EVSO® Lexikon für die Manuelle und Osteopathische Veterinärmedizin (MOVM)

European Veterinary Society for Osteopathy

VERSION 1 _ März 2022

Quellen:

- Glossaire de l'American Association of Colleges of Colleges of Osteopathic Medicine 2011 (AACOM) (1)
- Definition der Osteopathie durch das General Osteopathic Council (2)
- Lexikon von TA Fabrice Fosse 2012 und 2019, AVETAO (3)
- TA Raphael Boillot's Nomenklatur 2019, IMAOV (4)
- Anmerkungen von TA Sarah Miccichè-Walzinger, STOA (5)
- Anmerkungen von TA Anne Pascale Gustin, Osteovet (6)
- Anmerkungen von TA Brigitte Traenckner, TAO-EQUILIBRE(7)

Redaktion:
TA Stephanie Achcar, TA Jean-Philippe Liot, TA le Kris de Ceulaer

Wir danken:

TA Christian Struchen, TA Jean-Pierre Pallandre, TA Larissa Vicart, TA Anne Bardavid und Prof. Paul Vaucher für ihre unschätzbare Hilfe.

ALLGEMEINE EINFÜHRUNG

Dieser Dokumententwurf ist eine Sammlung von veterinärmedizinischen Fachbegriffen und Konventionen für EVSO® zertifizierte Schulen.
Es ist wichtig zu berücksichtigen, dass die Mehrzahl der definierten Modelle und Prinzipien von den traditionellen Ausbildungskonzepten abgeleitet ist, die die Grundlage der Osteopathie bilden. Einige dieser historischen Konzepte sind derzeit noch Hypothesen und Theorien, die in Zukunft noch überprüft, bestätigt oder für ungültig erklärt werden müssen. Sie wurden verwendet, um die "Empfindung" von Osteopathen zu verstehen und zu erklären. Die Veterinärosteopathie leitet sich von diesen historischen Ansätzen ab. Neuere Forschungen in den Neurowissenschaften legen nahe, dass der mögliche Ursprung von Funktionsstörungen, wie sie von Osteopathen definiert werden, neurologischer oder neuro-humeraler Natur ist.
Das vorliegende Lexikon soll sich im Einklang mit den wissenschaftlichen Daten weiterentwickeln. Dieses Dokument basiert auf einem bibliographischen Ansatz und auf den Ansätzen verschiedener Schulen und Institutionen, die an der Ausbildung in Manueller Veterinärmedizinischer Osteopathie beteiligt sind (1–7), sowie auf ihren Quellen(8–12,12–25).
Es umfasst auch bibliographische Referenzen, wobei neuere kritische Ansätze (26–40) den modernen konzeptuellen Ansatz der Osteopathie (30,41–43).

EVSO® Definition von MOVM:

1. Manuelle Medizin, die Gewebedysfunktionen (Gewebe aus histologischer Sicht) durch Manipulationen behandelt (TA A.P. Gustin)(6).

2. Die osteopathische Behandlung integriert eine breite Palette von Ansätzen zur Gesunderhaltung und zum Krankheitsmanagement. Sie umfasst das Konzept der Einheit von Struktur (Anatomie) und Funktion (Physiologie) des Individuums; sie erkennt an, dass die klinischen Anzeichen und Symptome eines jeden Patienten die Folgen des Zusammenwirkens mehrerer physischer und nicht-physischer Faktoren sind; und sie betont die Bedeutung der Beziehung vom Patienten mit seinem Behandler im therapeutischen Prozess. Osteopathie und osteopathische Medizin sind patientenzentrierte (und nicht krankheitszentrierte) Ansätze zur Gesundheitsversorgung (General Osteopathic Council)(2).

3. Der Begriff „Tierärztliche manuelle Medizin“ umfasst alle Diagnose- und Behandlungstechniken, die in der tierärztlichen Praxis mit bloßen Händen durchgeführt werden. Sie ist inspiriert von und nutzt verschiedene manuelle Therapieansätze: Externe Chirurgie, Reboutage, Chiropraktik, Osteopathie, Physiotherapie, Etiopathie, Tui na usw. Sie entwickelt ein spezifisches Vokabular in Übereinstimmung mit dem medizinischen Vokabular, eine pathogene Analyse basierend auf der klassischen medizinischen Physiopathologie und wird ergänzend in die Konsultation integriert (AVETAO)(3) .

4. Aufbauend auf der Klassischen Osteopathischen Feldtheorie (KOF) untersucht ein Artikel* in einer retrospektiven Analyse die bisherigen Versuche, die Osteopathische Medizin zu definieren, denn es finden sich in der Literatur eigentlich nur Beschreibungen, was Osteopathie sei, aber keine Definitionen. Präsentiert wird der Versuch einer zeitgemäßen Definition zur Osteopathischen Medizin im Humanbereich: Osteopathische Medizin ist psychophysisches Denken und Handeln mit palpatorischer Orientierung zur Gesundung. (*Osteopathische Medizin: Prof. Johannes Maier et.al., Versuch einer zeitgemäßen Definition, Elsevier Verlag, Zeitschrift Osteopathische Medizin Jahrgang 2019) (TAO)(7).

VOKABULAR

Dysfunktionen in der Medizin.

Unterbrechung, Veränderung oder Anomalie in der Funktion eines Organs. (Dictionary, Encyclopedia and Thesaurus - The Free Dictionary) (21).

«Osteopathische» Dysfunktion in der Veterinärmedizinischen Osteopathie.

Dieser Absatz besteht nach letzter Fassung nur noch aus: Reversible Funktionsbeeinträchtigung des Organismus, die sich durch eine Einschränkung der Beweglichkeit eines oder mehrerer seiner Bestandteile manifestiert, sowie deren biologischen Auswirkungen im Zusammenhang mit dieser Störung (DV. F. Fosse)(3).
Reversible Funktionsbeeinträchtigung des Organismus, die sich durch eine Beweglichkeitseinschränkung eines oder mehrerer seiner Bestandteile sowie durch biologische Rückwirkungen im Zusammenhang mit der Störung manifestiert (TA. F. Fosse) (3).

Läsionen.

1. Abgeleitet vom lateinischen „laedere“: eine Wunde zufügen. In der Medizin handelt es sich um eine anatomische und histologische Veränderung von Gewebe, bzw. eines Organs.
2. In der Osteopathie werden Läsion und Dysfunktion missbräuchlich synonym verwendet oder bewusst differenziert eingesetzt, um die Wirkungsweise der Osteopathie als funktionelle und nicht als läsionelle Therapie zu erklären.

Fixierung in der Manuellen Veterinärmedizin (MVM)

1. Unmöglichkeit für eine Struktur, sich innerhalb bestimmter physiologischer Raumachsen zu bewegen. Sie manifestiert sich bei der Mobilisierung der Struktur durch eine Einschränkung ihrer Beweglichkeit und/oder bei der Palpation durch eine Veränderung ihrer plastischen, elastischen und viskoelastischen Eigenschaften (AVETAO)(3).
2. Palpatorische Erfahrung in der manuellen Veterinärmedizin, die dem abnormalen Widerstand oder der Unmöglichkeit einer anatomischen Struktur entspricht, sich in bestimmten Raumachsen zu bewegen (hinsichtlich Mobilität als auch Mikromobilität), die sie normalerweise besitzt, sowie einer Modifikation ihrer Viskoelastizität (TAO)(7).

GLOSSAR

A

☐ Angeborene Hirnmotilität.

Die angeborene Fähigkeit des Gehirns, sich spontan zu bewegen, wie es auch für die anderen Organe des Körpers beobachtet wurde (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I. MAGOUN D.O.)(19)das gleiche Konzept gilt für alle Organe, sogar für alle Zellen (AVETAO) (3).

☐ Amplifikations- (Verstärkungs-, Anreiz- oder Beschleunigungstechniken.

1. Eine Methode, die den Rhythmus und die Amplitude der Fluktuation des Liquors erhöht (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I. MAGOUN D.O.) (19)
2. Viele fasziale, muskuläre und viszerale Manipulationstechniken verwenden die gleichen Namen (TA. F. Fosse) (3).

☐ (Biomechanischer) Ansatz in der MVM (Manuelle Veterinärmedizin).

Vorstellung des Organismus als eine Maschine, die aus Zahnrädern und Zahngetrieben besteht. Jedes Element muss mechanisch perfekt in das nächste greifen, damit das Ganze perfekt angeordnet ist und funktioniert (AVETAO)(3).

☐ (Gewebe) Ansatz in der MVM.

1. Grundlegend mechanistischer Ansatz, der viele andere Elemente der Mechanik und Gewebephysiologie (Tensegrity, Thixotropie, mikrovakuolares dynamisches Absorptionssystem...) (TA F. Fosse)(3) einbringen würde (AVETAO)(3).
2. Ansatz, der viele Elemente der Mechanik und Gewebephysiologie (Neurophysiologie, Makro- und Mikrodynamik, Tensegrity, Faszienplastizität, Piezoelektrizität, Thixotropie, mikrovakuolares dynamisches Absorptionssystem...) beinhaltet (TAO)(7).

☐ (Energetischer) Ansatz in der MVM.

1. Seine Grundlage ist unter anderem das Studium der traditionellen chinesischen Medizin und ihrer Komplementarität zur manuellen Medizin. DV. Francis Lizon hat die Hypothese aufgestellt, dass die Akupunkturmeridiane auf ihrer anatomischen Grundlage der Faszien Skelett-Band-Muskulatur-Viszeral-Ketten bilden (AVETAO)(3).
2. Deren weitgehende Analogie konnte durch die Präparationen der funktionellen kinetischen Faszienlinien beim Menschen durch Tom Myers, und in der Tiermedizin durch Vibeke Elbrond gezeigt werden (V.Elbrond: file:///Volumes/Daten/a-Skripte%20Kurse-Filme/Elbrond/2018/06View%20of%20Myofascia%20-%20the%20unexplored%20tissue:%20Myofascial%20kinetic%20lines%20in%20horses,%20a%20model%20for%20describin.webarchive + Myers, Thomas,W., Anatomy Trains, Myofasziale Leitbahnen, 2. Auflage, Urban und Fischer) (TAO)(7).

☐ Activating Force (AF).

Fazilitierende Kraft (Kompression, Traktion, Torsion, Atmung…) die bei manchen osteopathischen Techniken (FPR, Still Technik…) als aktivierende Kraft eingesetzt wird. (TAO)(7).

☐ Außenrotation der paarigen Schädelknochen.
Periphere Rotation der **paarigen** Schädelknochen. In der physiologischen Mechanik der PRM machen die paarigen Knochen eine externe Rotation, wenn die Spheno-Basilar-Symphyse während der Inspirationsphase eine Flexion macht (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I. MAGOUN D.O.) (19).

☐ Ausgewogene Membranspannung.
Präziser Punkt in der Gelenkamplitude des Schädelmechanismus, an dem die auf ihn ausgeübte Spannung in allen Richtungen gleich ist (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I. MAGOUN D.O.) (19).

☐ (Vegetativer) Automatismus.
Bewegung, die unwillkürlich in der quergestreiften oder glatten Muskulatur auftritt. Die Automatismen werden durch das autonome Nervensystem gesteuert.
Automatismen sind unter anderen
- die z.T. unwillkürliche Atmungsbewegung des Zwerchfells
- die Herztätigkeit
- die Peristaltik der Hohlorgane des Verdauungstrakts.

(J.P. Barral DO)(11)

B

☐ Balanced Barrier Release (BBR).
Direktes (Barriererichtung) oder indirektes (in Richtung der osteopathischen Dysfunktion) Einstellen des Gewebes in einer Raumdimension. Dann Verstärkung der Dysfunktion (Activating Force) für einen kurzen Moment an einer relativen Barriere am Bewegungsende mit einem darauffolgenden leichten Rückzug. Dem daraufhin einsetzenden Release folgen. Zur Therapie sind oft mehrere Releases erforderlich (TAO)(7).

☐ Beugung oder Ventroflexion der Wirbelsäule.
Ventrale Rotation um eine Querachse in der Sagittalebene mit sich erweiternden Zwischenräumen der Dornfortsätze und sich aufeinander zu bewegenden Wirbelkörpern (AVETAO)(3).

☐ Bewegung.
1. Änderung der Position (Rotation und/oder Translation) relativ zu einem festen System; 2. Akt oder Prozess der Änderung der Position eines Körpers hinsichtlich Richtung, Hub und Geschwindigkeit. (1) **Aktive,** vom Patienten willkürlich erzeugte Bewegung; (2) **inhärente,** spontane Bewegung jeder Zelle, jedes Organs, Systems und ihrer Bestandteile im Körper;(3**). Barriere**, siehe Barriere (Barriere eines Gelenks). (4) **Passiv**, durch den osteopathischen Arzt verursachte Bewegung, während der Patient passiv oder entspannt bleibt; (5) **Physiologisch,** Veränderungen der Position von Körperstrukturen innerhalb des Normalbereichs (AACOM) (1) .

☐ Bewegung von Konvergenz und Divergenz (in den hinteren Zwischenwirbelgelenken/Facettengelenken).
Konvergenz: Annäherung der Gelenkflächen durch eine Gleitgelenkbewegung. Divergenz: Trennung von Gelenkflächen durch eine gemeinsame Gleitbewegung (FIMM) (8).

☐ (Haupt- und Neben) Bewegun.
Definierte Bewegungen für jedes Gelenk. Die **Hauptbewegung** entspricht der Ebene, in der die Artikulation die **größte Amplitude** hat. Eine **Neben-Bewegung entspricht der Ebene, in der das** Gelenk eine **geringere Amplitude aufweist** (TA R. Boillot) (4).

☐ Bewegungsachse (siehe Bewegungsebene).
Imaginäre Linie, die die momentane Rotationsachse darstellt, um die die Bewegung stattfindet. Diese Achse ist während der Bewegung meist beweglich.

☐ Bewegungsbarriere eines Gelenks.

1. Grenzbereich der Bewegungsamplitude eines Gelenks. Diese Barriere kann bezeichnet werden als:
2. Physiologisch: begrenzt durch die aktive Mobilisierung des Segments.
3. Physiologisch dysfunktional und nicht-pathologisch: neue physiologische Barriere bei Dysfunktion oder Einschränkung der Mobilität des Segments (TA A.P GUSTIN)(6).

☐ (Inhârente) Bewegung.

Fähigkeit zur rhythmischen Mikrobewegung durch Vermittlung des ubiquitären Bindegewebes. Sie ist durch eine gewebsspezifische **F**requenz (Myofaszial, faszial, ZNS, Organe), eine **A**mplitude, **S**ymmetrie und **R**hythmus gekennzeichnet (FARS). Ihre Ursachen sind noch nicht eindeutig geklärt. Der Ursprung dieser Bewegung wird nach dem Artikel von Dr. Holger Pelz durch Emergenz des retikulären Rhythmus (retR) durch Synchronisation verschiedener physischer Parameter im gemeinsamen Hirnstammsystem in der Formatio reticularis bei afferentem Input bewirkt. Der retR zeigt eine stabile Frequenz bei 0,15 ± 0,03 Hz (=9/min bzw. 6,67 s). Das autonome Nervensystem ist der Vermittler des retR sowie dessen **Übertragungen in den faszialen, mesodermalen Raum**. Osteopathen können ihre Erfahrungen mit einem Zustand der „relax response" nutzen, um intero- von exterozeptiven Wahrnehmungen zu unterscheiden. In diesem Zustand findet intraindividuelle und interindividuelle „physiologische Beziehungsarbeit" durch afferente Fazilitation des Patientengewebes im Sinne eines „tactile mirroring" des Therapeuten statt. Idealerweise führt das zu einem stabilen retR (bzw. CRI) in der Zweite-Person-Perspektive einer Metaperson von Patienten und Therapeut. Inhärente Rhythmen haben nicht die eine treibende Kraft, sondern emergieren synergistisch aus vielen komplexen psychophysischen Synchronisationen.
(https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1615907115300368, Osteopathische Medizin, Elsevier, Vol.16, Issue 3, Sept.2015)
Bindegewebe und Faszien reagieren auf eine geeignete Manipulation mit Gewebsentspannung (Serge Paoletti, Ida Rolf, J.-P. Barral, Robert Schleip und andere). Grundlage dieses Phänomens ist die Faszienplastizität. Faszienplastizität wiederum ist bedingt durch die Gewebsphysiologie (Hydratisierung und Dehydratisierung, micro-vacuolar collagenic absorbing system MVCAS, Piezoelektrizität, Thixotropie und Neurophysiologie). Eine Störung der Motilität bewirkt regional mittelfristig eine Veränderung ihrer Mobilität (pathologische Crosslinkbildung, Verfilzung) und wirkt auf benachbarte Organ-Systeme und letztlich das gesamte System (TAO)(7).

☐ Biomechanik.

Mechanische Prinzipien, die bei der Untersuchung biologischer Funktionen angewandt werden. Es ist die Anwendung mechanischer Gesetze auflebende Strukturen sowie die Erforschung der mechanischen Eigenschaften lebender Organismen und die Analyse der ingenieurwissenschaftlichen Prinzipien, die die Funktion biologischer Systeme bestimmen. Sie befasst sich mit den Beziehungen von *Strukturen* und *Funktionen* auf allen Organisationsebenen lebender Organismen, von Molekülen wie Kollagen oder Elastin bis hin zu Geweben und Organen. Die Biomechanik charakterisiert die räumlich-zeitlichen Reaktionen von biologischen Materialien, seien sie fest, flüssig oder viskoelastisch, auf ein einwirkendes System von inneren und äußeren Kräften und Belastungen. Neben der klassischen Mechanik nutzt die Biomechanik verschiedene Disziplinen und Techniken wie die Rheologie, um das Verhalten biologischer Flüssigkeiten wie Blut zu untersuchen, die Festigkeit von Materialien, um die Belastungen von Geweben wie Gelenkknorpel oder Knochen zu modellieren, und die Festkörpermechanik, um die Motorik und Fortbewegung von einzelnen Zellen bis hin zu ganzen Organismen zu analysieren (TA. Fosse)(3).

☐ (Mikro) Biomechanik.

Studium der Biomechanik auf der Ebene des Gewebes (AVETAO) (3).

C

☐ "Core-link" oder "Fundamentalverbindung".

1. Eine Analogie, die sich auf die Dura mater spinae bezieht, die in der Rolle eines Verbindungsgliedes oder einer Gegenzugmembran das Okziput mit dem Kreuzbein verbindet, und welche die mechanische Funktion dieser Struktur betont. Es koordiniert somit den Schädel – (cranial bowl) mit dem Becken – (pelvic bowl). Es vereint die unwillkürliche Bewegung des Kreuzbeins zwischen den Darmbeinen mit der Bewegung des Schädelmechanismus während der Atemzyklen. (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I MAGOUN D.O.)(19).
2. Verbindung der spinalen Dura mater des Hinterhauptbeins am Foramen magnum mit dem Kreuzbein. Sie koordiniert die synchrone Bewegung dieser Strukturen (TA F. Fosse)(3).
3. Die Verbindung der reziproken duralen Spannungsmembran (Dura mater spinalis als Kontinuum der Dura mater cranialis), die das Hinterhaupt mit dem Kreuzbein und damit den Schädel mit dem Becken strukturell und funktionell verbindet. Beide Pole beeinflussen sich gegenseitig. Über diese Verbindung wird nach Sutherland [13, S. 224–226, 344f., 350] und T.Liem die inhärente kraniale unwillkürliche Bewegung auf das Kreuzbein übertragen (TAO)(7).

☐ Counterstrain (Jones-Technik).

Diagnose- und Behandlungssystem, das die Dysfunktion als kontinuierliche und unangemessene Reflexfehlhaltung betrachtet, die durch die Anwendung eines leichten Gegenzwangs genau entgegen der Reflexrichtung gehemmt werden kann. Dies wird durch eine spezifische Positionierung des Patienten um den empfindlichen Punkt herum erreicht, die auf die gewünschte therapeutische Reaktion abzielt. 2. Australische und französische Verwendung des Terminus technicus: Jones-Technik, (spontane Korrektur durch Positionierung), spontane Lösung durch Repositionierung 3. Entwickelt von Lawrence Jones, DO 1955 (AACOM) (1).

D

☐ Dekompression.

Bezeichnung von Techniken, die angewandt werden, um eine oder mehrere Schädelnähte zu lösen, die infolge eines Traumas zusammengepresst oder zusammengedrückt wurden. (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I MAGOUN D.O.) (19) .

☐ Dichte.

1. Gewebsosteopathischer Ansatz, bei dem die Beziehung von Materie und Raum auf die Energie/Raum-Beziehung extrapoliert werden kann (P. TRICOT D.O.) (25).
2. Beim Ansatz der Gewebsresilienz-Techniken entspricht die Dichte der Fixierung (Gefühl der fehlenden Resilienz, der Härte, der Faszientorsion) (TA F. FOSSE)(3).

☐ Direkte Aktive Mobilisierung, Reflextechnik.

Technik der Stimulation der Reflexzonen (Rücken, Kruppe, Thorax, Bauch) durch aktive Mobilisierung, um den Wirbel oder die Wirbelgruppe durch Umkehrung der räumlichen Parameter gegen die pathologische Barriere zu bringen und die Stimulation zu übertreiben, so dass das Tier selbst die pathologische motorische Barriere passiert und seine Läsion normalisiert (TA F. Fosse)(3).

☐ Disengagement (Dekompression).

Bezeichnung für eine Technik, die für das Lösen eines in einem anderen Gelenk verschachtelten Gelenks verwendet wird, wie z.B. Schädelnähte mit einer gewissen Blockierung, die durch die wechselseitige Verriegelung von Gelenkflächen entsteht. (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I MAGOUN D.O.) (19).

☐ (Muskel)-"Dysbalance".
Koordinationsstörung bezüglich Spannung, Kontraktion und Kraft mehrerer Muskeln oder Muskelgruppen untereinander (FIMM) (8).

☐ Dysfunktion in der MVM.
Funktionsstörung eines Organs, die verschiedene Ursachen haben kann: psychosomatische, vaskuläre, neurologische, infektiöse (...). Störung, Veränderung oder Anomalie in der Funktion eines Organs. (TA F. Fosse) (3).

☐ (Informationelle) Dysfunktion.
Veränderung der Fähigkeit einer Struktur, Informationen mit dem Restorganismus auszutauschen. Diese Dysfunktion könnte die Funktion der betrachteten Zelle oder des betrachteten Gewebes dauerhaft beeinträchtigen. Die Informationen aus einem Trauma oder einer Aggression könnten eine "Spur" in einer angegriffenen Struktur hinterlassen (TA. R. Boillot) (4).
z.B.: chronische Nozizeption des Kapsel-Band-Apparates nach einer Verstauchung (Stadium 1).
z.B.: Verminderte Leberfunktion nach einer Intoxikation.
z.B.: Verlust der Atmungskapazität nach chronischer Pneumopathie oder Strahlentherapie.
(TAO)(7).

☐ Dysfunktion der Wirbelsäule.
Im engeren Sinne Ausdruck einer funktionellen Pathologie eines Gelenkkomplexes (Gelenk- und myofasziale Strukturen), die zu einem Verlust oder einer Einschränkung der Gelenkbeweglichkeit führt. Im weiteren Sinne verwendet man den Begriff der Dysfunktion für jede osteopathische Dysfunktion: kranial, viszeral, faszial, muskulär, energetisch (RICHARD D.O.), flüssig, informativ (TA R. Boillot) (4).

☐ (Biomechanische) Dysfunktion.
Die Untersuchung der Entstehung osteopathischer Dysfunktionen, der Statik und Kinetik von Muskeln, Faszien oder Bindegewebe in Bezug auf den Gelenkmechanismus; die Menge, Geschwindigkeit, Richtung und Region der Einwirkung einer traumatischen Kraft; oder die Reflexwirkung nach Belastung, Toxämie usw. (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I MAGOUN D.O.)(19).

☐ (Flüssigkeit)- Dysfunktion.
Dysfunktion, die dem Zustand der Hydratation oder Dehydratation einer Struktur im Zusammenhang mit der kranialen Flexion oder Extension der SSB entsprechen würde (TA R. Boillot) (4).

☐ (Läsionsbedingte) Dysfunktionsketten
Gewebe und Membranen, die ihre Elastizität verloren haben, tragen in einem normalerweise geordneten Prozess zu einem allgemeinen mechanischen Problem bei. Dies ist die Dysfunktionskette: ein Glied stört ein anderes Glied und so weiter, was zu einem Symptom führt, das sich sehr weit entfernt von der ursprünglichen Erkrankung äußert. Da sich der Organismus in ständiger Mutation befindet, treten diese Ungleichgewichte nach dem Gesetz der kompensatorischen Anpassung etappenweise im Laufe der Zeit auf, (J.P. Barral D.O.) (14)

☐ (Parietale) Dysfunktion.
Ausdruck einer funktionellen Pathologie eines Gelenkkomplexes des Bewegungsapparates (Gelenke- und myofasziale Strukturen), die zu einem Verlust oder einer Einschränkung der Gelenkbeweglichkeit führt (TAO)(7).

☐ (Schädelgelenks)-Dysfunktion.
Jede Einschränkung der normalen Bewegungsposition des kranialen Knochengewebes, die eine Funktionsstörung des Schädelgelenks signalisieren würde. Diese gestörte Gelenkbeweglichkeit beeinflusst die Fluktuation des Liquors, die Blutzirkulation und mehr noch die venöse Drainage, den Trophismus des Zentralnervensystems und damit die Funktionen des gesamten Körpers beeinflussen. Diese Veränderungen könnten durch eine geeignete

Schädelbehandlung korrigiert werden. Diese ist daher unabhängig und schließt pathologische Entitäten wie Infektionen, Malignome, Frakturen usw. nicht ein. (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I MAGOUN D.O.) (19).

☐ (Viszerale) Dysfunktion.

Jede Einschränkung der physiologischen Beweglichkeit eines Organs. Kann im Zusammenhang mit einer Ptosis, Spasmus oder Obstruktion, sowie einer Veränderung der Stoffwechselaktivität eines Organs die mit Kreislaufeinschränkung zusammenhängt, vorkommen. In diesem Fall sind die messbaren Enzymparameter im Blut (noch) nicht zwingend verändert.
Ptosis tritt auf, wenn das betroffene Organ aufgrund einer Schwäche der bindegewebigen Aufhängung absinkt.
Spasmus: glatte Muskelfasern oder Myofibroblasten eines Organs oder seines Mesos sind kontrahiert
Adhäsion: Verlust von Beweglichkeit und Motilität eines Organs aufgrund verminderten oder aufgehobenen Gleitens des Organs bezüglich seiner umgebenden Strukturen Vaskuläre und lymphatische Zu- oder Abflusstörungen, sowie Störungen des neurologischen In- und Outputs. (TA S. Micciché Walzinger) (5).

E

☐ Ecoute/Listening.

1. Erkennung von mechanischen und Gewebebewegungen durch die auf den Körper aufgesetzte Hand während mechanischer oder Gewebemobilisierungstests. Wir sprechen von einer hörenden Hand. (Prof. Philip E. Greenman)(13).
2. Die Ecoute ist die manuelle Diagnose einer Fixierung, indem man die Hand passiv dorthin gehen lässt, wo sie angezogen wird. Es handelt sich um einen Test, nicht um eine Behandlung. Die Fixierung erzeugt eine abnorme Gewebespannung, die die Bewegungsachsen der verschiedenen umliegenden Gewebe allmählich verändert. Man unterscheidet eine allgemeine und eine lokale Ecoute (J.P. Barral) (15).
Diagnostik mittels eines nach spezifisch osteopathischem Kriterium aufgelegten Hand hinsichtlich Mobilität, Motilität und Resilienz der Gewebe. Die Spannungsdiagnose im Tensegritysystem des Körpers wird als Listening bezeichnet. Spannungsdiagnose, Écoute einer Spannung (TAO)(7).
3. Test der Feinwahrnehmung einer spontanen Gewebebewegung einer Struktur. Der Praktiker ist passiv, er versucht, die primäre Atembewegung der Struktur zu qualifizieren, in Übereinstimmung mit dem osteopathischen Konzept, auf das er sich bezieht (DTA R. Boillot) (4).

☐ Elastizität (Résilence, Compliance).

Restitution einer der Bewegung entgegengesetzten Kraft während der Verformung (AACOM) (1).

☐ ERS.

Eine Methode zur Beschreibung einer vertebralen Dysfunktion, die aus dem Zweiten Gesetz von Fryette abgeleitet ist und verwendet wird, um eine Kombination von Wirbelposition in Extension (E), Rotation (R) und Sidebending (S) zu bezeichnen. Beisp.: ERS links, somatische Dysfunktion, bei der sich die Wirbeleinheit in Extension, Linksotation und Sidebending links befindet; in der Regel wird das betroffene Wirbelsegment vorangestellt (z.B. C5/6 in ERSl) (AACOM) (1).

☐ (PAM: Primärer Atemmechanismus) Expiration.

Kraniale Extensionsphase, Extensionsphase der Spheno-Basilar-Symphyse (SSB), Phase der Liquor-Austreibung aus dem inneren Sektor (TA F. Fosse)(3).

☐ (Expiratorische) Extension.

Position der medialen Schädelknochen (Okziput, Keilbein, Vomer und lamina perpendicularis des Ethmoids) sowie des Kreuzbeins während der Expirationsphase des PAM im Cranialen Konzept (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I. MAGOUN D.O.) (19).

☐ (Kraniale) Extension.

Zustand, im Kranialen Konzept, bei dem der Schädel eine leichte normale Konvexität der SSB aufweist und die peripheren, paarigen Knochen in Innenrotation sind. Das Ergebnis ist eine Zunahme des vertikalen und anteroposterioren Durchmesser des Schädels nehmen zu und sein Querdurchmesser ab. (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I MAGOUN D.O.)(19).

☐ Extension oder Dorsalflexion der Wirbelsäule.

Dorsale Rotation in Sagittalebene, um eine Querachse, wobei sich die Dornfortsätze annähern und sich die Wirbelkörper voneinander weg bewegen (TA F. Fosse)(3).

F

☐ Facettengleiten.

Gleitbewegung der Gelenkflächen übereinander (AVETAO) (3).

☐ Facilitated Positional Release, FPR, Belastungs- und Gegenbelastungstechnik mit Kompression.

1. Technik, die sich aus einer Weiterentwicklung von Jones' Technik ergibt. Um die für die Muskelentspannung erforderlichen 90 Sekunden zu vermeiden, wird eine aktivierende Kraft (Kompression oder Torsion) hinzugefügt (AVETAO) (3).
2. Entwickelt in der heutigen Form durch Stanley Schiowitz, D.O., (New York College of Osteopathic Medicine, JAOA 1990; 901 (2) Feb.; 145-155). FPR ist eine gewebeschonende, effiziente, schnelle, schmerzfreie indirekte Technik, die selektives, segmentales Arbeiten möglich macht und bei der eine hohe Spezifität im Vorgehen notwendig ist. FPR nutzt Elemente aus dem Indirekter MFR, den Funktionalen Techniken, Strain-/Counterstrain Techniken, Diagnostik nach Fryette und andere. Die Hypothetische Wirkung des FPR beruht auf dem Noziceptiven Modell (Input von C-Fasern/Schmerz senkend => output gamma Fasern senkend), dem Stretch Reflex Modell (=> feedback-Mechanismus über Muskelspindel-output). Anwendung an: Hypertoner Muskulatur, wenn myofasziale Aspekte führend sind, faszialen Restriktionen, oberflächlich an Muskelgruppen, auch bei artikulären Dysfunktionen bei E/FRS Läsionen an Gelenken (z.B. Typ II nach Fryette) oder als Behandlung vor direkten Techniken. FPR kann sehr gut mit anderen Methoden kombiniert werden, z.B. MFR, Functional, Still-Technik (TAO)(7).

☐ Faszien (Faszien).

1. Organisiertes Bindegewebe mesenchymalen Ursprungs, das eine spezifische Anatomie und Physiologie aufweist. Für Osteopathen "ist die Faszie ein Organ und die Faszien bilden ein organisches System". Es ist ein faseriges Gewebe aus überwiegend Kollagen, das das große Spannungsübertragungssystem des Körpers bildet, das in Hüllen, Blättern oder anderem Bindegewebe organisiert ist, einschließlich der Hüllen der Eingeweide und der sie verbindenden Strukturen. Die Faszien werden in oberflächliche, intermediäre und tiefe Faszien unterteilt (GABAREL D.O. und ROQUES D.O.) (11).
2. Biotensegritysystem des Körpers, Bindegewebe mesenchymalen Ursprungs welches entlang kinetischer Linien organsiert ist (Elbrond 2018) und die Integrität der Dynamik des Körpers ermöglicht. Biologische Körper sind nach dem „Prinzip Tensegrity“ gebaut : Lange Muskel-Faszien-Ketten bilden zusammen mit den Knochen ein Spannungsnetzwerk (R. Schleip:https://www.physiotherapeuten.de/das-tensegrity-modell-ein-neues-bild-vom-koerper/ und https://www.researchgate.net/publication/236146722_Biotensegrity-_The_Mechanics_of_Fascia und www.biotensegrity.com/links.html) Das Tensegrity-Netzwerk reicht in seiner Kontinuität von der Hautoberfläche bis in den Zellkern einer jeden einzelnen Körperzelle. Es bildet die Grundlage der Formgebung des Körpers (TAO)(7).

☐ Fasziales Unwinding.
Dynamische funktionelle Technik, bei der der Behandler die aufeinanderfolgenden Phasen der Gewebeerschlaffung verfolgt (AVETAO) (3).

☐ Faszienplastizität.
Faszien reagieren auf eine geeignete Manipulation mit Gewebsentspannung (Serge Paoletti, Ida Rolf, J.-P. Barral, Robert Schleip und andere). Grundlage dieses Phänomens ist die Faszienplastizität. Sie ist bedingt durch die Gewebsphysiologie (Hydratisierung und Dehydratisierung, micro-vacuolar collagenic absorbing system MVCAS, Piezoelektrizität, Thixotropie und Neurophysiologie) (TAO)(7).

☐ Fazilität.
Bezeichnet eines Körperbereichs iim Zustand der Fazilitation. Wird auch verwendet, um in funktioneller Methode die Richtung anzuzeigen, in die sich das Gelenksegment frei bewegen kann, wir sprechen dann von Bewegungskomfort. (Vorsitzender des Ausschusses der Regionen, Herr Greenman) (12).

☐ Fixierung.
Palpatorische Erfahrung in der manuellen Veterinärmedizin, die dem abnormalen Widerstand (d.h. der Dichte) oder der Unmöglichkeit einer anatomischen Struktur entspricht, sich in bestimmten Raumachsen zu bewegen, die sie normalerweise besitzt, sowie einer Modifikation ihrer Viskoelastizität. Dies ist sowohl Teil seiner Mobilität als auch seiner Mikromobilität (AVETAO)(3).

☐ (Kraniale) Flexion.
Ein Zustand, in dem der Schädel nach dem Schädelkonzept eine leichte normale Konvexität der Spheno-Basilar-Symphyse, die zum Scheitelpunkt aufsteigt, und der peripheren paarigen Knochen, die sich in Außenrotation befinden, aufweist. Das Ergebnis ist eine Zunahme des lateralen Durchmessers und eine Abnahme des Durchmessers (vertikal und anteroposterior) (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I MAGOUN D.O.) (19).

☐ Flip Technik.
Eine dem Recoil verwandte Technik, die durch eingebrachte Überspannung und schnelles ruckartiges Loslassen eine Vibration, einen neuronal registrierten Bewegungsimpuls in ein dysfunktionales Gelenk einbringt und damit die artikuläre Dysfunktion auflöst (TAO)(7).

☐ Fluide Diapulsions.
1. Anwendung der V-Spreiz- oder Potency-Technik auf Faszien (TA F. LIZON)(3).
2. Anwendung der V-Spead – Technik an Suturen oder der fluide Diapulsion an Faszien/Myofaszialen Strukturen (TAO)(7).

☐ Fluktuierender Liquor cerebrospinalis.
Fluktuation des Liquors und nicht der Zirkulation nach einem rhythmischen Zyklus gegenseitiger Aktivität. In der wissenschaftlichen Literatur gibt es viele Texte, die diesen Zwei-Phasen-Zyklus oder dieses Phänomen des Kommens und Gehens, der Strömung, der Fluktuation wie die Gezeiten bestätigen. Praktiker, die das Schädelkonzept anwenden, haben festgestellt, dass der Liquor eine rhythmische Fluktuation zwischen 10 und 14 Zyklen pro Minute bei erwachsenen Menschen, 12 bis 16 bei Hunden, 6 bis 8 bei Pferden und 5 bis 7 bei Rindern aufweist. Die Wahrnehmung dieses Flusses erfordert einen feinen Tastsinn. Mit Hilfe des membranösen Gelenkmechanismus ist es möglich, den Rhythmus, die Amplitude und/oder die Richtung dieser fluktuierenden Welle manuell zu verändern (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I. MAGOUN D.O.) (19).

☐ Flüssigkeitsaustausch.
Eine indizierte kraniale Behandlung kann durch Öffnung der verfügbaren hydrodynamischen Bahnen, zwischen Liquor, Lymph- und Gewebsflüssigkeit, das Gleichgewicht im rhythmischen Stoffwechselaustausch zwischen Körperflüssigkeiten wiederherstellen (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I. MAGOUN D.O.) (19)

☐ **Fryettes Gesetze oder biomechanisches Prinzip, das von Fryette bestimmt und in der Osteopathie als mechanisches Modell zur Beschreibung der Wirbelsäulenbeweglichkeit verwendet wird.**

Ein Konzept, das drei Gesetze definiert.

Erstes Gesetz von Fryette: "Befindet sich die Wirbelsäule in der Neutralstellung, so folgt bei einseitiger seitlicher Beugung eine Rotation der Wirbelkörper in die entgegengesetzte Richtung (und zwar der Reihe nach)". Es ist vermerkt NSR rechts oder links.

Das zweite Gesetz von Fryette: "In einer Position der Hyperflexion oder Extension kann eine seitliche Neigung nur dann auftreten, wenn ihr eine Drehung auf derselben Seite vorausgeht, wenn die Facetten im Eingriff sind. Es wird FRS /ERS rechts oder links vermerkt.

Fryettes drittes Gesetz: "Eine anfängliche Bewegung eines Wirbelgelenks in einer Raumebene hemmt oder vermindert notwendigerweise die Beweglichkeit dieses Gelenks in den beiden anderen Raumebenen**"** (TA R. Boillot) (4)

☐ **Fulcrum.**

1. Drehpunkt, Angelpunkt. "Fulcrum von Sutherland ". Häufig verwendeter Name zur Definition des Drehpunktes des membranösen Gelenkmechanismus des Schädels an der Verbindungsstelle zwischen der Falx des Gehirns und dem Tentorium des Kleinhirns, welches sich in der Schwebe bewegt. Dieser Name wurde zu Ehren seines Entdeckers W.G. Shuterland (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I MAGOUN D.O.) (19) vergeben.
2. Bezeichnung für einen Balancepunkt (Ruhepunkt), an dem alle Kräfte ausgeglichen sind. Mechanisch betrachtet ist ein Fulcrum auch ein Spiral- oder Dreh- und Angelpunkt, der, selbst in Ruhe, das Zentrum der Bewegung eines Hebels darstellt (wie bei einem Türscharnier). Z.B. Fulcrum von Sutherland am Sinus rectus. Mittels vektoriellem Kraftaufbau zwischen zwei Körperstrukturen, bieten die Hände dem Gewebe einen Fixpunkt, um den herum es sich organisieren kann. Manche bezeichnen es als das Auge des Sturmes, weil in ihm Ruhe/Stille herrscht, während drum herum alles in Bewegung ist. (TAO)(7).

☐ **Funktionelle kinetische Faszienlinien.**

12 Faszienlinien, die die makroskopisch darstellbare Spannungsanordnung im Bindegewebe zeigen. Sie wurden beim Menschen durch Tom Myers und in der Tiermedizin durch Vibeke Elbrond präpariert. (V.Elbrond: file:///Volumes/Daten/a-Skripte%20Kurse-Filme/Elbrond/2018/06View%20of%20Myofascia%20-%20the%20unexplored%20tissue:%20Myofascial%20kinetic%20lines%20in%20horses,%20a%20model%20for%20describin.webarchive + Myers, Thomas,W., Anatomy Trains, Myofasziale Leitbahnen, 2. Auflage, Urban und Fischer) (TAO)(7).

☐ **Funktionsstörung.**

Eine Erkrankung, bei der keine objektiv nachweisbaren organischen Läsionen gefunden wurden. Sie werden in der Regel als psychosomatisch angesehen und auf eine Vielzahl von Belastungen zurückgeführt. Funktionsstörungen sind Erkrankungen, die keine läsionale Unterstützung haben. Wir sprechen vom Phänomen der Konversion, d.h. der somatischen Übersetzung einer Emotion. Funktionsstörungen werden durch ängstliche, histrionische Persönlichkeiten verursacht. Sie können das erste Anzeichen einer anderen, besonders depressiven psychischen Störung sein (z.B. Verstopfung bei Melancholikern) (Dictionnaire de la Psychiatrie, Editions du CILF)(18).

G

☐ **Gelenk.**

1. Verbindung und Gleitfläche zwischen zwei oder mehreren Strukturen. Das Gelenk kann synovial, faser-knorpelig, aponeurotisch (bindegewebig), viszeroparietal, viszeroviszeral, faszial oder membran-fluidisch, muskuloskelettal sein (TA. R. Boillot) (4) .

2. Auf der Ebene des Bewegungsapparats resultiert die Motorik aus einer willkürlichen Aktivität, an der das zentrale Nervensystem, Bindegewebe, Muskeln und Knochen beteiligt sind. Die Muskeln bewegen benachbarte Knochenstrukturen, die durch ein Gelenksystem miteinander verbunden sind; die Form dieser Gelenke bestimmt die Bewegungsachsen und -amplituden dieser willkürlichen oder unwillkürlichen Bewegungen.
3. Auf viszeraler Ebene führen unter dem Einfluss des Zwerchfells und der parietalen Motorik, Automatismen und Motilität zu einer ständigen Beziehungs- und Lageveränderung der Eingeweide untereinander. Diese Strukturbewegungen besitzen fühlbare und definierte Amplituden und finden entlang definierter Achsen (von der Medianen weg und auf die Mediane zu), statt. Dies führt zum Konzept des Viszeralgelenks, das Gleitflächen und ein System von Ansätzen mit dem Skelettgelenk gemein hat; es unterscheidet sich nur durch das Fehlen eines motorischen Muskels (.P. BARRAL D.O.) (15).
4. Im Folgenden wird der Begriff "Gelenk" verwendet, um alle Strukturen zu bezeichnen über die zwei Organe miteinander verbunden sind (TA F. Fosse)(3).

☐ (Kraniale) Gelenkbeweglichkeit.
Durch Schädelnähte und Synchondrosen ermöglichte kraniale Knochenbeweglichkeit (AVETAO) (3).

☐ (Membranöser) Gelenkkomplex.
Komplexe Verknüpfung aller Schädelknochen, die durch die Falten und Fortsätze der Dura mater miteinander verbunden sind; und Verbindung des Schädels mit dem Kreuzbein über die spinale Dura mater. (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I MAGOUN D.O.)(19,20) .

☐ Gelenk-Spiel.
Amplitude der passiven oder aktiven Bewegung eines Gelenks in Zug oder Translation mit Bewertung der Merkmale des Anschlags am Ende der Bewegung (FIMM) (8).

☐ Gewebsresilienz bei MVM.
Palpationstechnik, bei der die Viskoelastizität und Plastizität der anatomischen Struktur unter der Einwirkung einer Gewebehand (propriozeptive, viszerale, epikritische, protopathischer Sensibilität) durch Gewichtsübertragung vom Therapeuten getastet wird. Die physiologische Gewebsresilienz muss flexibel und aktiv sein. Im Falle der Fixierung wird eine harte und feste Zone wahrgenommen, die als Dichte bezeichnet wird (AVETAO)(3).

☐ Gewebeinduktion in MVM.
Technik die darauf abzielt, eine mikrodynamische Bewegung eines Gewebes zu induzieren, um eine Entspannung der Spannungen im Gewebe zu erreichen (AVETAO) (3).

☐ Gleichgewicht der kranialen Membranen.
Normaler physiologischer Zustand eines harmonischen Spannungsgleichgewichts zwischen der Dura mater des Schädels und der Dura mater des Rückenmarks. Sie ist bei Patienten nur selten vorhanden. Der Mechanismus hält unter allen Bedingungen einen Zustand des relativen Gleichgewichts aufrecht; Das zu einem bestimmten Zeitpunkt festgestellte Gleichgewicht ist dasjenige, das unter den bestehenden Bedingungen möglich ist und bis zur Beseitigung des Strains und der Wiederherstellung der funktionellen Normalität fortbestehen wird (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I. MAGOUN D.O.) (19).

H

☐ (Gewebe) Hand in MVM.
Verwendung der Hand als Instrument zur Mikromobilisierung von Gewebe. Sie interessiert sich für die Viskoelastizität des Gewebes und ermöglicht es, mit dieser in Kontakt zu treten und ein Aktionsfeld für den Gewebe-Écoute (Gewebemotilität oder Mikro-Biomechanik) zu eröffnen. Sie ist nur in einer bestimmten Positionierung des Praktikers wirksam, sie wird mittels spezifischer Handgriffe gelernt. Es ermöglicht die Anwendung von Gewebetest- und Behandlungstechniken (AVETAO) (3).

☐ (Energetische) Hand in MVM.

Verwendung der Hand als Instrument, um den Energiefluss im Körper wahrzunehmen. Sie interessiert sich für den Qi-Fluss in den Faszienketten. Sie fordert eine Ausbildung, die auf den Methoden des Tai Chi Chuan oder Qi Gong (chinesische Gymnastik nach den Prinzipien der TCM) basiert. Es ermöglicht die Durchführung von Test- und Gewebebehandlungstechniken (AVETAO) (3).

I

☐ Impulsmobilisierung (siehe auch Thrust).

Neuere Terminologie der strukturellen oder Hochgeschwindigkeits- und Niederamplitudentechnik (HVLA) (Pr P.E. Greenman) (12) .

☐ Indirekte aktive Mobilisierung (indirekte Korrekturrichtung).

Technik, die darin besteht, die Reflexzonen des Tieres zu stimulieren, um die Wirbelgruppe in Richtung der räumlichen Parameter der Dysfunktion zu bringen, so weit wie möglich von der pathologischen motorischen Barriere entfernt (in der indirekten Richtung) und die Stimulation so zu übertreiben, dass das Tier die biomechanischen Parameter so weit übertreibt, bis sich die Dysfunktion normalisiert hat (TA F. Fosse)(3).

☐ Induktion.

1. Ein aktiv-passiver Faszientest, der darin besteht, eine Bewegung in einer Struktur durch Dehnung oder Kompression zu erzeugen und der Reaktion der Struktur passiv zu folgen. Im Falle einer osteopathischen Dysfunktion kann der Behandler die Dehnung oder Kompression bis zur Normalisierung beibehalten (TA F. Fosse) (3)
2. Die Induktion besteht in einer Übertreibung der beim Écoute gefühlten Bewegungen. Écoute ist eine Diagnose, Induktion ist eine Behandlung. (J.P. Barral) (12).
3. Eine im Bereich der Mikromobilität/Motilität der Gewebe angewandte Therapietechnik. Hier wird die aktuelle PAM/Motilitäts-Phase über einige Zyklen hinweg sanft angeschoben, unterstützt, weitergedacht, weitergefühlt. Dabei kann ein Stillpunkt eintreten. Es wird immer nur eine Phase in den Fokus genommen/induziert. Bei der indirekten Induktion, die den Patienten weniger Kraft kostet, wird die stärker ausgeprägte PAM/Motilitäts-Phase, bei der direkten Induktion wird die weniger ausgeprägte PAM/Motilitäts-Phase an ihrem Ende induziert (TAO)(7).

☐ Induktionstest, Mobilitätstest.

Manipulation, bei der der Therapeut eine bindegewebige Struktur über eine kurze Distanz in Bewegung setzt und dann das Ende der spontanen Bewegung dieser Struktur auswertet. Der Test ist aktiv-passiv, da er als Mobilitätstest beginnt und als Hörtest endet (TA R. Boillot) (4).

☐ (Mechanische) Induktion in MVM.

Technik die darauf abzielt, eine makrodynamische Bewegung eines Gelenks oder eines Organs zu induzieren, um eine Entspannung von Bänder-, Sehnen- und Muskelspannungen und eine Hemmung der nozizeptiven Schleifen zu erreichen (AVETAO)(3).

☐ Inhibition.

Testverfahren während der Spannungsdiagnose/Listening Hier kann über ein localesistening der im global oder regional Listening gefundene Spannungsvektor gelöscht werden. Die wissenschaftliche Grundlage, warum Inhibition funktioniert, ist nicht geklärt. Man vermutet quantenphysikalische Phänomene, weil die Spannung durch die inhibierende Berührung unmittelbar gelöscht wird. Inhibition hat sich in der Praxis als sehr zuverlässig und nützlich erwiesen, um osteopathische Dysfunktionen herauszufiltern und gezielt behandeln zu können (TAO)(7).

☐ (Neuronale) Inhibition.
Bei einen NSR verschwindet die NSR Kurve, wenn man die Hand auf die Projektionszone des auslösenden Organs legt (TAO)(7).

☐ Inspiration des primären Atmungsmechanismus (PAM).
Phase der kranialen Flexion, Phase der Flexion der Spheno-Basilar-Symphyse, Phase der Füllung der zerebralen Ventrikel (AVETAO)(3).

☐ (Artikuläre) Instabilität.
Pathologische Zunahme des Gelenkspiels bei unzureichendem Bandstützsystem (FIMM) (8).

☐ Interozeption.
Die Interozeption ist der Teil der Sensibilität, der Vorgänge aus dem Körperinneren erfasst. Sinn für den physiologischen Zustand des Körpers. Sie wird hauptsächlich durch freie Nervenendigungen ausgelöst und über den Thalamus auf die Inselrinde projiziert. Sie bewirkt Motivation zu einem Verhalten, das für die Erhaltung der körperlichen Unversehrtheit erforderlich ist. Sie lässt sich in zwei verschiedene Wahrnehmungsformen unterteilen: 1. Die Propriozeption nimmt Reize aus dem muskuloskelettalen System und der Haut auf, die der Bestimmung der Körperlage und -bewegung dienen. Sie wird zum größten Teil durch das somatische Nervensystem vermittelt.2. Die Viszerozeption registriert Körpersignale aus den Organen. Sie werden über Afferenzen des vegetativen Nervensystem zum ZNS geleitet. Sie kommt bei sinnlichen Berührungen zum Tragen. Die Interozeption als bewusste Wahrnehmung umfasst nur einen kleinen Teil der Informationen, die aus dem Körperinneren geliefert werden. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass auch die unbewusst registrierten Reize mittelbar das allgemeine Befinden und die Stimmung beeinflussen (TAO)(7).

☐ Intuition.
Das Gehirn komplettiert ein Bild oder eine Information auch dann, wenn nur Teilmengen gesehen oder erfaßt werden können; die Differenz wird „errechnet“. Das Gehirn nimmt Stimuli auf, setzt diese zusammen und gibt dem Ganzen eine BedeutungDer Inhalt präsentiert sich von selbst als Ganzes, ohne dass man erklären kann, wie dieser Inhalt existent wurde. Intuition ist Teil kreativer Entwicklung, die der begleitende Intellekt im Ergebnis überprüfen sollte. Das physiologische Substrat der Intuition sind Spindelzellen, die 1998 im anterio-cingulären und fronto-insularen Cortex von Primaten und Menschen entdeckt, später bei einigen Wal- und Delphinarten sowie bei Elefanten gefunden wurden. Sie kontrollieren intuitive soziale Interaktionen (z.B. Mitgefühl). Ihre Hauptaufgabe ist das Verhalten im Rahmen einer äußerst schnellen Echtzeit-Interaktion, innerhalb eines sehr komplexen sozialen Umfeldes oder Problems, anzupassen. Grundlage für die Aktivität der Spindelzellen ist das sehr komplexe sog, Bauchgehirn (Syn: Enterisches NS) mit ca. 100 Mio Zellen (4-5x mehr als Rückenmark). Es bearbeitet Informationen seiner Sensoren selbst und kontrolliert sie in Eigenregie. Es hat Verbindung zum limbischen System (TAO)(7).

K

☐ KoÄsthesie oder Nachempfinden des Körpergefühls
1. Die körperliche Fähigkeit des Therapeuten, Gewebespannungen beim Patienten zu spüren (TA. Francis Lizon)(3).
2. Cenesthesie /Coenesthesie Interne Empfindung der Wahrnehmung des eigenen Körpers außerhalb der Sinneswahrnehmung (TA. F. Fosse)(3).

☐ (SSB) Kompression.
Kaudale Translationsbewegung des Sphenoids mit kranialer Translation des Hinterhauptbeins (TA. F. Fosse)(3).

☐ Kompression eines Knochens.

1. Ein Zustand, in dem ein Bereich eines Knochens oder benachbarter Knochen und die Naht (Schädel, Epi- und Apophysen) zwischen ihnen in eine engere Umgebung gezwungen werden, als es die Physiologie zulässt. Sie ist durch intelligentes und geschicktes Abtasten feststellbar. (D.O. W.G. SUTHERLAND und D.O. H.I MAGOUN)(19)
2. Durch Trauma oder sehr hohe Spannung verursachte Verdichtungen in Knochen (TAO)(7).

☐ Kompression Siehe Verdichtung

☐ Kompression des vierten Gehirnventrikels.

Eine osteopathische Technik, die darauf abzielt, die Volumenkapazität des vierten Ventrikels zu verringern, indem dessen Boden näher an das Schädeldach gebracht wird, so dass der darin befindliche Liquor, der nicht komprimierbar ist, über alle natürlichen Kanäle ausströmt. Davon ausgehend muss sich diese Überlaufwelle auf alle Liquor cerebrospinalis beinhaltende Strukturen auswirken, die in Kontinuität mit dem Lymphsystem und der Gewebsflüssigkeit des Gesamtkörpers stehen. Die Kompression des vierten Ventrikels wird dadurch erreicht, dass die Lateralwinkel der Hinterhauptschuppe näher zusammengebracht werden, wodurch dessen kaudale Konvexität verstärkt wird. Die Flexibilität des lebenden Knochens und die Abschrägungen der Gelenkflächen erlauben eine solche Aktion, die jedoch minimal ist. Das Tentorium cerebelli wird durch seine Befestigung an der Innenfläche der Hinterhauptschuppe näher an das Kleinhirn herangebracht und die Hemisphären werden so auf das Dach des vierten Ventrikels abgesenkt, während die Pendunculi cerebri (Grosshirnschenkel) nach oben gezogen werden und den Boden anheben, wodurch der Druck auf beiden Wegen erhöht wird (W.G. SUTHERLANDD.O. und H.I. MAGOUN D.O.)(19).

☐ Kraniales oder kraniosakrales Konzept.

Mechanismen der Schädelanatomie und -physiologie, die von William Garner Sutherland entdeckt, entwickelt und gelehrt wurden. Es stellt einen Beitrag zur Denkweise der osteopathischen Schule, die definiert wurde als "jenes System in der Heilkunst, das der strukturellen Integrität der Körpermechanismen als dem wichtigsten spezifischen Faktor für die Aufrechterhaltung des Wohlbefindens des Organismus in Gesundheit und Krankheit große Bedeutung beimisst" (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I. MAGOUN D.O.)(19) .

☐ Kranialer rhythmischer Puls.

Angeborene Motilität der Hirngliazellen am Ursprung des Atmungsmechanismus (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I. MAGOUN D.O.) (19).

☐ Kranio-sakraler Mechanismus.

1. Der durch die Spinaldura strukturell und physiologisch in das Sakrum integrierte kraniale Mechanismus bildet eine mechanische Funktionseinheit (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I. MAGOUN D.O.) (19).
2. Funktionelle Einheit des Kranialen Konzepts aus zusammengesetzten Strukturen. Es inkludiert das Gehirn und seine inhärente Motilität, die intrakranialen Membranen, die Fluktuation der Cerebrospinalflüssigkeit und die artikuläre Mobilität der kranialen Knochen sowie des damit über den Core link verbundenen Sakrums (TAO)(7).

L

☐ Lateroflexion.

Bewegung eines Wirbels in der Wirbelsäulenbiomechanik, die in einer horizontalen Ebene um eine ventro-dorsale Achse stattfindet (TA F. Fosse) (3).

☐ (Intraossäre) Läsionen.

Läsionen eines Knochens selbst, die traumatisch ist oder sich innerhalb des Präoccziputs befindet und daher während der perinatalen Periode oder in der Kindheit, vor der Verknöcherung, der Vereinigung der

Präknochenelemente, auftreten (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I. MAGOUN D.O.) (19).

☐ Lift-Technik.

Eine Technik, die darauf abzielt, die Schädelknochen mit leichter Einwirkung voneinander oder von ihren Anhängseln zu trennen (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I. MAGOUN D.O.) (19).

M

☐ Mechanische Hand in MVM.

Verwendung der Hand als Instrument für artikuläre, muskuläre, viszerale (...). Die Hand mobilisiert nicht nur, tastet ab und und analysiert. Sie nimmt auch die Mobilität und mechanische Resilienz anatomischer Strukturen zur Kenntnis. Sie ist in einer spezifischen Positionierung des Praktikers wirksam, sie wird mittels spezifischer Handgriffe gelernt. Es ermöglicht die Anwendung von Prüftechniken und mechanischen Behandlungen (AVETAO)(3).

☐ Medulläre Zugkraft.

Eine Kraft, die sich besonders während des differentiellen Wachstums zwischen den Wirbeln (empfindlich für Wachstumshormon) und dem Rückenmark (unempfindlich für dieses Hormon) äußern würde. Eine ständig zu hohe Zugkraft kann zu Knochenfehlbildungen oder neurologischen Störungen führen (Royo Salvador, DV P. Chêne) (9,14).

☐ (Reziproke Spannungs) -Membran.

Es gibt zwei von ihnen, einen kranialen und einen spinalen. Die erste ist die funktionelle Einheit, die von der Falx des Gehirns und dem Tentorium des Kleinhirns (daher die Membran im Singular) gebildet wird, die um einen Stützpunkt herum arbeitet, der sich automatisch bewegt und auf der Höhe der Sinus rectus aufgehängt ist und so dank seiner Fähigkeit, Spannung zu erzeugen, die unwillkürliche Gelenkbeweglichkeit der Schädelknochen führt und reguliert. Die Wirbelsäulenmembranen gegenseitiger Spannung vereinigen sich strukturell und koordinieren funktionell die unwillkürlichen Gelenkbewegungen des Sakral- und Schädelknochens (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I. MAGOUN D.O.) (19).

☐ (Wirbelsäulen)-Membran.

Membran, die aus den Rückenmarkshäuten besteht, die fest um das Foramen magnum und an den Körpern des zweiten und dritten Halswirbels befestigt sind und dann frei von jeglicher Befestigung erst wieder am Körper des zweiten Sakralwirbels angeheftet. Es gibt Variationen je nach Art (AVETAO) (3).

☐ Mentale Projektion.

Mentale Annäherung der Strukturen während der Palpation, die es erlaubt, eine anatomische Struktur fern von der Stelle, an der die Hand platziert ist, zu erforschen (TA L. ISSARTEL und TA F. LIZON)(3).

☐ Mobilität.

Fähigkeit zu makroskopischer Bewegung, die durch ein oder mehrere Elemente beschrieben wird und knöcherne und/oder bindegewebige und/oder flüssige Strukturen betont (TA R. Boillot) (4).

☐ (Inhärente? unwillkürliche respiratorische) Mobilität.

Motilität des Kreuzbeins oder der Schädelknochen, die während des Zyklus der inneren Atmung stattfindet, die unabhängig von jedem freiwilligen Akt ist, im Vergleich zu der Bewegung, die freiwillig bei Haltungswechseln usw. stattfindet. (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I MAGOUN D.O.) (19).

☐ (Viszerale) Mobilität.

1. Verschiebung von Organen in Verbindung mit Zwerchfellbewegungen. Es sorgt für eine gute Blut- und Flüssigkeitszirkulation im weitesten Sinne (Finet & Williame)

2. Bewegung zwischen zwei Organen oder Bewegung zwischen einem Organ und der parietalen Serosa oder einer anderen Struktur des Bewegungsapparates. Der Motor dieser Bewegung kann Motrizität oder verschiedene "Automatismen" sein (siehe Automatismus) (TA S. Micciché Walzinger) (5).
3. Mechanisches Phänomen des Gleitens zwischen den thorakalen und abdominalen Organen unter dem Einfluss der Wirkung der Bewegung des Zwerchfellkolbens, der Brust- und Bauchwand, der Motrizität und anderen vegetativen Automatismen (Peristaltik, Puls, Herzschlag, Atmung...) (TAO)(3).

☐ (Viszerale) Mobilität bei MVM.

Bewegungen der Viszerale nach ihren Befestigungsbändern, ihren Kontaktflächen unter dem Einfluss mechanischer Faktoren: Atmungszwerchfell, Druckvariation, Körperbewegung, Verdauungsphase (AVETAO)(3).

☐ Mobilitätstest, Selbstmobilisationstechnik, aktive Mobilisierung.

1. Durch Hautstimulation durchgeführte Mobilitätstests. Die Stimulation der Haut erzeugt eine Bewegung des Tieres. Der Behandler bewertet die Amplitude, Qualität und/oder Symmetrie der Bewegung, wenn die Stimulation bilateral erfolgt. Wenn die Amplitude und/oder Geschwindigkeit der Bewegung ausreichend ist, kann es zu einer Spontankorrektur kommen; dies wird als Selbstmobilisationstechnik bezeichnet.
Z.B.: eine bilaterale und parakutane Stimulation von der lumbo-sakralen Verbindung bis zur Misery-Linie im Pferd (nahe am Blut), erlaubt es, die Bewegung der beiden Iliums in der Medianebene zu beurteilen (TA R. Boillot) (4).
2. Durch Hautstimulation durchgeführte Mobilitätstests. Die Stimulation der Haut erzeugt eine Bewegung des Tieres. Der Behandler bewertet die Amplitude, Qualität und/oder Symmetrie der Bewegung. Die Stimulation führt einseitig zu Sidebending/Rotation der Wirbelkörper, median ausgeführt zu Extensions- oder Flexionsbewegungen der Wirbelsäule. Wenn die Amplitude und/oder Geschwindigkeit der Bewegung ausreichend ist, kann es zu einer Spontankorrektur kommen; dies wird als aktive Mobilisierung bezeichnet (TAO)(7).

☐ (Viszerale) Motilität in der MVM.

Die einem Gewebe oder Organ innewohnende motorische Fähigkeit. (Peristaltik; Darm-, Herz- oder Nierenmotilität), die mit der Zell- und Matrixbewegung (Interzellularmatrix) einer beliebigen Zelle, eines Gewebes, eines Organs (Mikroskelett u. a.) verbunden ist. Jedes Organ hat bestimmte Bewegungsachsen (AVETAO)(3).

☐ (Viszerale) Motilität in der MOVM (nicht zu verwechseln mit der viszeralen Motilität, wie sie in der Veterinärmedizin definiert ist).

Lebendige, aktive Motilität, die aus einer intrinsischen motorischen Fähigkeit ihrer Struktur resultiert, die wir "Motilität" nennen. Die Eingeweide werden mit eigenen Mitteln mobilisiert. Es handelt sich um eine langsame Bewegung mit geringer Amplitude, die nicht sichtbar ist. Diese mit der Hand wahrnehmbare Beweglichkeit erfordert eine große Ausbildung des Tastsinns; sie ist der kinetische Ausdruck des sich bewegenden Gewebes. Wir haben keine wissenschaftliche Erklärung für diese Mechanismen, nur die experimentelle Tatsache hat sie uns bekannt gemacht. Handelt es sich nur um eine Erweiterung der primären Atmungsbewegung, oder entspricht diese Bewegung der Bewegung, die durch die Entwicklung der verschiedenen Organe während des embryonalen Lebens entsteht? (J.P. BARRAL D.O.) (12).

☐ Motrizität .

1. Bewegungen, die vom zentralen Nervensystem gesteuert werden und alle willkürlichen Bewegungen umfassen. Motrizität ist eine Quelle für passive durch die Schwerkraft induzierte Bewegungen der Eingeweide: Motrizität ist ein Faktor der viszeralen Mobilität. (J.P. Barral D.O.)(12).
2. Es ist die passive Wirkung der willkürlichen Bewegungen des Bewegungsapparates auf die Bewegung der Organe (TA A.P. Gustin)(6).

☐ MRP-Expirationsphase.

Phase des Aktionszyklus des primären Atmungsmechanismus, der die Kontraktion oder Abnahme der Kapazität der Hirnventrikel, die Ausdehnung der sphenobasilaren Symphyse, die Innenrotation aller peripheren Knochenpaare, eine Hälfte des Zyklus der Fluktuation des Liquors des Zentralnervensystems beschreibt (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I. MAGOUN D.O.) (19).

☐ MRP Inspirationsphase.

Phase des Zyklus des primären Atmungsmechanismus, die eine Erweiterung oder Erhöhung der Kapazität der Hirnventrikel, eine Erhöhung der sphenobasilaren Symphyse (Flexion), eine Außenrotation der peripheren Knochenpaare, einen Halbzyklus der Liquorfluktuation beschreibt (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I. MAGOUN D.O.) (19).

☐ Myofaszialer Release.

Entspannungstechnik, bei der das myofasziale Gewebe durch eine 3-dimensionale Schichtung (Stapeln, Stacking) und einbringen von Druck, Zug und Verwringung (Tension, Traction, Twist, TTT) der myofaszialen Strukturen in eine neue relative Balance gebracht wird. Einstiegspunkt ist ein Bereich mit Restriktionen. Nach der Kontaktaufnahme zum myofaszialen Gewebe werden mit leichtem Druck die geweblichen Barrieren in 3 Dimensionen (cranioaudal, laterolateral, Rotation rechts und links) getestet. Es folgt ein Aufeinanderstapeln dieser 3 Dimensionen und gleichzeitiger Aufbau einer Spannung *(**T**ension)* . Als Activating Force folgt nun eine kurze ***T**raktion mit einem **T**wist* in direkter oder indirekter Richtung, was einen myofaszialen Release auslöst. Den Release begleitend abwarten, danach erfolgt ein Retest. Die direkte und indirekte Technik sind hier kombinierbar (TAO)(7).

☐ Myotensive Techniken. See also Sherrington's Technik und MET.

Sie sind abgeleitet von den in der Humanosteopathie bekannten Muskelenergietechniken/MET. Hier werden direkte oder indirekte Positionierungen eingenommen, und der Patient dazu motiviert bestimmte Muskelkontraktionen durchzuführen, um die Dysfunktion myotensiv, d.h. durch Muskelzug (wiederholt) zu mobilisieren und letztlich zu beheben. Von einer direkten oder indirekten Positionierung ausgehend, soll der Muskelzug die Raumparameter in Barriererichtung umkehren. Mit eingeschlossen in dieses Konzept sind Aktive Mobilisierungen (TAO)(7).

N

☐ Neutral.

Der Gleichgewichtspunkt einer Gelenkfläche, von dem aus alle physiologischen Bewegungen in diesem Gelenk stattfinden können (BAKOM) (1) .

☐ Neutralisierungstechniken.

Flüssigkeitstechniken, die darin bestehen, die Flüssigkeitsbewegung, um ihre neutrale Position zu verlangsamen, bis sie vollständig zum Stillstand kommt. Nach einigen Sekunden kommt es spontan wieder zu einer physiologischen Bewegung. In Verbindung mit der meningealen Dehnung sind diese Techniken besonders effektiv bei der Wiederherstellung der Synchronisation der cranio-sacralen Mechanik (TA R. Boillot) (4).

☐ Normalisierung.

Therapeutische Nutzung anatomischer und physiologischer Mechanismen um die Reaktion des Körpers in Richtung Homöostase und Gesundheitsförderung zu erleichtern.(AACOM) (1).

☐ NSR.

Eine Beschreibungsmethode, die bei einer vertebralen osteopathischen Dysfunktion verwendet wird, um eine kombinierte neutrale (N), lateroflektierende (S) und rotatorische (R) Wirbelstellung gemäß dem ersten der Frye'te'schen Gesetze zu bezeichnen; ähnliche Beschreibungen können Flexion (F) oder Extension(E) beinhalten (AACOM) (1).

O

☐ Osteopathische Ebenen der Materie.

Konzept der Konstitution des Körpers auf fünf Hauptebenen: Knochen, Bindegewebe, Flüssigkeit, Energie und Information. Eine osteopathische Dysfunktion kann eine oder mehrere Ebenen betreffen. Es gibt Tests und Techniken, die es uns ermöglichen, auf einer oder mehreren dieser Ebenen zu arbeiten. Es ist Sache des Behandlers, die durch die Dysfunktion am meisten gestörte Ebene zu bestimmen und die am besten geeignete Technik zur Beseitigung der Dysfunktion zu wählen.
Knochen, Bindegewebe und Flüssigkeit (Blut, zerebrospinal-lymphatisch, zellulär oder interstitiell) sind als Materie greifbar, haben in den Händen des Behandlers eine greifbare Realität. Um den Knochen (eines Gelenks) zu testen, sind Mobilitätstests angezeigt. Zur Behandlung sind muskuloskelettale Techniken geeignet.
Um die Bindegewebe zu testen, sind Induktions(F)-/Mobilitäts-(D), Resilienz- oder Motilitätstest angezeigt. Zur Behandlung sind Faszien- oder viszerale Techniken geeignet.
Um die Flüssigkeit zu testen, sind Écoute angezeigt. Um sie zu behandeln, sind Verstärkungs- oder Neutralisationstechniken geeignet.
Die nächsten beiden, Energie und Information, eher ätherisch, entsprechen den Konzepten von Vitalität und Bewusstsein des Organismus. Das vitale Potenzial, die **Energie** einer Struktur ist ein Begriff, der ihrer Funktions-, Heilungs- und/oder Narbenbildungskapazität entsprechen könnte. Energie trägt zum Informationsaustausch von einer Struktur zur anderen, zur interzellularen Kommunikation bei. Diese Energie ermöglicht die Organisation und Anpassungsfähigkeit der Materie. Die **Information**, das Bewusstsein eines Gerätes, eines Organs, eines Gewebes oder einer Zelle könnte seiner Fähigkeit entsprechen, mit dem Rest des Körpers zu kommunizieren. Diese Materie (hormonell, nukleotidisch, nervös, usw. ...) könnte sich in einer Struktur nach einer Aggression "einprägen". Ein Gewebe könnte Informationen aus einem Trauma speichern**. Die Flüssigkeit** könnte ein Träger der Information sein. Durch die Normalisierung der Flüssigkeitsbeziehungen hat der Praktiker die Möglichkeit, die Selbstheilungskräfte des Organismus in Anspruch zu nehmen und ihn gleichzeitig über die von ihm verursachten Veränderungen zu informieren. Dazu ist es unerlässlich, dass das Tier wach und nicht sediert ist und sich der Behandlung und ihrer Folgen voll bewusst ist (TA R. Boillot) (4).

☐ Osteopathische Philosophie.

Konzept der Gesundheitsfürsorge, das sich auf die Erweiterung der wissenschaftlichen Kenntnisse stützt und das Konzept der Einheit von Struktur (Anatomie) und Funktion (Physiologie) des lebenden Organismus umfasst. Die osteopathische Philosophie betont die folgenden Prinzipien: 1. der Mensch ist eine dynamische Funktionseinheit. 2. Der Körper verfügt über selbstregulierende Mechanismen, die von Natur aus selbstheilend sind. 3. Struktur und Funktion sind auf allen Ebenen voneinander abhängig. 4. Eine rationale Behandlung basiert auf diesen Prinzipien (nach AACOM) (1) .

☐ (Biomechanische) Osteopathie.

1. Eine Reihe von Techniken, die an den Hauptgelenken haften, genaue Beschreibungen der Achsen und Bewegungen verwenden und im Allgemeinen zu strukturellen oder sogar muskulären Energietechniken führen (TA F. Fosse) (3).
2. Techniken, die an den parietalen Gelenken durchgeführt werden um, falls möglich, ihre volle Beweglichkeit wieder herzustellen. Solche Techniken sind direkt, indirekt oder kombiniert und folgen tierartbezogen den physiologischen und individuellen Bewegungsmöglichkeiten des jeweiligen Gelenks (TAO)(7).

☐ (Energetische) Osteopathie.

1. Resultiert aus der Verschmelzung des Konzepts der PRM mit der traditionellen chinesischen Medizin, bei der die Faszientäler die anatomischen Stützen der Meridiane sind. Es entwickelt PCV-Techniken (siehe Definition), Meridiansequenzen und Energieübertragungen (TA F. LIZON, DV Alain BOUCHET und TA F. FOSSE) (3).
2. Resultiert aus der Verschmelzung der Konzepte der Faszialen Osteopathie, des PRM und der traditionellen chinesischen Medizin, bei der die Fasziennahtstellen die anatomischen Stützen der Meridiane sind (TAO)(7).

☐ (Fasziale) Osteopathie.

1. Osteopathische Konzepte und Techniken angewandt auf Faszien (TA F. Fosse) (3)
2. Osteopathische Konzepte und Techniken angewandt auf Faszien und Bindegewebe (TAO)(7).

☐ (Kraniosakrale) Osteopathie.

Studium der anatomischen und physiologischen Mechanismen im Schädel und ihrer Wechselbeziehung mit dem Körper und insbesondere mit dem Kreuzbein. Es umfasst ein komplettes System von diagnostischen und therapeutischen Protokollen, die für die Prävention und Behandlung von Krankheiten innerhalb der allgemeinen Praxis der Wissenschaft der Osteopathie gelten. (D.O. W.G. SUTHERLAND und D.O. H.I MAGOUN) (19).

☐ (Viszerale) Osteopathie.

Teil der Osteopathie, der sich mit den viszeralen Gelenken und ihren somatischen Auswirkungen befasst (TA F. Fosse) (3).

☐ Oves MRP.

Fasziale Bewegungen als Folge der faszialen Motilität. Sie entsprechen der Extensions-Flexion-Ruhepunkt des faszialen MRP (TA F. LIZON) (3).

P

☐ PAM Tanz.

In der Faszien- und Strömungsosteopathie beschriebene Technik, bei der die Faszien des Behandlers als mit denen des Patienten übereinstimmend empfunden werden (TA LIZON) (3).

☐ Parietale.

Aus der Humanmedizin übernommener Ausdruck um den Bewegungsapparat mit Gelenken, Muskeln, Sehnen, Bändern und Faszien zu beschreiben (TAO)(7).

☐ Phänomen der intraartikulären Kavitation.

1. Bildung von Gas- und Dampfblasen in der Synovialflüssigkeit während der Gelenkmanipulation. Wenn die Blase implodiert, ist ein krachendes Geräusch zu hören (TA F. Fosse) (3).
2. Mikroskopisch kleine Gasbläschen in der Synovia und Bindegewebe können unter dem Einfluss von Bewegung (Druckveränderung, Druckausgleich) platzen und ein Geräusch erzeugen (TAO)(7).

☐ Plan, Schnittebenen.

Flache Oberfläche, die durch die Position von drei Punkten im Raum bestimmt wird: Median-, Frontal- und Transversalebene.

- Median oder Sagittal oder antero-posterior:

Er geht durch die Längsachse des Körpers und schneidet ihn in der Mitte durch, um zwei Hälften zu erhalten, eine rechte und eine linke. Sie wird durch zwei Achsen cranio-caudal und dorso-ventral bestimmt. Eine para-mediane oder para-sagittale Ebene ist parallel zur medianen oder sagittalen Ebene. In dieser Ebene sind die möglichen Bewegungen :

Für die Wirbelsäulenachse.

Translation entlang dieser beiden Achsen.

Rotation um eine lateral-mediale Achse.

Betrachtet man den kranialsten Teil der sich bewegenden Struktur, so wird ihre kaudo-ventrale Verlagerung als Flexion und ihre kaudo-dorsale Verlagerung als Extension bezeichnet.

Man spricht von Flexion oder Extension

Für das Gliedmaßen-Skelett.

Translation entlang der cranio-caudalen Achse.
Das Schließen des Gelenkwinkels wird Flexion genannt.
Seine Eröffnung wird als Extension bezeichnet.
Es wird dann gesagt, dass sich die fragliche Struktur in Flexion oder Extension befindet.

- Dorsal oder Frontal oder Coronal: Der Körper wird so geschnitten, dass zwei Hälften entstehen, eine ventrale und eine dorsale.

Sie wird durch zwei cranio-caudale und latero-mediale Achsen bestimmt. In dieser Ebene sind die möglichen Bewegungen:
Für die Wirbelsäulenachse.
Translation entlang dieser beiden Achsen.
Rotation um eine ventro-dorsale Achse. Wenn wir den kranialsten Teil der sich bewegenden Struktur betrachten, wird ihre kaudal-laterale Bewegung nach rechts als rechte Lateroflexion und ihre kaudal-laterale Bewegung nach links als linke Lateroflexion bezeichnet.
Es wird dann gesagt, dass sich die betreffende Struktur in rechter Lateroflexion oder linker Lateroflexion befindet.
Die Begriffe seitliche Biegung, Krümmung, Kippung oder Seitenbiegung entsprechen dieser Bewegung.
Für das Appendix-Skelett.
Translation entlang der lateral-medialen Achse.
Das seitliche Gähnen des Gelenkspalts wird als Adduktion bezeichnet.
Mediales Gähnen, Entführung.
Die fragliche Struktur soll entführt oder verschleppt worden sein.

- Transversal oder horizontal: Der Körper wird so geschnitten, dass zwei Hälften entstehen, eine kraniale und eine kaudale.

Sie wird durch die zwei Achsen ventro-dorsal und latero-medial bestimmt.
In diesem Plan sind die möglichen Bewegungen:
Für die Wirbelsäulenachse.
Translation entlang dieser beiden Achsen.
Rotation um eine cranio-caudale Achse. Betrachtet man den ventralsten Teil der sich bewegenden Struktur, so wird ihre dorso-laterale Verschiebung nach rechts als Rechtsrotation und ihre dorso-laterale Verschiebung nach links als Linksrotation bezeichnet.
Es wird dann gesagt, dass die betreffende Struktur entweder rechts- oder linkshändig ist.
Für das Appendix-Skelett.
Translation entlang der cranio-caudalen und latero-medialen Achse.
Die Rotation um die Längsachse der Extremität, die ihren kranialen oder dorsalen Rand nach lateral bewegt, wird als Außenrotation bezeichnet.
Diejenige, die ihn nach medial bewegt, interne Rotation.
Es wird dann gesagt, dass sich die betreffende Struktur in Außenrotation oder Innenrotation
befindet.
(AACOM) (1) .

☐ Point of balanced membraneaus tension, POBMT, Ausgewogene Membranspannung.

1. Präziser Punkt in der Gelenkamplitude des Schädelmechanismus, an dem die auf ihn ausgeübte Spannung in allen Richtungen gleich ist (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I. MAGOUN D.O.)(19).
2. Punkt an dem die auf eine Dysfunktion wirkenden Kräfte ausgeglichen sind (TAO)(7).

☐ Position der Neutralität (oder neutrale oder gemeinsame Ruheposition).

1. Zustand der geringsten Beanspruchung eines mobilen Elements in Bezug auf seine als fest betrachtete Umgebung. Diese Position entspricht in den meisten Fällen der Mitte der Gesamtamplitude. Im Falle einer osteopathischen Dysfunktion unterscheidet sich die neue Position der Neutralität, die pathologische Neutralität (N') genannt wird, von der Position der physiologischen Neutralität (N): N‘ wird auf die Seite der grössten Mobilität verlagert (DV R. Boillot) (4). Vom pathologischen Neutralitätspunkt aus findet man im Mobilitätstest in Dysfuntionsrichtung die freiere Bewegungsmöglichkeit, während sie in Barriererichtung eingeschränkt ist. (TAO)(7).

2. Position der optimalen Kongruenz mit minimaler Stimulation der Gelenkrezeptoren eines normalen oder pathologischen Gelenks (FIMM) (8) .

☐ Potency.

Begriff aus der Naturphilosophie, der sowohl von Sutherland als auch von Rollin Becker benutzt wurde und heute der Biodynamischen Osteopathie zugerechnet wird. Sutherland sagte, die Potency besitze eine Intelligenz, den Breath of Life, den man mit spiritueller Kraft oder Lebensatem übersetzen könnte. Die korrigierende Kraft in einem Körper sei der Breath of life und nicht der Druck des Therapeuten: „Wenn wir so vorgehen, lenken wir nicht einfach nur Kraft, sondern eine Kraft mit einer Intelligenz – ein Flüssigkeitskörper, der den Breath of life, etwas Unsichtbares, besitzt nicht nur eine Kraft, sondern eine Intelligenz. In dieser Potency der Fluktuation gibt es eine unfehlbare intrakranielle und intraspinale Kraft, die zum Normalen strebt und die Triebfeder zur Verringerung von Läsionen ist“. Lebenskraft bezeichnet die dem Leben innewohnende Energie und Vitalität als auch das Wissen und die Weisheit über die richtigen und sinnvollen Prozesse, die zur harmonischen Ausgestaltung notwendig sind (TAO)(7).

☐ Primäre Atmungsbewegung (PRM) oder primärer Atmungsmechanismus (eventuell auch PAM).

"Der Name, der dem metabolischen und regulatorischen Komplex gegeben wurde, der von Sutherland W.G. als die Grundlage des Lebens selbst betrachtet wird. Die Eigenmotilität des Zentralnervensystems, die Fluktuation des Liquors, die leitende und begrenzende Wirkung der Dura-mater -, der intrakraniellen und intraspinalen Membranen, die Gelenkbeweglichkeit der Schädelknochen und die unwillkürliche Beweglichkeit des Kreuzbeins zwischen den Darmbeinen sind alle Teil dieses anatomisch-physiologischen Mechanismus. Als primär oder essentiell bezeichnet, weil es in direktem Zusammenhang mit der inneren Gewebeatmung des Zentralnervensystems steht, das den Rest des Körpers kontrolliert. Sie wird Atmungsmechanismus genannt, weil sie nicht nur die physiologische Funktion des Austauschs der für den normalen Stoffwechsel und die Biochemie des Zentralnervensystems notwendigen Flüssigkeiten, sondern aller Zellen des Körpers beinhaltet ("Sie wird wegen des Gasaustauschs zwischen den Zellen der Gewebe und ihrer inneren Umgebung, die von den Flüssigkeiten gebildet wird, in denen die Zellen baden, als interner Atmungsmechanismus bezeichnet"). Dieser Mechanismus wird als Mechanismus bezeichnet, weil alle Komponenten als eine Einheit zusammenarbeiten, um diese grundlegende Physiologie zu erreichen. Der Mechanismus wirkt in zwei Phasen: einem inneren Atemzyklus der Einatmung und einem Ausatmungszyklus, der sich durch eine gleichzeitige Bewegung aller Komponenten manifestiert, was zu minimalen Veränderungen der Schädelform führt. In einem Mechanismus, der so nach den Gesetzen der mechanischen Physik ausbalanciert ist, bewirkt eine adäquate Bewegung eines Teils die Bewegung der anderen Teile, wodurch eine funktionelle Einheit des Ganzen entsteht. Sie kann auch durch äußere Faktoren wie Bewegung, Trauma oder die richtige Schädelbehandlung beeinflusst werden" (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I. MAGOUN D.O.) (19).

☐ Primärer Atmungs-Mechanismus. PAM.

Bezeichnung für den Stoffwechsel- und Regulationskomplex, der von Sutherland W.G. als die Grundlage des Lebens selbst betrachtet wird. Die inhärente Motilität des Zentralnervensystems, die Fluktuation des Liquors, die leitende und begrenzende Wirkung der intrakraniellen und intraspinalen Dura mater-, die Gelenkbeweglichkeit der Schädelknochen und die unwillkürliche Beweglichkeit des Kreuzbeins zwischen den Darmbeinen sind aller Teil dieses anatomisch-physiologischen Mechanismus. Als primär oder essenziell bezeichnet, weil es in direktem Zusammenhang mit der inneren Gewebeatmung des Zentralnervensystems steht, das den Rest des Körpers kontrolliert. Er wird Atmungsmechanismus genannt, weil er nicht nur die physiologische Funktion des Austauschs der für den normalen Stoffwechsel und die Biochemie des Zentralnervensystems notwendigen Flüssigkeiten beinhaltet, sondern aller Zellen des Körpers ("Er wird wegen des Gasaustauschs zwischen den Zellen der Gewebe und ihrer inneren Umgebung, die durch die Flüssigkeiten gebildet wird, in denen die Zellen gebadet werden, als interner Atmungsmechanismus bezeichnet"), weil alle Komponenten als eine Einheit zusammenarbeiten, um diese grundlegende Physiologie zu erreichen. Der Mechanismus wirkt in zwei Phasen: einem inneren Atemzyklus der Einatmung und einem Ausatmungszyklus, der sich durch eine gleichzeitige Bewegung aller Komponenten manifestiert, was zu minimalen Veränderungen der Schädelform führt. In einem Mechanismus, der so nach den Gesetzen der mechanischen Physik ausbalanciert ist, bewirkt eine adäquate Bewegung eines Teils die Bewegung der anderen Teile, wodurch eine funktionelle Einheit des Ganzen entsteht. Sie kann auch durch externe Faktoren wie Bewegung,

Trauma oder die richtige Schädelbehandlung beeinflusst werden (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I. MAGOUN D.O.) (19).

☐ Pseudo-Thrust.
Anwendung des Thrustprinzips, im MOVM, im Rahmen einer indirekten mechanischen Technik. Das Ziel des Pseudo-Schubs ist nicht die Trennung der Gelenkfacetten, sondern die Hyperstimulation der Mechanorezeptoren und der neuromuskulären Spindel, um eine neuromuskuläre Freisetzungsreaktion zu erzielen (AVETAO)(3).

R

☐ Rebound.
Begleitung und Unterstützung einer dynamischen Bewegung zu einem Punkt hin an dem kurz verweilt wird, bevor er wieder losgelassen wird. Technik, die die dynamische Selbstorganisation des Gewebes unterstützt. (TAO)(7).

☐ Recoil, Rückstoss, Rückprall.
Heranführen von Gewebe an seine Bewegungsgrenze. Durch mehrmaliges (angemessenes) Erhöhen der Spannung in der Ausatmungsphase wird eine Überspannung (die nicht die anatomische Barriere übersteigt) erzeugt, die durch sehr schnelles Loslassen in der Einatmungsphase in der Lage ist Dysfunktionen aufzulösen. In der Veterinärmedizin kann nicht immer im Einklang mit den Atemphasen gearbeitet werden. Anwendung findet der Recoil an Gelenken der Wirbelsäule und der Gliedmaßen, dem Brustkorb und den Viszera (TAO)(7).

☐ Reflex.
Unwillkürliche Reaktion des Nervensystems auf Sinneseindrücke. Die Gesamtsumme einer bestimmten unfreiwilligen Aktivität (AACOM) (1).

☐ Reflex. Myotatischer R.
Tonische Kontraktion von Muskeln als Reaktion auf eine Dehnungskraft aufgrund der Stimulation von Muskelrezeptoren (AACOM) (1).

☐ Reflex. Somatosomatischer R.
Lokalisierte somatische Stimuli, die Reflexreaktionsmuster in segmentbezogenen somatischen Strukturen erzeugen (AACOM) (1).

☐ Reflex. Somatoviszeraler oder Viszerosomatischer Reflex.
Lokalisierte somatische Stimulation, die Reflexreaktionsmuster in segmentbezogenen viszeralen Strukturen erzeugt (AACOM) (1).

☐ Reflex. Viszeroviszeraler R.
Viszerale Stimuli erzeugen Reflexreaktionsmuster in viszeralen Strukturen, die mit dem Segment in Beziehung stehen (AACOM) (1).

☐ Refraktäre Phase.
Post-isometrische Entspannungsphase, die der Kontraktion eines Muskels folgt. (BAKOM) (1).

☐ Release.
Das Entspannen von Gewebe, bzw. die Lösung von dysfunktionalen Störungen. Die Gewebe bewegen sich in Richtung eines neuen Point of Balance/Gleichgewichtszustand. Der Begriff findet meist Verwendung in Bezug auf myofasziale, viszerale oder kraniale Strukturen. Ein Release ist von lokalen Phänomenen begleitet: Entwirrung faszialer

Fasern (Unwinding), Entspannung, ev. Wärmeentwicklung, sowie allgemeinen Symptomen wie Seufzen, Schmatzen, Lecken, Durchatmen, Blähungen, Schütteln, Einschlafen. Ein Release sorgt für vegetative Entspannung. Auf einen Release kann ein Stillpunkt folgen (TAO)(7).

☐ Resilienz.

1. Mechanische Flexibilität oder Elastizität eines Gelenks oder Gewebes. Strenggenommen, in der Medizin, die Dehnbarkeit eines Volumens (Lungenbläschen, Gefäß, Darm, etc.). Es ist die Leichtigkeit, mit der ein Gewebe verformt werden kann (TA F. Fosse)(3).
2. Viskoelastizität des Gewebes. Ein resilientes System/Gewebe ist in der Lage, nach physikalischer Einwirkung (Druck/Zug) den ursprünglichen Ausgangszustand wiederherzustellen. Man kann mechanisch mit einem Federungstest oder direkt das Gewebe testen (TAO)(7).

☐ (Mechanische) Resilienz in MVM.

1. Palpationstechnik, bei der die mechanischen Eigenschaften der Elastizität und Compliance der anatomischen Struktur unter einer mechanischen Hand durch Gewichtsverlagerung vom Therapeuten getastet werden (epikritische und propriozeptiver Sensibilität). Die physiologisch-mechanische Belastbarkeit muss flexibel und frei sein. Sie gilt für Knochen, Gelenke und Muskeln (AVETAO) (3).
2. Mechanischer Federungstest an der Wirbelsäule, dem Brustkorb, sowie dem Schädel (TAO)(7).

☐ Resonanz.

Mitschwingen oder Mittönen eines Körpers in der Schwingung eines anderen Körpers. Das physiologische Substrat der Resonanz sind die Spiegelneurone (G. Rizzolati, V.Gallese, L. Fogassi 1992), die speziellen Nervenzellen bei Primaten darstellen. Während der Beobachtung oder Simulation eines Vorganges werden die gleichen Potentiale ausgelöst, welche entstünden, wenn der Vorgang tatsächlich gestaltet oder ausgeführt würde. Sie erlauben, Aktionen anderer zu simulieren und somit nachzuvollziehen: „Ich kann fühlen was du fühlst“. Sie bilden die Grundlage der emotionalen Intelligenz und Intuition (TAO)(7).

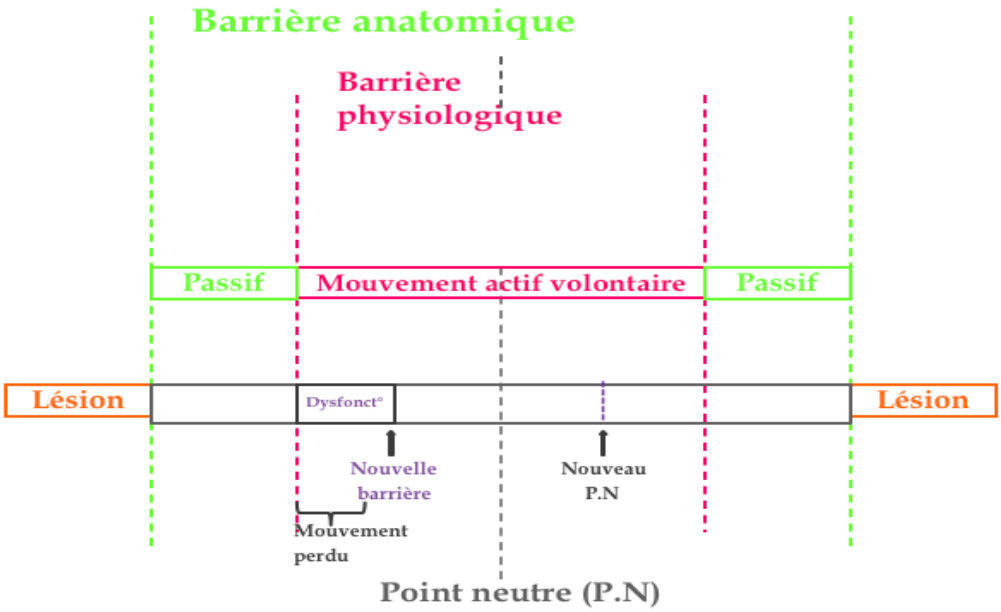
☐ Restriktion.

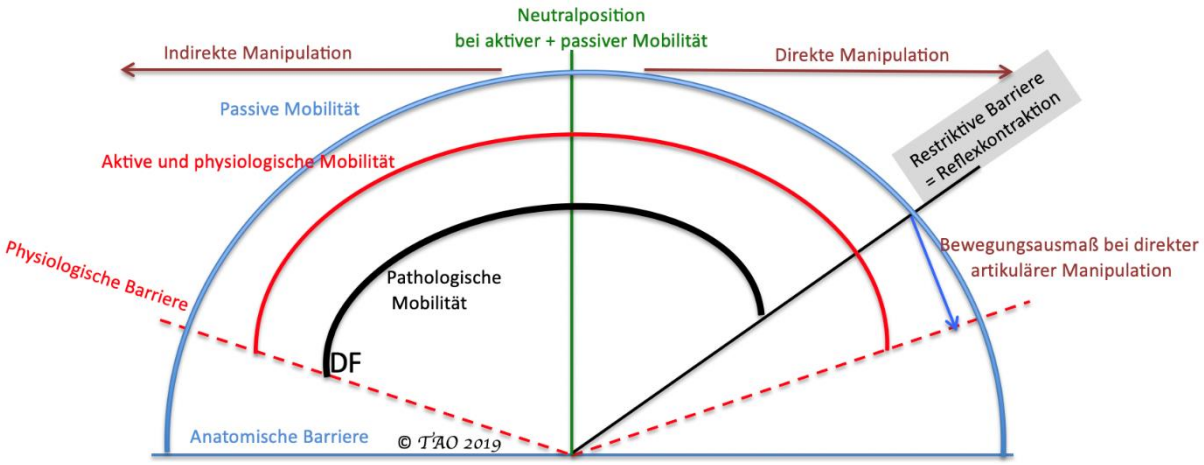
Widerstand oder Bewegungshindernis (AACOM) (1).

☐ Restriktionsbarriere.

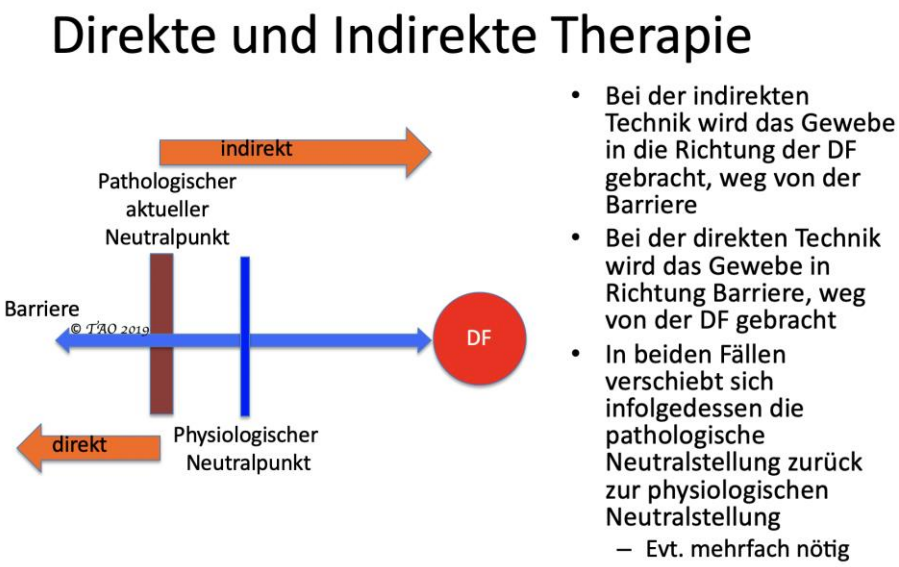
1. Synonym für pathologische (passive) motorische Barriere (TA F. Fosse) (3).
2. Eingeschränkte Richtung eines Mobilitätstestes bei bestehender Dysfunktion, die nach der freieren Richtung des Mobilitätstestes benannt wird (TAO)(7).

Anwendung des Barrierekonzeptes in der osteopathischen Therapie (TAO)





- Bei einer Dysfunktion ist der Neutralpunkt verschoben
- Die Bewegung geht leichter und weiter auf die DF nach links zu und schwerer vom pathologischen Neutralpunkt nach rechts zur restriktiven Bewegungsbarriere



☐ **Richtung der Korrektur.**
Zuordnung von gleichgerichteten oder entgegengesetzten Korrekturparametern zu den dysfunktionalen Parametern. Die Richtung der Korrektur wird als direkt bezeichnet, wenn die Korrekturparameter entgegengesetzt zu den dysfunktionalen Parametern sind. Die Richtung wird als indirekt bezeichnet, wenn die Parameter gleichgerichtet sind (TA R. Boillot)(4) .

☐ **Rotation der Wirbelsäule.**
Bewegung in der vertebralen Biomechanik, die Teil einer Transversalbewegung um eine kranio-kaudale Achse ist (TA F. Fosse) (3).

S

☐ **Schädel- und/oder Suturenkompression (SSB-Schädelverdichtung).**
Zustand, bei dem die Gelenkfläche eines Knochens oder angrenzender Knochen an Nähten einer Kompression unterliegen, was zu einer Einschränkung oder Einstellung der Schädelbewegung führt. Dies kann durch geschicktes, intelligentes Abtasten erkannt werden. (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I MAGOUN D.O.) (19).

☐ **Schädel-Quadranten.**
Unterteilung des Kopfes in vier Quadranten, posterior rechts und links, anterior rechts und links. Vorgeschlagener Beobachtungsleitfaden zur systematischen Untersuchung bei der Beobachtung der Peripherie. Sie hängen definitiv mit der Mechanik des Schädels zusammen (D.O. W.G. SUTHERLAND und D.O. H.I MAGOUN) (19).

☐ **(Innenrotation der paarigen) Schädelknochen.**
Rotation zur Mitte der **paarigen** Schädelknochen (oder anderer gepaarter Knochen). In der mechanischen Physiologie des PRM-Zyklus drehen sich alle Knochenpaare nach intern, wenn sich die Spheno-Basilar-Symphyse während der Exspirationsphase eine Extension macht (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I. MAGOUN D.O.) (19).

☐ **Schädelmechanismus.**
1. Funktionelle Einheit des Schädelkonzepts entsprechend der Struktur und Anordnung der Komponenten. Dazu gehören das Gehirn und seine Eigenmotilität, die intrakranielle Membran, die Fluktuation des Liquors und die Gelenkbeweglichkeit der Schädelknochen (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I. MAGOUN D.O.) (19).

2. Funktionelle Einheit des kranialen Konzepts der zusammengesetzten Strukturen. Sie umfasst das Gehirn und seine Eigenbeweglichkeit, die intrakraniellen Membranen, die Fluktuation des Liquors und die Gelenkbeweglichkeit der Schädelknochen und des Kreuzbeins, das mit ihnen durch das Kernband verbunden ist (TAO)(7).

☐ Segmentale-Fazilitation.

Zustand der Übererregbarkeit einer Region des Rückenmarks in Verbindung mit einer niedrigen Erregungsschwelle. Es reduziert den Widerstand, der durch die Auswirkungen einer "osteopathischen synaptischen" Dysfunktion verursacht wird, so dass eine weitere Stimulation leichter eine Reaktion hervorrufen kann. Sie wird als erleichterte oder erleichterte Körperzone bezeichnet (W.G SUTHERLAND D.O. und H.I MAGOUN D.O.) (19).

☐ Sidebending-Rotation (Lateroflexionsdrehung, Seitneigung mit Rotations-dysfunktion) des Schädels.

1. Osteopathische Dysfunktion des SSB, gekennzeichnet durch eine entgegengesetzte Rotation des Sphenoids und des Okziput in der Frontalebene, die mit einer Rotation dieser beiden Knochen in der Transversalebene in der gleichen Richtung auf dem Sphenoid verbunden ist. Bsp.: rechte FLR, wir haben in der Frontalebene das Keilbein in Rechtsdrehung und das Okziput in Linksdrehung, und in der Transversalebene beide in Rechtsdrehung. (TA R. Boillot)(4).
2. Okziput und Sphenoid rotieren in dieselbe Richtung. Es liegt zusätzlich eine feststellbare Seitneigung/Sidebending vor. Sogenannter „Bananenschädel“ (TAO)(7).

☐ Spannungsaufbau.

Aus Sicht des Praktikers aktive Verlagerung eines in Dysfunktion befindlichen, mobilen Elements aus der **Position der** pathologischen **Neutralität** (N') bis zur pathologischen **Barriere** (TA R. Boillot) (4).

☐ (Empfindlicher oder) Spannungspunkt.

Kleine überempfindliche Punkte im myofaszialen Gewebe des Körpers, die kein Ausstrahlungsmuster von Schmerzen aufweisen. Diese Punkte sind eine Manifestation der somatischen Dysfunktion und werden als Diagnosekriterien und für die Nachbehandlung verwendet (AACOM) (1).

☐ Spheno-basilare Symphyse (SSB).

Gelenkspalt zwischen dem Körper des Keilbeinbeins und dem unteren Hinterhauptbein. Wenn der kaudale Teil des Sphenoids und der kraniale Teil des Basiokziput nach dorsal orientiert sind, spricht man von einer **Flexion** des SSB. Im Erwachsenenalter, nach vollständiger Verknöcherung des SSB, macht die osteo-membranöse Formbarkeit des Sphenoocciput seine Bewegungen kompatibel mit dem von Sutherland (DV R. Boillot) beschriebenen mechanischen Modell (TA R. BOILLOT)(4).

☐ Slack.

Begriff aus der angelsächsischen osteopathischen Sprache, der "die minimale Spannung durch Erforschung des Gelenkspiels" bezeichnet. "Es handelt sich um einen Akt, der sehr wenig Kraft erfordert, da er in der Gleitebene des Gelenks mit dem geringsten Reibungskoeffizienten ausgeführt wird, den Knorpel und Synovialflüssigkeit bieten. (Terramorsi J-F., Strukturelle Osteopathie, Strukturierte Läsion, Strukturelle Konzepte, 2013)(22)

☐ Still-Punkt.

1. Moment der Stille. Ein Still-Punkt entspricht dem Gleichgewicht zwischen den reziproken Spannungskräften eines Gelenks (Biomechanik). Es ist auch der Punkt des Spannungsgleichgewichts der Gewebeantriebskräfte. Der Still Punkt der Auflösung ist dieser privilegierte Moment, in dem sich das Gewebe entspannt und einen neuen Gleichgewichtspunkt findet (M. Roques, TA Francis Lizon, Pr. P.E. Greenman)(13).
2. Mit den Händen fühlbare inhärente, unwillkürliche, physiologische und flüchtige Stille der Gewebe. Moment der Normalisierung. Er kann therapeutisch induziert werden. Induzierte oder spontane Stillpunkte = Anhalten der Gewebsmotilität. Neutralste Position aller aktuell verantwortlichen Faktoren, nachdem alle vorhandenen Spannungen auf ein absolutes Minimum reduziert worden sind. Spannungsverhältnisse werden im Potential der Stille ausgeglichen. Von diesem Punkt aus kann der Körper den Weg der Erleichterung bis hin zur (vollständigen) Erholung gehen. In allen Geweben vorkommend: Bindegewebe, Faszien, Organen, Fluida (LCS). Der Moment zwischen der

Flexion/Extension der SSB, ein verlängerter Moment der Reglosigkeit zwischen den beiden Phasen des PAM: Die Gewebe „schweigen“, nichts rührt sich, es kommt zu einer globalen (muskuläre, fasziale und energetische) Entspannung, die, wenn global auftretend, den ganzen Organismus zentriert. Physiologie ist der äußere Ausdruck der Stille und steht in einem rhythmischen und dynamischen Austauschprozess mit ihr. Gesundheit und Krankheit organisieren sich um die Stille herum. Stillpunkte unterstützen den Körper dabei, in Kontakt mit seinen homöostatischen Kräften und der „Potency“ zu kommen. Faktor, der die Veränderung durch die Behandlung zulässt. Bei geschwächten Patienten werden körpereigene Ressourcen freigelegt. Alle Stillpunktinduzierenden Techniken sind äußerst sanft und mit keinerlei Krafteinwirkung verbunden. Lediglich sehr sanfter physischer Widerstand oder auch nur Intention sind nötig (TAO)(7).

☐ Strain.
Dehnungsverletzungen des Muskelgewebes. 2. Distorsion mit Gewebeverformung (AACOM) (1) .

☐ (Kranialer) Strain.
Jede Veränderung der Schädelstruktur, des Verhältnisses der Nähte oder der mechanischen Funktion, die das Ergebnis einer von innerhalb oder außerhalb des Körpers einwirkenden Kraft ist (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I. MAGOUN D.O.) (19)

☐ Stacking. Stapeln.
Der Begriff stammt aus den funktionellen Positional Release Techniken nach P.E. Greenman. Man stapelt nacheinander eingestellte reinachsige Bewegungen aufeinander. Siehe MFR, Functional (TAO)(7).

T

☐ (Beschleunigungs)-Technik.
Methode, die die Rate und Amplitude der Liquorfluktuation erhöht (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I. MAGOUN D.O.) (19).

☐ (Bindegewebs) Techniken.
Techniken, die die Mobilität und/oder die viszerale Dichte betreffen (TA R. Boillot) (4).

☐ (Direkte) Technik.
Engagement des gestörten Segments gegen die pathologische motorische Barriere, die korrigierenden Parameter drehen die dysfunktionalen Parameter um (AVETAO) (3).

☐ (Dynamische) Techniken.
Techniken mit kurzen oder langen Hebelarmen, die aus einer abwechselnden direkten und indirekten Muskel-Skelett-Spannung in den drei Raumebenen bestehen, und zwar mit der Geschwindigkeit, mit der das Tier sie vorschlägt, bis sich die Dysfunktion normalisiert hat. Manchmal sind drei oder vier Zyklen notwendig. (Ex: Grasset- oder Schulterblatt-Heilgelenk) (TA R. Boillot) (4).

☐ (Dynamische funktionelle) Technik.
Eine Technik, bei der der Behandler den inhärenten Bewegungen des Gewebes folgt (Kontraktion und Entspannung des Muskeltonus, dynamische Gewebeeffekte der Atmung und Zirkulation, Gewebemotilität). Die motorische Hand induziert Bewegungen in den freien Richtungen dieser verschiedenen inhärenten Gewebebewegungen. Die zuhörende Hand folgt und orientiert sich am Weg der größtmöglichen Gewebefreundlichkeit (Komfort). Sie lässt sich durch die CCTET-Formel zusammenfassen: C1 - Kontakt auf dem Adnexgewebe des gestörten Segments, C2 - Kontrolle der durch die Motorhand induzierten Bewegung, T1-Test der Reaktion des Adnexgewebes, E - Bewertung der Reaktion des Segments als normal oder abnormal, T2-Behandlung mit konstanter Kontrolle des "ease-blocking"-Punktes des gestörten Segments (Pr P.E. Greenman)(13).

☐ (Energie)-Technik im MVM.

Diagnose- und Behandlungstechniken, bei denen das Qi in Meridianen fließt, deren anatomische Stütze eine Reihe von myofaszialen Ketten ist. Ziel der Diagnose ist es, die Bereiche der Qi-Flussbehinderung zu bestimmen, die Konsequenzen in der TCM zu analysieren und die Verbindung zur klassischen Medizin herzustellen; Ziel der Behandlung ist die Anwendung einer manuellen Behandlung zur Beseitigung der Qi-Flussbehinderung (AVETAO) (3).

☐ (Faszien)-Techniken.

Techniken, die es dem Bindegewebe ermöglichen, seine Geschmeidigkeit wiederzuerlangen. Die Arbeit wird entweder durch Spannung in den drei Raumebenen oder durch Dehnung oder Stauchung angestrebt. Die Kontinuität der Faszien erlaubt eine Anwendung manchmal recht weit entfernt vom Kontaktpunkt des Behandlers, man spricht dann vom Abrollen/Unwinding der Faszien (TA R. Boillot) (4).

☐ (Fasziendrainage- oder Pump-) Technik.

Mechanische Gewebstechnik, eine Palpations-Drucktechnik, die auf das myo-fasziale System einwirkt und die lymphatische und venöse Zirkulation gewährleistet (M. Bienfait) (10).

☐ (Funktionele oder funktionelle Übertreibung) Technik.

1. Sehr präzise indirekte Technik die neurophysiologische Rückkopplung nutzt ohne anatomische und biomechanische (Gelenk/Muskeln/Ligamente) Konzepte zu beachten. 1940-1955 von verschiedenen Arbeitsgruppen entwickelt. Das Ziel einer manuellen Therapie mit „Functional“ ist die Minimierung der Energie, die notwendig ist, um die „Midline-Position“ (physiolog. Position) zu behalten/erreichen und koordinierte Antworten auf Bewegungen zu erhalten (Midline des Rumpfes: Wirbelsäule als Ganzes - Midline der Gliedmaßen: Anatomische Mitte). Ziel der neuromuskulären Kontrolle ist es, alle Teile in der richtigen Position zur richtigen Zeit zu halten um statischen wie dynamischen Anforderungen zu genügen. Bei Fazilitation eines Segments kommt es zur Zunahme des Ruhetonus und assoziierten asymmetrischen Antworten auf Bewegungen. D.h. das Segment ist nicht zur richtigen Zeit am richtigen Ort. Die Zunahme der afferenten Stimulation wird durch ständig weitere neurologische Inputs hochgeschaukelt. Dies führt zur Steigerung der efferenten Antwort = zunehmende Facilitation (Nociception – Nocireaktion)
Funktionelle Techniken (FT) reduzieren den afferenten Input = Afferente Impuls-Reduktion, die Sensitivität der Muskelspindel wird rehabilitiert => die gesteigerte Reaktion des efferenten Gamma-Systems wird reduziert. FT-folgt einem Regelkreis, in dem nicht die segmentale Bewegung/Restriktion (Fryette), sondern die Gewebeantwort (Ease oder Bind) im Segment die Untersuchung /Therapie steuern (Ease = freier entspannter Tonus im Gewebe - Bind = Restriktion, Spannung, Dichte im Gewebe)
Functional adressiert ein embryologisches Segment = Metamer. Der Fokus im Segment wird auf das aktuelle Gewebeverhalten als Antwort auf passiv eingeführte minimale initiale Bewegung und Atmung beurteilt und führt zur Lokalisation der Dysfunktion. Die Dysfunktion der beweglichen Einheit reflektiert sich in den Reaktionen des Gewebes (Haut, Muskeln, Faszien, Sehnen, Bindegewebe verhärtet, verdichtet, gespannt) um das Segment herum. Die Gewebe werden durch minimale Bewegungen indirekt in eine 3-dimensionale Entspannungsposition gebracht, bis eine ausbalancierte Spannung aller Gewebe eintritt (TAO).
2. Spontane indirekte Repositionierungskorrekturtechnik unter Verwendung des propriozeptiven Gewebereflexes, bei der der Punkt des dynamischen Gleichgewichts (der maximalen Leichtigkeit) gefunden wird und eine der folgenden Maßnahmen ergriffen wird: Anlegen einer indirekten Führungskraft, Halten der Position (funktionelles Gleichgewicht und Halten der T.) oder Hinzufügen von Druck auf die übertriebene Position (dynamische funktionelle T.) und Ermöglichen einer spontanen Neueinstellung. Der Behandler führt die Manipulation durch, während der dysfunktionale Bereich abgetastet wird, um eine kontinuierliche Rückmeldung der physiologischen Reaktion auf die induzierte Bewegung zu erhalten und ein abnehmendes Gefühl des Gewebewiderstands zu erzeugen (Leon Chaitow)(46).

☐ (Funktionele) Technik (des Gleichgewichts und der Erhaltung).

Technik, die eine Position des gemeinsamen Gleichgewichts anstrebt und aufrechterhält. Die motorische Hand induziert Bewegungen in 6 Richtungen (Flexion, Extension, rechte und linke Lateroflexion, rechte und linke Rotation, anteroposteriore, rechte und linke laterale Translation und cephalisch-caudale Translation), die letzte Komponente ist die Atmung (bei der Inspiration oder Exspiration); in jeder auferlegten Richtung folgt die zuhörende Hand und

bestätigt das Erreichen der erleichterten Zone (der Zone des Bewegungskomforts, der einfachsten Beweglichkeit der Gewebe). Sobald alle Richtungen zum Punkt der maximalen Leichtigkeit (Gleichgewichtspunkt) hin gestapelt sind, wartet man auf eine Inspiration oder Exspiration, die die Erschlaffung des Gewebes abschließt. Dann wird die Behandlung wiederholt, bis eine maximale Freigabe des eingeschränkten Bereichs erreicht ist (TA F. Fosse) (3).

☐ (Gelenk)-Technik von W.G. Sutherland.
Technik, die darin besteht, die Läsionskomponente in entgegengesetzter Richtung zur motorischen Barriere zu mobilisieren, sehr genau in der Richtung, in die sie gehen will, in jeder Ebene der normalen Bewegung des Gelenks, in eine Position, in der die Spannungen der um sie herum liegenden muskulo-ligamento-faszialen Gewebe perfekt ausgeglichen sind (Gefühl des Schwebens der Läsionskomponente). Dieser Moment entspricht dem "Stillpunkt". Sie basiert auf Gelenkbeweglichkeit und Gewebemotilität. Sie ist Teil der funktionellen Techniken (Gleichgewicht und Erhaltung) (AVETAO) (3).

☐ (Gewebe)-Techniken.
Korrekturtechniken, die drei subjektive Kriterien (Präsenz, Aufmerksamkeit, Intention) verwenden und deren Normalisierung durch die Arbeit an drei objektiven Kriterien (Dichte, Spannung, Geschwindigkeit) erfolgt (P. Tricot) (25). Korrekturtechniken, die subjektive Kriterien (Präsenz, Aufmerksamkeit, Intention, Intuition, Resonanz, Fokus) verwenden und deren Anwendung zur Normalisierung durch die Veränderungen objektiver Kriterien (Viskoelastizität und Dichte, Spannung, Mikro- und Makromobilität) führen (TAO)(7).

☐ Gewebsresilienz-Technik bei MVM.
Palpationstechnik, bei der die Viskoelastizität und Plastizität der anatomischen Struktur unter der Einwirkung einer Gewebehand durch Gewichtsübertragung vom Therapeuten getastet wird. Die physiologische Gewebsresilienz muss flexibel und aktiv sein. Im Falle der Fixation wird ein harter, fixierter Bereich wahrgenommen, der als Gewebedichte bezeichnet wird (AVETAO) (3).

☐ (HVLA)-Technik (siehe Thrusttechnik).
High Velocity Low Amplitude, strukturelle Manipulationstechnik (TA R. Boillot) (4).

☐ (Indirekte) Technik.
Technik mit Eingriff des dysfunktionalen Segments weg von der pathologischen Barriere, d.h. in Richtung der Parameter der Dysfunktion in den drei Raumebenen (AVETAO) (3)

☐ (Indirekte osteopathische) Technik.
Normalisierungstechnik, deren Korrekturparameter mit den dysfunktionalen Parametern identisch sind (TA F. Fosse)(3).

☐ (Informations)-Techniken.
Osteopathische Techniken, die darauf abzielen, den Körper und insbesondere das zentrale Nervensystem über die Wiederherstellung der Mobilität zu informieren. Gewebetechniken sind in der Tat Informationstechniken. Die Techniken der Ligament-Schocks bestehen darin, in einem Kapsel-Band-System, das eine Distorsion (Verstauchung Stufe 1) erlitten hat, einen Schmerz aus einem traumatischen Kontext zu erzeugen, der für das zentrale Nervensystem nicht interpretierbar ist. Die nozizeptiven Daten der Kapsel würden dann 48 Stunden lang vom Nervensystem nicht mehr berücksichtigt werden. Der Tierhalter muss daher während dieser Zeit eine strenge Rekonvaleszenz einhalten (TA R. Boillot) (4).

☐ (L.H. Jones' Strain- und Conterstrain)-Technik oder Jones' Positionierungsfreisetzungstechnik oder Jones' Repositionierungstechnik.
1. Funktionelle, neuro-muskuläre, positionelle, passive, indirekte myo-faziale Entspannungstechnik. Es besteht aus drei Schritten. Die erste besteht in der Identifizierung eines Druckempfindlichkeitspunktes, der einem oder mehreren verkrampften Muskeln entspricht. Der Patient ist sich des Druckempfindlichkeitspunktes nicht bewusst,

bis der Arzt ihn lokalisiert hat. Der Druckempfindlichkeitspunkt ermöglicht es dem Arzt, den Patienten in der für ihn angenehmsten Situation zu positionieren. Der zweite Schritt besteht in der Neupositionierung des untersuchten myo-artikulären Komplexes in den drei Raumebenen am Punkt des maximalen Komforts (minimale myo-fasziale Spannung), mit Hilfe des Tender Point, der bei der Positionierung des maximalen Komforts sehr unempfindlich sein muss. Im dritten Schritt hält der Behandler diese Position für mindestens 90 Sekunden, bis die myo-fasziale Freisetzung erreicht ist, dann bringt er den Patienten sanft in die neutrale Position zurück (AVETAO)(3).

2. Die Repositionierung in allen drei Ebenen des Dysfunktionsraums und Gleitparameter in der Gelenkebene kombiniert (TA R. Boillot)(4).

3. In der Veterinärmedizin wird auch anstelle eines Tenderpunktes der Verspannungsgrad einer Muskulatur als Äquivalent benutzt. Durch eine 3-dimensionale Positionierung rund um den verspannten Bereich, wird dieser maximal entspannt (indirekte Positionierung). Die Tiere nehmen häufig spontan selbst die maximal entspannendste Position ein. 30 Sekunden in dieser Position passiv ausharrend kommt es zu einer Neueinstellung der Vorspannung der Muskeln (Antagonist und Agonist über gamma Motoneurone). Damit diese Technik funktioniert, muss das Tier passiv in seine Neutralposition zurückgeführt werden (TAO)(7).

☐ (Makro-dynamische) Technik oder Mechanik im MVM.

Diagnose- und Behandlungstechniken, die Mobilität und Viskoelastizität zwischen Organen und Geweben einschließen. Ziel der Diagnose ist die Feststellung von Bewegungseinschränkungen (Gelenk-, Muskel-, viszerale, vaskuläre, neurale Fixierung) und das Ziel der Behandlung die Beseitigung mechanischer Ursachen (AVETAO) (3).

☐ (Mikrodynamische oder Gewebe) -Technik bei MVM.

Diagnose- und Behandlungstechnik, die die intrinsische Mobilität eines Gewebes (Motilität) und seine eigene Viskoelastizität mit einbezieht. Das Ziel der Diagnose ist es, das Vorhandensein von Bereichen der Einschränkung der Motilität-Viskoselastizität (Fixierung durch Veränderung des Bindegewebes: Änderung seiner Tensegrität, seiner Mikromobilität, seiner Thixotropie, der mechanischen Eigenschaften des multi-vakuolaren Systems der dynamischen Absorption), die der Behandlung zur Beseitigung der Gewebe Ursachen dienen, zu finden (AVETAO) (3).

☐ (Mitchells)-Technik (in Bezug auf das Prinzip).

Eine Technik, bei der die refraktäre Phase des zu dehnenden Muskels verwendet wird, die der Muskelkontraktion folgt. Während dieser Phase steht die Muskelgruppe der Dysfunktion mehr für Dehnungen zur Verfügung. Sie rechtfertigt isometrische Kontraktionen von geringer bis mittlerer Intensität nahe der pathologischen Barriere, gefolgt von Dehnungen. Das Spannen in aufeinanderfolgenden Zyklen ermöglicht es, die pathologische Barriere entweder zu berühren oder zu überwinden. Myotonische Technik, die auf einen kontrahierten Muskel einwirkt, um seine Länge zu vergrößern. Die Arbeit des Praktikers nähert sich der aktiven motorischen Barriere (Bma) (TA R. Boillot) (4).

☐ (Muskel)-Techniken in der MVM.

Korrekturtechniken, die auf der Anwendung von Muskelkontraktion und/oder -dehnung basieren, um eine korrigierende Wirkung der Fixierung zu erzielen, die eine Wirkung auf das zugehörige myo-artikuläre und neurologische System hat. Sie umfassen Techniken der aktiven Mobilisierung, der Befreiung durch Positionierung und die Verwendung isometrischer, exzentrischer, konzentrischer und isolierter Kontraktionsarten. (AVETAO) (3).

☐ (Muskuläre Energie) -Technik. Direkte und indirekte myotensive Technik, die auf aktiven isometrischen Muskelkontraktionen des Patienten gegen einen Widerstand beruht, um eine Muskelentspannung eines kontrahierten oder hypertonen Muskels oder einer Muskelgruppe zu erreichen sowie ein Gelenk mit eingeschränkter Beweglichkeit zu mobilisieren/normalisieren (Léon Chaitow)(46).

☐ (Muskuloskelettale) Techniken.

Eine Familie von Techniken, die mehr auf den Bewegungsapparat ausgerichtet ist... Dazu gehören strukturelle, myotonische und muskuläre Entspannungstechniken. Sie erfordern den gleichen Spannungsaufbau (TA R. Boillot)(4).

☐ (Myofasziale) Techniken.

1. Kombination von Weichteiltechniken, Muskelenergie, indirekten Techniken, Techniken und Cranio-Sacral-Techniken (Pr P.E. Greenman)(13).
2. Zusammengesetzt aus segmentalen und globalen Techniken (TA F. Fosse) (3).

☐ (Myofasziale Entspannungs)-Techniken.

Kombination von Weichteiltechniken, Muskelenergietechniken, indirekten Techniken, direkten Techniken, funktionellen Techniken und Cranio-Sacral-Techniken Sie bestehen aus segmentalen Techniken (angewandt auf einen Gelenkbereich: z.B. das Knie) und globalen Techniken (angewandt auf einen Körper als Ganzes: z.B. den hinteren und den lumbosacralen Bereich) (Pr P.E. Greenman)(13).

☐ (Sherrington's) Technik (in Bezug auf das Prinzip).

Myotensive Technik, die auf einen kontrahierten Muskel einwirkt, um seine Länge zu vergrößern. Die Arbeit des Praktikers liegt nahe an der aktiven motorischen Barriere (Bma). Das Prinzip besteht darin, die Entspannung eines Muskels durch Kontraktion des Antagonisten auszunutzen. Dies ist das Phänomen der **gegenseitigen Hemmung**. Die Entspannung eines Muskels wird durch die isometrische Kontraktion des Antagonisten gefördert (TA R. Boillot) (4).

☐ (Still)-Technik.

Eine von Richard L. Van Buskirk, D.O., Ph.D., F.A.A.O. nach Aufzeichnungen von Charles Hazzard, D.O. und Andrew T. Still, M.D. rekonstruierte Technik. Eine weitere Aufarbeitung erfolgte durch die DGOM (Deutsche Gesellschaft für osteopathische Medizin). Die Still Technik ist eine spezifische, artikuläre Methode, die zuerst indirekt, dann direkt ist. Nach Einstellung des Gelenks in die indirekte Position erfolgt der Aufbau einer axialen Kompression als Activating force. Das Gelenk wird dann in einem Torsionsbogen von der indirekten in die direkte Positionierung geführt. Wiederholungen sind möglich, dabei wird bei jedem Durchgang ein größeres Bewegungsausmaß generiert, bis die Dysfunktion gelöst ist (TAO)(7).

☐ (Strukturelle) Technik.

1. Eine Technik zur Diagnose und Korrektur von makroskopischen Bewegungsstörungen des Bewegungsapparats, die auf dem biomechanischen Prinzip des Körpers beruht und darauf abzielt, die maximale Beweglichkeit eines Gelenks wiederherzustellen (TA M. Baudoux)(6).
2. Dabei handelt es sich um passive oder aktive, direkte oder indirekte Positionierung, direkte Aktionstechniken.

☐ (Strukturelle) Technik in MMV.

Direkte Korrekturtechnik gegen die pathologische Barriere, direkt mit kleinem Hebelarm, direkt mit dem Manipulator, direkte Facette. Technik, die sich auf eine mechanische Einwirkung auf das Bindegewebe konzentriert, im Gegensatz zum funktionellen und energetischen Ansatz (AVETAO)(3).

☐ (Sutherlands Schädel) -Technik.

Verfahren zur Behandlung osteopathischer Dysfunktionen des Kranio-Sakral-Mechanismus (W.G. SUTHERLAND D.O. und H.I. MAGOUN D.O.) (19).

☐ (Thrust)-Technik (siehe HVLA-Technik).

1. Eine Technik, die darin besteht, die Spannung, die gegen die pathologische motorische Barriere ausgeübt wird, kurz und schnell zu akzentuieren, ohne über die Gelenkphysiologie hinauszugehen (direkte Methode). Wir sprechen von Techniken mit hoher Geschwindigkeit und niedriger Amplitude in der Osteopathie (Pr P.E. Greenman)(10) (siehe Impuls).
2. Im MVM bestehen wir auf der Tatsache, dass der Schub eine Schockwelle und keine Bewegung ist, es gibt keine Verschiebung von Materie, sondern von Energie (TA F. Fosse) (3).
3. Mobilisieren des betroffenen Gelenks gegen den Mobilitätswiderstand, also in Richtung der Barriere. Dabei werden die Dysfunktionsparameter in allen drei Raumrichtungen umgekehrt. **HVLA** = „high velocity low amplitude“ = hohe Geschwindigkeit mit geringem Bewegungsausschlag => Thrust in direkter Positionierung => sehr schnelle

Bewegung gegen den muskulären Widerstand. Erzeugt eine Schockwelle, Vibration. Der Fokus liegt auf der plötzlichen Erhöhung der muskulären Spannung (=Thrust). Dieser nahezu isometrische Impuls aktiviert die Golgiorgane, deren Afferenzen zu einer autogenen Muskelhemmung führen. Cave: In direkter Positionierung kann eine zu ausladende Bewegung die anatomische Bewegungsgrenze überschreiten und einen Muskel- oder Bänderriß verursachen (TAO)(7).

☐ (Unterstützungs- und Heiz)-Technik.

Spanntechniken bei Gelenkdysfunktionen mit erhöhter Knochendichte. Die Spannung wird für weniger als 120 Sekunden aufrechterhalten, so nahe wie möglich an der wahrgenommenen Dichte. Vor der spontanen Zerstreuung dieser Dichte kann eine Gewebeerwärmung festgestellt werden. Techniken, die angezeigt sind, wenn die Platzierung eines langen Hebels schwierig oder sogar unmöglich ist (aus Gründen der Abstützung oder Sicherheit, vermeidet z.B. das Spannen der Halswirbelsäule eines erwachsenen Bullen mit diesen Techniken das Eingehen unangemessener Risiken) (TA R. Boillot) (4).

☐ (Vibrations)-Techniken.

1. Techniken, die über den strengen Bereich der Osteopathie hinausgehen und sich an alle Gewebe richten. Sie bestehen in der Normalisierung einer Dysfunktion mit Hilfe einer Vibrationswelle, die entsprechend der Dysfunktion und/oder des Gewebes ausgewählt wird. Das Ziel ist es, ein Resonanzphänomen zwischen der Welle und dem Gewebe zu erhalten. Der Ursprung der Schwingung kann sehr unterschiedlich sein. Es kann die Hand, der Daumen (z.B. Recoil, ...), ein Stück Holz, der Griff eines Messers (Schermanöver), ein Holzschlegel, der Griff einer Spitzhacke, ein Musikinstrument oder ein verwandtes Instrument (Stimmgabel, tibetische Schale), die Stimme (lyrischer, mono- oder diphonischer Gesang), ein Stoßwellengenerator (je nach Einstellung), ein Laser (je nach Einstellung) sein (TA R. Boillot)(4) .
2. Technik mit Gewebespannung und anschließender Vibration der betroffenen Strukturen (AVETAO) (3).
3. Vibrationstechniken adressieren vor allem die Vater Paccini Körperchen. Schwingungen und Vibrationen liegen praktisch allen natürlichen Vorgängen zu Grunde. Durch Atom- resp. Molekülschwingungen entstehen Licht, Farbe, Wärme, Schall und Töne. Moleküle werden durch Vibration beeinflusst und senden in der Folge Energie im Bereich der Infrarotstrahlung (Prof.Harald Lesch). Jedes Gewebe und jedes Organ nimmt Schwingungen auf und gibt auch welche ab, was zur Bildung von individuellen Energiefeldern führt. Schwingungen und Vibrationen können als eine Informations- und Kommunikationsquelle der Gewebe angesehen werden. Therapeutisch bewusst geschaffene Schwingung oder Vibration in Gewebe oder Flüssigkeiten des Körpers können ordnende Wirkungen entfalten. Sie sind in der Lage zu dichte oder auch zu gespannten Bereichen nachhaltig zu beeinflussen. Ob und inwieweit die wissenschaftlich bewiesene elektromagnetische Abstrahlung der Therapeutenhände oder auch der gedankliche Fokus zu Resonanzphänomenen mit der körpereigenen Gewebeschwingung führt, muss wissenschaftlich noch bewiesen werden. In der Osteopathie werden Vibrationen und Schüttelungen, Recoil und Flip Techniken an den unterschiedlichsten Geweben und Strukturen (z.B. auch artikulär) angewandt (TAO)(7).

☐ (Viszerale) Techniken oder viszerale Mechanik.

1. Bindegewebstechniken, deren Arbeit an der Beweglichkeit darin besteht, Spannung zu erzeugen, wie man es bei einer muskuloskelettalen Technik tun würde. Am Ende der Anspannung in den drei Raumebenen signalisiert das Überschreiten der pathologischen Barriere die Normalisierung der Dysfunktion. Für die Behandlung viszeraler Funktionsstörungen bei großen Pflanzenfressern kann es schwierig sein, die Spannung aufrechtzuerhalten. Um den Normalisierungsprozess zu beschleunigen, kann eine "langsame" Vibration, die als Rebound bezeichnet wird, verwendet werden.
2. Die Arbeit mit der Dichte besteht darin, die Region, das Organ, das Gewebe, den Teil des Gewebes zu lokalisieren, in dem die fragliche Dichte am offensichtlichsten ist, ihr so nahe wie möglich zu kommen, den Kontakt aufrechtzuerhalten, bis sie abnimmt und dann verschwindet. Es können die Begriffe "Gewebe-Resilienztechniken" oder "Butterballtechnik" verwendet werden (TA R. Boillot) (4).Sie bestehen aus der Wahrnehmung der Spannung von Aufhängebändern sowie der Wand-/Parenchymspannung/Dichte der Organe. Die Therapie zielt auf die Senkung dieser Spannung durch geeignete direkte oder indirekte Techniken (TAO)(7).

☐ Technik der Läsions-Übertreibung

Indirekte Technik bei Gewebe- und myofaszialen Techniken (AVETAO)(3).

☐ Technik der mechanischen Resilienz im MVM.

Palpationstechnik, bei der die mechanischen Eigenschaften Elastizität, Viskosität und Nachgiebigkeit der anatomischen Struktur unter einer mechanischen Hand durch Gewichtsübertragung vom Therapeuten getastet werden. Die physiologisch-mechanische Belastbarkeit muss flexibel und frei sein. Im Falle der Fixierung wird eine harte und feste Zone wahrgenommen, die als mechanische Dichte bezeichnet wird. Sie gilt für Knochen, Gelenke, Muskeln und Organe (AVETAO) (3).

☐ Tenderpunkte.

1. Kleine ödematöse Punkte im Muskel- und Fasziengewebe und Gewebe mit einem Durchmesser von etwa einem Zentimeter, die im Strain-Counterstrain-System zur Diagnose und Behandlung somatischer Dysfunktionen verwendet werden, ursprünglich beschrieben von Lawrence Jones, DO, FAAO (AACOM) (1).
2. Kleine (kleiner als Fingerkuppe) diagnostische, druckschmerzhafte, ödematöse Verquellungen mit größter Spannung im Zentrum. In der Humanmedizin sind ca. 200 TP für bestimmete osteopathische Dysfunktionen definiert. Sie liegen subkutan, in Sehnen, Muskeln, Ligamenten und Periost, und haben anders als Triggerpunkte keine Fernwirkung. Diagnostisches Kriterium ist ihre Schmerzfreiheit/-reduktion im indirekten Strain-Counterstrain nach Lawrence H. Jones (TAO)(7).

☐ Tensegrity.

1. Biomechanisches Modell, das die verschiedenen strukturell-funktionellen Skalen des Lebendigen, vom Kern bis zum ganzen Körper, vereint und so zu einem didaktischen Instrument der Wahl für die Osteopathie wird; genauer gesagt, das Modell erlaubt eine sachdienlichere Einschätzung des Faszienbegriffs und unterstützt Vermutungen über die Wirkungsweise der osteopathischen Handgriffe (Struktur/Funktionsverbindung). *Streng genommen* stellt sich eine Tensegrity-Struktur als ein mechanisches System in einem stabilen Zustand des Selbstgleichgewichts dar, das aus einer diskontinuierlichen Menge von komprimierten Komponenten innerhalb eines Kontinuums von Spannungskomponenten besteht (Motro und Raducanu)(24). Zwei wesentliche Eigenschaften sind hervorzuheben: die dem System innewohnende Selbstbeanspruchung oder Spannung und die Unabhängigkeit des Systems von der Schwerkraft (TA F. Fosse)(3).
2. Die strukturellen und funktionellen Analogien zwischen diesen Systemen und lebenden Organismen haben zum zellulären Tensegrity-Modell (Ingber)(47), zur faszialen Tensegrity (Dr. Guimbertau)(16) und zu makroskopischen biomechanischen Modellen (Dr. Levin)(48) geführt. Tensegrity-Strukturen sind Sätze aus stabilen Druckstäben und miteinander verbundenen Kabeln unter Spannung. Sie behalten ihre Integrität, da ihre Architektur isolierte Kompressionselemente innerhalb eines Gleichspannungsnetzes beinhaltet. Biotensegrity: Anwendung der Tensegrity auf biologische Organismen (Dr. J.C. Guimberteau) (16).
3. Der ursprünglich aus der Architektur stammende Begriff zu stabilen Konstruktionen aus kontinuierlichen Spannungselementen und diskontinuierlichen Abstandhaltern/Kompressionselementen, wurde in die biologische Sicht auf den Körper als tensegrity-artige Struktur übernommen (Biotensegrity). Dieses Netzwerk reicht in seiner Kontinuität von der Hautoberfläche bis in den Zellkern einer jeden einzelnen Körperzelle. Es bildet die Grundlage der Formgebung des Körpers. Die Makrotensegrity hinsichtlich des Gesamtorganismus setzt sich kontinuierlich in die Mikrotensegrity der Zelle fort. Die bindegewebige Kontinuität der Gewebe bis in die Zelle lässt sich anhand der Extrazellulären Matrix, den Integrinenin der Zellmembran, über das Zytoskelett und die Kernmatrix, bis in die DNA verfolgen. Hier findet sich der Zusammenhang, wie innere und äußere Einflüsse die Zellform und letztendlich auch Aktivität an der DNA beeinflussen: Die Interaktion zwischen physikalischen Kräften, Spannungszuständen, metabolischen und genetischen Funktionen und die Abhängigkeit der Genexpression von äußeren, aber auch inneren Faktoren wird hier deutlich. Das Tensegritymodell hilft uns, die osteopathische Vorgehensweise in der Diagnostik und auch der Behandlung besser zu verstehen, denn ein wesentliches Ziel einer osteopathischen Diagnose ist es, das Spannungsmuster zu erkennen und darin die wichtigste/n Dysfunktion zu finden (siehe Listening = Spannungsdiagnose) (TAO)(7).

☐ (Mobilitäts)-Test.

1. Aktive Manipulation des Praktikers, der eine lockere Struktur in Bewegung setzt (mit minimaler Druckspannung), um den Gesamtbewegungsbereich des Gelenks und/oder die Qualität seiner Bewegung zu beurteilen, wobei das Tier passiv ist. Sie ist hauptsächlich auf den Knochen gerichtet, kann aber auch auf die myofaszialen Gewebe gerichtet sein (TA R. Boillot) (4).
2. Begriff, der sowohl auf die Beweglichkeitsprüfung von Gelenken als auch auf myofasziale oder bindegewebige Strukturen angewendet wird. Im Hinblick auf Artikulationen sind Mobilitätstests bereits Mobilisierung (TAO)(7).

☐ (Schnell)-Tests.

Lokal-regionale Tests, die es ermöglichen, das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Funktionsstörungen in der betrachteten Region zu objektivieren. Z.B.: Extremitäten-Schnelltests, Abdomen-Schnelltests, Gürteltests, ... (TA R. Boillot) (4).

☐ Test der Inhibition und Balance. Hierarchisierende Inhibition von regionalen Listenings.

1. Test zur Hierarchisierung von zwei Dysfunktionen, wenn ein osteopathischer Zusammenhang zwischen ihnen vermutet wird. Ziel ist es, eine Korrektur an einer der beiden Strukturen einzuleiten und die zweite erneut zu testen. Wenn dieser Test modifiziert wird, bedeutet dies, dass der erste Test primär auf den zweiten angewendet wird. Es ist dann sinnvoll, die erste Dysfunktion zu korrigieren. Wenn andererseits der Test unverändert bleibt und eine Korrektur an der zweiten Struktur vorgenommen wird, verbessert sich der Test der ersten Struktur. Dann ist die zweite primär auf der ersten, so dass es ratsam ist, die zweite zu korrigieren (TA R. Boillot) (4).
2. Prüfung aller in regionalen Listenings gefundenen Punkte gegeneinander, bis der Punkt gefunden wurde, der alle anderen Punkte am stärksten entspannt. Dieser ist dann die „Area of Greatest Restriction“ = AGR. Ein General Listening sollte genau zu diesem Punkt gerichtet sein, es sei denn, das General Listening geht zur WS, da die Wirbelsäule regionale Listenings im Spannungsmuster dominieren kann, ohne selbst die AGR zu sein. Zur Hierarchisierung legt man einen Finger auf die Stelle, wo der fasziale Strain senkrecht nach innen zieht (Finger 1, POET 1, Local Listening) und einen Finger der anderen Hand auf einen weiteren POET innerhalb einer benachbarten Region (Finger 2, POET 2). Man prüft so alle Punkte, bis man denjenigen gefunden hat, der alle anderen Punkte entspannt (TAO)(7).

☐ (Manuelle pferdetierärztliche) Therapie (MVT).

Diagnose- und Behandlungsmethode basierend auf den Theorien der Osteopathie von TA Dominique Giniaux (TA F. Fosse) (3).

☐ Torsion.

Eine Bewegung oder ein Zustand, in dem ein Ende einer Struktur um eine Längsachse verdreht ist, während das andere Ende festgehalten oder in die entgegengesetzte Richtung gedreht wird. 2. Ein physiologisches Bewegungsmuster um eine anterior-posteriore Achse der sphenobasilären Symphyse/Synchondrose. Siehe auch sphenobasilare Synchondrose (Symphyse), somatische Dysfunktion, Torsion) (AACOM) (1).

☐ Traktion.

Lineare Kraft, die auf getrennte Strukturen wirkt (AACOM) (1) .

☐ Treibende Kraft, Inherente Rhytmen.

1. Kraft, die den Schädelmechanismus aktiviert. Niemand kennt ihren Ursprung, aber es scheint eine Energie elektrochemischer Natur zu sein, wie diejenige, die den Herzmuskel aktiviert. Es manifestiert sich in der angeborenen Motilität des Zentralnervensystems und in der Fluktuation des Liquors (W. G. SUTHERLAND D.O. und H. IMAGOUN D.O.) (19).
2. Komplexe psychophysische Synergismen durch Synchronisation. Synergetik ist geeignet, komplexe Systeme „in Betrieb” zu beschreiben. Bei Personen, die Autogenes Training praktizieren, emergiert der retikuläre Rhythmus (retR) durch Synchronisation verschiedener physischer Parameter im gemeinsamen Hirnstammsystem in der Formatio reticularis bei afferentem Input. Der retR zeigt eine stabile Frequenz bei 0,15 ± 0,03 Hz (=9/min bzw. 6,67 s). Es wird diskutiert, inwieweit der retR dem Phänomen des „cranial rhythmic impulse” (CRI) zugrunde liegen könnte.

Das autonome Nervensystem ist der Vermittler des retR sowie der Übertragungen in den faszialen, mesodermalen Raum. Osteopathen können ihre Erfahrungen mit einem Zustand der „relax response" nutzen, um intero- von exterozeptiven Wahrnehmungen zu unterscheiden. In diesem Zustand findet intraindividuelle und interindividuelle „physiologische Beziehungsarbeit" durch afferente Fazilitation des Patientengewebes im Sinne eines „tactile mirroring" des Therapeuten statt. Idealerweise führt das zu einem stabilen retR (bzw. CRI) in der Zweite-Person-Perspektive einer Metaperson von Patient und Therapeut. Inhärente Rhythmen haben nicht die eine treibende Kraft, sondern emergieren synergistisch aus vielen komplexen psychophysischen Synchronisationen. (https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1615907115300368) (TAO)(7).

☐ Triggerpunkt.

1. Der "Triggerpunkt" ist eine Zone der Übererregbarkeit in einem Gewebe, die bei ausreichendem Druck zu ausstrahlenden Schmerzen und Überempfindlichkeit, motorischen Störungen und manchmal zu gekoppelten neurovegetativen Phänomenen und propriozeptiven Störungen führt. Triggerpunkte befinden sich am häufigsten in Muskeln und ihren Faszien, aber es gibt auch ligamentäre, periostale und kutane Triggerpunkte (1956 von Dr. Travell J. und Simons D. beschrieben)(23).
2. Viele davon sind motorische Punkte und/oder reaktive Akupunkturpunkte Beim Menschen ist das Vorhandensein von Triggerpunkten häufig mit dem myofaszialen Schmerzsyndrom (auch bei Pferden beschrieben) sowie dem Fibromyalgiesyndrom assoziiert (TA F. Fosse)(3).

U

☐ Unwinding.

Entwirrung faszialer Fasern. Eigenbewegung des Bindegewebes/Myo-Faszie, während sie sich ihrer physiologischen Funktion und Struktur wieder annähert. Das Unwinding wird in der Regel durch eine Kombination von direkten und indirekten Kräften durchgeführt, welche das Gewebe bis zu einem Ruhepunkt führt, an dem es sich in einer 3-dimensionalen Symmetrie stabilisiert (TAO)(7).

☐ (Meridian- (oder Faszien) -Entrollung)/"Unwinding".

1. Energetische Techniken, die über die Faszientäler das "Qi" (Energie oder Energiefluss) im Netzwerk der Meridiane und ihrer entsprechenden Eingeweide normalisieren sollen (TA. F. LIZON)(3).
2. Fasziale und energetische Technik, die über den Verlauf eines Meridians in den Fasziennahtstellen das "Qi" (Energie oder Energiefluss) im Netzwerk der Meridiane und ihrer zugehörigen Organe normalisieren können (TAO)(7).

☐ (Myofasziale Entrollung) / Unwinding

Fasziennormalisierungstechnik, bei der die in Faszienhüllen und Muskeln enthaltenen propriozeptive Spannungsrezeptoren verwendet werden, um das Gleichgewicht der reziproken Spannungskräfte des behandelten Bereichs wiederherzustellen (TA F. Fosse)(3).

V

☐ "V-Spread ".

Technik zur Korrektur einer Schädelnaht oder eines anderen Bereichs mit hoher Spannung, indem ein Finger auf jeder Seite der Naht platziert und die Finger auseinander gehalten werden (W.G SUTHERLAND D.O. und H.I MAGOUN D.O.) (19).

☐ Verdichtung (Kompression).

Somatische Dysfunktion, bei der zwei normalerweise gegeneinander bewegliche und getrennte Strukturen zusammengedrängt werden (AACOM) (1).

☐ Viskoelastizität der Faszien.

In der Medizin werden Faszien als eine aus wasserbindenden Glykoproteinen und überwiegend kollagenen Fasern aufgebaute Bindegewebsverbindung zwischen 2 Körperstrukturen verstanden. Sie besitzen sowohl Halte- als auch Stützaufgaben als auch Informationsaufgaben in den Regelkreisen des Körpers. Sie zeigen ein zeit- und temperatur- und frequenzabhängiges Dehnverhalten: Dabei kommt dem Faseranteil eher eine elastische, dem fluiden Matrixanteil eher eine dämpfende Wirkung zu. Je nach physikalischen Rahmenbedingungen werden die Faser- oder Matrixeigenschaften, und damit die Viskoelastizität verändert (Siehe Faszienplastizität) (TAO)(7).

☐ Vitaler Kommunikationsbrunnen, PCV (Puits de communication vitaux).

Extra- und intrakorporale Raumstrukturen mit fühlbarer Dichte und Volumen. Sie werden durch eine Spiralbewegung animiert. Sie sind sowohl Empfänger als auch Sender von Qi zwischen der äußeren und inneren Umgebung. Die Strukturen werden allgemein als Energiezentrum, bezeichnet. Aber sie haben eine sehr präzise Anwendung im Konzept der energetischen Osteopathie (DV F. LIZON, und TA Fabrice FOSSE) (3).

Referenz

1. AACOM GLOSSARY 2011 [Internet]. [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: https://www.aacom.org/docs/default-source/insideome/got2011ed.pdf?sfvrsn=2
2. Home - General Osteopathic Council [Internet]. [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: https://www.osteopathy.org.uk/home/
3. AVETAO [Internet]. Disponible sur: https://avetao.com/
4. IMAOV [Internet]. Disponible sur: https://fr-fr.facebook.com/imaov
5. Micciché-Walzinger. Stoa-medicines [Internet]. Disponible sur: http://www.stoa-medicines.com/fr/
6. OSTEOVET [Internet]. Disponible sur: https://www.osteovet.be/
7. TAO EQUILIBRE [Internet]. Disponible sur: https://tao-equilibre.de/
8. Fédération Internationale de Médecine Manuelle FIMM. https://fimm-online.com/.
9. Ostéo4pattes-Vetosteo. L'Ostéo4pattes - Site de l'Ostéopathie [Internet]. https://www.revue.sdo.osteo4pattes.eu. 2020 [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: https://www.revue.sdo.osteo4pattes.eu/spip.php?page=recherche&recherche=torsion
10. Bienfait M. Le fascia et son traitement. Pompages Spek Ed Paris. 1995;
11. Roques M, Gabarel B .. Les fascias en médicine ostéopathique. Les fascias en médicine ostéopathique. Paris Maloine. 1985.
12. Barral J-P, Mercier P. Manipulations viscérales. Vol. 1. Elsevier Masson; 2004.
13. Greenman PE. Manipulative medicine. Princ Man Med 2nd Ed Baltim Lippincott Williams Wilkins. 1996;3-11.

14. Royo-Salvador MB, Solé-Llenas J, Doménech JM, González-Adrio R. Results of the section of the filum terminale in 20 patients with syringomyelia, scoliosis and Chiari malformation. Acta Neurochir (Wien). 2005;147(5):515-23.

15. Barral J-P. Trauma: An Osteopathic Approach. Eastland press; 1999.

16. Guimberteau JC, Armstrong C. Architecture of Human Living Fascia: The extracellular matrix and cells revealed through endoscopy. Handspring Publishing; 2015.

17. Pathophysiologic and electrophysiologic mechanisms of myofascial trigger points - Archives of Physical Medicine and Rehabilitation [Internet]. [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(98)90371-9/abstract

18. Paul J. Dictionnaire de psychiatrie, édition CTLF en ligne http://www. CILF Com.

19. Sutherland WG, Magoun HI. Osteopathy in the cranial field. Kirksville, MO: Journal Printing Co; 1966.

20. Magoun HI. Osteopathy in the cranial field; the application to the cranium of the principles of osteopathy, based on the arduous study and keen clinical observation of William Garner Sutherland, HI Magoun [Ed.]. Original Edition Texas: SCTF. Inc; 1951.

21. Dictionary T. Encyclopedia. Dict Encycl Thesaurus-. 2016;

22. Terramorsi J-F, Terramorsi R, Pinto S, Bédat P. Ostéopathie structurelle: lésion structurée, concepts structurants. Éolienne; 2013.

23. Travell JG, Simons DG. Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual. Vol. 2. Lippincott Williams & Wilkins; 1983.

24. Motro R, Raducanu V. Tensegrity systems. Int J Space Struct. 2003;18(2):77-84.

25. Tricot P. Approche tissulaire de l'ostéopathie: un modèle du corps conscient. Sully; 2002.

26. Lepers Y, Salem W. La « dysfonction ostéopathique », un pur concept a priori. Mains Libr. 2016;(4):43-7.

27. Fryer G. Somatic dysfunction: An osteopathic conundrum. Int J Osteopath Med. 2016;22:52-63.

28. Rumney IC. The relevance of somatic dysfunction. J Am Osteopath Assoc. avr 1975;74(8):723-5.

29. Steel A, Sundberg T, Reid R, Ward L, Bishop FL, Leach M, et al. Osteopathic manipulative treatment: A systematic review and critical appraisal of comparative effectiveness and health economics research. Musculoskelet Sci Pract. 2017;27:165-75.

30. Lederman E. A process approach in osteopathy: beyond the structural model. Int J Osteopath Med. mars 2017;23:22-35.

31. Green C, Martin CW, Bassett K, Kazanjian A. A systematic review of craniosacral therapy: biological plausibility, assessment reliability and clinical effectiveness. Complement Ther Med. déc 1999;7(4):201-7.

32. Ferguson AJ, Upledger JE, McPartland JM, Collins M, Lever R. Cranial osteopathy and craniosacral therapy: current opinions. J Bodyw Mov Ther. janv 1998;2(1):28-37.

33. Ernst E. Craniosacral therapy: a systematic review of the clinical evidence: Review. Focus Altern Complement Ther. déc 2012;17(4):197-201.

34. Haller H, Lauche R, Cramer H, Rampp T, Saha FJ, Ostermann T, et al. Craniosacral Therapy for the Treatment of Chronic Neck Pain: A Randomized Sham-controlled Trial. Clin J Pain. mai 2016;32(5):441-9.

35. Żurowska A, Malak R, Kołcz-Trzęsicka A, Samborski W, Paprocka-Borowicz M. Compression of the Fourth Ventricle Using a Craniosacral Osteopathic Technique: A Systematic Review of the Clinical Evidence. Evid Based Complement Alternat Med. 2017;2017:1-8.

36. Zegarra-Parodi R, Cerritelli F. The enigmatic case of cranial osteopathy: Evidence versus clinical practice. Int J Osteopath Med. sept 2016;21:1-4.

37. Bordoni B, Zanier E. Sutherland's legacy in the new millennium: the osteopathic cranial model and modern osteopathy. Adv Mind Body Med. 2015;29(2):15-21.

38. Upledger JE. The reproducibility of craniosacral examination findings: a statistical analysis. J Am Osteopath Assoc. août 1977;76(12):890-9.

39. Wirth-Pattullo V, Hayes KW. Interrater reliability of craniosacral rate measurements and their relationship with subjects' and examiners' heart and respiratory rate measurements. Phys Ther. oct 1994;74(10):908-16; discussion 917-920.

40. Hanten WP, Dawson DD, Iwata M, Seiden M, Whitten FG, Zink T. Craniosacral rhythm: reliability and relationships with cardiac and respiratory rates. J Orthop Sports Phys Ther. mars 1998;27(3):213-8.

41. Esteves JE, Zegarra-Parodi R, van Dun P, Cerritelli F, Vaucher P. Models and theoretical frameworks for osteopathic care – A critical view and call for updates and research. Int J Osteopath Med. mars 2020;35:1-4.

42. Tozzi P. A unifying neuro-fasciagenic model of somatic dysfunction - Underlying mechanisms and treatment - Part II. J Bodyw Mov Ther. juill 2015;19(3):526-43.

43. Vaucher P, Macdonald RJD, Carnes D. The role of osteopathy in the Swiss primary health care system: a practice review. BMJ Open. 1 sept 2018;8(8):e023770.

44. BOILLOT R. Conventions et nomenclature de l'IMAOV [Internet]. 2019. Disponible sur: www.imaov.com

45. FOSSE F. LEXIQUE AVETAO [Internet]. 2019. Disponible sur: https://avetao.com/

46. Chaitow L, Crenshaw K. Muscle Energy Techniques. Elsevier Health Sciences; 2006. 362 p.

47. Ingber DE. Printed in Great Britain © The Company of Biologists Limited 1993 COMMENTARY.

48. Levin S. Tensegrity: the new biomechanics. Textb Musculoskelet Med Univ Press Oxf.