

Fachhochschule Osnabrück
University of Applied Sciences

Fakultät Wirtschafts-und Sozialwissenschaften
Bachelorstudiengang Physiotherapie & Ergotherapie

Modul Behandlungsverfahren

Vorstellen einer Behandlungsmethode
Kraniosakraltherapie

Präsentation und
Schriftliche Ausarbeitung

Sommersemestersemester 2007
Dozent: Prof. Dr. med. Christoff Zalpour

Verfasser:
Ruth Kramer Matrikel Nr. 343449

Datum der Präsentation und Abgabe:
30. Mai 2007

I. Inhaltsverzeichnis

1.	Name des Behandlungsverfahrens	3
2.	Definition	3
3.	Historie	4
4.	Therapeutisches Konzept, Wirkprinzipien und Pathophysiologie	5
4.1	Der Mensch ist eine Einheit	5
4.2	Sutherlands Modell	6
4.3	Druckausgleichmodell nach Upledger	7
4.4	Flexion und Extension	7
4.5	Palpation am Kranium	7
4.6	Das 10 Punkte Behandlungsprotokoll nach Upledger	8
4.6.1	Zusammenhänge am Beispiel des Zwerchfells	9
4.6.2	Lösen des Sakrum	10
4.6.3	Lösen der kranialen Basis	10
4.6.4	Spinale Dura - Duraschlauchbefundung	11
4.6.5	Die vertikalen Membranen	11
4.6.6	Die horizontalen Membranen	11
4.6.7	Das Kiefergelenk – TMG – Temporomandibuläres Gelenk	12
4.7	Palpationstechniken	13
4.7.1	Thermodiagnostik	13
4.7.2	Listening	14
4.7.3	Arcing - Bogentechnik	14
4.8	Das Somato-Emotionale Gedächtnis	14
5.	Indikationen und Kontraindikationen	15
6.	Therapieziele	16
7.	Struktur und Bedingungen der Fortbildungen	17
8.	Anerkennung und Status	19
8.1	Bei den Kostenträgern	19
8.2	Bei den Medizinern	20
8.3	Innerhalb der Berufsgruppe	20
8.4	Bei den Patienten	20
8.5	In der Scientific Community	21
9.	Studienlage	22
10.	Diskussion	24

II. Literaturverzeichnis 26

III. Anhang 29

1. Auflistung und Kopien der Volltexte als Anhang
2. Weitere Artikel

Kraniosakraltherapie

1. Name des Behandlungsverfahrens

Der Name der Therapie ist abgeleitet von den Namen der beteiligten Strukturen, dem Cranium und dem Os Sacrum, also Schädel und Kreuzbein. Die Schreibweise ist sehr unterschiedlich, von Cranio-Sacral-Therapie über CranioSacrale Therapie bis zur hier benutzen neuen Rechtschreibweise. Es wird auch CranioSakrales Konzept (Upledger Institut), Cranio Sacrale Integration oder kraniosakrale Osteopathie genannt (Liem 2005).

2. Definition

“Cranial Sacral Therapy (CST) is a gentle, hands-on method of evaluating and treating to enhance the function of the cranialsacral system. By supporting the body's natural healing processes, CST can be effectively used as a preventive health therapy for its ability to strengthen the bodies' resistance to disease and is effective for a wide range of medical problems associated with pain, physical and emotional problems.” (Royster 2007)

„Das CranioSacrale Konzept ist eine auf gewissen anatomischen, physiologischen und therapeutischen Beobachtungen gründende therapeutische Vision. Der Einsatz der CranioSacralen Therapie setzt eine besondere Hinsicht voraus: den Menschen als integriertes Ganzes zu verstehen“ (Upledger u. Vredevoogd 2003: 25). „Man kann das CranioSacrale System als ein erst kürzlich erkanntes funktionelles physiologisches System definieren“ (Upledger u. Vredevoogd 2003: 25). Upledger ordnet diesem System die Meningealmembranen, die dazu gehörigen Knochenstrukturen sowie Bindegewebe und die Cerebrospinalflüssigkeit zu. Ein enger Zusammenhang besteht für ihn zu folgenden Systemen: Nerven- und Muskel-skelett-, Gefäß- und Lymph- sowie dem endokrinen und dem Respirationssystem.

Inkludiert sind Prinzipien des osteopathischen Gedankens, dass der Körper eine Einheit ist, der Organismus über eigene selbstregulative und heilende Kräfte verfügt und Struktur und Funktion sich gegenseitig bedingen (Liem 2005: 11-12).

Green u.a. (1999: 1) beschreiben, dass es unterschiedliche Definitionen gibt, wie: „...systematic approach to evaluating and treating dysfunction occurring within the articulation of the skull...“ oder „...the related mobility of the skull and sacrum and the palpation of the CRI (craniosacral rhythm impulse) throughout the body.“

3. Historie

William Garner Sutherland D.O. (1873-1954) begann schon während seines Studiums an der School of Osteopathy in Kirksville, Missouri, mit der Forschung am menschlichen Schädel (Upledger u. Vredevoogd 2003: 29). Er war Schüler von Dr. Andrew Taylor Still (1828-1917). Dieser entwickelte die Osteopathie als ein neues ganzheitliches medizinisches System aus der Unzufriedenheit mit der damaligen Heilkunde heraus (1874). Sutherland veröffentlichte 1939 das Buch „The Cranial Bowl“ über seine persönlichen Erkenntnisse in der kranialen Osteopathie, es fand aber erst Jahre später Anerkennung (Liem 2005). Ein zögerliches Interesse an der Osteopathie entwickelte sich erst von 1940 bis 1946 (Weber 2006). Im Laufe seiner osteopathischen Tätigkeit veränderte sich die Behandlungsweise Sutherlands vom ursprünglich mechanischen Aspekt hin zu eher sanfteren Techniken. Er entwickelte indirekte Techniken, bei denen er die zu behandelnde Struktur in eine entspannte Position brachte und den Körper sich selbst korrigieren ließ. Er benutzte später den Liquor für therapeutische Zwecke und dirigierte ihn kombiniert mit Atmung und Bewegung der Extremitäten (Richter u. Hebgren 2006: 45-46). Auch Charlotte Weaver, D.O. wurde von Still aufgefordert zu forschen. Sie beschäftigte sich mit der Übertragung der osteopathischen Prinzipien auf die Schädelknochen und bezeichnete sie als modifizierte Wirbel.

Es bildeten sich mehrere Richtungen parallel, so gab es ab 1920 kraniale Ansätze in der Chiropraktik durch Nephi Cottam, D.C und Bertrand DeJarnette, D.C. Sie haben nicht, wie Upledger, einen rhythmischen Impuls am Schädel beschrieben. DeJarnette hat dagegen sakro-okzipitale Techniken entwickelt (Liem 2005: 2).

In der nächsten Entwicklungsphase forschte Beryl Arbuckle, D.O. in der Pädiatrie und über die Stress Fibers der Dura Mater. Sie hat 1948 die Bedeutung der intrakraniellen Membranen für die kraniosakrale Bewegung beschrieben (Weber 2004: 2). Viola Fryman, D.O. hat primär mit Kindern gearbeitet, Upledger vertiefte sich in somato-emotionale, F. Mitchell, D.O. primär in strukturelle Ansätze (Liem 2005: 6). Nach Sutherlands Tod verzichteten Magoun und andere Unterrichtende „auf die Erwähnung der energetischen Phänomene der kraniosakralen Therapie, da sich dies als intellektuelles Haupthindernis für die Akzeptanz durch die Fachwelt erweist.“ (Weber 2004) Ab 1964 unterrichteten sie kraniosakrale Osteopathie in London und Paris, Frankreich entwickelte sich zum Zentrum für Osteopathie in Europa.

Upledger wurde der weltweit bekannteste Kranial-Osteopath. Er trug zur Verbreitung der Methode bei, indem er sie didaktisch vereinfachte, in einzelne Komponenten zerlegte (Weber 2004), einige manipulierende Techniken weg ließ (Klett 2007) und sie auch an Menschen

vermittelt, die nicht Arzt, Osteopathen oder Therapeuten sind. In den 70er Jahren bezog er Erkenntnisse der modernen Psychotherapie in seine Arbeit ein und entwickelte sein Konzept des Somato-Emotional-Release (SER).

4. Therapeutisches Konzept , Wirkprinzipien und Pathophysiologie

„In der Craniosacral-Behandlung wird durch sanfte Berührung umfassende Entspannung auf körperlicher und energetischer Ebene bewirkt und der körpereigene Craniosacral-Rhythmus harmonisiert“. So lautet die Buchbeschreibung von Agustini bei Physio.de (2007).

„Wo Bewegung verhindert wird, macht sich Krankheit breit. Osteopathen können Bewegungseinschränkungen aufspüren und lösen“ (Cloet u. Groß1999).

4.1 Der Mensch ist eine Einheit

Still sah den Menschen als eine Einheit aus physischem Körper, Geist, Seele und Emotionen, welche das System mit beeinflussen. Er war ein gottgläubiger Mensch (Richter u. Hebgen 2006). Die Behandlung war eingebettet in ein ethisch-philosophisches Modell, welches den Menschen als Ganzes sah.

Im strukturellen Bereich spielten für Still der Bewegungsapparat und vor allem die Wirbelsäule eine zentrale Rolle in der Behandlung von Krankheiten und Funktionsstörungen. Die Organe hatten seiner Ansicht nach primär die Aufgabe, die Bedürfnisse des Körpers zu decken. Voraussetzung für eine gute Körperfunktion war für ihn der freie Fluss des Blutes und der anderen Körperflüssigkeiten, Zirkulationsstörungen dagegen verursachen Krankheit (Richter u. Hebgen 2006).

Eine wichtige Rolle kam dabei dem myofaszialen Gewebe als verbindendes Element für alle Organe und besonders für das Stützgewebe zu. Noch wichtiger schienen für Still aber das Nervensystem als Adaptationsmechanismus und der dazugehörige Liquor cerebrospinalis zu sein. Er erkannte in Korrelation zum Atemrhythmus eine Fluktuation im kranialen System; es war für ihn „the highest known element“, das höchst bekannte Element oder auch der „Lebenshauch“ (Liem 2005). Einer seiner Studenten, William Garner Sutherland, nannte diesen Rhythmus den „primär respiratorischen Mechanismus“, PRM (Richter u. Hebgen 2006).

Sutherland fand heraus, dass sich die Suturen des Schädels wie Scharniere bewegen können (Weber 2004). Die logische Konsequenz war die Überlegung, was die Knochen denn bewegen könne. „Sutherland glaubte hingegen, die Natur dulde nur das Zweckmäßige. Er kam deshalb zu der Überzeugung, dass die Schädelknochen sich während des ganzen Lebens gegeneinander bewegen müssten“ (Upledger u. Vredevoogd 2003).

Er baute unter anderem einen Helm, um artifizielle Kompressionen an verschiedenen Stellen des Kopfes zu provozieren und beobachtete anhand der Eigenerfahrung, welche Symptome so entstanden (Liem 2005). Anschließend untersuchte er die Schädelbewegungen bei anderen Menschen und spürte dort regelmäßige Pulsation, die er später mit einer Pulsation am Sakrum in Relation brachte. Die Verbindung zwischen beiden Strukturen stellt er „mit der Kontinuität der schlauchförmigen Dura Mater“ (Upledger u. Vredevoogd 2003: 30) her. Die Dura ist aus dem Schädel kommend am Foramen magnum angewachsen, ferner an C2/3 und kaudal am Sakrum bis zum Os coccygis über das Filum terminale.

4.2 Sutherlands Modell

Er entwickelte ein theoretisches Modell, indem er der dem Os sphenoidale die treibende Kraft zusprach, über das alle mit ihm korrespondierenden Knochen bewegt werden. Er schreibt aber auch: Es sind „gewisse Zweifel über die Möglichkeit einer Bewegung am Sphenobasilargelenk des Erwachsenen entstanden“ (Upledger u. Vredevoogd 2003: 31).

Histologisch wird das Gelenk zwischen dem Os occipitale und dem Os sphenoidale eine Synchronrose genannt, die eine gewisse Flexibilität behält und so auf Verformungen durch Funktionsstörungen mit einer Fehlstellung reagieren kann (Upledger u. Vredevoogd 2003: 31). Direkte Traumen oder Zug von kaudal durch eine Beckenverwringung, eine Fraktur des Os coccygis oder segmentale Funktionsstörungen dort, wo die Dura angewachsen ist, könnten zu einer Veränderung der Stellung von Sphenoid und Okziput führen. Man geht heute nicht mehr davon aus, dass das Gehirn selbst sich rhythmisch verengend als Triebkraft für den sich verändernden Liquordruck angesehen kann.

4.3 Druckausgleichmodell nach Upledger

Upledger hat ein theoretisches Modell entwickelt, in dem eine kontinuierliche Resorption des Liquors stattfindet und immer, wenn dadurch der Druck abfällt, die Liquorerzeugung in den Ventrikeln wieder aktiviert wird. Dadurch entsteht intrakranial eine Druckveränderung, die über die Membranen und das Faszien-system auf den gesamten Körper übertragen wird und so am Kopf und auch am Körper palpabel ist (Upledger u. Vredevoogd 2003: 31). Die Liquorpulsation wird auch der Primär Respiratorische Mechanismus, PRM genannt (Liem 2005). Der Rhythmus ist unabhängig von Herz- und Atemrhythmus. Verschiedenen Autoren zufolge hat er eine Frequenz von ungefähr 5-10 bis 6-12 Bewegungen pro Minute, andere beschreiben ihn als sehr viel langsamer (Liem 2005: 30ff, Palpationsreliabilitätsstudien 61ff).

Es gibt noch weitere Denkmodelle zur Erklärung des Rhythmus, denn tatsächlich ist bis heute nicht nachgewiesen, ob es diese Bewegungen als kranialen Rhythmus gibt oder was ihn bewegt. Einige Autoren gehen davon aus, dass die Wahrnehmung des kranialen Rhythmus auch eine Übertragung des Therapeuten auf den Behandler sein könnte (Weber 2004).

4.4 Flexion und Extension

Die Ausweitung des Kraniums, verursacht durch die Füllung der Liquorräume, wird Flexion genannt, die Reduktion des Schädelausmaßes während der Abflussphase Extension.

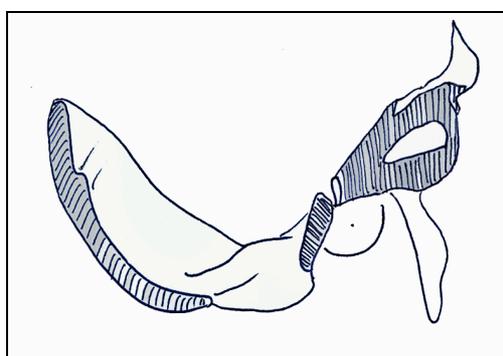


Abb. 1 Flexion

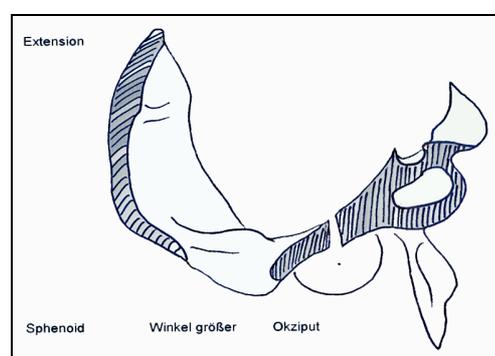


Abb.2 Extension

Die Bewegungen werden definiert durch die Stellung des Os occipitale und des Os sphenoidale zueinander. Während der Flexion wird der kaudale Winkel zwischen beiden Knochen kleiner, der Kopf und der gesamte Körper breiter und die paarigen Knochen gehen in Außenrotation, bei der Extension ist es umgekehrt.

4.5 Palpation am Kranium

Upledger hat einige Grifftechniken entwickelt, um am Schädel die Druckveränderungen zu spüren. Die Hände werden mit wenig Druck aufgelegt, der Daumen liegt am Os frontale, der Zeigefinger am Os sphenoidale, Mittelfinger am Kiefergelenk, Ringfinger auf dem Processus mastoideus und der Kleinfinger am Os occipitale. So sollen die minimalen Bewegungen während des kranialen Rhythmus palpabel sein.

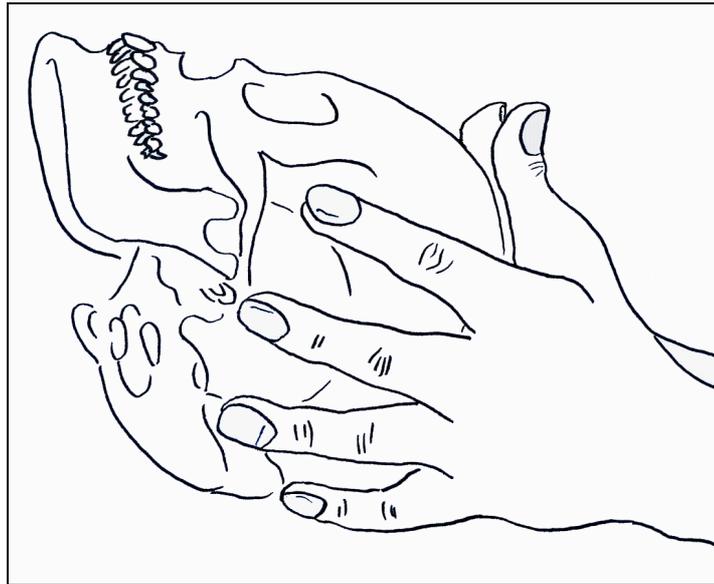


Abb. 3 Der Schädeldachgriff - Vault Hold

4.6 Das 10 Punkte Behandlungsprotokoll nach Upledger

1. Stillpunkt CV-4 (oder an Ferse oder Sakrum)
2. Diaphragmen: Becken, Zwerchfell, Thoraxapertur, Hyoid, Schädelbasis
3. Spinale Dura - Duraschlauch
4. Frontal Lift
5. Parietal Lift
6. Sphenoid-Okziput
7. Temporale
8. Temporal Lift-Tentorium cerebelli
9. TMG-Kiefergelenk
10. CV-4

(s.a. Hinkelthein u. Zalpour 2006)

Upledger hat diese Abfolge von Techniken zur Diagnostik zusammengestellt. Bei positivem Befund werden sie gleich anschließend zur Therapie genutzt. Zu Beginn kann am Kopf eine Technik zum Beeinflussen des kranialen Rhythmus' durch das Komprimieren des 4. Ventrikel angewandt werden. „Original: 'Compression of the fourth ventricle' oder Kompression des vierten Ventrikels. Behandlungstechnik, die von Dr. Sutherland entwickelt wurde. Er vermutete, dass durch Druck auf dem Hinterhaupt ein 'Entleeren' des vierten Ventrikels erreichbar wäre. Drucknachlass würde dann mit dem Einströmen von frischer Hirnflüssigkeit einhergehen. Hierdurch sollten die Hirnnerven besser ernährt werden und somit eine verbesserte Funktion entstehen. Das Prinzip der allgemeinen Funktionsverbesserung im Sinne

von Ruhe, Entspannung und Harmonisierung ist nach wie vor aktuell. Die Technik ist hierfür effektiv. Sie gehört zu den "Ruhepunkt-Techniken", die überall am Körper durchgeführt werden können.“ (Upledger Institut Deutschland 2007a)

Anschließend erfolgt das „Lösen von transversalen Restriktionen, die die Faszialbeweglichkeit behindern“ (Upledger u. Vredevoogd 2003: 71). Der Behandlung der drei Diaphragmen, Becken, Zwerchfell und Thoraxapertur wird eine große Bedeutung beigemessen, denn wenn diese „strukturellen Unterteilungen“ hyperten sind, werden sie „gegenüber der natürlichen Gleitbewegung der Faszialschichten des Körpers zu Bereichen funktioneller Restriktion“ (Upledger u. Vredevoogd 2003: 71). Das hat Folgen auf den gesamten Körper.

4.6.1 Zusammenhänge am Beispiel des Zwerchfells (Diaphragma)

Das thorakolumbale Diaphragma ist ein fibromuskuläres Septum. Seine muskulären Anteile haben ihren Ursprung am Processus xiphoideus des Sternum, an den 6 unteren Rippen und an den Lendenwirbelkörpern 1-3 auf der linken Seite, sowie den Lendenwirbelkörpern 1-4 auf der rechten Seite und den Bandscheiben.

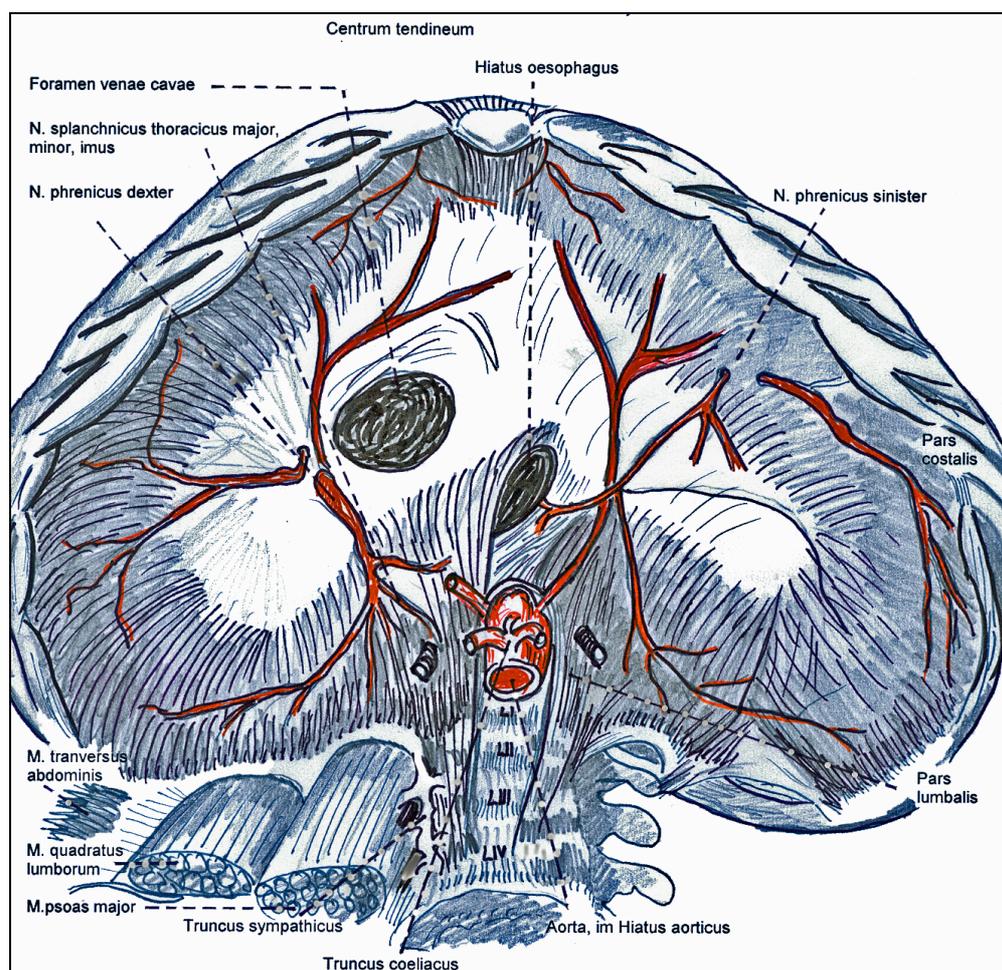


Abb. 4 Das thorakolumbale Diaphragma - Zwerchfell : Ansicht von kaudal

Der Ansatz ist nicht am Skelett, sondern in der zentralen Sehne. Bei der Kontraktion des Zwerchfells wird die Zentralsehne mit nach kaudal gezogen, das macht auch einen Zug des Perikards nach kaudal. „Dieser Zug wird über die Faszienv Verbindung durch die Karotisscheide zur Schädelbasis weitergeleitet“ (Upledger u. Vredevoogd 2003: 72). Ein chronisch hypertones Diaphragma kann also Einfluss auf die Beweglichkeit des kraniosakralen Systems haben. Innerviert wird das Diaphragma vom ventralen Ästen der Nn. thoracici 9-12 und vom N. phrenicus, in der Regel vom N. cervicalis 4, manchmal unter Beteiligung von N. cervicalis 3 und 5. All diese Strukturen können bei Kompression betroffen sein (Trepel 2005).

Ein abnormer Hypertonus kann auch durch somatische Funktionsstörungen entstehen, wie durch die Beteiligung der Rippen oder der LWK 1-4. Eine besondere Bedeutung kommt hier dem M. psoas major und dem M. quadratus lumborum zu. Eine Asymmetrie des Tonus dieser Muskeln hat weit reichende Statikveränderungen zur Folge. Auch das Leber-Galle System kann einen Einfluss haben. Hier wird die zentrale Bedeutung der Gesamtzusammenhänge im Körper deutlich, und auch, wie wichtig es ist, diese Zusammenhänge in der Therapie zu berücksichtigen (Upledger u. Vredevoogd 2003: 72).

4.6.2. Lösen des Sakrum

Am Sakrum kann durch eine Traktionsbewegung die Verbindung zu L5 entspannt werden. Es ist zu Beginn oft ein hartes Gefühl, hier muss man warten, bis die bioelastische Elongation stattfindet, damit sich das Gewebe nicht wieder zurückzieht. Nach der Dekompression von L5 und des Sakrum erfolgt eine mediale Kompression beider Os ilii zum Lösen der gelenkigen Verbindung von Sakrum und Ilium.

4.6.3 Lösen der kranialen Basis

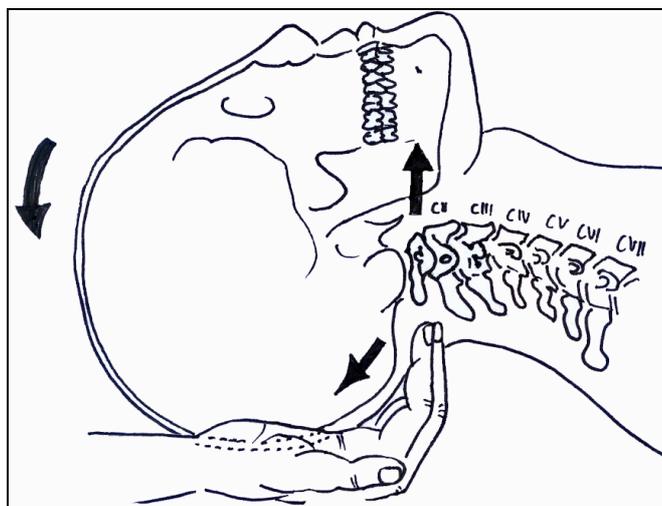


Abb. 5 Schädelbasis Entspannung

Stressbelastung kann zu erhöhter Sympathikotonus Aktivität führen, dadurch erhöht sich reflektorisch der Tonus der Nackenmuskeln. Auch Statikabweichungen im Sakrumbereich haben Auswirkungen auf die Stellung der Kopfgelenke und den Tonus der Nackenmuskulatur. Sakrumbasis und Kopfgelenkstellung sind eng miteinander verbunden, bei Fehlstellung des einen ist das andere jeweils mit betroffen (Upledger u. Vredevoogd 2003).

4.6.4 Spinale Dura - Duraschlauch Befundung

Nach den Diaphragmen folgt im Programm die Befundung des Duraschlauchs vom Okziput, dann vom Sakrum aus. Zum Balancieren erfolgt das Okziput-Sakrum wiegen in Rückenlage oder auch in Bauchlage.

4.6.5 Die vertikalen Membranen

Bei der Behandlung des Os frontale, des Os parietale und des Os sphenoidale werden nach dem Lösen der möglicherweise vorhandenen knöchernen Restriktionen auch die membranösen behandelt. Hier wird an den vertikalen Strukturen, der Falx cerebri und Falx cerebelli gearbeitet. Die Behandlung des Os sphenoidale erfolgt dreidimensional um jeweils eine Achse. Upledger misst ihm eine große Bedeutung zu, auch bei der Behandlung von Kindern (Upledger u. Vredevoogd 2003).

4.6.6 Die horizontalen Membranen

Der Befund des Os temporale wird gestellt, indem der Processus mastoideus um eine schräge Achse mobilisiert wird, dann folgt eine zirkumferentiale Technik, bei welcher der Drehpunkt durch den äußeren Gehöreingang verläuft. Beide Griffe sollen das Os temporale mobilisieren.

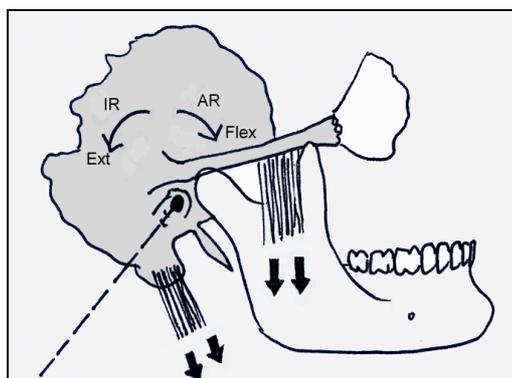


Abb. 6 Das Os temporale: Muskelzug , Rotationsachsen

Wenn der Tonus zwischen dem M. masseter und dem M. sternocleidomastoideus nicht ausgeglichen ist, verdreht sich unter Umständen das Os temporale: bei einem Hypertonus des M. masseter in Flexion, bei einem Hypertonus des M. sternocleidomastoideus in Extensions-

richtung, dementsprechend reziprok auf der anderen Seite, so dass eine Verwringung entsteht, die Auswirkungen auf die Stellung beider Pfannen des Kiefergelenks hat.

Von innen setzt am Os petrosus das Tentorium cerebelli an und es entsteht eine Spannungsveränderungen des Membransystems. Das horizontale Membransystem kann aber auch von kaudal durch eine Verwringung der spinalen Dura betroffen sein und so Einfluss auf die Stellung der Ossae temporaliae nehmen. Auch das hat wiederum Einfluss auf die Stellung des Kiefergelenks (Upledger u. Vredevoogd 2003: 256).

4.6.7 Das Kiefergelenk und Mundarbeit

Der Behandlung des Kiefergelenkes geht immer eine Gesamtkörperbehandlung voraus, denn es macht wenig Sinn, isoliert am TMG (Temporomandibulargelenk) zu arbeiten, wenn die Fehlstellung dort eine Kompensation als Reaktion einer kaudal gelegenen Ursache ist oder aus reziprok verwringener Ossae temporaliae resultiert.

Zunächst muss zur Differentialdiagnostik im Liegen, Sitzen und Stehen geprüft werden, wo die ursächliche Struktur für die Störung gefunden werden kann. Am Kiefergelenk wird sehr deutlich, wie groß der Zusammenhang aller Strukturen des menschlichen Körpers ist. Hier spielt neben den ossären und membranösen Strukturen die Muskulatur eine bedeutende Rolle. Sie zu behandeln ist ein wesentlicher Anteil des Erfolgs bei der Reduktion von TMG-Problemen. Es sollten auch Abrasionen, fehlende Zähne, Zahnersatz und Schienen mitberücksichtigt werden.

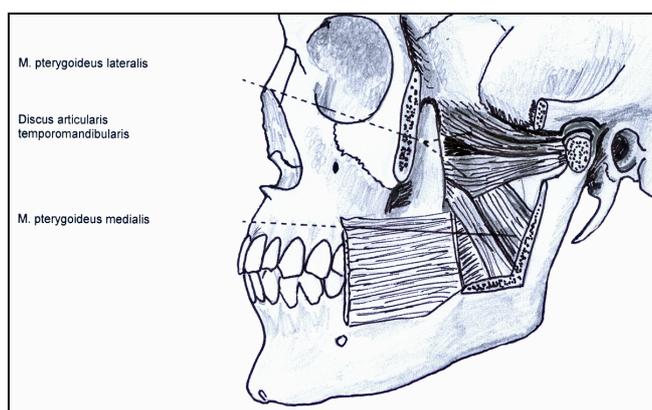


Abb. 7 M. pterygoideus lateralis und medialis

Der M. pterygoideus lateralis hat eine wichtige Bedeutung für die Stellung des Kondylus, der obere Kopf sorgt für eine optimale Stellung am Tuberkulumabhang, der untere leitet die Kieferöffnung ein. Bei der weiteren Behandlung werden die hypertonen Kaumuskeln dekontrahiert. Das Dekontrahieren kann gut als Eigenübungsprogramm an Patienten vermittelt werden. Von außen und von intraoral werden die Ursprünge und Muskelansätze des M. pterygoideus medialis und lateralis sowie des M. temporalis durchgearbeitet.

Zur Mundbehandlung gehört die Zungen- und Mundbodenmuskulatur genauso wie die Infrahyoidale Muskulatur mit dem Os hyoideum und dem Carthilago thyroidea. Nach Befund können auch die Maxilla, Os palatinum, das Vomer oder das Os zygomaticus mitbehandelt werden.

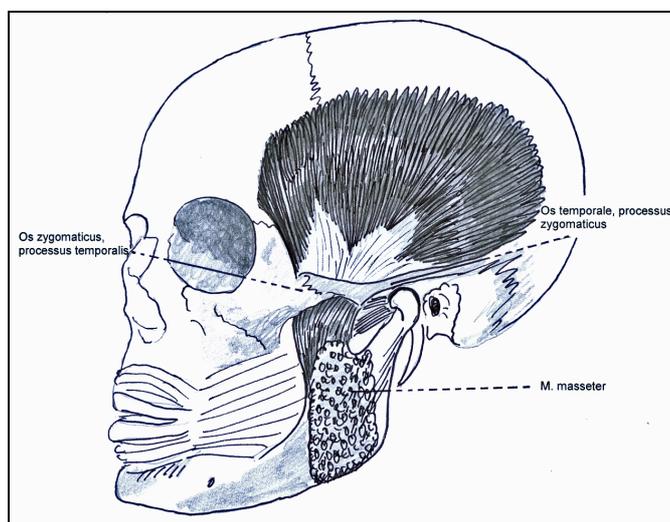


Abb. 8 M. temporalis und M. masseter

4.7 Palpationstechniken

Viele der kraniosakralen Techniken bedürfen der Fähigkeit des Wahrnehmens, des Palpierens mit den Händen und der Intention, den eingehenden Informationen zu vertrauen. Den Übenden erscheint es am Beginn sicher oft unmöglich, den Rhythmus des Liquors oder die Faszienspannung palpieren zu können (Upledger u. Vredevoogd 2003). R. M. Royster hat während einer kraniosakralen Fortbildung gesagt: „Lasst einfach zu, was ihr wahrnehmt, registriert es nur und bewertet es nicht.“ Ähnlich wie beim Erlernen aller manuellen Techniken geht das Üben des Wahrnehmens vom Groben zum Feinen. Die Palpation der Liquorpulsation ist sicher immer wieder schwierig und besonders, immer wieder umstritten.

4.7.1 Thermodiagnostik

J.P. Barall (2002) hat die Thermodiagnostik entwickelt, mit deren Hilfe man im geringen Abstand von etwa 10 cm den Körper „abtastet“ und so strukturell mechanische Ursachen palpieren kann. Im vergrößerten Abstand von 50 cm nimmt man eher fasziale oder emotionale Irritationen wahr (Hinkelthein u. Zalpour 2006). Bei einem positiven Befund muss eine strukturelle Pathologie, wie ein Tumor, ausgeschlossen werden.

4.7.2 Listening

Das Listening oder die Ecoute Technik (Barall u. Mercier 2002) werden in der Diagnose oder der Therapie eingesetzt. Ursprünglich aus der faszialen Osteopathie kommend, wird beim General Listening die Änderung der Körperfazzienspannung genutzt, um die Lokalisation einer Einschränkung bestimmen zu können (Hinkelthein u. Zalpour 2006). Das lokale Listening gibt Auskunft über Fazzienspannung, begonnen wird am Becken bis zum oberen Thorax. Die Abweichung zeigt in Richtung des Problems. „Die Faszie versucht sich der Lokalisation einer Störung zu nähern. Dabei findet eine dreidimensionale Anpassung statt“ (Hinkelthein u. Zalpour 2006). Upledger beschreibt, dass bei abnormem Tonus des Gewebes die Eigenbewegung zwischen den Händen als Schub, Torsion oder Rotation wahrgenommen werde (Upledger u. Vredevoogd 2003).

4.7.3 Arcing - Bogentechnik

Eine weitere Technik zur „Palpation“ mit einem Abstand zum Körper ist das so genannte „Arcing“. Im gesunden Körper ist die normale Bogenbildung in der Transversalebene durch die Innen- und Außenrotationsrichtung, verursacht durch den kranialen Rhythmus zu spüren. Durch Restriktionen im Körper entstehen, ähnlich sich vergrößernder Ringe auf der Wasseroberfläche, nachdem ein Stein hineingeworfen wurde, Interferenzwellen als abnorme Bogenbildung in der Frontalebene. (Royster 1994, Upledger u. Vredevoogd 2003: 295-296). Upledger bezeichnet die Restriktion als „Energiezyste“, das ist der „Bereich im Körper, wo eine hohe Spannung vorhanden ist. Ein Bereich wo die Information ("Energie") von nicht verarbeiteten Traumata festgehalten werden. Es wird davon ausgegangen, dass das Festhalten durch eine Art energetische Abkapselung stattfinden kann.“ (Upledger Institut Deutschland 2007b)

4.8 Das Somato-Emotionale Gedächtnis

Upledger geht davon aus, dass auch das Körpergewebe, hier insbesondere das Bindegewebe, ein Gedächtnis besitzt. Wenn bei einem traumatischen Prozess eine Kraft auf das Gewebe einwirkt, verändert es sich und im betroffenen Bereich entwickelt sich eine erhöhte kinetische Aktivität mit gesteigerter Entropie. Die Reaktion kann eine Zerstreung dieser Aufprallenergie sein und entweder es normalisiert sich wieder oder es entsteht ein Abschotten, sodass hier eine Veränderung der elektrischen oder magnetischen Energie im Gewebe entsteht. Sie muss dann diesen isolierten Bereich umgehen. Manchmal macht diese abnorme Restriktion körperliche Symptome. „Geben wir dem Körper des Patienten die Gelegenheit, uns auf die der hauptsächlichen Störung zugrunde liegenden Verletzung hinzuführen, so besteht offenbar eine recht hohe Wahrscheinlichkeit, dass er das kann und auch tut.“ Wenn

die Verletzung mit einer bestimmten Emotion, wie beispielsweise Angst verknüpft ist, besteht die Möglichkeit, auch diese verknüpfte Energie durch ein zweites Mal zu durchleben und damit zu löschen. Dann benötigt die Verletzung keine Anpassungsenergie mehr (Upledger u. Vredevoogd 2003: 298).

Dr. Elmar Green benennt bei Forschungen die so entstandene Restriktion Energiezyste, Upledger übernimmt den Begriff. Das Eindringen der traumatisierenden Kraft ist linear. „Die Tiefe, mit der die Kraft einwirkt, hängt ab von der Relation zwischen der Menge der Energie, der Stoßkraft der Energie und der Dichte des Gewebes.“ (Upledger 2000: 28-30)

Die Technik des Ausschaltens des SomatoEmotionalen Gedächtnisses ist das so genannte Unwinding oder Entwirren. Der Patient übernimmt die Führung, der Therapeut begleitet und ermöglicht das Ausführen der Bewegungen, nach Bedarf bremst er leicht, damit der Patient Gelegenheit zur Verarbeitung hat.

Upledger beginnt im Sitzen, eine Hand kommt auf den Kopf im Bereich der Scheitelbeine, eine Hand an den Rücken. Er beginnt einen leichten Druck auszuüben und lässt den Körper reagieren. Dieser kann alles machen, mit der Einschränkung, dass er nicht auf dem gleichen Weg zurückgehen soll, den er gekommen ist. Mitunter arbeitet er mit mehreren Therapeuten, wenn viel Bewegung entsteht (Upledger u. Vredevoogd 2003: 298).

5. Indikationen und Kontraindikationen

Die eigentliche Intention ist nicht, indikationsbezogen zu arbeiten sondern den Patienten in all seinen Ebenen des Seins als Gesamtheit zu erfassen und zu behandeln (Liem 2005).

Die Behandlung ist nicht symptom- sondern systemorientiert. Der Behandler erhält die für die Therapie notwendigen Behandlungsparameter aus dem CranioSacralen Systems. Es wird nicht eine Krankheit, sondern ein System behandelt (Upledger u. Vredevoogd 2003).

Es gibt aber Bereiche, in denen man bevorzugter kraniosakral arbeiten kann als in anderen. In der Behandlung von Kindern ist die Methode gut geeignet, da die meisten Techniken wenig invasiv sind und das kindliche System noch weich ist.

Indikationen

Die Auflistung der Indikationsmöglichkeiten der Craniosacral Therapy Association of Australia (2007) ist: Allergien, Autismus, Rückenschmerzen, Geburtstrauma, Gelenkerkrankung, Arthritis, TMG-Kiefergelenks- und HWS-Probleme, Erschöpfung und chronische Müdigkeit, Atemfunktionsstörungen: Asthma, Bronchitis, Depressionen, Verdauungsstörungen und M. Crohn, gestresste Babies.

Beim Upledger Institut (2007) werden sie angegeben mit: „Indikationen für die Überprüfung des Zustandes des CranioSacralen Systems, und dessen Behandlung mit Hilfe der CranioSacralen Therapie, sind alle Symptome die auf eine mögliche Abnahme der Leistungsfähigkeit des Nerven- und Hormonsystems zurück geführt werden können. Beispielhaft hierfür sind: Migräne und Kopfschmerzen; Chronische Nacken- und Rückenschmerzen; streß- und spannungsbedingte Störungen; koordinative Störungen, insbesondere im Säuglingsalter; Zustand nach einem Trauma von Gehirn und Rückenmark; Dysfunktionen des zentralen Nervensystems oder des Hormonsystems; Konzentrations-, Lern- und Sprach-, Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten; orthopädische Probleme des Rückens, sowie chronische Übermüdung oder Erschöpfung und funktionelle vegetative Dysfunktionen.“

Royster ergänzt speziell: „Für Säuglinge und Kinder mit Geburtstrauma, Schrei- und Spuckkinder, Schlafstörungen, Koliken, Asymmetrie des Schädels, Entwicklungsstörungen, Lernschwierigkeiten, Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS) Hyperaktivität (ADHS), Wachstumsstörungen, Störungen der Sexualitätsentwicklung, Motorische Störungen, Autismus“ (e-cranio 2007)

Kontraindikationen

„Die Kontraindikationen für die Ausführung von Untersuchungs- und Behandlungstechniken der CranioSacralen Therapie sind vor allem - aber nicht ausschließlich - Situationen, in denen das Nervensystem geschädigt wird oder werden könnte. Hierzu gelten insbesondere: akute oder subakute Stadien intracranieller oder intraspinaler Blutungen, Tumoren, Entzündungen, Ödeme, Hämatome oder Aneurysmen; Frakturen des Schädels, Sacrum, Coccygis oder der Wirbelsäule; Kompressionen des Gehirns, der Medulla oblongata oder des Rückenmarks; andere Verletzungen und Krankheiten, die durch Kompressions- oder Dehnungskräfte verschlimmert werden oder werden können.“ (Upledger Institut Deutschland 2007b). Interessanterweise werden sie bei Royster exakt ebenso beschrieben (e-cranio).

6. Therapieziele

„Das Ziel in der Anwendung der Methode ist die Wiederherstellung der individuellen optimalen Harmonie innerhalb der Person und insbesondere innerhalb des CranioSacralen Systems im Sinne eines Spannungsausgleiches.“ (Upledger Institut Deutschland 2007b) Weber (2004) nennt unter anderem die Optimierung der Selbstorganisation des kranialen Systems und Stimulierung des Immunsystems sowie den Ausgleich emotionaler und energetischer Dysbalancen. Dazu kommt die Feinkalibrierung und Koordination des Stütz- und Bewegungsapparates.

7. Struktur und Bedingungen der Fortbildungen Kraniosakral-Therapie

Die Aus- und Fortbildungsangebote sind vielfältig und verändern sich rasant. Vom Upledger-Institut aus Florida nach Europa entsandt, begann Dr. Richard M. Royster Anfang der 90er Jahre in Deutschland zu unterrichten. Er trennte sich vom Institut und lehrt weiter, auch organisiert über den IFK und im Medizinischen Fortbildungszentrum Hannover (MFH).

Richard Royster Institut

CranioSacral Therapie Kurs 1	5 Tage	699,00
CranioSacral Therapie Kurs 2	5 Tage	699,00
CranioSacral Kurs Advanced	3 Tage	399,00
Somato Emotional Unwinding Basis	5 Tage	699,00
Somato Emotional Unwinding Dialog	5 Tage	699,00
Somato Emotional Unwinding Charakterstrategien	5 Tage	699,00
CranioSacral Therapie Kurs Pädiatrie	3 Tage	699,00
CranioSacral Therapie Zertifikationskurs	3 Tage	399,00
Cranio Structural Kurs	5 Tage	699,00
		5.691,00

Upledger-Institutes Deutschland

Ein mittlerweile vielfältiger Anbieter ist das Upledger-Institut mit Anzeigen in den Fachzeitschriften, wie pt-Zeitschrift für Physiotherapeuten, physiopraxis, Physiotherapie des IFK. In den letzten Jahren werden auch verstärkt Kurse in kranialer Osteopathie angeboten.

CranioSacral Therapy I	5 Tage	525,00
CranioSacral Therapy II	5 Tage	525,00
CranioSacral Therapy und Immunreaktion	4 Tage	525,00
Heilung aus der Mitte heraus Das Formen der Mitte	4 Tage	525,00
FI 1 MyoFasziale Integration	5 Tage	525,00
Somato Emotional Release ® I	5 Tage	525,00
Somato Emotional Release ® II	5 Tage	525,00
Klinische Anwendung		
Voraussetzung: SomatoEmotional Release ® I	4 Tage	980,00
Therapeutische Bilder und therapeutisches Gespräch	5 Tage	525,00
Voraussetzung: SomatoEmotional Release ® I		
		5.180,00

CranioSacral Therapy in der Pädiatrie	4 Tage	
PÄD I - CST in der Behandlung von Neugeborenen, Säugl. Kindern		
Voraussetzung: CranioSacral Therapy II		355,00
PÄD II - CST und SEE in der Beh, von Neugeb., Säugl. u. Kind.		
Voraussetzung: PÄD I und SomatoEmotional Release ® I		355,00
PÄD III - Die Arbeit mit Therapeutischen Bildern u. Gespräch		
Voraussetzung: PÄD II und SomatoEmotional Release ® II		355,00
Klinische Anwendung der CranioSacralen Therapie		980,00
Voraussetzung: PÄD II und SomatoEmotional Release ® II		
		2.045,00
Viszerale Manipulation		
Viszerale Manipulation I		490,00
Viszerale Manipulation II		490,00
Viszerale Manipulation III		490,00
Viszerale Manipulation IV		490,00
Viszerale Manipulation V		490,00
		2.450,00
Advanced – Kurse für Fortgeschrittene		
Advanced I		525,00
Advanced II		525,00
Voraussetzung: SomatoEmotional Release ® II		
		1.050,00
Zertifikationsprogramm		
Examen-A Voraussetzung: Abschluss CranioSacrale Therapie I + II		
Nachweis der erforderlichen Bedingungen, schriftliche, praktische und mündliche Prüfung		
	1 Tag	
Examen-B Voraussetzung: Examen-A, Abschluss SomatoEmotionale Entspannung I + II		
Nachweis der erforderlichen Bedingungen, schriftliche, praktische und mündliche Prüfung		
	1 Tag	
Supervisionskurs CranioSacrale Therapie	5 Tage	
Zertifikationskurs Voraussetzung: Examen-B Abschluss Advanced-I und Supervisionskurs		
Die Zertifizierung ist eine Notwendigkeit, im Register der diplomierten Therapeuten der Cranio Sacralen Therapie aufgenommen zu werden		
Zertifikationsprozess im Zertifikationskurs: Beurteilung von zwei Videos oder zwei Behandlungen	5 Tage	

Hier waren die Preise waren nicht angegeben

Weitere Anbieter

Der Fortbildungsmarkt für Kraniosakraltherapie ist groß geworden, es gibt zahlreiche Anbieter. Der IFK bietet verschiedene Ausbildungen an, das Cranio Concept mit Basic- und Advanced-Level für Physiotherapie in der Zahnmedizin, weiter durch das Upledger Institut und Royster Institut. Royster bietet mittlerweile speziell für Physiotherapeuten zugeschnittene Kurse als funktionelle Manuelle Therapie für das Craniomandibuläre System an. In der pt-Zeitschrift regelmäßig werben Fortbildung am Bodensee KonMed in Konstanz, der VPT Akademie Fellbach Schmiden, manchmal auch „Fortbildung in Hamburg“. Das Medizinische Fortbildungszentrum Hannover, das FIM der Timmermeisterschulen in Münster und die Akademie des Klinikum Osnabrück arbeiten primär mit einem eigenen Verteilersystem ihrer Fortbildungsbroschüren. Hier bestehen die Ausbildungen zwischen 3 bis 5 Kursen, ein Grundkurs, ein Kurs mit dem Schwerpunkt auf Kiefergelenk und Mundarbeit, ein Kurs mit weiteren Techniken: eher strukturell wie im Klinikum Osnabrück oder eher mit dem Schwerpunkt auf der somato-emotionalen Entspannung, wie in Münster und Hannover. Einige bieten auch ein bis zwei Kurse für Behandlungen in der Pädiatrie an.

8. Anerkennung und Status

8.1 Bei den Kostenträgern

Eine Anerkennung der Kostenträger und eine Kostenübernahme bestehen nicht. Eine ärztliche Verordnung über Krankengymnastik mit dem Zusatz „Kraniosakrale Therapie“ wird in der Regel ebenfalls nicht übernommen. Die Therapie gehört nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen und ein Mitarbeiter der Abrechnungsstelle der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) betonte telefonisch explizit, dass eine Bedürfnisweckung durch derartige Verordnungen nicht erwünscht sei (AOK Ibbenbüren 2001). Die aktuelle Anfrage bei der AOK Ibbenbüren (Majoor 2007) und ein Rückruf aus Bocholt bestätigten, dass Kraniosakraltherapie keine Kassenleistung ist (Palte 2007). Die privaten Versicherungen übernehmen ebenfalls keine Kostenerstattung für Kraniosakraltherapie. Die Ablehnung wird folgendermaßen begründet: Die Methode ist noch nicht ausreichend erforscht und bewährt. Für Osteopathische Behandlungen mit Verordnung vom Arzt werden zwischen 60 bis 120 Euro pro Sitzung erstattet (Frangart 2007).

8.2 Bei den Medizinern

Es war schwierig, bei der persönlichen oder telefonischen Befragung nach der Einstellung zur Kraniosakraltherapie eine konkrete Antwort zu bekommen. Ein ortsansässiger Arzt sagte, die Kraniosakraltherapie sei jetzt zumindest schon „mal bekannter“ unter seinen Kollegen, er wollte sich aber nicht konkret zu seiner Meinung äußern. Die Zusatzbemerkung eines anderen Arztes war: „Wenn dann gar nichts mehr hilft, könne man das ja mal ausprobieren mit den Patienten.“ Sie wollten beide nicht namentlich aufgeführt werden. Persönliche Erfahrung der Autorin ist eine offene Einstellung zur Technik von Ärzten, die wissen, dass in der Praxis nur kombiniert mit andern Techniken Kraniosakral nach individueller Befundung angewandt wird. Ansonsten wird die Einstellung als eher skeptisch eingeschätzt.

8.3 Innerhalb der Berufsgruppe

Die Akzeptanz innerhalb der Berufsgruppe ist ambivalent. Galt vor 10 Jahren Kraniosakraltherapie bei primär strukturell arbeitenden Physiotherapeuten noch eher als „esoterische“ Technik, hat sie doch an Anerkennung dazu gewonnen, nicht zuletzt durch die stark gestiegene Verbreitung der Osteopathie und der Integration der kranialen Arbeit in die Osteopathie, aber auch der Osteopathie in die kraniale Arbeit. Auch die Anzahl der angebotenen Fortbildungsmöglichkeiten lässt Rückschlüsse darauf zu, dass ein Interesse am Erlernen der Technik besteht. Es ist bei Therapeuten vielleicht ähnlich wie bei Patienten: entweder man findet keinen Zugang und lehnt die Therapieform gänzlich ab oder man kann es in die eigene Arbeit integrieren.

8.4 Bei den Patienten

Bei den Patienten ist das Interesse sehr unterschiedlich und nicht zuletzt abhängig vom Grad des Kenntnisstandes über die Technik. Kamen zu Beginn der 90er Jahre noch fast in alternativen Techniken versierte Patienten mit dem Wunsch, kraniosakral behandelt zu werden, hat die Verbreitung der Kenntnis über die Technik zugenommen. Gleichzeitig hat die Autorin die Erfahrung gemacht, dass in den letzten Jahren privatversicherte Patienten eher Osteopathische Behandlungen und selbstzahlende Patienten mit akuten Beschwerden manualtherapeutische Anwendungen bevorzugen, um ihre Beschwerden reduzieren zu können. Diese Erfahrungen sind jedoch subjektiver Art und nicht zu verallgemeinern. Manche Patienten bemerken, dass sie mit dieser Therapie besser ihre Schmerzen reduzieren als mit andren ihnen bekannten Techniken. Einige kommen, um bewusst an bestimmten Themen zu arbeiten und sie zu bewältigen.

8.5 In der Scientific Community

Die Reduktion und Veränderungen der Osteopatischen Techniken durch Upledger und die Weitergabe an Kursteilnehmer, die weder Ärzte noch Therapeuten sind, hatten zur Folge, dass die American Osteopathic Association (AOA) die Form der Therapie nicht anerkennt.

Hartmann und Norton schreiben über Kraniosakraltherapie im Rahmen ihrer Forschungen über die Wirksamkeit. Hartmann, PhD ist im Department of Anatomy und Norton, PhD im Department of Physiology des College of Osteopathic Medicine der University of New England tätig. Sie veröffentlichen in „The Scientific Review of Alternative Medicine“, in „Physical Therapy“ und in „Chiropractic & Osteopathy“. Sie lehnen die Therapieform als nicht wirksam ab, es gebe keine wissenschaftliche Untersuchung, die den klinischen Wert dieser Technik unterstütze. Sie konstatieren: „We are not characterizing craniosacral therapy as just another approach to health care about which knowledge is incomplete. To the contrary, we believe that craniosacral therapy bears approximately the same relationship to real medicine that astrology bears to astronomy. That is, this approach to "health care" is medical fiction, and it is not appropriate to teach fiction as part of medical or allied health curricula.“ (Hartmann u. Norton 2002b: 2)

Veröffentlichungen über Kraniosakraltherapie erfolgen auch in „Manuelle Medizin“, ein Beispiel ist von Schupp, Kieferorthopäde, zum Thema Gesichtsschmerz aus der Sicht der Kieferorthopäden (2001) oder von Iliaeva, Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Bonn, und Vassilieva, Medizinische Universität - Lehrstuhl Manuelle Therapie Moskau zum Thema Kraniosakrales System und Funktionsstörungen der oberen HWS bei Säuglingen.

Thorsten Liem, D.O., Osteopath GOsC (GB) hat seine Ausbildung in Belgien und Deutschland absolviert. Er leitet die Osteopathy Schule Deutschland (OSD) in Hamburg und unterrichtet dort. Er hat zahlreiche Bücher zu dem Thema veröffentlicht und ist einer der Vertreter der Kranialen Osteopathie in Deutschland. Er verknüpft sie mit Prinzipien der klassischen chinesischen Medizin, Yoga und psychologischen und energetischen Gesichtspunkten. Er ist ausgebildet in Psychotherapie, NLP, und Akupunktur, u.a. in Beijing, Hospital for Traditional Chinese Medicine (Liem 2005).

Gert Groot Landweer, Physiotherapeut aus den Niederlanden ist der Vorsitzende des Upledger Institut Deutschland. Er hat sich spezialisiert auf die Funktionsanalyse und Behandlung des Kiefergelenks. Auf dem 8. Norddeutschen CMD-Curriculum 2007/2008 in Bremen-Föhr-Warne-münde-Kiel ist er der Ehren-Referent bei und bietet zu diesem Thema zahlreiche Fortbildungen für Zahnärzte, Ärzte und Therapeuten an (Thoma 2007). Er hat die 5. Auflage von Upledger, Lehrbuch der CranioSacralen Therapie neubearbeitet und das Geleitwort geschrieben.

9. Studienlage

Die Untersuchungsschwerpunkte in einigen Studien liegen auf dem Nachweis der Beweglichkeit der Suturen, hier wird unterschieden in die passive und aktive Bewegungsfähigkeit und der Wahrnehmbarkeit des kranialen Rhythmus sowie dem PRM.

Palpations-Reliabilitätsstudien

Upledger veröffentlichte 1977 (Upledger u. Vredevoogd 2003: 422-435) eine Studie mit 25 Kindern im Vorschulalter und jeweils zwei unabhängig voneinander arbeitenden Osteopathen, die das Os Occipitale, die Synchondrosis sphenoccipitalis, die Ossa temporaliae und das Os sacrale untersuchten (Liem 2005:61). Es wurde Kritik an der Studie bezüglich der Methodik laut. Nach Green waren nicht genügend Probanden hinzugezogen wurden. Es gab bei den Probanden Bewegungseinschränkungen mit unterschiedlichen Parametern, so dass ein Vergleich innerhalb der Gruppe nicht wirklich möglich war (Liem 2005: 61).

Wirth-Patullo und Hayes haben mit einer Interrater-Reliabilitätsstudie reagiert (1994). Sie ist im Anhang nachzulesen. Die Ergebnisse dieser Varianzanalyse waren eher mäßig mit einem Intraclass-Korrelationskoeffizienten von 0,57 (ICC 57%) (Liem 2005: 61).

Upledger hat auf diese Studie mit einem „Letter to the Editor“ (1995) reagiert. Dieser ist zusammen mit der Antwort von Wirth-Patullo und Hayes im Anhang dieser Arbeit zu finden (Upledger 1995).

Upledger veröffentlichte 1977 eine weitere Studie, diese mit 203 Grundschulkindern mit Entwicklungsproblemen. Hier sollte ein Zusammenhang zu Craniosacralen Untersuchungsbefunden hergestellt werden (Upledger u. Vredevoogd 2003). Hier konstatiert Upledger, es gebe einen „annehmbaren“ Reliabilitätskoeffizienten und Übereinstimmung zweier Untersucher, gleichzeitig sei das auch ein „Beweis des tatsächlichen Bestehens eines wahrnehmbaren CranioSacralen Bewegungssystems“ (Upledger u. Vredevoogd 2003: 434).

Green u.a. (1999) sehen dagegen insuffiziente Evidenz, eine nicht ausreichende Recherche und Methodik der Studien als gegeben. Upledger argumentiert dagegen: „positive patient outcomes as a result of CranioSacral Therapy should weigh greater than data from designed research protocols involving human subjects, as it is not possible to control all of the variables of such studies.“ (Green et al 1999: 205)

„Green u.a. sehen es für sinnvoller an zu untersuchen, inwieweit Rhythmus und andere kraniosakrale Befunde als diagnostische Tests fungieren können.“ (Liem 2005: 61)

Moran und Gibbons (2001) haben Simultanuntersuchungen am Kopf und Sakrum durchgeführt. Dabei waren die Intra-Tester-Korrelation mittel bis gut (ICC 0,52-0,73), dagegen die Inter-Tester Korrelation schlecht (-0,09-0,31). Das widerspreche der „osteopathischen These des Core-Link zwischen Kraniaum und Sakrum“ (Liem 2005: 63).

Hartmann und Norton führen ebenfalls zur Frage der Interexaminer Reliability in einem Review 6 Studien auf, eine davon die o.g. von Upledger (1977). Bis auf diese Studie hatten alle den Fokus der Untersuchungen auf der Frequenz des kranialen Rhythmus. Sie bezeichnen die Übereinstimmung der Messergebnisse verschiedener Untersucher und die berichteten Interexaminer-Reliabilitäten im Wesentlichen mit Null. Den scheinbaren Erfolg der Studie Upledgers wird der Tatsache zugesprochen, dass seine Studie außergewöhnliche Evidenz von Nachlässigkeit und mangelhaftem Design aufweist (Hartmann und Norton 2002a).

Wissenschaftliche Untersuchungen zum Einfluss kranialer Dysfunktionen auf die kindliche Entwicklung

Liem (2005: 55-56) führt einige Untersuchungen auf. Viola Frymann hat 1966 Untersuchungen an Kindern durchgeführt: 216 Kinder zeigten Kompressionen der Verbindung zwischen Sphenoid-Okziput, 75 von ihnen hatten Störungen des Nervensystems und 29 respiratorische und zirkulatorische Störungen. Die Aussage der Studie war nach Liem, dass Dysfunktionen zwischen Okziput und Sphenoid zu späteren Lernstörungen führen. Holland wies 1991 auf einen „vertical strain“ im kindlichen Schädel hin, nachgewiesen durch Kernspinn-Tomographische Aufnahmen.

Adrianov und Bespala haben bei einem kongenitalen Torticollis als Ursache Störungen der Durchblutung und die Kompression kranialer Nerven konstatiert. Eine Verminderung der Blutflusses der A. carotis und der A. vertebralis betrug laut Doppler-Sonographie 20-25%, bei älteren Kindern 40-45 % auf der betroffenen Seite. Durch osteopathische Behandlung konnte bis zum 4. Lebensjahr eine komplette Heilung, bei einem Lebensalter von über 4 Jahren nur eine Besserung erzielt werden.

Untersuchungen zur Wirkung kraniosakraler Techniken

Kostopoulus und Kreamides konnten mithilfe piezoelektrischer Messungen Längenveränderungen der Falx Cerebri nachweisen (Liem 2005: 56). Legt man an ein piezoelektrisches Material ein äußeres elektrisches Feld an, so führt dies zu einer mechanischen Dehnung bzw. Verformung im Werkstoff (Es-Souni 2007).

Es werden einige weitere Ergebnisse aufgeführt, Liem sagt dazu abschließend: „Letztendlich sagen diese Ergebnis allerdings nichts über die Wirkung osteopathischer Behandlungen bei kranken Menschen aus. Deshalb erscheint es zum gegenwärtigen Zeitpunkt weitaus sinnvoller, Untersuchungen zur Wirkung gesamtosteopathischer Behandlungen bei verschiedenen Beschwerdebildern durchzuführen. Dies entspricht weitaus mehr Stills Verständnis von einer osteopathischen Behandlung, die keineswegs technikorientiert war.“ (Liem 2005: 61)

10. Diskussion

Kritik an der Methode

Weber führt an, dass die „unkritische Übernahme von Indikationen sowie der Einsatz der Techniken durch wenig qualifizierte Behandler“ zu Therapieversagen oder Komplikationen geführt habe und daher Anlass zu berechtigter Kritik gebe. „Da die kraniosakrale Therapie auch von Personen aus medizinisch nicht anerkannten Berufsgruppen angewandt wird, werden Zweifel an der Seriosität der Methode geäußert.“ Er erklärt weiter, dass der Übende mit ungewohnten anatomischen und physiologischen Konzepten konfrontiert werde, wie Liquor und Meningen. Ein Problem sei zudem, dass es sich um „schwer erlernbare subtile Palpations- und Behandlungstechniken handele, die von vielen subjektiven Faktoren beeinflusst werden und äußerlich kaum mit sichtbaren Bewegungen verbunden sind.“ (Weber 2004: 3)

Viele wenden sich ab, da sie nicht genug spürten, sie verstärken seiner Meinung nach die Kritik an der Methode, denn: „Ich habe nichts gespürt, also gibt es da auch nicht.“ (Weber 2004: 4)

Einbettung in ein Gesamtkonzept

Die Forderung nach der „Reintegration“ in das Gesamtkonzept der Osteopathie oder, wie Weber fordert auch in das der Ortho-Bionomy, scheint unter dem Aspekt, den gesamten Menschen zu sehen, nicht abwegig. Weber konstatiert, „diese manuell ausschließlich kraniosakral ausgebildeten Behandler stoßen rasch an ihre therapeutischen Grenzen.“ (Weber 2004: 4) Sicher ist es für Physiotherapeuten auch nicht sinnvoll, ausschließlich mit einer Technik oder nur dem kraniosakralen Konzept zu arbeiten, denn es kann nicht alle Anforderungen an die therapeutischen Methoden abdecken.

Lange Zeit gab es die Forderungen von Ausbildern, man müsse bei der kraniosakraltherapeutischen Arbeit in jeder Behandlung das gesamte 10-Punkte-Programm durchführen. Das ist aber allein aus Zeitgründen nicht möglich, denn welcher Physiotherapeut hat 60-90 Minuten Zeit für eine Behandlung, selbst wenn der Patient als Selbstzahler kommt. Eingebettet in ein fundiertes Clinical Reasoning kann die kraniosakrale Arbeit für Physiotherapeuten als Ergänzung zur manualtherapeutischen Arbeit oder in ein neurologisches Behandlungskonzept eine genutzt werden.

Anregung für die Umsetzung in die Praxis

Eine holistische Denkweise, oder den Menschen als ganze Person in all ihren Ebenen wahrzunehmen, ist sicher das Ziel vieler Therapeuten, unabhängig von der Wahl ihrer Behandlungsmethode. Vielleicht können wir, getreu Antje Hüter-Beckers „Neuem Denkmodell“, diesem Anspruch besser gerecht werden. Die australische Physiotherapeutin McIndoe fragte

1995: „Können Kliniker es sich leisten eine Methode unter Ausschluss anderer auszuüben, oder sogar schlimmer, bewusst andere Methoden ablehnen?“ (Hengeveld 2006)

„Es wird zunehmend eingesehen, dass es für die ‚postmoderne‘ Physiotherapie besser ist, auf Gemeinsamkeiten in den verschiedenen Konzepten zu achten und die besonderen Merkmale hervorzuheben, anstatt eine Exklusivität anzustreben.“ (Hengeveld 2006)

Hinkelthein und Zalpour fordern, dass jeder Mensch in „seiner Individualität erfasst und sein spezifisches Problem dann ebenso individuell behandelt werden“ muss. Für einen Therapieerfolg ist ein Miteinander der verschiedenen Fachrichtungen und Therapeuten eine unumstößliche Voraussetzung. „Ebenso wenig sinnvoll ist es aus der Perspektive des Osteopaten, generell nur parietal, viszeral oder craniosacral zu arbeiten.“ (Hinkelthein u. Zalpour 2006: 1)

II Literaturverzeichnis

Agustini D (2006): Craniosacral-Rhythmus. Praxisbuch zu einer sanften Körpertherapie. München. Kösel

Allgemeine Ortskrankenkasse Ibbenbüren, AOK (2001): Abrechnungsstelle.

Australian Journal of Physiotherapy, AJP (2007): In: <http://www.google syndicated search.com/u/eAJP?hq=inurl%3Awww.physiotherapy.asn.au%2Fajp&q=First-contact+Practitioner&sa=Search+AJP> (Download 13.04.2007)

Barral J P, Mercier P (2002): Lehrbuch der Viszeralen Osteopathie. Band 1. München. Urban & Fischer

Barral J-P, Mercier P (2002): Lehrbuch der Viszeralen Osteopathie. Band 2. München. Urban & Fischer

Cloet E, Groß B (1999): Osteopathie im kranialen Bereich. Stuttgart. Hippokrates

Craniosacral Therapy Association of Australia, CSTAA (2007):. Craniosacral Therapy. In: <http://www.craniosacraltherapy.org.au/> (Download 12.04.2007)

ecranio (2007): Richard Royster Institute. In: <http://www.ecranio.com/>In: <http://www.ecranio.com/pages/anwendungen.html> (Download 01.05.2007)

Es-Souni M (2007): Institut für Werkstoff- und Oberflächentechnologie, IMST. Piezoelektrische Charakterisierung. In: <http://www.imst.fh-kiel.de/dedi/imst/index.php?idcatside=39> (Download 25.05.2007)

Frangart (2007): Union Krankenversicherung, UKV. Kraniosakraltherapie im Leistungskatalog? (Telefongespräch 24.05.2007 9:10)

Green C u.a. (1999): A systematic review of craniosacral therapy: biological plausibility, assessment reliability and clinical effectiveness. In Complementary Therapies (7): 201-207

Iliava S u.a. (2006): Kraniosakrales System und Funktionsstörungen der oberen HWS bei Säuglingen. In: Manuelle Medizin (44): 212-216

Hartmann SE u. Norton JM (2002a): Interexaminer Reliability and Cranial Osteopathy. The Scientific Reiview of Alternativ Medicine Vol. 6 (1): 23-33
In: <http://faculty.une.edu/com/shartman/sram.pdf> (Download 25.05.2007)

Hartmann SE u. Norton JM (2002b): Craniosacral Therapy Is Not Medicine. Letters and Responses. In: Phys. Ther. Vol. 82 (11) 1146-1147
In: <http://www.ptjournal.org/cgi/content/full/82/11/1146> (Download 25.05.2007)

Hartmann SE (2006): Cranial osteopathy: its fate seems clear. Chiropractic & Osteopathy. BioMed Central. In: <http://www.chiroandosteo.com/content/14/1/10> (Download 24.05.2007)

Hengeveld E (2006):Theorie der Physiotherapie. Online Veranstaltung im SW/WS. Berufsbeschreibung und Berufsdefinition.
In: http://www.system2teach.de:8080/hgf/re_ressources/856/html/index.html
(Downlaod 19.04.2007): Fachhochschule Osnabrück. StudIP. Clinical Reasoning. Dehde.: file:///Users/rukra/Desktop/html/3_berufsbeschreibung_und_berufsdefinition_berufsdefinitionen.html

Hinkelthein E u. Zalpour C (2006): Diagnose- und Therapiekonzepte in der Osteopathie. Heidelberg. Springer

Jones JH (2005): Strain-Counterstrain. Osteopathische Behandlung der Tenderpoints. 2. Auflage. München. Urban & Fischer

Klett E (2007): Physiotherapeutin und Ausbilderin für Kraniosakraltherapie. Übersetzerin der 1. dt. Ausgabe von Upledger (1999): Kranioskale Therapie. Heidelberg. (Gespräch per Telefon am 13.03.2007. 20:30)

Liem T (2005): Kraniale Osteopathie. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart. Hippokrates

Majoor (2007): Allgemeine Ortskrankenkasse Ibbenbüren. Kraniosakraltherapie im Leistungskatalog? (Telefongespräch am 24.05.2007. 9:30 Ibbenbüren)

Palte (2007): Allgemeine Ortskrankenkasse Bocholt. Kraniosakraltherapie (Telefongespräch am 25.05.2007.12:05)

Physio.de (2007): Bücher. Kraniosakraltherapie. In: <http://www.physio.de/buch/cranio01.htm> (Download 14.05.07)

PhysioWeb (2007): Facial Balancing. Groot Landeweer G. Bearbeitet von Donsbach T (2004) In: http://www.werde-gesund.info/therapie/Fascial_Balancing.htm (Download 23.05.2007)

Richter P u. Hebgen E (2006): Triggerpunkte und Muskelfunktionsketten. Stuttgart. Hippokrates

Royster RM (1994): Kraniosakrale Therapie. Unveröffentlichtes Fortbildungsmaterial im Kurs Craniosacral Therapy. Rheine

Royster RM (2007): Cranio Sacral Therapy In: <http://www.angelfire.com/me5/cranio/> (Download 01. 05. 2007)

Schwind P (2003): Faszien- und Membrantechnik. München. Urban & Fischer

Still AT (1910, 1992): Osteopathy. Research and Practise. Seattle. Eastland Press

Tillmann B N (2005): Atlas der Anatomie. Heidelberg. Springer

Thoma M (2007): Bayrische Zahnärztekammer. Fortbildung: Manuelle Funktionsanalyse in der täglichen Praxis. In: http://www.blzk.de/archiv/zbay/6_01/0106s50.html (Download 21.05.07)

Trepel M (2004): Neuroanatomie. Struktur und Funktion. 3. Auflage. München. Urban & Fischer

Upledger JE, Vredevoogd JD (2003): Lehrbuch der CranioSacralen Therapie I. 5., durchgesehene Auflage. Stuttgart. Haug

Upledger JE (1978): The Relationship of Craniosacral Examination Findings in Grade School Children with Development Problems. Im Anhang: 401-421
Erschienen in JAOA (77) Sept: 738-754

Upledger JE (1977): Statistische Auswertung der Reproduzierbarkeit von CranioSacralen Untersuchungsbefunden. Im Anhang: 422-435.

Erschienen in JAOA (76) Aug: 890-899

Upledger JE (2000): SomatoEmotionale Praxis der CranioSacralen Therapie. 2., durchgesehene Auflage. Stuttgart. Haug

Upledger Institut Deutschland (2007a): In: <http://www.upledger.de/institut/frameset.html>
(Download 21.03.2007)

Upledger Institut Deutschland (2007b): In: <http://www.upledger.de/> (Download 23.05.2007)
(Hier muss ganz weit auf der Seite gescrollt werden)

Weber KG (2004): Kraniosakrale Therapie. Ressourcenorientierte Behandlungskonzepte (Physiotherapie Basics). Berlin. Springer

Anmerkungen

Die Abbildungen und Fotos sind von Uwe und Ruth Kramer, manche wurden denen von Frank Netter nachempfunden.

Rechtschreibung

Es wurde die neue deutsche Rechtschreibung medizinischer Ausdrücke im Text verwendet, außer bei den anatomischen Bezeichnungen und in den Zitaten.

III. Anhang zur Literatur

1. Studien:

Green C u.a. (1999): A systematic review of craniosacral therapy: biological plausibility, assessment reliability and clinical effectiveness. In Complementary Therapies (7): 201-207

Hartmann SE u. Norton JM (2002a): Interexaminer Reliability and Cranial Osteopathy. The Scientific Review of Alternativ Medicine Vol. 6 (1): 23-33

In: <http://faculty.une.edu/com/shartman/sram.pdf> (Download 25.05.2007)

Hartmann SE u. Norton JM (2002b): Craniosacral Therapy Is Not Medicine. Letters and Responses. In: Phys. Ther. Vol. 82 (11) 1146-1147

In: <http://www.ptjournal.org/cgi/content/full/82/11/1146> (Download 25.05.2007)

Hartmann SE (2006): Cranial osteopathy: its fate seems clear. Chiropractic & Osteopathy. BioMed Central. In: <http://www.chiroandosteo.com/content/14/1/10> (Download 24.05.2007)

Upledger JE (1977): Statistische Auswertung der Reproduzierbarkeit von CranioSacralen Untersuchungsbefunden. Im Anhang: 422-435.
Erschienen in JAOA (76) Aug: 890-899

Upledger JE (1995): Letters to the Editor. Craniosacral Therapy. (Interrater Reliability of Craniosacral Rate Measurements and Their Relationship With Subjects` and Examiners` Heart and Respiratory Rate Measurements). In: Physical Therapy. Vol. 75. Nr. 4: 328-330

Wirth-Patullo V u. Hayes KW (1994): Interrater Reliability of Craniosacral Rate Measurements and Their Relationship With Subjects and Examiners Heart and Respiratory Rate Measurements. In: Physical Therapy. Vol. 74. Nr. 10: 908-919

2. Weitere Artikel

Henze S u.a.(2003): Interdisziplinäre Behandlungsansätze bei der sensomotorischen Integrationstörung/ Tonusasymmetrie. Konsequenzen für die Erwachsenen Behandlung. In: Manuelle Medizin (41): 33-36

Heymann W v u. Kohrs C (2006): Was ist der „kraniale Rhythmus“? Ein Beitrag zum Umgang mit der „kranialen Osteopathie“ (CSO). In: Manuelle Medizin (44): 177-184

Iliaeva S u.a. (2006): Kraniosakrales System und Funktionsstörungen der oberen HWS bei Säuglingen. In: Manuelle Medizin (44): 212-216

Kondziella W (2003): Kreuzschmerzsyndrom - eine Ganzkörperreaktion. In: Manuelle Medizin (41): 22-29

Mills MV u.a. (2003): The Use of Osteopathic Manipulative Treatment as Adjuvant Therapy in Children With Recurrent Acute Otitis Media. In: Arch Pediatr Adolesc Med/Vol 157: 861-866