



„Tinnitus oder alles nur Schwindel?“

*„Für Menschen, die nie in Narnia waren, ist es schwer zu verstehen,
dass Dinge zur gleichen Zeit richtig und auch falsch sein können.“*

(C.S. Lewis)

Physiotalk Ausgabe 12; März 2017 / Beitrag von Bernhard Voss; Hamburg

DMOH (Zertifikat Osteopathie)

Gestaltpsychotherapeut und Heilpraktiker

Es ist Montagmorgen.

Meine Kollegin Simone Schwartz ruft zwischen zwei Klienten aus der Praxis an und fragt ganz unschuldig: „Kannst Du mal bitte ein, zwei Seiten zu unserem Seminar „Schwindel & Tinnitus“ in Berlin und Heidelberg schreiben? Wir bräuchten das fürs Internet“.

Ok, denk ich. Das krieg ich hin. Auch wenn Schreiben nicht gerade mein liebstes Hobby ist. Es soll mal wieder eben „nur“ ein kurzer Artikel sein. Also mach ich den Laptop auf und liefere einige Tage später stolz meine Zeilen ab...und wartete auf Lob. Sie hat neben ihren therapeutischen Fähigkeiten die Gabe, Rechtschreibungsdreher zu entdecken, Kommata intuitiv hier und da einzufliegen und wahrscheinlich noch sehr viel mehr erkennen und korrigieren zu können. Hinzu kommt, dass es immer wieder toll ist, von ihr ganz unmittelbar positives Feedback zu erfahren. Genauso kam es dann auch. („Ähem...was soll das nun? Zwei Seiten war das Briefing...das sind neun? Das liest doch kein Mensch im Zeitalter von allgemeinem E-Mail-Flut- und Informationswahns.“). Meine verlegen gebrummelten Entschuldigungen („Das ist halt ein komplexes Thema, noch weniger geht nicht, ich hab ja schon so fast nix gesagt...“) verhallten im Wind. Sie strahlte mich mit der freudigen Gewissheit an, dass Menschen eben nun mal nur die Zeit haben, maximal 2-3 Seiten zu lesen. Wat nu?

Es folgt - in weisem „Kompromiss der Geschlechter“ - hier nun eine Übersicht über die nächsten neun Seiten. Der geneigte Leser kann sich dann das raus picken, was individuell hoffentlich hilfreich ist:

- | | |
|--|--------------|
| ✓ Volkskrankheit Tinnitus und Schwindel. | S. 2 |
| ✓ Ohne Arzt geht nix. | S. 3 |
| ✓ Jenseits des Cortisons. Patientengeschichten. | S. 4 |
| ✓ Fragen Sie nach. Wenden Sie sich der Geschichte des Patienten zu. | S. 6 |
| ✓ Psychodynamik: Die Geschichte hinter den Geschichten. | S. 8 |
| ✓ Das Seminar Tinnitus und Schwindel. | S. 9 |
| ✓ Termine 2017/2018 | S. 10 |

Viel Freude beim Scrollen.



VOLKSKRANKHEITEN TINNITUS UND SCHWINDEL

Tinnitus und Schwindel entwickeln sich zu einer Volkskrankheit. Inzwischen kennt laut einer AOK Studie aus dem Jahr 2012 bereits jeder 7. Deutsche das Phänomen Tinnitus aus eigener, leidvoller Erfahrung. Das sind knapp 15 Prozent der Gesamtbevölkerung. Der Beginn liegt meist zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr. Frauen betrifft Tinnitus etwas häufiger als Männer. 2-3% der Patienten erleben ihre Ohrgeräusche als massive Lebenseinschränkung. Alle anderen leben damit mehr schlecht als recht. Mindestens 50% der Tinnitus-Symptome bleiben idiopathisch (Steffens, 1996). Diskutiert werden hier mangelnde Inhibition im Hirnstammbereich (Nucleus cochlearis dorsalis), bedingt durch somatosensitive Einflüsse aus dem craniocervicalen Bereich, dem N. Trigemini und den Kiefergelenken (Somatic Tinnitus, Levine, 1999).

Das „Klingeln der Ohren“ kennen allerdings auch Menschen, die nicht an störenden Ohrgeräuschen leiden. Über 90% von untersuchten symptomfreien Probanden erlebten Ohrgeräusche, wenn sie sich in einem schallisolierten Raum befanden (Heller, 1953). Es gibt also tatsächlich einen „Sound of Silence“ und die meisten haben das Rauschen der Stille schon einmal gehört

Schwindelgefühle kennen - laut des Deutschen Ärzteblatts - etwa 20-30% der deutschen Bevölkerung. Schwindel gilt als eines der häufigsten Leitsymptome. Schwindel ist ein Sinneskonflikt aus *visuellem* (Augen), *propriozeptiven* (Fußsohlen) und *vestibulären* Informationen. Dabei wird häufig vergessen, dass Schwindel zunächst etwas Positives ist und unser Überleben sichert. Stellen Sie sich vor, Sie stehen an einem steilen Abgrund oder am Rand einer Klippe. Die Füße spüren dabei festen Grund, die Augen sehen Tiefe oder Unendlichkeit. Senden Augen und Füße unterschiedliche Informationen an das Gehirn, entsteht ein physiologischer Schwindel, der uns am Weitergehen hindert. Die meisten kennen das Phänomen, wenn sie sehr nahe an einem zu niedrigen Geländer stehen und in die Tiefe schauen. Kletterparks machen sich dieses Zusammenspiel aus Gleichgewichtsorgan, Füßen und Augen zu Nutze, um ein angenehmes Kribbeln zu verursachen. Schwindel ist also zunächst ein gesundes Warnsignal des Körpers. Wenn wir allerdings nicht am Rande eines Abgrundes stehen, ist er mehr als störend und auch gefährlich. Hier fällt die Überleitung zur Psychodynamik des Schwindels leicht. Dazu kommen wir etwas später.

Zunächst gibt es genügend somatische Ursachen für Schwindelanfälle. (Wir lassen bei dieser Betrachtungsweise mal für einen Moment den Gedanken beiseite, dass Körper und Psyche spiegelgleich funktionieren und das eine ohne das andere gar nicht denkbar ist. Physiotherapie und Psychotherapie zielen beide auf Entspannung des Klienten. Die Werkzeuge sind verschieden, das Ziel jedoch ist immer gleich.)

Die somatische Untersuchung von Schwindel bezieht die Form und Begleitsymptome (wenn vorhanden) mit ein. Dazu gehören:



Die **Art des Schwindels** (anfallsweise oder dauerhaft), die **Dauer**, die **Auslösbarkeit** und die **Verstärkung** und **Begleitsymptome** (Hörminderung, Übelkeiten, Schluck-Sprechstörungen etc.) sind dabei **wesentliche Diagnosemittel zur Schwindeldifferenzierung**. 90% des Schwindels bleibt jedoch trotz bester ärztlicher Untersuchung idiopathisch.

Beiden Symptomen gemein ist, dass sie eben multisensorische und sensomotorische Symptome sind, aber eben keine eigenständigen Krankheitseinheiten. Anders formuliert deuten Tinnitus und Schwindel zwar auf psychosomatische Dysfunktionen hin, die Ursache oder osteopathisch gesprochen „primäre Dysfunktion“ bleibt häufig im Dunkeln. Bevor die Patienten zu uns in die Praxis kommen, haben sie häufig eine Arzt- und Therapeuten-Odyssee hinter sich. Da die Leitsymptome verschieden interpretiert werden können, gibt es häufig sich überlappende Diagnosen von HNO Ärzten, Neurologen, Augenärzten, Orthopäden etc.

Schließlich sitzt der leidgeplagte Patient vor uns und nicht selten sind wir nach fehlgeschlagenen Durchblutungs- und Cortisontherapien die letzte Hoffnung.

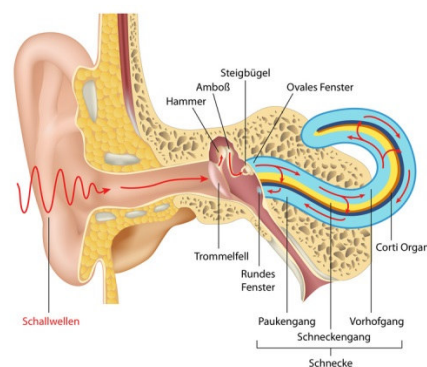
Was also tun?

OHNE ARZT GEHT NICHTS

Falls nicht vom Arzt geschickt, empfiehlt sich bei Tinnitus und Schwindelsymptomen dringend eine eingehende ärztliche Untersuchung. Physiotherapeutische oder osteopathische „Schnellschüsse“ (das kommt vom Becken, das liegt am Kiefer etc.) sind ohne ärztliche Absicherung nicht nur abenteuerlich, sondern auch potenziell gefährlich. Ich möchte hier nur einige mögliche Ursachen für Tinnitus und Schwindel nennen die nicht primär in physiotherapeutische Hände gehören:

Knalltrauma, Otitis media, Boreliose, Otosklerose, Morbus Meniere, Hydrops cochlearis, Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, Labyrinthische Anämie, Tia, A. vertebralis Sklerose, Akustikusneurinom, MS, maligne Tumore, Morbus Paget, Temporallappenepilepsie, Tia, Autoimmunerkrankungen. Intoxikationen am Arbeitsplatz, Schädeltrauma, Dekompressionsunfälle, etc.

Quelle: fotolia Kaufbilder



Hören und Gleichgewicht sind
Flüssigkeitsbewegungen.

Die Liste lässt sich problemlos verlängern.

Auch wenn's das physiotherapeutische EGO ein bisschen trifft: Patienten mit Tinnitus und Schwindel müssen erst einmal zum Arzt. Erst danach ist eine gefahrlose Behandlung möglich.

JENSEITS DES CORTISONS. PATIENTENGESCHICHTEN.

Wenn alle ärztliche Kunst nicht hilft, bietet sich dem osteopathisch denkenden Physiotherapeuten eine Vielzahl von möglichen erfolgversprechenden Interventionen. Um es dennoch ganz klar vorweg zu sagen: Es gibt bisher keine eindeutig evidence based Therapie, die sicher Schwindel oder Tinnitus beseitigt. Das ist auch nicht verwunderlich, da beide Symptome - wie schon erwähnt - nur Symptome eines tiefer liegenden Problems sind. Schwindel und Tinnitus könnte man mit einer Leuchtdiode vergleichen, die im Armaturenbrett aufleuchtet, wenn der Ölstand des Autos zu niedrig ist. Die Ursache des Aufleuchtens ist dann der niedrige Ölstand. Das Auswechseln der Diode bringt dann herzlich wenig. Das gleiche gilt für die Begleitsymptome Ohrenklingeln und Gleichgewichtstörung.

Hier nur einige Beispiele aus der Praxis um die Komplexität der Symptomenentstehung zu verdeutlichen.

Scheunenfeten und Antibiotika

Der Patient, männlich, 42 Jahre, sportlich, klagte seit etwa einem halben Jahr über einen Tinnitus, der auf einer subjektiven Skala von 0 bis 10 bei etwa 6 lag. Der Ton im Ohr war rechts dominant und variierte in seiner Tonhöhe. In der Anamnese stellte sich heraus, dass er bis vor einigen Jahren in einem ländlichen Umfeld gelebt hatte, in dem „viel gefeiert“ wurde. Scheunenfeten mit ordentlichen Alkoholerfahrungen gehörten zum guten Ton und Alkoholabstürze waren mehr als üblich. Seit ein paar Jahren lebte er nun in Hamburg, war neu liiert und seine neue Partnerin hatte ihm unmissverständlich klar gemacht, was sie von seinen Alkoholeskapaden hielt. So war er der Liebe wegen häuslicher geworden und hatte seinen Alkoholkonsum drastisch reduziert. Gemeinsam hatte das Paar vor einem Jahr eine Reise nach Thailand gemacht, im Rahmen derer er für eine Woche massive Fieberschübe hatte, die vor Ort mit Antibiotika behandelt wurden. Eine genaue Ursache für das Fieber wurde nie gefunden, und erst im Rahmen der Anamnese erinnerte sich der Patient an diese Episode seines Lebens. Die osteopathische Untersuchung ergab eine fixierte Leber, einen gestauten Gallengang, ein in Expiration fixiertes Zwerchfell und wahrscheinlich in Folge dessen einen hypomobilen thorakolumbalen Übergang.

Nach der Mobilisation der genannten Strukturen (3 Behandlungen à 60 min.) besserte sich der Tinnitus massiv. Auf der subjektiven Skala lag er nur noch bei 1 bis 2 und verschwand in den folgenden Wochen ohne weiteres therapeutisches Zutun. Natürlich ist es möglich, dass der Tinnitus auch ohne therapeutische Interventionen verschwunden wäre. Alles



Folgende ist spekulativ. Dennoch könnte man die osteopathische Hypothese aufstellen, dass das durch die feste Leberkapsel (Alkoholabusus und Antibiotikaverarbeitung) das Zwerchfell hyperten wurde und einen Zug auf die rechte Pleura ausgeübt hat. Folgt man der Pleura zu den suspensorischen Bändern der Lungenspitze, haben diese Kontakt der Fascia cervicalis media. Diese wiederum nimmt Einfluss auf das Zungenbein und über die inserierende Muskulatur (M. digastricus u.a.) wäre ein Einfluss auf die Stellung des Os Temporale denkbar. Die veränderte Stellung des Temporalkochens hat nun direkten Einfluss auf die Dynamik des Innenohrs (Spannung des Tentoriums, Abflussbedingungen von Endo- und Perilymphe, Nervenspannung des Vestibulocochlearis im Meatus acusticus internus, Durchblutungssituation der A. labyrinthi etc.). Von der Leber sind natürlich auch andere Wege zum Innenohr denkbar. So könnte die erhöhte Leberspannung sich auf die Magenfaszie übertragen haben. Von einem vorgespannten Magen ist der Weg zur Speiseröhre bis hoch auf die Faszia pharyngobasilaris und damit direkt auf die Schädelbasis leicht nachzuvollziehen. Ganz nebenbei würde der pathologische Zug an der Schädelbasis durch etwa 25.000 Atembewegungen pro Tag wiederholt und intensiviert werden.

Wie gesagt: Das ist Spekulation, aber auf der anderen Seite erscheint mir die Hypothese auch nicht ganz unwahrscheinlich. Die Hypothese sei erlaubt, dass exzessive Scheunenfeten und Asienurlaube durchaus im Laufe der Zeit zu Tinnitus führen könnten.

Schwindelnde Pferde

Die Patientin war Mitte fünfzig, aktive Reiterin und klagte über Schwindelattacken, welche sich über Minuten bis Stunden hinzogen. In der Anamnese erinnerte sie einen Sturz von ihrem Pferd, das an einem steilen Abhang plötzlich gescheut hatte. Die Folge des Sturzes war ein verstauchtes OSG und ein geprelltes Steißbein. Da die damit verbundenen Schmerzen nach etwa zwei Wochen abgeklungen waren, war der Sturz schnell vergessen. Die körperliche Untersuchung ergab unter anderem eine deutliche Hypomobilität L5-S1, ein Ilium posterior rechts, das Steißbein war in Flexion fixiert und eine deutliche Extensionseinschränkung des rechten OSG.

Um es kurz machen: Der Schwindel verschwand nach zwei Behandlungen der fixierten Strukturen. Erneut ist es spekulativ zu behaupten, dass die eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Beins und Beckens die Ursache für die Schwindelattacken gewesen sei. Hypothetisch könnte man aber leicht nachvollziehen, dass das blockierte Ilium in Kombination mit dem in Flexion fixierten Steißbeins eine erhöhte Dura Mater Spannung imitiert hat. Die Spannung der spinalen Dura könnte sich bis in die craniale Dura fortgesetzt haben und dort zur Irritation des mit dem Tentorium cerebelli in direktem Kontakt stehenden Ganglion trigemini geführt haben. Vom Trigemini mit seinen Innervationswegen ist der Weg zum Innenohr kurz und direkt. Indirekt könnte die Irritation des Ganglions auch über eine erhöhte Spannung der Kiefermuskulatur zur Störung der Temporalknochen geführt haben. Insbesondere wird hier die Funktion des

M.Pterygoideus neben dem SCM bei der Entstehung von Tinnitus und Schwindel diskutiert (Rubinstein 1993). Die wiederholte Stimulation der somatischen Dysfunktionen bei jedem Schritt half wahrscheinlich dabei, die Symptomatik aufrecht zu erhalten.

Mit einem Lächeln konnte ich mir die Bemerkung zum Abschluss der Behandlung nicht verkneifen, dass die Patienten, die ein sehr enges Verhältnis zu ihrem Pferd pflegte, sich möglicherweise mit der Schwindelattacke ihres Rosses am Abhang identifiziert hatte. Glücklicherweise verfügte die Patientin über eine gehörige Portion Humor.

FRAGEN SIE NACH: WENDEN SIE SICH DER GESCHICHTE DES PATIENTEN ZU.

An jedem Symptom hängt ein Mensch mit seiner Geschichte. Diese beiden Fallbeispiele sind nur einige von zahllosen Fällen die veranschaulichen, wie auch zunächst vom Innenohr oder Hör- und Gleichgewichtsbahn unabhängige Ereignisse zu Schwindel und Tinnitus führen können. Es gibt nach meiner Einschätzung keine universellen Ursachen für Tinnitus und Schwindel und deshalb auch keine universell anwendbare Therapie. Dennoch gibt es ein paar Gesetzmäßigkeiten die sich in meiner täglichen Praxis zu wiederholen scheinen und mir zumindest eine grobe Orientierung zum Behandlungsaufbau geben.

Hilfreiche Fragen um den somatischen Hintergrund bei Tinnitus zu verstehen könnten unter anderem sein:

Ist der Tinnitus pulsierend? Hinweis auf die Durchblutungssituation.

Achten Sie bei der Untersuchung und Behandlung besonders auf den Thoraxeingang mit der Stellung der Clavicla, das ACG und SCG, die Halsfaszien, die erste Rippe, die OHWS mit Schwerpunkt auf die Atlasposition und auf die Membrana atlanto-occipitalis, um einige Klassiker zu nennen. Die das Innenohr versorgende A. labyrinthi ist hauchdünn und versorgt auch den Nervus Vestibulocochlearis. Tatsächlich lässt sich auch auf diese Arterie Einfluss nehmen. Wenn das gelingt besteht eine gute Chance, dass das Klingeln abnimmt oder verstummt.

Sind es hohe Töne?

Hohe Töne entstehen an der Basis der Hörschnecke. Falls die Ursache also im Innenohr liegt, erscheint ein Behandlungsfocus auf die Basis der Hörschnecke sinnvoll.



Sind es tiefe Töne oder ein Brummen?

Tiefe Töne entstehen an der Spitze der Cochlea. Nehmen Sie also die Schneckenspitze (Helicotrema) neben dem Mittelohrknochen mit in Ihr Behandlungsschema auf.

Besteht Tinnitus gemeinsam mit einer Hörminderung?

Hören und Gleichgewicht sind abhängig von Lymphzirkulation. Besteht neben dem Tinnitus auch eine Höreinschränkung (die ärztlicherseits abgeklärt ist!), ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass eine Lymphabflussstörung vorliegt. Fokussieren Sie bei ihre Behandlung besonders auf die Temporalknochen, das Tentorium cerebelli und den Nervus Trigemini. Diese Strukturen stehen natürlich nicht für sich allein. So kann zum Beispiel ein chronisch verspannter Magen problemlos die genannten Strukturen irritieren.

Sind die Schwindelanfälle kürzer als eine Minute?

Wenn das der Fall ist, wäre dies der günstigste aller Fälle. Der „Ohrsand“ (Otholithen) könnte den Endolymphfluss in den Bogengängen einschränken. Wenn das zutrifft, braucht es eine allgemeine Mobilisation von Mittel- und Innenohr. Die Fluktuation von Endolymph ist unter anderem auch abhängig von der freien Beweglichkeit der Mittelohrknochen (Malleus, Incus, Stapes). Ein freies Mittelohr ist die Voraussetzung für ein freies Vestibularorgan. Das sogenannte Epley Manöver wirkt manchmal Wunder.

Dauern die Schwindelattacken länger als eine Minute?

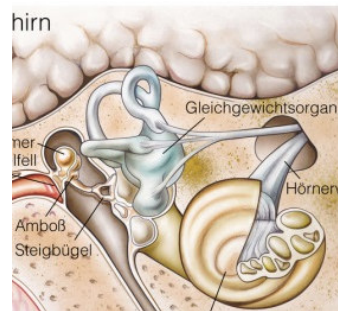
Lagerungsabhängiger und lang andauernder Schwindel sind schwieriger zu behandeln. Eine Vielzahl von Faktoren, von den Füßen, über die Beckenstellung, die Mobilität der Bauch und Beckenorgane bis hin zu Vorerkrankungen des Thorax können für den Schwindel verantwortlich sein. Fokussieren Sie neben den Organen dennoch auf die Durchblutung des Innenohres, insbesondere auf die Mobilisation der OHWS in Kombination mit suturalen Techniken für die Schädelbasis.



*Nehmen der Schwindel und die Hörminderung
progredient zu?*

Quelle: fotolia Kaufbilder

Achtung: Das ist eine „Red Flag“. Schicken Sie den Patienten nochmal zum Arzt. Progredienz (Schwindel nimmt zu, Hören nimmt ab) könnte auf einen Tumor (Akustikusneurinom) deuten und braucht definitiv ein bildgebendes Verfahren. Die besten osteopathischen Hände ersetzen manchmal eben kein noch so schlechtes Röntgenbild.



Hören und Gleichgewicht sind
interdependentes System.

PSYCHODYNAMIK: DIE GESCHICHTE HINTER DEN GESCHICHTEN.

Schwindel und Tinnitus sind nicht zu Volkskrankheiten avanciert. Wie schon erwähnt, hängt an jedem Symptom ein Mensch mit seiner Geschichte. So individuell die Geschichten auch sein mögen, dahinter befindet sich, unsichtbar sozusagen, eine Psycho-Logik. Wird diese allgemeine Psycho-Logik verstanden, sind wir als Therapeuten in der Lage, die Geschichte hinter den Geschichten zu verstehen. Wir verstehen was der Patient uns eigentlich erzählt, wenn er zum Beispiel von „Stress“ spricht. Wir verstehen welche Dynamik hinter Unfällen steckt und welche Informationen die mit dem Kopf in Beziehung stehenden Organe dem Patienten längst „zugeflüstert“ haben. Mit nur etwas Training ist es leicht möglich, das zu hören, was der Patient uns *nicht* erzählt. Wir können sehen und hören und wittern was und der Klient erzählt, bevor er Guten Tag gesagt hat. Alles was es dazu braucht ist ein wenig Mut, bekannte physiotherapeutische Blickmuster zu erweitern und die Lust, sich auf überraschende neue Erfahrungen mit sich selbst und dem Klienten einzulassen.

Es gibt keine universelle, einfache Übersetzung für die Symptome Schwindel und Tinnitus. An dieser Stelle nur so viel: Die klassische Übersetzung, dass ein Ton im Ohr darauf zurück zu führen ist, dass „Jemand etwas nicht mehr hören kann“ halte ich - gelinde gesagt - für deutlich zu kurz gesprungen. Genauso wenig finde ich in meiner Praxis die These bestätigt, dass Schwindel etwas mit „Unsicherheit“ zu tun hat. Das ist eine Psychologie, die vielleicht in Wartezimmer-Zeitschriften zu finden ist.



VOSS-INSTITUT
ZENTRUM FÜR
INTEGRALE BEWUSSTSEINSENTWICKLUNG
Ausbildungen · Seminare · Coaching

DAS SEMINAR SCHWINDEL UND TINNITUS ...Oder von Fuß bis Kopf.

Es gibt bessere und lösungsorientierte Hypothesen. Die Psyche ist nach meiner Erfahrung zu mindestens 50% an der Symptomentstehung beteiligt. Es liegt durchaus in den Möglichkeiten eines Arztes, Physiotherapeuten, Osteopathen, Heilpraktikers etc., die Psyche effektiv und sinnvoll mit in die Behandlung einzubinden. Natürlich spielt der Körper mit seinen „Spannungsklassikern“ in Faszien, Organen, Gelenken, Nerven und Gefäßen eine genau so große Rolle. Das **Seminar „Schwindel und Tinnitus“** erklärt die somatischen und psychologischen Klassiker, die zu den Symptomen führen und bietet ein erprobtes Behandlungsschema, welches gut funktioniert und individuell angepasst werden kann. Es erklärt und behandelt die Einflüsse auf Innenohr und Hirnstamm, von Fußwurzel bis Schädelbasis, schafft Platz im Mittel- und Innenohr bis zum N. Vestibulocochlearis und bietet eine Synthese von bewährten Behandlungstechniken. Darüber hinaus beleuchtet es die psychodynamischen Hintergründe und bietet auch auf dieser Ebene Behandlungseinstiege, die individuell vertieft werden können.

Kurz: Zwei intensive Tage also, um Patienten in Stille und Stabilität zu unterstützen. Im Wesentlichen aber geht es mir im **VOSS-INSTITUT** immer wieder darum:

Seien sie mutig und probieren Sie Neues aus.

Erfinden Sie Ihre eigene Therapie.

Vertrauen Sie.

Schwindel und Tinnitus hilft dabei.

Herzlichst,

Bernhard Voss

VOSS-INSTITUT

Simone Schwartz
Postfach 76 21 10
22069 Hamburg

Telefon : 040 / 227 39 762
E-Mail : info@voss-institut.de
Homepage : www.voss-institut.de



VOSS-INSTITUT
ZENTRUM FÜR
INTEGRALE BEWUSSTSEINSENTWICKLUNG
Ausbildungen · Seminare · Coaching

VITA - AUTOR



Bernhard Voss geb. 1964

Persönliche Aufgabe: Westliche Medizin mit den Buddhas verbinden.

Osteopath (zertifiziert DMOH*), Physiotherapeut, Heilpraktiker, Hypnosetherapeut und Gestalttherapeut (tiefenpsychologisch fundiert)

25 Jahre Lehrtherapeut des Upledger Instituts Deutschland für CranioSacrale Therapie, Viszerale Manipulation und Somato Emotionale Entspannung

Dozent an verschiedenen Ausbildungsinstituten, Kitas, Kliniken und Firmen (FiHH, Das mediABC, Fortbildung in Hagen, gomedis, u.a.)

Gründungs- und Ehrenmitglied des UCD (Verband der Upledger CranioSacral Therapeuten Deutschland)

IAHP-Teacher (International Association of Healthcare Practitioners)

Von 2002-2013 Mitinhaber und Ausbildungsleiter des Voss-Lehnen-Instituts

Inhaber und Gründer des Voss-Instituts (Vi)
Hamburg 2012

Ausbildungsleiter und Trainer für Vi-Systemische Ausbildung, der Synthese von systemischer Aufstellungsarbeit und Gestalttherapie

Initiator und Begründer des IMPuls® Körper-Gestalt-Coachings, der IMPuls® Hypnose-Ausbildung, der Körperspuren-Seminarreihe KSP, des Tumorkrieger-Konzeptes und des Osteo-Compact-Essenstrainings, der Synthese aus Osteopathie, Craniosacraler Therapie und Psychodynamik

Praxis für Einzel- und Paartherapie, Osteopathie, Coaching und Supervision in Hamburg

Autor des **Amazon-Bestsellers „KÖRPERSPUREN Ursachen körperlicher und psychischer Symptome verstehen und heilen“**

*Diplom manuelle osteopathische Heilkunde



DIE ILLUSION DER ANGST
170 MINUTEN VIDEO ZUM BUCH – 15 Euro
Sie schauen online wann, wo und so oft Sie wollen.

Anmeldung unter www.koererspuren.de