

Die occipitalen Muskel als therapeutische

Dr. med. Heiner Biedermann

Einleitung

Funktion und Haptik sind im Zentrum der Manualmedizin und Physiotherapie. Sie bestimmen unsere Diagnostik und wesentliche Teile unserer Behandlung. Interessant ist hierbei, dass sich im Laufe der Zeit eine gewisse Rangordnung der Wichtigkeit verschiedener Bereiche des Organismus herausgeschält hat. So können zum Beispiel ‚eingeklemmte Rippen‘ durchaus massive Beschwerden verursachen, strahlen aber nur selten weit über ihr Ursprungsgebiet hinaus.

Umgekehrt wird aber oft ein Schuh daraus: Man nimmt die Hauptbeschwerden wahr – etwa am Karpaltunnel oder dem Epicondylus –, die strukturelle Ursache liegt jedoch oft ganz woanders. Oft liegt auch ein Mischbild vor; der kranke Organismus tut uns eben selten den Gefallen, nur am Ort der Beschwerden Probleme zu bereiten oder sich auf das Mechanische zu beschränken. Ein gereizter Meniskus muss immer eine Untersuchung der Beinachsen und der Funktion der Hüften nach sich ziehen, sonst greift die Therapie zu kurz. Ein Gangfehler mit Schmerz am Sprunggelenk kann von einem gichtigen Großzehengrundgelenk (mit-)verursacht sein etc. ‚Erfahrungsheilkunde‘ nannte man das früher und es ist ein wenig vergessen worden, dass eben dieses Weiter-Ausholen gerade bei funktionellen Beschwerden sinnvoll ist.

Über die Menge der Fälle gemittelt, zeichnen sich einige Problemfelder ab, die immer wieder ins Blickfeld geraten, wobei die Wirbelsäulenpole eine herausragende Rolle spielen [1]. Hier soll uns im Weiteren vor allem der obere Bereich beschäftigen. Er weist in unterschiedlichen Lebensphasen unterschiedliche Störungsmuster auf: der Nacken mit seinen Ansätzen der langen posturalen Ketten, seiner komplexen sensomotorischen Verschaltung.

Ein altbekannter Behandlungsansatz

In der Neugeborenenphase ist in der Nackenregion das Zentrum der motorischen Entwicklung [2]; je älter man wird, desto mehr kommen andere Bereiche zum Zug. Zum einen ist diese Zone Agonist der Rückenstreckung bis zum Beckenring, zum anderen Antagonist der Temporomandibularregion. Der Kau-/Kieferbereich und die Atemwege mit ihren Störungen und Auffälligkeiten kommen hier zum Tragen, mechanisch durch Muskelverspannungen

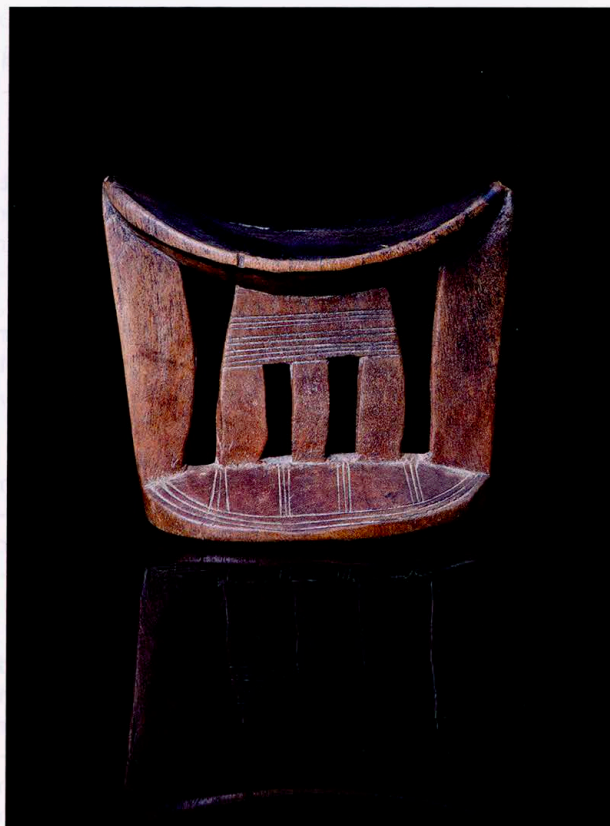


Abb. 1: Eine afrikanische Kopfstütze.

und lokale Entzündungen, da zwischen Rachen-Hinterwand und Halswirbelsäule (HWS) kaum Abstand ist. Vom ‚Zähne zusammenbeißen‘ und den ‚Nackenschlägen‘ der eher Erwachsenen ganz zu schweigen. Wir haben hier also einen Bereich vor uns, der selbst strukturelle Ursache von Beschwerden sein kann, aber auch sekundär durch andere Bereiche gereizt wird.

Ziel dieser Diskussion ist nicht, die ganze Spannweite der hier relevanten Diagnosen und Behandlungsansätze darzulegen oder gar differenziert auf die Rolle der Nackenregion in verschiedenen Lebensaltern einzugehen; das würde ein Buch füllen. Aufgrund der weitverzweigten Ursachen und Wirkungen muss man vieles Wichtige weglassen. Ganz ‚realpolitisch‘ steht hier die Frage im Vordergrund, welche symptomatischen Einflussmöglichkeiten am unkompliziertesten sind, sozusagen zum Grundrepertoire gehören.

ansätze Herausforderung



Abb. 2: Ein Glisson aus den 50gern. Gemütlich ist anders.

Dass dieses Areal schon lange im Blick verschiedener Behandler:innen ist, zeigt ein Blick in die Geschichte. Schon in früheren Jahren und Kulturen waren etliche Abstandshalter und Tragevorrichtungen bekannt, die am Nacken ansetzen (vgl. Abb. 1). Es wurde lange geglaubt, dass die aus anthropologischen Veröffentlichungen bekannten Nackenstützen vor allem zur Schonung der aufwendigen Frisuren genutzt wurden [3] oder gar zeremonielle Funktionen hatten. Inzwischen ist der therapeutische Ansatz mehr in den Vordergrund gerückt, eine Fülle von Einträgen im Netz zeigt dies.

Schon früh wurde die Glisson-Schlinge propagiert; der Namensgeber war Anatom im England des 17. Jahrhunderts. Die ursprüngliche Version zog mittels einer Schlinge am Kopf des Patienten; spätere Modelle stützen sich auf den Schultern ab (vgl. Abb. 2). Wer sich in einen Glisson begab, sollte platzangst-

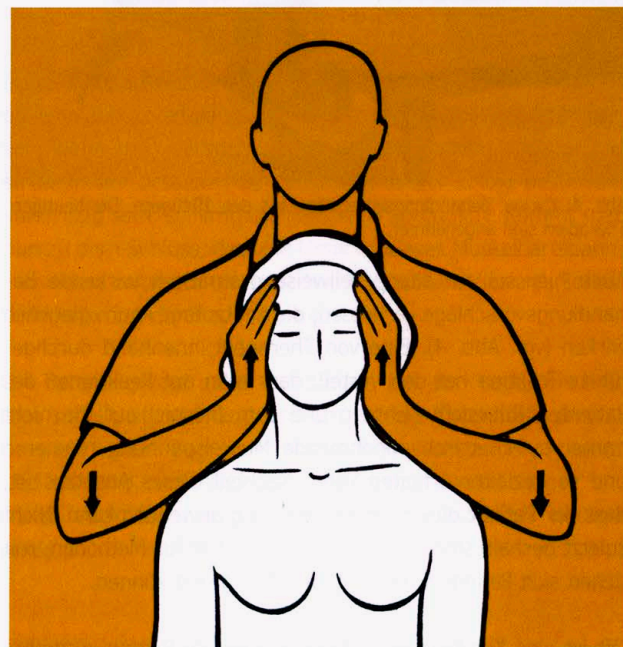


Abb. 3: Lewits Illustration einer manuellen Traktion des Halses als Beispiel für viele.

frei sein. In den letzten Jahren kam auch der Rat auf, sich mit Tennisbällen und einem Socken eine Stütze zu konstruieren, auf der man liegt, um den Hals zu stimulieren.

Bei diesen Konzepten stört, dass einerseits meist der ohnehin verspannte Trapezius als Basis dient, was diesen zusätzlich irritiert. Zudem umfasst und drückt der vordere Anteil des Gurtes der Glisson-Schlinge das Kiefergelenk, dessen Reizung in der Regel eine wichtige Rolle spielt. Die Konstruktion mit den im Socken verpackten Tennisbällen hat zwar den Vorteil, dass man auf Vorhandenes zurückgreifen kann und es beim Gebrauch auch nicht einengt, aber den Nachteil, dass die Richtung der ausgeübten Kraft rechtwinklig vom Boden weggeht und so nur wenig Traktion auf die schmerzhaft verkürzten Nackenmuskeln ausübt.

Kombination von Behandlung durch Therapeut:in und Selbsthilfe

Ideal ist alles, was zum Beispiel als manuelle Traktion, Cranial Release oder ähnliches von kundiger Hand durch Physio-, Osteo-, oder Manualtherapeut:in verabreicht wird (vgl. Abb. 3).

Verkrampfung schon deutlich nachgelassen hat, die Patienten aber noch immer über die gleichen Beschwerden klagen. Das ist kein böser Wille, oder gar Simulieren, sondern ihrem Schmerzgedächtnis geschuldet. Einmal gebahnt, springt es schon bei einer kleinen Irritation wieder an und muss erst im Lauf der Zeit verlernt werden – was Wochen und Monate in Anspruch nehmen kann. Hier spielen Beschwerdedauer, Charakter und die Lebensumstände eine Rolle. Auch deshalb kann es wichtig sein, den Patienten aktiv in die Behandlung zu integrieren. So kann diese, nicht selten recht lange Periode von den Patienten besser toleriert werden.

In der Konfrontation verschiedener Beschwerden im Bereich von Kopf, Schulter, und Nacken wird deutlich, dass die Ursachen der Beschwerden ganz unterschiedlich sein können; von einer Zahnproblematik über eine Fehlstatik, eine Störung im Oberbauch oder Stress in Beruf und/oder Familie kann Muskelhartspann in immer den gleichen Bereichen ausgelöst werden. Von da aus wiederum werden durchaus nicht immer dieselben Beschwerden hervorgerufen. Mal sind es Kopfschmerzen, mal der berüchtigte Tennisellenbogen oder Schwindel, Druck auf der Brust oder mangelnde Leistungsfähigkeit. Da fast immer ein Mischbild vorliegt, ist die Aussage, dass der Trapezius verhärtet ist, meist wenig hilfreich für die Suche nach der Ursache.

Schaltstelle Nacken

Dieser „Sanduhrcharakter“ der Nackenverspannungen (viele Ursachen, ein Symptom, etliche daraus resultierende Beschwerden) ist typisch für diesen Bereich – und für Diagnostik und Therapie eine Herausforderung. Ein Zuspitzen auf lineare Kausalketten scheitert an unserem unordentlichen, vielfachen Einflüssen ausgesetzten Leben. Ein symptomatisches Verringern des Muskeltonus kann auf vielerlei Weise unterstützt werden, vom Wärmen über die Massage bis zur Traktion – auch lokale Salbeneinreibung beziehungsweise Franzbranntwein ist eine Option, von Physiotherapie und/oder Manualmedizin ganz zu schweigen. Wenn man sowohl in der Kommunikation als auch im Behandlungskonzept den großteils symptomatischen Charakter nicht aus dem Auge verliert, ist das in Ordnung. Stellt man diese Beeinflussung eines Symptoms in den Mittelpunkt, ist der Ansatz fragwürdiger.

Je älter der Patient ist, desto eher muss man von der kausalen auf die symptomatische Ebene gehen, desto mehr spielen die vielen hier angekommenen Störungen anamnestisch eine Rolle. Aber schon bei Jüngeren sind immer wieder Phasen zu überbrücken. Das kann ein Zustand nach Unfall sein, Fehlbelastungen oder die bereits erwähnte laufende KFO. Wachstums- und Entwicklungsschübe kommen als Irritations-

faktor dazu. Holzschnittartig vereinfacht kann man sagen, dass die Nackenverspannung mit zunehmendem Lebensalter eine vermehrte Chronizität wahrscheinlicher macht. Umso wichtiger ist es, die Patienten aktiv in die Behandlung einzubeziehen.

Wärme als unspezifische Basis ist nur kontraindiziert bei floriden Entzündungen. Reduktion des Muskeltonus bei verspannten Muskeln ist schon differenzierter zu betrachten. Dieser ‚Erfordernis-Hypertonus‘ [5] sollte bei den Behandlungen in Auge behalten werden. Zum Beispiel ruft eine Gelenkiritation oft eine Schutzverspannung der zugeordneten Muskulatur hervor. Wenn man versucht, diese zu vermindern, ohne an die strukturellen Ursachen zu denken, wird der Erfolg bestenfalls kurzfristig sein, schlimmstenfalls kontraproduktiv. Kommt man nun zu dem Schluss, dass die Ursache dieses Muskelhartspanns zumindest zeitweise unvermeidlich ist, ist eine dosierte Tonusverminderung durchaus sinnvoll.

Die Betonung liegt dabei auf dosiert. Bei der Frage, wie man dies möglichst schonend erreicht, ist die Erkenntnis zentral, dass ein axialer Zug meist am physiologischsten ist. Rotation und Neigung, vor allem am Hals, sind fehlerträchtiger und meist auch für das Ziel der Spannungsreduktion weniger effektiv.

Dosierung und Behandlungsrichtung wichtig

Etliche der vorgeschlagenen Mittel wirken eher quer zur Achse ein, was wenig effektiv ist. Natürlich hat auch ein Querdruck auf die kurzen Nackenmuskeln eine reflektorische Entspannung zur Folge, wenn man ihn wieder wegnimmt. Aber ein Vektor in Richtung der Körperachse ist gezielter und damit wirksamer.

Der Nacken liefert bei Kreuzschmerzen – vor allem bei Erwachsenen – einen nicht zu unterschätzenden Beitrag [6]. Nach Jahrzehnten der Betreuung dieser Patienten kann festgehalten werden, dass das Angehen der verspannten Nackenregion nützlich sein kann. Der Nachteil dieses funktionellen Konzepts ist, dass sich oftmals keine kranke Bandscheibe, kein entzündeter Muskel nachweisen lassen. Bildgebende Verfahren sind hier wenig hilfreich, aber in Einzelfällen durchaus wichtig. Der Nacken ist „nur“ verspannt und schmerzempfindlich, das lässt sich auf Röntgen oder MRT kaum nachweisen.

Die gewählte Behandlungstechnik, gerade in dieser zu Chronizität neigenden Struktur, sollte möglichst risikoarm und wiederholbar sein. Schon im Hinblick auf das Irritationspotential der A. Vertebralis [7] ist Vorsicht geboten; auch Disharmonien der segmentalen Biomechanik – die häufig eine der Hauptquellen der Nackenverspannung sind – sollten zu Zurück-

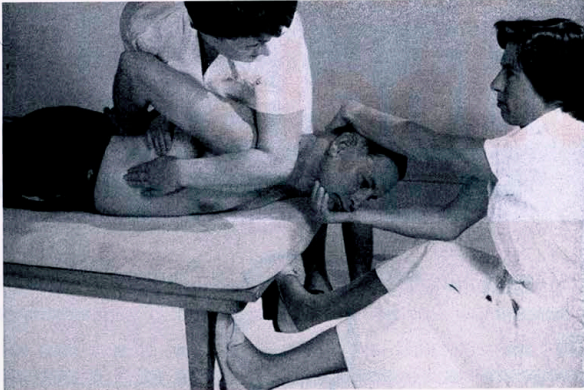


Abb. 4: Cyriax' Behandlungsvorschläge aus den 1940ern. Die heutigen Therapien sind angenehmer...

Auch hier sei auf ältere, teilweise dramatisch wirkende Behandlungsvorschläge verwiesen, die heutzutage kaum glaublich wirken (vgl. Abb. 4). Eine von Therapeut:innenhand durchgeführte Traktion hat den Vorteil, dass man auf Reaktionen des Patienten Rücksicht nehmen und zum Beispiel auf die nicht immer symmetrisch abnehmende Muskelspannung reagieren und so gezielter arbeiten kann. Nachteil dieses Ansatzes ist, dass der Patient dies nicht eigenständig anwenden kann. Nicht zuletzt deshalb sind alle Beteiligten dankbar für Methoden, mit denen sich Patienten im Akutfall selbst helfen können.

Oft ist eine Kombination die beste Wahl: Zu Beginn kümmern sich Ärztin und/oder Therapeut um die beklagten Beschwerden und behandeln diese. Im Anschluss daran wird es dem Patienten ermöglicht, zumindest zwischenzeitlich, selbst tätig zu werden; eine Variante, die sich im Lauf der Jahre bewährt hat. Sie ermöglicht es den Patienten, wiederholt auftretende Beschwerden selbstständig anzugehen und macht so einen Teil der sonst nötigen Besuche beim Therapeuten vermeidbar. Ganz darauf verzichten kann man in der Regel nicht, aber für die dann selteneren Besuche sind so meist beide motivierter.

Vielzahl der auslösenden Faktoren

Nackenverspannungen durch ein stressiges Leben – das war eigentlich auch der Grund, sich mit dem Problem der instrumentellen Nackenstütze zu beschäftigen [4]. Eine Kombination

eines stressaffinen Charakters (da kann man nichts dran ändern) und stressverursachender Lebensumstände (leider zumindest kurzfristig auch kaum beeinflussbar) führen bei Vielen zu immer wiederkehrenden Verspannungen im Nacken. Wie sich das weiter auswirkt, ist im Wesentlichen ein individuelles Phänomen [5].

Ein junger Mensch zum Beispiel, der von früh auf immer wieder mit Kopfschmerzen zu tun hatte, wird auf eine kieferorthopädische Behandlung (KFO) mit ihrer Irritation der lokalen Muskeln mit eben diesen Kopfschmerzen reagieren. Nicht dass sie nun primär durch die KFO verursacht wären; sie waren vorgebahnt und jede Irritation im Hals-Nackensbereich löst sie wieder aus. Gerade bei KFO und der hierbei fast unvermeidlichen Aktivierung der Biomechanik ist das bei jungen Patienten häufig zu beobachten.

Hier ist eine kausale Behandlung fast unmöglich, stellte sie doch die KFO infrage. Symptomatische Maßnahmen sind dann die Methode der Wahl, denn ein Ende der Irritation (die KFO) ist absehbar. Auch angeborene Imbalancen der Statik – von einer einfachen Beckenausgangs-Asymmetrie bis zu Skoliosen – wirken sich auf den Nacken aus, beziehungsweise tragen zu nuchalen Verspannungen bei und strahlen dann sekundär von hier in die Peripherie aus.

Sind es bei Heranwachsenden fast immer Beschwerden mit Kopfschmerzcharakter, fächert sich das Beschwerdebild in der Folgezeit auf; zum Beispiel spielt der Schulter-Armbereich mehr und mehr eine Rolle. Sicher ist die lokale Problematik nicht zu unterschätzen – sei es die Überreizung von Schulter, Ellenbogen oder Handgelenk – aber ohne an die übergeordneten Strukturen zu denken, kommt man selten zu einer dauerhaften Lösung oder muss unnötig massive Mittel einsetzen.

Weder der Grundsatz ‚viel hilft viel‘ noch das medikamentöse Abdecken mit Schmerzmitteln sind eine schöne Lösung. Hier kann ein Einwirken auf die jahrelang bestehenden Verspannungen im nuchalen Areal geradezu kausal sein, weil diese zwar ursprünglich durch eine Grundproblematik verursacht waren, jetzt aber ihrerseits das Ganze mit unterhalten. Auch hier ist man im Sinne einer effizienten Behandlung gut beraten, wenn man die Eigeninitiative des Patienten in die Therapie integrieren kann.

Ein oft übersehener Aspekt der Behandlung funktioneller Beschwerden ist auch, dass fast regelmäßig zu beobachten ist, wie die objektive Besserung der subjektiven vorausgeht. Bei der Befundkontrolle nach einigen Wochen ist oft deutlich, dass die Härte der Anspannung, das Ausmaß der muskulären

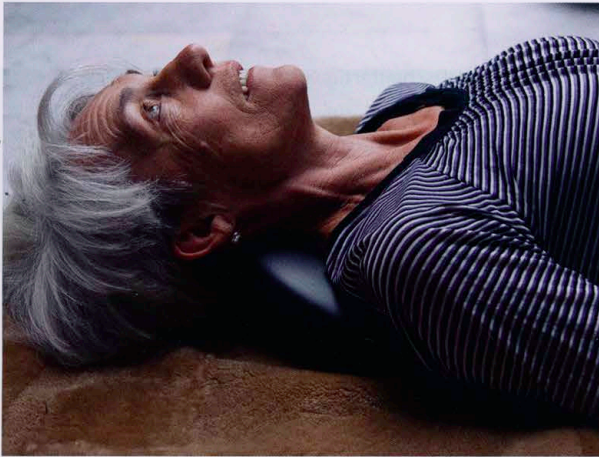


Abb. 5: Anwendungsbeispiel für Nackenkissen Nexus. Die Ansatzzone sind die occipitalen Muskelinsertionen, der Druckvektor cranial gerichtet.

haltung mahnen. Axiale Traktion hat sich als die risikoärmste Methode bewährt, sei es in einer Behandlung durch eine Therapeutin oder instrumentell (vgl. Abb 5).

Es ist faszinierend zu sehen, wie man beim Studium älterer Veröffentlichungen nachvollziehen kann, dass der gemeinsame Erkenntnisprozess zu immer sparsamerer Verwendung der eingesetzten Mittel geführt hat. Vergleicht man durchaus seriöse Konzepte von früher mit den heute vermittelten Behandlungsmethoden, wird das immer wieder deutlich. (vgl. Abb. 4) Dies ist konkretes Beispiel, wie die theoretische Durchdringung der Pathophysiologie und das darauffolgende bessere Verständnis für die zugrundeliegenden Vorgänge Konsequenzen für eine gezieltere und dadurch weniger ‚heftige‘ Therapie hat. Es sollte uns Mahnung sein, auch die aktuellen Konzepte als optimierbar wahrzunehmen. Das Bessere ist eben der Feind des Guten.

Eine Aufbisssschiene [8] wirkt ähnlich auf den ventralen Zügel der Kopf-Haltemuskulatur, wie eine okzipitale Traktion im dorsalen Anteil. Beide Male ist es meist eine symptomatische Therapie, die am beschwerdenvermittelnden Muskel ansetzt und nicht an den dahinterliegenden Problemen. Wo man therapeutisch primär arbeitet, ist neben dem Ergebnis der klinischen Untersuchung auch von der Vorgeschichte des Patienten abhängig.

Es spricht nichts dagegen, beide Konzepte miteinander zu verknüpfen, besonders, wenn alleiniges Einwirken auf nur einen Zügel – sei es dorsal oder ventral – nicht ausreichend war, denn weder die dorsale Traktion noch die Aufbisssschiene schaffen irreversible Fakten.

Die nuchale Muskelverspannung ist weder hinsichtlich ihrer Ursachen noch in Bezug auf die durch sie ausgelösten Beschwerden sehr aussagekräftig, sie hat wenig diagnostische Relevanz, aber viel therapeutisches Potenzial. Hier kommt ein-

fach vieles zusammen, um es etwas salopp zu formulieren [9]. Die allgemeinen Lebensumstände – viel Sitzen, viel in Vorbeuge die dorsalen Muskelketten belasten führen eher zu tagsüber zunehmenden Beschwerden, während der temporomandibuläre Zügel in der Ruhe- und Traumphase nachts mehr in den Fokus gerät. So ist es fast ein differenzialdiagnostischer Hinweis, wenn Schmerzen und Verspannungen vor allem morgens beim Aufstehen berichtet werden. Dann steht der Zahn-/Kieferbereich in der Regel im Vordergrund [10], wobei man auch immer vor dem Bauchschlafen [11] warnen sollte. Belastungsabhängige Beschwerden tagsüber lassen eher weniger an diese Region denken. In beiden Fällen werden übrigens von den Patienten meist die Nackenschmerzen als Beschwerdezone hervorgehoben.

Auf den Punkt gebracht

Findet man in der Anamnese und bei der Untersuchung Anhaltspunkte für Bezüge zu dieser Region, ist die Untersuchung und Behandlung des nuchalen Muskelhartspanns relevanter Teil eines physikalischen Therapiekonzepts etlicher Beschwerdebilder unterschiedlicher Genese. Oft wird man hierbei wenig nosologische Information, aber umso mehr Behandlungseffizienz gewinnen. Die Arbeit in der Körperachse (manuell oder mittels Traktionskissen [4]) sollte als risikoloseste Option Mittel der Wahl sein. Mit zunehmendem Lebensalter wird die Risikoabwägung des Behandlungskonzepts immer wichtiger.

„The proof is in the pudding“ sagen die Engländer. Auf unsere Problematik übertragen heißt das, dass sich eine Reduktion der nuchalen Hypertonie als unschwer realisierbare Option anbietet, aber auf ihren Erfolg hin überprüft werden sollte. Man sollte sich immer bewusst sein, dass man hier in der Regel symptomatisch behandelt. Sie ist selten die strukturelle Lösung, oft aber eine Hilfe bei ganz unterschiedlichen Problemfeldern. Und letztlich eine Möglichkeit, den Patienten aktiv in die Behandlung einzubeziehen, indem man ihm Hilfen in die Hand gibt, um ihn so zur Mitarbeit zu motivieren.

Die Zahlen in den rechteckigen Klammern verweisen auf Literaturangaben. Eine Literaturliste ist in der IFK-Geschäftsstelle erhältlich und steht zum Download im internen Mitgliederbereich der IFK-Internetseite zur Verfügung.

Dr. med. Heiner Biedermann ist Manualmediziner und beschäftigt sich seit vielen Jahren mit dem Zusammenhang zwischen funktionellen Störungen der Kopfgelenke und ihren Konsequenzen für die neurologische und motorische Entwicklung in den verschiedenen Lebensabschnitten, von der Neugeborenenphase, über die Jugendjahre bis zum Erwachsenenalter.

