

## Interview mit Anne Wales

Das Interview ist ein Zusammenschritt aus persönlichen Gesprächen und Briefwechseln zwischen Anne Wales D.O. und Torsten Liem D.O. in den Jahren von 1996 bis 2001. Anne Wales graduierte im Kansas City College of Osteopathy and Surgery und praktizierte anschließend über 50 Jahre Osteopathie in Rhode Island. Seitdem lebt sie in Massachusetts. Sie ist dieses Jahr in ihrem 97. Lebensjahr und es ist sehr beeindruckend mit welcher Klarheit und Hingabe sie sich immer noch der Osteopathie widmet. Sie wirkte als Herausgeberin der "Teachings in the Science of Osteopathie" von W.G. Sutherland und der "Contributions of Thought. The collected writings of W.G. Sutherland" und wird häufig als das direkte Vermächtnis von W.G. Sutherland angesehen.

1. Insbesondere in unseren schnellebigen Zeiten scheint es unglaublich und sehr bescheiden, daß ein Mann erst über zwanzig Jahre forscht und nachdenkt, bevor er seine Resultate der Öffentlichkeit mitteilt. Kannst du etwas über den Werdegang von Sutherland und seine Verdienste für die Osteopathie sagen.

Dr. Sutherland war ein Journalist, Herausgeber des Herald in Austin, Minnesota, als er mit der Osteopathie zum ersten Mal in Kontakt kam. Er besuchte die American School of Osteopathy in Kirksville und graduierte mit der Klasse von 1900.

Von 1900 bis 1944 praktizierte er Osteopathie in Minnesota. Anschließend begann er über den menschlichen Schädel zu unterrichten. Er unterrichtete von 1944 bis kurz vor seinem Tode im September 1954 in Californien.

Er studierte über mehrere Jahrzehnte die mechanischen Einflüsse der Gelenkflächen des Hirn- und Gesichtsschädels auf den lebenden menschlichen Kopf.

Sutherlands großes Verdienst war, den Kopf in das osteopathische Modell zu integrieren, so daß jetzt nicht mehr nur die Füße, sondern auch der Kopf und das Gesicht osteopathisch behandelt werden konnte. Es gibt nicht mehr nur eine Antwort auf die Präsentation des Patienten, sondern viele Behandlungsmöglichkeiten, angepaßt an die Bedürfnisse des Patienten.

2. Kannst Du uns etwas über die Kurse von Sutherland erzählen?

Wir nahmen an Kursen von Dr. Sutherland in Des Moines, Jura, Chicago, Illinois, Providence, Rhode Island und ich lernte eine Menge in seinem Unterricht über die Praxis der Osteopathie, wie viele andere auch. Sein Unterricht basierte auf der Mechanik der Gelenkflächen des Skelettsystems, insbesondere der Bewegung der Schädelknochen. Er wollte, daß seine Studenten die Anatomie der Gelenkflächen vor ihrem eigenen geistigen Auge sehen lernten. Dr. Sutherland war ein guter Lehrer und ein origineller Denker, dessen Grundlagen auf der Basis der Anatomie des menschlichen Körpers beruhte.

W. G. Sutherland sagte, daß das Ziel einer osteopathischen Behandlung sei, einen besseren Austausch zwischen allen Flüssigkeiten des Körpers über alle Kontaktflächen zu erzeugen. Ich verstand, daß der menschliche Körper zu 70% aus Wasser besteht. Die Hälfte davon innerhalb der Zellen. 35% ist innerhalb des Blutsystems. So, wie kommt Luft, Wasser und Nahrung in die Zellen?!

Sutherland sah die kraniale Kavität als einen modifizierten kugelförmigen Raum an (der Raum, in dem das Gehirn liegt). Wenn irgendein Gelenk innerhalb diesem sich bewegt, bewegt sich alles andere auch. So verändert sich ihre Form. Alle kranialen Knochen bewegen sich um dieses tun zu können.

3. Du hast mir einige Sutherland-Techniken beschrieben, die deutlich abweichen von den Ausführungen von Lippincott, die in Sutherlands Buch „Teaching in the Science of Osteopathy“ veröffentlicht wurden.

Von 1945 bis 1950 nahmen mein Ehemann und ich an den Lippincott Cranial Study Group-Treffen in Moorestown, New Jersey teil. Ich habe die geschriebenen Ausführungen von Lippincott nicht gelesen. Howard A. Lippincott studierte an der American School of Osteopathy in Kirksville, Missouri mit dem Lehrgang von 1918. Rebecca C. Lippincott war in der Klasse von 1923 am Philadelphia College of Osteopathy. Sie studierten 1940 in ihren Ferien mit Dr. Sutherland in Minnesota. Sie wollten durch die schriftliche Ausführungen weitergeben, was sie selbst gelernt hatten.

4. Als Du mir den "point of balanced ligamentous tension" gelehrt hast, war es mir verständlicher als die Beschreibungen von Lippincott. Kannst Du noch einmal kurz zusammenfassen, wie Du einen „Point of Balanced Ligamentous Tension“ (PBLT) im skelettalen System beschreiben würdest und wann ligamentäre Fehlspannungen auftreten können?

Der“ point of Balanced Tension“ im skelettalen System ist der, wo Du ein Gelenk in einem solchen Gleichgewichtszustand positionierst, daß die selbstkorrektiven Kräfte des Patienten den Knochen in die richtige Position bewegt. Ligamentäre Fehlspannungen können bei Zerrungen, Verstauchungen, Subluxationen, Verrenkungen und Frakturen auftreten.

5. Welche weiteren Faktoren sind bei der Behandlung von Bewegungseinschränkungen noch anzuwenden?

Balanced ligamentous tension, Annäherung, Traktion, Unterstützung durch die Atmung des Patienten, Unterstützung durch die Haltung des Patienten, aktive Unterstützung, "Fluid drive", Lenkung der "tide" (Gezeitenbewegung).

6. An welchen Strukturen im Körper stellst Du einen "point of balanced membranous tension" ein?

Im Kranium, im Unterarm, sowie zwischen Fibula und Tibia. Dies wird unterstützt durch Techniken, die die "Tide" (Gezeitenbewegung) lenken.

7. Du benutzt häufiger den Begriff "facial drag". Kannst du ihn für uns etwas genauer erläutern?

Im Stand, auf beiden Füßen stehend und die Arme an den Seiten herunterhängend, befindet sich das Zentrum der Schwerkraft im Becken und die Schwerkraftslinie verläuft durch den Dens der Axis. "Drag" bedeutet ein Absinken von Geweben in die ventrale Region des Körpers. Welche Strukturen sind dabei besonders betroffen? Das Zwerchfell und alle Anheftungen des Zwerchfells. Die Colonflexuren, die Leber- und Milzkapsel, sowie das Perikardium.

Die Thorax wird durch die mediastinale Faszie und der Nacken durch die praevertebrale Faszie stabilisiert. Nach oben ist die Nackenmuskulatur des Rückens und der Schulter außen am Os occipitale befestigt. Die Ligg. longitudinale anterior und posterior verbinden das Os occipitale mit den Halswirbeln.

Die praevertebrale Faszie ist am Processus basilaris des Os occipitale direkt hinter dem Tuberculum pharyngeum angeheftet. Die Raphe pharyngeum ist außen an der Pars petrosa des Schläfenbeins und den freien Rändern der Processus pterygoidei mediales befestigt. Das formt den Nasopharynx. Die Lamina perpendicularis des Ethmoids und der Vomer artikulieren mit dem Corpus des Sphenoids...

Alles zusammen gibt es eine Menge Einflüsse, die einen Zug auf die Außenfläche der Schädelbasis und den oberen Nackenbereich ausüben können.

Innen im Kranium stellt die Squama eine besondere Stelle dar. Dort treffen sich alle Duraduplikaturen. Wie von Dr. Sutherland gelehrt, fungiert die Falx cerebri und das Tentorium cerebelli, die innere Lage der Dura mater als ein reziproker Spannungsmechanismus im Inneren des Kraniums. Die Duraduplikaturen verbinden sich im Sinus rectus, beherbergen den Sinus venosus, der venöses Blut in die Foramina jugulares transportieren. Nach Dr. Sutherland bewegt die innere Lage der Dura mater die Schädelknochen an den Suturen, so daß alles zusammen in einem physiologischen Rhythmus seine Form verändern kann. Sie agiert als passive Koordination der Bewegung an den gelenkartigen Verbindungen der Schädelknochen.

8. Auch bei der Behandlung der Gesichtsknochen erwähnt Dr. Sutherland einen "point of balanced membranous tension", obwohl dort keine Dura direkt Kontakt hat.

Da der Gesichtsschädel mit der Schädelbasis verbunden ist, wird dieser stark durch die Schädelbasis beeinflusst, auch die Knochen, die keine direkte Verbindung zur Schädelbasis besitzen, wie z.B. die Maxilla. Hier wird der Einfluß der Schädelbasis über die Gelenkflächen von Os sphenoidale auf das Os palatinum und von dort weiter auf die Maxilla übertragen.

9. Was sind die Einflüsse für die Bewegung der Schädelknochen und des Kreuzbeines?

Das Gehirn liegt im Wasserbett. Außen umgeben von Liquor im Subarachnoidalraum und eingebettet in den Cisternen und Liquor innen in den Ventrikeln des Gehirns, wie ein Haus im Ozean, ein Haus mit offenen Türen. Aufgrund der Fluktuation des Liquor cerebrospinalis und der inhärenten Motilität und des Hirngewebes, verändert der Container (gemeint ist der knöcherne Schädel) kontinuierlich seine Form, z. B. in der Synchrondrosis sphenobasilaris. Flektiert die Mittellinie vom Nasalseptum zum Steißbein, gehen alle paarigen Strukturen in Außenrotation und umgekehrt.

Am Foramen magnum ist die innere Lage der Dura mater fest befestigt. Auch am Lig. longitudinale posterius und an den oberen Zervikalwirbeln. Dann hängt die Dura relativ locker im Wirbelkanal bis zum zweiten Sakralwirbel. So ist das Sakrum Teil des inhärenten Mechanismus.

Schon Still sagte, daß die Nerven die zerebrospinale Flüssigkeit trinken würden. Die Meningen folgen den Nerven. Nach dem Austritt aus dem Gehirn wird die zerebrospinale Flüssigkeit zur Gewebsflüssigkeit. Die Bezeichnung verändert sich, es besteht aber eine gewisse Verbindung und Kontinuität.

10. Bitte erkläre den Unterschied zwischen der longitudinalen "Tide" (Fluktuation) und der transversalen "Tide" (Fluktuation)?

Die longitudinale Fluktuation des Liquor cerebrospinalis (LCS) ist meines Erachtens ein physiologisches Phänomen. Die Bewegung der Strukturen des PRM in Flexion und Extension steht in Beziehung zur longitudinalen Fluktuation.

Wenn die Fluktuation erscheint, nehme ich während der Palpation wahr, als würde die Cisternen und das Kleinhirn expandieren und die Fluktuation setzt sich entlang der Falx fort.

Die laterale Fluktuation wird in der Regel durch eine Technik induziert. Jederzeit könnte ich die Daumenballen meiner Hände auf die Processus mastoidei anlegen, oder die Hände auf die großen Keilbeinflügel, die Scheitelbeine oder das Kreuzbein legen und eine laterale Fluktuation induzieren. Dies ist ein Vorgang um die "Tide" zu dirigieren. Man kann den 4. Ventrikel komprimieren (CV-4), indem man die Form der hinteren Schädelgrube verändert, unterhalb des Tentorium cerebelli. Dafür müssen die Hände Kontakt haben am Supraocciput. Dabei wird ein gewisser klinischer Effekt erzielt, der gleiche, als wenn ich eine alternierende laterale Fluktuation induziere.

Einmal wurde ich darum gebeten Dr. Sutherland zu behandeln. Ich besuchte ihn also Zuhause. Seine Frau öffnete mir die Tür und geleitete mich zu Dr. Sutherland. Er lag schon und nachdem ich ihn begrüßte, setzte ich mich an das Kopfende. Ich fragte Dr. Sutherland, was ich tun sollte. Er sagte, ich solle meine Hände auf den Kopf legen. Er nahm meine Hände und legte sie an die Processi mastoidei und die Finger überkreuzt unter seinen Nacken. Ich sagte nichts. Er sagte nichts. So begann ich. Ich folgte dem, was ich spürte. Sein Kopf bewegte sich von einer Seite zur anderen. Nach einiger Zeit fragte er mich, ob ich etwas spüren würde. Ich sagte, der Kopf bewegt sich von einer Seite zur anderen. Seht gut, sagte er, jetzt bringe die Bewegung zum Stillstand. Du machst das, indem Du der Extension folgst bis zum Stillstand. Und dann bleibst Du da, sagte er. Man kann das genauso mit Innen- und Außenrotation an den Scheitelbeinen ausführen. Wenn der Patient zum Beispiel einen epileptischen Anfall hat und Du diesen stoppen willst, bringe die Scheitelbeine oder das Sakrum sanft in die Innenrotation/Extension.

Ein andermal hatte ich einen Patienten mit einer lividbläulichen stark geschwellenen Hand. Sie war so schmerzhaft, daß ich sie nicht berühren konnte. Ich überlegte, was ich tun konnte. Ich formte eine Faust und bat den Patienten mit seiner Hand meine Faust zu umfassen. Ich induzierte eine laterale Fluktuation in der Hand und einen Stopp. Und seine Hautfarbe änderte sich. Und dann merkte ich, wie wir synchron atmeten. Die Schwellung der Hand verschwand förmlich.

11. Was denkst du über die beschriebenen Bewegungsachsen der Schädelknochen? In meiner palpatorischen Erfahrung habe ich oft den Eindruck, daß die Theorie der Bewegungsachsen nur sehr ungenau widerspiegelt, was unmittelbar wahrnehmbar ist, wenn meine Hände den Schädel palpieren. Und zu Beginn hat mir das biomechanische Modell von der Beschreibung der Schädelknochenbewegung es zum Teil sehr schwer gemacht in direkten Kontakt mit dem Gewebe zu kommen, ohne dieses Modell in meine Palpationserfahrung zu projizieren.

Der knöcherne Schädel stellt einen dreidimensionalen Behälter für das Gehirn dar. Zwischen den einzelnen Schädelknochen bestehen Suturen. Alle diese gelenkartigen Verbindungen bewegen sich im Raum. Wenn ein einziger Knochen sich bewegt, müssen sich zur gleichen Zeit alle anderen auch mitbewegen. Ich denke nicht unbedingt an die sogenannten Bewegungsachsen der einzelnen Schädelknochen, ich denke eher an die unterschiedlichen Gelenkflächen der Schädelknochen. Alles muß sich auf einmal bewegen.

12. In diesen Tagen, gibt es viele Diskussionen über Rhythmen: Magoun (10-14 min.), Upledger (6-12/min.), Becker 6-10/10 min.), Jealous (2,5/min.). Hat Sutherland selbst eine

Frequenz des Primär Respiratorischen Mechanis genannt? Und was denkst Du über die unterschiedlichen Rhythmen?

Ich weiß nichts über irgendeine bestimmte Frequenz des Primär Respiratorischen Mechanismus und ich kann mich nicht daran erinnern, daß Dr. Sutherland den Rhythmus der Fluktuationen gezählt hätte. Die Ärzte Woods führten den Begriff "Cranio Rhythmic Impulse" ein und zählten den Rhythmus.

13. Was ist Deiner Ansicht nach das besondere eines Osteopathen?

Als Osteopath untersuchst Du den Körper des Patienten durch deine Hände. Du studierst die Anatomie, damit Du verstehen kannst, wie der Körper arbeitet und was das Problem ist, das den Patienten zu dir führt. Du möchtest die Problematik verstehen, bevor Du irgendeine Art von Behandlung verordnest. Du möchtest verstehen was seine Beschwerden sind, die Geschichte seiner Beschwerden und dann möchtest Du herausfinden, was das Problem hinter seinen Beschwerden ist.

14. Anne, wie kommt es, daß Du immer noch so jung bist in deinem hohen Alter. Ist das ein osteopathisches Geheimnis?

Ich habe eine Menge Behandlungen erhalten, seit ich 1922 das College besuchte. Ich begann Osteopathie 1927 zu praktizieren und beendete meine Praxis 1977. Ich versuche meine physischen Grenzen zu respektieren und mich innerhalb diesen zu bewegen. Dabei behandle ich auch heute noch meine Familie, Freunde und enge Kollegen, das heißt ich habe so ein bis drei Behandlungen am Tag.