

Applied Kinesiology -Einführung

© Deutsche Ärztegesellschaft für Applied Kinesiology
Nederlinger Str. 35, D-80638 München, Tel.: 089/1595951, Fax: 089/1596161,
email: VKMAKPG@aol.com

Kopieren dieser Skripte, auch auszugsweise, ist ohne Genehmigung untersagt



Inhaltsverzeichnis

	Seite
Definition AK.....	1
Triad of Health	2
Manueller Muskeltest	3
Muskeltestqualitäten.....	4
Challenge.....	6
Therapielokalisation.....	8
Generelles Adaptationssyndrom nach Selye (GAS).....	9
Strategie der AK-Untersuchung und Therapie.....	10
Ursachen für Muskelfunktionsstörungen.....	11
(Extramuskuläre und Intramuskuläre Ursachen)	
Vertebrale Läsion.....	12
NL un NV Reflexe (Theorie).....	13
NL Bildübersicht	14
NV Bildübersicht.....	15
Der kraniosakrale primär respiratorische Mechanismus.....	16
Schnellmobilisation des kraniosakralen Systems.....	17
Herd-/Störfelstest mit AK.....	18
Screening: Herd, Allergie, Unverträglichkeit, Toxizität.....	19
Emotionales Screening/ Stress-Management.....	20
M.deltoideus.....	21
Hamstrings.....	22
M.latissimus dorsi.....	23
M.pectoralis major (clavicularis).....	24
M.piriformis.....	25
M.rectus femoris.....	26
Nomenklatur.....	27
Literaturauswahl.....	28



Applied Kinesiology

Definition

Applied Kinesiology (AK) ist eine **hauptsächlich diagnostische Methode**, mit der durch **manuelle Testung einzelner Muskeln und deren Reaktionsänderung** durch **diagnostische Reize und therapeutische Maßnahmen** verschiedenster Art **Aussagen über funktionelle Zusammenhänge von Störungen** möglich sind.

Applied Kinesiology ist nicht:



Muskel-Lügendetektor

Muskeln, ein Lügendetektor? Da lachen ja die Hühner, werdet ihr jetzt sagen. Abwarten, sagt euer SCHLAUES BUCH.

Wenn es ein Wesen gibt, das euch niemals belügt, dann ist das euer **Körper**. Ihr müßt nur wissen, wie ihr ihn zu befragen habt und in welcher Form er euch antwortet wird.

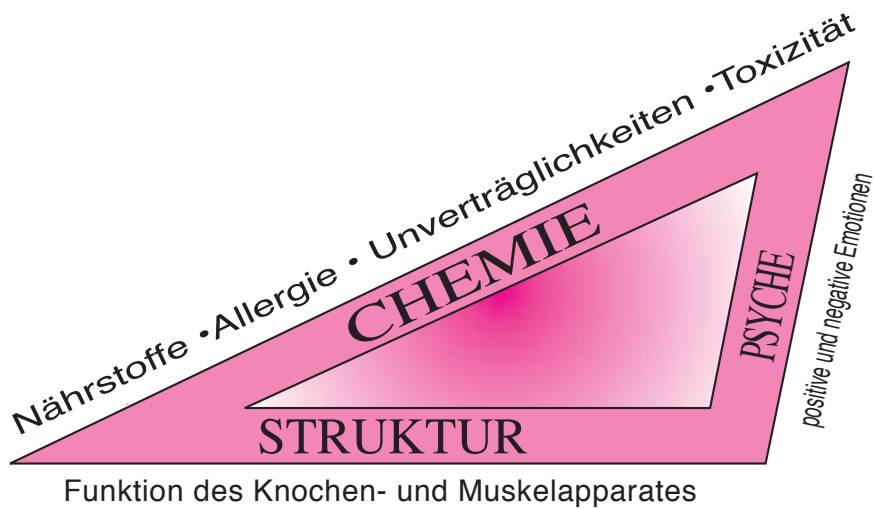
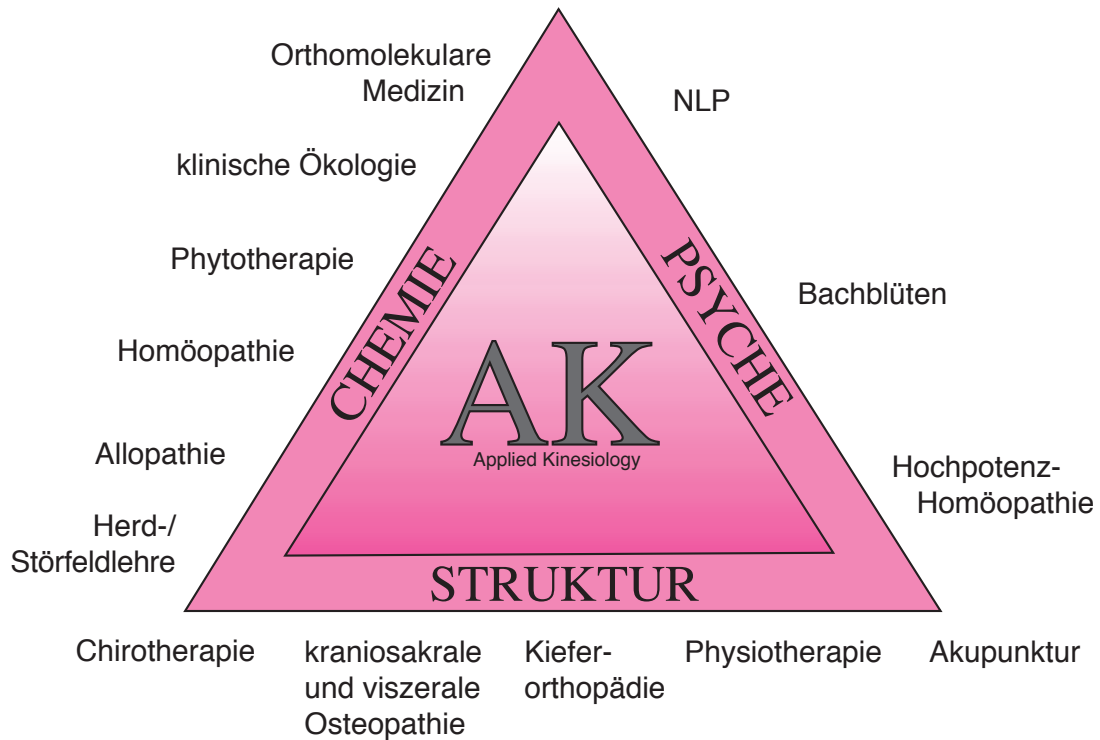
Es gibt ein **naturheilkundliches Verfahren**, welches zeigt, daß man an der **Muskelfunktion** erkennen kann, welchen Einfluß Dinge wie Nahrung, Licht, Musik, Stimmungen, positive wie negative Gedanken und auch Lügen auf Geist und Körper haben. Ob sie gut oder schlecht für die Testperson sind. Ob der Getestete lügt oder die Wahrheit sagt.

Wie und warum es funktioniert, weiß man noch nicht so genau... Aber es funktioniert, jedenfalls meistens.





Die Triad of Health



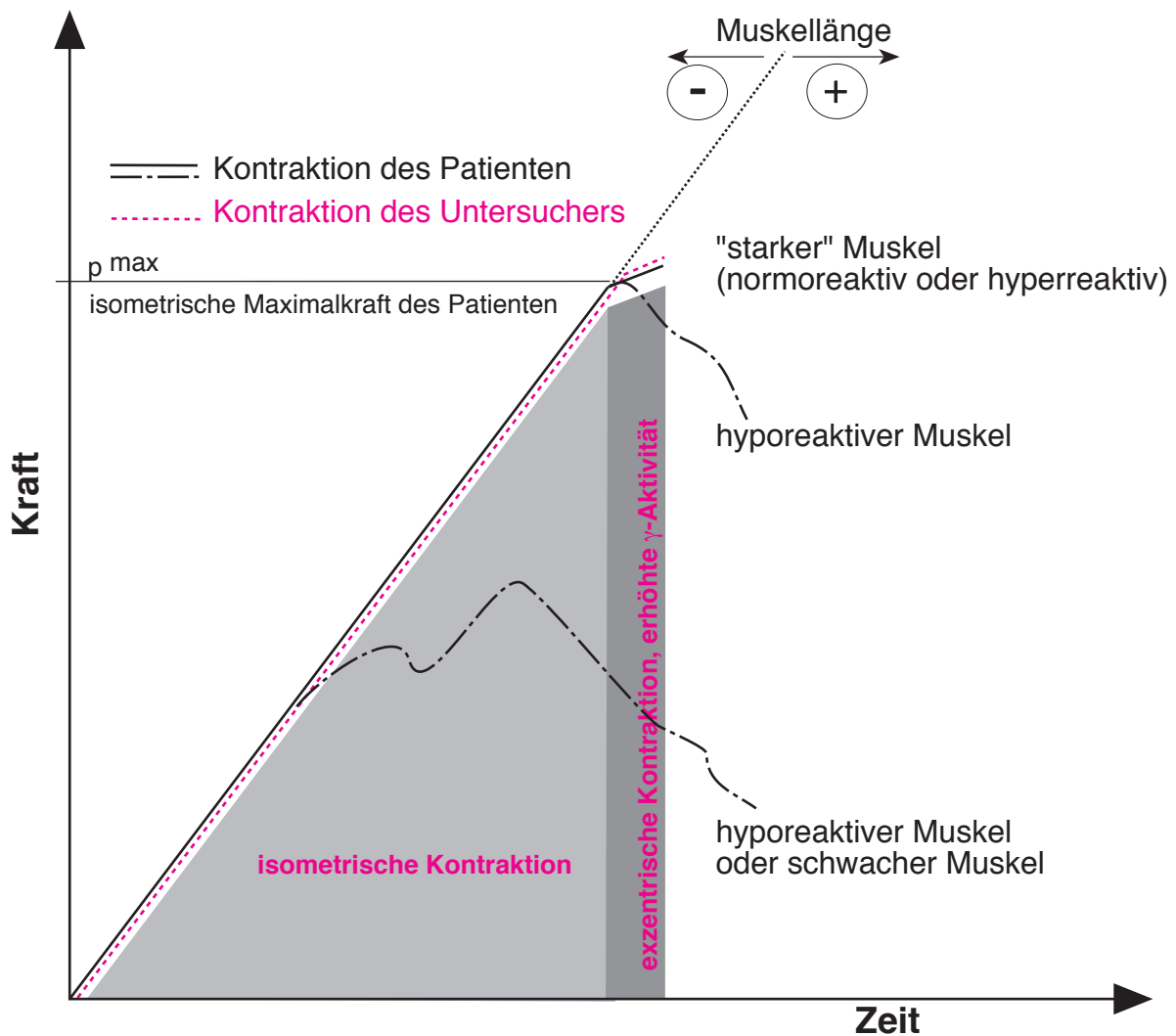


Der manuelle Muskeltest

Definition

Vom **Patienten gestarteter** isometrischer Muskeltest, der für jeden Muskel in **definierter Position** durchgeführt wird, die sich daraus ergibt, dass der getestete Muskel gegenüber seinen Synergisten im Vorteil sein muss. Der **diagnostische Testdruck wird bei Erreichen der Maximalkraft des Patienten ausgeübt**.

Der Patient darf nicht "überpower" werden, jeder Test bei nicht maximaler Kraft des Patienten ist nicht reproduzierbar.





Muskeltestqualitäten - Definitionen

1. Muskelbefunde, die im manuellen Muskeltest der AK definierbar sind.

Normoreaktiver Muskel

Der Muskel (Muskelkomplex) kann während des definierten Muskeltestvorgangs der Kraft widerstehen, die der Untersucher ausübt und kann während des Tests die Testposition beibehalten. Der Muskelkomplex wird "normoreaktiv" genannt, wenn der Hauptagonist im Test durch eine der folgenden Maßnahmen inhibiert (funktionell geschwächt) werden kann und damit eine Bewegung im Gelenk auftritt:

1. Manuelles Verkürzen der Spindelzellen des Hauptagonisten im Test. Unter der Verkürzung der Spindelzellen versteht man tatsächlich ein manuelles Manöver, bei dem an zwei Punkten außerhalb des Zentrums des Muskelbauches ein tiefer Kontakt genommen wird und entlang der Längsachse des Muskels von beiden Punkten aus zum Zentrum gedrückt wird.

2. Stimulation des Drainagepunktes („Sedierungs-Punktes“) der Akupunktur-Leitbahn, die dem Hauptagonisten zugeordnet ist.

Die Stimulation des Drainage-Punktes kann durch einfaches manuelles Klopfen erfolgen oder der Patient oder Untersucher führt eine „Therapielokalisation“ (Berühren) des Drainage-Punktes aus, während der zugeordnete Muskel manuell getestet wird. Die Wirkung der Stimulation durch Klopfen hält ca. maximal 30 Sekunden lang an. Eine Kontraktion in dieser Zeit eliminiert meist die Inhibition.

3. Aufbringen eines Poles (Nord- oder Südpol) eines mindestens 3000 Gauss starken Magneten auf den Muskelbauch.

Verwendet werden axial magnetisierte Magneten, bei denen die eine flache Seite den Nordpol, die andere den Südpol darstellt. Die Erfahrung zeigt, dass der Nord- oder Südpol des Magneten den normoreaktiven Muskel schwächen kann. Dies ist in ein und derselben Untersuchungssituation bei ein und demselben Patienten in der Regel konstant. Diese äußeren Einflüsse können jedoch zu einer Umkehr der Situation führen: Patienten, die durch den Südpol geschwächt wurden, können z.B. bei Aktivität eines äußeren elektromagnetischen Feldes (Leuchten, Liegenmotor etc.) auf den Nordpol mit „Schwäche“ reagieren und umgekehrt. Man kann vermuten, dass es sich um nicht ganz geklärte Einflüsse elektromagnetischer Felder handelt.

Hyperreaktiver Muskel

Darunter versteht man jeden Muskel (Muskelkomplex), welcher der durch den Untersucher ausgeübten Kraft während des definierten Testvorgangs widerstehen kann. Der Hauptagonist kann jedoch durch keine der angegebenen Maßnahmen, die für den normoreaktiven Muskel definiert wurden, inhibiert werden.

Der Muskel kann durch den geeigneten Stimulus, der der Ursache der Hyperreaktivität entspricht, in seiner Reaktion in Richtung Normoreaktion oder Hyporeaktion (s.u.) verändert werden.

Hyporeaktiver Muskel

Ein hyporeaktiver Muskel ist jeder Muskel (Muskelkomplex), welcher der vom Untersucher ausgeübten Kraft während des definierten Testvorgangs nicht widerstehen kann. Die Testposition kann nicht eingehalten werden.



Muskeltestqualitäten - Definitionen 2

Dysreaktiver Muskel (hypo- oder hyperreaktiv)

Sowohl hyperreaktiver als auch hyporeaktiver Muskel können „dysreaktiver Muskel“ genannt werden, da beide Zustände Dysfunktionen anzeigen.

Schwacher Muskel

Dies sind Muskeln, die durch keine Art von diagnostischen (und therapeutischen) Stimulus (Challenge) in Richtung mehr „Stärke“, und Normoreaktivität gebracht werden können (siehe die Definition oben). Beispiele sind Denervationen bei Plexusdurchtrennung und andere pathologische neuromuskuläre Zustände.

2. Ein Muskelbefund, der nur durch Palpation und Dehungsprüfung definiert werden kann

Hypertoner Muskel

Darunter versteht man einen Muskel der verkürzt, gespannt oder schmerzhaft bei Palpation ist, oft Triggerpunkte aufweist. Er weist einen erhöhten Widerstand bei Dehnung auf.

Durch zentralnervös bedingte neurologische Erkrankungen kommt es zu muskulärem Hypertonus, der neben dem palpatorischen Hypertonus durch Rigor oder Spastik bei der Bewegungsprüfung imponiert.

Der palpatorisch hypertone Muskel kann normoreaktiv, hyperreaktiv oder hyporeaktiv testen.



Challenge

Definition

Unter Challenge versteht man in der Applied Kinesiology **jeden diagnostischen Stimulus**, dem der Patient ausgesetzt wird.

Ein oder mehrere Muskeln werden vor der diagnostischen Provokation („in the clear“) und während bzw. kurz nach der diagnostischen Provokation getestet und mögliche Muskelreaktionsänderungen werden registriert.

Ein **positiver Challenge** ist jede diagnostische Stimulation, die eine Muskeltestreaktion ändert im Vergleich zur Reaktion vor dem Challenge.

Ein Challenge kann prinzipiell ein

1. **mechanischer Reiz** (manipulatorischer Probeschub oder gehaltene Positionsänderung einer Körperstruktur),
2. **ein chemischer Reiz** (orale Applikation einer kleinen Menge einer Testsubstanz) oder ein
3. **emotionaler Reiz** sein.

dysreaktiver Challenge: „alles was potentiell schädlich ist“

Die Reaktionsänderung kann

von normoreaktiv nach hyporeaktiv und hyperreaktiv

von hyporeaktiv nach hyperreaktiv,

von hyperreaktiv nach hyporeaktiv

sein: Dieser zeigt an, **dass der provokatorische Reiz das Streßniveau des gechallengehten Organismus erhöht**

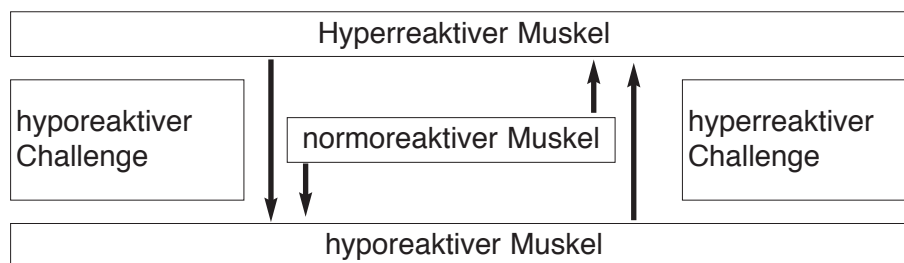


Abb.: Dysreaktiver Challenge



Challenge

Der normoreaktive Challenge: „alles was potentiell hilft“

Ist die Reaktionsänderung von hyporeaktiv oder hyperreaktiv nach normoreaktiv, so reduziert der provokatorische Reiz das Streßpotential des getesteten Organismus und ist demnach potentiell hilfreich und man spricht von einem „normoreaktiver Challenge“

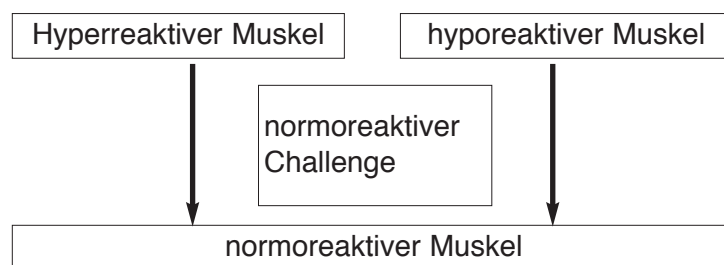


Abb.: normoreaktiver Challenge



Therapielokalisation

Definition

Wenn ein Patient eine Körperregion berührt und eine Änderung der Muskeltestreaktion

von normoreaktiv nach hyporeaktiv oder hyperreaktiv,
von hyperreaktiv nach normoreaktiv oder hyporeaktiv,
von hyporeaktiv nach normoreaktiv oder hyperreaktiv auftritt,

liegt an der berührten Stelle eine Abweichung vom Normalen vor.

Man bezeichnet all diese Reaktionsänderungen als **positive TL**.

Therapielokalisation sagt uns, wo eine Störung liegt, aber nicht, welcher Art diese Störung ist. Die Differenzierung geschieht durch Challenge.

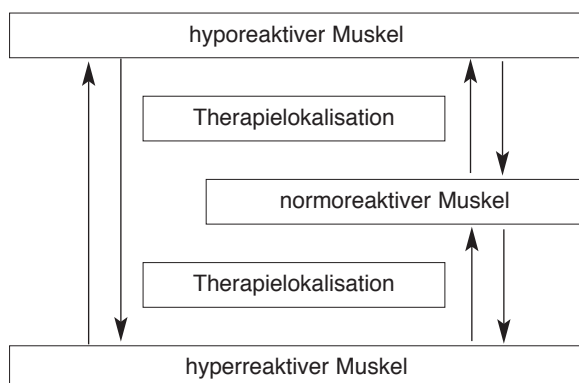
Obwohl das Phänomen der TL noch nicht vollständig geklärt ist, ist es klinisch reproduzierbar anwendbar.

Beispiele:

- Positive TL einer Wirbelregion indiziert weitere Untersuchung durch Palpation und funktionelle Analyse. Wenn eine vertebrale Läsion (Blockierung) oder Fixation gefunden und kunstgerecht korrigiert wird, dann sollte die positive TL verschwinden.
- Positive TL eines Akupunkturpunktes zeigt an, daß dieser behandlungsbedürftig ist, zumindest energetisch "abweicht".

Die Therapielokalisation soll durch den Patienten selbst durchgeführt werden (außer bei Akupunkturpunkten, die auch durch den Therapeuten berührt werden können)

Ein weiterer Gesichtspunkt sei hier angefügt: Therapielokalisation ist nicht nur unspezifischer als Challenge sondern auch weniger zuverlässig: die Provokation durch das einfache Hinfassen könnte eben einen geringeren Reiz darstellen als beispielsweise die Provokation durch einen mechanischen Probeschub oder die chemische Provokation durch eine Substanz, die in den Mund genommen wird.

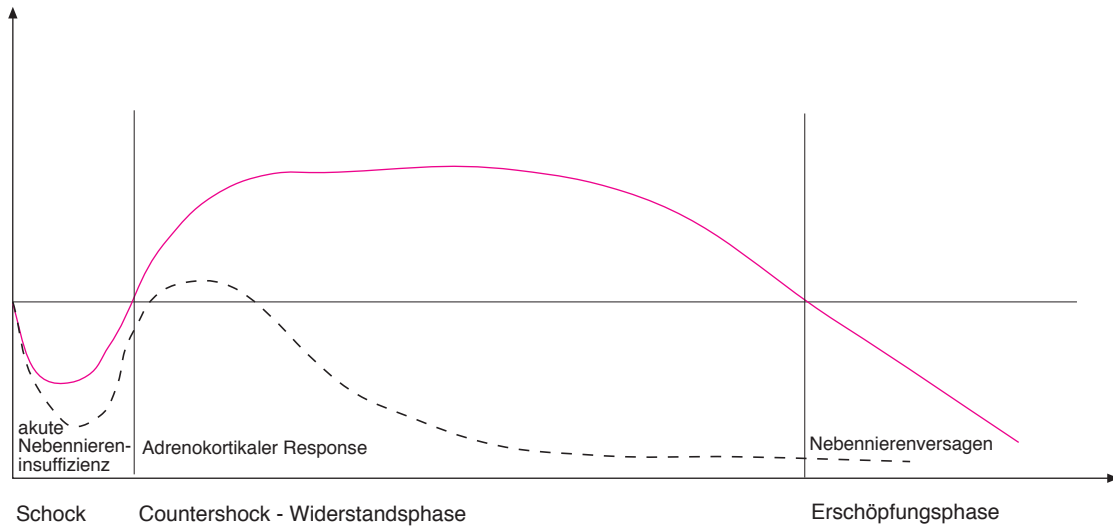


Wird ein dysreaktiver Muskel durch Therapielokalisation einer Körperregion normoreaktiv, so bedeutet dies, dass die Störung an der therapieloklisierten Region die Funktionstörung dieses Muskels mit verursacht. Ein x-beliebiger anderer dysreaktiver Muskel, dessen Störungsursache nicht an dieser Stelle liegt, ändert seine Testreaktion durch TL dieser Region nicht.

Positive Therapielokalisation



Generelles Adaptationssyndrom nach Selye (GAS)





Strategie der AK-Untersuchung und -Therapie (das Konzept der Reduktion des Gesamtstress)

Struktur

„absteigende Störungen“
(osteomuskulär aus dem orofazialen Bereich)

„aufsteigende Störungen“

- a) osteomuskulär aus dem Bereich der unteren Extremitäten, Becken, Wirbelsäule)
- b) primäre viszerale Störungen mit sekundär osteomuskulären Wirbelsäulen- und Beckenläsionen

Chemie

pH-Dysbalance

Dysbiose

Mykosen, Parasitosen,
Dysbakterie

Allergie/Toxizität

Schwermetalle,
Nahrungsmittel,
chemische Noxen

Prostaglandindysbalance

Leukotriendysbalancen

**Vitamin-, Mineralstoff-
und Spurenelement
mangel**

Psyche

emotionaler Streß



Ursachen für Muskelfunktionsstörungen

„Extramuskuläre Ursachen“

Die 7 Faktoren des Viszerosomatischen Segments

„5 Faktoren des Intervertebralforamen“

1. Vertebrale Läsion
 - a) motorische Ebene
 - b) vegetative Ebene
2. Neurolymphatischer Reflex
3. Neurovaskulärer Reflex
4. Duraspannung
5. assoziierter Akupunkturmeridian
6. Organbeziehung
(auch viszeral osteopathisch)
7. Nährstoffdysbalance

andere Faktoren

jede Form von systemischen Stress:
allergisch/toxische Belastungen
Herde
emotionaler Stress

Hautreflexe, kraniale Stressreflexe

„Intramuskuläre Ursachen“

Spindelzelle

Golgi-Sehnenapparat

Strain-Counterstrain-Läsion

Triggerpunkte

Faszien“verklebung“

Reaktive Muster
(Agonist-Antagonist-Dysbalance)



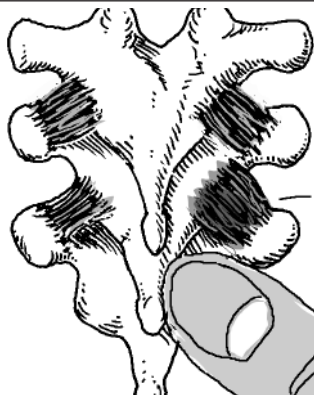
Vertebrale Läsion

(„Vertebrale Subluxation“, „Wirbelblockierung“, „segmentale Funktionsstörung“)

1. Palpation der Wirbel (paraspinös, Facetten, Dornfortsätze)

normoreaktiver Indikatormuskel

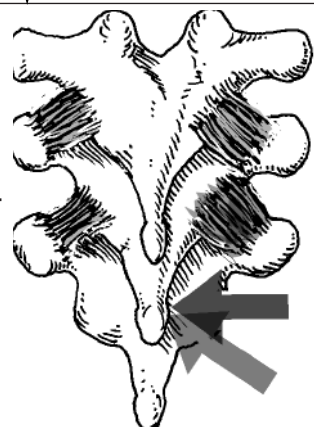
2. Therapie-lokalisierung des betroffenen Wirbels an Dornfortsatz oder Facette



dysreaktiver Indikatormuskel

normoreaktiver Indikatormuskel

3. Challenge: (nicht gehalten) den Dornfortsatz oder die Facette in alle drei räumliche Dimensionen drücken, loslassen; den Vektor finden, der zu einer eindeutigen Indikatorreaktion führt

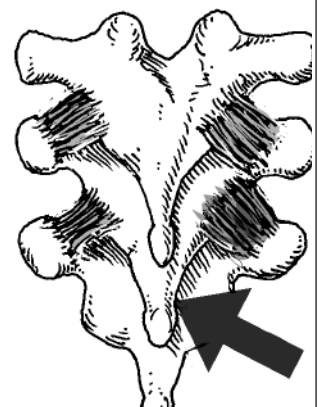


dysreaktiver Indikatormuskel

4. Atemphase suchen, die den vertebra- len Challenge neutralisiert:

Challenge wiederholen, während Patient die **Inspiration** hält; wenn dies den vertebra- len Challenge nicht aufhebt: Challenge wiederholen, während der Patient die **Expiration** hält

5. Therapie: Den Wirbel mobilisierend in die Richtung des positiven Challenge drücken während der Atemphase, die den Challenge negiert hat



6. TL und erneuter Challenge müssen jetzt negativ sein



Neurolymphatische Reflexe

Diese Reflexpunkte bzw. -zonen wurden in den 30-er Jahren von Chapman D.O. entdeckt, der beschrieb, dass diese Reflexe die Lymphdrainage und die Lymphzirkulation in zugordneten Organen förderte. 1965 stellte Goodheart die Muskel-Organbeziehungen her, so dass heute gesagt werden kann, dass die neurolymphatischen Reflexpunkte durch Verbesserung der Lymphzirkulation auch muskuläre Dysfunktion positiv beeinflussen.

Die neurolymphatischen Reflexpunkte liegen prinzipiell über den zugeordneten Organen auf der vorderen und hinteren Leibeswand. Auch am Hals und den Oberschenkeln sind NL-Reflexzonen zu finden.

Neurolymphatische Reflexpunkte sind in der Regel bei Behandlungsbedürftigkeit empfindlich, teilweise läßt sich eine Verquellung des subkutanen Gewebes tasten.

Mangelnde Lymphzirkulation bei toxischen Belastungen sowie Fehlfunktion (besonders der Fascien-Gleitschichten) der unter den Reflexen gelegenen Muskulatur führen zu der Behandlungsbedürftigkeit der entsprechenden Lymphreflexe. Jede Muskelfunktionsschwäche bei wiederholter Kontraktion (aerob) ist ein Hinweis auf mangelnde Lymphdrainage, die mit Hilfe der neurolymphatischen Reflexe behandelbar ist. Behandlungsbedürftigkeit wird mittels Palpation und TL festgestellt.

Die Behandlung besteht in einer kreisenden, relativ festen Massage des Punktes, die in der Regel 30 Sekunden dauern sollte. Die Schmerzhaftigkeit des Punktes sollte mit der Dauer der Massage allmählich nachlassen. Stimulationszeiten von mehreren Minuten können notwendig sein, eine Überstimulation sollte jedoch vermieden werden, da diese nicht nur unangenehm sondern auch dem Lymphfluss abträglich ist.

Die Therapielokalisation, die nach der Behandlung negativ ist, zeigt das Behandlungsende an.

Neurovaskuläre Reflexe

Der Gefäßfaktor steht für die sogenannten "neurovaskulären Reflexpunkte". Diese Reflexe wurden zuerst von Terrence Bennett, D.C. in den dreißiger Jahren als empirische Punkte beschrieben, die die Zirkulation in spezifischen Körperregionen und Organen beeinflussen konnten. Die Wirksamkeit dieser Punkte wurde inzwischen durch eine Studiengruppe um Raphael von Asche in Wien (persönliche Mitteilung) thermographisch bestätigt.

Heine (öffentlicher Vortrag) konnte nachweisen, dass enge Verbindungen zwischen dem Äußeren der Schädelkalotte und dem Zentralnervensystem über die epiploischen Gefäße bestehen. Es ist zu vermuten, dass die neurovaskulären Reflexe die Vasomotoren-Zentren im Hirnstamm beeinflussen.

Die Therapiebedürftigkeit der Reflexe wird über TL bestimmt. Die Therapie selbst besteht in einem leichten Zug der Haut, die über dem Reflexpunkt liegt. Der Kontakt wird solange gehalten, bis ein leichtes Pulsieren zu spüren ist. Dies ist nach ca. 20-30 Sekunden der Fall, bei bilateral angeordneten Punkten sollte idealerweise ein synchrones Pulsieren zu spüren sein.

Sollte die Pulsation nicht auftreten, ist zunächst die Richtung des Zuges zu verändern. Die Frequenz der Pulsation liegt zwischen etwa 70 und 74 pro Minute und wird nur geringfügig in Bezug zur Herzfrequenz des Patienten variieren. Teilweise benötigen die Punkte eine Behandlungsdauer von bis zu fünf Minuten.

Gerade dem Anfänger wird es teilweise schwerfallen, die Pulsation überhaupt zu spüren. Dann sollte am vermutlichen Ende der Behandlung geprüft werden, ob durch TL am vorher behandlungsbedürftigen Punkt ein Indikatormuskel weiterhin schwach wird. Ist die Therapielokalisation negativ geworden, so ist die Behandlung abgeschlossen.

Der kraniosakrale primär respiratorische Mechanismus

Die Schädelknochen sind durch verzahnte Gelenkflächen mit einem dazwischenliegenden interstitiellen Gewebe miteinander verbunden. Diese Verbindung ist nicht starr, sondern erlaubt lebenslang eine minimale Beweglichkeit der Schädelknochen gegeneinander.

Die Strukturen des Gehirns, der Dura mater und des Schädels folgen vier verschiedenen Rhythmen (sichtbar etwa bei Operationen am offenen Schädel und meßbar durch Meßfühler, wie sie an Primatenschädeln angebracht wurden):

1. Eine atemabhängige Pulsation von $f = \text{ca. } 14/\text{min}$.
2. Eine herzschlagabhängige Pulsation von $f = \text{ca. } 80/\text{min}$.
3. Eine atemunabhängige Pulsation von $f = 8-10/\text{min}$.
4. Ein langsamer wellenartiger Rhythmus.

Die beiden letzteren Pulsationen sind in ihrer Physiologie noch nicht geklärt; es gibt jedoch Hinweise, daß es sich um eine der Oligodendroglia immanente Pulsation handelt, die zum rhythmischen Fluß des Liquor cerebrospinalis führt.

Die Bewegung der Schädelknochen hat eine Hauptdrehachse: das Sphenobasilargelenk zwischen dem basilären Anteil des Occiput und dem Sphenoid (Abb.). Es handelt sich bei diesem Gelenk um eine Synchondrosis, wie etwa bei der Symphyse des Beckens. Bei der Bewegung in diesem Gelenk unterscheidet man eine Flexion (Aufwärtsbewegung) und eine Extension (Abwärtsbewegung) im Scheitel des Gelenks .

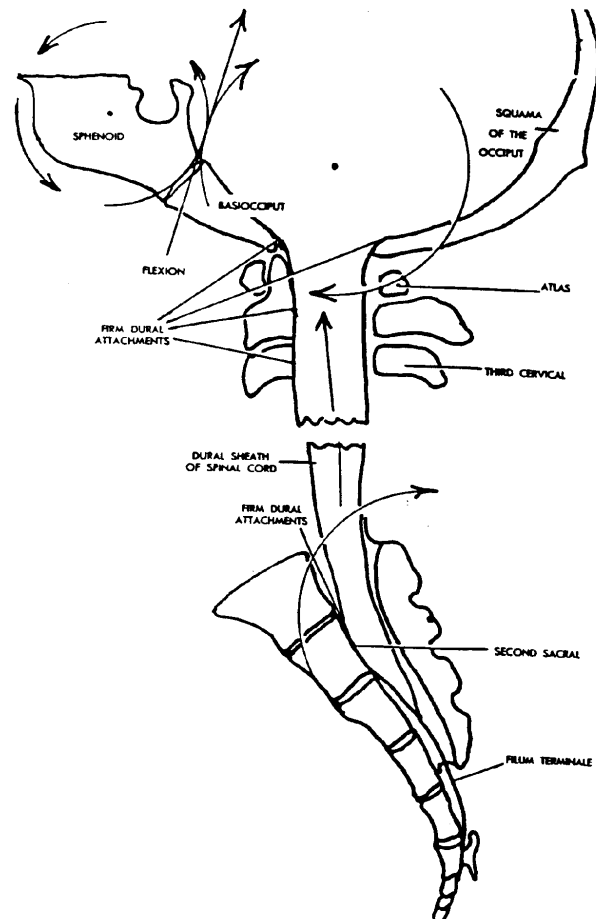
Die Aufwärtsbewegung wird verstärkt durch Inspiration, während die Abwärtsbewegung durch Expiration verstärkt wird.

Die unpaaren Knochen Ethmoideus und Vomer folgen dieser Bewegung durch ihre transversale Achse. Die paarigen Knochen des Schädels machen gleichzeitig eine ausklappende Bewegung mit der Flexion. Durch diese Bewegungen macht der Schädel folgende zyklische Verformung durch: Eine Verkürzung in Inspiration, eine Verlängerung in Expiration.

Mit der Flexion und Extension des Sphenobasilargelenks werden im Sinne von verzahnten Rädern eines Getriebes oder einer "geschlossenen kinematischen Kette" sämtliche Schädelknochen mitbewegt.

Die Dura mater ist die feste, undehnbare Struktur, die wie ein Übertragungsriemen die Bewegungen vom Sphenobasilargelenk und Sakrum synchronisiert: Fest angewachsen am Foramen magnum, sowie am zweiten und dritten Halswirbel, im Spinalkanal lose verlaufend, um dann am zweiten Sakralsegment erneut angewachsen zu sein.

Die Osteopathie unterscheidet nun eine Reihe von zwölf sogenannten cranial faults (Schädel Fehlern, die gekennzeichnet sind durch mangelnde Beweglichkeit unterschiedlicher knöcherner Strukturen des Schädels. Diese Schädelfehler führen zu Spannungszuständen der Dura mater, die sich durch die Aussackungen am Intervertebralforamen auf den segmentalen Nerv, der den Muskel versorgt, auswirkt und zu einer funktionellen Muskelschwäche führen kann (einer der "Fünf Faktoren des Intervertebralforamens").





Schnellmobilisation des kraniosakralen Systems

Dieses Verfahren kann immer dann, wenn ein respiratorischer Challenge positiv ist, durchgeführt werden, da die Mehrzahl aller kranialen Läsionen damit korrigiert werden können

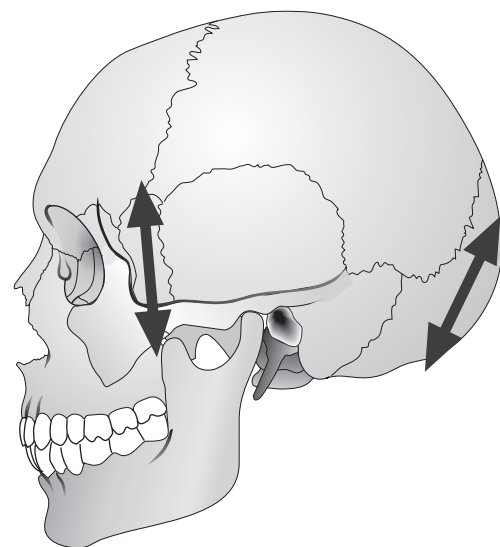
hyporeaktiver Muskel, hyperreaktiver Muskel

respiratorischer Challenge:
Inspiration oder Expiration

normoreaktiver Muskel

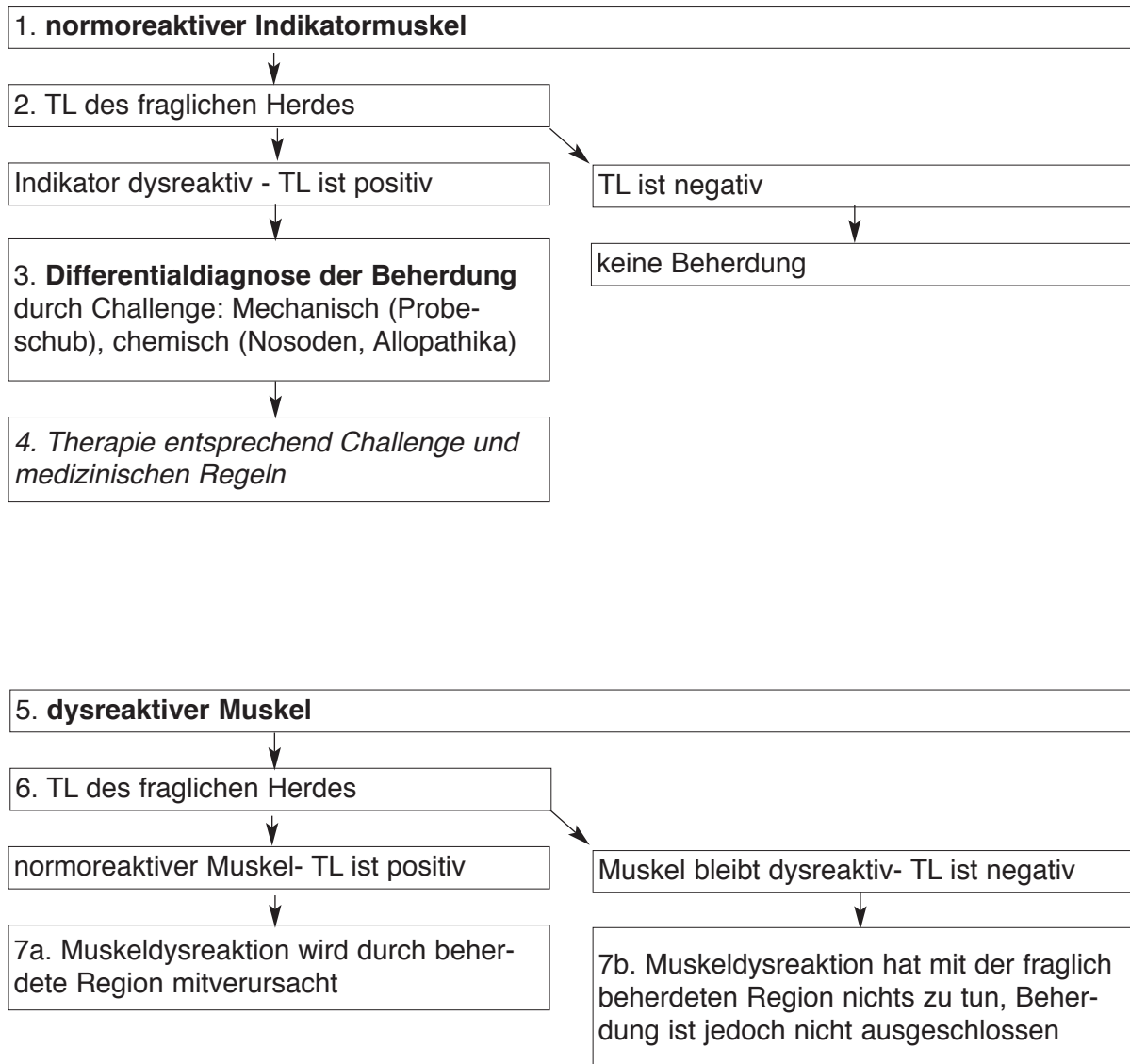
Korrektur der Sphenobasilären Synchondrose: manuelle Flexion der SBS, Inspiration, Dorsalextension der Füße, gefolgt von manuelle Extension der SBS, Expiration, Plantarflexion der Füße

Korrektur Sacrum: Manuelle Sakrumflexion (Spitze nach ventral) in Inspiration, Sakrumextension (Spitze nach dorsal) in Expiration





Herd-/Störfeldtest mit AK





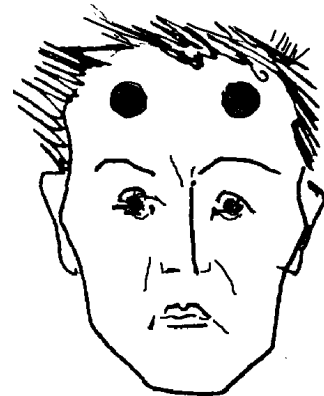
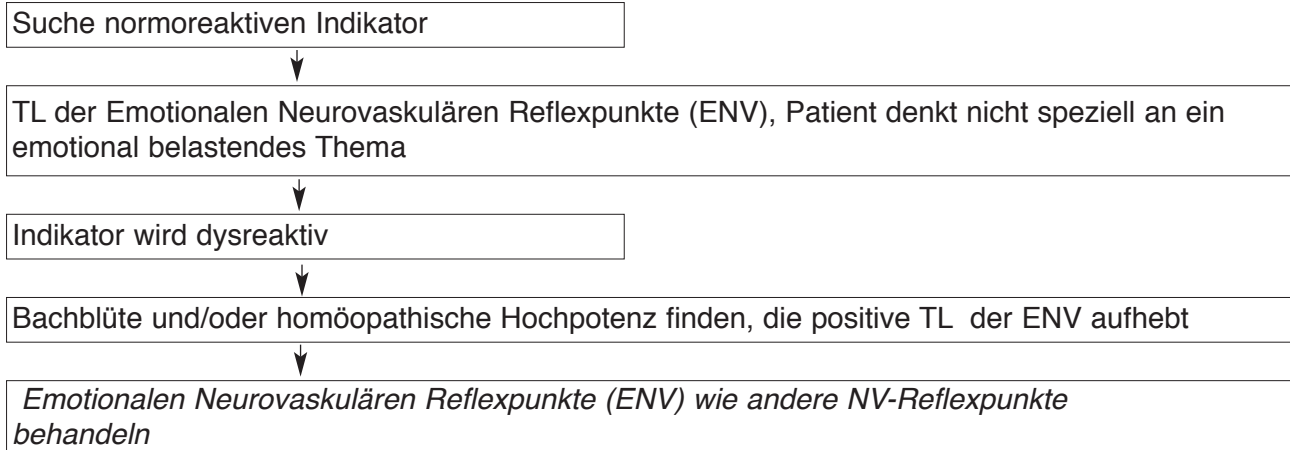
Screening: Herd, Allergie, Unverträglichkeit, Toxizität

Challenge	Typ	Bedeutung
1. TL Narben, Zähne, Organe, EAV-Punkte	dysreaktiv	Herdbelastung
2. Kufreihe Silberamalgam u. a. Schwermetalle DMSA, DMPS, EDTA	normoreaktiv	Schwermetall-Belastung
3. Candida- Antigen	dysreaktiv	Candidose
3.a. Nystatin, Candida D12 AC-Formula, Undecyn	normoreaktiv	Candidose
4. Parasiten:Furamide AP-Formula, Nosoden	normoreaktiv	Parasitose
5. Bakterielle Dysbiose Bakteriennosoden	normoreaktiv	bakterielle Dysbiose
6. Histamin D12, Vit. B 6	normoreaktiv	Nahrungsmittel-unverträglichkeit
6.a. Histidin	dysreaktiv	
7. Pankreozymin-Cholezystokinin	dysreaktiv	Nahrungsmittel-unverträglichkeit
7.a. Zink, Aprotinin, TL Thymus	normoreaktiv	
8. Kupfer	normoreaktiv	Nahrungsmittelunverträglichkt.
8.a. TL Leber	normo-/dysreaktiv	
9. TL NL Pectoralis minor	normo-/dysreaktiv	chemisch/toxische Belastung
10. Nichtsteroidale Antirheumatika	normoreaktiv	Prostaglandindysbalancen
11. TL Thymus	normo/dysreaktiv	immunologische Belastung

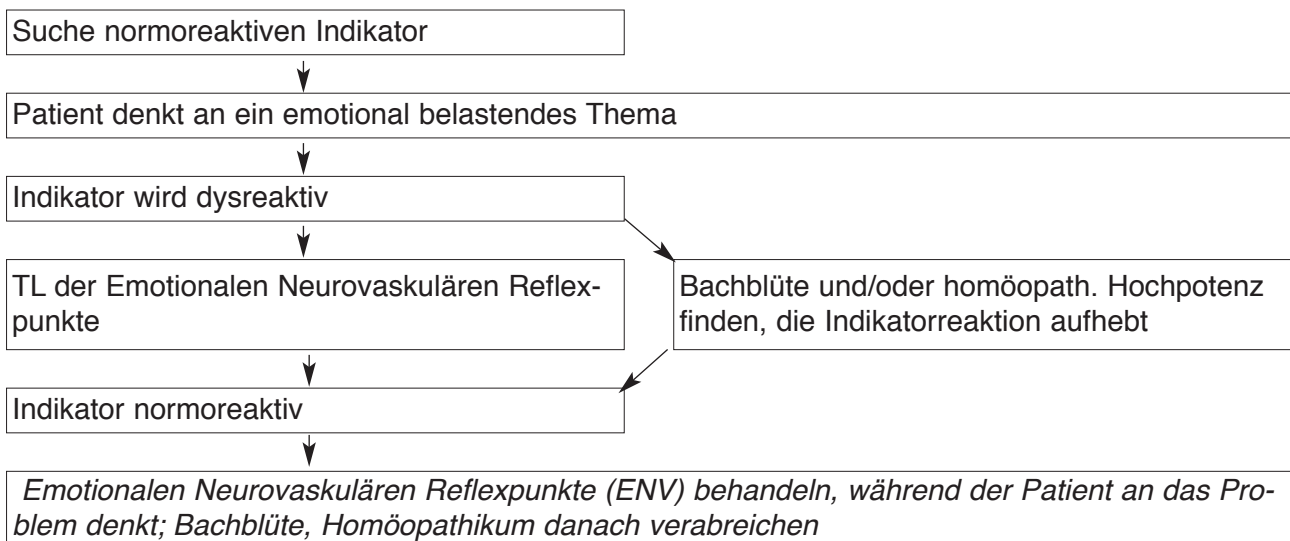


Emotionales Screening/Stress-Management

Hohe Prädominanz des Stressfaktors:



Geringere Prädominanz des Stressfaktors:



Literaturauswahl

- Cole JH, Furness AL, Twomey LT. *Muscles in Action*. Melbourne: Churchill Livingstone, 1988.
- Conable KM and Hanicke BT. Interexaminer agreement in applied kinesiology manual muscle testing. *Selected Papers of the International College of Applied Kinesiology* 1987.
- Daniels L, Worthingham C. *Muscle Testing*. Philadelphia: Saunders, 1986.
- DeJarnett MB. *Sacro Occipital Technique*. Nebraska, City: NE: privately published, 1979.
- Denslow, J. The central excitatory state associated with postural abnormalities. *Journal of Neurophysiology* 5, 393-402. 42.
- Dvorák J, Dvorák V. *Manuelle Medizin, Diagnostik*. 4 ed. Stuttgart: Thieme, 1991.
- Esposito, V., Leisman, G., and Frankenthal, Y. Non-force manual therapeutic effects on disc herniation. *Journal of Orthopedic Medicine*, 96.
- Eversaul, G. A. *Applied Kinesiology and the Treatment of TMJ Dysfunction*. 91. St.Louis, Ishiyaku EuroAmerican. *Clinical Management of Head, Neck, and TMJ Pain and Dysfunction*. Gelb, H.
- Feinstein, B. Experiments on pain referred from deep somatic tissues. *Journal of Bone and Joint Surgery* 36-A(5), 981-97. 54.
- Friedman, M. H. and Weisberg, J. Applied Kinesiology-double blind pilote study. *Journal of Prosthetic Dentistry* 45((3)), 321-323. 81.
- Frisch, H.: *Programmierte Untersuchung des Bewegungsapparates*, Springer, Berlin, 1995
- Garten, H. "Applied Kinesiology, die grundlegenden Techniken", Video-Commerz 1995, Vertrieb: VKM-Verlag, Nederlingerstr. 35,80638 München
- Gast AE and Bronks R. *Angewandte Kinesiologie: Eine Doppelblindstudie zur Bewertung der Muskel-Meridian-Beziehung*. *Krankengymnastik (KG)* 1994;46, No.8:1020-8.
- Gelb, H.: *Clinical Management of Head, Neck, and TMJ Pain and Dysfunction*, W.B. Saunders, Philadelphia, 1985
- Gelb, H.: *New Concepts in Craniomandibular and Chronic Pain Management*, Mosby-Wolfe, Barcelona, 1994
- Gerz, W.: *Lehrbuch der Applied Kinesiology (AK)*, AKSE Verlag, München, 1996
- Goodheart G. *Collected Published Articles and Reprints*. 1 ed. Detroit: Privately published, 1969.
- Goodheart G. *You'll be Better*. Detroit: Privately published, 1988.
- Grossi JA. Effects Of An Applied Kinesiology Technique On Quadriceps Femoris Muscle Isometric Strength. *Physical Therapy* 1981;61:1011-116.
- Hass, M., Peterson, D., Hoyer, D., and Ross, G. Muscle testing response to vertebral challenge and spinal manipulation: a randomized controlled trial of construct validity. *Journal of Manipulative and Physiologic Therapeutics* 17((3)), 141-148. 94.
- Hass, M., Peterson, D., Hoyer, D., and Ross, G. The reliability of muscle testing response to a provocative vertebral challenge. *Journal of Manipulative and Physiologic Therapeutics* 5((3)), 95-100. 93.
- Heine H. *Lehrbuch der biologischen Medizin*. Stuttgart : Hippokrates, 1991.
- Hsieh, C. Y. and Phillips, R. B. Reliability of manual muscle testing with a computerized dynamometer. *Journal of Manipulative and Physiologic Therapeutics* 13((2)), 72-81. 90.
- Jacobs GE. *Applied Kinesiology: An Experimental Evaluation by Double Blind Methodology*. *Journal of Manipulative and Physiologic Therapeutics* 1981;4:141-5.
- Jacobs GE, Franks TL, and Gilman PH. Diagnosis of thyroid dysfunction: applied kinesiology compared to clinical observation and laboratory tests. *Journal of Manipulative and Physiologic Therapeutics* 1984;7:99-104.
- Janda V. *Manuelle Muskelfunktionsdiagnostik*. 3 ed. Berlin: Ullstein-Mosby, 1994.
- Janda V. *Muscles and Cervicogenic Pain Syndroms*. In: Grant R, ed. *Physical Therapy of the Cervical and Thoracic Spine*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1988:153-66.
- Janda V. *Propriozeption der Muskulatur und Modulation des Muskeltonus*, Vortrag in Munster, Juni 1992. SMIMM-Literatursammlung 1993;4-29.

- Kendall F, Kendall E. Muscle-Testing and Function. 3 ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1983.
- Kenny JJ, Clemens R, and Forsythe KD. Applied kinesiology unreliable for assessing nutrient status. Journal of the American Dietetic Association 1988;88:698-704.
- Lawson, A. and Calderon, L. Interexaminer agreement for applied kinesiology manual muscle testing. Perceptual and Motor Skills 84, 539-546. 97.
- Leaf D. Nutrient testing evaluation. Selected Papers of the International College of Applied Kinesiology 1985.
- Leaf D. A Validation Study on the Effects of Music on the Muscle Strength of the Body. Proceedings of Summer Meeting, International College of Applied Kinesiology, Detroit 1979.
- Leisman, G. Cybernetic model of psychophysiological pathways: II Consciousness of tension and kinesiology. Journal of Manipulative and Physiologic Therapeutics 12(3), 174-191. 89.
- Leisman, G. The relationship between saccadic eye movements and the alpha rhythm in attentionally handicapped patients. Neurophysiologia 12, 209-218. 74.
- Leisman, G. The role of visual processes in attention and its disorders. 76. Springfield, Il, Charles C. Thomas. Basic Visual Processes and Learning Disability. Leisman, G.
- Leisman G, Ferentz A, Tesfara T, Zemcov A, and Zenhausen R. Electromyographic effects of fatigue and task repetition on the validity of strong and weak muscles estimates in applied kinesiological muscle testing procedures. Perceptual and Motor Skills 1995;80:963-77.
- Leisman G, Shambaugh P, and Ferentz A. Somatosensory evoked potential changes during muscle testing. International Journal of Neuroscience 1989;45:143-51.
- Motyka, T. M. and Yanuck, S. F. Expanding the neurological examination using functional neurological assessment Part I. International Journal of Neuroscience 97(1-2). 98.
- Nicholas JA, Melvin M, and Saraniti AJ. Neurophysiologic inhibition of strength following tactile stimulation of the skin. American Journal of Sports Medicine 1980;8.
- O'Connel AL, Gardner EB. Understanding the Scientific Basis of Human Motion. Baltimore: The Williams & Wilkins Co., 1972.
- Perot C, Goubel F, and Meldener R. Quantification of the inhibition of muscular strength following the application of a chiropractic maneuver. J.Biophysique et de Biomecanique 1986;32:310-6.
- Peterson, K. B. A preliminary inquiry into manual muscle testing response in phobic and control subjects exposed to threatening stimuli. Journal of Manipulative and Physiologic Therapeutics 19((5)), 310-316. 96.
- Pischinger A. Das System der Grundregulation.Grundlagen für eine ganzheitsbiologische Theorie für Medizin. 4.ed. Heidelberg: Haug, 1975.
- Rybeck CH and Swenson R. The effect of oral administration of refined sugar on muscle strength. Journal of Manipulative and Physiologic Therapeutics 1980;3:155-61.
- Schmitt, W. H. and Leisman, G. Correlation of applied kinesiology muscle testing findings with serum immunoglobulin levels for food allergies. International Journal of Neuroscience 96(3-4), 237-244. 98.
- Schmitt, W. H. Jr and Yanuck, S. F. Expanding the neurological examination using functional neurological assessment part II. International Journal of Neuroscience 97(1-2). 98. .
- Sutherland WG. The Cranial Bowl.Mankato: Free Press Co., 1939.
- Triano J and Davis BP. Reactive muscles:reciprocal and crossed reciprocal innervation phenomenon. Proceedings of the Seventh Annual Biomechanic Conference on the Spine,University of Colorado at Boulder 1976.
- Triano JJ. Muscle strength testing as a diagnostic screen for supplemental nutrition therapy:a blind study. Journal of Manipulative and Physiologic Therapeutics 1982;5:179-82.
- Upledger JE. Craniosacral Therapy. 9 ed. Seattle: Eastland Press, 1990.
- Upledger, J. E. Craniosacral Therapy II. 89. Seattle, Eastland Press.
- Walther DS. Applied Kinesiology, Synopsis. 275,West Abriendo Av., Pueblo,Colorado 81004: Systems D.C., 1988.
- Walther, D. S. Applied Kinesiology, Synopsis. 275,West Abriendo Av., Pueblo,Colorado 81004:, Systems DC., 2000.
- Walther DS. Applied Kinesiology Vol.I. Pueblo,Colorado: Systems D.C.,275,West Abriendo Av., 1972.
- Walther DS. Applied Kinesiology Vol.II. Pueblo, Colorado 81004: Systems D.C.,275,West Abriendo Av., 1972.