

Sabrina Mager

Kinesiologie als Unterstützung der Therapie bei Leukämiepatienten nach Knochenmarkstransplantation

Ein Erfahrungsbericht



EVfK - Europäischer Verband für Kinesiologie e.V.
 Cunostr. 50 - 52
 D-60388 Frankfurt-Bergen
 E-Mail: info@evfk.de
 www.kinesiologie-verband.de

Von August 2008 bis März 2009 führte ich in einer Rehabilitationsklinik eine Studie mit folgender Fragestellung durch: „Haben die kinesiologische 14-Muskel-Balance des Touch for Health und die herkömmliche Behandlung von knochenmarks-transplantierten Leukämiepatienten einen positiven Effekt?“ Der Hintergrund zur Anfertigung dieser wissenschaftlichen Arbeit lag in der bisher unzureichenden Studienlage im Bereich der Kinesiologie. Die Qualität vorhandener Studienberichte sei laut bisherigen Untersuchungen mangelhaft (Hall, 2008). Dabei ist jedoch die Frage nach evidenzbasierten Behandlungen in den letzten Jahren in den Fokus sowohl von Kostenträgern und Behandlern als auch von Patienten gelangt. Meine persönliche Motivation zur Anfertigung dieser Arbeit lag in der Integration einer kinesiologischen Methode, der 14-Muskel-Balance des Touch for Health, in den Bereich der Physiotherapie. Ziel dieser Studie war es dabei nicht, eine Gegenüberstellung zwischen Schulmedizin und Kinesiologie zu erreichen, sondern eine mögliche gegenseitige Ergänzung dieser beiden Methoden in der Zusammenarbeit aufzuzeigen. Meine Absicht bestand somit darin, über einen möglichst positiven Effekt, den die Kinesiologie in Kombination mit schulmedizinischen Behandlungen haben könnte, kinesiologischen Interventionen zu besserer Anerkennung zu verhelfen.

Schon während der Studienplanung bemerkte ich, dass die Durchführung dieser Untersuchungen ein Zusammenspiel mehrerer Professionen werden müsse. Ich benötigte die Mitarbeit von Ärzten, die mir die Patienten laut der vorher festgelegten Einschlusskriterien zukommen ließen, von einem Biomechaniker, der die Testmessung durchführte, und von einem Statistiker, mit dem ich gemeinsam an der Auswertung der Testergebnisse arbeitete – alles Verfechter der Schulmedizin. Schon während dieser Vorgespräche wurden beiläufig zur eigentlichen Studienarbeit viele Unterhaltungen zum Thema Kinesiologie geführt, Erklärungen meinerseits gegeben und das Interesse der schulmedizinisch geprägten Kollegen an kinesiologischen Verfahren geweckt.

Letztendlich war nach der Studienauswertung die Anerkennung aller Mitwirkenden und zum Teil auch die Überraschung über die erzielten Ergebnisse deutlich spürbar.

Ein Teil der in die Studie einbezogenen Patienten, die so genannte Experimental- oder Untersuchungsgruppe, erhielt regelmäßig eine 14-Muskel-Balance aus dem Touch for Health. Wenn man sich zur Ausübung der Kinesiologie entscheidet, ist das eine grundlegende Intervention, bei der der angehende Kinesiologe vorwiegend auf der körperlichen, also der strukturellen Ebene arbeitet. Die Korrekturen zur Balance von Energieungleichgewichten werden dabei über recht einfache Übungen

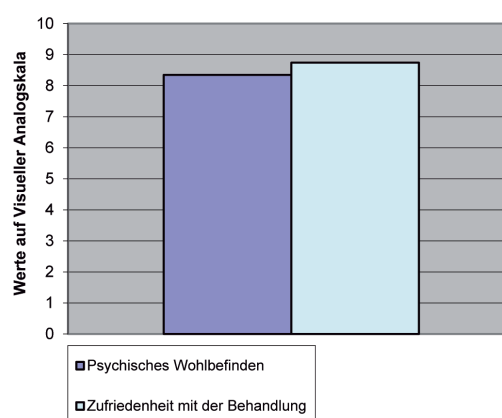


Abb. 1: Durchschnittliche Ergebnisse aller 14 Muskelbalancen

ausgeführt – mit großer Wirkung, wie an den Studienergebnissen zu erkennen war.

Die innerhalb der Experimentalgruppe durchgeführten Balancen unterschieden sich, bezogen auf die einzelnen Patienten oft sehr stark. Das Ausgangsniveau reichte dabei von Patienten, die kaum die Kraft aufbringen konnten, das Bett zu verlassen, bis hin zu Patienten, die täglich auch trainingstherapeutische Maßnahmen (z. B. Training an Geräten) erhielten. Erstaunlich jedoch war, dass letztlich jeder Patient in seiner Weise von der zusätzlichen kinesiologischen Balance profitierte, was sich auch hier später in den Ergebnissen ausdrückte.

Der positive Effekt war somit relativ unabhängig von der Ausgangskondition der Patienten.

Es trat jedoch noch ein anderer Aspekt auf. Viele äußerliche Faktoren beeinflussten die Balancen zusätzlich. Vor allem die medikamentöse Behandlung nahm dabei einen großen Stellenwert ein. Aufgrund ethischer Gesichtspunkte wurde in der vorliegenden Studie keine Nullgruppe gebildet, d. h. eine Gruppe, die ausschließlich kinesiologisch balanciert wird und keine weitere schulmedizinische Behandlung (auch keine Medikamente) bekommen würde. Das wäre bei der Schwere des untersuchten Krankheitsbildes nicht möglich gewesen und war auch nicht gewollt. Das Ziel war, wie bereits erwähnt, die Verbindung von Schulmedizin und Kinesiologie zu untersuchen. Somit fanden die Balancen unter sehr hoher und schwerer Medikation statt.

Bei einem Patienten beispielsweise wurde die Balance im Patientenzimmer durchgeführt, da er zu schwach war, sein Zimmer zu verlas-

sen. Für alle anderen Balancen nutzte ich einen eigenen Therapieraum. Als ich das erste Mal sein Zimmer betrat, sah ich sein völlig mit Medikamenten bedecktes Nachbarbett. Er stellte sich dort soeben die Tabletten für den folgenden Tag zusammen. Das war ein prägender Moment für mich. Es zeigte sich deutlich, unter welchen Voraussetzungen ich die Balancen und Testungen durchführte. Mit einer sanften Methode wie der Kinesiologie unterstützte ich Patienten, die gleichzeitig unter anderem Glukokortikoide und Zytostatika (teilweise in Hochdosen) zu sich nahmen. Das Ausgangsniveau für die Balance war damit schon im Vorfeld generell sehr hoch.

Kann der Körper dann überhaupt noch auf eine so sanfte kinesiologische Balance reagieren oder ist die Reaktionsfähigkeit somit schon nahezu unmöglich?

Auch diese Frage konnte man anhand der späteren Ergebnissen der Studie beantworten: der Körper kann sehr wohl noch auf den kinesiologischen Stimulus ansprechen und seine Selbstheilungskräfte mobilisieren. Ob zum Beispiel die Medikation diesen Prozess teilweise auch hemmt, konnte aufgrund der nicht durchführbaren Nullgruppe jedoch nicht herausgefunden werden. Auf jeden Fall stellte das durch die hohe Medikation künstlich angehobene Ausgangsniveau der Patienten eine große Herausforderung für die kinesiologische Balance dar. Aber auch das gehört zur Verbindung von Kinesiologie und Schulmedizin.

Es stellt sich natürlich die Frage, weshalb ich aufgrund dieser medizinischen Voraussetzungen derart schwer betroffene Patienten als Studienteilnehmer gewählt habe. Zum einen ging ich eher pragmatisch vor: Je geschwächer der Patient zu Beginn einer Studie ist, desto deutlichere Effekte können innerhalb der Studie erzielt werden, was die Aussage der Studie erhöhen kann. Zum anderen – und das überwog für mich persönlich – sind Patienten, bei denen nahezu alle Möglichkeiten der Schulmedizin ausgeschöpft wurden, sehr dankbar für die Anwendung sanfter Methoden.

Eine heute sehr technisierte Behandlungsweise,
gerade bei den hier untersuchten Krankheitsgeschehen,
erhöht den Bedarf an „berührenden“ Methoden.

Eine solche Intervention stellt die kinesiologische 14-Muskel-Balance durchaus dar. In ihr findet eine intensive Interaktion durch Berührung zwischen Kinesiologe und Patient statt (Massage von neurolymphatischen Punkten, Halten von neurovaskulären Punkten etc.). Ich bin mir sicher, dass dies ein wesentlicher Grund dafür ist, dass sich das Wohlbefinden der Patienten durch die Balancen stets steigerte (über einen studienbegleitenden Fragebogen evaluiert).

Nach Beendigung der Balance-Serie eines jeden Patienten wurde die Frage nach einer Fortsetzung der Balancen auch unabhängig von der Studie laut. Das zeigte mir ebenso die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlungs- oder Balanceweise.

Nicht zu vernachlässigen ist Folgendes:

Die Patienten standen während der gesamten Balance für mich als kinesiologisch zu Balancierende im Mittelpunkt und hatten meine absolute Aufmerksamkeit, was sie auch nach eigenen Angaben deutlich spürten. Es ist meiner Meinung nach fraglich, ob man in der heutigen Zeit innerhalb der Medizin verallgemeinern kann, dass der Patient immer im Mittelpunkt steht. Genau dieser Aspekt aber trug vermutlich dazu bei, dass sich die Patienten während der Balancen so wohlfühlten und sehr gute Ergebnisse erzielt wurden. Hier handelt es sich sicherlich um Mutmaßungen, die nur teilweise zu belegen sind.

Könnte das aber nicht auch ein Denkansatz
für die Medizin im Allgemeinen sein?

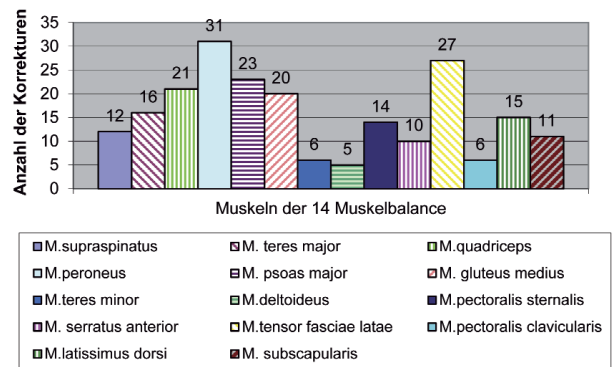


Abb. 2: Übersicht über Häufigkeit der einzelnen zu korrigierenden Muskeln.

Hierzu ein Beispiel: Zu Beginn der Balance-Serie waren bei allen Patienten auffällig viele Muskeln abgeschaltet und damit Meridiane blockiert. Eine Balance dauerte aufgrund der Balancetechnik somit bis zu 1,5 Stunden. Das entspricht einer scheinbar sehr langen Dauer, da der Körper auf die gestellten Korrekturen, also Reize, auch immer wieder reagieren muss. Damit leistet er während dieser Zeit Schwerstarbeit, und eine derart lange Balance könnte unter Umständen eine Überlastung des Körpers nach sich ziehen. Durch die Reaktionen des Muskeltests zeigte der Körper mir aber jeweils nach dem Biofeedback-Prinzip, dass er nach den Korrekturen „verlangte“ und den gestellten Anforderungen gewachsen war. Somit konnte auf die innersten und damit häufig unbewussten Bedürfnisse der Patienten eingegangen werden.

Darüber hinaus begannen die Patienten gerade gegen Ende der Balancen häufig zu erzählen – über Geschehenes, Erlebnisse und Wünsche –, was Ausdruck für ein tiefes Vertrauensverhältnis zwischen Kinesiologin und Patient ist und was durch die Balancen hervortrat. Auch das trug meiner Meinung nach zum Wohlergehen der Patienten bei.

Ein weiterer Vorteil der gewählten 14-Muskel-Balance war die Entwicklung eines neuen Körperbewusstseins bei den balancierten Patienten. Energieblockaden, die durch eine Abschaltung des zum jeweiligen Meridian zugeordneten Muskels angezeigt wurden, korrigierte ich sofort und führte einen Re-Test dieses Muskels durch.

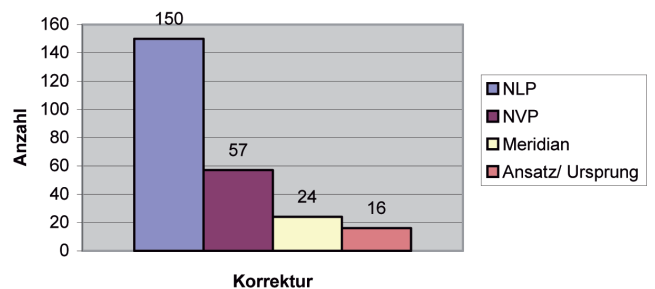


Abb. 3: Häufigkeit der durchzuführenden Korrekturen gesamt.

Dadurch war es auch dem Patienten möglich, die unmittelbare Veränderung festzustellen. Das wurde allein durch die unterschiedliche Empfindung zwischen einem angeschalteten und einem abgeschalteten Muskel deutlich. Einer meiner Patienten hatte anfangs einen allgemein sehr erhöhten Muskeltonus. Den Unterschied zwischen angeschaltetem und abgeschaltetem Muskel konnte er zu Beginn nur schwer unterscheiden. Eventuell gab es dabei noch andere kinesiologische Hintergründe, die beispielsweise durch das Auflösen von reaktiven Muskelbeziehungen eliminiert werden können. Aber ich balancierte dennoch ausschließlich über die 14-Muskel-Balance. Zunehmend bemerkte ich, dass dieser Patient besser auf meinen Testdruck antwortete und auch seine Muskelreaktion (angeschaltet / abgeschaltet) adäquater wahrnehmen konnte. Das heißt,



Sabrina Mager

Physiotherapeutin; Schwerpunkt neurologische Behandlung jugendlicher Schädelhirntrauma- und Schlaganfallpatienten im Neurologischen Rehabilitationszentrum für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene Klinik Bavaria Zscheckwitz; seit 2007 Kinesiologin in Ausbildung an der Internationalen Kinesiologie Akademie Frankfurt/Main; seit 2009 Bobaththerapeutin (IBITA); Vortragstätigkeit im In- und Ausland.

Kontakt:
contact@sabrina-mager.de

er wurde sensibler für die Veränderungen, die in seinem Körper passierten.

Die Patienten in der Untersuchungsgruppe wurden somit direkt in das Geschehen einbezogen und bewusst am Prozess (der Veränderung) beteiligt. Das wurde auch bei der objektiv und zum Vergleich der Gruppen notwendigen biomechanischen Messung deutlich. Dafür wählte ich ein Dynamometer (Kraftmessgerät), welches die Maximalkraft verschiedener Beinmuskeln angibt. Auch dort erhielten die Patienten sofort Ergebnisse. Am Ende der Rehabilitation konnten sie die positiven Ergebnisse, die sie erzielt hatten, direkt mit den Messergebnissen zu Beginn der Reha-Maßnahmen und auch der Balancierungen vergleichen.

Bei der Mehrzahl der Patienten war das Erstaunen über die Veränderungen innerhalb der letzten Balance, bei der sowohl vor der Maßnahme als auch unmittelbar danach eine Dynamometer-Messung durchgeführt wurde, sehr groß. Sie wurden mit einem sehr positiven Gefühl aus dem Studien-Setting entlassen.

Ist es nicht genau das, was ein Therapeut, Mediziner oder auch Kinesiologe beabsichtigt?

Nach den Untersuchungen vergingen noch einige Monate, bis alle Ergebnisse zusammen-

getragen, ausgewertet (mit einer Kontrollgruppe verglichen) und formuliert waren. Danach war mir klar, dass ich damit sicherlich nicht alle Aspekte der Kinesiologie (z. B. auch die seelische und geistige Ebene) direkt in diese Studie einbezogen hatte. Ich wusste aber aufgrund der eigenen Beobachtungen, die nicht extra evaluiert wurden, dass ich all diese Ebenen mit berührt hatte.

Fazit

Die Kinesiologie in ihrer Gesamtheit zu untersuchen ist sehr schwer. Jedoch kann durch die Durchführung verschiedenster kinesiologischer Studien ein ganzheitlicheres Bild entstehen, womit auch eine wissenschaftliche Vernetzung der einzelnen Ebenen (körperlich, geistig, emotional) geschehen könnte. Deshalb ist es so wichtig, dass weitere Studien zu kinesiologischen Untersuchungen folgen.

Für die Durchführung nachfolgender Studien scheint es jedoch wichtig zu sein, dass sich vor allem auch Fallstudien zur Evaluation der kinesiologischen Methoden eignen. Der Grund dafür ist, dass diese wesentlich mehr Aspekte betrachten können als beispielsweise der Goldstandard einer kontrollierten, randomisierten Studiengestaltung in der medizinischen Forschung.

Für mich persönlich war die Durchführung dieser Studie von hohem Wert. Mir ist unter anderem bewusst geworden, mit welchen – kinesiologisch gesehen – einfachen Mitteln man Großes bewirken kann. Gerade das ist ein großer Ansporn für mich, weiterhin die Kinesiologie in meiner täglichen Arbeit mit heute schwerkranken neurologischen Patienten einzusetzen.

Die Studie wurde erstmals im Dezember 2010 während des 3. European Congress of Integrative Medicine (ECIM) der Charité in Berlin in Form eines Posters vorgestellt und verteidigt. Sie ist in dieser Fassung im European Journal of Integrated Medicine zu finden, sowie in den Internetdatenbanken EMBASE, EMCare und Scopus.

Unterstützt und fachlich beraten wurde ich während und nach der Durchführung der

Studie durch Frau Ingeborg L. Weber MSc von der Internationalen Kinesiologie Akademie, Frankfurt/M.



Literaturhinweise

- [1] Hall, S.: A review of the literature in applied and specialised kinesiology. Forsch Komplementmed.. (2008) Feb; 15 (1): 40-6
 - [2] Weber, I. L.: Kinesiologie- Hilfe bei schweren Erkrankungen. Am Beispiel eines Myelo-Dysplastischen Syndroms. COMED. 10/2004.
 - [3] Gerz, W.: Lehrbuch der Applied Kinesiology (AK) in der naturheilkundlichen Praxis. 2. Auflage. Wörthsee: AKSE Verlag, 2001
 - [4] Weber, I.L.: Touch for Health. Gesund durch Berühren. Seminar Gesund durch Berühren 1. Dresden, 17.- 18.5. 2006
 - [5] Thie, J. F.: Gesund durch Berühren. 1. Auflage. München: IRISIANA, 2006
 - [6] Grüber Dr., I.: Praxisbuch Kinesiologie. 1. Auflage. München: Südwest Verlag, 1998
 - [7] Moher D. et al.: Das CONSORT- Statement: Überarbeitete Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung von Reports randomisierter Studien im Parallel- Design. Dtsch Med Wochenschr. (2004) 129: T16- T20
 - [8] Debrunner, A. M.: Orthopädie. Orthopädische Chirurgie. Die Störungen des Bewegungsapparates in Klinik und Praxis. 3. Auflage. Bern- Göttingen- Toronto- Seattle: H. Huber, 1994
 - [9] Stoll, T. et al.: Maximal Isometric Muscle Strength : Normative Values and Gender-Specific Relation to Age Clinical. Rheumatology (2000) 19: 105-113
 - [10] Garten, H.: Lehrbuch Applied Kinesiology. Muskelfunktion. Dysfunktion. Therapie. 1. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag, 2004
 - [11] Waxenegger Msc., I.: Gezielter Einsatz des kinesiologischen Muskeltests. The scientific World Journal, 2007
 - [12] Frost, R.: Grundlagen der Applied Kinesiology. 1. Auflage. Kirchzarten: VAK Verlag, 1998
- Mager, S.: Bone marrow transplant leukemia patients and kinesiological muscle balance through Touch for Health, in: European Journal of Integrative Medicine, Volume 2 N04, Dec. 2010