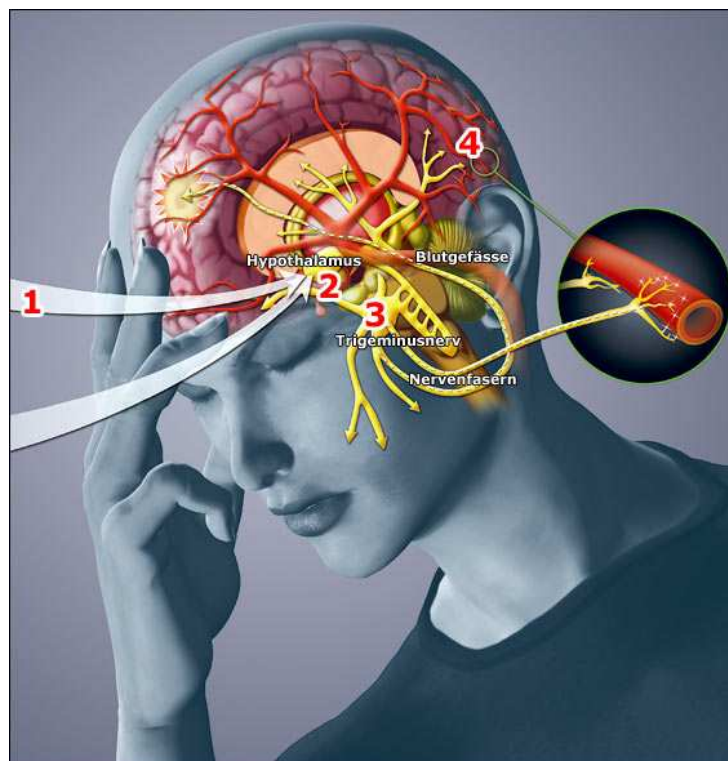


MIGRÄNE & KOPFSCHMERZEN IN DER CRANIOSACRALTHERAPIE



*Cranio-Abschlußarbeit Ursula Schwartz und Brunhild Peters
Januar 2011*

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG	4
Warum wir dieses Thema gewählt haben	4
Brunhild:	4
Ursula:	5
Ziele	5
KOPFSCHMERZARTEN	6
Primäre Kopfschmerzen	6
1. Migräne	6
Ablauf eines Migräneanfalls	7
Mögliche Ursachen der Migräne	8
Wissenschaftliche Hypothesen zur Entstehung eines Migräneanfalls	8
Migräneauslösende Faktoren	9
Zusammenfassung möglicher Trigger (Schlüsselreize)	9
2. Spannungskopfschmerzen	10
3. Cluster-Kopfschmerz	11
Sekundäre Kopfschmerzen	12
1. Cervicogener Kopfschmerz	12
2. Kopfschmerzen bei Krankheiten des Gehirns	13
a) Gefäßerkrankungen des Gehirns z.B. Gehirnblutungen	13
b) Gehirntumore	13
c) Meningitis (Gehirnhautentzündung)	13
d) subarachnoidale Blutung	14
e) Subdurales Hämatom nach Schädeltrauma	14
3. Kopfschmerzen bei Erkrankungen im Kopf-Hals-Bereich	14
a) Nasennebenhöhlenerkrankungen	14
b) Posttraumatische Kopfschmerzen nach Schleudertrauma, einem Schlag oder Sturz auf den Kopf	14
c) Mittelohrinfektionen, Mastoiditis	14
d) Augenkrankheiten, Iritis, Augenüberanstrengung	15
4. Kopfschmerzen bei Allgemeinerkrankungen	15
a) Hypertonie	15
b) Hypotonie	15
c) Toxämie (Alkohol, Kohlenmonoxid):	15
5. Kopfschmerzen bei seelischen Erkrankungen	15
a) Depressionen, Ängste, Hysterie:	15
b) Psychische Spannungen, Überbelastung:	16
6. Trigeminus-Neuralgie	16
STRUKTUREN, SCHMERZAUSSTRAHLUNG UND MÖGLICHE BEHANDLUNG	17
1. Muskeln	17
a) Nackenmuskeln	17
b) Muskeln, die an der Schädelbasis ansetzen	22
c) M. occipitofrontalis	23
d) Kaumuskeln:	23

2. Knöchernen Strukturen	25
a) Atlantoccipitales Gelenk	25
b) Os occipitale	26
c) Schädelbasis	26
d) Os Temporale	26
e) Sphenobasilargelenk	27
3. Dura mater und extrakranielle Faszien	27
Schmerzausstrahlung und Behandlungsmöglichkeiten der Dura und der Faszien	28
4. Arterien	29
Schmerzausstrahlung durch Arterien	29
5. Venen	30
6. Nerven	31
a. Sensible Nerven	31
b. Motorische Nerven	33
c. Cervikalnerven	34
7. Psychische Einflüsse	34
DIAGNOSTIK, ANAMNESE UND BEHANDLUNG VON KOPFSCHMERZEN	36
1. Diagnostik	36
2. Anamnese	36
3. Behandlung	37
4. Der biodynamische Ansatz in der Behandlung	38
5. Möglichkeiten und Grenzen zur Behandlung in der Craniosacraltherapie	39
PERSÖNLICHE ERFAHRUNGEN BEIM ERSTELLEN DER ARBEIT	40
Brunhild:	40
Ursula:	41
Schlussanmerkung :	41
QUELLEN:	43

Einleitung

5 - 10 % der Gesamtbevölkerung leiden unter Kopfschmerzen. 30 % aller Bundesbürger klagen gelegentlich oder häufig über Kopfschmerzen. Kopfschmerzmedikamente machen 10 % des gesamten Arzneimittelumsatzes aus. Diese Zahlen sprechen für sich.

Patienten mit Migräne und Kopfschmerzen durchlaufen oft die ganze Palette der Schulmedizin, ohne dass Ihnen wirklich geholfen werden kann. Im Vordergrund steht hier die Schmerztherapie mit Schmerzmitteln, welche die Symptome lindern kann, aber nicht die Ursachen behandelt.

Die Behandlung der Ursachen von Kopfschmerz ist eine Hauptaufgabe der Craniosacraltherapie.

Warum wir dieses Thema gewählt haben

Brunhild:

Mich interessiert dieses Thema, weil ich als Physiotherapeutin in einer Praxis mit dem Schwerpunkt Migräne- und Traumatherapie arbeite.

Der Inhaber dieser Praxis, Bernhard Kern, veranstaltet Ausbildungen zu diesem Thema und hat seine eigene Art der Behandlung von Migräne in seinem Lehrbuch „Migränetherapie nach Kern – Wie der Körper Schmerzfreiheit lernt“ dargestellt.

Seine Hauptaussagen sind, dass es darum geht den Schmerz zu verstehen und nicht darum ihn zu bekämpfen. Die Einbeziehung der geistigen und seelischen Ebene bei der körperlichen Behandlung ist unabdingbar. Der Schmerz fordert auf, Verhaltens- und Denkweisen zu verändern. Leben ist ein ständiger Lernprozess, der uns dazu bringt, uns zum Höheren zu entwickeln.

Kopfschmerzen entstehen auf verschiedenen anatomischen Ebenen z.B. Periost, Knochennähte, Hirnhäute, Blutgefäße, Lymphsystem, Muskeln etc. Der Patient lernt über das Ausfüllen eines detaillierten Fragebogens die Erscheinungsformen seiner Migräne wahrzunehmen und zu beschreiben und gibt so dem Therapeuten Anhaltspunkte, wo er gezielt behandeln kann. Es ist auch möglich, die betroffenen Ebenen zu ertasten und daraufhin durch Berührung zu „be-hand-eln“. Der Berührungsreiz vermittelt dem Körper Wohlgefühl. Schmerz kann in Wohlgefühl verwandelt werden und so wird das Wohlgefühlgedächtnis im Gehirn vergrößert und gleichzeitig das Schmerzgedächtnis verkleinert. Dazu dient auch das Führen eines Wohlfühltagebuches statt eines Schmerztagebuches. Die 3 Säulen der Therapie sind „Be-hand-lung“, kinästhetisches Bewegungstraining und Wahrnehmungsschulung.

Ich finde, dass die Migränetherapie nach Kern sehr gut zur biodynamischen Craniosacraltherapie passt. Die Cranio-Ausbildung ist für mich eine Bereicherung und Vertiefung meiner Arbeit mit Migränepatienten in der Praxis.

Deshalb möchte ich mich in dieser Arbeit näher mit dem Thema beschäftigen.

Ursula:

Ich habe dieses Thema gewählt, da ich selbst seit der Kindheit ungefähr 40 Jahre lang von Migräne betroffen war, und eine Tochter habe, die auch regelmäßig Migränekopfschmerzen hat. Ich habe im Laufe der Jahre verschiedene Behandlungsansätze kennengelernt, die mir keine wirkliche Hilfe brachten. Ich brauchte starke Schmerzmittel und hatte am Ende mit 30 Jahren einen Dauerkopfschmerz, der sich nicht mehr auflöste. Ein ungewöhnlicher Heilpraktiker (Peter Mandel) schaffte es dann, mit der Kirliandiagnose, mit spezieller Akupunktur, mit Farbpunktur und abenteuerlichen Homöopathiecocktails die Stärke und Häufigkeit der Anfälle stark zu reduzieren, so dass ich gut damit leben konnte. Meine Migränekopfschmerzen waren stark Zyklusabhängig und hörten mit dem Beginn der Wechseljahre fast vollständig auf. Meine Mutter hatte auch Migräne.

Bei meiner Tochter haben wir nach unterschiedlichen Behandlungsversuchen noch keine wirkliche Lösung gefunden.

Auch bei meiner Arbeit in einer Physiotherapiepraxis begegne ich Patienten mit Migränekopfschmerzen.

Ich höre auch manchmal Berichte, wo unterschiedliche Behandlungen die Migräne deutlich günstig beeinflusst oder ganz beseitigt haben.

So ist meine eigene Erfahrung, dass Migräne nicht einfach zu behandeln ist, dass sie aber durchaus zu beeinflussen ist.

Vor diesem persönlichen Hintergrund habe ich mir ausgesucht, mich zusammen mit Brunhild mit dem Thema der Migränebehandlung in der Craniosacralen Therapie intensiver auseinanderzusetzen

Ziele

Mit unserer Arbeit möchten wir Craniosacral-Therapeuten bei der Behandlung von Migräne und Kopfschmerzen unterstützen. Wir glauben, dass es auch für andere hilfreich ist, eine Übersicht über Kopfschmerzarten zu haben, um die einzelnen Arten von Kopfschmerzen unterscheiden zu lernen und sie dann gezielter behandeln zu können.

Außerdem haben wir eine Zusammenstellung von Strukturen, die Kopfschmerzen auslösen können, gemacht inklusive deren Schmerzausstrahlung und möglichen Behandlungstechniken. Wir hoffen, dass es damit einfacher sein wird, betroffene Strukturen zu finden und einen Einstieg in die zielgerechte Behandlung zu bekommen.

Wir sind uns bewusst, dass viele Faktoren und Wechselwirkungen in der Entstehung sowie im Verlauf einer Kopfschmerzkrankheit eine Rolle spielen und dass die seelische und geistige Ebene untrennbar dazu gehört.

In dieser Arbeit konzentrieren wir uns hauptsächlich auf die strukturelle physiologische Ebene und streifen die anderen Ebenen nur.

Jede Therapie von Kopfschmerzen sollte aber mit einer umfassenden Betrachtung des ganzen Menschen einhergehen und strukturelle, funktionelle Symptome mit energetischen, psychischen und äußeren Einflüssen in Verbindung bringen.

Kopfschmerzarten

Kopfschmerz ist ein Symptom, das bei verschiedenen Krankheiten auftreten kann. Grundsätzlich unterscheidet man dabei primäre und sekundäre Kopfschmerzen.

Bei **primären Kopfschmerzen** (90 % aller Kopfschmerzen) ist keine Grunderkrankung bekannt.

Unter **sekundären Kopfschmerzen** (10%) versteht man Kopfschmerzen, die durch eine andere Grundkrankheit entstanden sind z.B. Erkältungskrankheiten oder Hirntumore.

Die am häufigsten vorkommenden Kopfschmerzarten sind Spannungskopfschmerz und Migräne.

Primäre Kopfschmerzen

1. Migräne

Migräne ist ein anfallsartiger Kopfschmerz mit neurologischen Symptomen. Sie tritt bei Frauen etwa dreimal häufiger auf als bei Männern. Auch Kinder können betroffen sein. Die Verteilung zwischen Jungen und Mädchen ist ungefähr gleich. In 50 % der Fälle besteht eine familiäre Häufigkeit.

Bei manchen Patienten geht einem Migräneanfall eine Migräneaura voraus, während der häufig optische oder sensible Wahrnehmungsstörungen auftreten. Es sind aber auch motorische Störungen möglich.

Die Migräne ist gekennzeichnet durch einen periodisch wiederkehrenden, anfallsartigen, pulsierenden und halbseitigen Kopfschmerz

Zusätzliche Symptome können Übelkeit, Erbrechen, Licht- oder Geräuschempfindlichkeit sein. In 70 % der Fälle tritt der Schmerz halbseitig im

Bereich von Stirn, Schläfe und Auge auf, aber auch vom Nacken ausgehende Schmerzen sind häufig. Bei nahezu allen von Migräne Betroffenen wechselt die Kopfschmerzseite zumindest manchmal. Der Schmerz ist sehr intensiv und wird als pochend, hämmernd beschrieben. Er nimmt bei körperlicher Betätigung zu, während Ruhe und Dunkelheit Linderung bringen.

Kinder haben meist kürzere Migräneattacken mit eher beidseitiger Lokalisation in der Stirn-Schläfenregion.

Extrem selten ist die chronische Migräne mit täglichen Migräneanfällen.

Normalerweise kann die Migräne 2 bis 3 mal die Woche bis zu 1 mal im Monat auftreten, der Durchschnitt ist 2 mal pro Monat.

Ablauf eines Migräneanfalls

Phase 1:

ohne Aura kann es **Vorboten** geben, die 1 bis 2 Tage anhalten können:

Müdigkeit, Reizbarkeit, Heißhunger auf bestimmte Speisen, Stimmungsveränderungen, Frieren, Schwitzen, Energielosigkeit, Rastlosigkeit, Hochstimmung, Depression

Phase 2:

Aura auf der Seite der Kopfschmerzen, kann 1 Stunde anhalten:

Gesichtsfeldausfälle, Missempfindungen, Depressionen, Verwirrtheit, Halluzinationen, Reizbarkeit, Schwindel, Nystagmus, Lähmungen, Gedächtnis-, Seh- und Sprachstörungen, Schwindel

Phase 3:

Kopfschmerzphase beginnt 1 Stunde nach Aura u. dauert 4 bis 72 Stunden:

Beginn meist an Stirn, Schläfe oder Nacken und breitet sich von dort aus, meist halbseitig, auch generalisiert möglich, pochender, pulsierender, hämmernder Schmerz

Begleitsymptome:

Übelkeit, Erbrechen, Licht- und Lärmempfindlichkeit, kalte Extremitäten, kalter Schweiß, erhöhte Lichtempfindlichkeit, Lärm- und Geruchempfindlichkeit, Kopfhautarterien treten hervor

Phase 4:

nach dem Migräneanfall:

Polyurie und Durchfall können auftreten

Dauer:

zwischen 4 Stunden und 3 Tagen

Mögliche Ursachen der Migräne

Die Ursache ist immer noch nicht geklärt. Wahrscheinlich ist ein Zusammenspiel aus genetischer Disposition, veränderten Hormonspiegeln, veränderten inneren physiologischen Zyklen und einer veränderten sympathischen Reaktionslage als Folge von physischen und psychischen Stressfaktoren.

Diese bewirken eine innere Bereitschaft auf äußere Stimuli (Alkohol, Schokolade etc) mit einer Migräneattacke zu reagieren. Dabei kommt es zu einer veränderten Durchblutung, zu kortikaler Gehirnaktivität, zur Veränderung von Gehirntransmittern und zu einer Entzündung der Duraarterien.

Wissenschaftlich erwiesen ist, dass eine veränderte Aktivität im Locus coeruleus und in den Trigemuskernen zu einer Tonusveränderung (Vasodilatation) der zerebralen Gefäße und zu Freisetzung gefäßwirksamer Substanzen führt, die eine aseptische Entzündung in den Duraarterien hervorrufen, die zum Kopfschmerz führt. Sind weitere Zentren im Hirnstamm betroffen, kommen Begleitsymptome wie Übelkeit und Erbrechen hinzu.

Wissenschaftliche Hypothesen zur Entstehung eines Migräneanfalls

1. *Vaskuläre Hypothese:*

Sie beruht auf der klassischen Beobachtung, dass Blutgefäße des Kopfes während eines Migräneanfalls erweitert sind. Diese Erweiterung der Blutgefäße wird als ein Bestandteil eines Reflexes angesehen (trigeminovaskulärer Reflex). In den Wänden der Blutgefäße befinden sich Schmerz- und Dehnungsrezeptoren (freie Nervenendigungen) des N. trigeminus, die im Falle eines Migräneanfalls aktiviert werden. Der pulsierende Charakter des Migräneanfalls lässt sich am besten mit der vaskulären Hypothese erklären. Gestützt wird sie auch durch die Beobachtung, dass sich je nach Prädisposition durch Blutgefäße erweiternde Substanzen eine Migräne auslösen lässt.

2. *Übererregbarkeitshypothese:*

Patienten, die regelmäßig an Migräne leiden, haben eine erhöhte Erregbarkeit der Hirnrinde des Hinterhauptslappens (occipitaler Cortex). Diese Übererregbarkeit ist an eine Freisetzung von Kaliumionen in den Extrazellularraum gekoppelt.

3. *Entzündungshypothese:*

Es konnte nachgewiesen werden, dass während eines Migräneanfalls entzündungsvermittelnde Botenstoffe aus Nervenendigungen des fünften Hirnnervs (N. trigeminus) freigesetzt werden. Die Botenstoffe bewirken eine sogenannte „sterile neurogene Entzündung“. Als Folge können eine Erweiterung

der Blutgefäße (Vasodilatation) und eine Gefäßpermeabilitätserhöhung mit Ödembildung beobachtet werden.

4. Genetische Ursachen

Da die Migräne oft familiär gehäuft auftritt, liegt die Vermutung nahe, dass die Migränedisposition auch genetisch weitergegeben wird.

Migräneauslösende Faktoren

Da das Auftreten der Migräne in den Industrieländern in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen hat, kann angenommen werden, dass Umweltfaktoren und Lebensstil eine wesentliche Rolle bei der Entstehung der Migräne spielen. Migräne kann bei empfindlichen Personen durch spezielle Situationen oder Substanzen, sogenannte Trigger (Schlüsselreize) ausgelöst werden. Dazu zählen insbesondere hormonelle Faktoren, Schlaf, Stress, Lebensmittel und Umweltfaktoren. Diese Auslösefaktoren sind jedoch individuell sehr unterschiedlich und können mit Hilfe eines Kopfschmerztagebuches in Erfahrung gebracht werden.

Zu den häufigsten Auslösern einer Migräne zählen Stress, unregelmäßiger Biorhythmus mit Schlafmangel oder zu viel Schlaf und Umweltfaktoren. Bei einigen Migränepatienten folgt ein Migräneanfall erst in der Poststress-Entspannungsphase (z.B. Wochenendmigräne). Neben Geruchsreizen werden oft Wetterschwankungen als äußere Faktoren genannt, die eine Migräneattacke auslösen können.

Einer der wichtigsten Triggerfaktoren bei Frauen sind hormonelle Schwankungen. Über die Hälfte aller weiblichen Migränepatienten gibt den Menstruationszyklus als Auslöser einer Migräne an.

Etwa zwei Drittel aller Migränepatienten sehen einen Zusammenhang zwischen dem Konsum bestimmter Lebens- und Genussmittel und dem Auslösen eines Migräneanfalls. Als wichtigster Migränetrigger dieser Gruppe gilt Alkohol. Darüber hinaus werden insbesondere glutamat-, tyramin-, histamin- und serotoninhaltige Lebens- und Genussmittel, wie Rotwein, Schokolade und Käse als Auslösefaktoren genannt.

Zur Vermeidung von Migräneanfällen scheint auch eine regelmäßige Ernährung ohne Auslassen von Mahlzeiten wichtig zu sein

Zusammenfassung möglicher Trigger (Schlüsselreize)

Nahrungsmittel wie Rotwein, Schokolade, Käse etc

Alkohol
Hunger
Medikamente
psychische und physische Stressfaktoren
Erwartungsangst
Zeitverschiebung
Nachstressphase
Veränderung des Schlaf- und Wachzyklus
Schlafmangel
Periode
Eisprung
Lärm
Kälte
Rauch
Gerüche
etc

2. Spannungskopfschmerzen

Spannungskopfschmerzen sind leichte bis mittelschwere beidseitige Kopfschmerzen, die im Bereich des gesamten Kopfes auftreten können und einen dumpf-drückend-ziehenden Charakter haben. Sie treten noch häufiger als Migräne auf. Hauptschmerzort sind Stirn, Schläfen oder Nacken. Der Ort wechselt manchmal. Es gibt auch ringförmige oder helmartige Schmerzen. Es wird zwischen episodischen und chronischen Spannungskopfschmerzen, entsprechend der Dauer, unterschieden.

Um episodische Kopfschmerzen handelt es sich, wenn sie an weniger als 15 Tagen im Monat auftreten. Bei mehr als 15 Kopfschmerztagen im Monat und mehr als 180 Tagen pro Jahr spricht man von chronischen Kopfschmerzen. Eine genetische Komponente ist vorhanden.

Die Spannungskopfschmerzen verstärken sich nicht bei körperlicher Aktivität. Alltägliche Aktivitäten können ausgeführt werden.

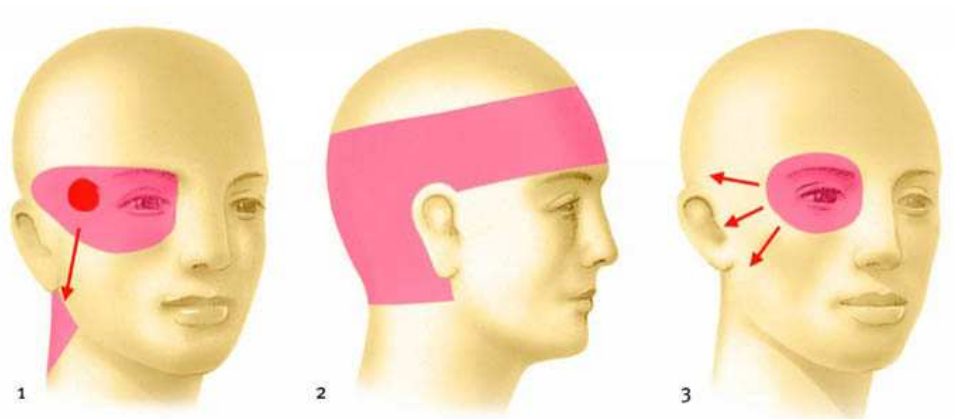
Die Kopfschmerzattacken haben eine Dauer von 30 Minuten bis zu 7 Tagen. Vegetative Begleitsymptome wie Lichtscheu, übermäßige Lärmempfindlichkeit, Übelkeit, Erbrechen sowie Appetitlosigkeit treten in der Regel nicht auf. Die genaue Ursache ist nicht geklärt. Es wird ein multifaktorielles Geschehen vermutet. Man nimmt auch an, dass das schmerzabwehrende System, das aus bestimmten Teilen des Gehirns, der Nerven im Rückenmark und den dazugehörigen Botenstoffen besteht, gestört ist. Die Menschen haben eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit und Veränderungen des Muskeltonusverhaltens. Ursache können z.B. auch verspannte Kau- oder Nackenmuskeln sein. Die Kaumuskeln verkrampfen sich durch nächtliches Zähneknirschen (Bruxismus).

Die Ursache von Bruxismus kann Streß sein, aber auch Zahnbehandlungen und damit verbundene Okklusionsstörungen (zu hoher oder zu niedriger Zahnersatz) können zu Verspannungen der Kaumuskulatur führen und Kopfschmerzen verursachen.

Auch die Nackenmuskeln können durch Stress oder langanhaltende ungünstige Körperhaltungen ihren Tonus erhöhen und zu Kopfschmerzen führen. Auch bestimmte Wetterlagen z.B. Föhn kann Spannungskopfschmerzen hervorrufen. Schmerzen erhöhen ihrerseits den Muskeltonus und so entsteht ein Teufelskreis. Alkohol und Körperaktivität verbessern den Kopfschmerz, bei der Migräne verstärken diese Faktoren die Beschwerden.

3. Cluster-Kopfschmerz

Der Cluster-Kopfschmerz äußert sich durch streng einseitige und in Attacken auftretende „extremste Schmerzen“ im Bereich von Schläfe und Auge. Diese Kopfschmerzform tritt periodisch stark gehäuft auf, während sich dann für Monate bis Jahre beschwerdefreie Intervalle anschließen können. Die Attacken dauern meist zwischen 15 und 180 Minuten und treten unvermittelt, oft aus dem Schlaf heraus auf. Die Häufigkeit beträgt zwischen einer Attacke jeden zweiten Tag und acht Attacken täglich. Der Kopfschmerzcharakter wird als unerträglich reißend, bohrend, manchmal als brennend geschildert. Besonders typisch ist ein während der Kopfschmerzattacken bestehender Bewegungsdrang. Anders als Menschen mit Migräne neigen Patienten mit Cluster-Kopfschmerz nicht dazu, sich ins Bett zurückzuziehen, sondern wandern umher oder schaukeln mit dem Oberkörper. Zusätzlich zu den Kopfschmerzen tritt mindestens eines der nachfolgenden Begleitsymptome auf der Schmerzseite auf: tränendes, rotes Auge, Lidödem, verengte Pupille, hängendes Augenlid, laufende, verstopfte Nase und Schwitzen im Bereich der Stirn oder des Gesichts. Auch Symptome wie Übelkeit, Licht- und Geräuschempfindlichkeit kommen regelmäßig vor. Ein Viertel der Patienten erlebt vor dem Anfall eine visuelle Aura, was die Abgrenzung zur Migräne erschwert. Der Cluster-Kopfschmerz ist eine sehr seltene Krankheit. Die Häufigkeit liegt zwischen 0,2 % und 0,3 % der Bevölkerung. Männer sind etwas häufiger als Frauen betroffen. Die Ursachen des Cluster-Kopfschmerzes sind nicht geklärt. Bestimmte schmerzleitende Bahnen im Bereich des Trigemini-Nervs werden durch noch unbekannt Einflüsse stimuliert, was zu einer Kaskade von Veränderungen des Hirnstoffwechsels führt. Man vermutet, dass der „Motor“ der Erkrankung im Hypothalamus liegt. Dort liegen wichtige vegetative Zentren, deren Fehlfunktion das Auftreten der Begleiterscheinungen erklären könnte. Sämtliche nicht-medikamentöse Maßnahmen und die üblichen Medikamente helfen nicht bei Cluster-Kopfschmerz. Es gibt spezielle schulmedizinische Behandlungsmethoden. Außerdem ist es wichtig, die Auslöser zu kennen und wegzulassen. Auslöser können sein: Rauchen, Alkohol, bestimmte Medikamente, flackerndes Licht und Aufenthalt in großer Höhe.



	Migräne (1)	Spannungskopfschmerzen (2)	Cluster-Kopfschmerz (3)
Charakteristik	pulsierend, pochend	dumpf, drückend, »Schraubstockgefühl«	unerträglich stechend, bohrend
Dauer/Zeitpunkt	4–72 Stunden morgens	12–16 Stunden tagsüber	30–120 Minuten nachts
Ursache	Gefäßverengung und -erweiterung, Sauerstoffmangel	Verspannungen der Muskeln und der Halswirbelsäule; Gefäßkrämpfe	Gefäßerweiterung; typischerweise nach Alkoholgenuss
Begleitsymptome	Übelkeit, Erbrechen, Lichtempfindlichkeit, evtl. Sehstörungen	Schlafstörungen, diffuser Schwindel	hängendes Augenlid, Pupillenverengung, Augenrötung, Tränenfluss

Sekundäre Kopfschmerzen

1. Cervicogener Kopfschmerz

Kopfschmerzen, die im Zusammenhang mit einer Funktionsstörung der oberen Halswirbelsäule, des Atlas und der Schädelbasis stehen. Der Schmerz kann mechanisch ausgelöst werden durch Bewegung, Husten, Pressen oder Druck. Der Schmerz ist einseitig und wechselt nicht die Seite. Man findet Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule. Es kann im Bereich der muskulären Ansätze zu Insertionstendinosen kommen, die als schmerzhafte Muskelverhärtungen wahrgenommen werden können. Hält eine muskuläre Dysbalance für längere Zeit an, kann dies zu einer Reizung der Hinterhauptsnerven (Occipitalneuralgie), die aus den zweiten und dritten Nervenwurzeln entspringen, führen. Blockierungen im Atlanto-Occipital-Gelenk mit entsprechender segmentaler Schmerzausstrahlung oder direkte Verletzungen in der HWS-Region können diese Kopfschmerz-symptomatik auslösen. Ursache können Stürze auf den Kopf oder Schleudertraumata sein, aber auch degenerative Veränderungen an der Halswirbelsäule. In der Regel strahlen die Schmerzen vom

Hinterhaupt aus Richtung Stirn, hinter die Augen, den Schläfenbereich oder im Bereich der Schädeldecke. Sie sind auch nachts vorhanden und die Patienten finden nur schwer eine schmerzarme Schlafposition. Häufig sind die Kopfschmerzen begleitet von vegetativen Störungen. Hier sind insbes. zu nennen Schwindel, Ohrgeräusche (Tinnitus), Übelkeit und schnelle Ermüdbarkeit mit Konzentrationsstörungen. Bei starken, länger anhaltenden Schmerzen wird eine Schonhaltung eingenommen. Starke Schmerzen können wiederum den Muskeltonus erhöhen und den Schmerz dadurch erhöhen.

2. Kopfschmerzen bei Krankheiten des Gehirns

a) Gefäßerkrankungen des Gehirns z.B. Gehirnblutungen

- zunehmende Kopfschmerzen über Wochen und Monate
- Schwindel, Erbrechen
- Krämpfe, Lähmungserscheinungen, sensible Störungen
- erweiterte Pupille auf betroffener Seite

b) Gehirntumore

- beeinflussbar durch Kopfhaltung
- Schmerz zunächst im Gebiet des Hirntumors, später generalisiert durch Hirndruckanstieg
- Erbrechen, Stauungspapille
- zunehmend neurologische Ausfälle, einseitige Ausfälle, Epilepsie
- Persönlichkeitsveränderungen, Sehstörungen

c) Meningitis (Gehirnhautentzündung)

- starker generalisierter Schmerz mit Ausstrahlung in den Nacken
- plötzliches Fieber
- Nackensteifigkeit, Extension des Nackens (Opisthotonus)
- nicht streckbarer Unterschenkel (Kernig-Zeichen), Passive Kopfbeugung führt zu Kniebeugung (Brudzinski-Zeichen)

d) subarachnoidale Blutung

- plötzlich einsetzender starker Kopfschmerz
- kontinuierlich anhaltend
- Vorstadium: Schmerzen über dem oder im Auge

e) Subdurales Hämatom nach Schädeltrauma

- zunehmende Kopfschmerzen über Wochen und Monate
- Schwindel, Erbrechen
- Krämpfe, Lähmungserscheinungen, sensible Störungen
- erweiterte Pupille auf betroffener Seite

3. Kopfschmerzen bei Erkrankungen im Kopf-Hals-Bereich

a) Nasennebenhöhlenerkrankungen

- dumpfer bis starker Schmerz besonders morgens meist Stirn oder Oberkiefer
- Verschlimmerung bei nasskaltem Wetter
- Druck-/Klopfschmerz
- eitriges Nasensekret

b) Posttraumatische Kopfschmerzen nach Schleudertrauma, einem Schlag oder Sturz auf den Kopf

- Kopfschmerz an der Verletzungsstelle oder generalisiert
- Schwindel, verstärkt bei Lageveränderung
- Reizbarkeit, Schlaf- oder Konzentrationsstörungen

c) Mittelohrinfektionen, Mastoiditis

- Kopfschmerz in der Schläfenregion
- weitere Ohrsymptome
- Fieber und Krankheitsgefühl
- Druckschmerz am Mastoid

d) Augenkrankheiten, Iritis, Augenüberanstrengung

- frontaler, supraorbitaler Kopfschmerz
- Schmerzen im Auge

Weitere Ursachen für Kopfschmerzen im Hals-Kopf-Bereich:
Augenerkrankungen, Arthrose im Kiefergelenk, Krankheiten der Halswirbelsäule

4. Kopfschmerzen bei Allgemeinerkrankungen

a) Hypertonie

pochender plötzlicher Kopfschmerz an Hinterkopf- und Scheitelregion

b) Hypotonie

Ödeme, Netzhautveränderungen, Herzsymptome

c) Toxämie (Alkohol, Kohlenmonoxid):

gleichmäßiger, mittelstarker, pochender Kopfschmerz, generalisiert

Weitere Ursachen von Kopfschmerzen können sein:

Infektionskrankheiten, Grippe, Borreliose, Unterzuckerung, Glutamat, Nitrate, Medikamente, Umweltgifte, Entzug von Kaffee

5. Kopfschmerzen bei seelischen Erkrankungen

a) Depressionen, Ängste, Hysterie:

- Schmerzen meist beidseitig in der Schläfenregion oder generalisiert
- schraubstockartig um den Scheitel
- kontinuierlich, andauernd, ganztägig
- täglich
- emotionale Belastung verstärkt den Kopfschmerz
- neurovegetative Zeichen
- meist kein organischer Befund

- emotionaler Kopfschmerz beginnt meist im Nacken oder in der Stirn mit Ausbreitung über den gesamten Schädel als Druck- oder Zusammenziehgefühle im Kopf

b) Psychische Spannungen, Überbelastung:

- beidseitiger, kontinuierlicher Schmerz, der nicht pulsiert
- Beginn meist morgens und Steigerung bis zum Abend, Auftreten über Tage bis Monate
- Schläfen- und Stirnbeinkopfschmerzen durch Hypertonus der Kaumuskulatur aufgrund nächtlichen Zähneknirschens

6. Trigeminus-Neuralgie

Da Migräne eine Trigeminus-Neuralgie auslösen kann und Trigeminus-Neuralgie Kopfschmerzen verursachen kann, möchten wir sie hier mit aufführen.

Die Trigeminus-Neuralgie ist eine Überempfindlichkeit des N. trigeminus. Kleinste Berührungsreize können heftige Schmerzattacken auslösen. Meist ist das Hautareal einer Seite betroffen oder auch nur einzelne Äste des Trigeminus, hauptsächlich Haut des Ober- und Unterkiefers.

Auslöser:

Berührung von Triggerpunkten, Temperaturwechsel, kalte Getränke, Kauen, Zähneputzen, Niesen, Sprechen

Ursache:

Unbekannt

Trigeminus-Druckpunkte:

Foramen mentale V3, Foramen infraorbitale V2, Foramen supraorbitale V1.

Wenn diese Punkte schmerzempfindlich sind, liegt eine Trigeminus-Neuralgie vor. Diese Druckschmerzhaftigkeit liegt aber auch bei Hirnhautentzündung und Vereiterung der Nasennebenhöhlen vor.

Es gibt auch **symptomatische Trigeminusneuralgien**, folgende Grunderkrankungen kommen als Ursache in Frage:

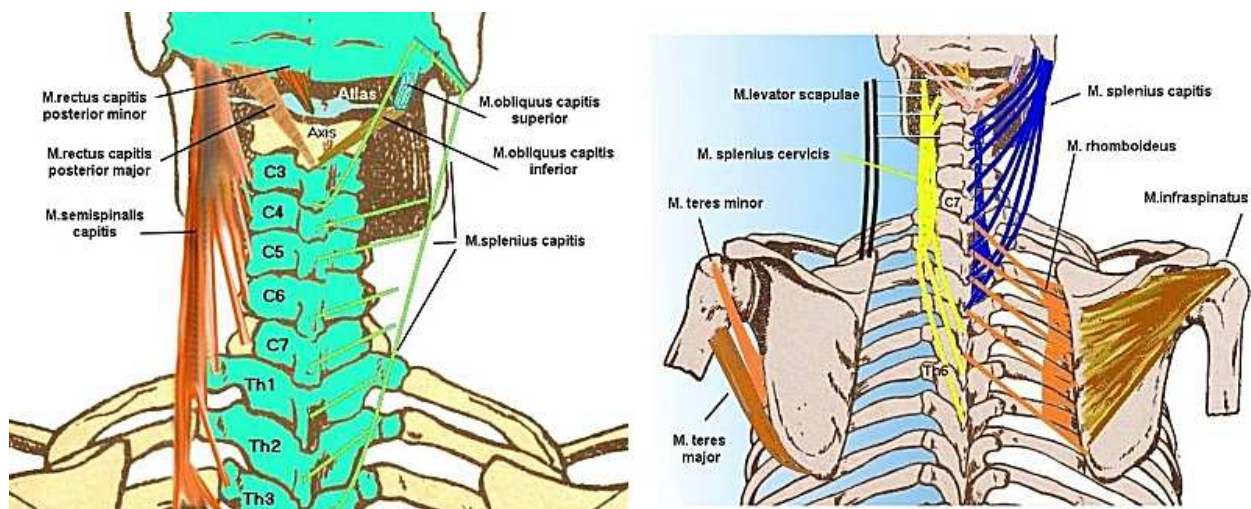
- Tumore
- Gefäßmißbildungen an der Schädelbasis
- Sinusitis
- Zahnprobleme wie Wurzelentzündungen oder Zahnextraktionen
- Herpesinfektionen
- Migräne !
- atypische Fazialisschmerzen
- Rheuma
- chronische Meningitis

Strukturen, Schmerzausstrahlung und mögliche Behandlung

1. Muskeln

Muskulär können an der Entstehung von Kopfschmerzen die Nacken- und Kaumusculatur beteiligt sein. Viele Faktoren können zu einem Hypertonus dieser Muskeln führen z.B. Stürze, Schleudertrauma, statische Probleme, Fehlhaltungen, einseitige Arbeitshaltungen, Kieferstörungen, Sehstörungen, psychische Probleme etc.

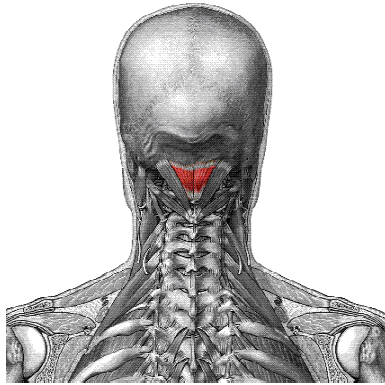
a) Nackenmuskeln



Ein Hypertonus folgender Nackenmuskeln kann eine Kompression auf die zervikalen Nerven ausüben:

- **M. trapezius**
- **M. rectus capitis posterior minor (Verbindung zur Dura mater)**
- **M. splenius capitis**
- **semispinalis capitis**

M. rectus capitis posterior minor



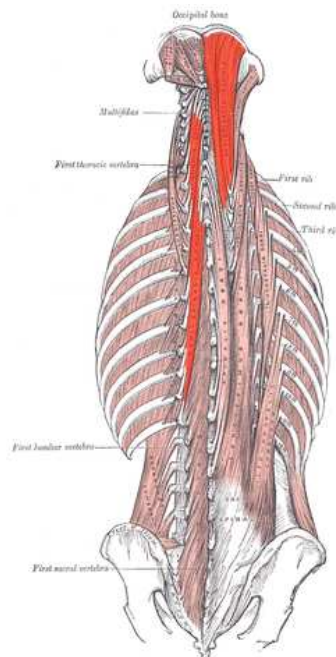
Ein Hypertonus des **M. rectus capitis posterior minor** überträgt Spannungen in den Schädel, da dieser Muskel direkt mit der Dura verbunden ist und verursacht dadurch Hinterhauptkopfschmerzen.

Ein Hypertonus folgender Muskeln kann Druck auf den N. occipitalis major ausüben:

- **M. trapezius**
- **M. semispinalis capitis**

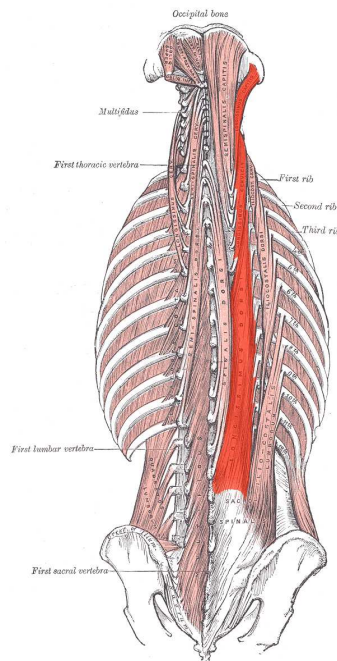
Der N. occipitalis innerviert sensibel die Haut des Hinterkopfes und motorisch den M. semispinalis capitis, den M. longissimus capitis und den M. splenius capitis

semispinalis capitis



Der *M. semispinalis capitis* setzt zwischen *Linea nuchae superior* und *inferior* an und entspringt an den Querfortsätzen von C3 – 7 sowie Th 4 -7. Er ist einer der kräftigsten Nackenmuskeln, gehört zur autochtonen Rückenmuskulatur und wird von den *Rr. dorsales* der Spinalnerven innerviert. Bei einseitigem und beidseitigem Hypertonus kann er das *Os occipitale* in seiner Bewegung beeinträchtigen und damit auch das SBG, was zu Kopfschmerzen führen kann.

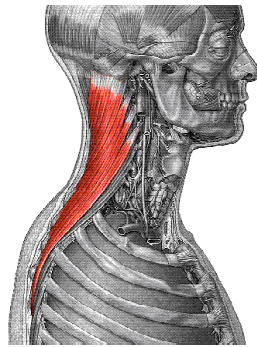
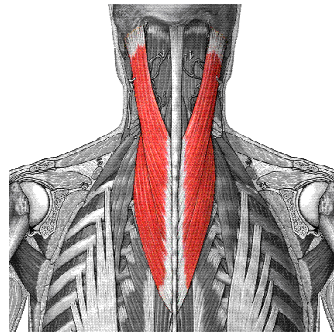
M. longissimus capitis



Der **M. longissimus capitis** kann bei Hypertonus an seinem Ansatz am *Processus mastoideus* einen Zug nach inferior und medial ausüben. Indem er das Schläfenbein zum Hinterhaupt zieht, kommt es zu einer Kompression an der **Sutura occipitomastoidea** sowie zu einer Verengung am **Foramen jugulare**. Das kann zu Schmerzen in der Schläfenbeinengegend oder im gesamten Kopf führen, kann durch Wärme verschlimmert werden (*Vasodilatation*).

Der **M. splenius capitis** entspringt von den Dornfortsätzen Th1 - 3 und C4 – 7 und setzt am Mastoid an. Ein Hypertonus des Muskels kann zu Nacken-, Hinterhaupt- und Scheitelbeinkopfschmerzen führen

M. splenius capitis



Was sind Folgen des Hypertonus der Nackenmuskulatur in Bezug auf Migräne?

Meist bleibt dieser Zustand unerkannt und ohne Symptome. Erst durch Auslösefaktoren wie physische oder psychische Überanstrengung, Stress, Müdigkeit, Kälte, etc. kann es zu einer weiteren Zunahme der Muskelanspannung kommen, mit der Folge der Verminderung der venösen Drainage im Schädel.

Bei Frauen kann auch die prämenstruelle Phase Auslöser für eine verminderte venöse Drainage sein. Es wurde festgestellt, dass in dieser Zeit das intrakranielle Liquorvolumen steigt, was die intrakranielle Stauung noch verstärkt.

Durch den venösen Rückstau entsteht eine arterielle Minderversorgung im Gehirn und schließlich eine Hypoxie, die Kopfschmerzen verursachen kann.

Weitere Faktoren, die eine Vasodilatation verursachen, können schließlich zur Auslösung der Kopfschmerzen führen z.B. Alkohol, Phenylalanin in der Schokolade, Natriumglutamat, Wein oder Käse etc. Die verstärkte Blutzufuhr führt zu einem intrakraniellen Hochdruck mit der Folge von Kopfschmerzen.

Behandlungsmöglichkeit für die Nackenmuskeln:

- Hinterhauptlösegriff
- Behandlung des Venen-Sinus-Systems bei venösem Rückstau
- Entspannung des Halses und der Halswirbelsäule

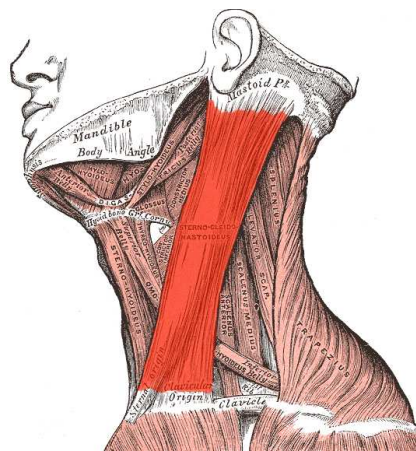
M. sternocleidomastoideus und M. trapezius

Einerseits werden diese beiden Muskeln vom N. accessorius, dem XI. Hirnnerven, innerviert, der durch das Foramen jugulare läuft.

Andererseits verlaufen die Ansätze der Muskeln quer über die Sutura occipitomastoidea und können dadurch bei Hypertonus das Foramen jugulare beeinträchtigen, was wiederum den sie versorgenden Nerv einengt und zu noch mehr Spannung führt.

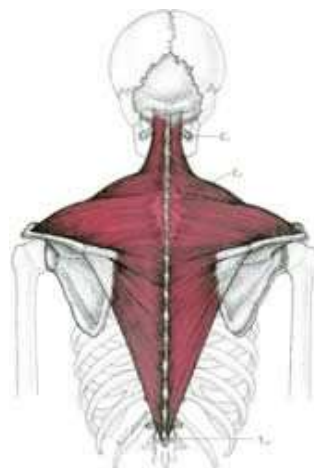
Durch die Einengung der V. jugularis im Foramen jugulare kann es zum venösen Rückstau mit den oben beschriebenen Folgen kommen.

M. sternocleidomastoideus



Bei Hypertonus des M. sternocleidomastoideus kann das Os temporale in seiner craniosacralen Bewegung in Außenrotation gestört werden. Die gestörte Beweglichkeit des Schläfenbeins kann halbseitige Schläfen-Kopfschmerzen und Migräne verursachen. Auch Schwindel als Begleitsymptom kann so erklärt werden.

M. trapezius



Der M. trapezius kann Hinterhauptkopfschmerzen verursachen sowie Schmerzen und Steifheit der Schulter und Verschlimmerung von Schmerzen in der Kaumuskulatur. Bei beidseitigem Hypertonus kann er eine Flexionsdysfunktion der SBG verursachen.

Behandlungsmöglichkeiten für beide Muskeln:

- Entspannung des M. sternocleidomastoideus und M. trapezius
- V-Spreizgriff Sutura occipitomastoidea
- Behandlung des Os temporale
- Behandlung des Sphenobasilargelenks
- Venen-Sinus-System

b) Muskeln, die an der Schädelbasis ansetzen

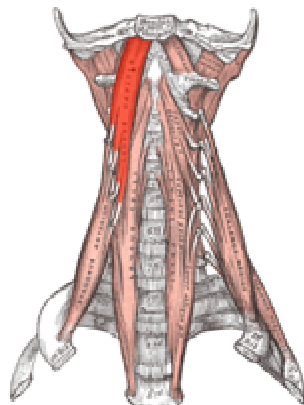
- M. constrictor pharyngeus superior
- M. longus capitis
- M. rectus capitis

M. constrictor pharyngis superior (Rachenmuskel)

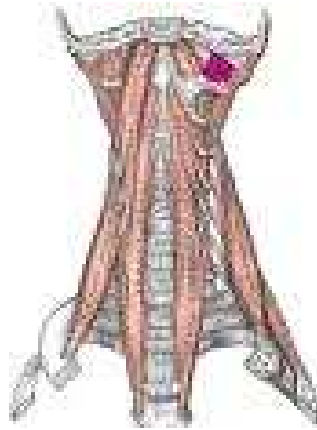
Dieser Muskel kann bei Dysfunktion des Os sphenoidale, des Os occipitale, des Os palatinum und bei abnormen Spannungen der Halsfaszien in seiner Funktion beeinträchtigt sein, was zu Schmerzen und Funktionsstörungen am Mundboden und Rachen, zu Schluckstörungen und Kopfschmerzen führen kann.

Bei Hypertonus des Muskels kann das Sphenobasilargelenk Flexions- und Extensionsdysfunktionen haben, was zu Kopfschmerzen führen kann.

Musculus longus capitis, rot eingefärbt

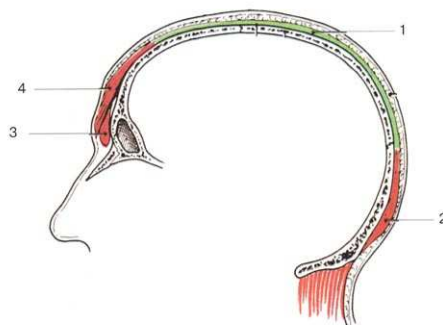


von den Querfortsätzen des 3. – 6. Halswirbels zur Pars basilaris des Occiput

M. rectus capitis anterior, pink eingefärbt,

vom 1. Halswirbel zur Pars basilaris des Occiput

Beide Muskeln haben Ansätze am Occiput ventral des Foramen magnum und können das Sphenobasilargelenk beeinträchtigen. Beidseitiger Hypertonus kann zu einer Extensionsdysfunktion des Sphenobasilargelenks führen. Einseitiger Hypertonus kann eine Torsionsdysfunktion des Sphenobasilargelenks verursachen. Beide Muskeln können Kopfschmerzen verursachen.

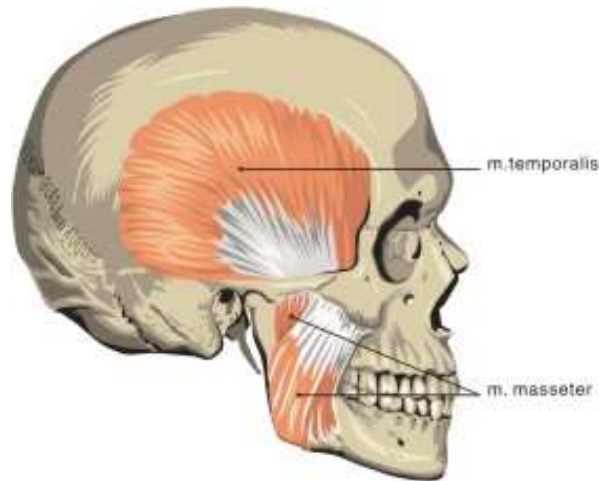
c) M. occipitofrontalis**M. occipitofrontalis**

Besonders der Venter frontalis kann bei Hypertonus Stirnkopfschmerzen hervorrufen und durch Kälte und Stress ausgelöst und/verschlimmert werden.

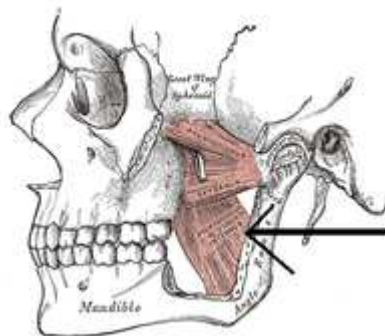
d) Kaumuskeln:

Ein Hypertonus folgende Kaumuskeln können Kopfschmerzen verursachen:

- M. masseter,
- M. temporalis,
- M. pterygoideus lateralis und medialis



Ein Hypertonus des M. temporalis kann zu einer Kompression der Sutura sphenosquamosa und der A. meningea media führen und Migräne und Kopfschmerzen verursachen.



Der Tonus der Kaumuskulatur kann sich durch nächtliches Zähneknirschen (Bruxismus), Streß, Kiefergelenkdysfunktionen oder Zahnbehandlungen erhöhen. Dadurch können Kopfschmerzen, Schmerzen am Oberkiefer, im Gesicht, im Mundboden und am Ohr entstehen.

Da ein Teil dieser Muskeln Ansätze am SBG haben, führt ein Hypertonus auch zu SBG-Dysfunktionen.

Behandlungsmöglichkeit:

- Behandlung der betroffenen Muskeln durch Massage und Triggerpunktbehandlung
- Lösen der Kiefergelenke
- Kiefergelenk V-Spreiztechnik
- Behandlung und Entspannung der Schläfenbeine
- Bänder des Kiefergelenks behandeln
- Behandlung der Sutura sphenosquamosa

2. Knöcherne Strukturen

Bewegungseinschränkungen der Schädelknochen, Dysfunktionen des Kiefergelenks, aber auch Bewegungseinschränkungen des Kreuz- oder Steißbeins über die durale Verbindung können Schmerzen am Kopf hervorrufen.

Weiterhin sind Wirbeldysfunktionen, z.B. der oberen Halswirbel (Ganglion cervicale superius, V. jugularis, zervicale Nerven, Kerngebiet des N. trigeminus) Ursachen für Kopfschmerzen.

Dysfunktionen der oberen Rippen, der Sternoklavikulargelenke und des Foramen jugulare können den venösen Rückfluß einschränken.

a) Atlantooccipitales Gelenk

Funktionsstörungen der Kopfgelenke können durch Spannungsveränderungen der Muskulatur und der Membrana atlantooccipitalis zur Einengung des Durchtritts der Arteria vertebralis und des N. occipitalis führen.

Die drei oberen Zervikalnerven bilden einen Teil des N. occipitalis. Der Spinalnerv C1 ist in erster Linie der motorische Nerv für die Muskeln im suboccipitalen Dreieck, er besitzt jedoch auch eine Anzahl von sensorischen Fasern. C2 ist der wichtigste Bestandteil des N. occipitalis major, der sensorische Fasern zu einigen kurzen Nackenmuskeln liefert. Der kleinere C3 bildet den dritten Occipitalnerv und liefert die sensorische Innervation an bestimmten Teilen der Kopfhaut am Hinterhaupt und Mastoid sowie im Nackenbereich.

Die Membrana atlantooccipitalis geht mit ihren Fasern direkt in die Dura mater über und kann so Spannungen weitergeben.

Behandlungsmöglichkeit:

- Hinterhauptlösegriff
- Lösen der bindegewebigen Verbindungen
- Dekompression des Atlantooccipitalgelenkes
- Stapeln einzelner Wirbelbewegungen, Unwinding von Wirbeln

b) Os occipitale

Störungen des Occiputs beeinträchtigen die Mobilität des Duralsacks.

Die vielen muskulären Ansätze am Occiput können bei Hypertonus Störungen des Sphenobasilargelenks verursachen.

Der Ramus meningeus des N. Vagus in der Fossa cranialis posterior, der die Dura mater innerviert kann bei Kopfschmerzen Übelkeit und Erbrechen auslösen.

c) Schädelbasis

In Kondylennähe befindet sich das **Foramen jugulare**. Es wird gebildet vom dorsalen Rand des Os temporale und der Incisura jugularis des Occiput.

Einengungen oder Spannungszustände dort beeinflussen die durchtretenden Strukturen:

- N. glossopharyngeus 9.HN (Globusgefühl, Kloß im Hals)
- N. vagus 10.HN (Übelkeit, Erbrechen)
- N. accessorius 11.HN (motorisch, Hypertonus Sternocleidomastoideus, Trapezius)
- Vena jugularis (Liquordruck, Kopfschmerz)
- A. Meningea post. (dumpfer Hinterhauptschmerz)

Behandlungsmöglichkeit:

V-Spreiz-Technik Sutura occipitomastoidea

d) Os Temporale

Die Schläfenbeine sind einerseits durch viele dort ansetzende Muskeln (SCM, M. digastricus, M. masseter, M. Temporalis), andererseits durch das innen ansetzende Tentorium cerebelli leicht von Funktionsstörungen betroffen.

An der Vorderwand der Felsenbeinspitze des Schläfenbeins befindet sich eine flache Mulde für das Ganglion trigeminale. Der N. trigeminus versorgt sensibel das Gesicht, die Stirn sowie die intracraniale Dura.

Behandlungsmöglichkeit:

- Techniken zum Ausgleich der Schläfenbeine
- Lösen der Suturen auf knöcherner Ebene
- Behandlung des Tentorium cerebelli

- durch die Anheftung der Halsfaszien an der Schädelbasis, am Hinterhaupt, am Schläfenbein, am Keilbein und am Unterkiefer
- durch Verbindungen vom Zwerchfell zum Schädel können sich Dysfunktionen aus dem Bauch- und Brustbereich auswirken
- durch myofasziale Verbindungen vom Becken zum Schädel über Duraschlauch, Filum terminale, Ligamentum longitudinale anterius und posterius
- Spannungen in den Faszien zwischen Hals- und Brustwirbelsäule und zwischen Schädel und Halswirbelsäule können den venösen Abfluß vermindern und Nerven einengen.

Schmerzausstrahlung und Behandlungsmöglichkeiten der Dura und der Faszien

Tentorium cerebelli:

Schmerzausstrahlung:

Schmerzen ins Auge, in die Schläfe, hinter das Ohr

Behandlung:

Ausgleich der Schläfenbeine

- Ohrzug
- Hebeteknik vom Scheitelbein

Falx cerebri:

Schmerzausstrahlung:

entlang des Sinus sagittalis, Augenregion und frontoparietaler Bereich

Behandlung:

Hebeteknik von Stirn- und Scheitelbein

- Stirnbeinspreizgriff

Falx cerebelli:

Schmerzausstrahlung:

Nackenregion

Behandlung:

Hebeteknik von Stirn- und Scheitelbein

Faszien zwischen Hals- und Brustwirbelsäule

Behandlung des thorakalen Einlasses

Faszien zwischen Interhaupt und Halswirbelsäule:

Schmerzausstrahlung:

Hinterkopf und Nackenregion

Behandlung:

Hinterhauptlösegriff

4. Arterien

Von den Gefäßen sind die Arterien am schmerzempfindlichsten, dann kommen die großen Sinus und am geringsten empfindlich sind die kleinen Sinus und die Venen.

Eine Überdehnung, ein Zug oder eine Kompression der Arterien führt zu Schmerz. Über die Nervenfasern der Adventitia der Gefäße wird die Schmerzmeldung weitergeleitet.

Durch die Überdehnung der Äste der A. carotis externa können anfallsartige pulsierende Kopfschmerzen ausgelöst werden.

Die Arterien versorgen die Dura und eine Einengung der Blutleitung kann zu Ischämie führen und das führt zu Schmerzen im betroffenen Gewebe.

Eine Beeinträchtigung der A. vertebralis kann im Kleinhirnbereich zu Koordinationsstörungen und im Innenohrbereich zu Schwindel und Tinnitus führen.

Test:

bei Kopfschmerzen vornüber beugen, wird der Kopfschmerz schlimmer, ist das ein Beweis dafür dass die Blutleiter die Ursache sein können

Schmerzausstrahlung durch Arterien

Schmerzen im Schläfenbereich:

A. temporalis superficialis

Schmerzen in der Nackenregion sowie hinter dem Ohr:

A. occipitalis

Schmerzen in der Orbita und an der Stirn:

A. supraorbitalis

Schmerzen im Schädel:

A. meningea media

Nicht selten wird die **A. meningea media** durch Spannungen an der Sutura sphenosquamosa komprimiert, was zu stechenden Schmerzen im Augenhintergrund führen kann und Migräne auslösen kann.

Behandlung:

S. sphenosquamosa

5. Venen

Ungefähr 95 % des venösen Rückflusses aus dem gesamten Schädel erfolgt durch die V. jugularis über das Foramen jugulare. Gibt es dort Beeinträchtigungen staut sich das venöse Blut ins Schädelinnere zurück, was zu dumpfen Kopfschmerzen im gesamten Kopf führen kann, aber auch zu Gedächtnisstörungen und Beeinträchtigungen der Hirnfunktionen.

Kommt dazu noch eine Vasodilatation der Arterien kann das zu starken Kopfschmerzen und Migräne führen.

Verengung des Foramen jugulare z. B. durch Schädeltraumata, Ödeme, Hypertonus des Sternocleidomastoideus oder des Trapezius, fasziale und durale Spannungen, sowie durch Dysfunktionen des Os occipitale und Os temporale und somit der Sutura occipitomastoidea, der Sutura petrojugularis und der Sutura petrobasilaris

Folgende venöse Strukturen können verschiedene Schmerzen verursachen:

V. jugularis interna

Schmerzen:

- Stauungskopfschmerz
- Schmerz beim Vornüberbeugen

Behandlung:

- Fluid wave der Sutura occipitomastoidea
- Ohrzug
- Ausgleich der Schläfenbeine

Sinus sagittalis superior

Schmerzen:

frontoparietal und Augenregion

Ursache:

durale Spannungen

Behandlung:

- Venen-Sinus-System
- Tentorium
- Falx

Sinus petrosus superior und Sinus transversus:

Schmerzen;

Schläfenbeinregion

Behandlung:

Venen-Sinus-System

Sinus cavernosus

- Schmerzen in Auge und Oberkiefer der betroffenen Seite
- pulsierender Kopfschmerz:
 - A. Carotis bildet im Sinus cavernosus den Carotissyphon und bei Stau des Sinus cavernosus kann durch die Pulswelle der A. carotis ein pulsierender Kopfschmerz entstehen
- Störungen der Augenmuskeln möglich, die hier durchlaufen
z.B. Doppelbilder (N. abducens)

6. Nerven

Der neuralgische Schmerz tritt anfallsartig oder kontinuierlich andauernd auf. Der *anfallsartige Schmerz* kann durch Stimulation von Triggerpunkten ausgelöst werden, siehe Trigeminusneuralgie.

Der *kontinuierlich andauernde Schmerz* ist meist Folge einer Kompression oder eines Zugs.

Ursache dafür können abnorme Spannungen in den Hirnhäuten, Entzündungsprozesse, Tumore, Aneurysmen, erhöhter Liquordruck, venöse Abflussstörungen am Foramen jugulare oder Fibrosierungen, z. B. nach einer Meningitis, sein. Andere Ursachen können abnorme muskuläre Spannungen im Nacken sowie suturale Kompressionen sein. Venöse Stauungen können die Nerven irritieren und die Leitfähigkeit und Übertragung beeinträchtigen.

Durch das Foramen jugulare ziehen:

- N. glossopharyngeus
- N. vagus
- N. accessorius
- A. meningea posterior
- V. jugularis

a. Sensible Nerven

Folgende sensible Nerven können Kopfschmerzen verursachen:

- **N. trigeminus**

- **N. glossopharyngeus**
- **N. vagus**
- **N. occipitalis major**

N. trigeminus

Das Kerngebiet des N. Trigeminus im Rückenmark breitet sich bis auf Höhe des 1. und 2. Halswirbels aus. Bei Irritationen in diesem Gebiet, z.B. Dysfunktionen der Wirbelgelenke, kann der Nerv irritiert werden.

Er tritt weiterhin aus der Pons aus und zieht nach vorne über das Felsenbein, wo er unter der Dura verschwindet und dort an der Spitze der Pars petrosa in einer Duratasche ein großes sensibles Ganglion bildet, das Ganglion trigeminale. Bei Störungen des Os temporale kann der Nerv dort irritiert werden. Danach gabelt sich der N. trigeminus in 3 Äste auf, die durch verschiedene Öffnungen den Schädel verlassen und das Gesicht sensibel innervieren. Motorisch innerviert er die Kaumuskulatur. So kann bei Störungen des Nervs auch ein Hypertonus der Kaumuskulatur entstehen, was wiederum zu Kopfschmerzen führen kann.

Der N. trigeminus innerviert über den Ramus meningeus, der zusammen mit der A. meningea media durch das Foramen spinosus in die Schädelhöhle eintritt, die Dura der vorderen und mittleren Schädelhöhle und kann so bei Irritationen dort Kopfschmerzen verursachen.

Über den N. trigeminus können auch Schmerzimpulse, die von der Nase, den Nasennebenhöhlen, den Zähnen und den Ohren ausgehen, Schmerzen in der Hinterhaupt-, Stirn- oder Schläfenregion verursachen.

Kompressionen oder Zug können den Nerv irritieren.

Behandlung:

- Behandlung C1/2
- Atlantooccipitalgelenk
- Entspannung der Hals- und Nackenmuskulatur
- Behandlung des Os temporale
- Hinterhauptlösegriff
- durale Membrantechniken

N. glossopharyngeus IX.

Er tritt aus der Pons und verlässt den Schädel durch das Foramen jugulare, macht Schmerzen im hinteren Schlundbereich, in den Tonsillen, an der Zungenbasis, im und hinterm Ohr und im Nacken-, Halsbereich (Glossopharyngeusneuralgie).

Typisch für Irritationen des N. glossopharyngeus ist das Globusgefühl (Kloss im Hals).

Behandlung:

- Foramen jugulare: Sutura occipitomastoidea
- Os temporale und occipitale
- Atlantooccipitalgelenk
- Behandlungstechniken für die Dura
- SBG-Behandlung

N. vagus X.

Der N. vagus tritt aus der Medulla oblongata aus und verlässt die Schädelhöhle durch das Foramen jugulare. Er innerviert mit seinem Ramus meningeus sensibel die Dura der hinteren Schädelgrube und die Haut des äußeren Gehörgangs und einen Teil der vorderen Ohrmuschel und kann so bei Irritationen Schmerzen im Hinterkopf und am Ohr verursachen. Er ist auch verantwortlich, wenn bei Kopfschmerzen Übelkeit und Erbrechen auftreten. Kann Beschwerden bis in den Bauchraum machen.

Behandlung:

- S. occipitomastoidea Fluid wave
- Hinterhauptlösegriff
- Os temporale

N. occipitalis major

kommt aus dem Ramus posterior des 2. Zervikalnervs und versorgt sensibel das Hinterhaupt und motorisch die kurzen Nackenmuskeln M. semispinalis, M. longissimus und M. splenius. Er tritt zwischen dem 2. Halswirbel und dem M. obliquus capitis inferior nach draußen und verläuft durch den M. Trapezius und den M. semispinalis capitis. Er versorgt über Rami meningeales die Hirnhaut der hinteren Schädelgrube und kann bei Irritationen zu Schmerzen im Hinterhaupt führen. Ein Hypertonus des M. Trapezius oder des M. semispinalis capitis, z.B. als Folge eines Traumas oder nach Kälte kann mit oder ohne weitere Auslösefaktoren zum Kopfschmerz führen (Okzipitalneuralgie).

Behandlung:

- Hinterhauptlösegriff
- Behandlung der oberen Wirbelsäule
- Occiput
- CV4
- Entspannung des M. trapezius und M. semispinalis

b. Motorische Nerven

Folgende motorische Nerven können Kopfschmerzen verursachen:

- **N. suboccipitalis**
- **N. accessorius**

N. suboccipitalis

kommt aus dem Ramus posterior des 1. Zervikalnervs, der zwischen Occiput und C1 austritt. Er versorgt motorisch die kurzen Nackenmuskeln Mm. rectus capitis post., major und minor, Mm. obliquus capitis sup. und M. semispinalis capitis und tritt zusammen mit der A. vertebralis durch die Membrana altantooccipitalis posterior. Er kann bei Spannungen der Membran, bei Dysfunktionen der oberen Halswirbelsäule und durch Hypertonus der Nackenmuskulatur beeinträchtigt werden.

Bei Irritationen des Nervs kann sich der Tonus der Nackenmuskeln erhöhen, was dazu führt, dass die Strukturen, die durch das Foramen magnum (N. accessorius, Rückenmark, A. vertebralis) gehen, eingeengt und irritiert werden.

Ein Hypertonus des M. rectus capitis minor führt zu Kopfschmerzen im Hinterhaupt, weil dieser Muskel direkten Bezug zur Dura hat.

Behandlung:

- Hinterhauptlösegriff
- Entspannung der Nackenmuskulatur
- Durale Membrantechniken
- Behandlung der oberen Halswirbelsäule

N. accessorius XI

tritt aus dem Rückenmark der Halswirbelsäule aus, geht durch das Foramen magnum in die Schädelhöhle, zieht von dort zum Foramen jugulare und tritt dort zusammen mit dem N. glossopharyngeus und dem N. vagus aus der Schädelhöhle aus, verläuft über den Querfortsatz des Atlas ins laterale Halsdreieck, wo er den M. sternocleidomastoideus und den M. trapezius innerviert.

Behandlung:

- Hinterhauptlösegriff
- Sutura occipitomastoidea
- Entspannung des M. sternocleidomastoideus und des M. trapezius

c. Cervikalnerven

Der 1. Zervikalnerv verursacht Schmerzen am Scheitel

Der 1. und 3. Zervikalnerv führt zu Schmerzen in Nacken und Hinterkopffregion

7. Psychische Einflüsse

Insbesondere Schmerzen, die im Nacken beginnen und sich entweder lokalisiert oder generalisiert über den Schädel ausbreiten, können psychoemotionaler

Ursachen haben. Sie können schraubstockartig oder nur als Parästhesien im Kopfbereich auftreten. Meist ist es schwer, eine betroffene Struktur zu lokalisieren.

Lange galt Migräne als eine psychische Erkrankung, die in erster Linie Frauen befällt, deren Psyche den meist männlichen Wissenschaftlern ohnehin schon immer eher ein Rätsel war. Des Weiteren wurde eine sogenannte Migränepersönlichkeit beschrieben: kontrolliert, ehrgeizig, von hohem Verantwortungsbewusstsein, ängstlich, gehemmt, reizbar, ordentlich, nachgiebig, mit einer narzisstischen Kränkbarkeit, latenter, versteckter Aggressivität und einer Neigung sich zu überfordern.

Die moderne Medizin verneint in der Regel die Existenz einer solchen Migränepersönlichkeit. Migräne gilt nicht mehr als psychosomatische Erkrankung. Allerdings können solche Verhaltensweisen Kopfschmerzen begünstigen.

Aber es gibt auch andere Begründungen für eine psychosomatische Ursache.

So sehen zum Beispiel Thorwald Dethlefsen und Oliver Sacks die Migräne als einen biologischen Schutzreflex, als einen „Rückzug des ganzen Körpers aus dem Wirkungsbereich eines schädlichen oder gefährlichen Reizes“. Dagegen spricht, dass viele Migräneanfälle erst in der Entspannungsphase, nach dem Stress, dem Sport, der Sauna usw. oder mitten in der Nacht entstehen.

Nach heutigen Erkenntnissen hat ein Migräneanfall seinen Ursprung vermutlich im Hypothalamus oder im Hirnstamm, also den oberen Instanzen des vegetativen (autonomen) Nervensystems und des Hormonsystems. Der Hypothalamus hat die Aufgabe, grundlegende biologische Funktionen zu kontrollieren und zu steuern. Er operiert also vorwiegend auf einer anderen biologischen Ebene wie die Ebene der Gedanken. Dies zeigt auch die Tatsache, dass Migräne ganz wesentlich durch grundlegende hormonelle Veränderungen wie Menstruation, Schwangerschaft, Menopause beeinflusst wird. Ähnliches gilt für den Hirnstamm, der wesentliche vegetative Funktionen ausführt.

Solches sind die Gedanken der modernen gängigen Medizin. Aus der biodynamischen Craniosacralarbeit wissen wir allerdings, wie unabdingbar und selbstverständlich die körperliche, die geistige und auch die seelische Ebene miteinander verbunden sind und wie sie in gegenseitiger Resonanz stehen.

Auch fällt in der Praxis auf, dass Kopfschmerz- und Migränebetroffene häufig Menschen sind, die Spannungen auf verschiedenen Ebenen aufstauen und denen das Loslassen nicht unbedingt leicht fällt. Oft sind es Menschen, die mental eher kontrolliert sind und die ihre Emotionen wie z.B. Groll und Zorn nicht so leicht ausdrücken. Häufig sind es auch intelligente und sehr sensible Menschen, die sehr viele Eindrücke aufnehmen.

Die Ursache von Kopfschmerz kann auch ein unverarbeitetes traumatisches Erlebnis sein. Dies kann ein Verkehrsunfall mit unbehandeltem Schleudertrauma sein oder auch der Tod eines geliebten Menschen, eine Geburt oder eine Operation. Viele Menschen können sich an ihr Trauma nicht erinnern.

Die Kopfschmerzen können auch einen Sekundärgewinn haben, der dem Patienten nicht bewusst ist. Die Beschwerden können als Notbremse des Körpers gegen Überlastungen dienen.

Diagnostik, Anamnese und Behandlung von Kopfschmerzen

1. Diagnostik

Die Behandlung von Schmerzen im Kopfbereich wird dadurch erschwert, dass meistens mehrere Mechanismen gleichzeitig bei der Entstehung von Schmerzen beteiligt sind. Eine sorgfältig durchgeführte Schmerzanamnese, Untersuchung und Palpation ist Voraussetzung für eine gute Behandlung.

In der Anamnese sollte auch die Frage nach stattgefundenen schulmedizinischen Diagnosen und nach vorherigen oder gleichzeitigen Behandlungen und deren Ergebnis oder Wirkung gestellt werden.

Wenn der Patient seine Kopfschmerzen schulmedizinisch abklären möchte, stehen verschiedene Untersuchungsverfahren zur Verfügung:

EEG: bei vielen Gehirnkrankheiten finden sich hier Veränderungen

CT: Röntgenbild des Schädels und der Halswirbelsäule

MRT: genauere Diagnostik als CT bei Verdacht auf Tumore

Blutuntersuchungen: zur Untersuchung für Kopfschmerzen durch Infektionskrankheiten, Nierenschäden. oder Nebenwirkung von Medikamenten

Bei primären Kopfschmerzen wird es bei diesen Untersuchungen keinen Befund geben.

2. Anamnese

- Wo beginnt der Schmerz? Wo setzt er sich fort? Strahlt er aus?
- Schmerz auf welcher Seite? Wechselt er die Seite?
- Was für ein Schmerz ist es? Kontinuierlich anhaltend pochend, dumpf, etc.?
- Seit wann besteht der Schmerz? Wie ist sein Verlauf? In welchen Intervallen tritt er auf?
- Ist er beeinflussbar? Wodurch wird er schlimmer oder besser?
- Wodurch wird der Kopfschmerz ausgelöst?

- Gibt es traumatische Geschehen in der Vorgeschichte?
- Gibt es begleitende Symptome?

3. Behandlung

Mögliche Behandlungstechniken bei Kopfschmerzen im Gesamtüberblick:

- Untersuchung und gegebenenfalls Behandlung der verschiedenen Diaphragmen
- Untersuchung und Behandlung von Faszienbeziehungen
- Entspannung der Hals-Nackenmuskulatur
- Lösung abdominaler Spannungen
- Verbesserung des venösen Abflusses am zervicothorakalen Einlaß
- Verbesserung des venösen Abflusses am kranio-cervicalen Diaphragma
 - a) Behandlung des Atlantooccipitalgelenkes
 - b) Lösen der Sutura occipitomastoidea
- Verbesserung des intracranialen venösen Abflusses
 - a) Venen-Sinus-Techniken
 - b) Kompression oder Erweiterung des 4. Ventrikels (CV4 oder EV4)
- Spezielle Untersuchung der Wirbelsäule und Behandlung insbesondere der oberen Halswirbel
- Durale Behandlung und Integration von Schädel, Kreuzbein und Steißbein
- Allgemeine Behandlung des Schädels
 - a) Lösen vom Occiput
 - b) Lösen von Spannungen der Schläfenbeine
 - c) Lösen von den Scheitelbeinen
 - d) Lösen vom Stirnbein
- Spezifische Behandlung der Schädelknochen:
 - a) Sphenobasilargelenk
 - b) Sutura occipitomastoidea, Sutura petrojugularis, (Foramen jugulare)
 - c) Sutura sphenosquamosa (Arteria meningea media) etc.
- Entspannung des M. temporalis (Sutura squamosa)
- Entspannung des M. masseter
- Lösen von Spannungen im Gesichtsschädel
 - a) Lösen der Mandibula
 - b) Lösen der Maxilla
 - c) Lösen der Zygomatica
- Neurovegetative Integration: CV4 (Stimulation des Parasympathicus)

Bei der Beschreibung der Strukturen, die zu Kopfschmerzen führen können, zählen wir Behandlungsmöglichkeiten auf.

Diese sind nur Vorschläge und eine Auswahl von vielen möglichen Techniken. Sie dienen als Beispiele wie ich die Behandlung beginnen könnte und sind nicht vollständig. Jeder Therapeut kann diese Liste nach eigener Kreativität und Wissen ergänzen.

Durch die Anamnese hat der Therapeut die Möglichkeit Anhaltspunkte zu finden, die Rückschlüsse auf bestimmte körperliche Strukturen zu lassen. Diese können dann näher untersucht werden und wenn man dort etwas findet, behandelt werden. Bei der Befragung sollte sich der Therapeut auch ein Bild über die Lebens- und Krankheitssituation des Patienten machen und diese Informationen in seine Therapie mit einbeziehen.

Der Ansatz der Behandlung, wie wir sie hier beschreiben, liegt auf der körperlichen Ebene, kann aber von dort alles anderen mit einbeziehen. Dabei ist der Austausch zwischen Patient und Therapeut sehr wichtig. Es kann natürlich auch auf einer anderen Ebene begonnen werden, je nachdem was bei der Anamnese herauskommt.

Jede Ebene wirkt sich auf die anderen beiden Ebenen aus:

- Gedanken können ein Gefühl erzeugen, das sich im Körper ausdrückt
- Gefühle können Gedanken auslösen, die sich körperlich ausdrücken
- der Körper bringt bestimmte Gefühle hervor, die entsprechende Gedanken auslösen

4. Der biodynamische Ansatz in der Behandlung

Bis hierher haben wir in unserer Arbeit vor allem die strukturell anatomischen Gesichtspunkte einer Kopfschmerz- und Migränebehandlung ausgeführt. Dazu haben wir auch Literatur gefunden. Dieses Wissen um die anatomischen Zusammenhänge und die Techniken, um Dysfunktionen auf der körperlichen Ebene zu lösen, sind eine Grundlage für unsere Arbeit, aber das biodynamische Modell der Craniosacraltherapie öffnet uns noch ganz andere Räume.

Durch unsere achtsame Präsenz treten wir in Kontakt mit der gesamten Biosphäre des Patienten, mit seiner Gesamtheit, mit seinen Störungen UND mit seiner Gesundheit. Auf dieser Ebene unterstützen und vergrößern wir den Raum zur Entfaltung der im Patienten angelegten Selbstheilungskräfte.

Wir stimmen uns auf den Fluss der Flüssigkeiten innerhalb des ganzen Systems ein und auf die darin wirkenden Kräfte von Gesundheit.

Auf der Ebene der Mid-Tide erspüren wir Qualität, Amplitude, Größe und Kraft und laden Harmonisierung ein und eine Neuorganisation durch die Stille des Systems im Stillpunkt.

Auf einer noch tieferen Ebene des Systems, der Long-Tide, kommen wir in Kontakt mit noch tiefer organisierenden Kräften. Bei den Aborigines hieß es,

dass ein Mensch krank wird, wenn er den Wind nicht mehr durch sich wehen lassen kann. Auf dieser Ebene können wir ein Getragensein von tiefen Kräften wahrnehmen.

Wir öffnen einen Raum, der das Auftauchen der persönlichen Geschichte aus der Tiefe des Systems ermöglichen kann. Dabei orientieren wir uns an den natürlichen Ressourcen des Körpers. Durch die bewusste Verinnerlichung dieser Themen können wir die Selbstheilungskräfte unterstützen, die wieder den Zustand der Ganzheit anstreben, in der eine harmonische Resonanz von Körper, Geist und Seele entsteht und in der alle Energien, Flüssigkeiten und Gewebe in harmonischer Beziehung zusammenwirken.

5. Möglichkeiten und Grenzen zur Behandlung in der Craniosacraltherapie

Es gibt die Möglichkeit Kopfschmerzen und Migräne mit Craniosacraltherapie erfolgreich zu behandeln.

Spannungskopfschmerzen und Cervicogener Kopfschmerz lassen sich gut mit Craniosacraltherapie behandeln.

Wenn der Kopfschmerz auf rein körperlicher Ebene entstanden ist z.B. durch einen blockierten Wirbel oder durch verspannte Nackenmuskeln, so kann es gut sein, dass der Patient durch Behandlung schmerzfrei wird.

Wichtig für die Heilung ist die Bereitschaft des Patienten sich einzulassen und die erforderlichen Schritte zu gehen, die dazu gehören z.B. eine ungünstige Haltung zu ändern oder mehr Pausen in einer stressigen Situation zu machen etc. Auch Kopfschmerzen traumatischen Ursprungs sei es auf der körperlichen oder seelischer Ebene können mit Erfolg behandelt werden, wenn der Patient den Raum und die Ressourcen hat, daran zu arbeiten und wenn der Therapeut im Sinne der Traumatherapie arbeitet und eine Retraumatisierung vermeidet.

Bei der Behandlung der Migräne steht eher die Schmerzlinderung oder Verringerung der Anzahl der Migräneattacken im Vordergrund.

Eine vollständige Heilung ist möglich, aber eher selten. In vielen Fällen kann der Patient lernen, besser mit sich und seiner Migräne umzugehen.

Grenzen liegen vor, wenn es sich um genetische Vererbung von Migräne handelt. Auch dann ist nur Linderung zu erwarten.

Wenn es sich um familiäre Häufung handelt, deren Ursprung in stark wirkenden Bindungsstrukturen innerhalb der Familie zu suchen ist, ist Heilung möglich.

Hier kann der Craniosacraltherapeut mit Experten für Familienaufstellen zusammen arbeiten, da der Konflikt in der ganzen Familie zu suchen ist.

Migräneschübe, die in der prämenstruellen Phase ihre Ursache haben, sind schwer in den Griff zu bekommen, denn das ist ein Trigger, den man nicht vermeiden kann. Hier kann man höchstens versuchen die anderen Auslösefaktoren zu vermeiden/minimieren, damit nicht durch eine Summation von Auslösern ein Schub entsteht. Auch hier hilft Behandlung mit Craniosacral-

therapie, die Summe der auslösenden Faktoren und somit die Zahl der Migräneattacken zu vermindern.

Persönliche Erfahrungen beim Erstellen der Arbeit

Es hat uns Spaß gemacht, so intensiv in ein Thema einzutauchen.

Wir haben viele neue Erkenntnisse über Migräne- und Kopfschmerzentstehung bekommen sowie einen Gesamtüberblick über das Thema.

Die anatomischen Strukturen, die mit Kopfschmerzen in Verbindung stehen können, sind jetzt sehr präsent.

Es wird uns helfen, schneller herauszufinden, wo wir mit der Behandlung beginnen und wie wir gezielter behandeln können.

Wir können jetzt erkennen, ob die Kopfschmerzen primär oder sekundär sind und wann wir dem Patienten empfehlen, noch genauere Untersuchungen durchführen zu lassen, falls er das noch nicht gemacht hat.

Wir fühlen uns jetzt kompetenter mit dem Thema und können dadurch dem Patienten mehr Sicherheit vermitteln.

Für uns herausfordernd war die Fülle und Vielschichtigkeit des Themas und die Frage, was man noch in die Arbeit mit rein nimmt, was man kürzt und was man ganz weglässt.

Brunhild:

Für mich war die Komplexität des Themas eine große Herausforderung.

Ich neige dazu sehr genau zu sein, was auf der einen Seite für solche Arbeiten gut ist, auf der anderen Seite aber die Gefahr birgt, sich darin zu verlieren und den Gesamtüberblick und den zeitlichen Rahmen nicht hinzukriegen.

Es gibt Themen, die ich gerne noch mit reingenommen hätte oder die ich noch gründlicher gemacht hätte, wofür aber keine Zeit mehr war. Es ist mir nicht leicht gefallen, mich zu begrenzen und auszusortieren.

Insgesamt hat es mir Spaß gemacht und ich habe mir vorgenommen, so etwas auch für mich selber mal zu machen, wenn ich ein interessantes Thema habe, in das ich tiefer einsteigen möchte.

Ein Konflikt für mich war, dass wir viel über die körperlich-strukturelle Seite gefunden und geschrieben haben und das dann mit der biodynamischen Craniosacraltherapie zu verknüpfen. Es kamen Fragen auf wie: Welchen Stellenwert haben strukturelle Techniken im Kontext der biodynamischen Sichtweise? Dient das exakte Wissen über Anatomie nur der visionären Arbeit? Oder gibt es auch Behandlungen, in denen ich nur strukturell arbeite, wenn ich auf der Ebene was finde?

Ich bin für mich zu dem Schluss gekommen, dass diese Ebene gleichwertig dazu gehört und dass es für mich eine große Bereicherung meiner Arbeit mit Patienten ist, durch die Cranio-Ausbildung auch Handwerkszeug und Wissen über die anderen Ebenen bekommen zu haben.

Ich habe wieder einmal Ehrfurcht vor den komplexen Abläufen in unserem Körper bekommen Obwohl ich mich kompetenter fühle als vorher, weiß ich auch, dass ich nichts weiß. Es kommt das Gefühl hoch: Wer weiß schon wie das alles funktioniert?

Mir ist einmal mehr bewusst, dass ein wichtiger Teil beim Behandeln nicht nur mein Wissen, sondern meine Intuition und ein Raum von Gelassenheit, Respekt und Präsenz sind. Um diesen Raum zu öffnen und zu halten, brauche ich das Anker vor und während der Behandlung.

Ursula:

Wenn ich jetzt einen Klienten mit chronischen Kopfschmerzen behandle, habe ich deutlich mehr Struktur und Ideen im Hinterkopf, auf die ich zurückgreifen kann. Ich bin neugierig und gespannt, was mich erwartet.

Da meist mehrere Faktoren gleichzeitig an dem Kopfschmerzgeschehen beteiligt sind, hoffe ich, dass es dem Klienten vielleicht schon Erleichterung bringt, wenn ich einen Teil der Faktoren günstig beeinflussen kann und somit Spannung aus dem Gesamtsystem herausnehmen kann.

Dabei möchte ich in den Vordergrund stellen, dass nicht ich den Klienten heile, sondern dass ich ihm den Raum anbiete, in dem er sich wieder mit seinen eigenen Selbstheilungskräften verbinden und seine Spannungsmuster nach seinem eigenen Vermögen und in seinem eigenen Tempo loslassen kann.

Dazu möchte ich mich meinerseits aus meiner früheren physiotherapeutischen Herangehensweise mehr lösen, mich mehr zurücklehnen, mehr ankern und auf das gemeinsame Feld mit dem Klienten einlassen.

Im Laufe der Cranio-Ausbildung habe ich an mir selber erlebt, dass inneres Loslassen ein Prozess ist, der vielschichtig auf allen möglichen Ebenen stattfindet, der grundlegende Lebensmuster und inneres Wachstum mit einschließt und der nur in einem eigenen inneren Tempo und aus eigenem Antrieb stattfinden kann.

Letztendlich glaube ich, dass in einem wirklich ausbalancierten System, in dem die Energien und Flüssigkeiten frei fließen können, eigentlich keine chronischen Kopfschmerzen nötig sind.

Schlussanmerkung :

Unsere Arbeit ist nur eine Annäherung an das Thema, ein Wegweiser, der bis zu einem bestimmten Punkt führt. Danach kann man noch tiefer in das Wissen einsteigen und danach beginnt irgendwann die „Wildnis“, wo man mit anderen

Talenten zurecht kommen muss als dem Wissen um die körperlichen Zusammenhänge. Das strukturelle Wissen erleichtert einem den Anfang und wenn man Glück hat, ist es in manchen Fällen auch schon die Lösung.

Quellen:

Torsten Liem, Praxis der Kraniosakralen Osteopathie

Dr. Anette Delbrück, Kopfschmerzen und Migräne erfolgreich behandeln

Hugh Milne, Aus der Mitte des Herzens lauschen 2

J.E. Upledger/J.D. Vredevoogd, Lehrbuch der Kraniosakral-Therapie

Bernhard Kern, Migränetherapie nach Kern

Trepel, Neuroanatomie Struktur und Funktion



Okay, wir haben unsere
Kleider ausgezogen,
ich bin auf dich drauf ...
Wie lange dauert es
jetzt, bis sich der
Höhepunkt einstellt?

Keine Ahnung - aber
ich weiß jetzt,
warum Mutti so oft
Kopfschmerzen hat ...