

# THEORETISCHER HINTERGRUND DER CRANIOSACRALEN OSTEOPATHIE/-THERAPIE

## Kritische Betrachtung der Grundlagen und neue Modelle

Rudolf Merkel

Arzt für Kinderheilkunde

Vortrag vom 20. Mai 2001 an der Vollversammlung des SDVC in Zürich

Kurzfassung für die Zuhörer/innen

### Inhaltsangabe:

1. Einleitung
2. Die fünf Grundsätze der Cranialen Osteopathie (W. G. Sutherland)
3. Welches ist eine normale Frequenz?
4. Wie objektiv ist die manuelle Palpation in der CSO/CS Th.?
5. Neue Modelle zu CSO/CSTh
6. Diskussion: *Eigenständigkeit der CSO/CSTh, Wirksamkeitsnachweis*

## 1. Einleitung

### 1.1. Die Craniosacrale Osteopathie/Therapie als eine eigenständige Methode

Innerhalb der osteopathischen Medizin wurde die Craniosacrale Osteopathie (CSO) erst in den 90 Jahren breit akzeptiert. Dies vor allem, da der 4. Grundsatz Sutherlands besagt, dass die Schädelknochen bis ins hohe Alter beweglich bleiben. Dieser Grundsatz widersprach damals, wie auch heute noch der gängigen anatomischen Lehre. Heute gibt es zu dieser 4. Aussage von Sutherland jedoch bereits genügend bestätigende Hinweise, so dass man über diese alte anatomische Lehrmeinung der geschlossenen und unbeweglichen Schädelnähte streiten kann.

Wegen der geringen Akzeptanz innerhalb der osteopathischen Medizin musste sich die Craniosacrale Osteopathie als eigene Methode unabhängig weiterentwickeln. Hier ist besonders der amerikanische Osteopath John Upledger zu nennen, der dieser manuellen Therapie in den 60er Jahren den Namen Craniosacral Therapie (CST) gab.

Heute können wir die Craniosacrale Osteopathie /Therapie neben der Osteopathie als eine eigenständige Methode bezeichnen innerhalb der es schon eigene Spezialisierungen gibt wie Kinderbehandlungen und Traumabehandlungen. Diese Eigenständigkeit wird uns mit der Zunahme des Bekanntheits- und Beliebtheitsgrades der Osteopathie streitiggemacht, umso mehr müssen wir aktiv unsere Eigenständigkeit unter Beweis stellen.

In der Gründungszeit der Craniosacralen Osteopathie wurden vor allem die strukturellen Zusammenhänge und die Biomechanik der Schädelknochen sowie der Hirnhäute erarbeitet. In den neueren Entwicklungen ab den 70er bis in die 90er Jahre, wurde zusätzlich auf den nicht-strukturellen, den dynamisch-rhythmischen Aspekt der Craniosacralen Bewegung Wert gelegt.

Bisher war es wichtig, dass sich die Schädelknochen frei bewegen. Heute ist es für die CS-Praktizierenden ebenso wichtig, die Qualität der Bewegung mit einzubeziehen.

### 1.2. Der strukturelle und der nicht-strukturelle Anteil der Craniosacral Osteopathie/Therapie

Die Craniosacral Therapie wird nicht wegen ihrer Erfolge belächelt, sondern wegen ihrer medizinisch fraglichen, manchmal auch mystischen Selbstdarstellung. Ein kritischer Aussenstehender kann diese manchmal poetische oder esoterische Darstellung medizinischer Zusammenhänge nicht immer nachvollziehen. Es ist deshalb zum jetzigen Zeitpunkt dringend notwendig, auch Aussagen Sutherlands oder anderer Osteopathen, wie John Upledger zu hinterfragen und selbst neue oder ergänzende Antworten zu suchen.

Da die CSO/CSTh sich einer anatomisch medizinischen Sprache bedient, gibt sie sich den Anschein eine medizinische Disziplin mit wissenschaftlichem Hintergrund zu sein. Doch das ist sie bei weitem nicht. Sie gehört in den Bereich der Erfahrungsmedizin ohne einen anerkannten, schulmedizinischen Hintergrund.

Für die Darstellung der CSO/CSTh in der Öffentlichkeit sowie für unser eigenes Verständnis, wäre es einfacher wenn wir vermitteln, dass die CSO/CSTh zwei Anteile hat. Sie hat einen strukturellen und einen nicht-strukturellen Anteil.

Die Formulierung **nicht-struktureller Anteil** ist ein Arbeitstitel, der es uns erlaubt, frei über verschiedene Erklärungsmodelle, Techniken oder Wirkungsmechanismen zu diskutieren. Dieser Arbeitstitel fasst all das zusammen, was nicht allein anatomisch oder schulmedizinisch erklärbar ist.

Diese Unterteilung erlaube ich mir auch in diesem Vortrag als ein strukturierendes Element einzuführen.

„Diese Einteilung findet sich ebenfalls im Fachbuch des englischen Osteopathen Leon Chaitow: „*Cranial Manipulation, Theory and Practice*“ (28). Chaitow spricht von einem mechanischen und einem subtilen Aspekt der cranialen Bewegung. In diesem Buch habe ich sehr viele Quellenangaben und Ideen für diesen Vortrag gefunden.

**Der strukturelle oder mechanische Anteil** ist eine wichtige Grundlage für die praktische Arbeit. Dieser Anteil beinhaltet die Beschreibung der anatomischen Strukturen und die Biomechanik der Cranialen Osteopathie nach W. G. Sutherland. Da wir uns in unserer Selbstdarstellung einer anatomischen Sprache bedienen, sollten wir auch für den strukturellen Anteil genauer unterscheiden, welche Annahmen innerhalb dieses mechanischen Modelles bewiesen und welche Annahmen hypothetisch sind.

**Der nicht-strukturelle Anteil** ist die Zusammenfassung folgender Fragen: Was ist der Cranial Rhythmische Impuls (CRI)? Was palpieren wir, wenn wir von der Bewegung des CRI sprechen? Weshalb ist diese Arbeit mit dem CRI so wirksam?

Dieser nicht-strukturelle oder subtile Aspekt wird oft als der energetische Teil beschrieben. Der Gebrauch des Terminus Energie ist für die Beschreibung des nicht-strukturellen Anteils zu allgemein. Die CS Lehrinstitute und die CS Praktizierenden sollten sich bemühen, diesen nicht-strukturellen Teil genauer zu beschreiben. Gibt es bereits wissenschaftliche Modelle oder Hypothesen, die unser Verständnis erweitern? Können wir differenzierter beschreiben, welche Art von Energie wir wahrnehmen?

Die strukturellen und nicht-strukturellen Anteile sind theoretisch und wir können sie praktisch nicht voneinander trennen. In den meisten Behandlungen kommen wir nur dann zu einem therapeutischen Erfolg, wenn wir den strukturellen Anteil und den subtilen Anteil in einer engen Verbindung behalten.

Wie wir in den unteren Kapiteln lesen werden, ist der nicht-strukturelle Anteil eine beliebtes Feld für Hypothesen. Es besteht immer die Gefahr, dass jeder Autor dieser einfachen aber tief wirkenden Methode sein persönliches Mäntelchen umhängen will und dass die persönlichen Anschauungen oder Interpretationen Anlass für ideologische Auseinandersetzungen sind. Ein Dachverband wie der SDVC spielt hier eine nicht zu unterschätzende integrative Aufgabe. Lehrer wie Lernende sollten sich nach meiner Meinung nicht nur auf **eine** Hypothese stützen, auch nicht allein auf das klassische Konzept der Cranialen Osteopathie nach Sutherland oder das Konzept der Craniosacral Therapie nach John Upledger. Alle jetzigen Erklärungen der Craniosacral Therapie einschliesslich Sutherland und Upledger haben hypothetischen Charakter. Vielleicht steckt in jeder dieser Hypothesen eine Idee, die uns in unserem Verständnis und – vor allem – in unserer Anwendung der CMT/CSO einen Schritt weiterbringt.

Am Ende des Vortrages komme ich noch einmal auf die Unterteilung in einen strukturellen und einen nicht-strukturellen Anteil zurück.

### **Diskussion des Theoretischen Hintergrundes**

**Als nächstes werde ich die theoretischen Grundlagen der Craniosacral Therapie, wie sie von Sutherland formuliert wurden, im Licht neuerer Forschungen kritisch betrachten.**

**Dann werde ich mit weiteren Untersuchungen und Hypothesen verschiedener, osteopathischer Autoren die zwei folgenden Fragen beleuchten:**

**Gibt es überhaupt den Cranialen Rhythmischen Impuls (CRI)?**

**Welche Kraft steht hinter diesem Impuls?**

## **2. Diskussion der strukturellen Grundlagen der Craniosacralen Osteopathie/CS Therapie**

### **2.1 Die fünf Grundsätze der Cranialen Osteopathie nach W.G. Sutherland**

Die 5 Grundsätze der Cranialen Osteopathie nach W. G. Sutherland fassen sehr gut die Grundlagen der Craniosacralen Arbeit zusammen. Deshalb nehme ich diese um den strukturellen Teil der CSO/CSTh kritisch zu beleuchten.

1. Die Eigenbewegung (*Motility*) des Neuralrohres (gemeint sind Gehirn und Rückenmark, die sich aus dem Neuralrohr entwickeln)
2. Die Fluktuation des Hirnwassers oder die Kraft der Flüssigkeitsbewegung
3. Die Bewegungsübertragung der Dura im Schädelinnenraum und im Wirbelkanal
4. Die freie Beweglichkeit der Schädelknochen
5. Die freie Beweglichkeit des Kreuzbeines zwischen den Beckenknochen

#### **1. Grundsatz: Eigenbewegung des Hirngewebes**

Die Eigenbewegung der Gehirnes als Organ wird von verschiedenen Untersuchungen bestätigt (1, 11, 2, 3, 4, 5). Allerdings scheint es, dass die Wirkung dieser Eigenbewegung auf die Bewegung der Schädelknochen geringer ist, als die Autoren der Craniosacralen Osteopathie/Therapie annehmen.

#### **2. Grundsatz: Fluktuation des Hirnwassers**

Es gibt verschiedene Untersuchungen, welche die Eigenbewegung des Liquor cerebrospinalis bestätigen. Es ist jedoch noch unklar, in welchem Ausmass diese Fluktuation zu der Bewegung der Schädelknochen beiträgt. Es ist ebenfalls unklar, ob die Fluktuation der Motor für die beobachtbare Eigenbewegung des Gehirnes ist, oder ob diese Fluktuation ein Teilaspekt der Hirnbewegung ist. Die Fluktuation des Liquors können wir sicherlich als ein Teilfaktor für das Phänomen des CRI (Cranial Rhythmischer Impuls) annehmen.

### 3. Grundsatz: Bewegungsübertragung

Die intracranialen Membranen (Falx cerebri, Falx cerebelli und Tentorium) haben eine grosse Bedeutung für die Stabilität des Craniums. Da die Membranen mit den Knochen der Schädelbasis fest verbunden sind, ist es gut möglich, dass die Membranen der cranialen Dura die Bewegung auf die cranialen Knochen übertragen. Weiterhin bilden diese Membranen ein dreidimensionales, das Cranium stabilisierendes Bindegewebesystem. Es allerdings noch sehr umstritten, in wieweit die spinale Dura die Bewegung des Os sacrum bestimmt:

### 4. Grundsatz / Beweglichkeit der Schädelknochen

Die Knochen des Schädels erlauben in ihren Suturen mit grosser Wahrscheinlichkeit Bewegung.

#### Diskussion:

In einer Literaturstudie von 1997 diskutieren J.S. Rogers und P.L. Witt die bisherigen Forschungen hinsichtlich der Beweglichkeit der Schädelknochen in den Suturen. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass anerkannte, anatomisch biomechanische Untersuchungen zeigen, dass die Suturen auch im hohen Alter nicht ossifizieren. Die zuverlässigsten Hinweise für diesen Sachverhalt erhielten sie nicht aus osteopathischen Studien, sondern aus einer

#### alten anthropologischen, verschiedenen anatomischen und neurochirurgischen, Untersuchungen sowie Untersuchungen der Kieferorthopädie.

Die Verbindung zwischen Os sphenoidale und Os occipitale – die Synchondrosis Sphenobasilaris (SSB) – nimmt in der Diskussion um die Suturen eine Sonderrolle ein, da diese keine Suture, sondern eine knorpelige Verbindung ist, die zeitlich zusammen mit den Kreuzbeinwirbeln ca. im Alter von 28 Jahren ossifiziert.

Die Craniale Osteopathie akzeptiert diesen anatomisch histologischen Befund, wogegen John Upledger in seinen Publikationen weiterhin die gelenkartige Beweglichkeit der SSB vertritt.

### 5. Grundsatz / Beweglichkeit des Kreuzbeines

Die Beweglichkeit des Os sacrum im Os Ilium, in den sog. Iliosacralgelenken, ist breit akzeptiert. Es gibt offensichtlich auch eine Eigenbewegung im Sacrum, aber es ist unklar, durch welchen Mechanismus dies Bewegung entsteht. (→ siehe auch unter Punkt 3).

### Zusammenfassung

Nach einer kritischen Beleuchtung dieser fünf Hypothesen können wir annehmen, dass sich Hirn sowie Liquor bewegen, und dass die Schädelknochen in den Suturen beweglich sind. Es besteht aber noch Uneinigkeit darüber, welche Kraft hinter der Bewegung steht, die wir am Cranium, am Sacrum und auch an den Extremitäten palpieren können.

Selbst von einigen cranial osteopathischen Autoren wird ernsthaft bezweifelt, dass die Hirn- und Liquorbewegung die einzige Kraft ist, die hinter dem CRI steht.

Weiterhin ist unklar weshalb wir die Bewegung am cranialen und sacralen Pol als eine synchrone Bewegung palpieren.

### 3. Welches ist eine normale Frequenz ?

Bevor wir auf die verschiedenen Modelle zur Erklärung des CRI kommen, möchte ich an dieser Stelle eine Diskussion über die Bedeutung Frequenz der Craniosacralen Bewegung und über die Objektivierbarkeit von manuellen Palpationsbefunden einschleiben.

1. Die Angaben über die subjektiv palperten Frequenzen reichen von 14 Zyklen pro Minute bis zu 3,7 Zyklen pro Minute.
2. Auch wenn wir den exakten Sekundenzeiger als Partner haben, ist die Wahrnehmung der Frequenz, wenn wir uns auf die Wahrnehmung der Hände beziehen, ebenso wie die der Amplitude, eine subjektive.

Tabelle aus L. Chaitow: „Cranial Manipulation, Theory and Practice“

D. Brokers	12 bis 14 /Min	Palpation
P. Greenmann	10 bis 14/Min.	Palpation
F. Mitchell Jr.	6 bis 12/Min.	Palpation
E. Retzlaff	6 bis 12/Min.	Palpation
J. Upledger	6 bis 12/Min.	Palpation
H. Ettlinger	8 bis 12/Min.	Palpation
M. Zanakis	7,9/Min.	Kinematic film
B. Degenhadt	4,0/Min.	Doppler
J. Norton	3,7/Min.	Palpation
J. Jealous	2,5/Min.	Palpation
H. Podlas	2,25 bis 0,25/Min.	Tomography
R. Becker	0,6/Min.	Palpation

Die Angaben von Jealous 2,5 Zyklen pro Min und Becker 0,6 Zyklen pro Min. beziehen sich auf eine zusätzlich palpierter Bewegung, die sie *Long, Large oder Slow Tide* nennen.

Die Diskussion über Long Tide und Slow Tide kann an dieser Stelle nicht geführt werden. Es sei nur gesagt, dass auch diese Angaben aus der subjektiven Wahrnehmung der Autoren kommen.

Ich selbst gehe davon aus, dass sich jede/r CS Praktizierende/r seine eigenen Erfahrungskriterien erarbeiten muss. Möglicherweise sind nur Vergleiche innerhalb einer Gruppe mit gleichem Ausbildungsweg und gleichem Erfahrungsniveau möglich. Als CS Therapeuten oder CS Praktizierende sollten wir deshalb die diagnostischen Fähigkeiten anderer Kollegen/Innen in ihren Angaben zur Frequenz oder auch zu Dysfunktionen der Strukturen des CS Systems sehr zurückhaltend be- bzw. verurteilen.

Wie oben bereits gesagt, gibt es zur Zeit keine Einigung über eine normale Frequenz.

Es ist auch fraglich, ob es überhaupt eine normale Frequenz gibt.

## 4. Untersuchungen zur Genauigkeit der manuellen Palpation

*von verschiedenen CS Praktizierenden vergleichen, stossen wir auch dort auf das Problem, dass Palpationsergebnisse subjektiv und schwer zu vergleichen sind.*

## 5. Hypothesen zur Erklärung des CRI

Um den nicht-strukturellen Anteil der CMT/CSO aufzuarbeiten, sollten wir uns den alten und vor allem den neueren Hypothesen zuwenden, die sich mit der Frage von Hintergrund und Kraft des CRI beschäftigen. Im folgenden Text werden die wichtigsten Hypothesen kurz vorgestellt.

### 5.1. Philosophisches Modell

**Sutherland, W.G.** (Craniale Osteopathie) *Primary Respiratory Mechanism*

### 5.2. Physiologische Regelkreis und mechanische Modelle

**Upledger, J.E.** (Craniosacral Therapie) *Pressurestate Modell*

**Herniou, J.C.** *Zwerchfellkolben*

### 5.3. Modelle der autonomen physiologischen Bewegungen

**Farasyn, A, und Vanderschueren F.** *Hypothese der Vasomotorik*

**Degenhardt, B. und Kuchera, M.** *Lymphatic Pump*

**Bautzmann H.** *Die Motorik des Amnions als Modell für die Bewegung der Hirnhäute( Merkel)*

Das Amnion bewegt sich ein peristaltische Kontraktionswelle 10 bis 16 mal in der Minute vom Kopfteil zum Schwanzteil. Das Amnion ist vergleichbar mit der Dura mater.

### 5.4. Modelle komplexer Körperhythmen

**Ferguson, A.J.** *Hypothese des muskulären und neuronalen Wechsels von Aktivität/Passivität*

**McPartland, J. und Mein, E.** *Entrainment Theorie oder Frequenzkopplung*

**Oshmann J.-** *Modell der elektromagnetischen Kräfte*

## Zu Mc Partland Entrainment Theorie

### **Theoretischer Hintergrund für das Entrainment Modell**

Entrainment ist innerhalb der biologischen Forschung ein wichtiger Begriff geworden. Die Überlegungen der Entrainment Forschung werden ebenfalls von einer neuen Forschungsrichtung der Kardiologie gestützt, der Neurokardiologie. Höchstwahrscheinlich bezieht sich Mc Partland auf diese Forschungsrichtung.

#### **Pulsfrequenzschwankungen**

#### **Synchronisierung von Körperhythmen unter Kohärenz**

#### **Herz als Sinnesorgan (der Herzgeist als Sinn im Buddhismus)**

#### **Kohärenz und emotionale Verfassung sowie Problemlösungsfähigkeit**

Neurokardiologen haben zusammen mit Psychologen herausgefunden, dass die Herzfrequenzschwankungen ein Mass für die emotionale Ausgeglichenheit oder Unausgeglichenheit bzw. für das Verhältnis von Sympathikus und Parasympathikus sind.

Wenn ich nun die Entrainment Theorie von McPartland und die Forschungen der Neurokardiologie auf unsere Craniale Arbeit übertrage, dann würde das bedeuten, dass wenn die Bewegung des Craniosacralen Systems eine gute Qualität hat, dass sie sich dann ebenfalls mit den übrigen Körperhythmen einschliesslich der Herzfrequenz und der Atmung koppeln. Wenn diese verschiedenen Körperhythmen in einem harmonischen Verhältnis zueinander stehen, dann erleben wir möglicherweise die craniale Bewegung als sehr regelmässig und kräftig.

Dies könnte bedeuten, dass ein guter Craniorhythmus dem Zustand der Kohärenz aus der Neurocardiologie entsprechen könnte.

Wenn wir eine gute Arbeit machen und einen kräftigen Craniorhythmus palpieren, könnten wir daraus schliessen, dass auch das Herz in den Zustand der Kohärenz kommt.

Kohärenz, das sagt die Neurokardiologie, ist verbunden mit einer emotional ausgeglichenen Verfassung. Aus unserer Erfahrung und Beobachtung wissen wir, dass während der Cranialen Arbeit die Klienten ebenfalls offen sind für neue Lösungen oder sich sogar spontan Problemlösungen ergeben.

## **Zu Oshmann J.- Modell der elektromagnetischen Kräfte**

(Oshmann bezieht sich allgemein auf Körperarbeit und nicht speziell auf die Craniosacrale Arbeit)

### **Theoretischer Hintergrund für den elektromagnetischen Anteil der Craniosacralen Arbeit**

Ein weiterer Aspekt der nichtstrukturellen Arbeit ist sicherlich die elektromagnetische Wirkung. J. Oshmann hat dazu sehr umfangreiches Forschungsmaterial zur elektromagnetischen Wirkung von Körpertherapien zusammengetragen und hat seine Arbeit ja bereits hier in Zürich – organisiert vom Cranial Colorado Institut – vorgetragen.

#### **Anregung des zellulären Heilungsprozesses**

Die physikalische Medizin hat in den letzten 30 Jahren erforscht, welche Frequenzen für welches Gewebe für den Heilungsprozess am günstigsten sind.

**Wundheilung** Neben der Forschung an Knochenheilung gibt es bereits auch Untersuchungen darüber, dass elektromagnetische Felder auch an der Wundheilung bei infizierten Wunden erfolgreich ist. Dieser erfolgreiche Verlauf war möglich durch eine elektromagnetische Behandlung nach der Verletzung sowie präventiv vor der Verletzung. Der freie Fluss von Information durch das Gewebe ist grundlegend für den Heilungsprozess, sowie für die Prävention. So wurden Gewebe (bei Versuchen) vor einer Verletzung mit einem Magnetfeld behandelt, daraufhin heilten die Wunden wesentlich schneller.

#### **Das elektromagnetische Feld der Hand**

In einer Forschungsreihe mit dem SQUID Magnetometer ist es um 1980 John Zimmermann gelungen, das elektromagnetische Feld von Therapeutinnen zu messen, die den „*Therapeutic Touch*“ praktizieren. Das biomagnetische Feld, das Zimmermann messen konnte, war das stärkste, das er in seiner medizinischen Forschung je von einem menschlichen Körper aufgenommen hatte. Die Signale von der Hand waren nicht konstant auf eine Frequenz beschränkt, sondern variierten von 0,3 bis 30 Hz mit der Hauptaktivität um 7 bis 8 Hz. Diese Aktivität zeigte sich nur dann, wenn die Therapeutinnen im therapeutischen Prozess waren.

Bemerkenswert ist, dass dies (0,3–30 Hz) die gleichen Frequenzen sind, die man in der Biophysik als therapeutisch wirksam gefunden hat. Im Unterschied zu einem Gerät war aber die Therapeutin unbewusst in der Lage, mit verschiedenen Frequenzen über das Gewebe zu „scannen“. In Vergleichsuntersuchungen waren nicht-therapeutisch Praktizierende nicht in der Lage, mit ihren Händen ein so kräftiges elektromagnetisches Feld zu erzeugen.

## **6. Die craniosacrale Arbeit**

Zu Anfang hatte ich die beiden Begriffe struktureller und nicht struktureller Anteil eingeführt. Die Bezeichnung **nicht-strukturell** ist bewusst offen als ein Arbeitstitel gewählt worden.

**6.1. Der strukturelle oder mechanische Anteil der Arbeit** ist eine wichtige Grundlage für die praktische Arbeit. Dieser Anteil beinhaltet vorwiegend manuelle osteopathische Techniken für den Bereich des CS Systems.

### **6.2. Nicht-strukturelle Anteil der Craniosacralen Arbeit**

Im Bereich der nicht strukturellen Arbeit gibt es sehr verschiedene Techniken oder Erklärungsversuche. An Hand der Modell wurde bereits der rhythmische Anteil und der elektromagnetische Anteil angesprochen.

#### **6.2.1. Rhythmische Arbeit**

Einen Aspekt des nicht strukturellen Anteils nenne ich gerne den rhythmischen Anteil. Wenn ich die Craniosacrale Bewegung wahrnehme und dieser folge, dann erfahre ich oft, dass sich Strukturen lösen oder im Klienten eine Ruhe einkehrt, d.h. dass ich dann in ein wunderbares Wechselspiel komme von Entspannung über die rhythmische Arbeit und Mobilisierung über manuelle Techniken.

#### **6.2.2. elektromagnetische Anteil**

Dies beinhaltet die Wirkung der elektromagnetischen Energie auf das Körpergewebe und auch die elektromagnetischen Wellen als Kommunikationssystem im Organismus

## **7. Diskussion**

Der Versuch den theoretischen Hintergrund der CSO/CSTh darzustellen, kommt hiermit zu einem **relativen Abschluss**. Es ist immer nur ein Versuch, aus den uns zu verfügbaren Blickwinkeln zu erklären, was die CSO/CSTh ist.

Diese kritische Betrachtung des Hintergrundes der Cranialen Arbeit ist für mich mehr eine interne Diskussion. Mit Patienten bespreche ich selbstverständlich weiterhin die traditionellen Erklärungsmodelle.

### **7.1. Gliederung**

Die Erfahrung hat gezeigt, dass die CSO/CSTh nicht nur körperlich strukturelle Anteile und Wirkung hat, sondern auch auf psychosomatische Probleme sowie auch auf die Bewusstseinsentwicklung einen Einfluss hat. Ich habe bewusst in diesen Beitrag die emotionalen und mentalen Aspekte sowie den Aspekt des Bewusstseins für den theoretischen Hintergrund der CSO/CSTh noch nicht ausformuliert. Ich halte aber auch die Ausformulierung dieser Aspekte für sehr wichtig. Dann ergäbe sich folgende Zusammenstellung:

<p><b>Strukturelle Aspekte der CSO/CSTh</b> <b>Nicht-Strukturelle Aspekte der CSO/CSTh</b> <i>rhythmische Aspekte der CSO/CSTh</i> rhythmische Bewegungen der Strukturen Körperrhythmen <i>elektromagnetisches Feld der Organe und der Hände</i> <b>Emotionaler, mentaler Aspekt der CSO/CSTh</b> <b>Spirituelle oder Bewusstseins-Aspekt der CSO/CSTh</b></p>
--

## **7.2. Eine Eigenständigkeit der Craniosacralen Arbeit weiterentwickeln**

Ich beobachte, dass für die CSO/CSTh die Gefahr besteht, dass sie zu schnell mit anderen therapeutischen Techniken vermischt wird.

Ich nehme an, dass es zwei Gründe für dieses Ausweichen gibt:

### **Langes und mühsames Erlernen der Anatomie und der manuellen Techniken**

Ich nehme an, dass es zwei Gründe für dieses Ausweichen gibt. Der erste Grund ist, dass das Erlernen des strukturellen Teils der CMT/CSO viel Zeit und mehrjährige, praktische Erfahrung braucht. Jeder Praktizierende neigt dazu, den mühsamen, anatomischen Teil zu vernachlässigen. So wird gerne nach Unterstützung durch andere Therapien gesucht. Insbesondere Therapien, die vom Setting her ähnliche sind wie Reiki.

### **Sehr schneller Zugang zu den nicht strukturellen Anteilen und „beginners luck“**

Der zweite Grund liegt nach meiner Beobachtung darin, dass Studierende zu dem nicht-strukturellen Anteil rasch Zugang bekommen. Schon zu Anfang zeigen sich schnell Erfolge. Deshalb hat die CMT/CSO den Anschein, sie sei in ihrer Anwendung sehr einfach und wird dann gerne für andere therapeutische Techniken eingespannt. Aber gerade in der differenzierten und immer subtileren Anwendung des strukturellen und nicht-strukturellen Anteils liegt ein grosser, therapeutischer Wert der CMT/CSO.

Es ist eine eindeutige Beobachtung, dass die CMT/CSO allein angewandt, eine sehr erfolgreiche Methode ist, und dass sie in ihrem qualitativen und quantitativen Potential noch längst nicht ausgeschöpft ist.

Grundsätzlich bleibt die CSO/CSTh eine therapeutische Methode, die durch die Kombination mit andere Methoden ergänzt und bereichert werden kann, aber nicht kombiniert werden muss.

Gerade wenn uns an der Methode der CS Therapie viel liegt, sollten wir sie nicht zu schnell mit anderen Therapien vermischen. Es ist sehr wichtig die Eigenständigkeit der Craniosacralen Osteopathie/ Therapie nicht nur zu fördern sondern auch zu praktizieren.

Es ist beliebt, immer wieder neue Kombinationen zu suchen. Schwieriger, aber sehr befriedigend ist es, sich nach rechts und links zu begrenzen und in der Tiefe der Cranialen Arbeit nach neuen Möglichkeiten zu suchen.

Mir ist z.B. bekannt, dass es Methodenverbände gibt, die ihren Mitgliedern ausdrücklich verbieten in einer Behandlungssitzung ihre Methode mit anderen zu vermischen.

### **7.3 Wirksamkeitsnachweis der CSO/CSTh**

Für die langfristige Anerkennung ist aber nicht der theoretische Hintergrund entscheidend, sondern der Wirksamkeitsnachweis. Dies wäre ein dringend notwendiger nächster Schritt.

Weitere Diskussionen, Arbeitsgruppen und Forschungen sollten das Spezifische der Wirkung der CSO/CSTh herausarbeiten.

Literatur

**Oshman J.:** *Energy Medicine, The Scientific Basis*, Churchill Livingstone 2000

**Chaitow, L.:** *Cranial Manipulation Theory and Practice*, Churchill Livingstone, 1999

Zürich den 20. Mai 2001

Rudolf Merkel, diese Kurzfassung ist weiterhin zu finden unter [www.cranioschule.ch/](http://www.cranioschule.ch/) Publikationen

