

# Vorwort

## Die Vorgeschichte

Die erste Auflage des Buches „Kiefer, Gesichts- und Zervikalregion“ ist vor 10 Jahren erschienen. Dieses Buch wurde als roter Faden in der Ausbildung der Cranio Facial Therapy Academy (CRAFTA) vielfältig eingesetzt und sehr positiv bewertet. Auch von anderen Kollegen und Disziplinen (Logopädie, Zahnmedizin, etc.) wurde und wird es oft als Standardwerk verwendet um ihre Kenntnisse in neuromuskuloskeletalem Assessment zu ergänzen und Patienten mit Kopf-, Nacken- und Gesichtsschmerzen besser behandeln zu können. 2007 wurde das Buch aktualisiert und in englischer Sprache unter dem Titel „Craniofacial Pain. Assessment, Treatment and Management“ bei Elsevier veröffentlicht und ist mittlerweile auch als E-Book erhältlich.

## Der Zeitgeist

Im letzten Jahrzehnt hat sich die Physiotherapie weiterentwickelt und die Kenntnisse über neuromuskuloskeletale Zusammenhänge in der Gesichts-, Kiefer- und Nackenregion haben zugenommen. Ein wissenschaftlicher Nachweis ist momentan der sicherste Weg für Physiotherapeuten, um die Professionalisierung zu untermauern. Die Anzahl der Effektivitätsstudien ist in den Jahren von 2005 bis 2015 in der Physiotherapie um mehr als 200 % gestiegen (von 3 000 bis 9 000). Daraus resultiert, dass immer öfter versucht wird, internationale Behandlungsrichtlinien zu erstellen, was die Evidenz der physiotherapeutischen Behandlungsmethoden einerseits stärkt, andererseits aber auch weniger Raum für Kreativität lässt. Manche Kollegen äußern die Sorge, dass die „Akademiker“ so stark zunehmen werden, dass die Möglichkeit zur Entwicklung eines klinischen Experten stark reduziert wird, der durch einfache Denkprozesse und daraus resultierenden klinischen Entscheidungen die klinischen Fertigkeiten und Behandlungsvariationen, Ausführungen und Anwendungen zum Wohle des Patienten einsetzt.

Ein Vorteil der Akademisierung, speziell im Fachbereich der Kopf-Hals-Kiefer- und Nackenregion, ist, dass auch Physiotherapeuten an Querschnitt- und Effektivitätsstudien (Clinical Trials) intensiv beteiligt waren. Nach den letzten Einschätzungen stiegen die Clinical Trials, die von Physiotherapeuten initiiert wurden, von durchschnittlich 9 (2005–2009) auf 20 (2009–2015) pro Jahr. Das ist eine mehr als 100%ige Zunahme. Wobei zu erwähnen ist, dass auch in anderen Disziplinen, wie Zahnmedizin, Orthodontie, Plastische Chirurgie und Neurochirurgie, eine steigende Tendenz wahrzunehmen ist. In jeder der erwähnten Disziplinen sind im gleichen Zeitraum 300 % mehr Clinical Trials produziert worden. Das ist ein Zeichen, dass sich die Physiotherapie zwar auf dem richtigen Weg befindet, aber dennoch eine weite Strecke vor sich hat. Ich hoffe, sie durch diese zweite Auflage ein Stück begleiten zu können.

Vor dem Hintergrund der Zunahme von evidenzbasiertem Denken und reduzierter klinischer und praktischer Anwendung, war es das Ziel, mit dieser Neuauflage den Veränderungen Rechnung zu tragen. 12 der 22 Kapitel sind komplett neu und die aus der 1. Auflage übernommenen 10 Kapitel wurden überarbeitet und aktualisiert. Sowohl der Text als auch die zahlreichen Grafiken und Fotos sind farbig gedruckt und es wurden zusätzlich klinische Muster aufgenommen, die es erleichtern, die beschriebenen Pathologien oder Phänomene zu begreifen und deren fachspezifische Behandlung zu ermöglichen.

Um Missverständnisse bei der Interpretation der Inhalte dieses Buches zu vermeiden, sind hier einige Stellungnahmen beschrieben, die als roter Faden durch das Buch laufen.

## Die Gütekriterien der klinischen Tests

Wie bereits erwähnt, erlebt die orofaziale und kraniofaziale Physiotherapie eine positive Entwicklung, weil sich evidenzbasierte Techniken sowie Behandlungs- und Managementformen immer mehr in der Praxis etablieren.

Andererseits ist es wegen der vielen Varianten, in denen sich Kiefer-, Gesichts- und Nackenprobleme präsentieren und deren unterschiedliche Klassifikation durch verschiedene Verbände, wie der International Headache Association ([www.IHS.org](http://www.IHS.org)), der International Association of the Study of Pain ([www.IASP.org](http://www.IASP.org)) und der AAOP (American Academy of Orofacial Pain) ([www.aaop.org](http://www.aaop.org)) nicht möglich, für jede in diesem Buch beschriebene klinische Untersuchung- und Behandlungstechnik die wissenschaftlich nachgewiesenen Gütekriterien (Reliabilität, Validität und Responsivität, etc.) zu erfüllen.

Erst durch die systematische Integration externer Evidenz in Verbindung mit der besten klinischen Evidenz (gewonnen aus jahrelanger klinischer Erfahrung), werden alle in diesem Buch beschriebenen Techniken in ihrer Wirksamkeit bei der Behandlung der klinischen Muster untermauert. Durch das in den Kapiteln 1 und 8 beschriebene „Clustern“ (englisch für „bündeln“) von nicht hoch validen Tests, in Verbindung mit einer durchdachten subjektiven Untersuchung (und Anamnese) wird der Therapeut in die Lage versetzt, trotzdem eine zuverlässige Aussage im diagnostischen Prozess treffen zu können.

## Schädelmobilisation

In verschiedenen Kapiteln werden Schädel- oder Krania-Mobilisationen und Schädel-, Krania-Techniken beschrieben. Die Griffe auf den abgebildeten Fotos können fälschlicherweise suggerieren, dass es sich hier um Krania-techniken der Osteopathie oder um kraniosakrale Therapie handelt. Beim Betrachten der Bilder könnte tat-

sächlich dieser Eindruck entstehen. Beim Lesen des Textes wird jedoch deutlich, dass sich die zugrunde liegenden Untersuchungs- und Behandlungsansätze stark von osteopathischen oder kraniosakralen Methoden unterscheiden. Es geht hier um die Analyse von Parametern (Widerstand, Rebound und sensorische Antwort der Patienten), die man während einer passiven Technik (applizierte Kräfte von 0,5 bis ca. 5 kg) reproduzieren kann. Diese Parameter basieren auf den lastübertragenden Kräften, die die Spannung in den Schädelknochen bestimmen. Sie finden in dieser Form auch Anwendung in der Plastischen Chirurgie, Neurochirurgie und Orthodontie. Dies steht sicher im klaren Gegensatz zu den Parametern bei osteopathischen und kraniosakralen Interventionen.

## Kraniofaziale (u. a. Schädelmobilisation) vs. Kraniosakrale Therapie

Seit dem aufsehenerregenden Tod eines Babys 2009 in den Niederlanden nach der Behandlung durch einen Kraniosakral-Therapeuten, gibt es berechtigte Kritik an den zugrunde liegenden Denkmodellen bei der Behandlung des Kraniums speziell von Kleinkindern, aber auch von Kindern und Erwachsenen. Die in diesem Buch beschriebenen Kranium-Techniken sehen eventuell ähnlich aus wie osteopathische oder kraniosakrale Techniken, aber wie oben bereits beschrieben, liegen ihnen völlig andere Ansätze zugrunde.

Kraniofaziale (Schädel-)Mobilisationstechniken basieren auf Wachstumstudien aus der Orthodontie, Plastischen Chirurgie und Neurochirurgie und unterscheiden sich dadurch von der kraniosakralen Therapie sowie der Osteopathie und deren primären Atemtheorien.

Der kraniosakralen Therapie liegen biomechanisch/anatomisch orientierte Denkmodelle zugrunde, während sich die kraniofaziale Therapie an funktionellen/biologischen/pragmatischen Modellen orientiert.

## Unterschiedliche Ziele in der Behandlung

Assessment-Techniken suchen nach klinischen Zeichen, die auf physiologischen und physischen Gegebenheiten, wie Widerstand, Rebound (Reaktion des Gewebes auf Kräfte mit einer Compliance) und den sensorischen Antworten des Patienten basieren. Sie beschreiben nicht, welche Strukturen exakt beeinflusst werden.

Das ist der Unterschied zur Kraniosakralen Therapie, die exakt die beeinflusste Struktur beschreibt (z.B. Suture oder Ventrikel) und auch suggeriert, psychoemotionale Dysfunktionen zu behandeln („Tissue has a Memory“ - Upledger).

Die Kapitel in diesem Buch und auch die Lehrinhalte in der CRAFTA-Ausbildung, die sich mit Kranium-Mobilisa-

tionen beschäftigen, distanzieren sich deshalb von der traditionellen Kraniosakralen Therapie und Osteopathie, weil sie keine oder nur sehr geringe externe und klinische Evidenz aufweisen. Es soll nicht behauptet werden, dass diese Therapieformen keinen Effekt haben, aber wegen der Zielsetzung, mit diesem Buch einen Beitrag zur modernen Professionalisierung in der Physiotherapie zu leisten, wurde diese Stellungnahme bewusst gewählt.

## Zum Inhalt

Aufgrund der aufregenden neuen Entwicklungen und Evidenzen wurden in dieser überarbeiteten Auflage bestehende Kapitel komplett überarbeitet und folgende neuen Kapitel aufgenommen:

In den Pädiatriekapiteln (Kap.19–23) wird der aktuelle Stand der Behandlung von kindlichen Kopfschmerzen in der Physiotherapie beschrieben. Ebenso werden die posturalen Anpassungen bei kraniofazialen Veränderungen und das Management von pädiatrischer Migräne beschrieben. Sie vermitteln die speziellen Kenntnisse zur Behandlung von Kindern mit kraniofazialen, morphologischen Veränderungen mit und ohne Beschwerden. Der Leser lernt, die klinischen Muster bei Jugendlichen zu erkennen, die die Physiotherapeutische Praxis aufsuchen.

Kraniozervikal-mandibuläre Region: Neue Erkenntnisse über Kopfpositionen bei kranio-mandibulären Dysfunktionen (Kapitel 5), Trigeminalisation (Kapitel 6) und ein aktuelles Update der evidenzbasierten Tests und Behandlungen findet man in Kapitel 7.

Okuläre Dysfunktionen: In Kapitel 18 werden klinische Tests, okuläre Pathologien und Dysfunktionen beschrieben, und Anleitungen zur Integration mit Assessments z.B. von der vestibulären Region und der kraniozervikalen Region gegeben.

Gesichtslateralisation und Emotionstraining: Eine zunehmende Evidenz zeigt, dass u.a. das Körpergefühl bei Patienten mit chronischen Kopf- oder Gesichtsschmerzen reduziert ist. Alle Informationen über Assessments und mögliches Training findet man im Kapitel 17.

Alle anderen Kapitel sind neu bearbeitet, es wurden klinische Muster ergänzt und Inhalte ausgeweitet, wie im Anatomiekapitel (Kapitel 2), wo die zervikale Wirbelsäule im Detail beschrieben wird.

Zusammenfassend kann behauptet werden, dass die zweite überarbeitete Auflage von „Kiefer, Gesichts- und Zervikalregion“ ein aktuelles Buch ist mit neuen Ideen und Ansätzen. Evidenzbasiertes Wissen und Clinical Reasoning sind der rote Faden in diesem Buch, das zum Ziel hat, neue klinische Muster zu erkennen und adäquat zu behandeln.

Abschließend wünsche ich viel Freude beim Lesen und hoffe, dass die Inhalte in der Praxis gut umsetzbar sind.

Harry von Piekartz,  
Ootmarsum (Niederlande), August 2015