



# Lange Ereigniskaskade, multiple Störfelder, iatrogene Traumatisierungen: Ein multimodaler Zugang

Fallstudie für das Vorbereitungsseminar zur Diplomprüfung

Monika Hubmann

Bei der Patientin, Frau M., handelt es sich um eine 42-jährige sportliche Frau, die zu einem dreiwöchigen stationären Aufenthalt im Rahmen der GVA („Kur“) wegen Wirbelsäulenbeschwerden und dem Wunsch nach Erholung kommt. Abgesehen von drei vorgesehenen kurärztlichen Untersuchungen (jede Woche eine) werden zwei zusätzliche Termine vereinbart. Die Untersuchungen erfolgen also im Abstand von 3-5 Tagen. Veränderungen werden jeweils bei den Therapien beschrieben.

## Anamnese und aktuelle Beschwerden

Im Vordergrund stehen starke schmerzhafte Nackenverspannungen, die in den Kopf und die Schultern beidseits ausstrahlen. Bei der Arbeit treten gelegentlich Schmerzen im thorakolumbalen Übergang auf. Zusätzlich behindernd sei die eingeschränkte Beweglichkeit im linken Handgelenk und Ellbogen.

Psychisch fühlt Frau M. sich derzeit nicht überlastet, wohl aber ausgelastet. Die vegetative Anamnese (Schlaf, Appetit, Stuhl, Harn) ist unauffällig. Sie ist Nichtraucherin, trinkt nur sehr selten Alkohol und nimmt keine Medikamente ein. Sie betreibt regelmäßig Sport und er-

nährt sich bewusst. Allergien sind keine bekannt.

## Vorerkrankungen chronologisch

– Mit drei Jahren Sturz auf das Kinn und eine schmerzhafte Stauchung der HWS beim Trampolinspringen mit ca. 12 Jahren sind erinnerlich.

– Als Kind und Jugendliche hatte sie bei Erkältungskrankheiten häufig **Angina tonsillaris**.

– Als Teenager klagte sie über in den Kopf ausstrahlende Nackenschmerzen.

– Mit 17 Jahren verletzte sie sich das linke Knie, wobei trotz Verdachts auf Einriss des vorderen Kreuzbands nur mittels Röntgen eine knöcherne Verletzung ausgeschlossen wurde. Durch regelmäßiges Training kann die Patientin die Beschwerden im Knie bei bekannter Instabilität geringhalten.

– **Mit 18 Jahren erfolgte eine TE mit insgesamt 7 (!) Nachblutungen**, die alle operativ versorgt werden mussten. Erst nach der TE wurden die bei Erkältungen häufigen NNH-Entzündungen bewusst wahrgenommen. Eine HNO-ärztliche Untersuchung zeigte eine

Septumdeviation. Eine operative Korrektur ist nicht erfolgt, da Akupunktur zu einer ausreichenden Beschwerdeverbesserung führte.

– Mit 20 Jahren wurde wegen starkem Reflux eine laparoskopische **Fundoplicatio** durchgeführt, postoperative Komplikationen: **Hepatitis und Pankreatitis**. Anschließend kam es zu einer Zunahme bzw. dem Neuauftreten zahlreicher körperlicher Beschwerden und dem Gefühl der psychischen Überlastung, obwohl Frau M. „für ihre Arbeit brennt“.

– Mit 30 Jahren erlitt die Patientin eine **Fehlgeburt** in der 9. SSW, keine weiteren Schwangerschaften. Gynäkologisch hat sie subjektiv keine Beschwerden.

– Mit 37 Jahren erfolgte eine Dekompressionsoperation bei **Sulcus ulnaris Syndrom links**. Auch hier hat Frau M. unangenehme Erinnerungen an den postoperativen Verlauf. Seither besteht ein Streckdefizit im Ellbogen und eingeschränkte Dorsalextension im Handgelenk dieser Seite.

– Während des 40. und 41. Lebensjahres erfolgte wegen schmalen Kiefer die sukzessive **Extraktion aller 8er**, wobei der **Zahn 18** bei der Extraktion zerbrach und

anschließend eine Therapie mit Antibiotikum und Laser nötig war. Implantat an der Stelle 16, ein Zahnrontgen liegt zum Zeitpunkt der Kur nicht vor.

– Seit Jahren ist ein **Hypertonus I°** insbesondere mit erhöhten diastolischen Werten bei starken tageszeitlichen Schwankungen bekannt. Eine einmalige Abklärung beim FA für Innere Medizin mit 24h-RR-Messung wurde durchgeführt, mangels ausreichender Kommunikation erfolgten keine therapeutischen Maßnahmen.

Viszerale Osteopathie und bewusste Ernährung in den letzten beiden Jahren führten zu einer Besserung sowohl der körperlichen als auch der psychischen Situation. Schriftliche Befunde werden keine vorgelegt.

### Körperlicher Befund

Der **internistische Status** incl. BMI ist bis auf eine arterielle Hypertonie I° mit RR 146/97 unauffällig, der Puls mit 84 im Normbereich. Gangbild und Statik sind unauffällig. Das Muskelrelief ist gut entwickelt.

Bei der **Palpation des Kopfes** finden sich positive Reflexpunkte für Stirn- und Siebbeinhöhle links (NAP I, Nasenrücken, Tai Yang), der Kieferwinkel bds. verquollen, Hacket A links positiv.

Die **Inspektion der Mundhöhle** zeigt ausgeprägte Vernarbungen nach Tonsillektomie beidseits und an der Extraktionsstelle 18.

In der Austestung mittels FMD – Indikatorermuskel M. serratus anterior

– findet sich eine positive Therapie-lokalisation am Kieferwinkel rechts als Reflexzone der Tonsille und des Lymphabflussbereiches der Zähne.

**Der Hautstrich und die Kiblerfalte** sind auffällig über der oberen HWS, im thorakolumbalen Übergang und über den ISG bds.

**Palpatorisch** finden sich starke Verspannungen in der HWS paravertebral und in der Schultergürtelmuskulatur links mehr als rechts.

Die **HWS-Rotation** nach links ist in Anteflexion und Neutralposition eingeschränkt mit einem harten Anschlag in Neutralposition.

Bei Anteflexion des **Rumpfes** deutliche Ausweichbewegung im thorakolumbalen Übergang. Die Atembewegung ist unauffällig, kein Thoraxkompressionsschmerz und kein Druckschmerz über den unteren Rippen.

Am **Abdomen** sind fünf mehrere Zentimeter große Narben nach Funduplicatio und ein palpatorisch sehr empfindlicher Nabel auffällig.

Im **linken Ellbogen** besteht ein Streckdefizit von 10°. Die Berüh-

rung der Narbe im Bereich des Sulcus ulnaris ist schmerzhaft, die Narbe im distalen Bereich anhaftend. Die Dorsalextension des Handgelenks ist links im Vergleich zu rechts eingeschränkt.

In der **rechten Ellbeuge** fällt eine kleine verhärtete druckschmerzhafte Narbe auf – wohl die ehemaligen Punktionsstelle für den ZVK.

Im **linken Knie** ist die vordere Schublade positiv, dazu eine geringe Aufklappbarkeit nach lateral entsprechend einer (Teil-) Ruptur Lig. cruc. ant. und Lig. coll. med.

### Mögliche Störfelder (1/25) (siehe Tabelle)

### Aufnahmeuntersuchung

Im Anschluss an die Anamnese und die klinischen Untersuchungen erfolgt bei der Aufnahmeuntersuchung eine manualtherapeutische Mobilisation der Handwurzelknochen links, wodurch die Bewegungseinschränkung behoben werden kann.

Mit der Patientin wird das Konzept der Störfelder und der Silent In-

Kopf	NNH links, TE bds., Trauma HWS
Zähne	Extraktionsstelle 18, 28, 38, 48, Implantat 16; kein Röntgen vorliegend
Abdomen	fünf Narben nach Laparoskopie, Nabel, Gyn (Fehlgeburt)
OE links	Narbe Sulcus ulnaris
OE rechts	Punktionsstelle in Cubita
UE links	Knieverletzung

flammation besprochen. Eine neuraltherapeutische Intervention wird für unsere zweite Konsultation geplant.

## Erste Neuraltherapie

Nach Einwilligung der Patientin und Ausschluss von Kontraindikationen werden aus den zahlreichen möglichen Störfeldern jene ausgewählt, die eine besondere Geschichte aufweisen. Eine Therapie des hauptverdächtigen Störfeldes, jenes der TE, stößt auf Ablehnung von Seiten der Patientin, weshalb für die erste Behandlung andere Regionen ausgewählt werden. Die endgültige Auswahl erfolgt mittels FMD, Indikator Muskel M. rect. fem. sin.

Positive Therapielokalisationen ergeben sich für drei der fünf abdominalen Narben und die Narbe über dem Sulcus ulnaris links. Als Testparameter wird die eingeschränkte HWS-Rotation nach links ausgewählt. Diese ist nach Infiltration der genannten Narben mit Xyloneural deutlich gebessert, aber nicht seitengleich. Unmittelbar nach der Infiltration ist die Streckung im linken Ellbogen vollständig möglich.

Zum Abschluss erfolgt noch eine Manualtherapie für die Halswirbelsäule mit entspannenden und mobilisierenden Techniken. Direkt nach der Behandlung fühlt sich die Patientin leicht und müde.

## Zwischenuntersuchung

Nach der ersten neuraltherapeutischen Intervention kam es in den Folgetagen zu vermehrten Ver-

spannungen und Schmerzen zervikal, die sich durch die begleitenden kurüblichen Therapien wie Massagen, Sonophorese, Moorpackungen, Schröpfen und gezielte Bewegungsübungen bis zur Zwischenuntersuchung wieder gebessert haben.

Mit der Patientin wird die Möglichkeit besprochen, dass ein/das Hauptstörfeld durch die Behandlung der später hinzugekommenen demaskiert werden kann. Deshalb wird ein neuer Termin zur Behandlung des TE-Störfeldes und einer (Teil-) Wiederholung der ersten Behandlung vereinbart.

## Zweite Neuraltherapie

Psychisch fühlt sich die Patientin deutlich ausgeglichener und entspannter als bei der Erstuntersuchung. Am linken Arm sind sowohl Ellbogen als auch Handgelenk vollständig beweglich und schmerzfrei belastbar. Bei der Nachuntersuchung der Wirbelsäule findet sich ein auffälliger Hautstrich über der oberen HWS links und am thorakolumbalen Übergang. Die Beweglichkeit der HWS ist in Anteflexion seitengleich, aber die Linksrotation in Neutralposition eingeschränkt ( $70^{\circ}$ – $0^{\circ}$ – $80^{\circ}$ ) mit hartem Anschlag.

**Neu aufgetreten** ist ein Druckschmerz über dem linken ISG, mit positivem Vorlauf und Spine-Test. Die Auswahl der Therapielokalisation erfolgt wieder mittels FMD. Als Testparameter wird die eingeschränkte Beweglichkeit des ISG links gewählt.

Es erfolgt eine subkutane Injektion am Kieferwinkel beidseits, eine In-

filtration der ZVK-Einstich-Narbe in der Cubita rechts und abschließend der Narbe über dem Sulcus ulnaris links mit Xyloneural, wobei bei letzterer durch das Unterspritzen auch eine mechanische Lösung durchgeführt wird.

Die ISG sind anschließend normomobil, allerdings ist der lokale Druckschmerz unverändert, die HWS-Rotation ist erstmals seit Beginn der Behandlung seitengleich mit federndem Anschlag möglich. Eine Kontrolle der übrigen Parameter wird aus Zeitgründen nicht durchgeführt.

## Abschlussuntersuchung

Die Patientin berichtet, dass das allgemeine Wohlbefinden sowohl psychisch als auch körperlich besonders nach der zweiten neuraltherapeutischen Behandlung merklich zugenommen habe, ohne dass es zwischenzeitlich zu einer weiteren Verschlechterung gekommen sei.

Bei der Abschlussuntersuchung ist die HWS-Rotation nach links wieder eingeschränkt mit einem harten Anschlag. Es persistieren noch Parästhesien im Bereich der Injektionsstelle über dem Sulcus ulnaris links, die erst einige Tage später abgeklungen sind.

## Diskussion

Auffällig an der Anamnese ist, dass sich die Patientin an einen Sturz mit drei Jahren sehr genau erinnern kann. Nicht erhebbar war, ob die Erkältungskrankheiten mit Tonsillitiden schon davor bestanden

haben. Dieses frühe HWS-Trauma oder die Tonsillitiden könnten bereits der Erstschlag gewesen sein, der zu einer erhöhten Anfälligkeit des Gesamtsystems führte. Eine definitiv traumatische Erfahrung war die TE mit zahlreichen Re-Operationen wegen Nachblutungen.

Auch alle weiteren Eingriffe verliefen dramatisch mit Komplikationen und Langzeitfolgen, also die Fundoplikatio, die Dekompression des Sulcus ulnaris und der Exzision der 8er. Neben den Schmerzen könnte auch die Fehlgeburt ein Zeichen eines überlasteten Systems sein. Erst eine ganzheitliche Therapie mit regelmäßiger gezielter körperlicher Aktivität, adäquater Ernährung, viszeraler Osteopathie und Akupunktur führte zu einer Verbesserung.

Zum Zeitpunkt der neuraltherapeutischen Interventionen bestand eine gute Regulationsfähigkeit, was sich an den raschen Reaktionen auf die Interventionen zeigte. Nach der ersten Behandlung kam es zu einer Verschlechterung der Schmerzen in der HWS, die einerseits als Erstverschlechterung interpretiert werden kann, andererseits auch ein Hinweis auf ein tiefer liegendes Störfeld sein könnte. Andere Symptome wie jene des Streckdefizits im linken Ellbogen oder die allgemeine Entspannung konnten bereits nach nur einer Behandlung gelöst werden.

Die Injektion am Kieferwinkel als Reflexzone des TE-Störfeldes brachte erstmals eine freie HWS-Beweglichkeit für einige Tage. Die Fernwirkung im ganzen System konnte über die Lösung der Hypomobilität im ISG gezeigt werden.

Insgesamt kam es zu einer Gesamtbesserung der vorrangigen Beschwerden und des allgemeinen Wohlbefindens.

### Weiterer Plan

Eine Fortführung der Neuraltherapie ist wohnortnahe geplant, insbesondere eine Wiederholung der Injektionen an die Projektionen der Tonsillen. In Anbetracht der zahlreichen Nachblutungen nach TE, des guten Ansprechens über die Reflexzone und der Bedenken der Patientin würde ich diese nicht enoral durchführen.

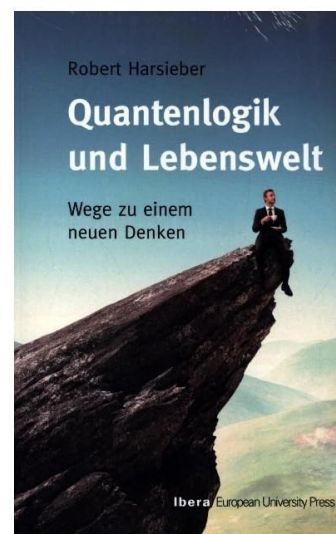
Ergänzend dazu wäre eine Injektion an die Nackenreflexpunkte anzudenken. Mögliche Zahnstörfelder sollen nach Rücksprache mit dem Zahnarzt und mittels Panoramaröntgen abgeklärt werden. Im Bereich der Zähne bestehen von Seiten der Patientin keine Vorbehalte gegen eine enorale Injektion. Ob und wie weit auch die übrigen Störfelder neuraltherapeutisch behandelt werden müssen, wird erst zu einem späteren Zeitpunkt entsprechend der Beschwerden der Patientin entschieden werden können.

*Dieser Fall zeigt, wie verschiedene salutogenetische Maßnahmen von Ernährung über Bewegung und physikalische Maßnahmen bis zu Neuraltherapie und Akupunktur synergistisch zum Wohl der Patientin zusammenwirken. Beim Vorliegen multipler Störfelder unklarer Hierarchie ist die Austestung mittels FMD sehr hilfreich und führte im konkreten Fall zu einem sehr „schlanken“ erfolgreichen Infiltrationsprogramm.* ■

## Robert Harsieber Quantenlogik und Lebenswelt

Wege zu einem neuen  
Denken

Ibera/European University Press  
2021, Paperback  
308 Seiten  
ISBN: 978-3850523998  
EUR 24,90



Der Autor versucht, das durch die Quantentheorie und die Psychologie C. G. Jungs notwendig gewordene neue Denken auch auf andere Gebiete anzuwenden. Für C. G. Jung und Wolfgang Pauli sind Materie und Psyche komplementär. Fundamental sind nicht Teilchen, sondern Beziehung, Auch das Ich ist keine isolierte Insel, sondern in Beziehung zur Umwelt. Objekte und Dinge sind Abstraktionen, die Wirklichkeit ist feldartig, alles ist Beziehung. Durch das Denken der Quantentheorie und der Analytischen Psychologie wird auch unsere Lebenswelt verstehbarer. Zu beziehen beim Autor und in jeder Buchhandlung.