

Rolfing und Osteopathie

Form und Funktion aus der Sicht des Rolfing

Hans Flury*

Abstract

Ida Rolf's method is based on the observation that every human body possesses its own individual form. The concept of Structural Integration differentiates between two levels of form: one is its deeper and constant aspect called structure, the other the visible and vastly varying form living human bodies present. Movement is defined as a functional change superimposed on the underlying structural form. The arm is used as an example to indicate some of the viewpoints which are relevant to manual treatment if the focus is on form.

Keywords

Rolfing, osteopathy, form, structure, gravity, fascia

Zusammenfassung

Ida Rolfs Methode basiert auf der Beobachtung, dass jeder Körper eine individuelle Form besitzt. Das Konzept der Strukturellen Integration unterscheidet einen tieferliegenden, konstanten Aspekt der Form, der hier Struktur genannt wird, von der manifesten Form, wie sie sich beim lebenden, sich bewegenden Menschen zeigt. Bewegung wird als funktionelle Veränderung der strukturell gegebenen Form aufgefasst. Am Beispiel des Arms wird gezeigt, welche Gesichtspunkte für die manuelle Behandlung relevant sind, wenn man den Zugang über die Form wählt.

Schlüsselwörter

Rolfing, Osteopathie, Form, Struktur, Schwerkraft, Faszien

Normale Gelenkmobilität bildet eine Voraussetzung für freie Bewegung. Wenn die Gelenkmobilität gestört ist, ist Bewegung behindert; Beschwerden, Schmerzen, Krankheiten können die Folge sein. Allerdings ist sie nur eine unter anderen Voraussetzungen, denn nicht jede Dysfunktion des Bewegungsapparats ist in Bewegungseinschränkungen verwurzelt. Deutlich wird dies, wenn wir uns vor Augen halten, dass sich die Menschen auch bei allseits normaler Gelenkmobilität ganz verschieden bewegen. Dies wird gemeinhin damit erklärt, dass Menschen ihre Muskeln ganz verschieden gebrauchen. In Bezug auf die Bewegung des Körpers besteht eine verwirrende Vielfalt von Ansichten, Meinungen und Schulen, wie Bewegung auszusehen hätte. Hinzu kommt, dass die meisten Beschreibungen äußerst

vage formuliert sind, denn es existiert kein System, mit dem man Bewegung präzise beschreiben könnte.

Im Gegensatz zur Bewegung des Körpers als Ganzes kann die Gelenkfunktion ziemlich genau beschrieben werden, und es besteht ein Konsens darüber, wie diese physiologisch auszusehen hat.

Ida Rolf hat weitere zwei Faktoren entdeckt, die eine Rolle spielen. Erstens behauptet sie, jeder Körper habe eine eigene individuelle Form, die sie Struktur nennt. Zweitens besteht sie darauf, dass bei allen Fragen der Bewegung die Schwerkraft berücksichtigt werden muss.

Therapeutische Interventionen sind auf allen drei Ebenen möglich: derjenigen der Gelenkfunktion, derjenigen der Bewegung des Körpers und derjenigen der Struktur. Hier soll der Zugang über die Ebene der Form, also über das, was Ida Rolf Struktur nennt, dargestellt werden. Zuerst werden einige theoretische Fragen behandelt, dann wird ein praktisches Beispiel beschrieben.

Struktur, Faszien, Funktion

Mit "Struktur" ist nach Duden die "Anordnung der Teile eines Ganzen zueinander" gemeint. Ida Rolf suchte nach derjenigen Anordnung, die möglichst wenig Anstrengung erfordert. Dafür musste sie die Definition so erweitern, dass nicht nur die "Teile zueinander", sondern auch ihr Verhältnis zum Schwerkraftfeld der Erde berücksichtigt werden. Natürlich müssen dann die Teile zentriert übereinander stehen. Allerdings bleibt diese Anordnung nur erhalten, wenn sie nicht gestört wird. Nach Ida Rolf sind die Teile in "elastische Säcke" gepackt. Sie stören die ideale Anordnung nur dann nicht, wenn ihre Spannung rundherum im Gleichgewicht ist. Gleichzeitig stabilisiert der ideale Sack die Anordnung, weil er sie bei einer Verschiebung mit den induzierten elastischen Kräften wiederherstellt.

Der elastische Sack steht für das "Fasziennetz". Faszien funktionieren nach Ida Rolf als "Container". Diese sind schon deshalb nötig, weil der Körper zu ca. 70 % aus Wasser besteht. Vom Rest setzen die Fette und die meisten Eiweiße einer Deformierung ebenfalls kaum Widerstand entgegen. Allein die Knochen sind formstabil.

* Dr. med. Hans Flury, geb. 1945 in Zürich, war 1973-1978 als Arzt tätig, seit 1979 als Rolfer. Interessenschwerpunkt Theorie der Strukturellen Integration (Herausgeber und maßgeblicher Autor der "Notes of Structural Integration", 7 Ausgaben, Zürich 1986-1993.) 1995 Buchveröffentlichung zum Thema "Normale Bewegung" (Flury H: Die neue Leichtigkeit der Bewegung. dtv, Deutscher Taschenbuchverlag, München, 1995).

Wenn man sich die Knochen wegdenkt, ergibt sich eine Art "hydrostatischer Ballon", dessen Form allein von den Eigenschaften der Container abhängt. Ein solches Modell hat gravierende Konsequenzen für unsere Sicht des Körpers und seine Funktion. Container halten ihren Inhalt deshalb zusammen, weil sie den Innendruck aufnehmen und mit ihrer passiven elastischen Spannung neutralisieren. Dem System kommt also eine tragende Funktion zu. Allerdings ist dafür eine gute strukturelle Ordnung Voraussetzung: Der Körper sollte weder kollabiert noch durch zu zähe Faszien eingengt sein. Deutlich spürbar wird diese Funktion, wenn die Bewegung normal ist^A (Flury)³.

Analyse der Körperstruktur: Struktureller und anatomischer Faszienbegriff

Das Modell erfordert bei der Analyse der Körperstruktur eine Vorgehensweise, die derjenigen der Anatomie entgegengesetzt ist. Dort werden diskrete, definierte Teile nach bestimmten Regeln zusammengesetzt. Bei der Beschreibung der Form gehen wir wie bei jeder Formdarstellung von den Konturen des Ganzen aus und von dort zu den Teilen.

Das Skelett konstruieren wir in diesem Sinn strukturell so, dass wir in der Vorstellung alle Knochenhäute und Gelenkkapseln betrachten. Wir erhalten einen weit verzweigten geschlossenen Schlauch. Diesen füllen wir mit Flüssigkeit. Bei einem leichten Überdruck entfaltet sich das "Skelett" von selbst. Es steht zwar nicht alleine, aber es würde sogar etwas Gewicht tragen. In einem letzten Schritt ersetzen wir die Flüssigkeit an den richtigen Orten durch formstabile Elemente, Knochen. Dieses Modell liefert nebenbei einen passiven Grundmechanismus als eine elegante Lösung für das Problem, dass die Gelenkflächen auch unter starker Kraftwirkung zentriert bleiben sollten, die Knochen sich gleichzeitig aber in geführten Bahnen möglichst frei bewegen sollten.

Der formbezogene, strukturelle Faszienbegriff weicht auf mindestens zweierlei Art vom anatomischen ab. Erstens können Faszien nur als geschlossene, annähernd wasserundurchlässige Flächen gedacht werden. Zweitens bestehen sie als "gewobenes Gewebe" ausschließlich aus kollagenen und elastischen Fasern, weil nur diese passiv Spannung aufnehmen können. Faszien besitzen dann keine logische Verbindung mehr mit den Muskeln. Sie befinden sich überall im Körper: als Körperfazie, als Muskelfaszien, Pleura, Dura, Leberkapsel usw. Sehnen und Bänder stellt man sich als eingeflochtene Verstärkungen vor.

Dies führt zu einer völlig neuen Einteilung des Körpers. Es wird nicht einem tragenden Skelett eine Muskulatur entgegengesetzt, die hält und bewegt. Auch kommen Haltung und Bewegung nicht als Gegensatzpaar vor. Das Modell konstituiert einen "strukturellen Körper" ohne Muskelaktivität, der eine individuelle Form besitzt. Knochen lassen sich in dieses Modell nun auch einfügen, jedoch hauptsächlich als Spacers, die "Gewicht verteilen, statt es zu tragen" (Rolf)⁴. Dazu kommt nun als funktionelles Element das immer vorhandene Muster der aktiven Muskelspannung, das beim ruhigen Stehen annähernd konstant ist, sich bei Bewegungen aber schnell und weitgehend verändert. Funktion ist dann die Kombination beider Elemente. Die Struktur ist das darunterliegende Konstante aller Formen, die ein Körper annehmen kann. Struktur können wir nie direkt sehen, weil sie immer auf vielfältigste Weise vom Muster aktiver Spannung überlagert wird. Innerhalb dieser Modellvorstellung lässt sich Bewegung als Formveränderung des strukturellen Körpers definieren.

Beispiel Arm

Im Mittelpunkt der strukturellen Sicht steht zunächst die Form des Armes. Es fällt auf, dass er im Querschnitt elliptisch ist. Die flachen, breiten Seiten finden sich an der Außen- und Innenseite des Oberarms und an der Vorder- und Rückseite des Unterarms.

Bei der üblichen Referenzposition des Klienten in Rückenlage liegt der Arm neben dem Körper, die Handfläche nach unten, also nach dorsal, der Ellbogen zeigt nach außen. Die Position ist etwas willkürlich, sie entspricht nicht der normalen Art, wie der Arm im Stehen hängt. Er sollte flach auf der einen breiten Seite liegen können; die andere breite Seite liegt oben. Diese oberen Seiten von Oberarm und Unterarm sollten in einer Ebene liegen, d.h. sie sollten sich tangential an eine darüber gedachte Horizontalebene schmiegen. Die leichte Konvexität sollte innen und außen symmetrisch sein. Allerdings trifft man diese normale Form so gut wie nie an. Die häufigste, fast konstante Abweichung ist die, dass die Extensorenfaszie zum Ellbogen hinauf "zu rund" gerollt und zur Seite verlagert ist.

Wenn wir die äußere Form des Arms betrachten, heißt dies nicht immer, dass die Abweichungen auch dort lokalisiert sind. Trotzdem machen sich häufig tiefere Störungen der Form in der Verformung der äußeren Faszie bemerkbar. Der ganze "Armschlauch" ist durch eine Art "Septum" in zwei Logen geteilt (Abb. 1; Schwind)⁵. Am Oberarm liegt dieses "Septum" im kurzen Durchmesser; man kann sich vorstellen, es bestehe aus den beiden Septa intermuscularia und dem Periost des Humerus. Am Unterarm liegt das "Septum"

^A "Normale Bewegung" ist definiert als die jeweils ökonomischste Form einer gegebenen Bewegung. Diese Art Bewegung benützt extensiv die Schwerkraft und die elastischen Kräfte des gedehnten Fasziennetzes, die einen Teil der Muskelkraft ersetzen. Voraussetzung ist ein Körper, und vor allem der Rumpf, der locker gestreckt ist. Beim Gehen ist zum Beispiel der Schwerpunkt etwas weiter vorn als üblich, so dass das Gewicht auf das mediale Längsgewölbe des Fußes des Standbeins und nicht auf das Fersenbein kommt. Die Hüftachse befindet sich etwas hinter dem Körperschwerpunkt, der gestreckte Rumpf ist dadurch minimal nach vorn geneigt.

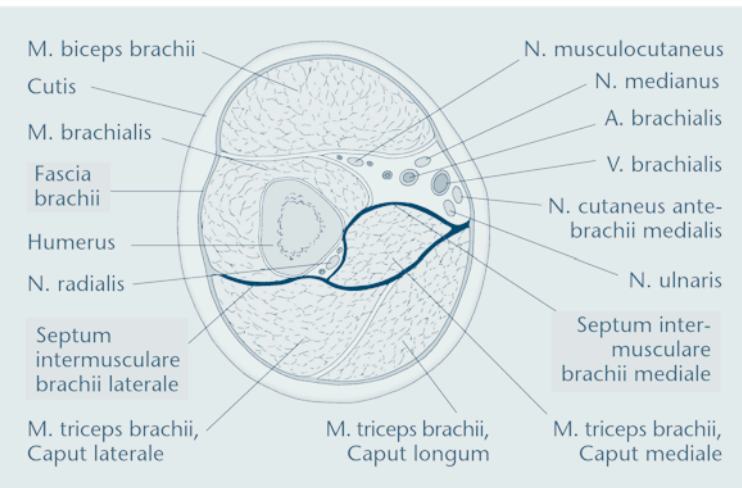


Abb. 1 Querschnitt auf Höhe der Oberarmmitte. Der Armschlauch ist durch eine Art "Septum" in zwei Logen geteilt. Mit freundlicher Genehmigung des Autors aus: Schwind P: Faszien- und Membrantechnik. Elsevier GmbH – Urban & Fischer, München, 2003.

im langen Durchmesser, es besteht aus dem Periost von Radius und Ulna sowie der Membrana interossea. Vor allem am Oberarm bildet das "Septum" mit der Oberflächenfaszie zwei "Nähte". Diese sollten gerade sein und in der Mitte der breiten Flächen liegen. Meist sind sie verzogen, vor allem nach lateral, und manchmal sind sie zu tief eingezogen. Verdickungen, Verklebungen und Verkürzungen finden sich oft am Übergang der Septen zum Periost. Das "Septum" des Oberarms geht distal über die von den Epicondylen des Humerus hinten weit gespreizte Oberarmhülle um 90° gedreht in diejenige des Unterarms über.

Störungen der Form des Armes zeigen sich deutlich bei Bewegungen. Der Arm wird unter leichtem Zug langsam etwas gebeugt und wieder gestreckt und dabei ohne zu forcieren nahe an der normalen Form gehalten. Bei der Beugung sollte sich zuerst die Außenseite des ganzen Arms gleichmäßig verlängern. Am häufigsten wird das dadurch gestört, dass das Gewebe an der Hinterkante der Ulna zu stark verklebt ist. Die innere und die äußere "Naht" am Oberarm sollten sich ebenfalls gleichmäßig verlängern, sie sollten gerade bleiben und nicht verzogen werden. Das Olecranon sollte weder spitz durch die Faszie nach außen stechen – was eine allgemeine starke Verkürzung aller Faszien anzeigt – noch sollte sie eingezogen bleiben, was auf tiefe Verklebungen in der Ellenbeuge hindeutet.

Die unten aufliegende und die obere breite Fläche des Armes bleiben bei der Beugung möglichst lange in derselben Ebene. Obwohl der Arm durch den Zug etwas länger wird, wird er nicht schmaler, eher flacht er etwas ab. In der Ellenbeuge führt dies zu einer besonderen Erscheinung, die ziemlich spezifisch für normale Struktur und Bewegung erscheint. Weil die

"Nähte" des Oberarms an Ort und Stelle bleiben, sich nur verlängern, und weil das "Innere" der Ellenbeuge nach außen weicht, sinkt das Gewebe um die "Nähte" wie zwei Falten etwas nach innen und aufeinander zu. Unmittelbar zu Beginn der Bewegung werden sie sogar etwas gerader gestreckt. Dieser Effekt hängt ganz davon ab, dass sich das Gewebe der Ellenbeuge, insbesondere der Strang der Bizepssehne, verlängern und in die Tiefe sinken kann.

Zwar ist "Struktur" ein statisches Konzept, doch sehen wir sie nur richtig, wenn sich der Körper bewegt. Das Atmen, eine wellenartige leichte Dehnung des Rumpfes, lässt uns erst seine Form erkennen.

Etwas Ähnliches gibt es im Unterarm. Am einfachsten zeigt sich dies, wenn die Hand passiv dorsalflektiert wird. Die Finger einer Hand des Behandlers gehen dorsal ins Handgelenk und halten die Hand vom Unterarm weg. Dann wird die Hand des Klienten hochgenommen. Dadurch "öffnet" sich das Handgelenk und es entsteht ein starker Zug auf der Flexoreseite des Unterarms. Die Faszien werden dort weiter, weil vor allem die Sehnenstränge der Karpalflexoren eine "Abkürzung" zur Seite nehmen; Ulna und Radius weichen dadurch auseinander. Das "Atmen" des Unterarms hängt mit Sicherheit vom Zustand der Membrana interossea ab.

Bei dieser Bewegung realisiert sich deutlich das alte Bild des Rolfing, dass Knochen im Gewebe schwimmen sollten. Das heißt, dass am Anfang der Bewegung das Faszienetz zu "fließen" beginnt, es geht in die Länge und behält seine Orientierung, während die Knochen vorerst liegen bleiben und erst später mitgezogen werden.

Wenn man mit dem formbezogenen Strukturbegriff arbeitet, geht man von Biegen und Strecken des Armes aus, also von der normalen Formveränderung. Ihre Störung zeigt meist auch die Stellen auf, die detailliertere Behandlung benötigen. Im Gegensatz dazu geht die anatomische Betrachtung von Beugung und Streckung des Ellbogens aus. Dieses erfolgreiche Konzept des Gelenks kann dann logisch ausgedehnt werden bis zu einem "viszeralen Gelenk", das "Gleitflächen" und "Anheftungen" besitzt, jedoch keine "motorischen Muskeln" (Barral)².

Es stellt sich die Frage, ob die verschiedenen Ausgangspunkte jemals zu deckungsgleichen Sichtweisen der Bewegung führen werden. Derzeit kann die Frage nicht endgültig beantwortet werden, weil die strukturelle Sicht in vielerlei Hinsicht noch in ihren Anfängen steht, noch weiter entwickelt werden muss. Es kann aber vermutet werden, dass das nicht der Fall sein wird, sofern Ida Rolfs Behauptung zutrifft, dass sich beide Ansätze auf verschiedenen Ebenen von Bachelards¹ epistemologischem Profil befinden. Die Sichtweisen wären und blieben dann "entgegengesetzt, aber nicht widersprüchlich".

Fazit

Das Behandlungsziel der Osteopathie ist die Beweglichkeit klar abgrenzbarer anatomischer Einheiten im Verhältnis zueinander. Für die Diagnose und Behandlung des Gelenks geht es deshalb in erster Linie um die Beweglichkeit der Gelenkflächen. Beim Rolfing geht es demgegenüber um die Gleitfähigkeit des ganzen Knochens innerhalb der Vielfalt der Gewebe. Nach Ida Rolfs Auffassung hat der Knochen die Aufgabe, Gewicht zu verteilen, ohne es primär zu tragen. Diese Auffassung ist nicht nur für die Untersuchung der langen Röhrenknochen der Extremitäten sondern auch für die funktionelle Analyse der Wirbelsäule relevant.



Korrespondenzadresse:

Dr. med. Hans Flury
Badenerstrasse 21
CH – 8004 Zürich
E-Mail: fluport@bluewin.ch,
Internet: www.sgssi.ch

Literatur

- 1 Bachelard G: Die Philosophie des Nein. Suhrkamp, Frankfurt a.M., 1980.
- 2 Barral JP, Mercier P: Lehrbuch der viszeralen Osteopathie, Bd. I, Urban & Fischer, München, 2002.
- 3 Flury H: Die neue Leichtigkeit des Körpers. Grundlagen der normalen Bewegung. dtv, München, 1995.
- 4 Rolf I: Rolfing. Strukturelle Integration. Hugendubel, München, 1989.
- 5 Schwind P: Faszien- und Membrantechnik. Urban & Fischer, München, 2003.

Interview: Peter Schwind



Peter Schwind ist Advanced Instructor am von Ida Rolf begründeten Rolf Institute in Boulder (Colorado) und bei der European Rolfing Association in München. Zusammen mit seinem Münchner Kollegen Christoph Sommer und Jean-Pierre Barral hat er die MÜNCHNER GRUPPE als interdisziplinäre Fortbildungsinstitution für manuelle Behandlungsverfahren begründet. Sein Lehrbuch zur Faszien- und Membrantechnik ist 2003 bei Elsevier – Urban & Fischer erschienen.

Schmidt: Herr Schwind, wie kommt es, dass Sie sich für die Osteopathie fast genauso interessieren, wie für Ihr eigenes Arbeitsgebiet, die Rolfingmethode?

Schwind: Das hat einen persönlichen Grund. Als ich vor einem Vierteljahrhundert von meiner Ausbildung an Ida Rolfs Institut nach Europa zurückkehrte, organisierte ich zusammen mit meinem Kollegen Michel Ginoulhac die erste Rolfingausbildung auf europäischem Boden. Mein Kollege hatte sein Medizinstudium abgeschlossen, hatte dann wie ich in den USA Rolfing gelernt und anschließend mit der Osteopathieausbildung an einer der ersten französischen Schulen begonnen. Mit Michel Ginoulhac verband mich schon damals die Begeisterung für beide Methoden.

Schmidt: Wie würden Sie einem Osteopathen das Konzept der Rolfingmethode erklären?

Schwind: Das ist gar nicht so einfach weil ein Osteopath das, was ich über das Faszien-System sagen möchte, natürlich mit den Ohren eines Osteopathen hört und im Rahmen seines Konzepts versteht. Ich will es trotzdem versuchen. Das

klassische Rolfing konzentriert sich vor allem auf die manuelle Behandlung der Faszien des Muskelapparats, der Zwischenknochenmembranen der großen Längsknochen und die großen Bänder des Beckens und der Extremitäten. Die Behandlung erfolgt aber mit einer ganz eigentümlichen Zielsetzung.

Schmidt: Wo liegt hier der Unterschied zur Osteopathie?

Schwind: Ich sehe die Stärke der Osteopathie darin, mit kleinstem Aufwand Bewegungseinschränkungen auszuräumen und damit den Organismus innerhalb seiner Eigendynamik zu einer effektiveren Selbstregulation zu führen. Beim Rolfing geht es um etwas anderes. Die im Körper wirkenden Kräfte werden in ihrer Wechselwirkung mit der von außen wirkenden Schwerkraft betrachtet.

Schmidt: Was bedeutet das denn für den praktischen Ablauf einer Behandlung?

Schwind: Seit Ida Rolf entwickeln die Rolfer ihre Behandlungsstrategie, indem sie die Statik des Gesamtsystems im Stehen und im Sitzen beurteilen und indem sie ihre Patienten beim Gehen und anderen signifikanten Bewegungsabläufen beurteilen. Erst im Anschluss daran erfolgt die manuelle Untersuchung.

Schmidt: Ist das dann die manuelle Untersuchung, die wir aus der Osteopathie und zum Teil auch aus der manuellen Medizin kennen?

Schwind: Nein, der Rolfer geht von der Gesamtform des Organismus aus. Der Osteopath lässt sich – jedenfalls wie ich das verstehe – von der Modellvorstellung des Gelenks leiten. Diese Modellvorstellung prägt zum erheblichen Teil sogar die Untersuchungstechnik im craniosacralen und viszeralen Bereich. Während ein Osteopath beispielsweise die Fixierung

eines Rippenwirbelgelenks behandelt, beschäftigt sich der Rolfer mit der Krümmung eines ganzen Rückenabschnitts, oder mit der Art, wie sich eine Körperhöhlung mit einer angrenzenden Körperhöhlung unter dem Einfluss der Schwerkraft aufrichtet. Noch klarer treten die Unterschiede zutage, wenn wir die Behandlung der Extremitäten ansehen. Der Osteopath konzentriert sich meist auf die Bewegungseinschränkungen zwischen einzelnen anatomisch genau definierten Elementen, so beurteilt er beispielsweise die Beweglichkeit zwischen den Knochen des Fußes. Der Rolfer beurteilt dagegen die Dynamik der Fußgewölbe untereinander und versucht diese Dynamik mit der ganzen Extremität und dem Rumpf in Beziehung zu setzen. Osteopathie ist die Behandlung der Dysfunktion, Rolfing die Behandlung der Form, bzw. des Formkontexts.

Schmidt: Wie kann man sich das praktisch vorstellen?

Schwind: Die Fußgewölbe werden von der Hüfte her behandelt und die Hüften werden beispielsweise von den Fußgelenken her behandelt. Ich weiß, das klingt ziemlich global oder sogar vage.

Schmidt: Liegt darin nicht eine Schwäche Ihrer Methode?

Schwind: Sicherlich, der globale Ansatz ist die Schwäche des Rolfings. Aber in mancherlei Hinsicht ist der globale Ansatz auch für die Leistungsfähigkeit der Grundbehandlung mit zehn Sitzungen verantwortlich.

Schmidt: Gibt es für diese zehn Sitzungen denn einen klaren Behandlungsplan?

Schwind: Es gibt für jede der zehn Sitzungen ganz klar definierte Analyseschritte und eine Zielvorstellung des Behandlungsergebnisses. Dies entspricht jedoch keinem Behandlungsschema. Wir arbeiten beispielsweise in der ersten Sitzung immer am Bewegungsmuster der Atmung. Die einzelnen Techniken, die zur Anwendung kommen werden dabei stets der individuellen Gewebetypik und der persönlichen Grammatik der Spannungen angepasst. Jean-Pierre Barral hat einmal gesagt, wir wissen nicht wirklich, was Ida Rolf gemacht hat, wir haben nur Interpretationen davon, wie sie behandelt hat. Ich denke, er trifft damit den Nagel auf den Kopf. Für mich steht außer Zweifel, dass Ida Rolf eine grandiose Pionierin war, aber heute kommt es darauf an, wie man die Pionierleistung weiterführt.

Schmidt: Was machen Sie denn, wenn sich nach den zehn Sitzungen der Behandlungserfolg nicht einstellt? Behandeln Sie dann einfach weiter?

Schwind: Die beste Lösung ist meines Erachtens, schon nach der dritten Behandlung zu klären, ob die Behandlung erfolgversprechend verläuft. Wenn sich nach drei Behandlungen keine Positiventwicklung abzeichnet, ist es sinnvoll, zunächst einmal abzuwarten und dann eine andere Behandlungsmethode zu wählen. In meiner eigenen Praxis ist es mir wichtig, die effizienteste Methode zur Problemlösung zu finden, und das ist nicht immer meine Methode. Wir tun den Patienten und uns selbst keinen Gefallen, wenn wir sie "zu halten" versuchen, während wir praktisch nicht weiterkommen. Mir fällt allerdings auch ein Fall ein, bei dem sich erst in der neunten Behandlung der entscheidende, in diesem Fall dauerhafte Erfolg einstellte. Ich hatte die zunächst völlig erfolglose Behandlung nur weitergeführt, weil der Patient Manualmediziner war und aus Neugierde und technischem Interesse weiter behandelt werden wollte.

Nach der zehnten Behandlung sollte aber auf jeden Fall Schluss sein. Nach sechs oder acht Monaten lassen sich dann ein oder drei Folgebehandlungen anschließen. Die strikte Begrenzung der Sitzungszahl ist die Essenz der Methode. Ich sehe die Rolfingmethode nicht als Instrument der Symptomlinderung, sondern – wenn ich das so kompliziert ausdrücken darf – als Neuorientierung des Organismus innerhalb seiner sehr individuellen biomechanischen Konstitution. Natürlich kommt dann häufig, falls diese Neuorientierung gelingt, ein Prozess der Symptomlinderung in Gang.

Schmidt: Gibt es denn Neuentwicklungen innerhalb des Rolfings?

Schwind: Es gibt ernstzunehmende konzeptuelle Neuansätze, die in verschiedene Richtungen gehen. In vielerlei Hinsicht stehen wir erst am Anfang. Ich persönlich bewundere immer wieder, mit welcher Konsequenz mein Schweizer Kollege, Hans Flury, bei der Sache bleibt und die Grundannahmen Ida Rolfs durchdenkt aber auch hinterfragt. Und ich bewundere ebenso die Arbeit meines französischen Kollegen Hubert Godard, die in eine ganz andere Richtung geht. Er ist Professor für die Erforschung der menschlichen Bewegung an der Universität VII in Paris. Godard eröffnet unserem ursprünglich recht "statischen" Konzept ganz neue Dimensionen, indem er die Bedeutung der Koordination und der sensorischen Orientierung in die Behandlung des Faszien-systems mit einbezieht. Und auch auf empirisch wissenschaftlicher Seite bewegt sich einiges, seit mein Kollege Robert Schleip seine Forschungen über das Faszien-system begonnen hat.

In meiner eigenen Praxis habe ich in den letzten Jahren versucht, sowohl konzeptuell wie technisch neue Wege zu gehen. Das klassische Konzept orientiert sich vor allem an den Faszien, die die Muskulatur umhüllen und untergliedern. Der Körper hat sich aber seit den Tagen von Ida Rolf drastisch verändert, indem sich unsere Alltagsgewohnheiten und Bewegungsmuster durch eine neue Arbeitswelt wandelten. Ich denke, dass wir deshalb die Bindegewebsschichten, die sich nicht direkt der Muskulatur zuordnen lassen, verstärkt behandeln müssen. Dass ich in diese Richtung suchen und denken konnte verdanke ich den französischen Osteopathen Jean Pierre Barral, Didier Prat, Jean Arlot und Alain Croibier, die ihr Wissen immer bereitwillig mit mir teilten, aber auch zu sehr kritischem Dialog bereit waren. Damit wären wir wieder bei der Osteopathie.

Schmidt: Herr Schwind, Sie haben im letzten Jahr ein neues Buch zum Thema "Faszien- und Membrantechnik" veröffentlicht. Sind Sie damit näher am Rolfing oder näher an der Osteopathie?

Schwind: Ich hoffe, ich bin weder der einen noch der anderen Methode näher. Es gibt zwischen Ida Rolfs Struktureller Integration und der Osteopathie ein Niemandsland. Dort dürfen wir die Konzepte für einen Augenblick vergessen und mit dem Organismus noch mal von vorne anfangen, ohne eine bestimmte Brille zu tragen. Mein Buch handelt von diesem Niemandsland. Methoden sollen in sich konsistent sein, aber gegensätzliche Ansätze können sich auch befruchten. Und gelegentlich ist es doch erfrischend über die Grenzen hinauszudenken.

Schmidt: : Herzlichen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Dr. med. Sabine Schmidt, München.

Wie ein Osteopath die Rolfingmethode sieht

Jocelyn Proby*

Man hat mich gebeten, einen Artikel zum Thema, wie ein Osteopath die Rolf-Methode sieht, zu schreiben. Ich bin bereit diesen Versuch zu unternehmen und möglicherweise bin ich dafür besser qualifiziert, als manch anderer, weil ich nun schon um die vierzig Jahre Osteopath bin und immer ein Anhänger von Dr. Rolf war, seit ich sie getroffen habe und seit ich vor etwa acht oder neun Jahren angefangen habe, einige ihrer Ideen und Methoden zu erlernen.

...

Die Arbeit, die Dr. Rolf mit den Geweben des Körpers leistet, ist, nach meinem Kenntnisstand, von einzigartiger Qualität. Diese Arbeit unterscheidet sich grundlegend von der verbreiteten Form der osteopathischen Manipulation. Und sie unterscheidet sich ebenso davon, wie Massage oder Physiotherapie praktiziert und verstanden werden.

...

Das Ziel des Rolfings ist zunächst, die Faszien besser zu "organisieren", die Faszien, die den ganzen Körper und die Muskelstrukturen mehr oder weniger umhüllen. In zweiter Linie geht es darum, die Muskeln und Sehnen zu behandeln, vor allem im Bereich der Ursprünge und Ansätze. Das Geheimnis der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung von guter Haltung und Mechanik ist, dass die entscheidenden Strukturen frei sein sollten, dass sie Elastizität aufweisen, dass sie in jenem Gleichgewichtszustand sein sollen, der zwischen den beiden Körperhälften genauso wie zwischen Beugern und Streckern bestehen soll. Das Ziel der Behandlung ist auch, dass fibrotische Schichten, Gewebe, die sich ver-

klebt haben, oder durch Degeneration, Überspannung oder Unterspannung charakterisierbar sind, beseitigt oder soweit als möglich korrigiert werden. Niemand, der Ida Rolf hat arbeiten sehen, kann bezweifeln, dass ihre Technik hocheffektiv im Erreichen der genannten Ziele ist, dass sie erstaunlich schnell zum Ziel gelangt und das in einer Art und Weise, deren Wirkung sofort einsetzt, spektakulär ist und essentiell dauerhafte Ergebnisse liefert.

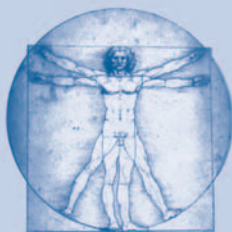
...

Für mich persönlich kann ich sagen, dass ich diese Technik nun mehr als jede andere verwende, und ich erreiche damit Ergebnisse, die sich schneller einstellen, stabiler und dauerhafter sind, wie alles, was ich vorher erreichen konnte oder nur hoffen konnte zu erreichen. Ich will damit allerdings nicht sagen, dass ich diese Technik ausschließlich verwende, weil ich meine, dass jede noch so gute Technik nicht in sich selbst endet, und dass sie nicht immer der einzige und beste Weg zum Erreichen eines gewünschten Resultats ist.

Zitate aus dem erstmals im Bulletin of Structural Integration III (1): 25–32, 1971 veröffentlichten Artikel "How an osteopath sees the Rolf Method". Er findet sich in voller Länge auf Robert Schleips web-site www.somatics.de

Zusammenstellung und Übersetzung aus dem Englischen: Peter Schwind, München.

* Jocelyn Proby, D.O., ist seit mehr als einem halben Jahrhundert als Osteopath tätig. Lange bevor Ida Rolf ihr eigenes Institut in den USA gründete, bildete sie in England eine Gruppe von Osteopathen in ihrer Technik der Strukturellen Integration aus, zu denen er gehörte.



The International Academy Of Osteopathy (I.A.O.)

Einfach gute Osteopathie!

Die grösste Schule für Osteopathie in Europa bietet ab Herbst 2005
in 10 Kursorten in Deutschland und in Wien Osteopathiekurse an.

Auf www.iao-iao.com können Sie sich online anmelden !

Oder Sie wenden sich an: WCOM * Postbus 8115 * NL-1802 KC Alkmaar

Telefon: +31/226/34 03 22 • Telefax: +31/226/34 10 32 • E-Mail: iao@scarlet.be