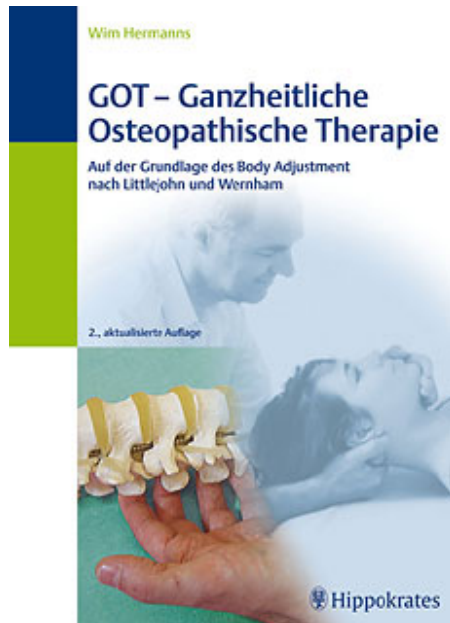


# Wim Hermanns

## GOT Ganzheitliche Osteopathische Therapie

Leseprobe

[GOT Ganzheitliche Osteopathische Therapie](#)  
von [Wim Hermanns](#)



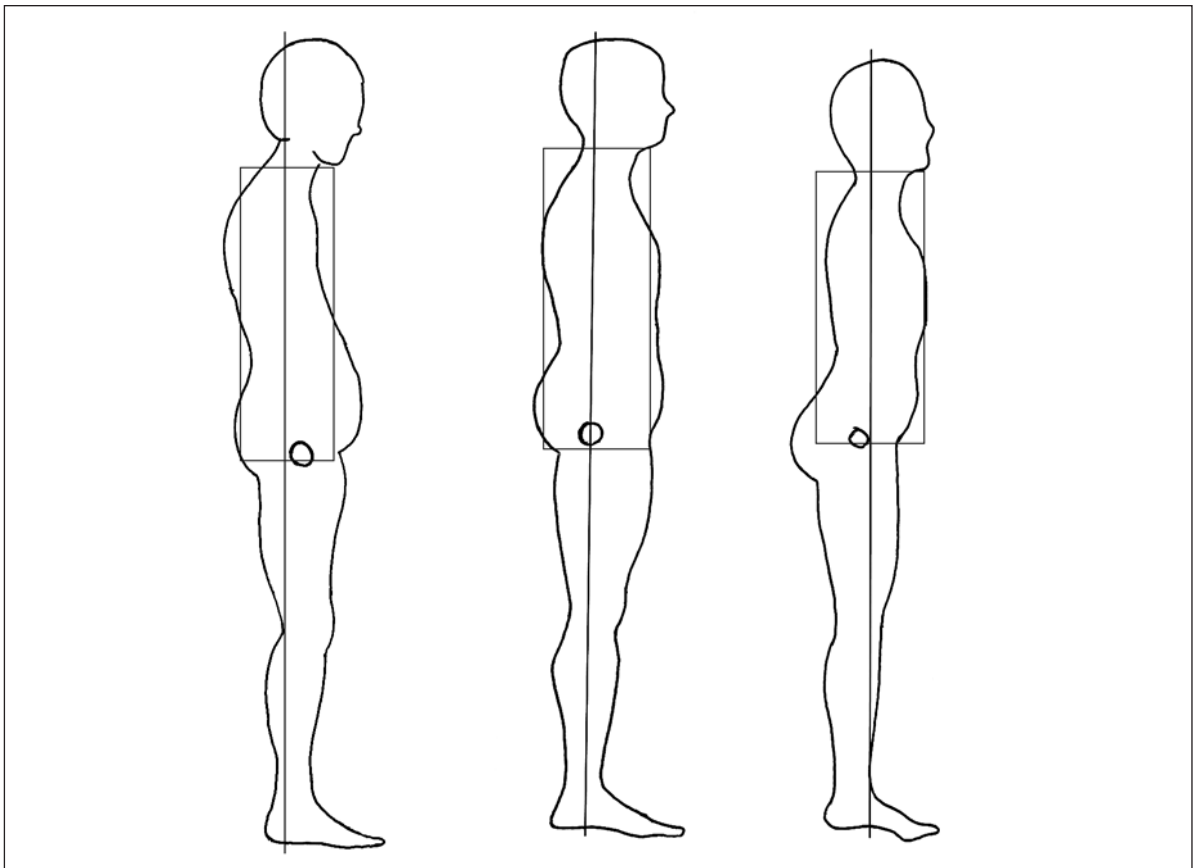
<http://www.narayana-verlag.de/b5474>

Das Kopieren der Leseproben ist nicht gestattet.

Narayana Verlag GmbH  
Blumenplatz 2  
D-79400 Kandern  
Tel. +49 7626 9749 700  
Fax +49 7626 9749 709  
Email [info@narayana-verlag.de](mailto:info@narayana-verlag.de)  
<http://www.narayana-verlag.de>

In unserer [Online-Buchhandlung](#) werden alle deutschen  
und englischen Homöopathie Bücher vorgestellt.





**Abb. 8.3 a–c** Posturale Modelle nach T.E. Hall. **a** Posteriorer Typ. **b** Normaler Typ. **c** Anteriorer Typ.

thorakalen und abdominalen Kavität. Die hintere Seite berührt den Apex der thorakalen Kyphose. Die Beckenklippung beträgt  $60^\circ$ . Der Schultergürtel ist auf der gleichen Ebene wie das Becken (**Abb. 8.3b**).

### 8.3.2 Posteriorer Typ

Die Schwerkraftlinie ist nach hinten verschoben. Wir haben es mit einem schlaffen Typ zu tun. Der Streit gegen die Schwerkraft scheint verloren. Obwohl der Körper schlaff und lässig zu sein scheint, muss Spannung aufgebracht werden, um das A-P-Gleichgewicht zu bewahren. Die Schultern hängen herab. Die Brust ist gedrückt und flach. Der untere Rumpf ist in Ptose. Die Rippen sind in Expirationsstellung. Die Taille ist kurz. Der Gang ist schleppend (**Abb. 8.3a**).

Folgende Merkmale gibt Hall an:

- Das Okziput ist in Extension.
- Die Halswirbelsäule ist nach vorne geneigt.
- Der zervikothorakale Übergang steht unter Spannung.
- Die thorakale Kyphose ist verstärkt.
- Th 9 ist haltungsschwach.
- Die Rippen stehen in Expiration.
- Die lumbale Lordose ist verstärkt.
- Der Druck in der thorakalen Kavität ist gestört.
- Die anteriore Kinnlinie ist nach vorne transferiert.
- Das Diaphragma ist in Ausatemstellung prolabiert.
- Die abdominalen Organe stehen unter Druck.
- Ligamente und Muskeln an der anterioren Seite des Beckens sind unter Spannung.
- Der Psoas ist gedehnt.
- Das Perineum ist schwach.
- Die Beckenneigung ist geringer als  $60^\circ$ .
- Das Iliosakralgelenk steht unter Spannung.
- Die Hamstrings sind verkürzt.
- Der Quadrizeps ist fest.
- Die Knie befinden sich in Flexion.
- Der M. tibialis anterior ist gespannt.
- Das Gewicht ruht auf dem Kalkaneus.
- Die Fußgewölbe sind abgeflacht.
- Organisch finden wir eine Neigung zu Hämorrhoiden.

- Das Rektum prolapiert.
- Blutstau im Dammbereich.
- Der Uterus ist in Flexion, gestaut und prolapiert.
- Die Ovarien sind gestaut.
- Hernien treten auf.
- Neigung zu chronischen Atembeschwerden wie Asthma.
- Herzstauungsprobleme.
- Schwäche im HNO-Bereich.

### 8.3.3 Anteriorer Typ

Die Schwerkraftlinie ist nach vorne verschoben. Der Mensch gibt sich deutlich Mühe, aufrecht zu stehen. Er nimmt eine Modellhaltung ein bzw. die Haltung eines Soldaten. Der Thorax wird nach vorne geschoben. Der Sympathikus ist aktiviert. Es entspricht einer Fight-Flight-Fright-Haltung. Trotzdem hängen die Schultern wie beim posterioren Typ (**Abb. 8.3c**).

Im Einzelnen beschreibt Hall folgende Merkmale:

- Das Kinn wird nach oben getragen.
- Die Halswirbelsäule zeigt eine verstärkte Krümmung.
- Der zervikothorakale Übergang ist fixiert.
- Der thorakale Druck ist erhöht.
- Die thorakalen Rückenstrecker und Bänder sind unter Spannung.
- Das Segment Th 11–Th 12 steht unter starker Spannung.
- Demzufolge ist das Diaphragma wenig beweglich und statisch.
- Der vordere kostale Winkel ist eng.
- Der lumbosakrale Übergang steht unter Spannung.
- Der abdominale Druck ist verändert.
- Der Druck auf die schlaffe Bauchwand ist erhöht.
- Das Becken rotiert über den Hüftkopf nach anterior.
- Die vorderen Beckenligamente sind gespannt.
- Die Taille ist lang.
- Der Beckenboden wird belastet.
- Die Quadrizeps sind kontrakt.
- Die Hamstrings stehen unter Spannung.
- Die Knien sind hyperextendiert.
- Die Waden sind gespannt.
- Das Gewicht wird auf dem Vorderfuß getragen.
- Organisch finden sich femorale und inguinale Hernien.
- Viszerale Ptosen treten auf.
- Neigung zu Blasenreizung.
- Empfindlichkeiten der Augen und des HNO-Bereichs.

## 8.4 Untersuchung

Die Torsionsregionen nach Zink, das Common Pelvic Pattern, das posturale Modell nach Hall sowie die Schlusssteinwirbel (keystones) und Schwachpunkte (weakest points) von Littlejohns Modell werden in der Inspektion besonders beachtet. Der Therapeut beobachtet, ob es in diesen Regionen eine Rotation oder eine Seitneigung gibt. Er kann im weiteren Verlauf der Inspektion das Funktionieren dieser Regionen beobachten, indem er den Patienten Wirbel nach Wirbel in Flexion abrollen lässt oder eine Seitneigung in der Region initiiert.

In der Untersuchung der Wirbelsäule ist ausgehend von den verschiedenen Kurven, Drehpunkten, Schlusssteinwirbeln, Zwischenwirbeldrehpunkten, belasteten Wirbeln, kräftigen Abschnitten und Schwachstellen auf die im Folgenden beschriebenen Wirbel zu achten.

Wichtig ist es, diese Abschnitte auf Flexion, Extension, Seitneigung und Rotation zu untersuchen. Wie verhalten sich die Abschnitte bei diesen Bewegungen?

Für Littlejohn ist die Doppelkurve Th 6–L 2 das starke Gerüst der Wirbelsäule. Hier sollten die Kurven gut zusammenarbeiten. Schwachpunkte sind C 7, Th 4, Th 9, Th 11–Th 12, L 2–L 3, L 3–L 4 und die 5. Rippe:

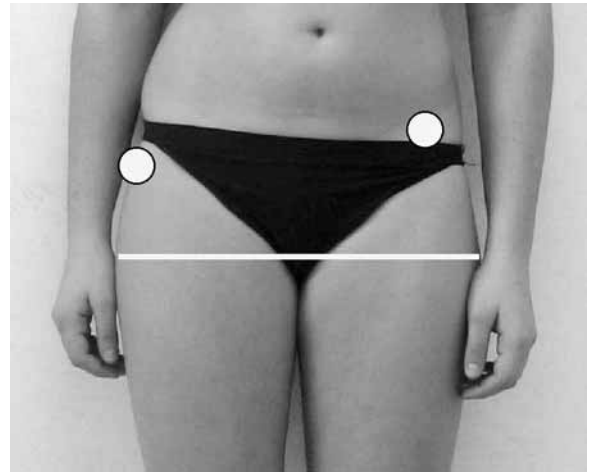
- C 7 ist der Wirbel, von dem die Doppelkurve ausgeht. Er stellt den Übergang der mobilen Halswirbelsäule zur rigideren Brustwirbelsäule dar.
- Th 4 ist ein Schlussstein für die Doppelkurve. Außerdem artikulieren die beiden Polygondreiecke in Th 4.
- Die Segmente ober- und unterhalb dieses Schlusssteins (Th 3–Th 4 und Th 4–Th 5) sind schwach.
- Die 5. Rippe artikuliert mit diesen Segmenten.
- Th 9 hat eine dreifache Funktion: als Zwischenbogendrehpunkt der funktionellen Kurve, als Schlussstein der Doppelkurve und als Schwachstelle der Doppelkurve.
- Th 11 und Th 12 sind das Torsionszentrum der Wirbelsäule. Die schwebenden Rippen schützen dieses Gebiet nicht.
- L 3 ist der gewichttragende Wirbel des Körpers.
- Die darüber und darunter liegenden Segmente L 2–L 3 und L 4–L 5 sind dementsprechend schwach.

Ein Wirbel oder eine Region in Dysfunktion wird sich bei der Flexion nicht mitbewegen oder in eine Ausweichbewegung nach lateral (Seitneigung) oder posterior (Rotation) flüchten.

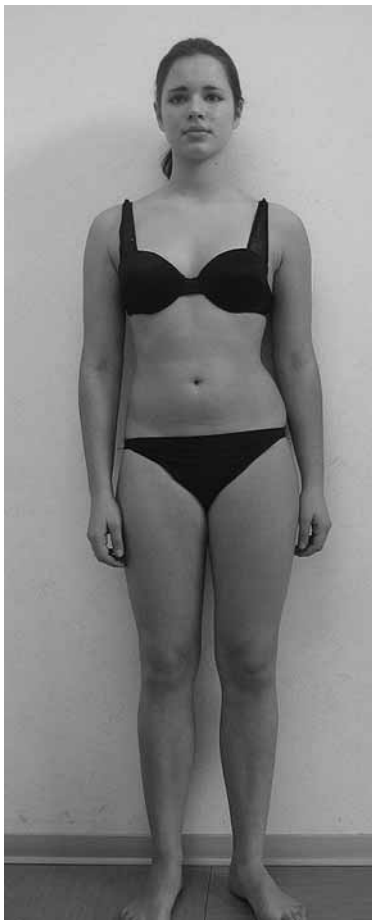
Diesen Regionen oder Wirbeln wird im weiteren Vorgehen besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Alle Regionen werden sowohl global als auch spezifisch in den vier verschiedenen Ausgangspositionen (Rückenlage,

Bauchlage, Seitenlage und im Sitzen) untersucht und gegebenenfalls behandelt (s. Kap. 9–12).

Die Beinlänge wird in Rückenlage untersucht. Bei fast allen Patienten ist das rechte Bein funktionell aufgrund des vorher beschriebenen gewöhnlichen Musters länger. Finden wir trotzdem in Rückenlage ein längeres Bein links, so kontrollieren wir, ob wir den Patienten richtig symmetrisch ausgerichtet und keinen Messfehler gemacht haben. Wenn alles korrekt ist, hat der Patient mit großer Wahrscheinlichkeit ein anatomisch längeres Bein rechts (Abb. 8.4 u. 8.5).



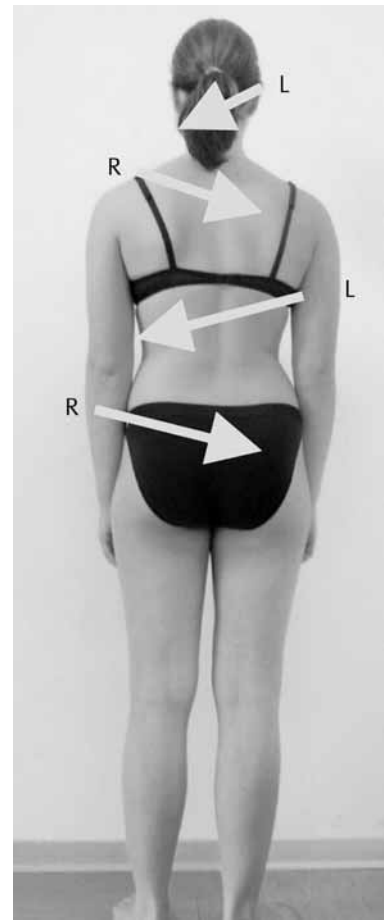
**Abb. 8.4** Zeichen für ein Ilium anterior rechts: Spina iliaca anterior superior (SIAS) rechts steht tiefer als links – bei gleicher Höhe der Trochanteren.



a



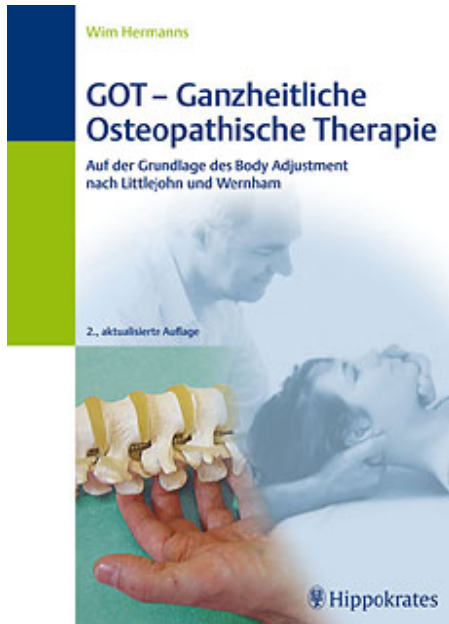
b



c

**Abb. 8.5 a–c** Inspektion von ventral und dorsal: das CCP (L, R, L, R) ist bei diesem Modell deutlich sichtbar. Wir

sehen auch „the common pelvic pattern“ mit Ilium anterior rechts. NSRrechts lumbal und NSRlinks thorakal.



Wim Hermanns

## [GOT Ganzheitliche Osteopathische Therapie](#)

Auf der Grundlage des Body Adjustment nach Littlejohn und Wernham

144 Seiten, kart.  
erschienen 2009



Mehr Homöopathie Bücher auf [www.narayana-verlag.de](http://www.narayana-verlag.de)