



Sebastian Nippold / Sophie Stern

Traumasensibles Arbeiten in der Cranio-Sacralen Körpertherapie

Körperwahrnehmung und
Körpererinnerungen integrieren

 hogrefe

The logo consists of a stylized lowercase letter 'h' enclosed within a circle, followed by the word 'hogrefe' in a lowercase sans-serif font.

Traumasensibles Arbeiten in der Cranio-Sacralen Körpertherapie

Traumasensibles Arbeiten in der Cranio-Sacralen Körpertherapie

Sebastian Nippold, Sophie Stern

Programmbereich Gesundheitsberufe

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Gesundheitsberufe

Sophie Karoline Brandt, Bern; Jutta Berding, Osnabrück; Sinje Gehr, Göttingen; Heidi Höppner, Berlin;
Heike Kubat, Feldbach; Christiane Mentrup, Zürich; Sascha Sommer, Bochum; Ursula Walkenhorst,
Osnabrück; Claudia Winkelmann, Berlin

Sebastian Nippold
Sophie Stern

Traumasensibles Arbeiten in der Cranio-Sacralen Körpertherapie

Körperwahrnehmung und Körpererinnerungen integrieren

Unter Mitarbeit von

Annick Nippold



Sebastian Nippold, Dipl. Sportwissenschaftler, Cranio-Sacral-Praktizierender,
<https://www.sebastiannippold.skk-nippold.de>
Sophie Stern, Cranio-Sacral-Praktizierende, Heilpraktikerin,
<https://seminarfuerkoerperarbeit.de>

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved.

Alle Rechte, auch für Text- und Data-Mining (TDM), Training für künstliche Intelligenz (KI) und ähnliche Technologien, sind vorbehalten.

Verantwortliche Person in der EU: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Merkelstraße 3, 37085 Göttingen, info@hogrefe.de

Anregungen und Zuschriften bitte an den Hersteller:

Hogrefe AG
Lektorat Gesundheitsberufe
z. Hd. Barbara Müller
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Barbara Müller, Fabienne Suter

Herstellung: Daniel Berger

Umschlagabbildung: ti-ja, GettyImages

Umschlag: Hogrefe intern

Satz: Claudia Wild, Konstanz

Druck und buchbinderische Verarbeitung: Multiprint Ltd., Kostinbrod

Printed in Bulgaria

1. Auflage 2025

© 2025 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96307-5)

(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-76307-1)

ISBN 978-3-456-86307-8

<https://doi.org/10.1024/86307-000>

Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Die Inhalte dürfen nicht zur Entwicklung, zum Training und/oder zur Anreicherung von KI-Systemen, insbesondere von generativen KI-Systemen, verwendet werden. Das Verbot gilt nicht, soweit eine gesetzliche Ausnahme vorliegt.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung: Über die Cranio-Sacrale Körperarbeit	11
---	----

Teil 1: Ebenen und Richtungsbezeichnungen	21
--	----

1 Grundlegendes über Techniken der Cranio-Sacralen Körperarbeit	23
1.1 Die Mechanik einer Technik auf der Grundlage von Upledger	23
1.1.1 Das Liquordruckmodell	25
1.1.2 Rahmenbedingung für strukturelle Arbeit	27
1.2 Nervensystem – Physiologie	27
1.3 Techniken im Einklang mit dem Flüssigkeitskörper	30
1.3.1 Auswirkungen auf das Nervensystem	31
1.3.2 Verschiedene Tiden	32
1.3.3 Wahl der Tide für Techniken	34
1.4 Einflüsse auf das Flüssigkeitsfeld	36
1.4.1 Gravitation	36
1.4.2 Elektromagnetismus	36
1.4.3 Das Befinden der liegenden Person	38
1.4.4 Die Haltung der evaluierenden Person	39
1.5 Grundlegendes zur Arbeitsweise in der Cranio-Sacralen Körperarbeit	44
1.5.1 Nähe und Distanz 2: Stoffschichten und Neutralität	45
1.5.2 Abwehrmechanismen	47
1.6 Allgemeine Kontraindikationen	49
2 Das 10-Schritte-Protokoll nach Upledger	51
2.1 Evaluation	51
2.2 Stillpunkt	54
2.3 Mobilisation des Kreuzbeins	56
2.3.1 Mobilisation der Iliosacralgelenke mittels der Armbrücke	56
2.3.2 Traktion des Duralschlauches	57
2.3.3 Dekompression L5–S1	59
2.4 Entspannen der transversalen Strukturen	59
2.4.1 Entspannung des Beckenbodens (Pelvic Diaphragm Release)	60
2.4.2 Entspannung des Zwerchfells (Respiratory Diaphragm Release)	61

2.4.3	Entspannung des Brustkorbs (Thoracic Inlet Release)	62
2.4.4	Entspannung des Zungenbeinkomplexes (Hyoid Release)	63
2.4.5	Entspannung der Schädelbasis (Atlantooccipital Release)	64
2.5	Siebbeintechnik und Stirnbeintechnik	67
2.5.1	Siebbeintechnik (Os ethmoidale)	67
2.5.2	Stirnbein heben (Os frontale Lift)	68
2.6	Scheitelbeintechnik (Os parietale)	69
2.7	Keilbeintechnik	70
2.8	Kiefergelenk entspannen	72
2.9	Schläfenbeintechnik	74
2.10	Ausleiten der Sitzung	79
3	Weitere Techniken der Crano-Sacralen Körperarbeit	83
3.1	Intraorale Techniken	83
3.1.1	Mobilisation des Oberkiefers (Maxilla)	84
3.1.2	Pflugscharbein (Vomer)	85
3.1.3	Mobilisation der Gaumenbeine (Os palatinum)	86
3.1.4	Jochbeine (Os zygomaticum) lösen	86
3.1.5	Unterkiefer (Mandibula)-Unwinding – intraoral	87
3.2	Techniken über die Basis hinaus	87
3.2.1	Erweiterte Keilbeintechniken	88
3.2.2	Alternative Occipital-Technik	91
3.3	Arbeit mit Nerven	92
3.3.1	Ischiasnerv (Nervus ischiadicus)	92
3.3.2	Armnervengeflecht (Plexus brachialis)	94
3.3.3	Arbeit mit Gehirnnerven	95
3.3.4	Arbeit mit Ganglien	100
3.4	Arbeit mit dem Hormonsystem	102
3.4.1	Cranio-Sacrale Arbeit mit dem Hormonsystem	107
3.4.2	Techniken mit dem Hormonsystem	108
3.5	Fulkrum	118
3.6	Unwinding	118
3.7	Point of balanced tension	120
3.8	Stillpunkt	121
3.8.1	CV4 – Kompression des vierten Ventrikels	121
3.8.2	Stillpunkt am Kreuzbein (Os sacrum)	122
3.8.3	Stillpunkt von den Füßen	122
3.8.4	Indikatoren für Stillpunkte	123
3.8.5	Wirkweise Stillpunkte	124
3.8.6	Einsatzbereiche von Stillpunkten	124
3.9	Schädelhaltegriffe	125

4 Strukturen im Gehirn	127
4.1 Überblick	127
4.2 Der Hirnstamm (Truncus cerebri)	128
4.3 Das Zwischenhirn (Diencephalon)	130
4.3.1 Der Hypothalamus	130
4.3.2 Der Thalamus	131
4.4 Das Kleinhirn (Cerebellum)	132
4.5 Das Großhirn (Cerebrum)	132
4.6 Assoziations- und Projektionsbahnen	134
4.7 Glymphatisches System	135
4.8 Reaktion des Gehirns auf Stress	136
5 Körperarbeit und Gehirn	139
5.1 Grenzen und Möglichkeiten für die Arbeit mit dem Gehirn	141
5.2 Techniken mit den Gehirnstrukturen	141
5.2.1 Techniken für den Hirnstamm (Truncus cerebri) und das Kleinhirn (Cerebellum)	142
5.2.2 Arbeit mit dem Zwischenhirn (Diencephalon)	150
5.3 Arbeit mit dem Großhirn (Cerebrum)	156
5.3.1 Vorbereitende Techniken für die Arbeit am Großhirn (Cerebrum)	156
5.3.2 Liquorpumpe	157
5.3.3 Hirnhemisphären	158
5.3.4 Stirnlappen (Lobus frontalis)	159
5.3.5 Scheitellappen (Lobus parietalis)	161
5.3.6 Schläfenlappen (Lobus temporalis)	162
5.3.7 Hinterhauptlappen (Lobus occipitalis)	164
Teil 2: Traumaarbeit in der Cranio-Sacralen Körperarbeit	169
6 Neurobiologische Grundlagen von Trauma	171
6.1 Überaktivierte Gehirnstrukturen	172
6.2 Auswirkungen von Trauma auf Neurotransmittersysteme	176
7 Traumaarbeit in der Psychotherapie	179
8 Möglichkeiten und Grenzen der Traumaarbeit mit der Cranio-Sacralen Körperarbeit	183
8.1 Spezielle Kontraindikationen in der Traumaarbeit	183
8.2 Rahmenbedingungen für Traumaarbeit	184
8.3 Arbeiten im Netzwerk	185
8.4 Kritik an der bisherigen Traumaarbeit in der Cranio-Sacralen Körperarbeit	187

8.5	Abgrenzung zu bisherigen Vorgehensweisen in der Traumaarbeit innerhalb der Cranio-Sacralen Methode	188
8.6	Stärkung der Person durch Spannungslinderung als Vorbereitung für die Traumaarbeit oder Therapie	189
9	Grundlegende Begriffe in der Cranio-Sacralen Traumaarbeit	191
10	Grundidee der Traumaarbeit in der Cranio-Sacralen Körperarbeit	197
10.1	Positive Ressourcenarbeit	197
10.2	Traumaexploration	200
10.3	Traumaintegration	202
	10.3.1 Das Nachholen von Bewegungsimpulsen	202
	10.3.2 Das Annehmen von Gefühlen	206
10.4	Glaubenssatzarbeit	207
	10.4.1 Spüren von Glaubenssätzen auf körperlicher Ebene	208
	10.4.2 Das Auflösen von Glaubenssätzen	208
11	Traumaarbeit – ein neuer Ansatz	211
11.1	Nonverbale Traumaarbeit	213
	11.1.1 Das Auflösen von Gewebeerinnerungen über den Unspektakulären Ansatz	221
	11.1.2 Das Auflösen von Impulsen aus dem Nervensystem über den Unspektakulären Ansatz	227
	11.1.3 Der Segen der nicht wachbewussten Weiterführung	240
11.2	Lokalisation von Regionen, Teilen und Modi: Eine erweiterte Evaluation	243
	11.2.1 Lokalisieren von Körperstellen als Auslöser	244
	11.2.2 Unterschiedliche Kontaktarten	249
	11.2.3 Lokalisieren von Teilen	258
	11.2.4 Lokalisieren von Modi	262
11.3	Lösen von traumatisch bedingten Organeinstellungen	264
	11.3.1 Arbeit mit der Leber (Hepar) und Gallenblase (Vesica fellea)	266
	11.3.2 Arbeit mit der Milz	278
	11.3.3 Arbeit mit der Schilddrüse (Glandula thyroidea) und der Kehlkopfregion	288
	11.3.4 Techniken am Kehlkopf	291
	11.3.5 Arbeit mit den Nieren (Ren), den Harnleitern (Ureter) und der Harnblase (Vesica urinaria)	299
	11.3.6 Arbeit mit den Geschlechtsorganen (Organum genitale), dem Beckenboden und dem Becken (Pelvis)	305
	11.3.7 Arbeit mit dem Herzen (Cor)	327
	11.3.8 Highway of Expression	344
11.4	Auflösen von Glaubenssätzen auf der körperlichen Ebene	345
	11.4.1 Herz (Cor)	346
	11.4.2 Geschlechtsorgane (Organum genitale)	348

11.4.3 Leber (Hepar)	351
11.5 Techniken mit dem traumatisierten Gehirn	354
11.5.1 Ausgleich der Großhirnhemisphären unter der Berücksichtigung von Traumata	354
11.5.2 Ausgleich Hinterhauptlappen (Lobus occipitalis) und Frontallappen (Lobus frontalis)	357
11.5.3 Ausgleich Schläfenlappen (Lobus temporalis) und Stirnlappen (Lobus frontalis)	361
11.5.4 Ausgleich der meditemporalen Strukturen (Schläfenlappen (Lobus temporalis) und des Insellappens (Lobus insularis) mit dem Zwischen- und Mittelhirn (Di- und Mesencephalon).	366
11.5.5 Ausgleich Hinterhauptlappen (Lobus occipitalis) und Schläfenlappen (Lobus temporalis)	369
12 Interdisziplinäre Kommunikation und Arbeitsweise	373
12.1 Arbeiten im Netzwerk – Positionierung der Methode	373
12.2 Interview mit Dr. Juliane Becker	374
<hr/>	
Teil 3: Trauma- und neurodivergenzsensible Körperarbeit mit integrativem Anspruch	379
13 Integration als Teil der traumasensiblen Arbeit	381
14 Kontexte der Körperarbeit	383
14.1 Folgen sexualisierter Gewalt	383
14.2 Neurodivergenzen	390
14.3 Dissoziative Persönlichkeitssysteme und instabile Zustände	393
15 Coda: Abschlussüberlegungen und Hoffnungen	399
<hr/>	
Anhang	401
Autorin und Autor	403
Sachwortverzeichnis	405

Einleitung: Über die Cranio-Sacrale Körperarbeit

„Vor dem ersten Kontakt mit der Cranio-Sacralen Methode war mein Leben gewöhnlich. Ich vermisste nichts, weil man manchmal nicht vermissen kann, was man nicht kennt. Durch die Cranio-Sacrale Methode lernte ich die Lebendigkeit kennen: zunächst die Lebendigkeit in anderen Menschen, dann die Lebendigkeit in mir. Die Faszination an der Lebendigkeit, die ich durch meine Hände erfahren konnte, veranlasste mich dazu, mehr über die Cranio-Sacrale Methode lernen zu wollen. Diese Faszination hält mit jedem Tag an und bereichert mein Leben. Das Tolle an der Methode ist, dass sie mich jedes Mal aufs Neue überraschen und faszinieren kann. Wir arbeiten mit minimalem Druck und Zug, wie können wir solche Veränderungen bewirken? Jeder Mensch und jeder Körper fühlen sich anders an; jedes Mal während einer Sitzung darf ich eintauchen in diese Welt der Lebendigkeit, die mir zeigt, wie lebenswert das Leben ist.“ (Sophie Stern)

1. Geschichte und Gründer

Andrew Taylor Still (1828–1917) war Landarzt. Er hatte ein medizinisches Diplom, welches nicht vergleichbar ist mit einem Medizinstudium in unserem heutigen Sinne: Es war eine Ausbildung und kein universitäres Studium. Nach dem Tod seiner Frau, seiner drei Kinder und seines Vaters innerhalb von fünf Jahren begann Still, die Medizin der damaligen Zeit zu hinterfragen.

Er beschäftigte sich mit dem in dieser Zeit in Amerika aufkommenden Spiritismus. Hier handelte es sich um eine Mischung aus alternativen Heilmethoden wie Homöopathie, Mesmeris-

mus („[u]mstrittene Lehre vom sog. animalischen Magnetismus, nach der Krankheiten eine Folge der ungleichen Verteilung eines physikalisch erfassbaren allgegenwärtigen sog. Fluidums seien, welches das Universum erfülle und eine Verbindung zwischen den Menschen und Gestirnen herstelle“, (Mesmerismus, 2016), Phrenologie („Lokalisationslehre: topografische Zuordnung von psychischen Funktionen zu anatomischen Strukturen von Gehirn und Rückenmark“ (Phrenologie, 2016) und dem Abhalten von Séancen.

Wie die meisten Männer seiner Zeit war Still gleichermaßen von Technik fasziniert; so kam es, dass er, nach eigener Aussage, seit 1855 Maschinen studierte. Als Still schließlich eine Farm mit Milchkühen besaß, musste er sich mit der Erstellung von Butter und dem Rührprozess an sich beschäftigen. Es gelang ihm, eine Buttermaschine zu erfinden, für die er sogar eine Auszeichnung erhielt. Die Erkenntnisse über Maschinen und ihre Orientierung an Vollkommenheit ließen ihn nach Parallelen im menschlichen Körper suchen. Fasziniert von der Maschine Mensch begann er, Skelette aus Indianergräbern zu untersuchen und beschäftigte sich so lange mit dem Skelett, bis er jeden Platz der Knochen im menschlichen Körper auswendig wusste. Er erkannte, dass Iliosacralgelenke einer Mechanik zugrunde liegen und dass Ilium und Sacrum nicht ein komplett verknöchertes, unbewegliches Ganzes sind. Still leitete seine Theorien aus evolutionären Prinzipien ab. Er war fasziniert von Darwin und der Evolutionstheorie. Einer der späteren Studenten Stills bezeichnete die Osteopathie als „an-

gewandte Evolution“ (Trowbridge, 2008, S. 163). Aufgrund seiner bisher durchgeführten Forschungen nahm Still die folgenden Basisprinzipien für die Osteopathie an:

1. Der Körper arbeitet als völlige Einheit.
2. Der Körper besitzt selbstheilende und selbstregulierende Mechanismen.
3. Struktur und Funktion stehen in wechselseitiger Beziehung.
4. Anormaler Druck in einem Teil des Körpers führt zu anormalem Druck und Anspannung in anderen Teilen des Körpers.“ (Trowbridge, 2008, S. 161)

Für Still war jedes Lebewesen ein „vollkommener, biologischer und selbstregulierender Mechanismus“ (Trowbridge, 2008, S. 161), der dazu geschaffen war, vollkommen zu funktionieren. „Er ermutigte seine Studenten dazu, nach Gesundheit zu suchen, denn, wie er sagte, jeder kann Krankheit finden.“ (Trowbridge, 2008, S. 161) Im Jahr 1892 gründete er die American School of Osteopathy und war mit seinem ersten Jahrgang so dermaßen unzufrieden, dass er seine Schüler*innen aufforderte, die Ausbildungsklasse zu wiederholen. Er musste erkennen, dass das, was er sich in jahrelanger Faszination und Erforschung beigebracht hatte, nicht in ein paar Monaten vermittelt werden konnte. Im Laufe der Jahre vollzog er Anpassungen an seinem Lehrplan und erhöhte seine Ansprüche und die Ausbildungsdauer. Der zunächst zweijährige Unterricht bestand aus den Fächern Anatomie und Philosophie. Der schottische Arzt Dr. William Smith unterrichtete Anatomie, Still selbst die praktische Philosophie. (Hartmann, 2022)

Zusammenfassend zu Stills Wissensvermittlung lässt sich sagen, dass er keine methodische Vorgehensweise unterrichtete; für ihn standen das eigenständige Denken und Handeln im Vordergrund beim Erlernen der Osteopathie. Ein Zitat aus einer Konversation mit einem Auszubildenden beschreibt seine Gedanken hierzu noch einmal eindrücklich: „Ich will nicht, dass du oder sonst jemand, der Osteopathie studiert,

ein Nachahmer ist“ ... „Dir wurde ein Gehirn gegeben, damit du es benutzt und das musst du erkennen, wenn du erfolgreich sein willst.“ (Hartmann, 2022, S. 206). Mit dem steten Wachstum der Schule, bereits ab 1895, zog er sich allerdings mehr und mehr aus dem Lehrbetrieb seiner Schule zurück; er wollte sich nicht mit den administrativen Aufgaben befassen. 1917 starb er an den Folgen seines zweiten Schlaganfalls.

Zusammenfassend zu Stills Osteopathie lässt sich sagen: Es ging Still darum, „ein komplettes System der Gesundheitsfürsorge zu etablieren, das durch Optimierung der strukturellen Einheit (Integrität) die natürlichen Funktionen des Körpers aufspüren und unterstützen sollte“ (Comeaux, 2010, S. 68). Es war ihm wichtig, seinen Auszubildenden keinen technischen Ablaufplan, sondern in erster Linie Philosophie und Anatomie zu lehren.

William Garner Sutherland (1873–1954) war Schüler von Still und studierte an der American School of Osteopathy. Sutherland bezeichnete Still als den Entdecker der cranialen Osteopathie. Die Forschung in diese Richtung wurde jedoch über Sutherlands „Gedankenblitz“, wie er es selbst bezeichnete, zeigte sich für ihn deutlich bei der Betrachtung eines Schädels. Er erkannte in der Schuppennahaft (Sutura squamosa), die den Kiemen eines Fisches ähnlich sieht, die Funktion für einen Atemmechanismus. Um, wie er sagt, sich selbst zu beweisen, dass die Beweglichkeit zwischen den Schädelknochen beim Erwachsenen ein Ding der Unmöglichkeit sei (Hartmann, 2008), begann er mit seinen Untersuchungen. Diese fanden überwiegend an seinem eigenen Schädel statt. Er beschäftigte sich über 20 Jahre mit dem Studium der Schädelknochen, in erster Linie in Form von Selbstexperimenten. Während er zu Beginn zunächst rein biomechanische Untersuchungen der Schädelbeweglichkeit vornahm, entwickelte er erst gegen Ende der 1930er-Jahre zusätzliche Aspekte, wie die der „qualitativen Palpation und der Spiritualität bzw. der Metaphysik in der Osteopathie“ (Hartmann, 2022, S. 265).

Er prägte unter anderem den Begriff des *Primär Respiratorischen Komplexes*. „Dieser Komplex umfasst nach Sutherland verschiedene physiologische Vorgänge, so zum Beispiel die spontane Bewegung des Zentralen Nervensystems, die Fluktuation des Liquors, die geringfügige Bewegung der Schädelknochen und die unwillkürliche Bewegung des Kreuzbeins zwischen den Darmbeinknochen. Er beeinflusst über das ZNS den ganzen Körper, alle Organe sowie die hormonelle Regulation.“ (Bierbach & Lohmann, 2018, S. 44) „Das Kraniale [sic] Konzept wie es von Dr. Sutherland entwickelt und gelehrt wurde, schließt folgende Prinzipien ein:

- 1) Die Fluktuation der zerebrospinalen Flüssigkeit oder die Potenz der Gezeiten
- 2) Die Funktion der reziproken Spannungsmembran
- 3) Die Motilität des Neuralrohrs
- 4) Die gelenkvermittelte Mobilität der Schädelknochen
- 5) Die unwillkürliche Mobilität des Sakrums zwischen den Hüftknochen“ (Hartmann, 2008, S. 1).

Sutherland ging davon aus, dass während eines Atemzyklus eine Bewegung aller Teile ausgelöst wird. „Diese Bewegung ist an einer minimalen Erweiterung und nachfolgenden Verkleinerung der Schädelkalotte zu spüren.“ (Bierbach & Lohmann, 2018, S. 44) Sutherlands Forschungen verlagerten sich im Laufe der Jahre von der Beweglichkeit der Schädelknochen auf die Liquorbewegungen (Liquor cerebrospinalis). In den 1940er- und 1950er-Jahren arbeitete Sutherland mit dem Strömungspotenzial (Tidal potency) und am Ende seines Lebens hauptsächlich an Drehpunkten (*Fulkrum*), die in Ruhe, in sogenannten Stillpoints auftreten. (Mc Partland & Skinner, 2010, S. 97) „Die Stille der Tide ist das Ziel dieser Technik, es sind nicht die stürmischen Wellen, die an die Küste schlagen.“ (Hartmann, 2008, S. 1-148) Er unterschied verschiedene Flüssigkeitsbewegungen des Liquors, verglich sie mit dem Ozean und nannte sie Tiden.

James Jealous (1943–2021) war ein Schüler von Rollin Becker, einem Schüler Sutherlands. Dr. Jealous forschte über 30 Jahre in Sutherlands Schriften und trug mündliche Überlieferungen von Sutherlands Schülern zusammen. (Mc Partland & Skinner, 2010) Jealous begründete mit Sutherlands Cranialer Osteopathie sowie Blechschmidts Embryologie das biodynamische Konzept. Jealous ist der „wichtigste Repräsentant der Biodynamischen Osteopathie.“ (Mohr-Bartsch & Widmann, 2023, S. 9)

2. Cranio-Sacrale Körperarbeit heute

Hartmann (2022) bezeichnet in seinem Buch „Historisch reflektierte Osteopathie“ drei Hauptströmungen in der Osteopathie heute: die Amerikanische Osteopathie, die Commonwealth-Osteopathie und die Europäische Osteopathie. Es geht in dieser Unterscheidung um die unterschiedliche Entwicklung, die die Osteopathie vollzog, hauptsächlich begründet durch berufsrechtliche Einschränkungen, die Auswirkungen auf die Ausprägung und den Inhalt der Osteopathie haben.

In **Amerika** wurden Stills philosophische Aspekte nach und nach ausgeklammert. Inzwischen ist die Osteopathie in den USA ein voll anerkannter medizinischer Beruf, was zur Folge hat, dass sich die Lehrpläne osteopathischer Hochschulen an medizinische Universitäten mehr und mehr angeglichen haben. Aufgrund des Fehlens von osteopathischen Praxismöglichkeiten, zum Beispiel in der Form von osteopathischen Krankenhäusern, kommt es insgesamt zu einer Theoretisierung der Osteopathie. „Viszerale und kraniosakrale Osteopathie sind kein Bestandteil der regulären Osteopathie-Ausbildung in den USA. [...] Nur noch circa 5% behandeln ihre Patienten überwiegend mit den Händen.“ (Hartmann, 2022, S. 276)

Im **Commonwealth** hingegen entwickelte sich die Ausübung „von Beginn an im Kontext einer nicht-ärztlichen und rein manuellen Behandlungsmethode, mit Schwerpunkt auf muskuloskelettalen Beschwerdebildern“ (Hartmann, 2022, S. 277). Im Laufe der Jahre

entwickelte sich die Osteopathie hier im Sinne einer orthopädischen Osteopathie „vorwiegend zur Behandlung von Beschwerden des Bewegungsapparates“; die Techniken sind parietalstrukturrell (das Muskel- und Skelettsystem betreffend) orientiert. Eine Unterscheidung zwischen Osteopathie, Chiropraktik und Manualtherapie im Commonwealth ist nur schwer möglich; es wird kaum viszeral und nicht Crano-Sacral gearbeitet. (Hartmann, 2022)

In der **europäischen Osteopathie** gibt es aufgrund der unterschiedlichen nationalen Bestimmungen keine einheitliche berufliche Regelung und keinen einheitlichen Lehrplan für Osteopathie. Inhalte und Schwerpunkte können von Schule zu Schule oder sogar von Lehrer*in zu Lehrer*in variieren. Die Osteopathie-Verbände versuchen jetzt eine Vereinheitlichung herzustellen. Unserer Meinung nach könnte das ähnliche Konsequenzen wie bereits in den USA zur Folge haben.

Strukturell-funktionale bzw. biomechanische versus biodynamische Denkweise

Sutherlands ursprüngliche Orientierung an der Biomechanik veränderte sich im Laufe der Jahre zu der Orientierung an den Flüssigkeitskörpern im Körper. Gegen Ende seines Lebens hörte er sogar auf, „Bewegungen zu testen, sämtliche Drehpunkte treten in Stillpoints auf“ (Mc Partland & Skinner, 2010, S. 97).

Die Grundlage der biodynamischen Denkweise der cranialen Osteopathie bezieht sich auf drei Lehrer: Still, Sutherland und Jealous (Mc Partland & Skinner, 2010). Nach dem Tod Sutherlands wurde sein Konzept des *Atoms des Lebens* durch eine Studiengruppe unter der Leitung von Rollin Becker weiter ausgearbeitet. „Daraus entwickelte sich letztendlich die biodynamische Osteopathie“. (Hartmann, 2022, S. 273) James Jealous prägte den Begriff.

Unabhängig von dieser Gruppierung unternahm Upledger – beauftragt von der American Osteopathic Association – eigene Untersuchungen, „um die Kraniosakrale Bewegung um Sutherland innerhalb der amerikanischen Osteopa-

the“ (Hartmann, 2022, S. 273) zu untersuchen. Ergebnisse dieser Untersuchungen waren die Eröffnung einer eigenen Schule und die Benennung seiner Methode unter dem Namen „Kraniosakrale Therapie“. Upledger bezieht in seine Therapie die emotionale Ebene und den Dialog in die Behandlung mit ein und prägt das Modell des Liquordrucksystems in seinen Ausführungen (Agostoni, 2006).

3. Ganzheitliche Crano-Sacrale Körperarbeit

Der Begriff *ganzheitlich* scheint uns in der Vielzahl seiner Verwendungen überstrapaziert zu sein. Viele Methoden und Ansätze schreiben sich den Begriff auf die Fahne. Schauen wir dann genauer auf die damit gemeinte Vorgehensweise, finden wir leider immer wieder Ansätze, die letztendlich symptombezogen sind oder ähnliche Einschränkungen zur Ganzheitlichkeit aufweisen. Ganzheitlichkeit fordert die Betrachtung einer Sache oder eines Sachverhaltes in ihrer oder seiner Einbettung in ein übergeordnetes System. Im Idealfall ist das übergeordnete System so weit wie möglich beziehungsweise so weit wie erfahrungsgemäß sinnvoll zu ziehen. In der Ontologie (Ganzheitslehre) sowie im asiatischen Denken (chinesische Philosophie) ist das übergeordnete System ‚Alles‘, also der gesamte Kosmos mit all seinen uns bekannten wie auch unbekannten Teilen. Aus unserer Sicht ist dies auch für die Crano-Sacrale Körperarbeit die richtige Einordnung. Diese bedarf dann natürlicherweise einer Einschränkung auf greifbare Dimensionen. So ist es aus unserer Sicht selbstverständlich, dass ein gesundheitsbezogener Ansatz Faktoren wie Ernährung, psychische Belastung usw. mitdenkt und versucht mitzuberücksichtigen.

Einerseits bedeutet diese Sichtweise scheinbar ein immer größer werdendes Betätigungsfeld, andererseits kann sie als Weg betrachtet werden, an dem wir uns mit unserer Betrachtung im Sinne einer deduktiven Arbeitsweise folgend entlang bewegen können. Wir haben demnach keine im Vorfeld festgelegten Gren-

zen, wo die Wirkweisen der Einflussfaktoren auf den Menschen, seine Gesundheit oder sein Anliegen, weshalb er zu uns kommt, aufhören. Uns genügt, dass wir einen Ausgangspunkt haben. Dieser Ausgangspunkt ist immer der Körper, der zu uns kommt und genauer das Crano-Sacrale System (CSS) des Menschen, der zu uns kommt. Von dort aus betrachten wir in deduktiver Weise die Wirkfaktoren auf das CSS, falls es sich nicht durch technische Impulse selbst reguliert. Hierbei entfernen wir uns immer nur so weit von unserem Fachgebiet, dem CSS, wie es unumgänglich erscheint.

Ganzheitlich ist es immer dann, wenn uns in jedem Fall einer Einschränkung gegenwärtig ist, dass diese Einschränkung nicht für sich stehend existiert. Im tibetischen Denken nennt sich dieses Denken Ten Del (Nippold, 2020, S. 49). Diese Perspektive hilft, verständnisvoll und geduldig zu reagieren, wenn eine Struktur sich nicht so verhält, wie erwartet. Ganzheitlich ist es hier, den Blick von der Struktur zu lösen und in die nächste Dimension der Wirkzusammenhänge zu schauen, oder besser, zu spüren. Verstehen zu wollen, zu lauschen oder zu fragen: Was ist hier, oberhalb, außerhalb oder innerhalb der zunächst von der behandelnden Person betrachteten Stelle und was wirkt auf diese?

Niemals können wir also eine Krankheit heilen, eine Blockade lösen oder einen Gesundheitszustand allein verbessern. Es können sich Wirkzusammenhänge verändern lassen, die dann andere Auswirkungen zeigen werden. Das ist die ganzheitliche Körperarbeit.

4. Möglichkeiten und Grenzen der Crano-Sacralen Körperarbeit

Die Grenzen und Möglichkeiten verändern sich mit Ihren persönlichen Rahmenbedingungen, was berufliche Qualifikation und Zugehörigkeitsverhältnisse angeht.

- Sind Sie angestellt oder selbstständig tätig? Arbeiten Sie auf Auftrag oder Weisung? Arbeiten Sie auf eigene Verantwortung und allein bzw. sind Sie in einen Kontext even-

tuell auch mit anderen Berufsgruppen eingebettet?

- Was rechtliche Grundsätze angeht, erkunden Sie sich bitte nach den aktuell und für Sie lokal gültigen Maßgaben zur Arbeit mit der Crano-Sacralen Methode.
- Die Möglichkeiten und Grenzen Ihrer Arbeit werden auch durch die allgemeinen und speziellen Kontraindikationen der Crano-Sacralen Methode bedingt (vgl. Kapitel 1.6).

Die Einbettung der Crano-Sacralen Anwendung in das Gesamtsystem des Gesundheitswesens: interdisziplinäre Zusammenarbeit

Zunächst zeigen wir ein Bild, welches den momentanen Stand abbildet, wie er zumindest nicht selten ist. Darauf aufbauend entwickeln wir ein Bild, welches sich aus unserer Sicht leider noch als Utopie bezeichnen lässt. Lokal und temporär bestehen diese Tendenzen jedoch bereits, und wir hoffen, nicht zuletzt durch das Schreiben dieser Zeilen, einen winzigen Beitrag zu deren weiterer Förderung beizutragen.

Negative Entwicklungen im Gesundheitssystem, Polarisierung innerhalb der Osteopathie, rechtliche Hürden, Tendenzen, Aussagen und Ausrichtungen einzelner Vertreter*innen der Crano-Sacralen Methode haben dazu beigetragen, dass sich ein eigenständiges Berufsbild ergeben hat, nämlich das der/des Crano-Sacral-Praktizierenden. Wir wollen hier nicht auf diese Entwicklung eingehen, dazu wäre eine eigene geschichtliche Abhandlung notwendig, sondern auf die Lösung schauen. Vorab jedoch eine Konsequenz: Es gibt Crano-Sacral-Praktizierende, die oder die als Quereinsteiger*in im zweiten Bildungsweg eine teilweise nur wenige Wochen dauernde Ausbildung absolviert hat, da die Osteopathie die Crano-Sacrale Methode separiert hat. Durch die Schwierigkeit, die Wirksamkeit der Methode zu erforschen, sind Datenerhebungen aufgrund der geforderten Normierung von Datensätzen unmöglich und die Methode rutschte in den Bereich von als unseriös zu bezeichnenden Heilmethoden. Die

Gründe liegen in der Ganzheitlichkeit sowie der Funktionsweise des Cranio-Sacrale Systems und an den dadurch begrenzten Untersuchungsmöglichkeiten.

In diesem Umfeld wurde die Methode weiter vermischt und nachweislich unsachliche Thesen wurden zu ihrer Wirksamkeit herbeizitiert. Das Ergebnis war der oder die auf sich gestellte Praktizierende, der oder die ohne qualifizierte Ausbildung nun auch Meinungen zur Lebensführung, der Ernährung und anderen Lebensbereichen zu ihrer oder seiner Behandlung hinzufügte. Diese Polarisierung trennte das Fachpersonal wie Therapeut*innen, Ernährungsberater*innen, Ärzt*innen und andere immer weiter von den Praktizierenden der Methode.

Was wir uns vorstellen und für die Zukunft wünschen

Wir wünschen uns eine klare, der Ausbildung entsprechende Qualifikation, die eindeutig Kompetenzen zuweist und abgrenzt. Hierfür ist einerseits eine mehrstufige Ausbildung nötig, die unterschiedliche Schwerpunkte berücksichtigt. So ist es beispielsweise aus unserer Sicht nicht notwendig, dass jede*r, der oder die eine Entspannungsmethode mit 5-20 g anbietet, Ärzt*in oder Arzt, Heilpraktiker*in oder Therapeut*in sein müsste. Andererseits lassen sich bei ausreichender Erfahrung viel mehr Felder als die Entspannung abdecken, sodass in weiteren Ausbildungsstufen die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf eine ähnliche Weise gefördert werden müsste, wie dies zwischen Heilpraktiker*innen (HP) und Ärzt*innen sowie dem Gesundheitsamt geregelt ist. (Beispiel: Der oder die HP muss gewisse Infektionskrankheiten dem Gesundheitsamt melden und bei manchen Symptomen raten, einen Arzt oder eine Ärztin zu konsultieren.) Was im Idealfall herauskommen könnte, ist ein oder eine Cranio-Sacral-Praktizierende*r, der oder die in der Lage ist, erste psychologische Indikatoren zu erkennen, wenn seine oder ihre Zusatzqualifikation, wie z.B. Cranio-Therapeut*in heißen, ausreichend

Informationen zu psychischen Erkrankungen, deren Früherkennung und erste Einordnung beinhalten würde. Dann ist eine Zusammenarbeit mit Kolleg*innen der Psychologie einfacher und auch wahrscheinlicher. Das Gleiche gilt für sämtliche Bereiche, die wir hier in diesem Buch aufzeigen. Etwa Cranio-Sacrale Körpertherapie, die an die Physiotherapie oder Manualtherapie verweist, wenn die strukturellen Anforderungen gegeben sind, z.B. das Erkennen der Notwendigkeit einer Lymphdrainage.

Umgekehrt können Fachkräfte die Möglichkeiten nutzen, indem sie sich an Praktizierende der Cranio-Sacralen Methode wenden, die die Möglichkeit haben, auf nonverbaler Ebene mit Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung oder anderen einen Kontakt herzustellen oder Ähnliches. Hierfür müssten jedoch auch Ärzt*innen, Psycholog*innen und andere die spezifischen Möglichkeiten der Methode kennen. Bei Zahnärzt*innen und Kieferorthopäd*innen wären diese z.B. die Interventionen bei CMD (Cranio-Mandibulärer Dysfunktion). Dies ist in diesem Bereich vielerorts gegeben und wird bereits genutzt.

Cranio-Sacral-Praktizierende müssen aus unserer Sicht nicht alle diese Bereiche abdecken. So arbeiten wir in unseren Ausbildungen bereits nach Erlernen der Entspannungsmethode, die die Grundlagen und grundlegenden Techniken der Cranio-Sacralen Methode beinhaltet, an der Spezialisierung. Positive Beispiele für eine gelungene Integration der Cranio-Sacralen Methode sehen wir, wenn etwa Cranio-Sacral-Praktizierende als Hebammen arbeiten, im Hospiz, einer Klinik, einem Krankenhaus oder vergleichbaren Einrichtungen angestellt sind und so von Fachkräften gezielt eingesetzt werden können. Als ebenfalls gelungen sehen wir die Beziehungen zu Ärzt*innen und Therapeut*innen, die wir persönlich kennen, die die Methode selbst kennen und zwischen denen ein beidseitiger Austausch und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit bereits stattfindet. So können sich die verschiedenen Schwerpunkte hervorragend ergänzen.

5. Weitere Strömungen und Einflüsse

Die **Körperpsychotherapie** entwickelte sich zum einen aus der Psychoanalyse und zum anderen aus den Reformbewegungen in Gymnastik und Tanz Anfang des 20. Jahrhunderts (Röhricht, 2000). Es gab noch andere Einflüsse, die für die Entwicklung der Körperpsychotherapie eine Rolle spielten. Um diesen Abschnitt nicht zu überfrachten, sollen hier nur einige grob skizziert werden. Besonders interessant scheinen uns diejenigen zu sein, aus denen man Parallelen zur Crano-Sacralen Traumaarbeit ziehen kann. Ganz grob kann man sagen: Die Körperpsychotherapie unterlag den Einflüssen aus Tanz, Theater und Philosophie sowie der Psychoanalyse. Ebenfalls großen Einfluss hatten die humanistische Psychologie, die Reformpädagogik und die Körpertherapie (**Abbildung 1**).

Die Beweggründe, den Körper mit einzubeziehen, resultierten einerseits daraus, dass die Behandlungsergebnisse, die aus der Schulmedizin, aber auch der Psychoanalyse hervorgingen, unzureichend waren. Andererseits lag es in der Natur der Zeit, dass sich die Einstellungen zum Körper veränderten und ihn mehr ins Bewusstsein rückten.

Während Sigmund Freud nur in den Anfängen seiner Psychoanalyse mit dem Körper in Form von Massage arbeitete (Röhricht, 2000), gab es andere Zeitgenossen Freuds, die diesen Ansatz beibehielten beziehungsweise ihn sogar weiterentwickelten. So ist eine Aussage von Groddeck, der auch von Downing als der erste Körperpsychotherapeut bezeichnet wurde, auf dem IV. allgemeinen ärztlichen Kongress für Psychotherapie in Dresden 1931: „Massage und Psychotherapie gehören zusammen.“ (Röhricht, 2000, S. 55) Auch Ferenczi, ein ungarischer Psychoanalytiker in den 1920er-Jahren, passte sein Vorgehen immer wieder den Problemen der Patient*innen und der Behandlungssituation an und arbeitete mit körperbezogenen Interventionen (Röhricht, 2000). Er fand einen Zugang über die Regression – ein „Abwehrmechanismus mit Zurückgreifen auf frühkindliche oder entwicklungsgeschichtlich ältere Stufen

zur Entlastung von einer als unerträglich empfundenen Situation“ (Regression, 2016) – hatte aber kein Konzept, diesen regressiven Zustand wieder aufzulösen.

Wilhelm Reich, ein Schüler Sigmund Freuds, entwickelte ab 1934 einen maßgeblichen Ansatz in der Körperpsychotherapie. Dieser Ansatz nannte sich Vegetotherapie und hatte zum Ziel, die „vegetative Lebendigkeit des Patienten freizusetzen“ (Röhricht, 2000, S. 59). Er entstand aus der Notwendigkeit, einer Patientengruppe einen behandlungstechnischen Zugang zu ermöglichen, die noch Jahrzehnte später psychoanalytisch als nicht zu behandeln galt. Reich erkannte die Bedeutung frühkindlicher Traumatisierung auf die Entwicklung seiner Patient*innen, die keine stabile Ich-Struktur aufbauen konnten und deren Bedürfnisse auf eine sofortige Erfüllung drängten. Reich setzte sich für eine Abwandlung der psychoanalytischen Technik mit einem Schwerpunkt auf der Aufdeckung des Unbewussten im aktuellen Kontakt mit der Gegenwart ein.

Reich blieb den Ursprüngen in Freuds Libido-Theorie treu, in der er ein Therapieziel in dem Auflösen der Erregungsstauung sah, „um orgastische Potenz zu erlangen“ (Röhricht 2000, S. 57). „Ursprünglich bezog er sich damit auf den Verlauf sexueller Erregung, in späteren Schriften wandte er die Formel allgemein auf den Prozess vegetativer Erregung an.“ (Kaul, 2024, S. 220)

Ausschlaggebender Punkt für die Arbeit mit dem Körper war jedoch die Erkenntnis über die Bedeutung von Widerständen in Form einer Abwehr, die dem in der Psychoanalyse üblichen freien Assoziieren im Weg standen. Reich erkannte, dass bestimmte Charakterhaltungen mit gewissen Körperhaltungen einhergingen. Im Laufe der Zeit ging er dazu über, die Arbeit am Körper anzusetzen, denn er ging davon aus, dass sich die psychische Störung auch über die muskuläre Verkrampfung lösen lasse (Röhricht, 2000). Im Folgenden lassen sich Parallelen zur Traumaarbeit in der Crano-Sacralen Körperarbeit ziehen.

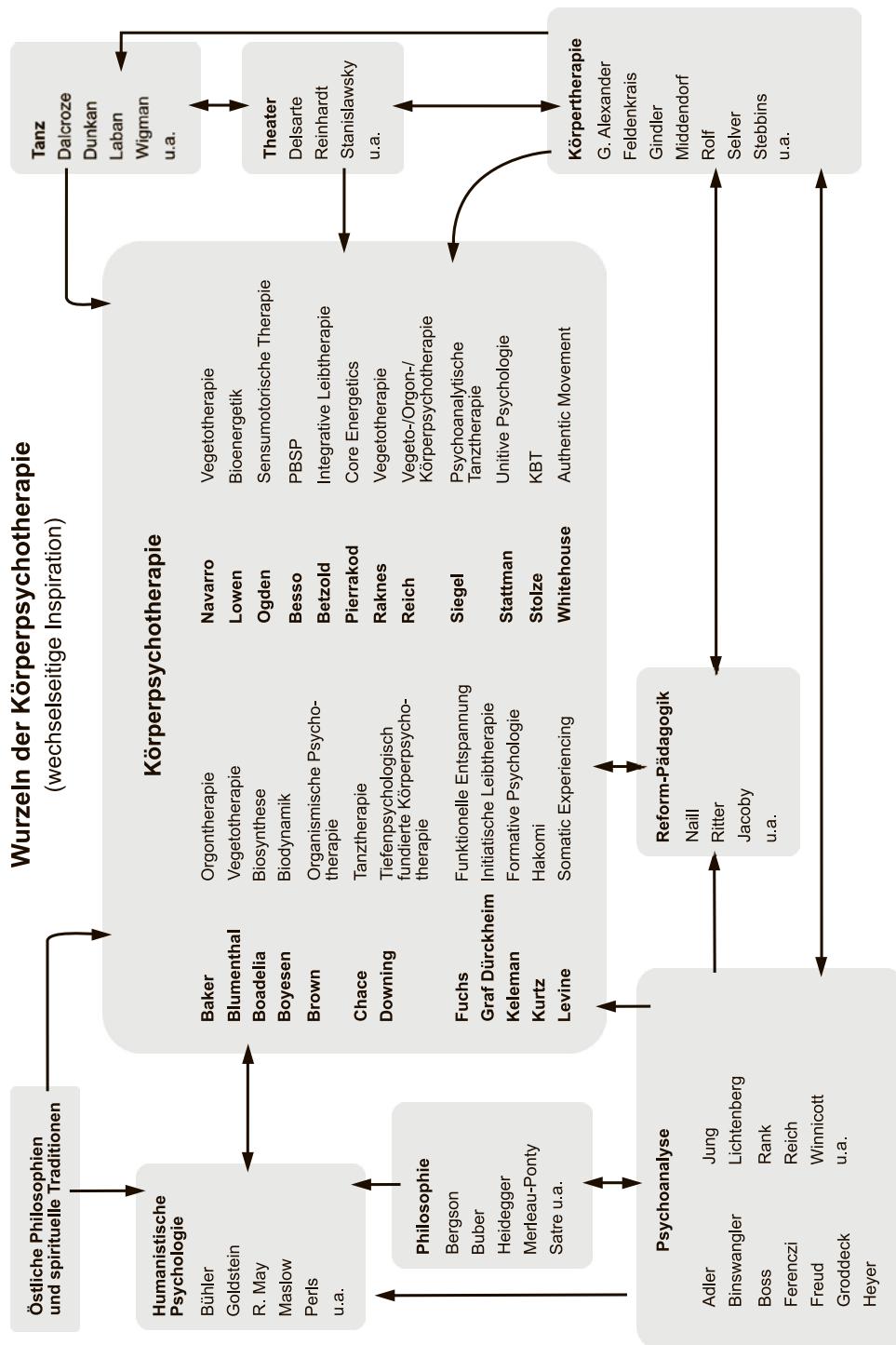


Abbildung 1: Wurzeln der Körperpsychotherapie (nach Henn-Mertens & Zimmek, 2021)

Durch den körperlichen Kontakt versuchte Reich, die in der körperlichen Verkrampfung liegenden „unbewussten Konflikte aufzudecken und Erinnerungen freizulegen, die in der Panzerung gefangen waren und die Erinnerung mit mehr Affekt zu beleben“ (Röhricht, 2000, S. 59). Er ging davon aus, dass sich „die wesentlichen Veränderungen im Bereich des Vegetativen abspielten und seine Behandlung zielte darauf, die vegetative Lebendigkeit des Patienten freizusetzen“ (Röhricht, 2000, S. 59).

Beeinflusst wurde Reich derzeit von den aktuellen Strömungen in Berlin, von Rudolf von Laban und Elsa Gindler. Von Labans tanzpädagogisches Konzept zielte darauf, natürliche Bewegung freizulegen, und Elsa Gindler gründete 1917 ein „Seminar für harmonische Körpersbildung“. Wichtig war, dass über das Gewahrwerden das Bewusstsein für den eigenen Körper geweckt werden sollte. Auch hier kann man Parallelen zur Cranio-Sacralen Traumaarbeit ziehen. Gindler machte beispielsweise über das Erspüren ein körperliches Schreckmuster deutlich und brachte letztendlich über die Bewusstwerdung, wie sich jemand am Atmen hinderte, dazu, zu erkennen, wie die Atmung auch wieder zu lösen ist. „Gindler ging es dabei wie Reich um das ‚Wie‘ der Verspannung; ihr Ansatz war rein leibpädagogisch und nicht aufdeckend psychotherapeutisch.“ (Röhricht, 2000, S. 60) Gindlers Einfluss prägte die Arbeit von Helmut Stolze. Aus ihrem Ansatz heraus entwickelte er eine körperpsychotherapeutische Methode, die er 1958 *Konzentriative Bewegungstherapie* (KBT) nannte. In der KBT soll über Erfahrung und Agieren mit Hilfe von Gegenständen wie Ball, Seil oder Stock ein Weg zum Erinnern geschaffen werden. Die KBT verbreitete sich seit den 1950er-Jahren derartig, „dass sie heute in den psychosomatischen und auch in den psychiatrischen Kliniken in Deutschland die am meisten vertretene körperpsychotherapeutische Methode sein dürfte“ (Röhricht, 2000, S. 62).

In den 1970er- und 1980er-Jahren wurde die Körperpsychotherapie von der humanistischen Psychotherapie beeinflusst: Aus „der Verbin-

dung von humanistischer Psychotherapie, insbesondere der Gestalttherapie mit dem körperbezogenen Ansatz nach Gindler und dem psychoanalytischen Denken entstand die integrative Therapie nach Petzold“ (Röhricht, 2000, S. 71). Aus der Gesprächspsychotherapie nach Carl Rogers entwickelte Gendlin 1998 einen körperbezogenen Psychotherapieansatz, das Focusing.

Auf Grundlage von Reichs Konzepten entwickelte sich die Biodynamik. 1987 kombinierte Gerda Boyesen, Psychologin und Physiotherapeutin, die vegetotherapeutische Arbeit nach Reich mit psychotherapeutisch wirksamen Techniken wie der Massage von Muskeln, Faszien oder Bindegewebe. Die „Massagen sollten dazu dienen, die Energie der verdrängten Affekte auf einem nicht expressiven vielmehr sanften Weg eines inneren Verdauens oder Schmelzens zu entladen“ (Röhricht, 2000, S. 72). Dieser Ansatz entspricht am ehesten der von uns heute vertretenen Arbeitsweise in der Cranio-Sacralen Körperarbeit (vgl. Teil 2).

Lowen, der Begründer der Bioenergetik, entwickelte zum einen die Theorie der Charakterstrukturen weiter, zum anderen stellte er die These auf, dass jede chronische Muskelverspannung eine Ausdruckshemmung eines Gefühls sei. Zuletzt sei noch eine Entwicklung in der analytischen Körperpsychotherapie aufgeführt, die besonders bei Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung, die kein intaktes Ich entwickeln konnten, einen besonderen Behandlungsbedarf ableiteten. „Moser betont hier das Stützen und Halten und das elementare Erkunden von Ängsten und Wünschen in einem körpersprachlichen Dialog“ (Röhricht, 2000, S. 73). Auch diese Art des Arbeitens entspricht unserem Ansatz der Cranio-Sacralen Traumaarbeit (vgl. Teil 2). Regressive Arbeit wird von den Psychoanalytiker*innen in den 1990er-Jahren als Progression postuliert. Letztendlich versuchte Downing 1996, die Objektbeziehungstheorie und die Säuglingsforschung in die Körperpsychotherapie einfließen zu lassen. Nach Downing helfen körperliche Techniken, affektmotorische Sche-

mata zu beleben oder hinderliche zu überwinden. Dies entspricht auch unserer Arbeitsweise, wie in Teil 2 aufgezeigt wird.

Literatur

- Agostoni, D. (2006). *Craniosacral-Rhythmus. Praxisbuch zu einer sanften Körpertherapie*. Kösel-Verlag.
- Bierbach, E. & Lohmann, M. (2018). *45 Naturheilverfahren - fit für die Heilpraktikerprüfung nach den neuen Prüfungsleitlinien*. Urban & Fischer.
- Comeaux, Z. (2010). Kranialtherapie und Medizin der Rahmen für eine Integration. In L. Chaitow (Hrsg.), *Kraniosakrale Manipulation* (S. 66–91). Urban & Fischer.
- Downing, G. (1996). *Körper und Wort in der Psychotherapie. Leitlinien für die Praxis*. Kösel.
- Hartmann, C. (2022). *Historisch reflektierte Osteopathie. Auf dem Weg zu einer philosophischen Konstitutionsmedizin* (2. Auflage). Jolandos.
- Hartmann, C. (Hrsg.). (2008). *Das große Sutherland-Kompendium*. Jolandos.
- Henn-Mertens, G. & Zimmek, G. (2021). *Körperorientierte Techniken in der Schematherapie*. Beltz Verlag.
- Kaul, E. (2024). Atem- und Körperarbeit. In E. Kaul & M. Fischer, (Hrsg.), *Einführung in die integrative Körperpsychotherapie IBP (Integrative Body Psychotherapy)* (S. 219–258). Hogrefe.
- Mc Partland, J. & Skinner, E. (2010). Biodynamisches Modell der kranialen Osteopathie. In L. Chaitow (Hrsg.), *Kraniosakrale Manipulation* (S. 94–112). Urban & Fischer.
- Mesmerismus. (2016). In *Pschyrembel online*. <https://www.pschyrembel.de/Mesmerismus/P056L/doc/>
- Mohr-Bartsch, A. & Widmann, C. (2023). *Lehrbuch Craniosacrale Trauma-Therapie bei Säuglingen und Kindern* (2. Auflage). ML Verlag.
- Nippold, S. (2020). *Die Daoistische Kampfkunst. Baguazhang. Die Chinesische Philosophie in der Praxis des Inneren Wushu*. Verlag Dr. Kovac.
- Phrenologie. (2016). In *Pschyrembel online*. <https://www.pschyrembel.de/Phrenologie/P04NW>
- Regression. (2016). In *Pschyrembel online*. <https://www.pschyrembel.de/Regression/KOJKV/doc/>
- Röhricht, F. (2000). *Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen. Ein Leitfaden für Forschung und Praxis*. Hogrefe.
- Trowbridge, C. (2008). *Andrew Taylor Still 1828–1917. Eine Biografie über den Entdecker der Osteopathie*. Jolandos.

Teil 1: Ebenen und Richtungsbezeichnungen

In diesem Abschnitt werden wir die Lage- und Richtungsbezeichnungen skizzieren, damit die Beschreibungen der Techniken unmissverständlich und klar sind. Für die Lagebezeichnung eines Menschen im Raum gehen wir von einem dreidimensionalen Raum aus. Die **Abbildung 2** verdeutlicht die drei möglichen Betrachtungsebenen. Wir unterscheiden die Sagittalebene, die Frontalebene und die Transversalebene. Bei diesen Ebenen ist es hilfreich, sich einen Schnitt bzw. eine Schnittführung durch den menschlichen Körper vorzustellen, um die Ebenen besser

greifen zu können. Bei der Sagittalebene kann sich eine Schnittführung vorgestellt werden, die, wie der Name Sagittal (der Pfeil) schon sagt, wie ein Pfeil durch den Körper des Menschen geht. Die Frontalebene bezieht sich auf die Frontalansicht des Menschen, und die Transversalebene meint die Ebene, die horizontal, also quer durch den Körper geht. Die Richtungsbezeichnungen werden auch in der **Abbildung 3** erläutert. Sie sollen, um den Lesefluss des Textes nicht zu stören, größtenteils ohne die deutsche Übersetzung verwendet werden.

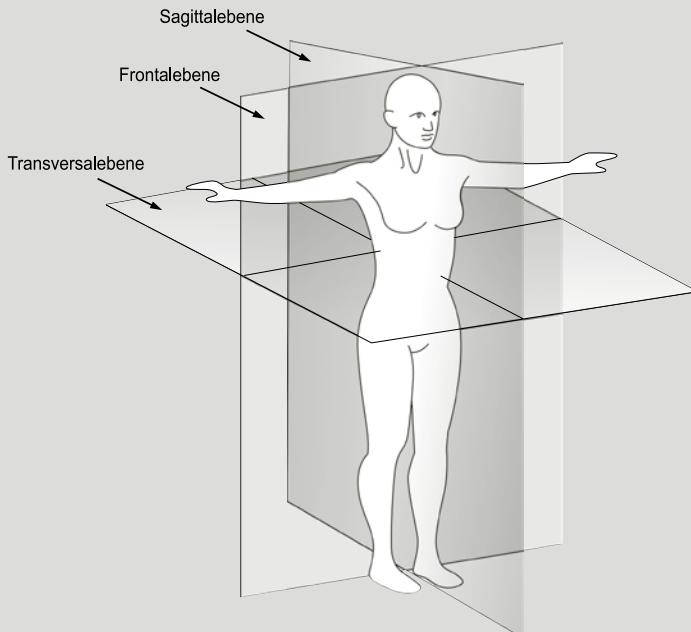


Abbildung 2: Ebenen im Körper

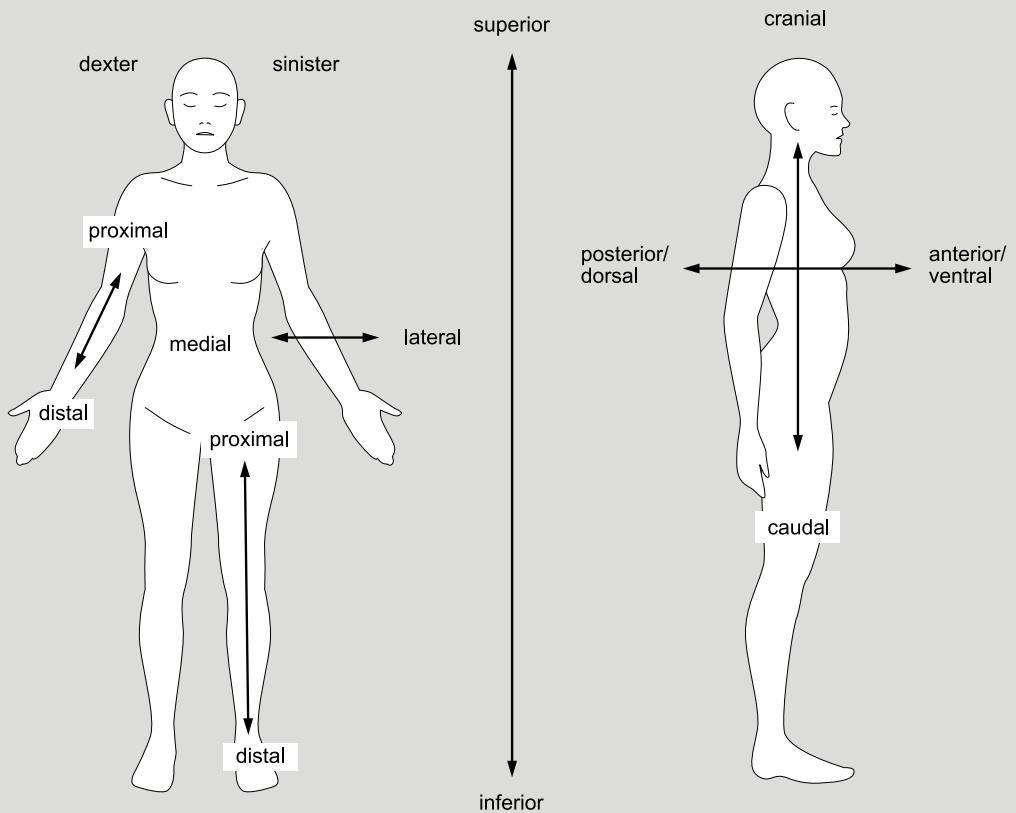


Abbildung 3: Richtungsbezeichnungen im Körper

1 Grundlegendes über Techniken der Cranio-Sacralen Körperarbeit

Die strukturelle Arbeit bezieht sich zunächst auf die Mechanik der knöchernen Strukturen. Wie in der Einleitung beschrieben, erkannte Sutherland das Bewegungspotenzial der Schädelknochen, welche der damaligen Auffassung und teilweise noch heutigen Ansicht zufolge fest verknöchert sind. Besonders Upledger ist es zu verdanken, dass diese Beweglichkeiten weitgehend untersucht und festgeschrieben werden konnten.

Grundlage der strukturellen Arbeit ist es, die potenzielle Bewegung der Knochen des Cranio-Sacralen Systems zu kennen. Im Gegensatz zu Upledger (1999) wollen wir von einer potenziellen Bewegung ausgehen. Upledger beschreibt die Bewegungen der Knochen in ihrem Bewegungspotenzial, was annehmen lässt, dass diese Bewegung bei den meisten Menschen wie von ihm beschrieben abläuft und nur in Fällen einer Blockade gestört ist.

Durch jahrelange Erfahrung in den Klassen unserer Ausbildungen in Cranio-Sacraler Körperarbeit, von der Cranio-Sacralen Körperarbeit als Entspannungsmethode bis zur Cranio-Sacralen Körpertherapie, halten wir es jedoch für sinnvoll, die Erwartung umzukehren. Bei den meisten Menschen ist das Cranio-Sacrale System so fest geworden, dass zunächst nach Strukturen gesucht werden sollte, die die von Upledger beschriebenen Bewegungen noch vollziehen. Teilweise sind die Bewegungen so gering geworden, dass sie selbst für erfahrene Therapeut*innen kaum wahrnehmbar sind.

Davon ausgehend, dass die potenzielle Bewegung des Knochens bekannt ist, wird nun in der strukturellen Arbeit diese Beweglichkeit

überprüft und bei Bedarf eine Mobilisation der Struktur eingeleitet. Eine Mobilisation der knöchernen Strukturen ohne die Berücksichtigung des Liquor cerebrospinalis ist demnach möglich.

1.1 Die Mechanik einer Technik auf der Grundlage von Upledger

In der bestehenden Literatur liegt ein großes Spektrum in der Genauigkeit der Darstellung vor, welches die Mechanik der Knochen erklärt. So finden wir bei Upledger (1994) eine Vereinfachung in Bezug darauf, wie sich das Liquordruckmodell (vgl. Kapitel 1.1.1) auf die Schädelknochen auswirkt, die lediglich für Leser*innen oder Einsteiger*innen in der Ausbildung eine ausreichende Erklärung abgibt.

Um selbst an einem Schädel arbeiten zu können, ist diese Darstellung zu vereinfacht. Irreführende Informationen können hier zu falschen Schlüssen führen. Am deutlichsten ist die Tatsache, dass auf Höhe des Keilbeins (Os sphenoideale) sicherlich keine Lateralfluktuation in einem solchen Ausmaß stattfinden kann, wie sie in **Abbildung 4** vermutet werden müsste.

Lateralfluktuation bedeutet eine seitliche, nach außen gerichtete Bewegung von schwimmender Natur durch den Liquordruck. Die eingeschränkte Lateralfluktuation in diesem Bereich liegt daran, dass das Keilbein (Os sphenoideale) ein durchgängiger Knochen ist, der auf beiden Schädelseiten palpierbar ist. Um der Abbildung 4 entsprechen zu können, müsste die laterale Bewegung ausschließlich aus einer Mo-

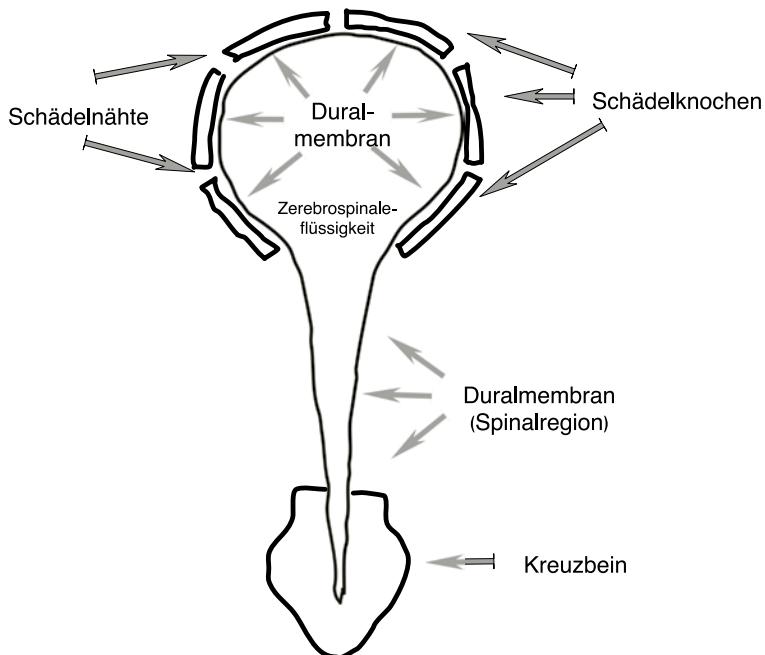


Abbildung 4: Vereinfachte Darstellung des Liquordruckmodells nach Upledger (1994)

tilität des Keilbeins (Os sphenoidale) entspringen. Motilität meint die Eigenbewegung innerhalb eines Körpers. Das bedeutet, dass sich hier das Keilbein (Os sphenoidale) selbst so weit ausdehnen müsste, wie die umliegenden paaren Knochen von der Schädelmitte durch den Liquor nach außen treiben. Diese Eigenbewegung kann jedoch niemals eine Amplitude erreichen, die der Lateralfluktuation der umliegenden Strukturen entspricht.

Abbildung 4 kann Laien oder Einsteiger*innen als Beispiel dienen, die Bewegung grob zu beschreiben, die bei der Palpation des Schädels erwartet werden darf. Sie sollte jedoch nicht ohne den entsprechenden Hinweis ihrer Unzulänglichkeit verwendet werden.

Wesentlich detaillierter wird die Bewegung der Schädelknochen von Rang und Höppner (1998) beschrieben. Die Autoren zeigen die Bewegung jedes einzelnen an der Bewegung des Crano-Sacrale Systems beteiligten Knochens separat mit seinem Fulcrum und den dazugehörigen Freiheitsgraden. Fulcrum bezeichnet die

Dreh- oder Wirkungsachse mit ihren zugehörigen möglichen Bewegungsrichtungen, die vom Gelenk zugelassen werden.

Die Darstellung in der **Abbildung 5** kann auf Lernende abschreckend wirken.

Dies basiert auf zwei Tatsachen. Die erste ist die Komplexität, die sich aus der Vielzahl der Freiheitsgrade der einzelnen Knochen ergibt, die sich in der Summe aller Schädelknochen dann zu einem Bewegungskomplex zusammenfügen, der nicht mehr als Ganzes erfassbar erscheint und es zunächst auch nicht ist. Nach vielen Jahren der Erfahrung kann diese Komplexität erfasst werden. Die zweite Tatsache ist, dass, wie Rang und Höppner (1998, S. 15) auch einräumen, es sich lediglich um eine potenzielle Beweglichkeit des Knochens handelt: „Dargestellt ist eine idealtypische Bewegung, wenn keine Restriktion sie behindert“. Bei den ersten Erfahrungen am lebendigen Schädel wird die Komplexität, die hier aufgezeigt wird, also in den meisten Fällen auch für einen oder eine erfahrene*n Therapeut*in nicht palpierbar sein,

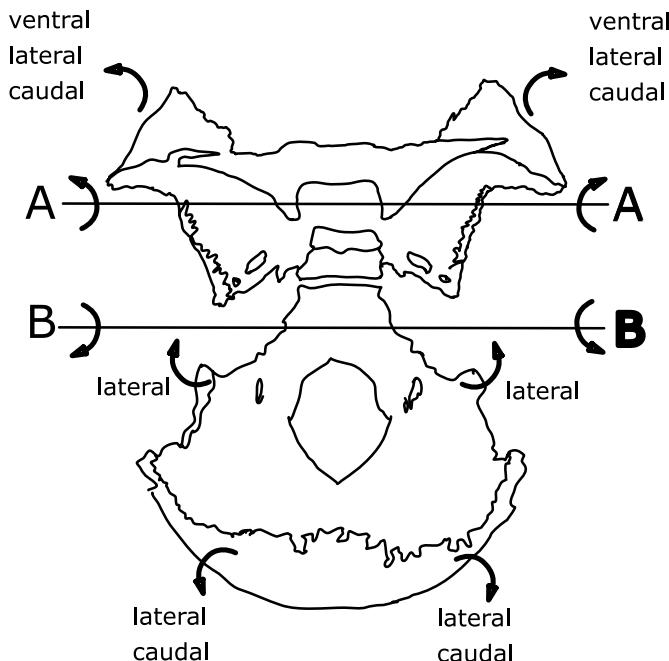


Abbildung 5: Bewegungspotenzial von Keilbein (Os sphenoidale) und Hinterhauptbein (Os occipitale)

denn wenn nur einer der Freiheitsgrade im Schädel an nur einem der Knochen eingeschränkt ist – und meistens sind es mehrere –, wird die gesamte Mechanik des Schädels nicht mehr dem von Rang und Höppner (1998) aufgezeigten Potenzial entsprechen.

Lernende kommen nun in den meisten Fällen auf die naheliegende Idee, den Fehler bei sich zu suchen. Denn das Lehrbuch kann ja nicht irren? Hinzu kommt, dass der eine Satz, der einräumt, dass die Mechanik nur im Idealfall so laufen könnte, nicht ausreichend näherbringt, was den Menschen tatsächlich erwarten wird, wenn er sich der Palpation eines Schädels widmet. Denn neben einer einfachen Einschränkung der Bewegung können auch vollkommen von diesem Ideal abweichende Bewegungsmuster entstehen.

Diese Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis möchten wir mit diesem Werk weitestgehend schließen, auch wenn uns durchaus bewusst ist, dass wir hierbei nicht annähernd die Vielzahl von möglichen Eindrücken, die ein

Schädel geben kann, darstellen können. Dies ist jedoch auch nicht nötig. Vielmehr ist es unser Anliegen, selbst erkennen zu können, wie wir das, was wir an dem momentan vor uns befindlichen Schädel wahrnehmen, deuten können. Wir folgen hiermit gewissermaßen der Aufforderung Stills, selbstdenkend zu erkennen – wie in der Einleitung geschrieben.

Für die im Folgenden beschriebenen Techniken sind die von Rang und Höppner (1998) beschriebenen Bewegungen ebenso die Grundlage wie die Beschreibungen von Hartmann (2008) und Upledger (1994).

1.1.1 Das Liquordruckmodell

Das Bewegungspotenzial der Knochen wird, wenn eine Bewegung stattfindet, durch das Zuhören und Abnehmen des Liquordrucks umgesetzt. Neben der Theorie des Liquordruckmodells von Upledger und Vredevoogd gibt es zahlreiche andere Modelle, die den Crano-Sacralen