

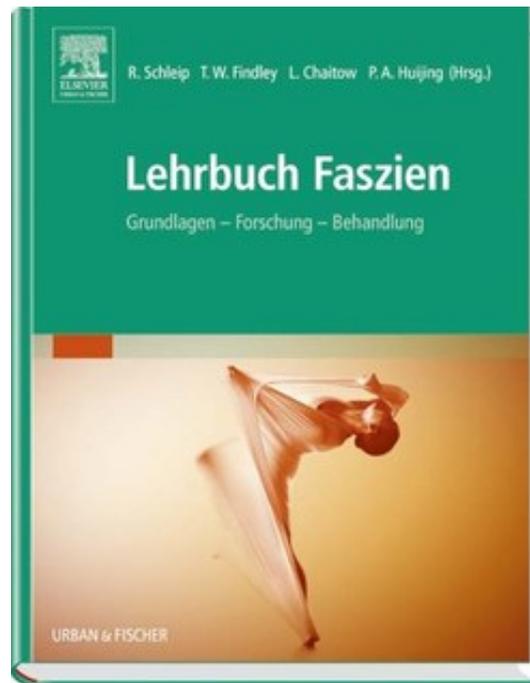
# Robert Schleip Lehrbuch Faszien

Leseprobe

[Lehrbuch Faszien](#)

von [Robert Schleip](#)

Herausgeber: Elsevier Urban&Fischer Verlag



<http://www.unimedica.de/b17101>

Sie finden bei [Unimedica](#) Bücher der innovativen Autoren [Brendan Brazier](#) und [Joel Fuhrmann](#) und [alles für gesunde Ernährung, vegane Produkte](#) und [Superfoods](#).

Das Kopieren der Leseproben ist nicht gestattet.

Unimedica im Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern

Tel. +49 7626 9749 700

Email [info@unimedica.de](mailto:info@unimedica.de)

<http://www.unimedica.de>



## 7

## Faszienorientierte Therapieformen

<b>7.1</b>	<b>Einschlusskriterien und Übersicht</b>		<b>7.5</b>	<b>Osteopathische Manipulationen und die Faszie</b>	
	Leon Chaitow .....	220		Hollis H. King .....	239
7.1.1	Nach welchen Kriterien wurde die Themenauswahl für dieses Kapitel getroffen? .....	220	7.5.1	Einleitung .....	239
7.1.2	Aktualisierung älterer und Entwicklung neuer Methoden .....	220	7.5.2	Die Faszie aus der Sicht der Osteopathie .....	239
7.1.3	Narben .....	220	7.5.3	Osteopathische Beiträge zum Verständnis der Faszie .....	241
7.1.4	Behandlung mit Nadeln .....	221	7.5.4	Forschung .....	242
7.1.5	Allgemeine Einflüsse auf das Bindegewebe .....	221	<b>7.6</b>	<b>Bindegewebsmassage</b>	
7.1.6	Gerätegestützte Faszientherapien .....	221		Stephanie A. Prendergast und Elizabeth H. Rummer .....	245
7.1.7	Nervenmobilisation .....	221	7.6.1	Entstehung von Bindegewebszonen .....	245
7.1.8	Ganzkörpertraining/Bewegungsübungen .....	221	7.6.2	Physiologie der Bindegewebsmassage (CTM) .....	246
7.1.9	Manuelle Ganzkörpertherapien .....	221	7.6.3	Bindegewebsmassage .....	247
7.1.10	Dehnungen .....	221	<b>7.7</b>	<b>Fascial Manipulation</b>	
7.1.11	Schlussbemerkung .....	222		Carla Stecco und Antonio Stecco .....	251
<b>7.2</b>	<b>Triggerpunkttherapie</b>		7.7.1	Einleitung .....	251
	Jan Dommerholt .....	223	7.7.2	Das biomechanische Modell .....	251
7.2.1	Einleitung .....	223	7.7.3	Behandlung .....	254
7.2.2	Grundlagen der Triggerpunkttherapie .....	223	<b>7.8</b>	<b>Behandlung dysfunktionalen Narbengewebes</b>	
7.2.3	Triggerpunkttherapie .....	223		Petra Valouchová und Karel Lewit .....	257
7.2.4	Zusammenfassung und Schlussbemerkung .....	227	7.8.1	Geschichtliches .....	257
<b>7.3</b>	<b>Rolfing – Strukturelle Integration</b>		7.8.2	Die „aktive Narbe“ – ein Modellbeispiel für Weichgewebeläsionen .....	257
	Monica Caspari und Heidi Massa .....	228	<b>7.9</b>	<b>Akupunktur als faszienorientierte Therapie</b>	
7.3.1	Vorbemerkungen .....	228		Dominik Irnich und Johannes Fleckenstein .....	261
7.3.2	Fasziale Grundlagen .....	228	7.9.1	Einleitung .....	261
7.3.3	Bahnung der Struktur- und Funktionsintegration .....	228	7.9.2	Akupunkturtechnik .....	263
7.3.4	Rolfing – Strukturelle Integration: die traditionelle Behandlungsserie .....	229	7.9.3	Dry Needling .....	265
<b>7.4</b>	<b>Myofasziale Induktion</b>		7.9.4	Wissenschaftliche Belege .....	267
	Andrzej Pilat .....	234	7.9.5	Zusammenfassung .....	267
7.4.1	Einführung .....	234	<b>7.10</b>	<b>Gua Sha</b>	
7.4.2	Neurophysiologische Mechanismen zur Lösung faszialer Restriktionen .....	234		Arya Nielsen .....	269
7.4.3	Beschreibung der Methodik .....	235	7.10.1	Einleitung .....	269
7.4.4	Wissenschaftliche Untersuchung myofaszialer Techniken .....	236	7.10.2	Wichtige Begriffe .....	269
7.4.5	Zusammenfassung .....	237	7.10.3	Anwendungsgebiete .....	269
			7.10.4	Kontraindikationen .....	271
			7.10.5	Biomechanismen/Physiologie .....	271
			7.10.6	Sicherheit .....	273

<b>7.11 Proliferationstherapie</b> Manuel F. Cusi .....	275	7.15.2 Der Patient ist der Experte – das	
7.11.1 Einleitung .....	275	Typaldos-Modell .....	297
7.11.2 Geschichtliches .....	275	7.15.3 Die Faziendistorsionen .....	297
7.11.3 Wundheilung, Gewebereparatur und		7.15.4 Diagnose der Faziendistorsionen .....	300
Regeneration .....	275	7.15.5 Behandlung der Faziendistorsionen .....	301
7.11.4 Wirkungsmechanismus und injizierte		7.15.6 Schlussbemerkung .....	301
Substanzen .....	276		
7.11.5 Indikationen, Kontraindikationen,		<b>7.16 Frequenzspezifische Mikrostromtherapie</b>	
Komplikationen und Risiken .....	277	<b>(FSM) Carolyn McMakin</b> .....	303
7.11.6 Technische Durchführung .....	278	7.16.1 Geschichte der FSM .....	303
7.11.7 Ergebnisse und klinische Studien .....	278	7.16.2 FSM bei Entzündungen .....	303
7.11.8 Herausforderungen für die Zukunft .....	279	7.16.3 FSM am Narbengewebe .....	303
7.11.9 Schlussbemerkungen .....	279	7.16.4 Geräteausstattung .....	304
		7.16.5 Klinische Ergebnisse der Behandlung	
<b>7.12 Neuraltherapie</b> Rainer Wander und		myofaszialer Schmerzen .....	304
Stefan Weinschenk .....	281	7.16.6 Wie unterscheidet sich FSM von anderen	
7.12.1 Einleitung .....	281	Faszientherapien? .....	305
7.12.2 Neuroanatomie .....	281	7.16.7 Erklärungsmodell zur Frequenzspezifität .....	305
7.12.3 Durchführung .....	281	7.16.8 Konzeptionelles Modell .....	306
7.12.4 Indikationen, Kontraindikationen,			
Komplikationen .....	284	<b>7.17 Operationen und Narbenbildung</b>	
7.12.5 Zusammenfassung .....	284	<b>Willem J. Fourie</b> .....	308
7.12.6 Forschungsgebiete .....	285	7.17.1 Einleitung .....	308
7.12.7 Dank .....	285	7.17.2 Anatomie der Gewebeschichten .....	308
		7.17.3 Operationen .....	309
<b>7.13 Dynamischer Faszien-Release – manuelle</b>		7.17.4 Behandlung .....	310
<b>und apparative Vibrationsbehandlung</b>		7.17.5 Behandlungsmethoden .....	312
<b>Zachary Comeaux</b> .....	286	7.17.6 Schlussbemerkung .....	314
7.13.1 Einleitung .....	286		
7.13.2 Geschichtliche Entwicklung der manuellen und		<b>7.18 Temperatureinflüsse auf die Faszie</b>	
mechanischen Beeinflussung der Faszie .....	286	<b>Werner Klingler</b> .....	316
7.13.3 Die Hebb-Theorie, harmonische Funktion		7.18.1 Überblick .....	316
und Oszillation .....	287	7.18.2 Zusammenfassung .....	317
7.13.4 Rhythmische Reflexe – der tonische Vibrations-			
reflex (TVR) und verwandte Effekte .....	287	<b>7.19 Neurodynamik: Bewegung gegen</b>	
7.13.5 Der Perkussionsvibrator .....	288	<b>neuropathischen Schmerz</b> Michel W.	
7.13.6 Facilitated Oscillatory Release (FOR) .....	289	<b>Coppieters und Robert J. Nee</b> .....	319
7.13.7 Andere mechanische Verfahren .....	290	7.19.1 Einleitung .....	319
		7.19.2 Aufbau, Funktion und Pathophysiologie des	
<b>7.14 Die Graston Technique</b> Warren I. Hammer ..	292	peripheren Nervensystems .....	319
7.14.1 Einleitung: moderne instrumentengestützte		7.19.3 Multilokuläre Nervenkompression .....	320
Mobilisation für die Diagnostik und Therapie		7.19.4 Bewegung gegen neuropathischen	
von Weichgewebeläsionen .....	292	Schmerz .....	320
7.14.2 Grundprinzip .....	292	7.19.5 Klinische Daten zur Wirksamkeit .....	323
7.14.3 Anwendungsgebiete .....	293	7.19.6 Der ganzheitliche Blick .....	323
7.14.4 GT mit Bewegung und Belastung .....	295		
7.14.5 Lokaler und globaler Ansatz .....	295	<b>7.20 Faziendehnung</b> Thomas Myers und	
		<b>Christopher Frederick</b> .....	325
<b>7.15 Das Faziendistorsionsmodell</b>		7.20.1 Einleitung .....	325
<b>Georg Harrer</b> .....	297	7.20.2 Definition .....	325
7.15.1 Einleitung: das Bindegewebe als		7.20.3 Uneinheitliche Datenlage .....	325
mechanosensibles System .....	297	7.20.4 Veränderungen am Gewebe durch	
		Dehnung .....	326

7.20.5	Schlussbemerkung .....	329	7.22.12	Kontraindikationen .....	342
<b>7.21</b>	<b>Die Faszie beim therapeutischen Yoga</b>		<b>7.23</b>	<b>Entzündungshemmende Ernährung bei orthopädischen Erkrankungen</b>	
	Thomas Myers .....	331		Mary T. Hankinson und Elizabeth A. Hankinson .....	344
7.21.1	Yoga als Faszientherapie .....	331	7.23.1	Die Entzündungsreaktion .....	344
7.21.2	Yoga und die Faszie .....	332	7.23.2	Fettsäuren: entzündungshemmende Eigenschaften .....	344
7.21.3	Empfehlungen für die Therapie .....	335	7.23.3	Fettsäuren als Nahrungsergänzung: entzündungshemmende Eigenschaften .....	345
<b>7.22</b>	<b>Pilates und die Faszie: die Kunst des „Work-in“</b>		7.23.4	Küchenkräuter und Gewürze: entzündungshemmende Eigenschaften .....	345
	Marie-José Blom .....	337	7.23.5	Obst und Gemüse: entzündungshemmende Eigenschaften .....	346
7.22.1	Einleitung .....	337	7.23.6	Getränke: entzündungshemmende Eigenschaften .....	346
7.22.2	Östliches und westliches Gedankengut vereint .....	337	7.23.7	Antiinflammatorische Ernährung .....	347
7.22.3	Verschmelzung und Integration verschiedener Disziplinen .....	337	<b>7.24</b>	<b>Faszien-Fitness: Empfehlungen für ein faszienorientiertes Training in Sport und Bewegungstherapie</b>	
7.22.4	Können durch Pilates aufgrund falscher Lebensgewohnheiten eingeschränkt bewegliche Faszien wieder mobilisiert werden? .....	338		Divo G. Müller und Robert Schleip .....	350
7.22.5	Grundsätze im Pilates und die Faszie .....	339	7.24.1	Einleitung .....	350
7.22.6	Gut vernetzt .....	341	7.24.2	Die Plastizität der Faszie .....	350
7.22.7	Von Core bis Fuß .....	341	7.24.3	Die elastische Rückfederung der Faszie: der „Katapult-Effekt“ .....	351
7.22.8	Haltungsunterstützung von innen heraus .....	341	7.24.4	Trainingsprinzipien .....	352
7.22.9	Wie innen, so außen: die innere Wahrnehmung der Bewegung reflektiert das äußere Geschehen .....	341			
7.22.10	Spezialgeräte: der Reformer oder Transformer .....	342			
7.22.11	Reformer versus Maschine .....	342			

## 7.3 Rolfing - Strukturelle Integration

Monica Caspari und Heidi Massa

### 7.3.1 Vorbemerkungen

Die von der Naturwissenschaftlerin Dr. Ida P. Rolf entwickelte Technik *Rolfing - Strukturelle Integration*<sup>1</sup> ordnet den Menschen im Schwerefeld an. Seine strukturelle und funktionelle Integrität wird verstärkt - Ausdruck dessen ist eine harmonische Körperausrichtung und -koordination. Zwei Grundannahmen unterscheiden Rolfing von anderen Körpertherapien: erstens, dass körperliche Balance, Ausgeglichenheit, flüssige Bewegungen, Leichtigkeit und Anmut und letztlich auch das Wohlbefinden eines Menschen eine gute Anpassung an das Schwerefeld erfordern, und zweitens, dass die Grundlage und das Organ der Struktur die Faszie ist.

Für Rolfing sind Fehlhaltungen und chronische Beschwerden am Bewegungsapparat Ausdruck einer allgemeineren Fehlfunktion. Sie gehen davon aus, dass die Beschwerden sich mit hoher Wahrscheinlichkeit von selbst geben, wenn die Haltung und Bewegungsqualität verbessert wird.<sup>2</sup> Rolfing behandelt daher immer den ganzen Menschen und nicht die aktuellen Beschwerden.

### 7.3.2 Fasziale Grundlagen

Rolfing funktioniert unter der Voraussetzung, dass die Faszie ein strukturelles und funktionelles Kontinuum darstellt, aufgrund ihrer Viskoelastizität formbar ist, Informationen aufnehmen und durch den Körper leiten kann sowie auf das Schwerefeld reagiert.

Die Faszie bildet ein zusammenhängendes Netzwerk, das den gesamten Körper durchzieht und alle Muskeln, Nerven und Organe umhüllt. Die einzelnen Faszienabschnitte haben in der Regel keine Namen und werden daher nach der anatomischen Struktur bezeichnet, zu der sie gehören. An lokalen Veränderungen ist über die Faszie in gewisser Weise immer der gesamte Körper beteiligt. Diese fasziale Kontinuität ermöglicht es dem Rolfing, Veränderungen auch an anderen als den Kontaktpunkten einzuleiten, sogar in Bereichen, die selbst nicht direkt mit den Händen erreicht werden können. Um

die vielen Schichten und Ebenen der Faszie zu beeinflussen, arbeitet Rolfing mit präzise gerichteten Berührungen, für die ein Rolfing über viel Erfahrung und Anpassungsfähigkeit verfügen muss.

Durch Veränderungen der Form, der chemischen Zusammensetzung und der physikalischen Eigenschaften passt sich das Faszienetzwerk fortlaufend an die vorherrschenden mechanischen und sonstigen Belastungen an. Rolfing kennen und respektieren diese Fähigkeit der Faszie zur Selbstkorrektur und bahnen daher immer nur kleine Haltungs- und Funktionsveränderungen, an die sich der Körper anpassen kann. Zwischen den Interventionen wird dem Körper genügend Zeit für diese Anpassung eingeräumt, und nach jeder Anpassung werden weitere Veränderungen möglich.

Dicht besetzt mit verschiedenen Mechanorezeptoren, bildet das Faszienetz ein körperweites Sinnesorgan für mechanische Reize (Schleip 2003), das uns mitteilt, wie wir im Raum ausgerichtet sind und was unser Körper gerade tut. Indem sie Informationen aufnehmen und durch das Faszienetz weiterleiten (Langevin 2006), fungieren die Mechanorezeptoren als Teil der neuromotorischen Eigenregulation.

Schließlich reagiert die Faszie auch auf das Schwerefeld - auf die Schwerkraft, der wir alle ständig ausgesetzt sind. Sie braucht die Schwerkraft, wie ein Segel den Wind braucht, um seine Funktion zu erfüllen. In gewisser Weise bildet die Schwerkraft einen feststehenden Vektor, gegen den die Faszie die Struktur und Funktion des Körpers ausrichtet.

### 7.3.3 Bahnung der Struktur- und Funktionsintegration

Die Arbeit des Rolfings besteht größtenteils darin, ein Gleichgewicht zwischen gegenüberliegenden bzw. entgegengesetzten Längen und Spannungen innerhalb des Faszienetzwerks herzustellen.

Strukturell strebt der Rolfing eine *palintone* Qualität der Haltung (der relativen Anordnung von Körpersegmenten zueinander) an. Das griechische Wort *palintonos* bezieht sich auf die Harmonie zwischen Gegenpolen innerhalb einer orthogonalen Ordnung, die sich in den Beziehungen zwischen den Strukturen, räumlichen Dimensionen, Volumina und Ebenen manifestiert. Ein gedachtes Lot durch die Mitte des Körpers macht die Belegung des Raums in der sagittalen, frontalen und horizontalen Ebene deutlich ( Abb. 7.3.1). Die Bewegungsmöglichkeiten können durch die Haltung unterstützt, aber auch eingeschränkt werden.

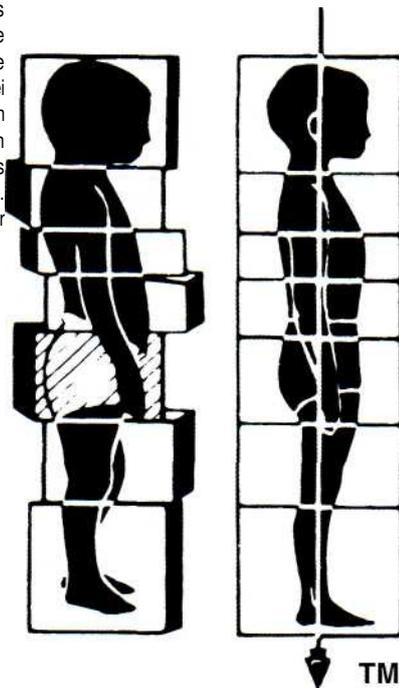
Funktionell analysieren Rolfing die Bewegung auf Leichtigkeit, Flüssigkeit und kontralaterale Bewegungen in Extremitäten, Schulter-/Beckengürtel und Wirbelsäule. Im Allgemeinen entstehen, wenn auf struktureller Ebene palinton rechte Winkel hergestellt werden, in der Funktion die Diagonalen der Kontralateralität.

Bevor wir eine Bewegung ausführen können, nehmen wir zunächst unsere räumliche Ausrichtung wahr und orientieren uns entsprechend. Die Arbeit des Rolfings geht über den faszialen Bereich hinaus und beeinflusst auch die Muster der sensorischen Wahrnehmung (Berührungswahrnehmung, Sehen, Hören, Proprio-

<sup>1</sup> Dr. Rolfs Werk ist heute unter dem von ihr ursprünglich geprägten und bevorzugten Begriff „Strukturelle Integration“ bekannt. „Rolfing - Strukturelle Integration“ bezeichnet das Werk der Schüler und Mitglieder des Rolf Institute of Structural Integration, der ursprünglich von Dr. Rolf gegründeten Schule. Die Lerninhalte vieler Schulen, die heutzutage Strukturelle Integration lehren, sind größtenteils vergleichbar; dennoch beziehen wir uns in diesem Kapitel ausdrücklich auf Rolfing - Strukturelle Integration, wie es am Rolf Institute gelehrt und von den dort zertifizierten Therapeuten praktiziert wird. Das „Little-Boy“-Logo ( Abb. 7.3.1) und die Begriffe „Rolfing“ und „Rolf Movement“ sind als Marken des Rolf Institute in den USA und anderen Ländern eingetragen. Auch der Begriff „Rolfing“ ist eine Marke des Rolf Institute.

<sup>2</sup> Eine Auswahl von Literatur zu den Themen Rolfing und Angststörungen, Zerebralparese, chronische Schmerzen und Fatigue findet sich am Ende des Kapitels unter „Weitere Literaturhinweise“.

Abb. 7.3.1 Das Logo des Rolf Institute zeigt die fortschreitende orthogonale Ausrichtung des Körpers in drei Dimensionen. Das Logo ist in den USA und anderen Ländern als Dienstleistungsmarke des Rolf Institute eingetragen. Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Rolf Institute.



zeption) und neuromotorischen Koordination (Gleichgewicht zwischen tonisch und phasisch arbeitenden Muskeln sowie zwischen lokalen und globalen Körperstabilisatoren), da Fehlfunktionen in irgendeinem dieser Bereiche die gesamte strukturelle und funktionelle Ordnung beeinträchtigen können.

Da für Rolfer Struktur und Funktion in gewissem Sinn Beziehungseinstellungen sind, die auf sämtlichen Facetten der individuellen Erfahrung beruhen, beobachtet er nicht nur, wie der Klient seine soziale und stoffliche Umgebung wahrnimmt, sondern auch, welche Aufmerksamkeit er ihr widmet und welche Bedeutungen er ihr zuweist.

In diesem Kapitel wird anhand der traditionellen, zehn Sitzungen umfassenden Behandlungsserie dargestellt, wie sich Rolfer bei ihrer Arbeit die Kerneigenschaften der Faszien zunutze machen. Die Beschreibung der einzelnen Sitzungen ist allerdings rein deskriptiv und, was die einzelnen Elemente und Abläufe betrifft, keineswegs als vollständig anzusehen.

### 7.3.4 Rolfing - Strukturelle Integration: die traditionelle Behandlungsserie

Für Ida Rolf war ihr zehn Sitzungen umfassendes Behandlungsprotokoll („the recipe“) sowohl ein Lehrinstrument als auch eine Basisstrategie für die Behandlung von Patienten. In der Praxis können Anzahl und Inhalt der Sitzungen je nach den Bedürfnissen des Klienten und der Erfahrung des Therapeuten von diesem Schema abweichen.

Das Protokoll basiert auf den Schlüsselmerkmalen der Faszien als dem Organ der Struktur und Kommunikation. Es wird systematisch daran gearbeitet, die Körpersegmente im dreidimensionalen

Raum entlang eines gedachten inneren Lots geordnet und stabil auszurichten. Da die Faszien den Körper bzw. seine Teile in unterschiedlichen Tiefen umhüllen, beginnt das Protokoll an der äußersten Schicht, arbeitet sich von dort aus nach innen in die Tiefe und wieder zurück nach außen vor. Und da sich die Faszie im Laufe der Zeit und durch wechselnde funktionelle Beanspruchung verformen lässt, bahnt das Protokoll Veränderungen in einer bestimmten Reihenfolge, d. h. in einer Reihenfolge, die es der Faszie ermöglicht, sich anzupassen und die Veränderungen zu integrieren. Die gesunde Faszie ist aufgrund ihrer dichten Besetzung mit Mechanorezeptoren (und aufgrund anderer Merkmale) eine Art Datenautobahn (insbesondere für Informationen hinsichtlich der Reaktion auf die Schwerkraft). Deshalb setzt das Protokoll gleich zu Anfang an den Hauptorientierungsbereichen wie den Füßen und dem Hinterkopf an. Da die Faszie auf die Schwerkraft reagiert, beginnt das Protokoll am Boden, arbeitet sich von dort aus nach oben und wieder zurück nach unten vor, sodass von einem adäquaten Fundament aus eine ausgewogene Struktur ohne Torsionen durch Ausleger aufgebaut wird.

Auch funktional enthält das Protokoll eine innere Systematik. So beginnt es mit der Befreiung der Atmung, geht weiter zum Finden des Bodens und schließt mit der Integration der behandelten Person in ihre Umgebung ab. Diese Abfolge erleichtert die Bewegungsintegration auf zunehmend höherer Ebene, was sich in einer verstärkten Kontralateralität äußert.

### Erste Sitzung: die Öffnung der oberflächlichen Faszien

Wir beginnen mit der Öffnung der oberflächlichen Faszien und achten dabei insbesondere auf deren Ansätze an knöchernen Rändern (z. B. am Beckenkamm oder der Spina scapulae) sowie auf Regionen, in denen die Faszie die Bewegung wichtiger Knochen begrenzt (wie z. B. die oberflächliche Rippenfaszie oder die Faszie am Femurkopf). Dies dient im Wesentlichen der Vorbereitung weiterer Maßnahmen, da Veränderungen in den tiefer liegenden Schichten durch Einschränkungen in der äußersten Faszien-schicht behindert werden.

Strukturell differenzieren wir Thorax und Schultergürtel, Thorax und Becken sowie Becken und Beine. Diese Differenzierung ist eine Voraussetzung für die palintone und ausgeglichene Anordnung der großen Körpersegmente. Wenn das Femur in die Neutralstellung rotiert, wird z. B. das Becken unabhängiger von den Beinen, es kann sich besser über den Füßen ausbalancieren und dadurch den Thorax besser unterstützen.

Funktionen wird in der ersten Sitzung die Atmung befreit. Die ontogenetische Logik ist offensichtlich, denn die erste Handlung eines Neugeborenen ist ein tiefer Atemzug. Durch die verbesserte Stützfunktion des Beckens kann die obere Körperhälfte in ihrem Schwerpunkt (etwa in Höhe von Th4), den die Rolfer G<sup>1</sup> (G-Strich) nennen, Ausgleichsbewegungen in der sagittalen Ebene ausführen.

### Zweite Sitzung: Aufbau der stützenden Basis

Für eine aufrechte Körperhaltung braucht man zuverlässige und anpassungsfähige Füße. Die mit zahllosen Mechanorezeptoren ausgestatteten Füße sammeln für den gesamten Körper Informationen zur Wahrung des Gleichgewichts. Da das Faszien-System als Ganzes auf die Schwerkraft reagiert, kann ein guter Fuß dem gesamten Körper mehr Leichtigkeit verleihen. In der zweiten Sitzung werden Myofaszie und Knochen von Fuß und Unterschenkel differenziert und anpassungsfähig gemacht. Außerdem wird mit der Lösung faszieller Einschränkungen an den dorsalen Strukturen (ischiokrurale Muskulatur, Erector spinae) begonnen.

Strukturell werden in der zweiten Sitzung die Füße von vorn nach hinten und vom lateralen Längsbogen (über das Quergewölbe) bis zum medialen Längsbogen ausbalanciert. Im Bereich des Unterschenkels werden die Stabilität der Membrana interossea wiederhergestellt und das mediale, laterale und dorsale Kompartiment organisiert. Dies erhöht den Ordnungsgrad von G (dem Schwerpunkt der unteren Körperhälfte, der etwa auf Höhe von L4 sitzt), da der Unterleib sein Gewicht besser abstützen kann.

Funktionell werden die intrinsischen von den extrinsischen, über das Sprunggelenk hinausziehenden Fußmuskeln entkoppelt, sodass die Zehen sich unabhängig von den Sprunggelenken bewegen können und die Abstoßungsphase beim Gehen effizienter wird. Die Stimulation der intrinsischen Fußmuskeln verbessert den Kontakt zum Boden und bringt Bewegung in die Frontalebene, indem das Zusammenspiel zwischen Os cuboideum und Os naviculare wiederhergestellt wird. Dies verbessert die Fähigkeit der Füße - in Zusammenarbeit mit Auge, Innenohr, und Temporomandibulargelenk (Bricot 2001) -, das dynamische Gleichgewicht zu halten.

Mit der Bearbeitung der oberflächlichen Wirbelsäulenstrecker beginnt die Arbeit an der optimalen Einstellung der Übergangszone für kontralaterale Wirbelsäulenbewegungen, die idealerweise zwischen Th8 und Th10 liegen sollte. Wenn sie höher liegt, entsteht eine zu lange oder vertiefte Lordose, die dazu führt, dass der von den Beinen kommende Impuls bereits auf Höhe des Abdomens ausläuft. Dies äußert sich in übersteigerten Bewegungen von Beckengürtel und Beinen (im Vergleich zu Schultergürtel und Armen). Umgekehrt entsteht, wenn die Übergangszone unterhalb von Th8-10 liegt, eine relativ flache Lendenlordose mit verlängerter oder verstärkter Kyphose. Bei dieser Konfiguration kann der Impuls von den Beinen nicht effizient in die kontralaterale Bewegung auf Achselhöhe umgesetzt werden. Dies kompensieren Schultergürtel und Arme mit - im Vergleich zu Beckengürtel und Beinen - übertriebenen Bewegungen.

### Dritte Sitzung: Ausgleich der fasziellen Längen entlang der Seitenlinie

Die dritte Sitzung baut auf das bisher (an Raum, Anpassungsfähigkeit und Stabilität) Erreichte auf, um G und G' an der Seitenlinie des Körpers senkrecht untereinander auszurichten. Wenn G' oder G vor oder hinter die Seitenlinie verlagert sind - sprich: wenn die Sei-

tenlinie zwischen G und G' von der Senkrechten abweicht -, stellen sich die Volumina von Thorax und Bauch verformt dar (ein Beispiel zeigt Abb. 7.3.2).

In der Haltung manifestieren sich in gewissem Sinn unsere Beziehungseinstellungen, und ihr körperlicher Ausdruck sind die habituellen Positionen von G und G' relativ zur Seitenlinie. Zwar gibt es keine allgemeingültige Korrelation zwischen bestimmten Segmentpositionen und dazugehörigen emotionalen Zuständen, aber wir alle wissen, wie unser Körper auf bestimmte Situationen mit kleinen Vor- oder Rückwärtsverschiebungen des Beckens oder der Brust reagieren kann.

In der dritten Sitzung behandeln wir (a) die Faszie von Arm und Schultergürtel, die die Position und Beweglichkeit von G' behindern kann, und (b) die oberflächlichen Strukturen, die die Beckenneigung über den Femurköpfen beeinflussen und die Vorneigung des Rumpfs über die Hüftgelenke ermöglichen. Schließlich wird die Brücke zwischen Thorax und Becken - die vordere Bauchmuskulatur und der M. quadratus lumborum - ausbalanciert, um Differenzierung und Bewegung zwischen diesen beiden Segmenten zu ermöglichen.

Strukturell bewirkt diese Sitzung eine palintone Ausrichtung der großen Körpersegmente entlang einer seitlichen Linie vom Chopart- bis zum Glenohumeralgelenk. Durch die Lösung von Restriktionen zwischen Thorax und Becken können diese Segmente in der sagittalen Ebene eine nahezu horizontale Position einnehmen.

Funktionell befreit die Sitzung das Hüftscharnier, um prävertebral ausreichend Länge für alle ausgreifenden Bewegungen zu erlauben. Der Ausgleich zwischen der vorderen und hinteren Becken-Rippen-Länge ist - mit den Horizontalen, die dadurch entstehen - die Basis für die diagonalen (d.h. kontralateralen) Extremitätenbewegungen und fördert die Kontralateralbewegung in der Wirbelsäule selbst.

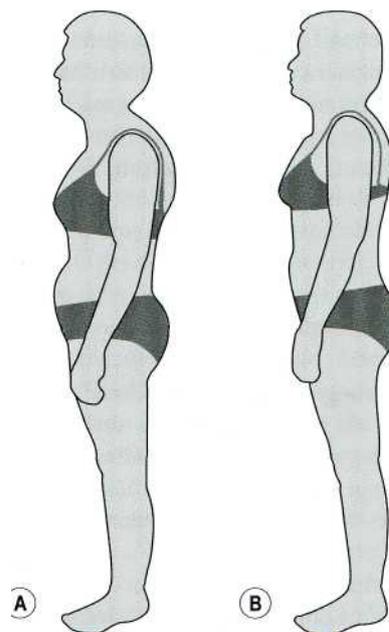


Abb. 7.3.2 Diese nach Fotos angefertigten Zeichnungen zeigen eine Klientin vor (A) und nach (B) zehn Sitzungen Rolting. Man beachte die Normalisierung der thorakalen und abdominalen Volumina.

### Vierte Sitzung: Ausgleich zwischen Beininnen- und -außenseite

Die vierte Sitzung ist die erste von drei Sitzungen, in denen es um das Verhältnis zwischen Becken und Beinen sowie um die Verbindung zwischen den unteren Extremitäten und dem - nicht direkt zugänglichen - prävertebralen Raum geht. Über den Kontaktbereich auf der Innenseite der Beine können wir aufgrund der faszialen Kontinuität zwischen Adduktoren, Beckenbodengewebe und lumbosakralem Prävertebralraum durch unsere Arbeit an den Adduktoren Strukturen beeinflussen, die wir nicht direkt berühren können.

Bei einem Ungleichgewicht zwischen den Oberschenkeladduktoren und -abduktoren entsteht eine Innen- oder Außenrotationsstellung des Femurs. In beiden Fällen ist die Beugung in der Hüfte eingeschränkt und die fasziale Organisation und Funktion von Beckenboden, Iliosakralgelenken und Psoas beeinträchtigt. In der vierten Sitzung wird die Beininnenseite befreit, indem die Adduktoren von der angrenzenden Muskulatur - dem Quadriceps nach ventral bzw. der ischiokruralen Muskulatur nach dorsal - differenziert werden. Dank der faszialen Kontinuität wird durch die bessere Organisation der Adduktoren auch der Beckenboden besser organisiert, und die fasziale Verbindung zwischen der Beininnenseite und der Vorderseite der Wirbelsäule wird deutlich.

Strukturell wird die Arbeit der zweiten Sitzung von den Füßen bis zur Vorderseite der Lendenwirbelsäule fortgesetzt. Zwischen den Innen- und Außenseiten der Beine werden die Längen ausgeglichen, und es wird ein dynamisches Gleichgewicht geschaffen.

Funktionen verbindet die vierte Sitzung die Füße mit der Wirbelsäule. Dies geschieht über die Faszie der Medianlinie, die indirekt den spinalen Punkt des Übergangs zur Kontralateralbewegung beeinflusst (siehe die Ausführungen zur zweiten Sitzung). Wenn sich der Körper zu seiner Mittellinie hin und nach oben organisiert, stellt sich typischerweise sowohl beim Klienten als auch beim Rolfer der Eindruck ein, dass die Beine bis in das Abdomen hineinreichen und die Schritte länger werden. Die Klienten beschreiben ein Gefühl der Volumenzunahme und der bewussten Wahrnehmung des prävertebralen abdominalen Raums.

### Fünfte Sitzung: Verbindung der Beine mit der Wirbelsäulenvorderseite

Wenn Längen und Tonus über die großen Gelenke wie die Hüftgelenke hinweg ausgeglichen sind, wirkt die Schwerkraft durch die Gelenke hindurch. Die fünfte Sitzung arbeitet an den Strukturen, die ventral vor dem Hüftgelenk entlangziehen: M. quadriceps und M. iliopsoas. Das Einflussgebiet umfasst auch die Faszie der Bauchwand, die die Kontinuität der Beine mit der Lendenwirbelsäule über den Iliopsoas verstärkt. Da ein großer Teil dieses Einflussgebiets nicht direkt berührt werden kann, beeinflussen wir es mithilfe der faszialen Kontinuität.

Strukturell besteht das Ziel darin, genügend Raum und Länge an der Oberschenkelvorderseite und in der Prävertebralregion zu schaffen, um eine vollständige Streckung der Beine zu ermöglichen und den Organen, die im Becken- und Thoraxraum in der viszeralen prävertebralen Säule liegen (Schwind 2006), Raum zu geben. Wenn die Faszie genügend Länge hat und die tiefen Flexoren sich frei in der Bauchhöhle bewegen können, balanciert sich das knöcherne Becken neu über den Füßen aus, und dysfunktionale Beckenkippungs- oder -versatzmuster werden schwächer ( Abb. 7.3.3).

Funktionen heißt das: Nur wenn sich das Bein ganz durchstreckt, kann der Fuß (insbesondere die Zehen) den Körper wirklich nach vorn abstoßen und die Wirbelsäule strecken. Der Psoas, der vom Trochanter minor zu den Lendenwirbelkörpern zieht, verbindet die Beine direkt (ohne Zwischenschaltung von Strukturen aus dem Beckenraum) mit der Wirbelsäule und kann den Femurkopf so stabilisieren, dass eine kontralaterale Beinbewegung möglich wird und der funktionelle Kern hervortritt. Die funktionelle Differenzierung des tiefen Rumpfmuskels Transversus abdominis vom oberflächlichen Rectus abdominis ist essenziell. Beim Gehen scheint die Schwerkraft das Bein von der Vorderseite der Lendenwirbelsäule aus zu erfassen, bevor es weich nach vorn ausschwingt.

### Sechste Sitzung: Herstellung der dorsalen Länge, Kontinuität und Ordnung

In der sechsten Sitzung geht es um die Körperrückseite, die über ihre gesamte Länge durch eine fortlaufende Faszienspanne von den

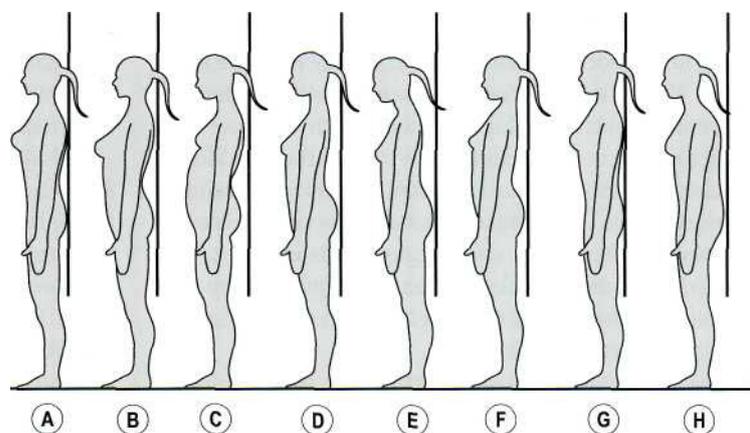
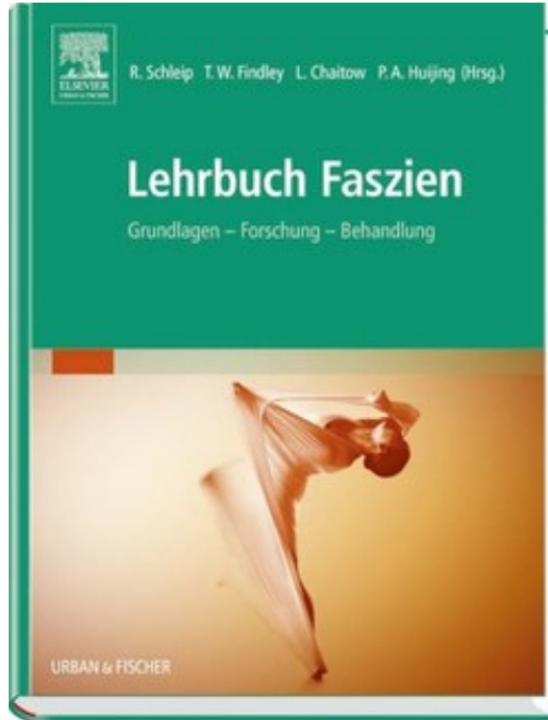


Abb. 7.3.3 Richtige Körperhaltung (A) und häufige Fehlhaltungen (B bis H) aufgrund von Beckenkippung oder -versatz durch fasziale Restriktion.

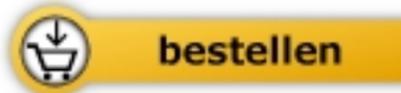


Robert Schleip

## [Lehrbuch Faszien](#)

Grundlagen, Forschung, Behandlung

432 Seiten, geb.  
erschienen 2014



Mehr Bücher zu gesund leben und gesunder Ernährung [www.unimedica.de](http://www.unimedica.de)