

# 1 Geschichte der Massage



## LERNZIELE

- Überblick über die historische und heutige Sichtweise der Massage
- Entwicklung der Massage vom Altertum bis zur Gegenwart

Die Massage als wahrscheinlich älteste Heilkunst der Erde, gilt auch als Urform der Behandlung verschiedenster Erkrankungen. Jeder von uns hat sie bereits oftmals eingesetzt, ohne dabei speziell an Massage zu denken: Schmerzhaft Körperbereiche werden intuitiv gedrückt oder mit der Hand gestrichen, um eine Linderung der Beschwerden zu erreichen. Heute hat die Massage ihren festen Platz in der Medizin und dient sowohl der Prävention als auch der Therapie verschiedenster Erkrankungen.



## MEMO

### Massage

Die Ursprünge des Wortes Massage finden sich sowohl im Griechischen (massein = kneten), im Hebräischen (massa = betasten) als auch im Arabischen, hier bedeutet „massah“ so viel wie reiben oder streichen.

## 1.1 Die Alte Zeit

Die meisten alten Kulturen praktizierten ihre eigene Art von Massage: Ab 500 v. Chr. beschrieben Griechen, Japaner, Ägypter, Perser, Römer und andere alte Völker massage-ähnliche Techniken, oft in ritueller Form und meist in Kombination mit Ölen und Kräutern.

Die ältesten Wurzeln reichen nach China. Hier wurde bereits im Jahr 2700 v. Chr. die Massage als eine der vier klassischen medizinischen Behandlungsformen in der Chinesischen Medizin beschrieben. Sie diente der Krankheitsvorbeugung durch eine gesunde Lebensführung und der Steigerung des Wohlbefindens.

Im Jahre 1800 v. Chr. trat die Massage in Form von Ölmassagen als Bestandteil der Ayurvedischen Heilkunst im Nordwesten Indiens auf.

Der griechische Arzt Hippokrates (460-377 v. Chr.), bekannt als der „Vater der Medizin“, beschrieb die Massage als die Kunst des Streichens. Er war der Auffassung, dass jeder Arzt die Massage beherrschen muss und schrieb dazu ca. 400 v. Chr.: „Der Arzt muss viele Dinge beherrschen, in jedem Falle (sicher) aber das Reiben.“ Hippokrates verwendete den Begriff Anatrepsis, der später als Friktion (= Reiben) übersetzt wurde (griech. anatrepsis = Umsturz, Zerstörung).

Mehr als 500 Jahre später beschrieb sein Landsmann Galenos (= Galen, um 129-199 n. Chr.), der in Pergamon als Gladiatorenarzt praktizierte, die Anwendung der Klassischen Massage bei Athleten. Er unterschied bereits 18 verschiedene Arten von Massage. Bevor griechische Athleten an den Olympischen Spielen teilnehmen konnten, unterzogen sie sich einer Massagebehandlung, ebenso im Anschluss an die Wettkämpfe. Dies war nichts anderes als eine frühe Form der heutigen Sportmassage (s. S. 451).

Von den Griechen aus kam die Massage zu den Römern. Auch Julius Caesar ließ sich täglich behandeln, um seine Kopfschmerzen und Neuralgien zu mildern und epileptischen Anfällen vorzubeugen.

## 1.2 Das Mittelalter

Im Mittelalter wurde die Massage als Heilmethode zunehmend populärer, allerdings verband man mit ihr gleichzeitig den Gedanken des Übernatürlichen. Der kirchliche Glaube sah die Heilkraft durch Massage als teuflische Kraft an, und nicht wenige Heilkundige, die diese Praktiken anwendeten, wurden hingerichtet.

Erst im 16. Jahrhundert erlangte die Massage wieder Anerkennung durch den französischen Chirurgen Ambroise Paré (1517-1590). Dieser wendete verschiedene Massagetechniken an, um nach Operationen eine bessere Wundheilung zu erzielen. Damit war er so erfolgreich, dass er zum Hofarzt von vier Königen ernannt wurde.

Noch heute wird an der Vielzahl der französischen Begriffe in der Massagetherapie wie z. B. Effleuragen (Streichungen), Pétrissagen (Knetungen) und Tapotagen (Klopfungen) der französische Einfluss sichtbar.

## 1.3 Die Neuzeit

Die Anerkennung der Massage durch die Schulmedizin erreichte der schwedische Gymnastiklehrer Per Henrik Ling (1776-1839). Er erlernte verschiedene Massagetechniken und experimentierte ständig weiter. Unter Einbeziehung seiner eigenen Erfahrungen mit gymnastischen Übungen erschuf er die so genannte Schwedische Massage, deren Grundtechniken heute noch Gültigkeit besitzen. Mit der Gründung des Zentralinstituts für Gymnastik in Stockholm (1813) wurden die Schweden Vorreiter für die Ausbildung von therapeutischen Massagetechniken in ganz Europa.

Ungefähr zur gleichen Zeit begannen auch wissenschaftliche Untersuchungen zu den Wirkprinzipien der Massage.

1856 wurden die schwedischen Massagetechniken durch die Brüder Charles F. und George H. Taylor in die USA gebracht. Anschließend veröffentlichte Dr. John Harvey Kellogg (1852-1943) mehrere Artikel und Bücher über Massage und Hydrotherapie.

Albert Hoffa (1859-1907) veröffentlichte 1893 ein Buch für Ärzte, in dem er die fünf Handgriffe: Streichen, Klopfen, Kneten, Reiben und Erschütterungen in übersichtlicher Form zusammenstellte. Dieses Werk mit dem Titel „Technik der Massage“ wurde ein Standardwerk und erschien später in weiteren Auflagen, jeweils herausgegeben von seinen Nachfolgern H. Gocht (1925), H. Storck (1937) und H. J. Lüdke (1966).

Sigmund Freud (1856-1936) untersuchte 1895 in einer Studie den Nutzen von Massage in der Behandlung von neurotischer Hysterie.

1914 erschien von A. Müller das „Lehrbuch der Massage“. Damit begann man, die Massage nicht nur als eine bloße Behandlungstechnik anzusehen, sondern sie zu einer medizinischen Spezialwissenschaft zu erklären. Für Müller war insbesondere der Hypertonus eine Erkrankung, deren „wahrhaft spezielle Behandlungsweise“ die Massage war (Haman, 1980).

Ebenfalls ein Vorläufer der heutigen Spezialmassagemethoden war F. Hartmann. Er untersuchte in den zwanziger Jahren die Gelosen der Körperdecke und beschrieb deren Auswirkungen auf verschiedene Organe und Dermatome. Für ihn war es ein Kunstfehler, die Gelosen der Körperdecke nicht mit Massage zu behandeln.

Auch M. Lange beschäftigte sich mit der Entstehung und Heilung der Gelosen. Seine Art der Be-

handlung bestand in der so genannten Gelotripsie, d. h. dem Zerdrücken der Verhärtungen mit Hilfe der Fingerkuppen oder der Knöchel.

Die Entstehung der Spezialmassagemethoden schritt voran und es bildeten sich verschiedene Schulen mit unterschiedlichen Methoden und Techniken.

Um 1920 entwickelte die deutsche Physiotherapeutin Elisabeth Dicke in Zusammenarbeit mit H. Teirich-Leube die Bindegewebsmassage; ungefähr zur gleichen Zeit arbeiteten der Däne Emil Vodder und seine Frau an einer neuen Technik, die eine leichte Massage entlang der oberflächlichen Lymphwege darstellte. Diese Technik wird heute noch praktiziert und als manuelle Lymphdrainage bezeichnet.

1942 veröffentlichten Dicke und Leube eine Darstellung über die Massage reflektorischer Zonen im Bindegewebe, fünf Jahre später folgte J. v. Puttkamer mit Berichten über die Beeinflussung von Organen durch Massage. 1953 beschrieben Vogler und Krauss ihre Methode der Periostbehandlung als eine weitere Spezialmethode in der Massage.

Seit den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts stieg die Akzeptanz der Massage als Therapieform verschiedenster Erkrankungen stetig an, nicht zuletzt aufgrund der Ausweitung der Untersuchungen über die Effekte der Massage. So eröffnete 1991 an der Universität von Miami das Touch Research Institute unter der Leitung von Dr. Tiffany Field. Dies ermöglichte die Durchführung von zahlreichen Studien zu den Wirkprinzipien der Massage, ganz besonders im Bereich der Schmerzhemmung.

### Streichungen

In der Zervikalregion können Längsstreichungen und halbkreisförmige Streichungen durchgeführt werden.

#### Längsstreichungen



1

Die Längsstreichungen beginnen im Bereich der BWS, enden am Muskelansatz direkt unterhalb der Linea nuchae. Die Hände gleiten mit flächigem Kontakt beidseits paravertebral nach kranial.



2

Die Fingerspitzen gleiten beidseits paramedian auf den M. erector trunci bis zu den Brustwirbeln zurück. Dort angekommen streichen die Hände wieder nach oben bis zum Ansatz der Muskeln unterhalb der Linea nuchae.

#### Kreisförmige Streichungen (halbseitig)



1

Beide Hände beschreiben kreisförmige Streichungen in der Zervikalregion. Die untere Hand erfasst zusätzlich noch die obere Trapeziusregion. Sie führt kleine Kreise im Bereich der zervikalen Halsregion aus.



2

Beide Hände führen so parallel verschoben kleine kreisende Bewegungen aus. Bei kontinuierlicher Durchführung entsteht daraus eine fließende Bewegung.

## Knetungen

Im Bereich der Zervikalregion erfassen die Knetungen den oberen Anteil des M. erector trunci sowie den oberen Anteil des M. trapezius (Pars descendens). Von

vorne können der M. sternocleidomastoideus sowie die supra- und infrahyoidale Muskulatur erreicht werden.

### Längsknetungen des M. erector trunci



Beide Hände umfassen flächig die Muskeln im Nackenbereich. Die Muskeln werden wechselseitig mit der einen Hand gedrückt und an die andere Hand „weitergereicht“. So entsteht ein wechselnder Druck auf die Nackenmuskulatur.

### Knetungen des M. sternocleidomastoideus



Die Knetung des M. sternocleidomastoideus erfolgt zwischen Daumen, -ballen und der radialen Seite der Zeigefinger. Der Muskel wird so gleichzeitig auf beiden Seiten zwischen Daumen und Zeigefingern intermittierend gepresst.

### Knetungen der suprahyoidalen Muskeln



Bei entsprechendem Palpationsbefund der suprahyoidalen Muskeln werden diese mit den Kuppen von Zeige-, Mittel- und Ringfinger vorsichtig intermittierend komprimiert.

### Knetungen der infrahyoidalen Muskeln



Bei Verspannungen oder hypertonen infrahyoidalen Muskeln werden diese mit Daumen und Mittelfingerkuppe vorsichtig in kranialer Richtung intermittierend komprimiert.

Weitere Möglichkeiten der Streichungen bestehen in V-förmigen Streichungen des gesamten Brustraums

und in gezielten Streichungen der Intercostalräume mit den Fingerspitzen oder Fingerkuppen.

### Längsstreichungen im Thoraxbereich



1

Die Hände des Therapeuten liegen paramedian unterhalb der Rippenbögen. Beide Hände haben flächigen Kontakt.



2

Aus dieser Position werden V-förmige Streichungen über den gesamten Brustkorb durchgeführt.

### Ausstreichungen der Intercostalräume



1

Die Fingerkuppen der rechten Hand kontaktieren parasternal die Intercostalräume.



2

Mit beschwerter Hand gleiten die Fingerkuppen entlang der Intercostalräume.

## Knetungen

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die Brustmuskulatur (den *M. pectoralis major* und *minor* sowie den

*M. subclavius*) zu kneten. Es können Querknetungen zwischen Daumen, Thenar und Finger sowie flächige Knetungen verabreicht werden.

### Querknetungen des *M. pectoralis major*



1

Die rechte Hand des Therapeuten schiebt mit Daumen und Thenar den Muskel gegen die Finger der linken Hand.



2

In der zweiten Phase wechseln die Hände. Nun schiebt die linke Hand mit Daumen und Thenar den Muskel quer zum Faserverlauf gegen die Finger der rechten Hand. Hintereinander durchgeführt entsteht eine wechselseitige, quer zum Faserverlauf gerichtete Knetung.

### Flächige Knetungen des *M. pectoralis*



Die Knetung des abdominalen Anteils des *M. pectoralis* erfolgt mit flacher und beschwerter Hand. Der Muskel wird hierbei intermittierend gegen die knöchernen Unterlage, den Brustkorb gepresst.

### Knetungen des *M. subclavius*



Der *M. subclavius* kann unmittelbar unter der Clavicula mit den Fingerspitzen flächig geknetet werden. Um einen entsprechenden Druck auszuüben, kann die massierende Hand durch die zweite Hand beschwert werden.

## Querfriktionen

Im Bereich des Fußes werden Querfriktionen an folgenden Strukturen dargestellt:

Achillessehne:

- M. tibialis anterior
- M. tibialis posterior
- Lig. talofibulare anterior
- Lig. calcaneofibulare

Am häufigsten sind Beschwerden in der Achillessehne. Nicht selten bestehen degenerative Veränderungen, die belastungsabhängige Beschwerden hervorrufen und die Rupturen der Sehne vorangehen. Sportbedingte Fehl- und Überbelastungen führen ebenfalls häufig zu chronischen Problemen. Belastungsabhängige Schmerzen der Achillessehne werden unter dem Begriff Allodynie zusammengefasst: für die Betroffenen oft ein erhebliches, die Lebensqualität einschränkendes Problem, für den Therapeuten im Gegensatz dazu häufig eine Verlegenheitsdiagnose. Trotz massiver und anhaltender Beschwerden findet man mit Hilfe der apparativen Diagnostik (Ultraschall, Röntgen, Tomographie) oft keinen pathologischen Befund.

Wenn sich palpatorisch die Beschwerden im Bereich der Achillessehne lokalisieren lassen, lohnt sich eine Behandlungsserie mit Querfriktionen. Bei akuten Beschwerden werden kurze Behandlungseinheiten mit einer Behandlungsdauer von 2–3 Minuten und bei chronischen Insertionstendopathien von 15–20 Minuten durchgeführt.

Die genaue Beschreibung der Querfriktionen findet sich auf Seite 113.



### VORSICHT

#### Kontraindikation Bursitis

Hinter einer Achillodynie kann sich eine akute oder chronische Bursitis verbergen. Typisch für eine akute Bursitis ist der Bursitis-Klopfschmerz: leichtes Beklopfen des Bursabereichs führt zu heftigen Schmerzen. Bei Vorliegen einer Bursitis sind Querfriktionen kontraindiziert. Hier helfen eher Injektionen in die Bursa weiter.

### Achillessehne, Ansatz



- 1 Achillessehne      2 Tuber calcanei  
L: Bauchlage, Fuß in leichter Plantarflexion  
H: Der Therapeut hakt sich mit den Zeigefingern beider Hände von proximal am Tuber calcanei ein.



- L: Der Therapeut bewegt die Zeigefinger mit Druck nach plantar von tibial nach fibular, oder umgekehrt, über den Ansatz der Achillessehne.

Wenn der M. tibialis anterior im Bereich seines Ursprungs an der Schienbeinkante schmerzhaft ist, so können auch hier flächige Querfriktionen ausgeführt

werden. Bei der Anwendung von Querfriktionen, hier am M. tibialis posterior, hinter dem Malleolus medialis, darf der N. tibialis nicht irritiert werden.

### M. tibialis anterior, Ansatz



- L: Rückenlage, Fuß in leichter Plantarflexion  
 H: Der Therapeut legt den linken, durch den Mittelfinger beschwerten Zeigefinger im Bereich des Gelenkspalts zwischen dem Os cuneiforme mediale und dem Os metatarsale I von plantar gegen den Ansatz des M. tibialis anterior.



- B: Der Therapeut bewegt den durch den Mittelfinger beschwerten Zeigefinger mit Druck von proximal nach distal über den Ansatz der Sehne des M. tibialis anterior.

### M. tibialis posterior



- 1 M. tibialis posterior    ▲ Ansatz des Muskels  
 L: Rücken, Fuß leicht in Pronation  
 H: Der Therapeut legt seinen rechten Zeigefinger flächig von posterior gegen den Malleolus medialis. Er beschwert den Zeigefinger mit seinem Mittelfinger.



- B: Der Therapeut bewegt nun den durch den Zeigefinger beschwerten Mittelfinger durch Supination mit Druck von posterior nach anterior über die Sehne des M. tibialis posterior.