

Schule für Craniosacrale Osteopathie Rudolf Merkel

Geschichte der CSO/CST

1. Grundlagen der Cranialen Osteopathie

Sutherland nannte die oben beschriebene Bewegung den sog. Primären Atemmechanismus. Später wurde für diesen Bewegungsimpuls der Terminus Cranial Rhythmic Impuls (CRI) geprägt.

Die Craniale Osteopathie nach W. G. Sutherland wird in fünf Grundsätzen zusammengefasst:

1. Die Strukturen des Neuralrohres, d.h. Gehirn und Rückenmark, haben eine Eigenbewegung.
2. Das Hirnwasser hat eine eigene Kraft, d.h. eine innerhalb der Hirnhäute fluktuierende Flüssigkeitsbewegung.
3. Die Hirnhaut der Dura mater überträgt die Eigenbewegung auf die Schädelknochen und das Kreuzbein.
4. Die Schädelknochen bleiben bis ins hohe Alter frei beweglich.
5. Das Kreuzbein zwischen den Beckenknochen ist ebenfalls frei beweglich.

Mit diesen fünf Grundsätzen werden die wichtigsten anatomischen Strukturen, die Beweglichkeit dieser Strukturen und die Richtung der Bewegungsübertragung des CRI - d.h. vom Hirnwasser auf die Hirnhäute und von den Hirnhäuten auf die knöchernen Strukturen - beschrieben. Die Frequenz des CRI wird mit 2,5 bis 16 Zyklen pro Minute angegeben.

2. Die Palpation der Craniosacralen Bewegung

Für den Craniosacral Praktizierenden ist die Eigenbewegung des Craniosacral Systems am deutlichsten am Schädel zu palpieren. Die Hände werden dafür z. B. seitlich an den Schädel gelegt. In dieser Position haben sie Kontakt mit den Scheitelbeinen, den Schläfenbeinen und vor allem mit dem Keilbein.

Die an den Knochen zu palpierende Bewegung des CRI hat zwei Phasen, die Flexion- und Extension. In der **Flexion oder Inhalationsphase** öffnet sich der Schädel. Diese Flexion ist nicht eine symmetrische, zentrifugale Öffnung, sondern in der Öffnung wird **nur** der rechts/links oder transversale Durchmesser breiter. Der vorne/hinten oder sagittale Durchmesser wird dagegen schmaler. Man könnte sagen, der Schädel nimmt eine eher runde Form an. In der **Extension oder Exhalationsphase** wird der transversale Durchmesser kleiner und der sagittale Durchmesser länger, d.h. die Schädelform verändert sich eher zu einer länglichen Form.

In der Flexions- und Extensionsphase des CRI ändert sich die Länge der Wirbelsäule nicht. Der schlauchförmige Verlauf der Hirnhaut, die frei innerhalb des Wirbelkanals hängt, bewegt sich in der Flexionsphase nach oben und in der Extensionsphase nach unten.

3. Craniosacralen Osteopathie/CS Therapie als eigenständige Methode

Der dynamischrhythmische Aspekt

Innerhalb der osteopathischen Medizin war die Craniosacrale Osteopathie (CSO) nie 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.

In der Gründungszeit der Craniosacralen Osteopathie wurden vor allem die strukturellen Zusammenhänge und die Biomechanik der Schädelknochen und der Hirnhäute erarbeitet. Sutherland hat nach 1949 bereits auf die Eigendynamik und Fähigkeit zu Selbstregulation des Craniosacral Systems hingewiesen, doch erst in den neueren Entwicklungen ab den 70er bis in die 90er Jahre, wurde zusätzlich auf den nicht-strukturellen, den biodynamisch-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. Für das therapeutische Vorgehen stellen sich folgende Fragen: Sind die Schädelknochen beweglich? Wie ist die Frequenz, die Kraft oder die Amplitude der Bewegung? Hat die Bewegung eine Kontinuität oder stockt sie - vergleichbar mit dem Atem - unter bestimmten Einflüssen oder Einwirkungen? (Siehe auch Kapitel Stressevaluation).

Ein ganz neuer Impuls erhielt die CSO/CST durch die Beobachtung, dass der CRI von seiner Grundbewegung - mit einer Frequenz von 2,5 bis 16 Bewegungszyklen pro Minute - in eine noch langsamere Bewegung wechseln kann. Diese langsame Bewegung hat Zyklen die ca. 90 bis 120 Sekunden dauern und wird *Long Tide* oder *Large Tide* genannt. Diese langsame Bewegung zeigt sich spontan für einige Minuten im gesunden Organismus, bzw. in einem fortgeschrittenen Gesundungsprozess.

4. Der Craniosacral Rhythmische Impuls

Der CRI ist eine rhythmische Bewegung, die wie die Bewegung des Blutes oder der Atmung am ganzen Körper insbesondere an den Knochen des Schädels und dem Os sacrum palpierbar ist. Über die Herkunft des CRI gibt es nur Hypothesen. Allerdings gibt es bereits wissenschaftliche Arbeiten, die die praktischen Palpationserfahrungen der Craniosacralen Osteopathie bestätigen. In der Literatur wird eine Frequenz für den CRI von 2,5 bis 16 Zyklen pro Minute angegeben. Entscheidend für eine Aussage über die gesunde Bewegung der Strukturen und das Selbstheilungspotential des Organismus ist allerdings die Amplitude der Bewegung, d.h. die Kraft, die hinter der Bewegung steht.

Da der CRI sofort auf Stress reagiert, d.h. unter Stress kurz stoppt, ist er vergleichbar mit anderen Biofeedbackzeichen des Körpers, wie die Schwankungen in der Atemfrequenz, die Atemtiefe oder wie der Pulsreflex und die Pulsfrequenzschwankungen.

Die Beobachtung der Qualität des CRI insbesondere während der Behandlung von Kindern ein sehr spezifisches und sehr hilfreiches Mittel für die Beurteilung ihres Wohlbefindens.