

Liebe KursteilnehmerInnen

Die **Sympathikus-Therapie** ist die orthopädische Herangehensweise an einen bunten Strauß von Syndromen, die allein durch die dauerhafte mechanische Irritation des Sympathikus im Grenzstrang (Bedrängung durch eine Rippe oder analoge Strukturen) hervorgerufen werden. Jede von Ihnen jemals gelernte manualtherapeutische Methode, mit der man die Rippe (bzw. das Rippenanalogon) zurückzubringen kann, mag hilfreich sein.

Es hat sich jedoch leider sehr oft gezeigt, dass durch die Unzahl von erlernten Techniken man oft den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr sieht. Der große Erfolg der Sympathikus-Therapie beruht aber darauf, dass wir unter Anleitung des Wissens (siehe nachfolgender Text) 95 % des Unwesentlichen weglassen können und dadurch in der Lage sind, die Therapie auf 5% des sonst üblichen Aufwandes zu reduzieren.

Im Kurs werden deshalb nur wenige selbstentwickelte oder sehr einfache Techniken gezeigt. Diese sind aber extrem effektiv, wenn sie richtig angewandt werden. Dass ist nur möglich, wenn man das **Modell der vertebro-vegetativen Koppelung** – die Basis der Sympathikus-Therapie – verstanden hat. Nein nicht nur verstanden, sondern **verinnerlicht** hat.

Das den Patienten in die Praxis führende Syndrom ist völlig irrelevant! Allein der erkrankte Sympathikus ist für uns von Interesse. Gerade die geniale Einfachheit der Sympathikus-Therapie sowie eine zu allem bisher Gelernten völlig konträre Denke und Handlungsweise bereitet uns, die wir gelernt haben, immer sehr komplex zu denken, größte Verständnisschwierigkeiten.

Wollen Sie viel von dem Kurs mitnehmen, sollten Sie deswegen den beiliegenden Artikel im Anschluss an das Seminars lesen. Denn die Sympathikus-Therapie entführt Sie in eine völlig andere Welt. Die Gelenkfunktionen der Wirbelsäule werden dreidimensional. Das Geschehen spielt sich vor der Wirbelsäule ab. Dazu bitte unbedingt auch die beiden Videos auf **youtube** anschauen: Sympathikus-Therapie : Rippenbewegungen a) von hinten b) von seitlich.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dieter Heesch

Theoretische Grundlagen von Dr. Dieter Heesch

Die **Sympathikus-Therapie (ST)** ist eine Kombination von Manualtherapie und Behandlung über Tender- oder andere Reflexpunkte. Sie wirkt jedoch nicht wie andere Methoden mittels des Sympathikus auf ein erkranktes Organ heilsam ein, sondern behandelt diesen direkt. Denn er selber ist das erkrankte Organ.

Da er die Software für den Ablauf vegetativer Vorgänge liefert, muss sich jede dauerhafte Störung schädlich auf die von ihm versorgte Peripherie auswirken. Er ist im Gegensatz zum Parasympathikus der „Generalist“ des Körpers. Folglich kann jegliches Gewebe erkranken. Dadurch kommt es zu den unterschiedlichsten Syndromen wie Morbus Sudeck, morgendliche Migräne, trockenes Auge, rez. Lippenherpes, chron. Ekzem, chron. Schulter-Arm-Syndrom, CTS, Rhizarthrose, Heberdenarthrose, Herzrhythmusstörungen, nächtliche Gallenkoliken, Faszitis plantaris, Achillodynie und vieles, vieles mehr.

Der Sympathikus ist ein sog. ergotroper Nerv. D. h., im Gegensatz zum trophotropen Parasympathikus ist er energieverbrauchend. Letzterer versorgt fast ausschließlich nur die inneren Organe. Im Bereich der muskulo-skeletären Systems ist er überhaupt nicht vorhanden. Eine trophotrope Beeinflussung dieses Gewebes im parasymphathischen Sinne ist also nicht möglich. Die Regeneration kann hier also nur durch Ruhephasen des Sympathikus stattfinden. Die ständige Aktivität eines Nervens nennt man Neuropathie. Das kennt man vom Diabetes und Bandscheibenvorfällen.

Wie kann jedoch der Sympathikus erkranken?

Modell der vertebro-vegetativen Koppelung (MvVK)

Was passiert, wenn ein Brustwirbelkörper isoliert rotiert und in dieser Position blockiert? Das ist anschaulich auf zwei Videos auf [youtube.com](https://www.youtube.com) dargestellt (**Sympathikustherapie, BWS von hinten/ Sympathikustherapie, BWS - seitlich**). Schon bei einer minimalen Rotation des Dornfortsatzes nach rechts wird die zugehörige rechte Rippe nach oben und vorne geschoben, so dass am Ansatz der Rippe am Wirbelkörper der Rippenkopf **tendenziell** aus dem Gelenk luxiert. Genau vor dem Rippenkopf sitzt jedoch immer ein Ganglion des Grenzstrangs. Eine bandscheibenanaloge Bedrängung des Grenzstrangs ist damit fast unumgänglich.

Auch hier kann der Nerv, analog der Situation des somatischen Nervens beim Bandscheibenvorfall, wegen seiner Fixierung auf der Wirbelsäule durch eine feste Membran der Raumforderung nicht ausweichen. Er wird sich so verhalten, wie jeder irritierte Nerv: er wird wie auch beim somatischen Nervensystem das ausführen, was er in der Ontogenese (individuelle Entwicklung) gelernt hat. Ist er afferent, wird er vermitteln, es gäbe die definierten Sensationen in der Peripherie, die er auch sonst anzeigt. Ist er efferent, wird er ohne Bedarf des Körpers und kybernetische Rückkopplung regulativ oder hier genauer dys-regulativ eingreifen.

Da er ständig „feuert“ gibt es keine regenerativen Pausen. Dadurch entsteht eine dystrophen Situation in der vom irritierten Sympathikus versorgten Region. Heilungsstörungen nach Verletzungen (chron. Schulter-Arm-Syndrom nach Zerrung) und Dystrophien von Gelenken (Heberdenarthrose), Haut (chron. Ekzeme) oder auch Bindegewebe (CTS) sind die Folge. Die inneren Organe werden regional dauerhaft in einer sympathikotonen Situation gehalten. Herzrhythmusstörungen, Gallenkolik, chronische Gastritis können die Folge sein.

Da das MvVK die Behandlungsmaxime für die ST darstellt, soll es zum besseren Verständnis ausführlicher und dies an Hand des Morbus Sudeck erklärt werden:

Letzterer ist eine dystrophe Störung, die nach einer Verletzung entstehen kann. Die effektivste Therapie beim M. Sudeck ist die Sympathikusblockade am Grenzstrang. Hierdurch wird offensichtlich, dass der Sympathikus ein sehr wesentliches Regulationsorgan für die Trophik des Körpers darstellt. Und zweitens, dass er über den Grenzstrang beeinflussbar ist.

Eine Blockade mittels eines Lokalanästhetikums kann nur einen aktiven Nerven ausschalten, nicht eine passiven. Daraus folgt zwangsläufig: **die therapeutische Grenzstrangblockade** beim M. Sudeck ist **nur dann sinnvoll, wenn** man davon ausgeht, dass **der Sympathikus dauerhaft aktiv** ist und sich deswegen in dem von ihm versorgten Gebiet dystroph auswirkt und Dauerschmerzen generiert

Wird die den Sympathikus irritierende mechanische Bedrängung weggenommen, gibt es keinen Grund, warum die durch ihn erzeugte Erkrankung danach nicht ausheilen sollte. Wir sollten jede sympathogen ausgelöste regionale Erkrankung heilen können, wenn wir in der Lage sind, den blockierten Wirbel wieder in die angestammte Position zu bringen. Mit den Ihnen heute und morgen vorgestellten Techniken wird das kein Problem sein.

Zum besseren Verständnis, dass wir hier direkt die Krankheitsursachen angehen und nicht indirekt über Reflexpunkte therapieren, möchte ich folgende Behauptung in den Raum stellen: Es gäbe eine Vielzahl von Krankheiten überhaupt nicht, wenn die Evolution den Grenzstrang sich nicht so unglücklich vor die Rippenköpfe gelegt hätte. Hier wäre besonders der Morbus Sudeck zu erwähnen. Dieses Krankheitsbild gäbe es dann niemals und Herr Sudeck wäre völlig unbekannt geblieben. Das ist sehr wichtig, denn alle durch eine sympathogene dystrophe Situation bedingten Erkrankungen sind als eine Minorform des Sudeck zu interpretieren (siehe unten).

Nochmals: Regeneration des ekto- und mesodermalen Gewebes findet nur statt, wenn der Sympathikus nicht aktiv ist!!!

Erfahrungsgemäß können sich auch ISG- und Kopfgelenksblockierung im Sinne des MvVK auswirken. Hier ist das Os ilium und das Occiput als Rippenanalogon zu betrachten. Hier ist die Mechanik jedoch noch ungeklärt, so dass wir das MvVK trotz seiner überaus großen Realitätstüchtigkeit vorerst als prototypisch bezeichnen würden.

In der Erfahrungsheilkunde sind therapeutische Ergebnisse nur zufällig reproduzierbar. So konnte bei unserer komplementär-medizinischen Tätigkeit nie endgültig geklärt werden, warum bei identischen Krankheitsbildern und Behandlung unsere therapeutischen Bemühungen mal erfolgreich und ein andermal vergeblich waren. Die Sympathikus-Therapie verschafft uns eine völlig gegenteilige Ausgangssituation. Kann das Syndrom dem MvVK zugeordnet werden, ist der therapeutische Erfolg einer manuellen Behandlung fast ausnahmslos gesichert. Ist das dennoch nicht möglich, sind die Gründe für das Versagen der Therapie eindeutig benennbar (Gefügestörungen der Wirbelsäule, Störfelder, mangelndes Können des Therapeuten)

Pathognomonisches Kriterium Verschlechterung in Ruhe

Warum entwickeln gerade ältere Frauen nach einer Radiusfraktur einen M. Sudeck, der sie vor Schmerzen nicht schlafen lässt? Warum ist der Sympathikus beim M. Sudeck und auch beim Zoster **besonders in Ruhe** und vor allem in der **nächtlichen Ruhe** aktiver als am Tag?

Bei einer dauerhaften Rotation eines einzelnen Brustwirbelkörpers im Sinne einer Blockierung wird die Bedrängung des Grenzstrangs so lange andauern, wie die Blockierung besteht. Ist sie ausreichend, Nervenanteile des sympathischen Grenzstrangs mechanisch zu irritieren, wird dieser - afferent oder efferent - sich durch eine dauerhafte Aktivität äußern. In bewegungsaktive

Phasen kommt es zu Situationen, in denen der Grenzstrang mal mehr und mal **geringer** bedrängt wird. Bei der Ausatmung zum Beispiel kommt es zu einer Absenkung und relativem Rückzug der Rippe vom Grenzstrang. Diese minimale Phase scheint ausreichend für eine kurzfristige Erholung des Nervens zu sein.

In Ruhe, zum Beispiel in der Nacht, in der die Bauchatmung überwiegt, kommt es zu nur sehr geringen Rippenexkursionen. Dann wird der Grenzstrang vom blockierten Rippenkopf dauerhaft bedrängt und der Sympathikus dauerhaft lokal aktiviert, statt die in dieser Zeit übliche Tonusabsenkung zu erfahren. Es kann deswegen die übliche nächtliche Regeneration der von ihm versorgten Region nicht erfolgen. Je nach Intensität der Irritation kommt es dann zur Dystrophie, die dann im Extremfall sogar zu einem M. Sudeck führen kann. So entstehen Heilungsstörungen, die eine Verletzung nicht regenerieren und damit chronisch werden lassen (als Beispiel sei hier die Chronifizierung einer Schulterzerrung erwähnt).

Der vom MvVK beschriebene Mechanismus vermag die Zusammenhänge hinreichend zu erklären. Die schon vorher bestehende, durch eine von der Rippe des zweiten BWK ausgelöste irreguläre Sympathikusaktivität verursacht eine Dystrophie im Bereich des Handgelenks. Diese verhindert die Ausheilung der Fraktur. Der bei älteren Frauen häufig bestehende „Witwenbucket“ ist dabei die anatomische Gegebenheit, die dann zur Bedrängung des Grenzstrangs durch den Rippenkopf führt.

Grenzstrang-Bedrängung als pathogener Ko-Faktor und das pathognomonische Kriterium „regionale Begrenztheit“

Die von der dauerhaften Sympathikusirritation ausgelöste Dystrophie kann jedoch auch bei einem komplexen Krankheitsgeschehen ein zusätzlicher Faktor sein, der dann „on top“ zu einer Überschreitung einer Krankheitsschwelle und damit zum Ausbruch der Erkrankung führt. Wird ein Faktor beseitigt, bleibt die Erkrankung eventuell unterschwellig (= latent). Bei eigentlich generalisierten Erkrankungen wie einer Allergie führt die lokale Sympathikusirritation dann zur Festlegung der Region, in der dann zum Beispiel ein chronisches Ekzem auf dem latent dystrophischen Hautareal ausbricht. Die **regionale Begrenztheit** eines Syndroms ist ebenfalls ein wichtiger **pathognomonischer Hinweis** auf die Möglichkeit einer Sympathikusirritation im Grenzstrang.

Bei der Migräne scheint neben vielen anderen Faktoren die Sympathikusirritation ein sehr dominanter Faktor zu sein, da diese in über 90% der Fälle morgens, also nach längerer Ruhephase ausbricht. Das Kriterium **Verschlechterung im Liegen oder Ruhe ist**, wie oben ausgeführt, ebenfalls **pathognomonisch** für eine Sympathikusirritation. Wird die Frage nach der Verschlechterung durch Ruhephasen bejaht, ist die Sympathikusirritation und damit die Möglichkeit eines Behandlungserfolges durch Manualtherapie sehr sicher und deswegen die Migräne manualtherapeutisch sehr erfolgreich zu behandeln.

Zoster und afferenter Sympathikus

Eines der zehn Regeln einer Volksreligion aus Hawaii sagt: „Effektivität ist ein Maß der Wahrheit“. Trotz der Effizienz von fast 100% als Beleg für die Richtigkeit des Wirkmodells ist das MvVK bis auf die in den Youtube-Videos dargestellte Mechanik ein theoretisches Konstrukt wie auch andere Modelle. Aber überraschenderweise bezieht die Wahrscheinlichkeit unseres Modells noch eine ganz andere Bestätigung von einer ganz anderen Seite und zwar von den Ausbreitungspräferenzen des Zosters: Kopf, Thorax/Arme, Becken/Beine. Das sind genau die Bereiche, für die auch das MvVK Gültigkeit hat.

Wie ist das zu erklären?

Durch den Grenzstrang verläuft über den „ramus albus“ eine afferente Abzweigung aus dem

Rückenmark (von manchen als afferenter Sympathikus bezeichnet). Diese kann ebenfalls durch eine Rippenblockierung irritiert werden. Auch hier bestehen, durch die Mechanik bedingt, die pathognomonischen Kriterien regionale Begrenztheit und Verschlechterung in Ruhe!

Parästhesien oder Schmerzen in den Extremitäten, die nicht den Dermatomen des somatischen Nervensystems entsprechen (und das ist wesentlich häufiger als umgekehrt) sind deswegen mit der Sympathikus-Therapie erfolgreich zu lindern. Besonders der Zoster und die Postzosterneuralgie, deren Symptome sich nicht nur in Ruhe verschlechtern, sondern sich auch durch eine strenge regionale Begrenzung auszeichnen, sind sehr erfolgreich behandelbar. (Siehe: „Die manualtherapeutische Behandlung von Zoster und Postzosterneuralgie“ auf der Homepage).

Die Begrenzung des Zosters auf Kopf, Thorax/Arme und Becken/Beine sind auffällig. Da HWS und LWS keine Strukturen aufweisen, die wie die Rippenköpfe den Grenzstrang bedrängen können, sind sympathogene Effekte auch nicht von der LWS und HWS auslösbar. Das entspricht auch meinen durchgehenden Erfahrungen. Über die Behandlung der Kopfgelenke oder des ISG konnten jedoch fast durchgehend sympathogene Syndrome (siehe obige pathognomonischen Kriterien) des Kopfes oder von Becken und Bein gelindert werden. Wie schon gesagt, ist die Kongruenz mit den regionalen Präferenzen des Zosters beeindruckend.

Dauerschmerzen

Der Dauerschmerz- allgemein als autonome „**Schmerzkrankheit**“ bezeichnet - ist jedoch nicht einer Irritation des afferenten sondern des **efferenten** Sympathikus zuzuordnen. Neben der dystrophen Funktion stimuliert eine dauerhafte Produktion von Noradrenalin an den sympathischen Nervenendigungen Alpha-Rezeptoren des somatischen Nervensystems. Der M. Sudeck wird auch Algodystrophie oder **komplexes regionales Schmerzsyndrom** (*Complex regional pain syndrome, CRPS*) genannt. Da sich die Symptomatik auch hier in Ruhe verschlechtert, erfüllt das CRPS genau die Kriterien für die Anwendung des MvVK - (regional und Verschlechterung in Ruhe). Die Schmerzkrankheit wäre damit eine Minorform des M. Sudeck. Wird die Sympathikusirritation behoben, ist nach unseren fast dreißigjährigen Erfahrungen auch die Schmerzkrankheit sofort verschwunden. Diese hat also immer ein anatomisches Substrat und ist niemals autonom.

ISG und Kopfgelenke

Die anatomische Situation an Kopfgelenk und ISG vermag die Bedrängung des Grenzstrangs nicht so offensichtlich zu erklären, wie es bei den Rippengelenken der Fall ist. Deshalb betrachten wir das MvVK, wie in der Einleitung schon erwähnt, vorerst als prototypisch. Die therapeutischen Erfahrungen mit Kopfgelenken und ISG auch bei der Behandlung des Zosters sowie dessen Ausbreitungspräferenzen legen jedoch den begründeten Analogieschluss nahe, dass das Os occiput und das Os ilium als **Rippenanalogon** zu interpretieren sind, die ebenfalls den Grenzstrang mechanisch zu bedrängen vermögen.

Diagnostik

Eine die Erkrankung beeinflussende psychische Komponente kann bei den sympathogen generierten Erkrankungen vernachlässigt werden, da die Beschwerden überwiegend in Ruhe auftreten. Der Patient bekommt zum Beispiel während des Anschauens eines Films im Fernsehen, also einer sehr angenehmen Situation, Herzrhythmusstörungen oder Schmerzen in der Schulter. Aus diesem Zustand ist schwerlich ein sekundärer Krankheitsgewinn zu erzielen, sondern eher das Gegenteil.

Liegen die Voraussetzungen für die Anwendung der ST (regional begrenzt un/oder Verschlechterung im Liegen oder Ruhe) vor, dann reduziert sich die **Anamnese** auf zwei Fragen:

1. Liegt eine Kontraindikation gegen die Manualtherapie (Osteoporose, Knochenmetastasen) vor?
2. Wo sind die Beschwerden?

Die körperliche **Untersuchung** ist einfach und vorgegeben, da nur das den Grenzstrang bedrängende Gelenk und nicht die Erkrankung behandelt wird. Orientierung bieten die zwei anleitende Kartografien im Buch.

Üblicherweise wird nach einem vergeblichen Therapieversuch der bisher beschrittene Weg verlassen. Wenn die pathognomonischen Kriterien jedoch auf die Anwendbarkeit des MvVK hinweisen, kann der Therapeut davon ausgehen, dass seine therapeutischen Bemühungen von zu geringer Qualität waren. Sonst hätte er prinzipiell helfen können (Ausnahmen: Störfeldgeschehen, Skoliose). Die Gründe des Misserfolges sind also genau benennbar. Die Anlehnung an ein derart realitätstüchtiges Modell führt für den Therapeuten zu hervorragenden Lerneffekten, zumal der Ort der Diagnostik und der Therapie identisch sind.

Anmerkungen zum Praxisteil:

Die Sympathikus-Therapie beruht auf **4 Säulen**, die jede für sich eine kleine Revolution in der Medizin darstellen. Um die Sympathikus-Therapie zu verstehen, ist es sehr wichtig, diese Säulen auseinanderzuhalten.

1. Das **Modell der vertebro-vegetativen Koppelung (MvVK)** sagt uns **eindeutig**, welche Wirbelgelenke wir zu behandeln haben. Erstmals wird beschrieben, wie das vegetative Nervensystem (= „Betriebssystem“ = Software des Computers Körper) neben anderen möglichen Faktoren oder auch alleine, regional begrenzte Krankheiten auslösen kann. Es selber ist durch die mechanische Irritation krank und damit nicht, wie bisher gedacht, nur Mittler, sondern die direkte Ursache für diese Erkrankungen (so wie bei einer Infektion oder einer Verletzung).
2. Die **Mikroressur** ist der erste Behandlungsschritt. Alles was pathologisch hart ist (Muskulatur, Bindegewebe, Gelenkkapsel), wird durch sanfte Berührung weich. Hier werden die Tenderpoints behandelt. Mikroressur = **Tenderpoint-Therapie**.
3. **manuelle Therapie:** in den Fällen, in denen die Mikroressur nicht ausreichend ist, wird nach Maßgabe des MvVK zur Lösung der blockierten Wirbelgelenke eine sanfte Schaukeltherapie durchgeführt.
4. **Nachhaltigkeit** wird erreicht durch die Applikation eines Kugelpflasters an den Tenderpoint

Kontakt: heesch@sympathikus-therapie.de