

Wirbeldrehen mit modifizierter Becker-Technik

Hartwig Liedtke

Zusammenfassung

Nach Anwendung zahlreicher osteopathischer Techniken verbleiben oftmals Schmerzen im Bereich der unteren Hals- und oberen Brustwirbelsäule, der unteren Lendenwirbelsäule, insbesondere am Übergang zum Kreuzbein, sowie zwischen den Schulterblättern. Im Folgenden wird ein vom Autor entwickelter Behandlungsansatz vorgestellt, der sich einer modifizierten Technik nach Rollin Becker (D.O. 1910–1996) bedient, um diese hartnäckigen Residualbeschwerden zu mindern oder zu beseitigen.

Schlüsselwörter

Bandscheibenprolaps, Bandscheibenoperation, Wirbelfraktur, Rückenschmerzen, Spinalkanalstenose, Skoliose, Ischiasnerv, Ischialgie, Becker-Technik

Abstract

After osteopathic treatment using different methods quite often there is still residual pain in the area of the lower neck, the upper and middle thoracic vertebrae and lower lumbar spine region. The following article describes a therapeutic technique developed by the author based on the principles of Rollin Becker (D.O. 1910–1996) to minimize or eradicate the rest of pain.

Keyword

Vertebra structure, scoliosis, back pain, lumbar spinal stenosis, vertebra fracture, vertebra twisting, Becker technique, disc prolapse, sciatic nerve

Einführung

Der erfahrene Osteopath weiß um die Probleme bei der Minderung bzw. Beseitigung von Schmerzen im Bereich der unteren Hals- und oberen Brustwirbelsäule, der unteren Lendenwirbelsäule, insbesondere am Übergang zum Kreuzbein, sowie zwischen den Schulterblättern. Nach einer manuellen Therapie, einer Muskelenergie- oder funk-

tionalen Technik, dem Myofascial Release oder beispielsweise Counterstrain, ist der Patient häufig nicht beschwerdefrei. Zudem erweisen sich skoliosebedingte Beschwerden, Klagen über Bandscheibenvorfälle oder Spinalkanalstenosen sowie Schmerzen nach Wirbelbrüchen als sehr hartnäckig.

Selbstverständlich lässt sich kein Wirbel „drehen“, wohl aber wird der Osteopath mit seinem inneren Auge „beobachten“ und mit seinen Händen verfolgen können, dass und wie sich die Spannungsmuster eines Wirbelsegments verändern (lassen). Im Folgenden wird ein relativ einfaches wie effektives Verfahren vorgestellt, das diese schmerzhaften Residuen zu beseitigen hilft.

Therapeutisches Vorgehen

Lagerung

Der Patient liegt auf dem Bauch. Die zu behandelnde Wirbelregion wird möglichst leicht konvex gelagert. Dazu ist im Nackenbereich ein Absenken des Kopfteils mit Nasenschlitz hilfreich. In den mittleren und unteren Vertebralsegmenten wird ein Polster so unter dem Körper platziert, dass die schmerzhafteste Struktur möglichst im Scheitelpunkt der Rückenwölbung liegt.

Vorbereitung

Der Osteopath steht neben dem Patienten auf der ihm für eine Behandlung vertrauten Seite. Nun werden beidhändig mithilfe der Daumen und Zeigefinger die Wirbelsegmente dies- und jenseits der Dornfortsätze einzeln abgetastet und auf eine irreguläre Stellung, eine Verschiebung aus der Längs-

achse oder auffällig feste Gewebespannung hin überprüft (Abb. 1).

Oft finden sich ein bis drei Segmente, die sich mit der Schmerzangabe des Patienten decken. Hier ist eine quere Markierung mit einem Kugelschreiber am Punctum maximum hilfreich, um diese Region vor und während der Behandlung leichter wiederzufinden und später das Ergebnis der Intervention präziser überprüfen zu können. Da diese Therapie für den Osteopathen nicht unanstrengend ist, empfiehlt der Autor, für die Behandlung der oberen Wirbelsegmente nicht seitlich, sondern am Kopfende des Patienten zu stehen (Abb. 2).

Handposition

Entsprechend der Abbildung 2 sind Zeige- und Mittelfinger V-förmig gespreizt ober- und unterhalb der Markierungslinie und links und rechts der Dornfortsätze zu platzieren. Die Druckvektoren auf die vier Punkte zielen senkrecht in die Tiefe. Die aufzuwendenden Kräfte sind abhängig vom Geschlecht und Körperbau des Patienten sowie vom Grad der Gewebespannung; sie sollten keinesfalls über das vordere Wirbelsäulenlängsband hinausgehen. Da das Fulkrum in den Schultergelenken bzw. dem sternalen Ende der Klavikula des Behandlers liegt, empfiehlt es sich, die Finger, Handgelenke und Arme dabei möglichst in Außenrotation (die Handrücken schauen sich an) und eher gestreckt zu halten, um nicht so schnell zu ermüden (Abb. 3).

Ausführung

Patient und Osteopath schließen ihre Augen. Sie „verabreden“ sich zu einem

Rendezvous im betroffenen Wirbelsegment. Schon nach kurzer Zeit beginnt das Gewebe unter den Fingerspitzen zu arbeiten. Die Bewegungen erfolgen in allen drei Ebenen, wobei jeder Finger auch einzeln in unterschiedliche Richtungen driften kann bzw. gezogen, geschoben oder gedreht wird. Finger und Hände sind lediglich Kontaktstellen; die im Spannungsmuster des Gewebes innewohnende Dynamik erfasst der Osteopath mit all seinen Sinnen („body, mind and spirit“, R. Fulford [1]). Bestenfalls akzentuiert er die Bewegungstendenzen der Faszienstrukturen separat mit jedem Finger („mehr mental als mechanisch“, J. Mayer [2]). Höchste Konzentration ist gefordert. Der Druck auf bzw. in das Gewebe darf keinesfalls nachlassen!

Aufgrund der heftigen Spannungsentladung verschieben sich die Druckpunkte, die Finger driften auseinander oder zusammen, manchmal behindern sie sich sogar gegenseitig – das Gewebe trägt die Finger davon (Abb. 4 u. 5). Das ursprüngliche Druckquadrat/-rechteck verformt sich vielleicht zum Karo, Rhombus oder Parallelogramm. Ist der Bewegungsumfang der Finger ausgereizt, öffnet jetzt der Osteopath seine Augen und wird nicht selten über die deutlich veränderte Stellung seiner Finger staunen. Auch mag es vorkommen, dass sich der Markierungsstrich aus der Mittellinie verschoben oder sogar leicht gedreht hat. Die Finger werden erneut zu einem Viereck ähnlich der Ausgangsstellung angesetzt und die Augen geschlossen; der Ablauf beginnt von Neuem.

Nachdem so das erste Spannungskonvolut gelöst wurde, lässt die heftige Eigenbewegungstendenz des Gewebes nach und kann zwischenzeitlich sogar gänzlich zur Ruhe kommen, vergleichbar mit dem sog. Stillpunkt. Der Osteopath verharrt in dieser Position bei gleichbleibendem Druck der Finger. Eine gute Gelegenheit, die unmittelbare und fernere Umgebung zu erspüren und mit seinem inneren Auge auf weitere Störungen zu scannen. Er wartet trotz der Anstrengung gedul-



Abb. 1: Palpation und Markierung des schmerzhaften Wirbelsegments



Abb. 2: Fingerposition zu Beginn der Behandlung



Abb. 3: Körper-, Arm- und Handhaltung beim Wirbeldrehen



Abb. 4: „Das Gewebe trägt die Finger davon.“



Abb. 5: Nach extremer Spannungsreduktion behindern sich die Finger manchmal gegenseitig



Abb. 6: Neues Ansetzen der Finger oberhalb des markierten Segments in der zweiten Behandlungsphase



Abb. 7: Deutliche Hyperämie nach Behandlungsende



Abb. 8: Hyperämie nach Behandlung einer Skoliosepatientin mit seit Jahren bestehender therapieresistenter Schmerzsymptomatik

dig auf eine erneute Gewebeanwort (die „Potency“); diese greift er schließlich auf und führt sie passiv weiter. Es kann manchmal mehr als nur einen Stillpunkt geben. Eventuell muss diese modifizierte Technik nach Rollin Becker (1910–1996) [3] am Vertebraalsegment ober- und/oder unterhalb der Markierung wiederholt werden (Abb. 6).

Behandlungsende

Die Behandlung ist beendet, wenn das Gewebe beidseits der Dornfortsätze weich und eindrückbar ist und sich das „verkippte“ Wirbelsegment wieder harmonisch in die Längsachse der Wirbelsäule eingefügt hat. Oftmals ist der Kugelschreiberstrich nicht mehr an jener anatomischen Stelle, die eingangs markiert wurde. Die betroffene Hautregion weist häufig eine ausgeprägte Hyperämie auf (Abb. 7). Der Patient verspürt eine deutliche Minderung der Verspannung und Schmerzen oder ist sogar beschwerdefrei (Abb. 8).

Fazit

Mithilfe des sog. Wirbeldrehens über eine modifizierte Becker-Technik lassen sich hartnäckige Restbeschwerden im Bereich der unteren Hals- und oberen Brustwirbelsäule, der unteren Lendenwirbelsäule, insbesondere am Übergang zum Kreuzbein, sowie zwischen den Schulterblättern mindern oder beseitigen, wenn andere osteopathische Techniken versagt oder nur einen unzureichenden therapeutischen Erfolg gebracht haben. Mit dieser Behandlungsmethode ließe sich die Zahl frustraner paravertebraler Injektionen samt Strahlenbelastung und unnötiger Wirbelsäuleingriffe weiter reduzieren.

Danksagung

An dieser Stelle sei Dr. Johannes Mayer (DGOM) gedankt, der die brillanten Ideen des amerikanischen Osteopathen Rollin Becker in eine verständliche und praktikable Form gebracht und gelehrt hat. Ohne May-

ers kreative Umsetzung, inspirierende Art und Ermutigung, sich von ausgetretenen Wegen zu lösen, wäre diese neue Technik nicht entstanden.

Literatur

- [1] Fulford R. It's written in the bone. Cranial Academy Conference, 1987
- [2] Mayer J. Kursreihe DGOM Becker-Technik 3, 2014
- [3] Becker R. Leben in Bewegung & Stille des Lebens. Jolandos, 2007

Korrespondenzadresse:



Dr. Hartwig Liedtke
Hochstadenstr. 15
50674 Köln

dr.liedtke@koeln.de
www.chirurg-koeln.de