

Ligament Interlink nach Goodheart – wie aus dem Bilderbuch

VON LARS KURVIN UND STEPHANIE JOERGES

Zusammenfassung

Die Ligament-Interlink-Technik beschreibt ein Verfahren, mit dem es bei exakter Diagnostik gelingen kann, auch sehr lange bestehende Störungen an Kapseln, Sehnen und Bändern innerhalb weniger Sekunden erfolgreich zu therapieren. Auch und gerade wenn die betroffenen Strukturen extrem schmerzhaft und somit selbst kaum oder nicht behandelbar sind, gelingt es im Falle einer exakt identifizierten Ligament-Interlink-Störung über die Behandlung der im gedachten Vierfüßlergang überkreuz zugeordneten Struktur, die in der Regel wenig oder nicht schmerzhaft ist, die Störung am Kapsel-Band Apparat aufzulösen. Die zugrunde liegende Idee dabei ist die auf dem Fluchtreflex beruhende, gekreuzt verschaltete neurologische Verbindung gegenüberliegender Extremitäten, die vor allem dazu dient, Schmerzreize mit einer Fluchtbewegung zu beantworten. Durch diese Beziehung besteht sowohl ein diagnostischer als auch ein therapeutischer Zugang. Es gibt die traditionelle Version der Ligament Interlink Technik nach Goodheart und die neuere Version nach Shafer. Ich schildere hier einen besonderen Fall der Anwendung des Konzepts nach Goodheart, der den Grundgedanken hinter der Ligament-Interlink-Störung besser verstehen lässt.

Schlüsselwörter

Ligament Interlink, gekreuzte neurologische Verschaltung, Fluchtreflex, Gait-Störung, Quadrupedal Reaktive Gelenke (QRG).

Ligament Interlink according to Goodheart – a Perfect Example

Abstract

The Ligament-interlink-technique – if used with care – is a procedure, that can treat even long term lesions in capsules, ligaments and tendons within seconds. Even when and especially in cases where the involved structures are very painful and therefore barely or not treatable at all – if identified exactly – you can dissolve the pain at the lesion site by instead treating the far

less painful, quadrupedal interlinked region. The underlying idea of this technique is based on the crossover linked, neurologic pathways of the flight reflex which links the extremities on opposing sides of the body to enable the flight reflex answer to mostly pain stimulus. There is the traditional version of the ligament interlink technique according to Goodheart and the newer version according to Shafer. I will describe a special case of the application of the Goodheart concept, which allows a better understanding of the basic idea behind the ligament interlink disorder.

Keywords

Ligament Interlink, flight reflex, gait related lesion, quadrupedal related joints (QRJ)

Einleitung

Die Ligament-Interlink-Technik begründet Goodheart mit der auf Rückenmarksebene gekreuzten neurologischen Verschaltung der Extremitätengelenke und -muskeln („Gait-Muster“). Dabei wird beschrieben, dass Gelenke und insbesondere deren Bandstrukturen (Ligamente), die während bestimmter Phasen des Gehens gemeinsam aktiviert und deaktiviert werden, auch in ihrer neurologischen Verschaltung zusammenhängen [1]. Dabei haben die sich entsprechenden Areale der Gelenke, Kapseln, Sehnen und Knochen eine sensorische Verschaltung auf Rückenmarks- und Hirnstammebene, die dem doppelt gekreuzten Fluchtreflex entspricht [2]. Da es sich hier um ein fixes Reaktionsmuster handelt, begründet dieses Modell die auf Empirie beruhende Technik besser, als das adaptierende und durch Willkürmotorik übersteuerbare Gangmuster, was im Übrigen neurophysiologisch inzwischen relativiert wurde [3]. Goodheart kam auf den Gedanken, dass hier ein Zusammenhang bestehen könnte, als er einen Patienten mit stark entzündlicher Knieschwellung betreute. Dieser berichtete ihm, dass die Schmerzen im Knie weniger wurden, wenn er den Ellbogen auf der gegenüberliegenden Körperseite beugte [4]. Aus dieser Beobachtung entstand

über Einiges an Trial an Error dann die heute offiziell kaum noch gebräuchliche Form der Ligament-Interlink-Therapie. Dass diese Störung existiert und dass ihre Behandlung extrem effektiv ist, wird jeder bestätigen, der die zugehörige Technik schon mal angewandt hat. Ich möchte hier aber einen für mich besonders deutlichen und auf seine Weise auch besonders kuriosen Fall schildern, der zumindest bei mir bewirkt hat, dass ich regelmäßig daran denke, auf eine Ligament-Interlink-Läsion zu untersuchen, wenn die Anamnese gewisse Schlüsselaspekte enthält.

Fallbeschreibung

Anfang 2024 suchte mich ein Patient wegen Knie-schmerzen li. auf. Der Patient ist Inhaber eines Martial-Arts-Kampfsport-Studios und war viele Jahre selbst aktiver Kämpfer. Er war – wie wir es kennen – schon

bei einigen Behandlern und Kollegen vorstellig und hatte einen bunten Strauß an verschiedenen Vorschlägen bekommen, wie er seine Knie-schmerzen in den Griff bekommen könnte.

Nachdem der Patient die üblichen, konservativen Maßnahmen mit Physio- und Trainingstherapie sowie Osteopathie bereits im Vorfeld ausgeschöpft hatte, bewegten sich die Vorschläge zum weiteren Vorgehen inzwischen im Bereich zwischen arthroskopischer „Gelenktoilette“ und Teilprothese. Obwohl der Patient nicht mehr aktiv an Kämpfen teilnimmt, wollte er operativen Maßnahmen, mit denen er in vergangener Zeit wenig gute Erfahrung gemacht hatte, möglichst aus dem Weg gehen. Obwohl das Knie bei Betrachtung der auswärts schon angefertigten MRT-Aufnahmen in der Tat nicht mehr als „taufrisch“ beschrieben werden konnte, gelang es in der allerersten Sitzung (über die

ich hier aber gar nicht berichten möchte) über eine Injury-Recall-Trauma Behandlung der Halswirbelsäule alle kniegelenksstabilisierenden Muskeln in einen normoreaktiven Zustand zu überführen, so dass der Patient schmerzfrei, stabil und begeistert die Praxis verlassen konnte. Wir hatten einen Termin nach 4 Wochen zur Kontrolle ausgemacht, zu dem der Patient auch weiterhin stabil und schmerzfrei erschien. In der Kontrolluntersuchung zeigte sich auch kein Rezidiv der Injury- Komponente und damit ein stabiles und weiterhin schmerzfreies li. Knie. Nur der Vollständigkeit halber die AK-Befunde, wie gesagt alles um das li. Knie herum: normoreaktiv (n): M. rect. femoris, M. tensor fasciae latae, M. psoas, Hams-trings, M. gastrocnemius, M. popliteus. Für uns AK Therapeuten also das „erwartete“ Ergebnis nach IRT – soweit unspektakulär. Nun aber zur eigentlichen Kuriosität: Denn als wir mit der Kontrolle des Knies fertig waren, kam der Patient nun auf ein „neues“ Thema zu sprechen und berichtete, dass ihm seit 2 Wochen der re. Ellbogen bei Beugung und Streckung weh täte. Nach der Ursache befragt, war sich der Patient keiner Ursache bewusst: Kein Trauma, keine Belastung, noch nicht einmal Trainingsbelastung, weil er sich die 4 Wochen seit der Erstvorstellung praktisch nur auf das Wiederauftrainieren des li. Knies konzentriert hatte, was endlich wieder ging und zu sei-

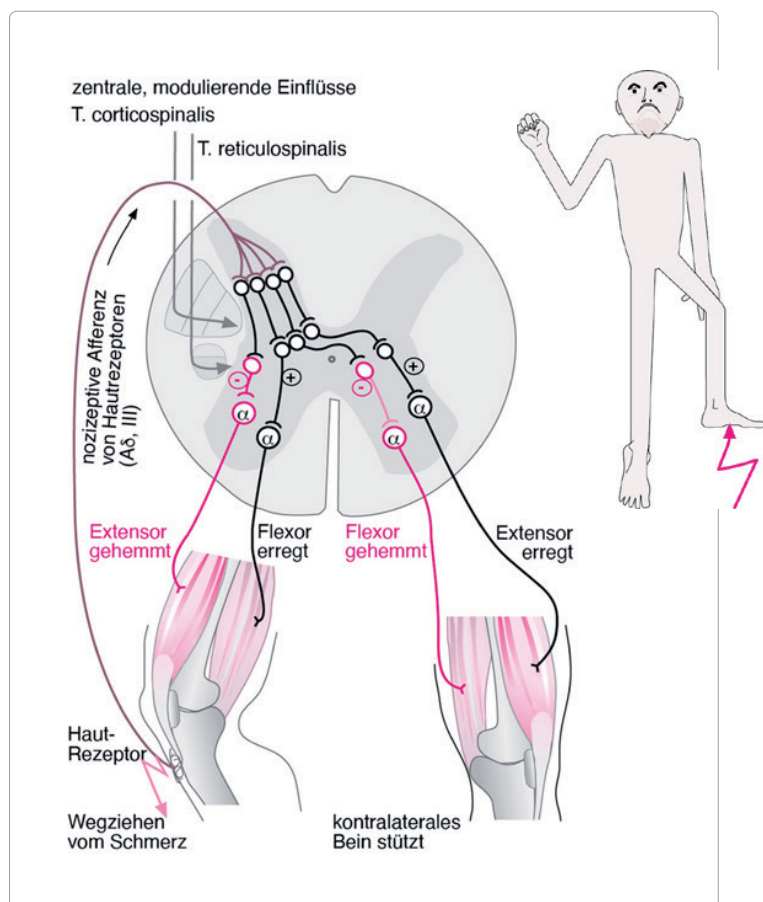


Abb. 1: Doppelt gekreuzter Schutzreflex (Flexor-Reflexafferenz, FRA), aus [1]Garten, 2018 mit Genehmigung

ner Verwunderung auch wieder zu Muskelzuwachs geführt hatte. Am Ellbogen zeigte sich keine Rötung, keine Schwellung und kein sensorischer Ausfall. Und obwohl bei Inspektion keine Auffälligkeiten bestanden, war der Ellbogen lateralseitig druckschmerzhaft und trotz passiver Vollbeweglichkeit in der aktiven Bewegung schmerzhaft eingeschränkt. Klar, nun hätte ich angefangen verschiedene Gelenkchallenges durchzuprobieren, um zu sehen, ob irgendwas hilft oder noch verschlechtert. Damit wäre ich vermutlich aber nicht sehr weit gekommen, denn gerade als ich den Finger auf der schmerzenden Stelle auf der Außenseite des Ellbogens hatte, fiel dem Patienten plötzlich ein, dass er – obwohl ja inzwischen in Bezug auf das Knie schmerzfrei – zwei Wochen nach meiner Behandlung noch einen schon vorher vereinbarten Termin bei einem Kollegen für eine intraartikuläre Hyaluron-Injektion ins li. Knie wahrgenommen hatte. Die Spritze an sich war wohl ohne Probleme und auch ohne jede Reizung „glattegegangen“. Allerdings hatte er bereits während der Injektion und eben auch seitdem diesen scharfen Schmerz an der Außenseite des re. Ellbogens wahrgenommen. Seitdem konnte er den Ellbogen nur noch unter Schmerzen strecken und beugen. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt.

Ich musste wohl schon bei der Schilderung des Patienten lachen, was der Patient leicht irritiert zur Kenntnis nahm, denn meiner Ansicht nach hatte der Patient gerade beschrieben, wie eine Ligament-Interlink-Läsion funktioniert. Ich gebe zu und hoffe, man verzeiht mir, dass ich nach dieser Schilderung des Patienten auf sämtliche AK-spezifischen Gelenkchallenges verzichtete (die nach Shafer's Neuro-Orthopädischer Technik angezeigt gewesen wären) und direkt zum spezifischen Test auf eine Ligament-Interlink-Läsion, wie von Goodheart (in Walther 2000) beschrieben, übergegangen bin.

Ligament-Interlink-Diagnostik Nach Goodheart

Bei der Ligament-Interlink-Methode nach Goodheart wird irgendein normoreaktiver Indikator Muskel benutzt. Dabei weist die eigentlich vom Patienten als schmerzhaft empfundene Stelle keine positive Therapielokalisation (TL) auf. Das liegt nach Shafer daran, dass ein schmerzferner Indikator zu unspezifisch und ein Challenge notwendig ist (s.u.). Allerdings kann bei einer Interlink-gestörten Region oft ein so ausgeprägter Schmerz vorliegen, dass eine sinnvolle AK Muskel-

testung der Region verhindert wird. Die Technik nach Shafer erfordert als Ausgangssituation normoreaktive, d. h. therapierte Muskeln, was in manchen Fällen aufwändig, oder bei entzündlichen Ursachen auch nicht sofort umsetzbar sein kann. Da für die Ligament-Interlink-Methode der gekreuzte Fluchreflex als Modell dient, wird angenommen, dass in der Regel das im hypothetischen Vierfüßlergang kontralateral zugeordnete Gelenk – **das quadrupedal reaktive Gelenk** (QRG [Shafer]) – eine funktionelle Verbindung aufweist. Also im Falle beispielsweise einer li. Hüfte wäre das die re. Schulter und bei unserem Patienten also das li. Knie und der re. Ellbogen, die nach gekreuztem Muster „zusammengehören“. Das zweite Charakteristikum ist, dass nach Goodheart definitionsgemäß auch das eigentlich gestörte Gelenk keine positive TL aufweist. Erst wenn beide involvierten Gelenke gleichzeitig therapielokalisiert werden, wird seiner Aussage nach ein Indikator Muskel dysreaktiv. Das ist zunächst einmal verwunderlich bis irritierend, denn wenn etwas wirklich weh tut, dann sollte es auch eine positive TL aufweisen. TL ist ein schönes Werkzeug, aber Challenge ist besser!

Da es – wie in den meisten Fällen – auch bei diesem Patienten schwierig gewesen wäre, bei gleichzeitigem Einsatz von zwei Händen und einem Bein noch einen sinnvoll zu testenden Indikator Muskel zu finden, hielt der Patient mit der linken Hand die TL am re. Ellbogen an der schmerzenden Stelle, während ein Magnet auf der üblichen Stelle für eine laterale Kniegelenkspunktion am li. Knie platziert wurde. Dadurch war der re. M. rectus femoris am liegenden Patienten gut als Indikator Muskel zugänglich und wurde bei gleichzeitiger TL von Ellenbogen re. und Knie li. hyporeaktiv.

Das diagnostische Vorgehen für eine Interlink-Läsion nach Goodheart

1. Normoreaktivität des Indikator Muskels ohne positive TL sicherstellen
2. Einzelne TL auf dem re. Ellbogen führt nicht zum Indikatorwechsel
3. Einzelne TL am li. Knie führt nicht zum Indikatorwechsel
4. Doppel-TL auf beiden Stellen führt zum Indikatorwechsel

Damit wird der funktionelle Interlink-Zusammenhang dieser beiden Gelenkstrukturen nachgewiesen. Die korrespondierende Struktur – in diesem Fall also das li. Knie an der Stelle, wo die Injektionsnadel platziert wor-

den war – wies ohne TL am Ellbogen keine Schmerzhaftigkeit auf. Sobald man aber die gleichzeitige TL beider Strukturen durchführt wird die gestörte Stelle am Knie schon auf geringen Druck hin sehr schmerzhaft. Das kann man gut prüfen, wenn man für den Doppel-TL Test einen Ringmagnet über der fraglichen Stelle positioniert, denn dann kann man durch den Ring immer noch palpieren. Und wenn ich ehrlich bin, ist das auch die Art, wie ich nach Interlink-Läsionen suche. Es erfordert eben nicht den gesamten Workup der Muskulatur um das Gelenk, der Voraussetzung für die Anwendung der Technik nach Shafer wäre. Wenn dann bei Doppel-TL die schmerzhaft gestörte Stelle identifiziert ist, teste ich nach Fixierung des Magneten mit einem Tape noch einmal über einen normoreaktiven Indikator, ob ich an der richtigen Stelle bin. Das hat den einfachen Grund, dass die eigentliche Behandlung zwar sehr unkompliziert, aber auch sehr schmerzhaft ist. Denn die Therapie dieser Störung besteht in einer zwar nicht allzu langen, aber sehr schmerzhaften Friktionsmassage der eigentlich primär gestörten Stelle – beim Patienten also an der Einstichstelle der Punktionsnadel.

Die Therapie nach Identifikation der durch Interlink gestörten Stelle

5. TL an der schmerzhaften Stelle durch den Patienten oder mit Magnet – also am re. Ellbogen.
6. Intensive Friktionsmassage der gefundenen Interlink Stelle am linken Knie über ca. 5 Sekunden. Das war in diesem Fall die weniger schmerzhaftere Region, die nach Goodheart behandelt werden sollte.

Achtung: An dieser Stelle scheiden sich die Geister und ich denke, dass die Unterscheidung wichtig ist, denn es war für mich lange ein Hindernis beim Verständnis und dadurch bei der Anwendung der Urversion der Ligament-Interlink-Technik: Die originale Methode der Interlink-Behandlung nach Goodheart, wie sie bei Walther beschrieben ist [5], sieht während der Behandlung der schmerzhaften Region einen gehaltenen Schub des Hyoids zur Seite der behandelten Struktur vor. Außerdem beschreibt Walther, dass es sinnvoll sei, die weniger schmerzhaftere der beiden durch Interlink verbundenen Strukturen zu behandeln, also wie im Patientenfall das li. Knie an der „eigentlich schuldigen“ Punktioneinstichstelle. Tatsächlich tat dem Patienten der re. Ellenbogen und nicht das linke Knie weh.

7. Wenn nach dieser Prozedur der Schmerz am betroffenen Gelenk nicht deutlich reduziert ist, wird eine Interlink-Behandlung zwischen dem betroffenen Gelenk und dem Kiefergelenk empfohlen, ebenfalls mit Positionierung des Hyoids (Garten, 2016, S. 441). Goodheart hat diese Verbindung nach dem Konzept beschrieben, dass das Kiefergelenk das wichtigste Gelenk des Körpers sei, oder eben zumindest auf die gesamte Körperstruktur Einfluss hat.

Da mir die rationale Erklärung für die Hyoidpositionierung fehlt, praktiziere ich die Interlink-Behandlung in Einklang mit Shafer ohne diese Komponente. Da die Durchführung der eigentlichen Therapie aber äußerst schmerzhaft ist, macht es sehr viel Sinn, gerade bei sehr lange bestehenden und vor allem nicht so offensichtlichen Verknüpfungen, einen Ligament-Challenge zur Sicherung der Interlink-Diagnose durchzuführen. Wenn alle Kriterien oben gesichert sind und die Therapie ausreichend erfolgt ist, können sich auch uralte Verletzungsmuster in den paar Sekunden in Nichts auflösen. Um mit Hans Garten zu sprechen: **Entweder es funktioniert oder es funktioniert nicht – dazwischen gibt es nichts** [6]. Bei meinem Patienten habe ich die Ligament-Interlink-Diagnose durch die Doppel-TL (Patientenhand auf re. Ellbogen und Magnet-TL auf der Punktionsstelle am li. Knie) sowohl durch Auftreten von Schmerz an der Punktionsstelle am li. Knie, als auch durch Gegencheck per Indikatorwechsel am M. rectus fem. re. gesichert. Die Therapie habe ich „sicherheitshalber“ so durchgeführt, indem ich den Patienten den Magnet an die vor Behandlung schmerzhafteste Stelle am re. Ellbogen halten ließ, also gewissermaßen als Magnet- und Hand-TL auf einmal und währenddessen die Stelle am li. Knie über ca. 10 Sekunden (die sich für den Patienten sehr viel länger anfühlten) manipuliert. Anschließend und bis heute (03/2025) war und ist der Ellbogen (und das Knie) schmerzfrei voll beweglich und stabil.

Ligament Interlink, Diagnostik und Therapie nach Shafer [7]

1. Voraussetzung für die Technik ist, dass die Muskeln, die das Gelenk bewegen, normoreaktiv sind, d. h. Muskeltherapie steht vor Gelenkstruktur-Therapie. Zunächst wird die schmerzhafteste Ligament-Struktur durch passive Dehnung gechallengt (z. B. Lig. glenohumerale re. Schulter), und anschließend ein homolog zum schmerzhaften Ligament arbeitender Muskel getestet (M. subscapularis). Dieser

wird bei positivem Challenge hyporeaktiv testen. Im Protokoll von Goodheart ist die TL zur verletzten Struktur negativ, was belegt, dass ein Challenge immer aussagekräftiger ist als eine Therapielokalisation. Es reicht einfach häufig nicht, mit einem bloßen „Hinzeigen“ die Läsion für das Gehirn „auf den Schirm zu bringen“.

2. Die Magnet-TL genau auf der Läsionsstelle, die überdies durch den Dehnungschallenge überaus schmerzhaft wird, hebt nach Shafer den Ligament-Challenge auf. Ist dies nicht der Fall, ist offensichtlich die gedehnte Struktur nicht primär für den positiven Challenge verantwortlich. Garten (2016) leitete daraus primär die Suche nach einer Injury-Region ab. Als Beispiel: Wahrscheinlich hätte eine Magnet TL über der Außenseite des re. Ellbogens einen nach Challenge hyporeaktiven Test der Handgelenks-Extensoren aufgehoben.
3. Im nächsten Schritt wird mit gehaltener Magnet-TL der schmerzhaften Region (Lig. glenohumerale re.) die genau entsprechende Region am zugeordneten kontralateralen Gelenk, hier: an den ventralen Ligamenten des linken Hüftgelenk, per Palpation aufgesucht: Der Schmerz an dieser quadrupedal korrespondierenden Stelle wird durch den Challenge der primär schmerzhaften Struktur (Schulter) oder durch (Magnet)-TL erst erzeugt oder – falls schon vorhanden – weiter verstärkt. Andererseits verschwindet der Schmerz an der Korrespondenzstelle oder wird zumindest deutlich geringer, wenn die Magnet-TL auf der gechallengekten Ligamentregion weggenommen wird. Diese Bestätigung der Zusammenhänge ist wertvoll, um den Patienten nicht unnötig ohne Indikation zu quälen.
4. Mit gehaltener Magnet-TL auf der Korrespondenzregion an der linken Hüfte bleibt der erneute Challenge an der re. Schulter negativ: Eine weitere Bestätigung des Zusammenhangs.
5. Das Vorgehen nach Identifikation der korrespondierenden Region ist dann wie oben erwähnt die tiefe und sehr schmerzhaft, aber vorteilhaft kurze digitale Manipulation/Friktion der Korrespondenz-Region. Auf jeden Fall muss danach die ursprüng-

Zusammenfassung des Protokolls nach Shafer

1. Muskeln, die das Gelenk bewegen, normoreaktiv
2. Schmerzhafte Gelenkstruktur per Challenge finden (Dehnung für Ligamente und Kapseln, Kompression, Reiben bei Knorpelstrukturen.
3. Gleichsinnig arbeitender Indikatormuskel ist bei Ligamenten nach Challenge hyporeaktiv, bei Kapsel und Knorpel tritt globale Hyporeaktion der gelenkbewegenden Muskeln auf.
4. Magnet-TL über der schmerzhaften Struktur hebt die Schwächung wieder auf (dadurch Abgrenzung zum Injury Recall-Trauma)
5. Magnet-TL des schmerzhaften Ligaments (evtl. nach erneutem Challenge) verstärkt den Schmerz am reaktiven Punkt des QRG (quadrupedal-reaktiven-Gelenks). Das ist das erste Kriterium zur Auffindung der Therapiestelle. Aufhebung der TL führt wieder zu Schmerzreduktion.
6. Magnet-TL am QRG hebt den Ligament-Challenge aus Punkt 2 auf.
7. Therapie: Magnet-TL an der schmerzhaften Stelle durch den Patienten also im Beispiel an der re. Schulter
8. Intensive Friktionsmassage der gefundenen Interlink-Stelle über ca. 5 Sekunden – also an der linken Hüfte/Ascorbate

lich schmerzhafte Region deutlich besser und im Idealfall schmerzfrei, der Ligament-Challenge negativ sein. Häufig zeigt sich daneben auch eine Sympathikusreaktion z. B. im Sinne von Schweißsekretion.

Überblick der Ligament-Interlink-Diagnostik nach Goodheart und nach Shafer

Zum besseren Verständnis sei hier hinzugefügt, dass es verschiedenen Ligament-Interlink-Versionen gibt. Die pathophysiologische Idee dahinter ist dieselbe, das Vorgehen bezüglich der Diagnostik und der Therapie differiert deutlich. Die ursprüngliche Version von Goodheart lässt sich bei Walther nachlesen und ist Stoff für die Diplomate-Prüfung. Joe Shaefer hat die Technik überarbeitet, seine Version wird in der Ausbildung der DÄGAK in Deutschland gelehrt.

Diagnostik	Ligament-Interlink nach Goodheart	Ligament-Interlink mod. nach Joe Shafer
Test-Muskel	Verwendet wird ein beliebiger normoreaktiver Indikatormuskel	Verwendet wird ein zum betroffenen Ligament homologer normoreaktiver Muskel des Gelenks
TL/CH	Einzel-TL neg. z. B. re Ellenbogen, li Knie erst Doppel-TL führt zu Indikatorwechsel	Ausgangssituation: alle Muskeln des betroffenen Gelenks sollen normoreaktiv sein. Spez. Gelenk-CH dazu homologer Muskel wird schwach MTL des verletzten Ligaments selbst und MTL des QRG hebt diese auf
Therapie	Behandlung der weniger schmerzhaften Stelle, also entweder re Ellenbogen oder li Knie mittels Friktionsmassage Zudem: Schub des Hyoids zur behandelten Seite	Friktion am QRG (Korrespondenzgelenk) an der Lokalisation der MTL
Bemerkung	Prüfungsstoff für die Diplomate-Prüfung	Wird von der DÄGAK gelehrt, kein Prüfungsstoff der Diplomate-Prüfung

Diskussion

Das Ergebnis selbst spricht für sich und weist spätestens im Umkehrschluss die Ligament-Interlink-Beziehung nach. Zur Diskussion stehen die verschiedenen Herangehensweisen sowohl bei Diagnostik als auch Therapie zwischen Goodheart und Shafer. Nachdem ich an dieser Stelle keine Statistiken vorweisen kann, bleibt nur meine Erfahrung zu schildern: Ich habe festgestellt, dass für mich häufiger die diagnostische Vorgehensweise nach Goodheart funktioniert. Dabei nutze ich als Einstiegs-Kriterium für eine Interlink-Läsion die negativen Einzel-TLs der beiden möglicherweise involvierten Strukturen und den Indikatorwechsel bei Doppel-TL. Warum? Weil es in meiner Erfahrung häufig so ist, dass eine entzündlich veränderte Gelenkstruktur oft so schmerzhaft ist, dass eine (Magnet-)TL der schmerzhaften Struktur nicht zur Aufhebung eines Challenges an der schmerzhaften Struktur führt, wie sie bei der Technik nach Shafer gefordert wird. Ein Muskel, der inhibiert ist, weil durch die Aktivierung des Muskels ein entzündlicher Reiz verstärkt wird, zum Beispiel an der Gelenkkapsel, einem Schleimbeutel oder einem entzündeten Sehnenansatz, wird in meiner Erfahrung häufig nicht fasziliert, nur weil ich einen Magneten auf die entzündlich veränderte Stelle lege. In diesen Fällen sind die inhibierten Muskeln auch AF-negativ. Wenn ein Muskel aber nicht autogen faszilierbar ist, interpretieren wir das gewöhnlich als Hinweis auf das Vorliegen einer übergeordneten Störung am ehesten im Sinne eines Injury Recall Traumas [8]. Es handelt sich also um ein falsch negative autogene Faszilitation, da die Mechanorezeptoren-Stimulation die Noziaktivität einfach nicht ausreichend hemmen kann. Wir haben durch die Entzündung der Struktur also den Fall, dass wir weder durch autogene Faszilierung noch durch die Magnet TL über der Struktur eine Aufhebung der Inhibition herbeiführen können.

Es könnte sich also wirklich um eine Injury-Recall-Trauma-Läsion handeln, oder der entzündliche Reiz ist so überschwellig, dass die Muskelfunktion inhibiert bleibt. Um also die Störungen differenzieren zu können und dabei die Zeit zu sparen, die es kosten würde, nun nach etwaigen Injury - Regionen zu suchen, bis vielleicht der bis dahin bei jedem Testdurchlauf schmerzhaft inhibierte Muskel fasziliert wird, empfehle ich dringend das oben geschilderte Vorgehen unter Verwendung eines Indikatormuskels und Doppel-TL der in Frage kommenden Interlink-Regionen, die im Interlink-Fall den Indikatorwechsel herbeiführt. Da die jeweils zu testende Interlink-Region im Gegensatz zur körperweiten Suche nach Injuries überschaubar ist, ist dieses Vorgehen pragmatisch und zeitsparend. Interessanterweise war außerdem bei dem Patientenbeispiel das verletzte Gelenk (Punktionsstelle) nicht das, was weh tat. Der Ellenbogenschmerz war also so etwas wie ein Projektionssyndrom innerhalb der neurologischen Verschaltung des doppelt gekreuzten Fluchtreflexes. Da zur Lösung des Problems das ursprünglich verletzte Knie schmerzhaft rubbelnd „auf den Schirm gebracht“ wurde, ähnelte das eher einer Injury-Situation. Bei Shafer wird immer das nicht verletzte Gelenk für das verletzte behandelt. Bei Goodheart ist diese „Rollenverteilung“ irrelevant, es wird einfach das Gelenk behandelt, was weniger schmerzhaft ist. Die Anamnese des Patienten legt zweifelsfrei nahe, dass das Knie behandelt werden musste; der Ellenbogen hatte nichts, das Knie hatte ein Trauma erlitten.

Schlussfolgerung

Es lohnt sich also nicht nur, wenn man es so auf dem Silbertablett serviert bekommt, nach Ligament-Interlink-Läsionen zu suchen und sie zu therapieren, denn wenn Diagnostik und Therapie kongruent sind, gibt es

kaum eine AK-therapeutische Maßnahme, die derart schnell und effizient ist und auch bei erwachsenen Patienten so kindlich verwunderte Blicke produziert, wenn die gerade noch schmerzhaft unbewegliche Struktur in 10 Sekunden „gesund gezaubert“ wurde.

Literatur

1. Garten, H., Lehrbuch Applied Kinesiology. 2 ed. 2018, München: Urban&Fischer, Elsevier.
2. Goodheart, G.J., Jr., Applied Kinesiology 1979 Workshop Procedure Manual, 15th ed (Detroit: privately published, 1979)
3. Garten H., Applied Kinesiology – Funktionelle Myodiagnostik in Osteopathie und Chirotherapie – 1. Auflage, Elsevier 2016, S. 442.
4. Garten, H., Physiologische Inhibitions muster in der Applied Kinesiology: Gibt es die? JPAK Journal of Professional Applied Kinesiology, 2019. 7(1): p. 10-16.
5. Walther D., Applied Kinesiology, Synopsis 2nd Edition, Systems DC, Colorado 2000, S211.
6. Walther D., Applied Kinesiology, Synopsis 2nd Edition, Systems DC, Colorado 2000, S213.
7. Garten H., Applied Kinesiology – Funktionelle Myodiagnostik in Osteopathie und Chirotherapie – 1. Auflage, Elsevier 2016, S. 442.
8. Garten H., Applied Kinesiology – Funktionelle Myodiagnostik in Osteopathie und Chirotherapie – 1. Auflage, Elsevier 2016, S. 442ff.
9. Garten H., Applied Kinesiology – Funktionelle Myodiagnostik in Osteopathie und Chirotherapie – 1. Auflage, Elsevier 2016, S. 442-443.



Autorenkontakt

Dr. Lars Kurvin, Dr. Stephanie Joerges
Privatpraxis am Englischen Garten
 Osterwaldstr. 40 · 80805 München
www.privatpraxis-am-englischen-garten.de

NEUE REZEPTUREN

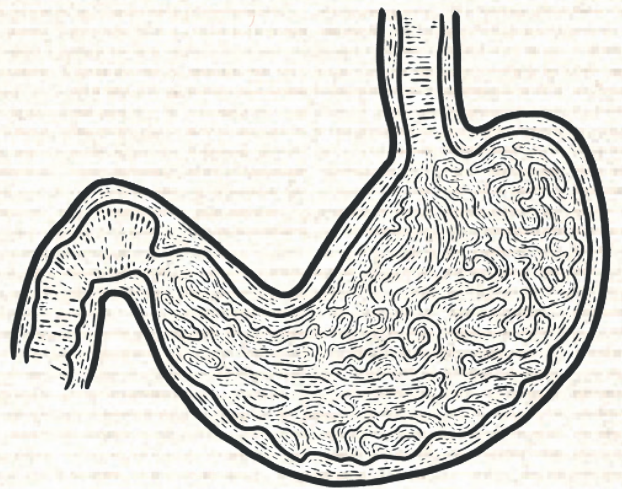
Magen- und Darmschleimhaut*



Hochwertige Ballaststoffe

Substrate für Bakterien
 unseres Mikrobioms

- Resistente Stärke (RS2)
- Xilooligosaccharide (XOS)
- Fructooligosaccharide (FOS)
- Arabinogalactan (AOS)
- Galactooligosaccharide (GOS)



11 evidenzbasierte Stoffe*

- | | |
|-------------------------|---------------|
| • L-Glutamin | • Ingwer |
| • Zinc-L-Carnosin | • Rot-Ulme |
| • Quercetin | • Weichrauch |
| • Süßholz | • Curcuma |
| • Eibisch | • Apfelpektin |
| • N-Acetyl-D-glucosamin | |

*Die Wirkstoffe von Süßholz tragen zur Aufrechterhaltung der normalen Funktion der Magen- und Dünndarmschleimhäute bei. Rot-Ulme beruhigt den Verdauungstrakt, unterstützt das Verdauungssystem und ist eine Quelle von Schleimstoffen (Muzine), die die Schleimhäute unterstützen. *Boswellia serrata* trägt zum Schutz und zur Beruhigung des Verdauungstrakts bei und kann zur Erhaltung der Schleimhaut des Verdauungstrakts beitragen. Ingwer fördert die Verdauung und trägt zur normalen Funktion des Darmtrakts bei. (Gesundheitsbezogene Angaben, EU-Verordnung Nr. 432/2012; EFSA On hold: 2370, 3890, 3903, 2172).



nahani.net

