* 2020; 10 (12): 969
- [68] Tramontano M, Pagnotta S, Lunghi C, et al. Assessment and management of somatic dysfunctions in patients with patellofemoral pain syndrome. *J Osteopath Med.* 2020; 120 (3): 165–173
- [69] Tramontano M, Pagnotta S, Lunghi C, Manzo C, Manzo F, Consolo S, Manzo V. Assessment and Management of Somatic Dysfunctions in Patients with Patellofemoral Pain Syndrome. *J Am Osteopath Assoc.* 2020 Mar 1; 120 (3): 165–173
- [70] Tramontano M, Tamburella F, Dal Farra F, Bergna A, Lunghi C, Innocenti M, Cavera F, Savini F, Manzo V, D'Alessandro G. International Overview of Somatic Dysfunction Assessment and Treatment in Osteopathic Research: A Scoping Review. *Healthcare (Basel).* 2021 Dec 24; 10 (1): 28
- [71] Tyreman S. Evidence, alternative facts and narrative: a personal reflection on person-centred care and the role of stories in healthcare. *Int J Osteopath Med.* 2018; 28: 1–3
- [72] Van Dun PLS, Nicolaie MA, Van Messem A. State of affairs of osteopathy in the Benelux: Benelux Osteosurvey 2013. *Int J Osteopath Med.* 2016; 20: 3–17
- [73] Vogel S. Continuing debates about models of practice. *Int J Osteopath Med.* 2020; 37: 1–2
- [74] Wallden M. Rebalancing the Autonomic Nervous System (ANS) with work in exercises: Practical applications. *J Bodyw Mov Ther.* 2012; 16 (2): 265–267
- [75] Wilber K. Toward a comprehensive theory of subtle energies. *Explor (New York, NY).* 2005; 1 (4): 252–270
- [76] Wong KM, Cloninger GR. A Person-Centered Approach to Clinical Practice. *Focus (Madison).* 2010; 8 (2): 199–215
- [77] World Health Organization. Benchmarks for training in traditional / complementary and alternative medicine: benchmarks for training in osteopathy. Published online 2010; 23
- [78] World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010
- [79] World Health Organization. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Published online 1948
- [80] Zago J, Amatuzzi F, Rondinel T, Matheus JP. Osteopathic Manipulative Treatment Versus Exercise Program in Runners with Patellofemoral Pain Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *J Sport Rehabil.* 2020 Dec 17; 30 (4): 609–618
- [81] Zagarra-Parodi R, Draper-Rodi J, Cerritelli F. Refining the biopsychosocial model for musculoskeletal practice by introducing religion and spirituality dimensions into the clinical scenario. *Int J Osteopath Med.* 2019; 32 (March): 44–48
- [82] Zagarra-Parodi R, Draper-Rodi J, Haxton J, et al. The Native American heritage of the body-mind-spirit paradigm in osteopathic principles and practices. *Int J Osteopath Med.* 2019; 33: 31–37
- [83] Däschle SJ. Osteopathic Treatment Approach to Chronic Tension-Type Headache by Means of Bifocal Integration: A Pilot and Feasibility Study. MSc Thesis. Hamburg: OSD; 2022
- [84] Liem T, Tsolidimos C. Osteopathie: Gezieltes Lösen von Blockaden, 3. Aufl. Trias, Stuttgart; 2016
- [85] Wischhöfer S, Anna Moysa J. Auswirkung einer osteopathischen Behandlung des Herzens nach Torsten Liem auf das vegetative Nervensystem bei Menschen mit einem erhöhten Stresslevel eine randomisiert kontrollierte Studie. Abschlussarbeit zur Erlangung des Titels Master of Science. Osteopathie Schule Deutschland. Hamburg, 2020