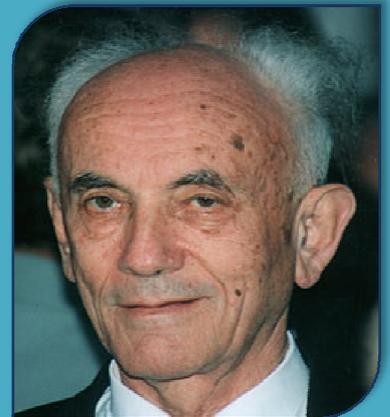


*Dr. J. C. Terrier*



# *Technik der Manipulativmassage*

- Geleitwort Prof. Dr. E. Senn
- Definition und Theorie
- Entstehung der Methode
- Allgemeine Technik
- Vorteile der Methode
- Allgemeines Indikationsgebiet
- Schlussbemerkung

## GELEITWORT - SENN

In Ergänzung zu den physikalischen Therapiemethoden, die sich mit der Muskulatur, den zentralnervösen Tonus- bzw. Bewegungsstörungen oder dem Bindegewebe befassen, ist ganz speziell das Gelenk samt periartikulärem Mantel als in sich geschlossene Funktionseinheit Ort und Ziel der Manipulativmassage nach Terrier. Seit Beginn des Interesses der modernen Medizin am Gelenk und seinen Funktionsstörungen erkannte man zwei ganz entscheidende Ecksteine der Diagnostik und Therapie: Die passive Beweglichkeit bzw. die akzessorischen Bewegungen und die dreidimensionale ertastung der inneren Mechanik der Gelenke samt periartikulärem Mantel mit den Händen des Diagnostikers bzw. Therapeuten. Auf diesen Ecksteinen basiert die im Verlaufe einiger Jahrzehnte gereifte, im eigentlichen Sinne physiotherapeutische, komplexe Gelenkbehandlungstechnik nach Terrier, die konsequent die Möglichkeiten der Massage mit denen der passiven Bewegungen vereinigt.

Dass die Behandlungsmethode den Namen eines Arztes, des Schweizer Rheumatologen und physikalischen Mediziners und ersten Präsidenten der internationalen Gesellschaft für manuelle Medizin, Dr. Terrier, trägt, weist auf den gemeinsamen Ursprung dieser Technik mit den sich aus der Manipulation entwickelnden «Griffen» hin. In beiden Fällen

kommt der inneren, oftmals rätselhaften Mechanik der Gelenkbewegungen und der Systematik der Aktivierung und Provokation der Gelenkrezeptoren eine fundamentale Bedeutung zu. Während sich die ärztliche Manualtherapie in Richtung Diagnostik und Behandlung zumeist akuter, funktioneller Bewegungsbehinderungen weiterentwickelte, reifte die Manipulativmassage nach Terrier zu einem außerordentlich differenzierten, standardisierten Griff- und Bewegungskonzept für chronisch-schmerzhafte Gelenkserkrankungen aus, das sich durch die ganz enge führende und fühlende Verbindung zwischen Therapeut und Patient auszeichnet. Nur derjenige, der sich der Mühe und dem Zeitaufwand unterzieht, die Methode konkret und exakt kennenzulernen und bis zur Meisterschaft zu üben, wird ihre grundsätzliche Bedeutung und ihren therapeutischen Reichtum erleben.

Nach einer enthusiastischen, aber auch etwas monotonen Zeit der Förderung der sog. aktiven krankengymnastischen Techniken sowie des Muskeltrainings und der Geringschätzung aller sog. passiver Maßnahmen hat die Physikalische Medizin den Weg zurück zum Gelenk und damit zur Biomechanik und zur differenzierten Provokation der Propriozeptivität gefunden: Die Manipulativmassage stellt eine der bewährtesten, komplexesten und logischsten Techniken dar.

Prof. Dr. E. Senn  
Klinik für Physikalische Medizin, Klinikum Grosshadern  
Ludwig-Maximilians-Universität  
München

Dezember 1991

# TECHNIK DER MANIPULATIVMASSAGE VON DR. J. C. TERRIER

## Definition und Theorie

Die Manipulativmassage ist eine manuelle Behandlungsmethode, die eine kleinflächige Massagewirkung mit der Wirkung einer passiven Mobilisierung verbindet. Sie ist eine Massage an einem passiv bewegten Körperabschnitt oder - umgekehrt ausgedrückt - eine passive Mobilisierung eines beweglichen Körperabschnittes unter gleichzeitiger Massage desselben.

Massiert werden im wesentlichen die reflexogenen Stellen und Zonen der nahen Gelenkumgebung: Muskelenden, Sehnen, Sehnenansätze, Ligamente. In verschiedenen Fällen kann der Massagedruck die Gelenkkapsel selbst erreichen. Die Haut und das subkutane Bindegewebe bleiben in den meisten Fällen nicht unbeeinflusst, wenn auch nur als «Nebenobjekt».

Mobilisiert wird der behandelte Körperteil in den Richtungen, in dem Umfang und in dem Rhythmus, die ein regelmäßiges Wechselspiel von Dehnung und Lockerung der massierten Strukturen gewährleisten.

Der Grundgedanke der Methode liegt in der Erkenntnis, dass der neurophysiologische Reiz der Massage und der neurophysiologische Reiz der passiven Bewegung eine gewisse Verwandtschaft besitzen, die sich aus ihrem gemeinsamen Angriffspunkt bei den peripheren neuromuskulären Steuerungsorganen des Stütz- und Bewegungsapparates ergibt.

Massage, sofern am Stütz- und Bewegungsapparat angewandt, wirkt in erster Linie durch den Druckreiz, wobei nicht zu vergessen ist, dass ein Druck auf ein mehr oder weniger elastisches Gewebe immer von einem Areal von Dehnung begleitet wird. Der Dehnreiz verstärkt sich natürlich, wenn der Druck sich bewegt.

Mobilisierung, bzw. passive Bewegung, erzeugt vor allem Dehnreize, wobei nicht zu vergessen ist, dass jede Dehnung eines mehr oder weniger elastischen Gewebes von einer Drucksteigerung im Innern dieses Gewebes begleitet wird.

Mit beiden Anwendungen werden mechanische Reize an die «internen Sinnesorgane» des Stütz- und Bewegungsapparates, nämlich an die klassischen mechanischen Propriozeptoren (Muskelspindel, Golgikörperchen), aber auch an die weniger strukturierten sensorischen Propriozeptoren erteilt. Diese neuroanatomischen Gebilde sind die Fühler des Systems von Regelkreisen (Reflexbogen einfachen bis hochkomplexen Grades), welches die Tonuslage der Muskulatur und vor allem das «Muster» der verschiedenen Tonuslagen der einzelnen Muskeln und Muskelteile kontrolliert.

Im Prinzip tragen die Erregungen, die bei den Mechanorezeptoren und den anderen Propriozeptoren des Stütz- und Bewegungsapparates eintreffen und zweckdienliche Reaktionen der motorischen Erfolgsorgane auslösen, Informationen «internen», d.h. körpereigenen Ursprungs. Sie berichten laufend über den normalen oder abnormalen Funktionszustand der mobilen und der kontraktiven Strukturen des Apparates und erzeugen entsprechende automatische Anpassungen und Korrekturen der Tonuslage.

Mit der Massage und der Mobilisierung eröffnet sich aber die Möglichkeit, «von außen her» in dieses interne Regulationssystem einzugreifen und steuerbare, tonuswirksame und therapeutisch verwendbare Reflexe in Bewegung zu setzen.

Die neurophysiologischen Impulse, die die mechanischen Maßnahmen der Massage und der Mobilisierung über die Rezeptoren zu den Nervensynapsen senden, sind je nach Intensität, Rhythmus, Vorzustand usw. hemmender (d.h. hypotonisierender, dämpfender) oder fazitätierender (d.h. hypertonisierender, aktivierender) Art.

Sie können auch andere, unerwünschte, namentlich schmerzhaft Reize überdecken, bzw. deren Weiterleitung verhindern.

Bei angemessener Ausführung sind sie deshalb in der Lage, eine wiederausgleichende, lösende und befreiende Wirkung auf ein tonisch gestörtes muskuläres Erfolgsorgan auszuüben.

Werden die Massage und die Mobilisierung gleichzeitig am selben Objekt ausgeführt, so können sich die Reize beider Maßnahmen gegenseitig beeinflussen, verstärken, abschwächen, «modulieren», was die Wirkung der Gesamtanwendung feiner zu differenzieren erlaubt.

So lässt die Feststellung einer weitgehenden Übereinstimmung des neuroanatomischen Zielobjektes (die mechanischen und sensorischen Propriozeptoren) der Massage- und der passiven Mobilisierungstherapie sowie einer weitgehenden Übereinstimmung der neurophysiologischen Wirkung (der muskeltonische Ausgleich) dieser beiden Maßnahmen ihre Verbindung in einer kombinierten Methode wie der Manipulativmassage als zweckmäßig und sinnvoll erscheinen.

## Entstehung der Methode

Sicher haben schon immer Therapeuten im Laufe einer Massagesitzung aus spontaner Inspiration oder aus Überlegung irgendeine Form einer Kombination von Massage und passiver Bewegung angewandt. Doch es fehlte meines Wissens bis zu unserer Zeit eine Systematisierung der geeigneten Handgriffe im Rahmen eines abgerundeten Behandlungsprogramms: Es fehlte eine Methode.

Die Anfänge der hier geschilderten Methode lassen sich nicht beschreiben, ohne von den eigenen Reminiszenzen des Autors auszugehen. Dieser muss sich deshalb für den persönlichen Charakter der folgenden Ausführungen entschuldigen.

Die «Manipulativmassage» verdankt ihre Entstehung konvergierenden Einflüssen, die in der Mitte der Vierzigerjahre auf den angehenden Rheumatologen, der ich damals war, im ärztlichen Stab des Universitätsinstitutes für Physikalische Therapie des Kantonsspitals Zürich einwirkten.

Der emotionelle Aufruhr, den die Volksabstimmung über die Zulassung der Chiropraktoren zur Praxis als Medizinalpersonen im Kanton Zürich (1939) und das vorangegangene, gegen die Chiropraktik gerichtete Gutachten der medizinischen Fakultät der Universität Zürich (1935) ausgelöst hatten, war in Klinikerkreisen noch stark spürbar. Entsprechend groß war mein Interesse, als ich in der Bibliothek des Institutes das Buch von J. B. Mennell «Physical treatment by movement, manipulation and massage» (1940 und 1945) entdeckte, in welchem die wichtigsten manuellen Mobilisierungstechniken beschrieben waren. Das Werk von J. B. Mennell bedeutete eine Art Offenbarung für junge ärztliche Hände, die sich nach einem konkreten therapeutischen Einsatz sehnten.

Besonders beeindruckend war aber für mich der hohe Stellenwert, den der englische Autor neben der «manipulierenden Therapie» im engeren Sinne («forced movement») sowohl der einfachen, passiven Bewegungstherapie («relaxed movement») als vor allem der Massagetherapie einräumte. Gerade diese zwei letzten Therapieformen, die von der wissenschaftlichen Medizin geringschätzig behandelt wurden, hatte er, Mennell, während seiner langen Praxis auf dem Gebiet der

Rehabilitation (auch in Lazaretten in beiden Weltkriegen) mit nie nachlassender Überzeugung befürwortet, gelehrt und als Arzt persönlich ausgeübt.

Mit dieser Referenz aus der noch sehr spärlichen einschlägigen Literatur gelang es mir, von der Leitung der Klinik (Prof. K. von Neergaard, Oberarzt und späterer Prof. A. Böni) einen dreimonatigen Urlaub von der ärztlichen Tätigkeit zu erhalten, um in der Massageabteilung derselben Klinik zu «hospitieren». Als ich 1947 als Fellow der Mayo Foundation in der Abteilung für Physikalische Medizin der Mayo Clinic, Rochester Minn. USA, tätig wurde, konnte ich die von den Massagefachkräften des genannten Zürcher Universitätsinstitutes erworbenen praktischen Kenntnisse im täglichen Betrieb der amerikanischen Klinik anwenden und insbesondere als «massierender europäischer Arzt» in einer Studie über «The effects of massage on the circulation in normal and paralyzed extremities, measured by means of venous occlusion plethysmographs» (Wakim K. G., Martin G. M., Terrier J. C., Elkins E. C., Krusen F. H., Archives of Physical Medicine, March 1949) mit den amerikanischen Massagetechniken objektiv vergleichen.

Von dieser Zeit an - und trotz der späteren Hinwendung zu anderen Formen der manuellen Medizin - habe ich in meiner ärztlichen Praxis immer einen Platz der persönlichen Ausübung der klassischen «Massagetherapie» freigehalten.

Eine parallele Entwicklung hatte mich in den gleichen Jahren von der manuellen Diagnostik zur manuellen Therapie geführt. Die damals in der Rheumatologie aufkommende Methode der gezielten anästhesierenden Infiltrationstherapie erforderte vom Ausführenden die Entdeckung und genaue Feststellung der für einen diffuseren oder gar fernliegenden Schmerzzustand verantwortlichen, oft nur punktförmigen Körperstellen. Der Erfolg der therapeutischen Maßnahme hing im wesentlichen von der verfeinerten Palpationstechnik ab. Bei meiner Beschäftigung mit dieser manuellen Diagnostik traten zwei empirische Erkenntnisse zutage.

Die erste Erkenntnis war, dass nicht jede umschriebene Druckschmerzstelle eine pathogenetische Bedeutung hatte, d.h. für eine lokale Therapie irgendwelcher Art ein lohnendes Ziel darstellte. Oft ermöglichte erst eine Mobilisierung des untersuchten Körperteiles unter dem Palpationsdruck, die wirklich relevante Stelle zu finden. Es ergab sich daraus eine kombinierte Untersuchungstechnik, die zu einer gezielteren Behandlung führte.

Als aber gelegentlich - aus welchem Grunde es auch immer sei – die nachfolgende therapeutische Handlung (etwa die Infiltration) unterbleiben musste, und eine Besserung trotzdem erfolgte, musste angenommen werden, dass eine therapeutische Potenz bereits dem diagnostischen Akt innewohnte. Man konnte sogar vermuten, dass in gewissen Fällen die diagnostische Prozedur ebenso wirksam wie die therapeutische war. Das war die zweite Erkenntnis.

Was hätte danach näher liegen können, als die Kombination von Palpation (bzw. Massage) und Mobilisierung zur Grundlage eines therapeutischen Systems zu machen? Die geeigneten Handgriffe auszuarbeiten und ein Programm von «Manövern» für jede bewegliche Körperregion aufzustellen, war dann meine Aufgabe der folgenden Jahre in der eigenen rheumatologischen Praxis und mit stationären Patienten des Bädersanatoriums im Kurort Baden (CH).

Als Resultat dieser Arbeit erschienen 1957 der Aufsatz: «Die Grundlagen der Manipulativ-Massage»\*1 und 1958 die Monographie: «Manipulativmassage im Rahmen der physikalischen Therapie»\*2. Die Methode wurde am 9. Therapiekongress in Karlsruhe am 6. September 1957 mit Demonstration der wichtigsten Techniken vorgestellt.

1982 publizierte M. F. Benz, Physiotherapeut in Sion (CH), der seit 1974 ein jährliches Seminar über die Methode im «Institut National de la Kinésithérapie» in Paris abhielt, die Broschüre: «Le Massage Manipulatif Selon Terrier». \*3

Eine Bemerkung zum Namen «Manipulativmassage» ist hier vielleicht angebracht. Als der Name und die Methode entstanden, war die Nomenklatur auf dem Gebiet der manuellen Therapie noch ziemlich fließend. Es wurde vielfach unter «Manipulation» jede Art therapeutischer manueller Mobilisierung eines beweglichen Körperteils verstanden: Die Bezeichnung deckte sich etwa mit dem Begriff der «passiven Bewegungstherapie». Der Name «Manipulativmassage» wurde damals in diesem Sinne geschaffen.

Es ist seitdem von verschiedenen Seiten - allerdings nicht ganz ohne Widerspruch - empfohlen worden, den Ausdruck «Manipulation» restriktiv zu verwenden, nämlich nur für die therapeutischen Mobilisierungen, die die physiologische Bewegungsgrenze des Gelenkes oder wenigsten seinen aktiven Bewegungsbereich überschreiten, und insbesondere für «schnellende» Impulshandgriffe chirotherapeutischer und osteopathischer Art.

Ich bin mir dieser Problematik bewusst. Doch die Bezeichnung «Manipulativmassage» ist seit über vierzig Jahren belegt und erscheint mir durch diesen langen Gebrauch legitimiert.

\*1 Terrier J. C. (1957); Die Grundlagen der Manipulativmassage.  
Hippokrates 28/19: 167-174.

\*2 Terrier J. C. (1958): Manipulativmassage im Rahmen  
der Physikalischen Therapie. Hippokrates, Stuttgart (vergriffen).

\*3 Benz M. F. (1982): Le massage manipulatif selon Terrier.  
Spek, Paris.

## Allgemeine Technik

Der massierende und der mobilisierende Handgriff sind möglichst eng miteinander verbunden. Sie bilden zusammen das, was wir ein **«Manöver»** nennen. Die Manöver der Manipulativmassage passen sich in ihrer Anlage und ihrer Ausführung den anatomischen und funktionellen Gegebenheiten der wichtigsten beweglichen Körperregionen an. Jede **«Region»** besitzt ihr eigenes **«Manöverprogramm»**: Schulterregion, Schultergürtelregion, Ellbogenregion, Handgelenkregion, Fingerregion, Halsregion, Thoraxregion, Lendenregion, Hüftregion, Knieregion, Sprunggelenkregion, Mittelfußregion.

Im Prinzip soll das Programm einer Region als Ganzes und in der angegebenen Reihenfolge der Manöver durchgeführt werden. Der individuellen und momentanen Zustandsdiagnose wird durch eine verschiedene Betonung und Ausführungsintensität der einzelnen Handgriffe des Programms Rechnung getragen. Das Manöverprogramm der meisten Regionen wird in **«Manövergruppen»** eingeteilt. Diese Unterteilung hat lediglich den Zweck, die Reihenfolge der Manöver innerhalb des Programms leichter erlernbar zu machen. Das gemeinsame Merkmal der Manöver einer Gruppe kann von Gruppe zu Gruppe verschieden sein: Etwa dasselbe Behandlungsobjekt, eine ähnliche Körperstellung des Patienten oder des Therapeuten, eine ähnliche Grifffassung usw.

Die Methode bietet das Bild einer großen Mannigfaltigkeit von Manövern und Handgriffen. Gemeinsame Grundsätze verleihen ihr aber eine charakteristische Prägung, einen eigenen **«Stil»**. Zwei Worte können am besten den Stil des Mobilisierungshandgriffes kennzeichnen: Es sind: **«Schienung»** und **«Solidarität»**.

Der bewegte Körperteil des Patienten wird möglichst breitflächig gefasst. Er wird nicht nur mit den Fingern und den Händen, sondern je nach Region auch noch mit dem Unterarm, gegen die Thoraxwand, unter der Achselhöhle, gegen die **«Magengrube»** usw. fixiert.

Diese körperliche Schienung erstreckt sich nach Möglichkeit bis in die Nähe des Bewegungsscharniers, d.h. des mobilisierten Gelenkspaltes. Es entsteht auf diese Weise eine mechanische Solidarität zwischen dem behandelten Körperteil und dem Therapeutenkörper. Die mobilisierende Kraft entstammt weniger einer lokalisierten Bewegung der Hand oder des Armes des Therapeuten als einer Bewegung und Schwerpunktverlagerung seines Gesamtkörpers. Sie kann und soll dank dessen möglichst wenig Muskelkraft beanspruchen und möglichst wenig Anstrengung verursachen.

Die Bewegungen können mit Vorteil einen pendelnden, manchmal fast tänzelnden Charakter einnehmen. Patient und Therapeut kommen in den gleichen Rhythmus. Eine gewisse Monotonie verstärkt die entspannende Wirkung. Die breite Schienung gibt dem Manöver die nötige Stabilität, und der Patient fühlt sich **«in Sicherheit gewiegt»**.

Für den Lernenden kann es nützlich sein, die verschiedenen Phasen eines Manövers als nummerierte Takte voneinander abzugrenzen. Beim Geübten kann die Ausführung immer fließender werden.

Der Massagehandgriff wird als ein integrierender Teil des Mobilisierungshandgriffes und in synchroner Weise zum passenden Mobilisierungstakt ausgeführt. Er ergibt sich unmittelbar aus der diagnostischen Palpation und ist von der genauen Ertastung der anatomischen Strukturen untrennbar. Er ist gezielt, relativ kleinflächig und von kurzer bis sehr kurzer Bewegungslänge. In

gewissen Fällen bleibt er beinahe stationär, und die Massagewirkung resultiert aus der Bewegung des behandelten Objektes unter dem ruhenden Druck.

Bei vielen Manövern dient die eine Hand als «Kontakthand» (oder «Massagehand»), während die andere Hand über ihr liegt und ihr den nötigen Druck erteilt, oder sie anfasst und in die gewünschte Richtung führt («Druck- und/oder Führungshand»). Durch diese Teilung der Aufgaben werden die Feinheiten der Tastwahrnehmung und die Dosierbarkeit der Anwendung wesentlich erhöht.

## **Vorteile der kombinierten Methode**

### ***1. Die Mobilisierung hilft der Massage***

a)

Durch die Hin- und Herbewegung wird das massierte Objekt in eine wechselnde Darstellungslage gebracht: Es wird dem Massagereiz unter wechselnden Aspekten und in einem rhythmisch wechselnden Spannungs- und Erschlaffungszustand dargeboten. Der massierende Finger erhält damit einen plastischeren Eindruck des Objektes und kann es besser abgrenzen und «individualisieren».

b)

Der Massagestrich kann kürzer und folglich präziser bleiben. Er kann sogar, wie oben schon erwähnt, beinahe stationär über dem bewegten Objekt bleiben. Diese stationäre Art zu massieren eignet sich besonders zur Bearbeitung der tiefen und kurzen Muskeln und Sehnen, die die gelenkseigene und wirbeleigene Haltemuskulatur bilden und eine wichtige Rolle in der klinischen Symptomatologie der Arthrose und der Spondylose spielen.

### ***2. Die Massage hilft der Mobilisierung***

a)

Der Massagegriff, der möglichst nahe am Scharnier der Bewegung angesetzt wird, verlängert die körperliche Schienung des bewegten Körperteils und gewährleistet eine genauere Führung dieser Bewegung und eine Verstärkung der Gesamtstabilität. Die Bewegung wird von allen Seiten gesichert, nicht zuletzt durch die Grifffassung der Massage.

b)

Wie überall ist hier Massage therapeutische und diagnostische Handlung zugleich. Die Massagehand, die über den Formationen des Gelenkanhanges liegt, nimmt jede Reaktion auf den Bewegungsakt wahr. Sie kontrolliert laufend den Spannungsgrad des Gewebes am Ort des Geschehens und steuert somit laufend die Dosierung der mobilisierenden Kraft.

c)

Der Druck der Massage kann den Dehneffekt der passiven Bewegung genauer lokalisieren und gleichsam auch (wie zuvor erwähnt) «modulieren». Der massierende Finger ist mit dem Finger des Geigers zu vergleichen, der auf die vibrierende Saite des Instrumentes drückt.

d)

Der Massagedruck übt eine beruhigende - ja durch das Phänomen der Reizüberlagerung leicht betäubende - Wirkung auf die gereizten Strukturen des Gelenkanhanges aus und erweist sich dadurch als bewegungserleichternd. Dies ist besonders der Fall bei gewissen stationären Umklammerungsgriffen über dem Gelenkspalt.

Die Bewegungserleichterung kann manchmal so weit gehen, dass bei der Mobilisierung gewisser Gelenke und Wirbelsäulenabschnitte die Kohäsionskraft (d.h. der innere Zusammenhalt) ohne

zusätzlichen Impuls gewissermaßen «spontan» nachgibt und das pneumatische «Gelenkknack-Geräusch» oder ein Aufklappen der Gelenkflächen wahrgenommen werden.

Da die physiologische Bewegungssperre dabei leicht überschritten wird - jedoch ohne Traumatisierungseffekt - kann man von einem Phänomen im «paraphysiologischen» Bereich sprechen. Das Phänomen darf nicht überbewertet werden, ist aber trotzdem nicht ganz bedeutungslos, bietet doch die kurze Trennung der Gelenkflächen («Dekoaptation») etwaigen kleinen funktionellen Kongruenzstörungen die Gelegenheit zur Normalisierung (siehe weiter unten: «funktionelle Minikongruenz»).

### **3. Es findet ein Summierungseffekt statt**

a)

Der Summierungseffekt des Massagereizes und des Mobilisierungsreizes ergibt sich, wie am Anfang dargelegt wurde, aus der Ähnlichkeit ihrer neurophysiologischen Wirkungswege. Er bringt es mit sich, dass jede der beiden Anwendungen milder gestaltet werden kann, ohne die erstrebte Gesamtwirkung zu schwächen. Das Gesamtmanöver kann sogar in gewissen Situationen fast nur angedeutet sein («quasi symbolische» Ausführung) und sich trotzdem als wirksam erweisen.

Trotz des vielleicht gegenteiligen Eindruckes beim Betrachter ist gerade die Milde ein Kennzeichen der richtig ausgeführten Prozedur.

b)

Die Behandlungssitzung kann aus dem gleichen Grund kurz gehalten werden: Eine Sitzung Manipulativmassage an einer gegebenen Körperregion dauert selten mehr als zehn Minuten. In dieser relativ kleinen Zeitspanne ist sowohl objektiv wie auch für das Empfinden des Patienten etwas Wirksames geschehen.

c)

Umgekehrt kann bei «normaler» Intensität beider Modalitäten sehr leicht durch den Summierungseffekt eine kräftige sensorische Empfindung hervorgerufen werden, sogar ein Schmerz, der im Prinzip zu vermeiden wäre, der aber in gewissen ausgewählten Fällen als therapeutisch günstig und als gewollt gelten kann und dann den Namen «Heilschmerz» verdient.

## **Allgemeines Indikationsgebiet**

Wie die meisten anderen Maßnahmen der physikalischen Therapie stellt die Manipulativmassage keine spezifische Heilanwendung dar: Ihre Indikationen haben keinen zwingenden Charakter. Sie lassen sich nicht als eine starre Liste von bestimmten Krankheiten oder schematisch umschriebenen krankhaften Zuständen aufzählen. Deshalb ist hier nicht von einzelnen Krankheitsbildern sondern von einem allgemeinen Indikationsgebiet die Rede. Die Indikationsstellung hängt weniger von der krankheitssystematischen Bezeichnung der Störung als vom Ergebnis der unmittelbar vorher durchgeführten manuellen Prüfung ab, mit welcher sich der verantwortliche Therapeut Rechenschaft über den örtlichen und allgemeinen Reiz- und Reizbarkeitszustand des Patienten gibt.

Als allgemeines Indikationsgebiet bietet sich das weite Feld der arthromuskulären Beschwerden des Bewegungsapparates an. Innerhalb dieses Gebietes gehört die wichtigste Gruppe der dankbaren Objekte der Manipulativmassage dem Kreis des degenerativen Rheumatismus (Arthrose und Spondylose) an. Hier ist die Methode in den meisten Fällen mit Vorteil anwendbar.

Im Sinne einer nützlichen Arbeitshypothese und plausiblen Vorstellung von den arthromuskulären Wechselwirkungen bei der Arthrose darf angenommen werden, dass der arthrotische Prozess

reflektorische Tonusungleichheiten im tendomuskulären Anhang des Gelenkes erzeugt und unterhält. Diese funktionellen Veränderungen sind palpatorisch und mobilisierend als Hartspannzonen, Tendomyosen usw. erkennbar. Auf diese Weise kann sich ein Zustand periartikulärer Dystonie, eine «funktionelle Periarthrose» bilden. Diese beeinflusst ihrerseits den Gelenkzustand, indem sie das normale Muster der Zug- und Druckkräfte verändert. Es verändert sich dementsprechend auch die «funktionelle Minikongruenz» der Gelenkflächen, nämlich die genaue Übereinstimmung ihrer Kontaktpunkte in jeder Winkelstellung des Gelenkes. Als biologisches (und nicht rein mechanisches) Gebilde besitzt jedes Gelenk eine kleine, aber nicht zu vernachlässigende «Freiheitsmarge», innerhalb welcher verschiedene, voneinander leicht abweichende Muster der «funktionellen Minikongruenz» bestehen können, die für einen idealen Bewegungsablauf nicht alle gleichwertig sind. Die Abweichung vom normalen «Minikongruenzmuster» ist mit einer gewissen Bewegungshemmung verbunden. Die gleiche Vorstellung kann für die Spondylose gelten.

Wenn der manuelle Befund auf die Beteiligung eines funktionellen Kongruenzfaktors (mehr oder weniger angedeutete Bewegungshemmung) und eines tendomuskulären dystonischen Faktors (Hyper- und Hypotoniezonen) hinweist, so kann die Anwendung einer Methode, die wie die Manipulativmassage ein massierendes Element mit einem bewegenden Element eng kombiniert, als besonders sinnvoll und empfehlenswert erscheinen.

Zum allgemeinen Indikationsgebiet gehören auch die traumatischen Folgen am Bewegungsapparat, bei welchen Gelenkbeschwerden und muskeldystonische (oft mit lokalen zirkulatorischen Störungen verbundene) Zustände das Krankheitsbild bestimmen. Die Manipulativmassage kann auch einen Platz im Nachbehandlungsprogramm orthopädischer Gelenkoperationen finden. Äußerste Behutsamkeit ist selbstverständlich bei allen diesen Fällen geboten. Die vorher schon erwähnte «quasi-symbolische» Durchführungsart kann vor allem in den Anfangssitzungen ratsam sein.

Es darf hier betont werden, dass der mobilisierende Akt in der Perspektive der Methode nie die Aufgabe hat, eine Verlängerung verkürzter Strukturen oder die Erweiterung eines eingeschränkten Bewegungsumfanges unmittelbar mechanisch zu erwirken. Es geht bei der ganzen Methode nur um die Erteilung feindosierbarer, wenn auch komplexer Reize, die, über den propriozeptiven Apparat weitergeleitet, sich tonusausgleichend lockernd und erst damit bewegungserleichternd auszuwirken haben.

Innerhalb des hier skizzierten allgemeinen Indikationsgebiets ist die Zahl der individuellen Kontraindikationen relativ gering, da es in der Hand des Therapeuten liegt, die Reizintensität fast jeder Situation anzupassen.

## Schlussbemerkung

Die Technik der Manipulativmassage ist nicht leicht zu erlernen. Die richtige Koordinierung verschiedener Bewegungen der Finger, Arme, Beine und nicht zuletzt des ganzen Körpers des Therapeuten, erfordert Geschicklichkeit und muss - zuerst unter Anleitung - geduldig geübt werden.

Erst wenn der Therapeut die komplexen Handgriffe innerlich «automatisiert» hat, kann er sich auf eine entkrampfte, differenzierte und einfühlsame Ausführungsart konzentrieren. Dann kann aber die Freude an der eigenen »gymnastischen« Leistung und an der erfolgreichen Integration der massierenden und der bewegendenden Handlungen für den Therapeuten eine zusätzliche Motivation bedeuten, die nicht ohne Einfluss auf die Qualität und Wirksamkeit seiner Arbeit bleibt.

Die Manipulativmassage ist ein therapeutisches Instrument, das hauptsächlich für drei Berufsgruppen von Interesse sein kann:

1. Mit der Einführung eines Mobilisationselementes in den Massageakt - unter aktiver Beteiligung eines größeren Teils seines eigenen Körpers - erhöhen sich für den Masseur sowohl die Wirksamkeit als auch die Bedeutung und der Stellenwert seiner therapeutischen Handlung. Das Berufsbild des Masseurs - oder besser gesagt des Massagetherapeuten - bereichert sich um eine neue, räumliche und dynamische Dimension, ohne seinen angestammten Charakter zu verlieren.
2. Dem Krankengymnasten und Physiotherapeuten kann die Methode zu einem aufschlussreichen manuellen Kontakt mit dem bewegten Patienten verhelfen und eine direktere «Erfassung» und Beeinflussung arthromuskulärer Störungen ermöglichen.
3. Der konservativ-orthopädisch und manualtherapeutisch tätige Arzt kann seine gezielten Impulsmanipulationen und anderen therapeutischen Interventionen mit einem Kurzprogramm von Manipulativmassage in der gleichen Behandlungssitzung ergänzen oder sogar - in gewissen Situationen - den spezifischen ärztlichen Behandlungsakt durch diese «weichere» Methode ersetzen.

Aus dem Lehrbuch: „Technik der Manipulativmassage“  
Von J.C. Terrier  
Ebert Verlag – Lübeck  
2. unveränderte Auflage 1995