

Trauma und Schock - eine osteopathische Ansicht



“Now, many people who don’t know a lot about trauma think that trauma has something to do with something that happened to you a long time ago. In fact, the past is the past and the only thing that matters is what happens right now. And what is trauma is the residue that a past event leaves in your own sensory experiences in your body and it’s not that event out there that becomes intolerable but the physical sensations with which you live that become intolerable and you will do anything to make them go away.”

(Bessel van der Kolk)

EINFÜHRUNG

Trauma, Schock, PTSD, Stress usw. sind Schlagworte, die in den letzten Jahrzehnten immer öfters in der Therapiewelt verwendet wurden. Dieser Artikel möchte im Detail Begriffe wie Trauma und Schock differenzieren und damit klarstellen, dass im therapeutischen Setting zu oft der Begriff Trauma fälschlicherweise verwendet wird. In der Körpertherapie ist das Erkennen und die Behandlung eines Traumas wichtig, aber noch wichtiger ist das Spüren, das Erkennen und die spezifische Behandlung von Schock.

Schock wirkt lokal, regional oder global im Körper wie

- eine “Handbremse”,
- wie ein “Stecken im Getriebe”,
- wie ein “Einfrieren” des Körpersystems,
- wie eine “Implosion” des Körpersystems.

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

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

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

TRAUMA

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

Ein Trauma ist gemäss Psychologe und Pränatal-Trauma-Experte William Emerson ein systemisches¹ Phänomen, wobei der Körper eine hoch-defensive Strategie entwickelt hat, um die Erinnerung an das Geschehene einzudämmen. Ein Trauma ist demnach ein erfolgreiches Management oder Eindämmung einer psychologischen Wunde. (Emerson 2016)

1 – Von einer „systemischen“ Betrachtungsweise sprechen wir dann, wenn wir die Dinge als System betrachten, wenn wir also einzelne Teile im Zusammenhang mit dem größeren Ganzen sehen, dem sie angehören, und die Ursachen für Probleme nicht bei den Teilen, sondern im Zustand des Systems sehen.

WIE ÄUSSERT SICH EIN TRAUMA?

Die Reaktion von Menschen auf traumatische Ereignisse hängt von vielen Faktoren ab, unter anderem von der Art und Stärke des Erlebnisses, von der Situation des Geschehens und von den persönlichen Ressourcen und deren Resilienz², welche den Betroffenen in jenem Zeitpunkt zur Verfügung steht. Da die Erfahrungen jedes Menschen einzigartig sind, ist es schwierig eine Liste der Traumasymptome zusammenzustellen, die auf jede betroffene Person zutrifft. Meistens treten viele verschiedene kurz-, mittel- und langfristige Symptome auf, die das Bestehen einer transresilienten³ Stressbelastung anzeigen und bei den meisten Traumatisierten zu finden sind. Dabei können beim Betroffenen eines belastenden Ereignisses unter anderem folgende akute Reaktionen auftreten:

- physische Reaktionen wie z. Bsp. Zittern, Schwitzen, erhöhte Herzfrequenz, erhöhter Blutdruck, Atemnot, Schüttelfrost
- emotionale Reaktionen wie z. Bsp. Hilflosigkeit, Orientierungsverlust, Gereiztheit, Aggression, Erschöpfung, Niedergeschlagenheit
- kognitive Reaktionen wie z. Bsp. Sprachschwierigkeiten, Gedächtnisverlust (Amnesie), Entscheidungsschwierigkeiten, Konzentrationsprobleme

Diese Symptome treten entweder direkt nach oder oft erst eine Weile nach dem auslösenden Ereignis schleichend auf (nach einer gewissen Latenzzeit), und werden dann meist nicht als Traumafolge erkannt. Oft werden die Symptome auch durch eine unbewusste Reaktivierung des Traumas (Flashbacks) ausgelöst, wenn z.Bsp. eine dem Trauma ähnliche Situation (Trigger = Auslöser von Flashbacks) auftaucht. (Deutsche Traumastiftung 2016)

WAS SIND DIE FOLGEN EINES TRAUMAS? EINFÜHRUNG

Die Wahrscheinlichkeit, dass ein möglicherweise traumatisierendes Ereignis negative Folgen hat, hängt von der Schwere und Art des Ereignisses ab, und insbesondere auch von der psychischen, emotionalen und körperlichen Resilienz der betroffenen Person. Dabei können die Reaktionen auf ein erlebtes Trauma bei Erwachsenen und besonders bei Kindern und Jugendlichen sehr unterschiedlich sein. Dies bedeutet, dass ein schlimmes Ereignis nicht zwingend zu einem Trauma führen muss.

Oft lassen die eigenen Selbstheilungskräfte akute Belastungsreaktionen abklingen und der Betroffene kann das Erlebte zurücklassen, ohne dass es ihn in seinem weiteren Leben bedeutend beeinträchtigt. Wirken jedoch mehrere belastende Faktoren zusammen und ist nicht

RESILIENZ

In der Psychologie sind die Begriffe Resilienz (Engl. „resilience“, auch bekannt als „Widerstandsfähigkeit“) und Verwundbarkeit (Engl. „vulnerability“) sehr wohl bekannt. In der Psychologie wird Verwundbarkeit als Gegenteil von Resilienz betrachtet. Ursprünglich wurde der Begriff Resilienz in Verbindung mit Forschung von traumatisierten Kindern verwendet (Krieg, Vergewaltigung, emotionaler und/oder körperlicher Missbrauch etc.). Ein Kind mit einer starken Resilienz hat ein grosses Potenzial zur Verarbeitung der erlebten traumatisierenden Erfahrungen und kann mit grosser Wahrscheinlichkeit wieder in einen Zustand wie vor den Ereignissen kommen. Der Begriff Resilienz kommt vom lateinischen Wort „resilire“; es bedeutet, „abspringen, zurückprallen, zurück schrumpfen, zurückspringen. (Muntinga 2016b)

genügend Resilienz vorhanden, können neben Vitalitätsstörungen, Angststörung und Depression sogenannte posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) auftreten, obwohl das traumatische Ereignis bereits Wochen oder Monate, zum Teil auch Jahre zurückliegt. PTBS gehört zu den in (para)medizinischen Welt bekanntesten Traumafolgestörungen. (Deutsche Traumastiftung 2016)

KURZFRISTIGE FOLGE: AKUTE BELASTUNGSREAKTION (ABR)

Eine akute Belastungsreaktion ist eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt, und die im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt. Die individuelle Vulnerabilität (Verwundbarkeit) und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen (sog. „Coping-Strategien“) spielen bei Auftreten und Schweregrad der akuten Belastungsreaktionen eine wichtige Rolle. Die Symptomatik zeigt typischerweise ein gemischtes und wechselndes Bild, beginnend mit einer Art von „Betäubung“, mit einer gewissen Bewusstseinsengung und eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiteres Sichzurückziehen aus der Umweltsituation folgen, oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität (wie Fluchtreaktion oder Fugue). Vegetative Zeichen panischer Angst wie Herzrhythmusstörungen, Schwitzen und Erröten treten zumeist auf. Die Symptome erscheinen im Allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und gehen innerhalb von zwei oder drei Tagen, oft innerhalb von Stunden zurück. Teilweise oder vollständige Amnesie bezüglich dieser belastenden Episode kann vorkommen. (Quelle: ICD-10-WHO 2016)

2 – Belastungsfähigkeit

3 – jenseits der Grenze eines jeweils individuellen Belastungspotentials

MITTEL - BIS LANGFRISTIGE FOLGE: POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG (PTBS)

Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren wie bestimmte, z.Bsp. zwanghafte oder asthenische⁴ Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren, aber die letztgenannten Faktoren sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtheit und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung⁵, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz⁶, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung über. (Quelle: ICD-10-WHO 2016)

SCHOCK AUS DER SICHT VON MEDIZIN, PSYCHOLOGIE & PHYSIK

Der Begriff Schock wird in den Disziplinen Medizin, Psychologie und Physik verschieden beschrieben, aber grundsätzlich haben alle eines gemeinsam: Es geht um einen Einfluss von Aussen, der einen Körper transmarginal⁷ beeinflusst, meist mit bleibenden Veränderungen.

MEDIZINISCHE DEFINITION:

Der Begriff Schock bezeichnet in der Medizin ein lebensbedrohliches Zustandsbild. Es bildet sich eine schwere Kreislaufstörung aus, bei der meist die

4 – schwach, kraftlos, matt

5 – andauernde Aufmerksamkeit

6 – symptomfreie Zeit

7 – transmarginal = jenseits der Belastungsgrenze (auch: transresilient)

Blutzirkulation in den Kapillaren vermindert ist. Als Folge treten eine Sauerstoffunterversorgung der Gewebe und in letzter Konsequenz ein Stoffwechselfversagen auf. (Psychembel)

PHYSIKALISCHE DEFINITION: (SCHOCK = STOSS)

Ein (unelastischer) Stoß ist ein Vorgang, bei dem zwei oder mehr Körper kurzzeitig Kraft aufeinander ausüben. Als Folge ändern die Körper ihren Bewegungszustand, möglicherweise auch ihre Form und Zusammensetzung. (Wikipedia)

PSYCHOLOGISCHE DEFINITION:

Die akute Belastungsreaktion (ABR) (umgangssprachlich "Schock", genauer gesagt "Reaktion auf akute Belastung") ist die Folge einer extremen psychischen und/oder körperlichen Belastung, für die der oder die Betroffene keine geeignete Bewältigungsstrategie besitzt. (Deutsche Traumastiftung 2016)

Weder das Symptombild und die Verlaufsdefinition einer akuten Belastungsreaktion (ABR) noch einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) beschreiben passend das Phänomen Schock, so wie ich es als Osteopath tagtäglich in den Körpern von traumatisierten Menschen vorfinde. Hier muss eine "neue" Definition her, um einen spezifischen Behandlungsansatz ermöglichen zu können.

SCHOCK - EINE OSTEOPATHISCHE ANSICHT

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

(Lee 2011)

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

Ein unter Schock stehender Mensch und dessen schockiertes Gewebe kann sich wie oben im Kapitel "akute Belastungsreaktion" (ABR) manchmal von selbst erholen und wieder zurück zur Normalität finden, aber oft ist ein Schock - Körper zeitsistent und hat Einfluss auf alle Körpersysteme, insbesondere das Nebennieren - System und das Energiesystem (Kundalini, Meridiane,

Chi, etc.) – d.h. auch den Ausdruck von Vitalität im Körpersystem durch Fluidide, Midline und Longide.

Ein milder Schock ist meist gravierender als ein Trauma, da ein Trauma gemäss William Emerson (2016) ein Phänomen ist, wobei der Körper eine hoch - defensive Strategie entwickelt hat, um die Erinnerung an das Geschehene einzudämmen. Grundsätzlich kann man behaupten, dass eine Entfremdung in sich selbst die Kernwunde von Schock ist. Das Schlagwort hier ist Selbstentfremdung, d.h. ein sich „verlassen“ oder die Bildung eines Risses im Gefüge auf fluider und/oder elektromagnetischer Ebene.

WAS IST SCHOCK AUS OSTEOPATHISCHER SICHT?

“Schock im Gewebe ist eine Form von fixierter Energie, welche sich in der Fluidität des Gewebes manifestiert. Schock führt zu Stagnation in der Flüssigkeit des Seins.”

Meiner Wahrnehmung nach ist Schock im Gewebe eine Form von fixierter Energie, welche sich in der Fluidität des Gewebes manifestiert. Schock führt zu Stagnation in der Flüssigkeit des Seins. Da die Effekte von Schockenergie meist einen zeitresistenten Charakter besitzen, könnte es sein, dass sich das betroffene Gewebe sich wohl irgendwie “versteift”, “taubstumm” und unreaktiv macht, sich dessen Fluidität gelartig verändert oder sich ein gewisser “Abdruck” in dessen Gewebematrix bildet. Wie auch in der physikalischen Definition von “Schock/Stoss” erwähnt, kann ein nicht absolut elastischer Körper⁸ einen transresilienten mechanischen Stoss nicht genügend abfedern, d.h. es entsteht eine plastische Deformation - ein “Abdruck” der eingewirkten Kraft. Dieser Abdruck ist ein Effekt der kinetischen⁹ Energie, welche nun als potentielle¹⁰ Energie in dieser Deformation des Seins existiert. Diese potentielle Energie ist zeitresistent im Gewebe gespeichert.

Schock fühlt sich gemäss persönlicher Erfahrung je nach Situation sehr verschieden an, vor allem je nach dessen Alter.

- Frischer Schock fühlt im Patienten sich wie folgt an:
 - nervös
 - aufgewühlt (“wie Schlamm in einem Glas Wasser”)
 - nach aussen abstossend
 - vibrierend
 - heiss
 - diffus

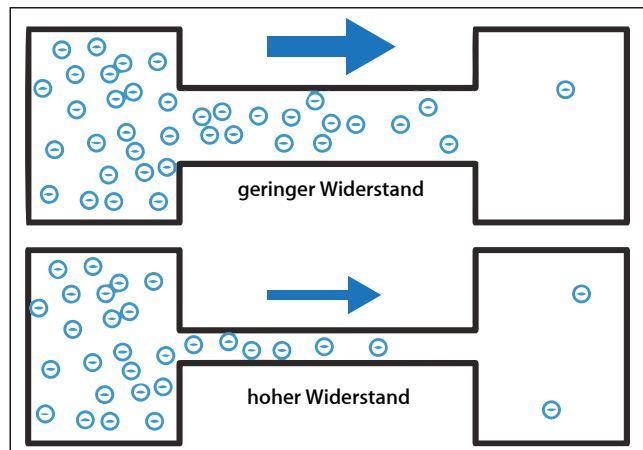
8 – menschliches Körpergewebe hat teils elastische, teils plastische Eigenschaften. Ein nicht zu starker mechanischer Stoss kann elastisch abgefedert werden. Ein zu starker (transresilienter) Stoss kann nicht mehr genügend abgefedert werden, es entsteht eine plastische Deformation, ein sog. “Abdruck”

9 – Kinetik = Bewegung

10 – potentielle Energie = gespeicherte Energie

- Alter Schock fühlt sich im Patienten wie folgt an:
 - einbetont
 - kalt
 - tot, leblos
 - inert (reaktionsunfähig)
 - gesetzt (“wie Schlamm in einem Glas Wasser”)

SCHOCK FLIESST DORTHIN, WO SICH GERINGERER WIDERSTAND ZEIGT



Flusswiderstand: geringerer Widerstand = mehr Fluss (Quelle: Muntinga)

Wie oben im Bild dargestellt, fließt Wasser (oder Strom, oder Ähnliches) immer lieber dorthin, wo sich ein geringerer Widerstand vorfindet. Wasser fließt auch immer entlang der Schwerkraftsrichtung, nie zurück “nach oben”. Schock hat dieselbe Eigenschaft. Hier ein paar grundsätzliche Regeln zum Phänomen Schockenergie:

- 1) Schock im Gewebe oder ein Schock-Körper ist das Resultat eines transresilienten, traumatisierenden Ereignisses.
- 2) Schock ist eine Form von fixierter Energie, manifestiert in der Fluidität des Seins (Gewebe, Psyche, Emotionen)
- 3) Schock ist ein systemisches Phänomen, das Einfluss auf alle Körpersysteme auf allen Ebenen (mechanisch, fluide und elektromagnetisch) haben kann
- 4) Schock hat einen massiv störenden Einfluss auf das vegetative Nervensystem, insbesondere Vasomotion¹¹ der betroffenen Gewebereiche
- 5) Schock ist meistens zeitresilient, d.h. die Aussage “Zeit heilt alle Wunden” gilt hier nicht

11 – Die oszillierende Änderung des Gefäßdurchmessers, Vasomotion genannt, ist eine Eigenschaft der kleinen Arterien und der Arteriolen. Sie führt zu oszillierenden Änderungen des Gefäßwiderstandes und damit zu zeitlichen Änderungen des Blutflusses und des Druckabfalls im Gefäß. Die Vasomotion entsteht durch die Kontraktion der glatten Gefäßmuskulzellen.

- 6) Schock ist eine elektromagnetische Kraft, die sich in der Fluidität des Körpergewebes manifestiert und der Träger von Gewebserinnerungen sein kann
- 7) Schock fließt immer entlang dem geringsten Widerstand
- 8) Schock kommt nie wieder zurück. Sie fließt nur in eine Richtung

Rollin E. Becker hat Schock auch als “bio-kinetische Energien” beschrieben, die aus dem Patientensystem wieder zurück in dessen Biosphäre¹² abzugeben gelten. Extrem wichtig ist hier zu erwähnen, dass wenn der Osteopath palpatorisch sich nicht in der fluiden und elektromagnetischen Ebene “wohl fühlt” und auf diesen Ebenen nicht wahrnehmen und/oder wirken kann, sich das Phänomen Schock erstens gar nicht beim Patienten zeigt und zweitens auch nicht ausgeleitet werden kann. In diesem Fall wird der Osteopath nie wirklich verstehen, weshalb seine therapeutischen Bemühungen keinen oder nur kurzfristigen Effekt haben.

SCHOCK AUSLEITEN – ABER WIE?

“Sei wie ein Flussbett: Lasse die Möglichkeit zu, dass Schockenergie durch dich hindurch – in Richtung des geringsten Widerstandes – in die Biosphäre fließen kann”

Da Schockenergie den Weg des geringsten Widerstandes nimmt, hat sie in einer Behandlung nur zwei Möglichkeiten: Entweder kann sie aus dem Körper des Patienten direkt „nach aussen“ weggeleitet werden, oder zuerst durch den Osteopathen hindurch und darauffolgend „nach aussen“. Beide Approaches funktionieren, sind aber grundlegend verschieden.

METHODE EINS

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



Flussrichtung der Schockenergie (Quelle: Muntinga)

METHODE ZWEI

Ich persönlich bin gerne der Mediator dieser Schockenergie. Diese Methode hat einen gewissen Preis, aber der Lohn ist auch nicht zu unterschätzen. Es kann für den Körper des Osteopathen sehr fordernd sein, diese Schockenergien zu verarbeiten, da sie ja *durch ihn hindurch* fließen. Als Anfänger kann diese Methode sogar etwas schädlich wirken, da der Körper des Osteopathen mit diesen Energien *und* Erinnerungen umgehen muss. Ich musste mit den Jahren lernen, mehr und mehr permeabel zu werden, damit diese Energien ungehindert hindurch fließen können. Diese Ausleitung hat Auswirkungen auf das vegetative Nervensystem des Osteopathen, und dessen Fight/Flight/Fright-System¹³ muss elastisch, gut trainiert und möglichst nicht vorbelastet sein. Nichtsdestotrotz ist die direkte Konfrontation mit der Schockenergie und dessen Erinnerungsmasse sehr interessant, da der Osteopath den Schock „leben“ darf, und dies mit allen Ängsten, Schmerzen, Bildern usw. Diese Methode hat mir erlaubt, eine grosse Erfahrungsbibliothek menschlichen Leidens in mir zu errichten, welche ich mit Respekt und Stolz in mir trage.

Um Schock ausleiten zu können, muss die Osteopathin in erster Linie die flüssige Ebene des Seins palpieren können¹⁴, des Weiteren sollte sie selber “genug gut” aufgeräumt sein, sodass ihr Körper genügend geringeren Widerstand für die zu ausleitende Schockenergie leisten kann. Ich möchte hier kurz auf den Begriff “gut genug” eingehen: Damit Schockenergie abgeleitet werden kann, muss die Osteopathin nicht einen perfekt niedrigen Widerstand leisten, sondern der Widerstand muss einfach nur geringer sein als das Gewebe, was die Schockenergie beinhaltet. Der Osteopath muss nicht “perfekt” permeabel sein, aber “genügend gut”!

12 – Die Biosphäre (von griechisch ‚Leben‘ und ‚Kugel‘) bezeichnet den Raum mit Leben eines Himmelskörpers. Es ist derjenige Raum, in dem Leben vorkommt.

13 – Unser grundlegendes Überlebenssystem – Kämpfen, Flüchten oder Einfrieren (Totstellreflex). Dies wird primär im Hirnstamm gesteuert.

14 – Details zu dieser Palpationsebene siehe “Die Sprache der Vergangenheit” (Muntinga 2016)

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

Für die Osteopathin kann sich durchfließende Schockenergie sehr individuell anfühlen. Aus diesem Grund werden untenan nur persönliche Wahrnehmungen des Autors betreffend Schockenergie umschrieben:

- Leichter Gewebestress, d.h. eine Vorstufe von Schock:
 - leichtes Ziehen im Gesicht
 - Ziehen in den Zähnen
 - ein leichtes Zusammenziehen der Gesichtsmuskulatur
 - leichtes Kribbeln in den Armen
- Eine Vorahnung von Schockenergie, bevor sie tatsächlich im Körper am Ort palpatorisch erreicht wird:
 - ein "nervös" werden im ganzen Körper
 - ein starker innerer Drang, mit den Händen dorthin zu gehen, wo die Schockenergie erwartet wird ("go where the money is")
- Gespeicherte Schockenergie, welche durch eine als subjektiv nicht-lebensbedrohliche Situation entstanden ist:
 - Hühnerhaut (Arme, Rücken, Beine, etc.)
 - ein Kribbeln hinter den Ohren, den Rücken hinunter bis in die Füße
- Gespeicherte Schockenergie, welche durch eine als subjektiv lebensbedrohliche Situation entstanden ist:
 - Hühnerhaut (Arme, Rücken, Beine, etc.)
 - ein Kribbeln hinter den Ohren, den Rücken runter bis in die Füße
 - wichtigstes Symptom: Tränenfluss beider Augen

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

"Alle mir anvertrauten Ausdrücke menschlichen Leidens werden in mir gesammelt und in einer grossen Bibliothek abgelegt. Nachdem sie abgelegt wurden, bleibt nur noch die Erinnerung an den Schmerz zurück, aber nicht mehr die biokinetische Trägerenergie."

Diese Schockenergie floss durch mich hindurch, abgeleitet wie Wasser aus einer Flasche – hinaus in die grosse Biosphäre des Lebens. Hier ändert sie ihre zerstörerische Qualität und wird in eine neutrale Form von Energie neutralisiert."

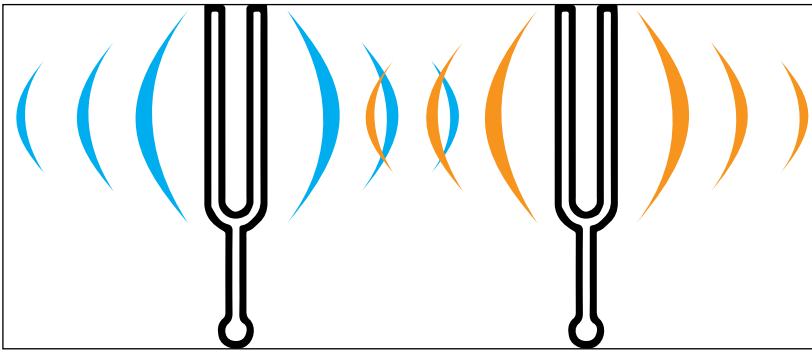
Aufgrund der oben genannten körperlichen und emotionalen Empfindungen kann ich relativ präzise den Schweregrad des verursachenden Ereignisses herausspüren. Diese teils sehr schmerzhaften aber dennoch schönen Empfindungen in mir decken sich nahezu immer mit der Biografie des Patienten, d.h. mit dessen Läsionskarte und Trauma-Timeline (Muntinga 2017). Ich habe mir mit der Zeit angewöhnt, meine subjektiven Erfahrungen in Bezug auf das Schock-Gewebe und die erlebte Schockenergie mit meinen Patienten in real-time zu teilen. Die therapeutischen Vorteile hier sind immens; stell dir vor, die Patientin spürt in ihrem Inneren, dass der behandelnde Osteopath authentisch ihre ganz persönliche Schock-Biografie lesen und spüren kann! Zusammenpotenzieren sich diese Erkenntnis und der Schockausleitungsprozess des Osteopathen auf eine unbeschreiblich schöne Art. Was kann schöner und türöffnender sein, als sich im Innersten verstanden zu fühlen?

Aber sei gewarnt! "Empathisch" empfundene Empfindungen sind nur dann therapeutisch sinnvoll, wenn sie effektiv von der Patientin entstammen! Es ist beim ungeübten Osteopathen eminent wichtig, sich bei jeder "Eingebung" intuitiver/empathischer Natur zu hinterfragen, von wem die empfundene Emotion in Wirklichkeit stammt. Mit etwas Übung wird dieser "Authentifizierungsprozess" automatisiert und geschieht automatisch, schnell und 99,9% zuverlässig. Intuition ist wie ein Muskel – er soll trainiert werden.

KONSEQUENZEN FÜR DIE OSTEOPATHIN

Wenn Schock fließt, kann dies anfänglich für den unerfahrenen Osteopathen Konsequenzen haben. Auch Franklyn Sills hat in seinen Publikationen biodynamischer Osteopathie davor gewarnt, dass die Arbeit in der Fluidität und in der Longtide dazu führen kann, dass sich Resonanzen beim behandelnden Osteopathen zeigen. Wenn man in den fluiden und elektromagnetischen Ebenen des Körpers, insbesondere der Fluidide und Longtide, arbeitet, dann kommt der Körper der Osteopathin unweigerlich direkt mit ins Spiel. Es gibt keine klare Trennung mehr zwischen Patientin und Behandler – sondern es bildet sich ein *Zusammen*. Wenn während der Behandlung in der Körperbiografie der Patientin eine Erinnerung an ein traumatisierendes Ereignis hervorkommt und der Osteopath etwas Ähnliches selber erlebt hat oder eine ähnliche Läsion mit derselben "Signatur" besitzt, dann tritt folglich ein Resonanzphänomen auf:

Dieses Phänomen führt dazu, dass der Körper des Osteopathen auch "behandelt" wird, d.h. die Tiden wirken auch durch seinen Körper – was demnach auch zu Behandlungsreaktionen und "Heilungskrisen" führen kann. Aber sei unbesorgt, mit der Zeit nimmt dieses



Resonanz zwischen zwei identischen Tongabeln (Quelle: Muntinga)

Phänomen ab, je mehr der Osteopath seine eigene Biografie aufgeräumt hat, und je "durchlässiger" er mit der Zeit wird.

NACH DER SCHOCKAUSLEITUNG

Im Normalfall ist nun der Weg frei für weitere Arbeit am Körper, vor allem können nun mechanische Korrekturen mit einem bleibenden Effekt vorstatten gehen. Es ist nicht immer so, dass sich zuerst Schock im Körper zeigt.

"jeder Patient (im Film: "das Leben...") ist wie eine Pralineschachtel – man weiss nie, was für Pralinen drin sind!"

(Film "Forrest Gump" 1994)

Oft muss der "taubstumme" Körper zuerst geweckt werden, damit sich alter Schock zeigen kann. Der meistens noch unter Schock stehende aber sehr gut durch die Jahre kompensierte Schock-Körper hat die Schock-Abdrücke "vergraben", auf "die Seite geschoben" und gelernt, sich damit zu arrangieren. Hier können mechanische Techniken wie gezielte HVLA's¹⁵ oder Kompressionstechniken sehr gut helfen, um den "Dornröschenschlaf" etwas zu stören, sodass dann folglich die Schockausleitungstechniken greifen können, sodass der

Tiefschlaf der betroffenen Patientin beendet werden kann. Nun kann der Prozess zur Normalität, zur wahren Natur und zur Gesundheit stattfinden.

LITERATURVERZEICHNIS

- 2: Pschyrembel Online, www.pschyrembel.de
- Becker, Rollin E. (2007). Rollin Becker: Leben in Bewegung & Stille des Lebens. Jolandos Verlag, 1. Auflage
- Emerson, William (1996). The vulnerable prelate. www.emersonbirthrx.com
- Emerson, William (2016). Healing inner Wounding Workshop. Sternenberg, Schweiz
- ICD-10-WHO Version 2016, <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/>
- Lee, R. Paul (2011). Interface - Mechanisms of Spirit in Osteopathy. Stillness Press
- Muntinga, Edward (2016a). "Interview zum Thema sexueller Missbrauch, insbesondere in der Kindheit". <http://edward.muntinga.ch>
- Muntinga, Edward (2016b). Die Sprache der Vergangenheit. 3. Auflage, bonesetter.ch Verlag
- Muntinga, Edward (2016c). Das Konzept Hotelzimmer - Schock im Uterus – ein Problem für das Ungeborene. <http://edward.muntinga.ch>
- Muntinga, Edward (2016d). Auszüge aus «Life in Motion & Stillness of Life» von Rollin E. Becker. <http://edward.muntinga.ch>
- Muntinga, Edward (2017). Workshop "Die Anatomie der Vergangenheit, Kurs 1"
- Still, A.T. (1910). Osteopathy, research and practice. Published by A.T. Still

15 – High Velocity Low Amplitude (chiropraktische Manipulationen)