



► **Abb. 9.7** Korrektur der Flexions- oder Extensionsläsion.
a Schäldachhaltung.
b Seitliche Kopfhaltung.

Position. Dabei kann es passieren, dass die SSB andere Bewegungen als Torsionen oder Lateralbewegungen ausführt. Dies wird zugelassen und Bewegungen registriert, die auf weitere Läsionen hinweisen. Nun kann zusätzlich ein Ruhepunkt (Stillpoint) induziert werden, um dem System Ge-

legenheit zu geben, sich neu zu organisieren (► **Abb. 9.7 a**).

Nach einigen Sekunden wird sich ein Gefühl der Gewebeentspannung, wie ein Weichwerden des Gewebes, einstellen. Jetzt kann auch die Bewegung verstärkt werden (Exaggeration), bevor die zuvor blockierte Bewegung erlaubt wird. Das Vorgehen wird gegebenenfalls einige Male wiederholt.

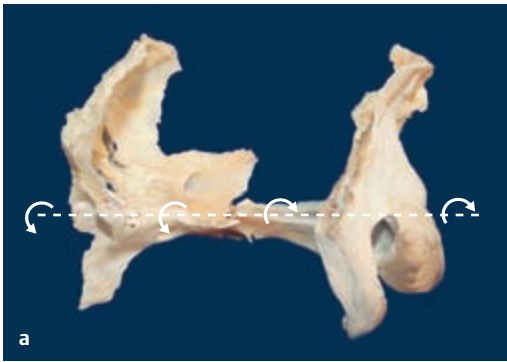
Bei der **seitlichen Kopfhaltung** ist das Augenmerk mehr auf die Innen- und Außenrotation gerichtet. Über die Daumen kann die Außenrotation der Procc. paracondylares wahrgenommen werden. Das Vorgehen ist dasselbe. Wir halten die Außenrotation und verhindern die Innenrotation oder umgekehrt (► **Abb. 9.7 b**).

Zusätzliche Maßnahmen

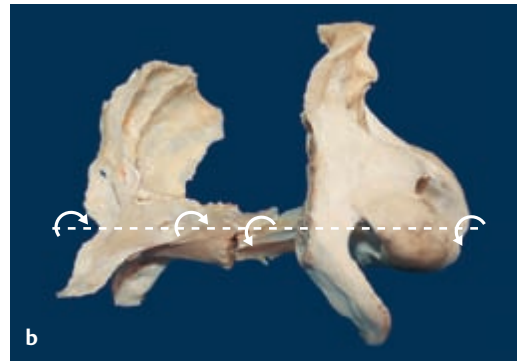
- Entspannung des M. temporalis, des M. cervicocutularis und des M. masseter durch die Spindelzelltechnik (S. 104). Der M. temporalis entspringt an der Crista nuchae des Os occipitale, an der gesamten Fossa temporalis, medial am Jochbogen und setzt, mit dem M. masseter verschmelzend, am Unterkiefer an. Der M. cervicocutularis entspringt ebenfalls an der Crista nuchae und setzt am Scutulum (Schildchen) an.
- Lösen der Suturen von Os frontale, Os temporale und Os parietale.
- Gegebenenfalls Test und Korrektur des Kiefergelenks.
- Gegebenenfalls Dekompression von Os temporale und Os parietale, da diese beiden Schädelknochen vor allem die Außenrotation behindern können.
- Entspannung aller am Os occipitale ansetzenden Muskeln durch die Spindelzelltechnik.
- Da mit der Flexions- oder Extensionsläsion der SSB meist eine Flexions- oder Extensionsläsion des Sakrums verbunden ist, empfiehlt es sich, das Sakrum und die dort ansetzenden Muskeln ebenfalls zu korrigieren.

9.1.5 Torsionsläsion

Os sphenoidale und Os occipitale rotieren in entgegengesetzter Richtung um eine anterior-posteriore Achse, die durch die Mitte der SSB verläuft. Die Keilbeinflügel rotieren auf einer Seite nach



► **Abb. 9.8** Sphenobasiläre Torsionsläsion.
a Rechts.



b Links.

kranial, das Os occipitale rotiert gleichzeitig nach ventral.

Die Läsion wird nach der Seite genannt, auf der sich die Keilbeinflügel mehr dorsal befinden (► **Abb. 9.8**).

Palpationsbefund

Beim Palpieren mit der Crista nuchae sind Daumen und Finger nicht auf gleicher Höhe. Beim Palpieren der Procc. paracondylares entsteht das Gefühl, eine Hand sei höher als die andere.

Test und Korrektur

Bei der Torsionsläsion rechts ist eine größere Amplitude der rechten Keilbeinflügel nach oben bzw. der rechten Seite der Nackenleiste nach unten spürbar. Bei der Torsion links ist es umgekehrt.

Bei der **Schädeldachhaltung** wird die Nackenleiste mit Daumen und Fingern umfasst, die andere Hand liegt auf dem Os frontale bzw. dem Os parietale mit Konzentration auf das Os sphenoidale (► **Abb. 9.9 a**).

Die Konzentration richtet sich bei der **seitlichen Kopfhaltung** auf den Proc. paracondylaris. Die Finger liegen hinter den Jochfortsätzen des Os frontale, die Konzentration ist zusätzlich in der Tiefe bei den Keilbeinflügeln (► **Abb. 9.9 b**).

Die Torsionsbewegung wird sanft energetisch induziert, indem die Nackenleiste bzw. der Proc. paracondylaris auf einer Seite nach oben und auf der anderen Seite nach unten und gleichzeitig das Os sphenoidale (mental) in die entgegengesetzte Richtung „gekippt“ wird. Das Ausmaß der Bewegung wird wahrgenommen, innerlich registriert



► **Abb. 9.9** Korrektur der Torsionsläsion.
a Schädeldachhaltung.

b Seitliche Kopfhaltung. Mobilisierung des Proc. paracondylaris.