

Die Bedeutung der haptischen Wahrnehmung beim Cranio-Sakralen-Rhythmus (CSR)

Grundlagenarbeit

Diplomarbeit

Toni Schraner
Rigiweg 5b
5626 Hermetschwil-Staffeln
G: +4156 631 56 06, P:+4156 631 25 90
info@osteopahtie-schraner.ch

Hermetschwil, 24. Oktober 2009

Tutorin:
Marianne Arnet Osteopathin D.O.
Gwandensteig 6
8049 Zürich
G: +4144 342 90 22

Vorwort

Durch die verschiedenen Diskussionen mit Dr. rer. nat. Niko Seichert, Rehaklinik Bellikon (Evidence Based Medicine Instruktor) wurde mir klar, dass diese Grundlagenarbeit die wissenschaftlichen Kriterien nicht erfüllt. Niko Seichert bezeichnete meine Diplomarbeit als „philosophische Annäherung mit relevantem Inhalt für die Osteopathie, welcher sich nicht nur auf den CSR beschränkt“. Somit möchte ich betonen, dass das Wahrnehmungsmodell auch bei der viszeralen und parietalen Tätigkeit zur Anwendung kommt. Ich habe mich bei meiner Arbeit auf den CSR konzentriert, weil mir dort die innere Neutralität am meisten gefehlt hat.

Die Bezeichnung philosophische Annäherung stört mich eigentlich nicht und möchte in diesem Zusammenhang aus dem Buch von Guido F. Meert (1) Wright zitieren, welcher die Osteopathie folgendermassen definiert:

„Die Osteopathie ist zugleich eine Philosophie, eine Wissenschaft und eine Kunst. Ihre Philosophie umfasst das Konzept der Einheit der Struktur und der Funktion des Körpers in Gesundheit wie auch in Krankheit. Ihre Wissenschaft beinhaltet die chemischen, physikalischen und biologischen Wissenschaften im Dienste der Gesundheit ebenso wie in der Prävention, Heilung und Besserung von Krankheiten. Ihre Kunst ist die Anwendung der Philosophie und Wissenschaft in der Praxis der osteopathischen Medizin.

Es tauchte auch die Frage auf, ob die Diplomarbeit in der dritten Person oder in der ersten Person (Ich-Form) geschrieben werden sollte. Normalerweise wird die dritte Person verwendet. Da die Wahrnehmung immer individuell und persönlich ist, habe ich mich für die Ich-Form entschieden.

An dieser Stelle möchte ich für die erhaltene Hilfe ganz herzlich danken

Zuerst möchte ich mich bei der Schule für Physiotherapie, Kanton Aargau bedanken, dass ich das Wahrnehmungsmodell übernehmen durfte.

Weiterer Dank geht an die Herren Dr. rer. nat. Niko Seichert (Rehaklinik Bellikon), Dr. med. Bruno Baviera (ärztlicher Schulleiter der Physiotherapieschule Kanton Aargau), Werner Strebel (Erwachsenenbildner, Physiotherapeut und Cranio-Sakral-Therapeut) und an meine Tutorin Marianne Arnet.

Dr. rer. nat. Niko Seichert war mit konstruktiver Kritik bezüglich Wahrnehmung und Wissenschaftlichkeit der Arbeit eine grosse Hilfe.

Mit Dr. Bruno Baviera hatte ich anregende Gespräche und einen grossen Beitrag erhalten, was die Wahrnehmung beinhaltet und wie die Wahrnehmung zu verstehen ist.

Von Werner Strebel habe ich während unseren stundenlangen Diskussionen ganz viele Inputs erhalten.

Mit der Tutorin Marianne Arnet machte ich den letzten Schliff bezüglich Verständlichkeit und Gliederung.

Selbständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht.

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	6
2. Einleitung	6
3. Schlüsselwörter	8
4. Zielformulierung	8
5. Inhaltsangabe/Elemente	8
6. Geschichte der Cranio-Sakrale Osteopathie	9
7. Wahrnehmung	
7.1. <u>Definition des Begriffes Wahrnehmung</u>	10
7.2. <u>Formen der Wahrnehmung</u>	10
7.3. <u>Die haptische Wahrnehmung</u>	11
7.4. <u>Diskussion der haptischen Wahrnehmung</u>	11
8. Die Bestandteile der haptischen Wahrnehmung	13
8.1. <u>Äusseres Umfeld</u>	14
8.1.1. Diskussion des äusseren Umfeldes	14
8.2. <u>Inneres Umfeld</u>	15
8.2.1 Diskussion des inneren Umfeldes	15
8.3. <u>Tun/Fertigkeiten (Palpationsfertigkeiten)</u>	16
8.3.1. Diskussion der Palpationsfertigkeiten	16
8.3.2. Können wir uns auf unsere Palpation verlassen?	18
8.4. <u>Sinnesempfindung</u>	
8.4.1. Definition der Sinnesempfindung	19
8.4.2. Definition der taktilen Sinnesempfindung	19
8.4.3. Definition der kinästhetischen Sinnesempfindung	22
8.4.4. Blinde Personen palpieren den Kopf	23
8.4.5. Diskussion	23
8.4.6. Sinnesempfindung in der Cranio-Sakralen Ausbildung	24
8.5. <u>Denken/Wissen</u>	26
8.5.1. Diskussion Denken/Wissen	26
8.5.2. 100% Intertester-Reliabilität in unserem Ausbildungskurs	29
9. Ist der CSR eine Wahrnehmung oder eine Sinnesempfindung?	
9.1. <u>Definition des CSR von Torsten Liem</u>	30
9.2. <u>Diskussion</u>	30
9.3. <u>Die Wahrnehmung von Denis Brookes D.O. des CSR</u>	32
9.4. <u>Die Wahrnehmung von Viola Frymann D.O. des CSR</u>	32
9.5. <u>Die Wahrnehmung von Torsten Liem D.O. des CSR</u>	32
9.6. <u>Meine Wahrnehmung des CSR</u>	32
10. Lernhilfe für angehende Osteopathen	33

11. Schlussfolgerung	35
12. Literaturverzeichnis	36
13. Beilagen	
13.1. <u>Publikation von Heymann und Kohrs</u>	37
13.2. <u>Leserbrief von Mayers</u>	38
13.3. <u>Wahrnehmungsübungen</u>	39

1. Zusammenfassung

Nach der Definition der haptischen Wahrnehmung werden deren Elemente erläutert. Sie umfassen das Aeussere Umfeld, das Innere Umfeld, das Tun/die Fertigkeiten, das Denken/das Wissen und die Sinnesempfindung. Die Elemente der haptischen Wahrnehmung werden in Bezug zum Cranio-Sacralen-Rhythmus (CSR) gesetzt und Konsequenzen zum Erlernen der Cranio-Sacralen Therapie in der Grundausbildung abgeleitet. Der Autor zieht die Schlussfolgerung, dass die haptische Wahrnehmung immer ein individuelles Geschehen ist und folglich auch keine gute Intertester-Reliabilität erreicht werden kann.

2. Einleitung

Ich erinnere mich noch gut an meinen Lernprozess während der Osteopathie-Ausbildung, bis ich den Cranio-Sakralen Rhythmus zu spüren begann, oder genauer: „Bis ich meinte, den Rhythmus zu spüren“. Lange Zeit suchte ich die Welle, so wie man den Herzpuls oder Atemwelle spürt.

Während der 5 jährigen Ausbildungszeit zum Osteopathen wurde mir der **Cranio-Sakrale-Rhythmus** als etwas Mechanistisch-Strukturelles gelehrt, verursacht durch die Motilität des Gehirns und des Rückenmarks, Fluktuation der Hirn- und Rückenmarksflüssigkeit, Mobilität der intrakranialen und intraspinalen Membranen, Mobilität der Schädelknochen und unwillkürliche Mobilität des Kreuzbeins zwischen den Beckenknochen.

Die Erklärung vermittelte eine klare Vorstellung der zu erwartenden Muster, basierend auf detaillierten anatomischen Kenntnissen des Schädels und des Nervensystems.

Im Juni 2006 stiess ich auf die Publikation (Beilage 13.1.) von Dr. W.v. Heymann und C. Kohrs, Bremen in der Zeitschrift Manuelle Medizin:

Was ist der kraniosakrale Rhythmus?

Ein Beitrag zum Umgang mit der „kraniosakralen Osteopathie“ (CSO).

Diese Publikation hat mich zuerst geärgert. Ich bemerkte in mir eine Abwehrreaktion im Sinne, dass "wieder einmal ein Pseudowissenschaftler die CSO beschmutzt". Erst bei der zweiten Durchsicht wurde mir klar, dass die Autoren nicht die Anwendung und Wirkung der CSO anzweifeln, sondern das mechanistische Erklärungsmodell. Und dazu kommen mir als pragmatisch denkende Person, all die oft diskutierten Zweifel während der Ausbildung in den Sinn. Diese Publikation gab ich auch meinem damaligen Cranio-Sakral-Dozent Henry Klessen D.O. (D) mit der mehrmaligen verblichenen Bitte um seine Stellungnahme.

W.v.Heymann und C.Kohrs schreiben unter Anderem in ihrer Publikation:

Reliabilität:

Untersuchungen über die Reliabilität der Befunde an normalen Testpersonen und echten Patienten haben bisher zu einer erheblichen Bandbreite der Befunde geführt, die keinerlei statistischen Aussagefähigkeiten entsprechen. Verschiedene, ausgewiesene erfahrene Untersucher fanden bei der gleichen Testperson innerhalb von maximal 3 Min. Abstand einen sehr unterschiedlichen Rhythmus sowie sehr wider-

sprüchliche „Diagnosen“. **Eine Reliabilität und Reproduzierbarkeit der Diagnostik ist also bisher eher widerlegt als nachgewiesen.**

Bei der Abschlussprüfung " **Cranio-sakrale Therapie**" unseres Kurses zeigte sich ein ganz anderes Bild. Die Teilnehmer des Kurses hatten im Vergleich mit dem Prüfungs-Experten eine 100% Intertester Reliabilität. Bei der Abschlussprüfung musste der Prüfling die Cranio-Muster des Patienten ertasten und der Experte kontrollierte diese, **nachdem der Prüfling sein Ergebnis dem Experten kommuniziert hatte.** Mit diesem Design fanden der Prüfling und der Experte immer den gleichen Rhythmus und die gleichen Muster.

Wie lässt sich die ungenügende Intertester Reliabilität gemäss der Publikation von Heymann einerseits und die 100% Intertester Reliabilität in unserem Ausbildungskurs andererseits erklären?

Diese Ausgangslage motivierte mich zur Wahl des Themas.

So habe ich mich mit Torsten Liem, Hamburg (Verfasser mehrerer Bücher über die Kraniosakrale Osteopathie) und Dr. Johannes Mayer M.D., D.O.M., President EROP, Vicepresident DGOM, Verfasser eines heftigen Leserbriefes auf die Publikation von Heymann (Beilage 13.2.) in Verbindung gesetzt. Torsten Liem habe ich die Publikation geschickt und Dr. Johannes Mayer habe ich um Stellungnahme zur ungenügenden Intertester Reliabilität gebeten.

Zitat Von Torsten Liem:

„Alle Inhalte des vorliegenden Beitrages scheinen mir dringend notwendig, in der Osteopathie diskutiert zu werden. In der Tat spricht der Autor wichtige Punkte im Phänomen des sogenannten CSR an und trotz einer gewissen Einseitigkeit empfinde ich den Beitrag sehr erfrischend, inspirierend und die häufig unkritische Annäherung an das Phänomen CSR mit guten Argumenten relativierend. Er basiert seine Argumente auf den richtigen Studien und hat bezüglich seiner Schlussfolgerungen aus meiner Sicht, sicherlich nicht unrecht. Im Gegenteil fehlt den Vertretern der CSO häufig **die innere Neutralität**, aufgrund der sogenannten "Indoktrination" durch osteopathischen Unterricht und der Glaubenslehre in der sog. CSO, sich diesem Phänomen so abgeklärt wie der Autor anzunähern.

Auf der anderen Seite, wie bereits gesagt, könnten auch seine Ausführungen durch Hinzuziehung weiterer Studien zur KSO, relativiert werden.

Klärungsbedarf und Diskussion sind dringend notwendig.“

Zitat von Dr. Johannes Mayer M.D., D.O.M., President EROP, Vicepresident DGOM:

„Wer berührt wird berührt. Dieser Satz ist die Grundlage jeder osteopathischen Palpationsarbeit. Im Klartext, es gibt immer eine Interaktion Patient –Therapeut, so dass bei jedem Therapeuten eigentlich **ein anderer CSR palpabel sein muss.**“

Diese Antwort hat mich sehr erstaunt, einerseits wegen der im Unterricht als absolut bezeichnete CSR und andererseits aufgrund seines heftigen Leserbriefes auf die Publikation von Heymann und Kohrs. (Beilage 13.2.)

Die Frage „Was ist der kraniosakrale Rhythmus?“ kann anscheinend mangels eindeutiger Fakten nicht evident beantwortet werden. Offensichtlich stehen sich zwei gleichberechtigte Meinungen konträr gegenüber. Für den Naturwissenschaftler geht aus der Publikation hervor, dass der CSR nicht messbar ist und folglich nicht existiert. Für den Osteopathen ist der CSR spürbar und folglich real.

Bei den verschiedenen Diskussionen und Analysen mit Niko Seichert und Werner Strebel über den kraniosakralen Rhythmus kam immer wieder das Thema **Wahrnehmung** zur Sprache.

Somit habe ich mich entschieden, meine Diplomarbeit über:

„**Die Bedeutung der haptischen Wahrnehmung beim Cranio-Sakralen Rhythmus**“ zu schreiben.

3. Schlüsselwörter

Cranio-Sakral-Rhythmus (CSR), haptische Wahrnehmung, äusseres Umfeld, inneres Umfeld, Tun/Fertigkeiten, Denken/Wissen, Sinnesempfindungen,

4. Zielformulierung

In der Osteopathiegrundausbildung soll die Auseinandersetzung mit der Wahrnehmung bewusster stattfinden.

5. Inhaltsangabe

Die Elemente der Wahrnehmung werden vorgestellt. Dann wird die Differenzierung von **Sinnesempfindung** und **haptische Wahrnehmung** im Bezug zum CSR erklärt und diskutiert.

Elemente

Publikation: „was ist der Cranio-Sakrale- Rhythmus“ als Ansporn zu dieser Diplomarbeit

Expertenmeinungen

- Torsten Liem (Verfasser mehrer Bücher über die Kraniosakrale Osteopathie)
- Dr. Johannes Mayer M.D., D.O.M., President EROP, Vicepresident DGOM,
- Dr. med. Bruno Baviera, Chefarzt und ärztlicher Schulleiter Schule für Physiotherapie Aargau, Schinznach
- Dr. rer.nat. Niko Seichert, Rehaklinik Bellikon, Evidence Based Medicin Instruktor
- Werner Strebel, Physiotherapeut, Erwachsenenbildner, Cranio-Sakral-Therapeut

Leserbriefe

Wissen und Modell über die Wahrnehmung

Meine Erfahrungen in der Ausbildung

Meine praktische Erfahrung

6. Geschichte der Kranio-Sakralen Osteopathie (2)

Die kraniosakrale Behandlungsmethode wurde Anfang der dreißiger Jahre von William Garner Sutherland (1873 - 1954) entwickelt. Im Alter von 25 Jahren gab Sutherland seinen Beruf als Journalist auf, um bei Dr. A. T. Still in Kirksville/Missouri Osteopathie zu studieren. Nach erfolgreichem Abschluss seines Studiums erlangte er 1900 den Titel „Doktor der Osteopathie“. Noch als Student an der Osteopathieschule in Kirksville hatte er einen zerlegten Schädel betrachtet. Dabei erregten die eigentümlich gebildeten Verbindungsflächen zwischen dem großen Keilbeinflügel und der Schläfenbeinschuppe seine Aufmerksamkeit. Diese Verbindung erschien ihm gekantet, wie die Kiemen eines Fisches. **Sie schienen hinzuweisen auf eine gelenkige Beweglichkeit eines Atemmechanismus.** Obwohl alle ihm bekannten anatomischen Textbücher lehrten, dass die Schädelnähte verknöchern und ein unbewegliches, statisches Ganzes darstellen, ließ ihn der **Gedanke** um die Möglichkeit von Bewegungen im Schädel nicht wieder los.

Nach zehn Jahren vergeblicher Mühe, nicht mehr daran zu denken, versuchte er **seine Idee** zu widerlegen und begann, mit gelenkigen Verbindungen vertraut, die unterschiedlichen Gelenkflächen der Schädelknochen zu erforschen. Eine Frage tauchte immer wieder auf: „Warum diese Kantung (der Schädelknochen)?“. Die Frage nach dem Sinn der unterschiedlichen Anordnung der Schädelnähte ließ Sutherland jedes kleinste anatomische Detail der Schädelknochen studieren. Seine Frau nannte es die „knöcherne Phase“ ihrer Ehe, denn seine Knochen begleiteten ihn in dieser Zeit überall hin und lagen in der ganzen Wohnung herum. Statt **seine Idee** zu widerlegen, kam er zu dem Schluss, dass die Gelenkflächen der Schädelknochen eine Konstruktion darstellen, die nur den Zweck haben können, Bewegung zu ermöglichen. Er fand heraus, dass die Schädelknochen durch Membranen im Schädel miteinander verbunden sind und ihre Bewegung durch diese Membranen koordiniert werden. Deshalb bezeichnet er sie als „reziproke Spannungsmembran“. Auch das Kreuzbein ist durch die Dura im Rückenmarkskanal mit den intrakranialen Membranen und so mit den Schädelknochen verbunden.

Immer wieder palpierete er seinen Schädel und die Köpfe seiner Patienten und **begann** etwas zu erspüren, das er sich nicht erklären konnte: Der Schädel bewegt sich tatsächlich, und zwar unabhängig vom Herz- und Atemrhythmus. Nach weiterem unermüdlichem „Fühlen“ dieser feinsten Bewegungen kommt er zu dem Schluss, die Eigenbewegung des Gehirns, die regelmäßigen, rhythmischen Fluktuationen der Hirn- und Rückenmarksflüssigkeit, die Beweglichkeit der duralen Hirn- und Rückenmarkshäute, der Schädelknochen sowie des Kreuzbeins seien die Grundlage dieser Bewegung.

Immer aufs Neue untersuchte Sutherland **über 20 Jahre** hinweg mit seinen „fühlen- den, sehenden, denkenden ... Fingern“ die Strukturen, kleinste Bewegungsmöglichkeiten und feinste Bewegungen im und am Schädel sowie vorhandene Restriktionen und ihre Behandlungsmöglichkeiten, bis er mit seinen Ergebnissen an die Öffentlichkeit trat. Allmählich entwickelte sich aus seinen Untersuchungen und Experimenten eine neue Behandlungsmöglichkeit: Die Cranio-Sakrale Osteopathie.

Fazit: Sutherland hat eine jahrelange Entwicklung durchgemacht bis er begann den Rhythmus – seine Idee - zu spüren. Sutherland brauchte Jahrzehnte bis er den CSR spürte.

7. Wahrnehmung

7.1. Definition des Begriffes Wahrnehmung:

Wahrnehmen ist **wahr** nehmen.

Wahrnehmen heisst „die Wahrheit nehmen“.

Das Wörtchen „wahr“ gehört zur indogermanischen Wurzel „uer-„ und bedeutet Gunst und Freundlichkeit erweisen: Wahrnehmung ist also liebevolle Zuwendung.
(10)

Wahrnehmung (3) bezeichnet im Allgemeinen den Vorgang der Sinnesempfindung von physikalischen Reizen aus der Außenwelt eines Lebewesens, also die bewusste und unbewusste Sammlung von Informationen eines Lebewesens über seine Sinne. Die so **aufgenommenen und ausgewerteten** Informationen werden Wahrnehmungen genannt. Diese werden laufend mit den als Teil der inneren Vorstellungswelt gespeicherten Konstrukten oder Schemata **abgeglichen**.

Der Inhalt und die Qualität der Sinneswahrnehmung, also deren Gerichtetheit und Schärfe, können bewusst durch gezielte Aufmerksamkeit gesteigert werden.

7.2. Formen der Wahrnehmung

Grundsätzlich unterscheidet man zwischen der **Extero- und der Interozeption**. **Exterozeption** bezeichnet dabei allgemein die Wahrnehmung der Außenwelt. Der Begriff **Interozeption** bezeichnet als Oberbegriff die Wahrnehmung des eigenen Körpers. Dabei unterscheidet man **Propriozeption** (Wahrnehmung von Körperlage und -bewegung im Raum = Tiefensensibilität) und **Viszerozeption** (Wahrnehmung von Organtätigkeiten). Die Wahrnehmung der Außenwelt bezieht sich insbesondere auf die "fünf Sinne" (Riechen, Sehen, Hören, Schmecken und Fühlen).

Die Sinneswahrnehmungen des Menschen:

Visuelle Wahrnehmung, auch Gesichtssinn oder Sehen: Dient der Wahrnehmung von visuellen Reizen wie zum Beispiel Helligkeit, Farbe, Kontrast, Linien, Form und Gestalt, Bewegung und Räumlichkeit. Das zuständige Sinnesorgan ist das Auge.

Auditive Wahrnehmung oder akustische Wahrnehmung, auch Gehörsinn, Gehör oder Hören: Dient der Wahrnehmung von Schall, insbesondere von Geräuschen, Tönen und Klängen. Das zuständige Sinnesorgan ist in erster Linie das Ohr. Sehr laute Schallereignisse können jedoch auch mit dem ganzen Körper, insbesondere durch den Tastsinn wahrgenommen werden.

Vestibuläre Wahrnehmung, auch Gleichgewichtssinn: Dient der Wahrnehmung von Lageveränderungen im Verhältnis zu einem Schwerfeld zur Wahrung des Gleichgewichts und der Kontrolle von Bewegungen, zusammen mit Augen und Muskelsinn. Das zuständige Sinnesorgan ist das Gleichgewichtsorgan im Innenohr. Wird aufgrund seiner Lage dem Gehörsinn zugeordnet.

Olfaktorische Wahrnehmung, auch Geruch oder Riechen: Dient der Wahrnehmung von Riech- und Duftstoffen. Das zuständige Sinnesorgan ist die Nase, genauer gesagt deren Riechschleimhaut. Geruchswahrnehmungen werden im Gedächtnis stark mit Emotionen assoziiert.

Gustatorische Wahrnehmung, auch Geschmack oder Schmecken: Dient der Wahrnehmung von chemischen Qualitäten von Nahrung. Das zuständige Sinnesorgan ist die Zunge mit ihren Geschmacksknospen.

Fühlen: Sie ist die Vereinigung von Taktile Wahrnehmung und Tiefensensibilität (kinästhetische). (siehe 8.4.1.–8.4.3. Sinnesempfindung: taktil-kinästhetische Sinnesempfindung).

7.3. Die haptische Wahrnehmung

Da bei der Wahrnehmung des CSR das aktive Erfühlen im Vordergrund steht, spricht man von haptischer Wahrnehmung. (griech.: haptós „fühlbar“, haptikós „zum Berühren geeignet“)

Definition: Als haptische Wahrnehmung (4) bezeichnet man das aktive Erfühlen von Größe, Konturen, Oberflächentextur, Gewicht usw. eines Objekts durch Integration aller Hautsinne und der Tiefensensibilität, d.h. durch Berührung mit den Händen. Die Gesamtheit der haptischen Wahrnehmungen erlaubt es dem Gehirn, mechanische Reize, Temperaturreize und Schmerz zu lokalisieren und zu bewerten.

7.4. Diskussion der haptischen Wahrnehmung

Im Gespräch mit Dr. med. Bruno Baviera (5) halten wir folgendes fest:

Wahrnehmung ist ein komplexer Prozess. Wahrnehmung ist eine Leistung unseres **ganzen** Organismus, speziell aber unseres zentralen Nervensystems. Unsere Sinnesorgane, die **Rezeptoren**, wandeln chemische, thermische, mechanische und elektromagnetische Reize aus unserem Körper und aus unserer Umgebung in Nervensignale, in so genannte Aktionspotentialmuster, um. Im zentralen Nervensystem werden diese Signale in Sinnesempfindungen wie zum Beispiel Sehen, Hören und Spüren umgearbeitet. Diese Sinnesempfindungen werden **interpretiert** und es wird ihnen **ein Sinn, ein Stellenwert, eine Wertigkeit** beigelegt. **Das Resultat all dieser Verarbeitungsprozesse ist Wahrnehmung.**

Ein Beispiel aus dem Alltag als Autofahrer. Wir fahren auf eine Verkehrsampel zu und sehen das rote Licht leuchten. Das Erkennen des roten Lichtes ist eine Sinnesempfindung, da die elektromagnetischen Wellen in unseren Augen Aktionspotentiale ausgelöst haben. Dieser Sinnesempfindung wird nun eine Wertigkeit gegeben, d.h. unbedingt anhalten, da es sonst knallen würde, dies bedeutet Wahrnehmung.

Rüdiger Krause (6) beschreibt die Wahrnehmung wie folgt:

Es gibt keine Wahrnehmung ohne Erfahrung oder Wahrnehmung ist individuell
Dazu ein Beispiel:

Für ein Experiment brachten Forscher Katzenbabys in einen Raum, in dem es keine vertikalen Linien gab. Wochen später, als die Katzen in eine normale Umgebung zurückkehrten, konnten sie Gegenstände mit einer vertikalen Dimension nicht sehen, wie z.B. einen Stuhl mit Beinen, und liefen dagegen. Dieses Experiment zeigt, wie unsere Wahrnehmung von unserem Wissen und unseren **vorherigen Erfahrungen** beeinflusst ist.

Gleichzeitig ist die Wahrnehmung von unseren aktuellen Bedürfnissen abhängig. Wir sehen die Welt anders, wenn wir ärgerlich sind, wenn uns kalt ist, wenn wir Hunger haben oder wenn wir ein Baby anschauen. Sehr schnell werden über Feedbackschleifen unsere eigenen Bedürfnisse in unsere Wahrnehmung integriert. Insofern ist

es wichtig, uns unserer eigenen Befindlichkeit bewusst zu sein, wenn wir mit Patienten arbeiten.

Wenn wir unsere vorherigen Erfahrungen sowie unsere Persönlichkeit in den Prozess der Wahrnehmung mit einbringen, dann wird unsere Wahrnehmung aufgrund unserer bestehenden Neuronennetze vollzogen. Mit ihnen erschaffen wir unsere Version der Welt. Unsere Version gibt uns Sicherheit, rechtfertigt unser Verhalten, bestätigt uns und führt dazu, dass wir uns wohl fühlen.

Wahrnehmung bindet uns an **Gelerntes, Bekanntes** und an unsere **Vergangenheit**. **Wahrnehmung ist ausgesprochen individuell! Sie ist das Produkt unseres eigenen Bewusstseins.**

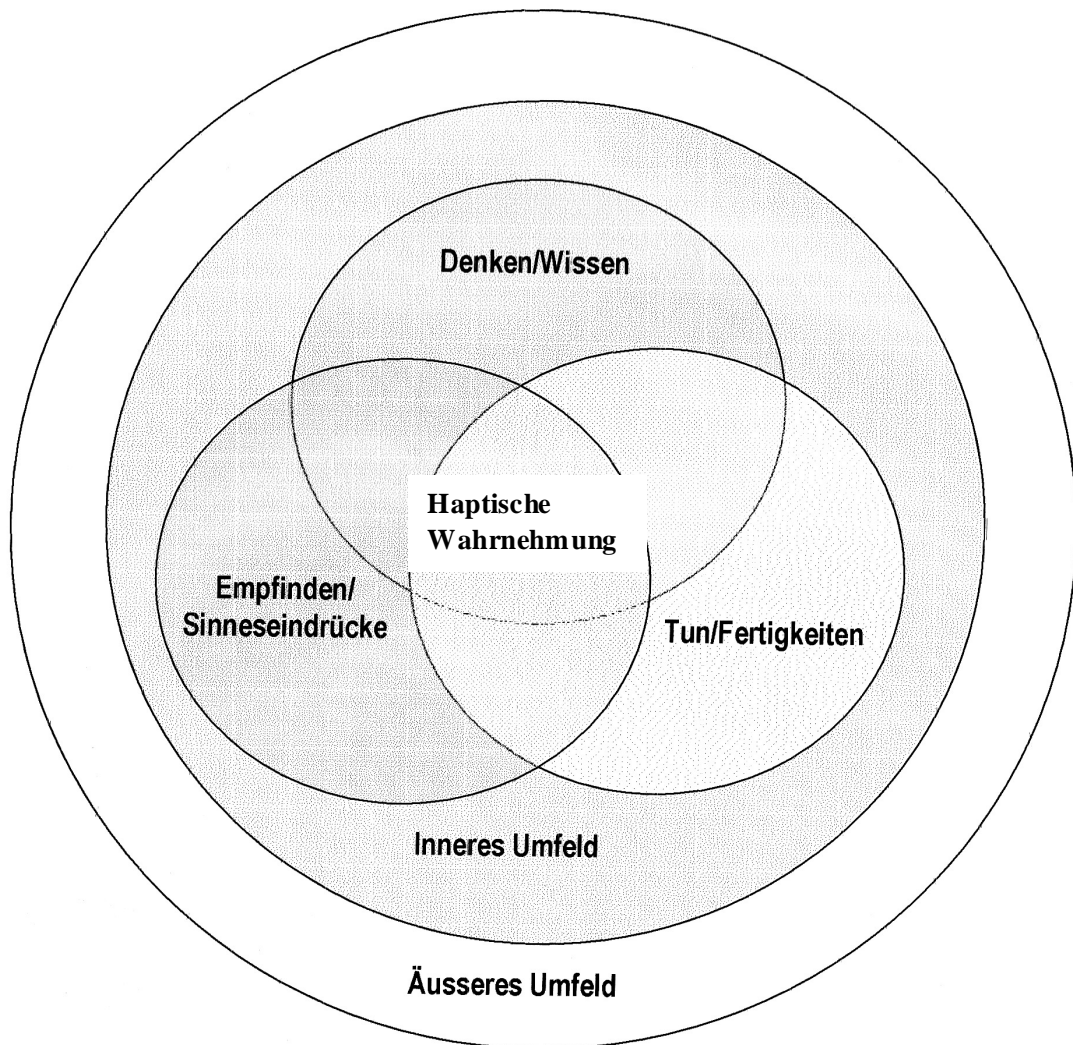
Eine zentrale Aussage der Neurophysiologie lautet: **Es gibt keine Wahrnehmung ohne Erfahrung.** Unser Gedächtnis bewahrt unsere Erfahrungen, die unser Gehirn mit einer aktuellen Wahrnehmung verknüpft. Was wir wahrnehmen, ist also auf das Engste mit unserer Vergangenheit verbunden. So wirken unsere Persönlichkeit und unsere Biographie auf unsere aktuelle Wahrnehmung ein. Diese wird wiederum als Erfahrung gespeichert und wirkt sich darauf aus, wie wir in unserer Zukunft wahrnehmen werden. (6)

Fazit: Unsere Wahrnehmung – ob Sehen, Hören, Riechen oder Tasten - ist weit persönlicher, als uns im Allgemeinen bewusst wird. Wie wir die Informationen aus unserer Umwelt verarbeiten, hängt vieles von unseren persönlichen Erfahrungen ab.

Eigentlich wundert es nicht, dass wir uns im Streit um das, was „wahr“ ist, so schnell entzweien. Die so genannte Wirklichkeit ist eben nichts anderes als eine subjektive Konstruktion durch unser Gehirn. Vielleicht fördert es die gegenseitige Toleranz, wenn wir uns dies selbst öfter vor Augen führen.

8. Bestandteile der haptischen Wahrnehmung

Die Physiotherapieschule Schinznach (7) hat sich mit der Wahrnehmung intensiv auseinander gesetzt und dazu ein Modell entworfen, welches die Bestandteile der Wahrnehmung zeigt.



Da ich dieses Modell für das Erspüren des CSR verwende, habe ich diese sinnliche Wahrnehmung als **haptische Wahrnehmung** bezeichnet.

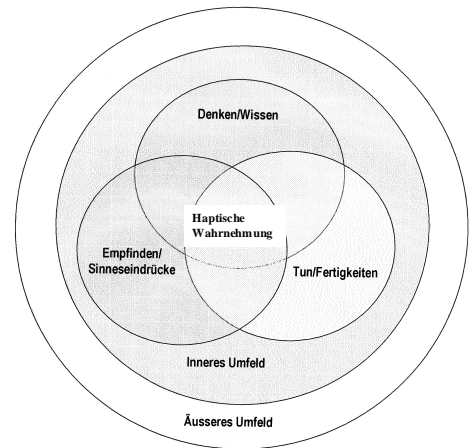
Dieses Modell zeigt, dass eine optimale haptische Wahrnehmung aus den Elementen **Äusseres Umfeld**, **Inneres Umfeld**, **Tun/Fertigkeiten**, **Denken/Wissen** und **Empfinden/Sinneseindrücke** besteht.

8.1. Äusseres Umfeld

Im Gespräch mit Dr. Baviera (5) definieren wir das äussere Umfeld wie folgt:

Leben, so auch das menschliche, findet in einer Umgebung, in einem äusseren Umfeld statt. Die Gestaltung dieses Umfeldes beeinflusst die Wahrnehmungsprozesse wesentlich und diese sind Ausgangspunkt und kontinuierlicher Begleiter der therapeutischen Denk- und Handlungsprozesse.

Jeder Therapeut ist somit angehalten, das äussere Umfeld bewusst zu gestalten, um seine eigene haptische Wahrnehmung zu optimieren.



Folgende Faktoren müssen beachtet werden:

- Lärm reduzieren
- Räume gestalten
- Zeitbudget optimieren
- Licht anpassen
- Temperatur anpassen
- Lagerungsmöglichkeiten optimieren
- Arbeitshaltungen ökonomisieren

Dieses äussere Umfeld ermöglicht Wohlbefinden und ist Voraussetzung für das Erkennen von verbalen, visuellen, taktilen, kinästhetischen und gelegentlich auch olfaktorischen Äusserungen und Phänomenen unserer Patienten.

8.1.1. Diskussion des Äusseren Umfeldes

Einige Faktoren, welche das äussere Umfeld betreffen, wurden in der Ausbildung diskutiert. Trotzdem gefällt mir die Auflistung um auch mir in meinem Arbeitsalltag wieder ein Bewusstsein für das äussere Umfeld zu schaffen.

Auch das Zeitbudget wird immer wieder strapaziert, manchmal auch überstrapaziert, sodass an gewissen Tagen nur bedingt von einem optimalen äusseren Umfeld gesprochen werden kann.

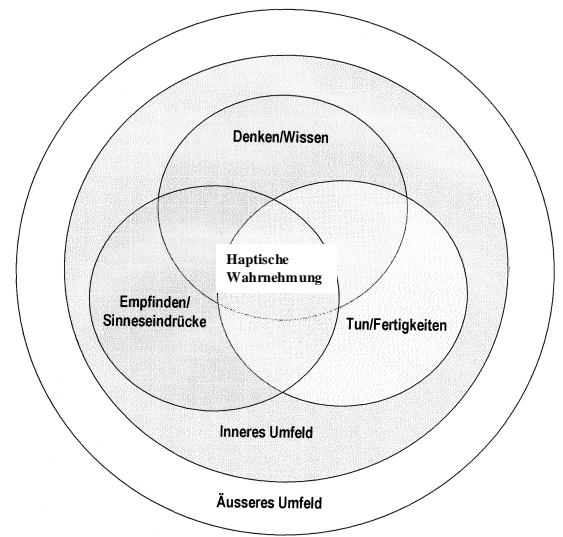
8.2 Inneres Umfeld

Zum inneren Umfeld meint Dr. Baviera:

„Die innere Stimmungslage, der emotionale Zustand, die Erwartungshaltung und das Wohlbefinden auf der Grundlage von Vertrauen sind wesentliche Faktoren, die die Wahrnehmung beeinflussen. Therapeutinnen und Betroffene müssen sich der Elemente und der Wichtigkeit ihres so genannten inneren Umfeldes bewusst sein. Therapie mag nur gelingen, wenn diese Elemente erkannt und sorgfältig beeinflusst werden.

Dazu einige Beispiele:

- Wachheit, Präsenz
- Motivationslage Empathie, Antipathie
- Stimmungslage
- Neugierde, Lernbereitschaft
- Leistungsbereitschaft
- Nähe, Distanz Verletzbarkeit
- Unbefangenheit, Offenheit
- Glaube an die eigene Wirksamkeit
- Wertschätzung von Mitmenschen“



8.2.1. Diskussion des inneren Umfeldes

Ueber 12 Jahre habe ich als Therapeut in der Reha-Klinik Bellikon gearbeitet. Dort behandelte ich vorwiegend chronische Schmerzpatienten nach einem Unfall. Die meisten Patienten waren angelernte Gastarbeiter mit wenig Schulbildung. Viele hatten die Erwartung, dass der Arzt und Therapeut die Schmerzen weg machen können, folglich war die Compliance sehr gering. Da die Patienten schon viele Therapien hinter sich hatten, bestand wenig Hoffnung auf Genesung. Zusätzlich kamen noch die finanziellen Probleme dazu, welches für den Heilungsprozess auch nicht förderlich war.

Diesen Patienten mit Wachheit, Neugierde, Empathie, Unbefangenheit, Glaube an die Wirksamkeit und Wertschätzung zu begegnen war nicht immer einfach und ist mir auch oft nicht gelungen. Bereits nachdem die Patienten ihre Schmerzen, Sorgen, Aengste und Nöte bei mir deponierten, spürte ich eine innere Abwehrhaltung.

Jetzt als selbständiger Osteopath ist mein Patientengut deutlich gemischerter. Nach wie vor kommen auch chronische Schmerzpatienten zu mir in die Praxis, zu vergleichen mit den „Belliker“-Patienten. Obwohl diese Patienten auch ihre Schmerzen, Sorgen, Aengste und Nöte abladen, löst es in mir keine Abwehrhaltung aus, d.h. es besteht meinerseits ein therapeutisches Bündnis.

Rüdiger Krause (6) benennt das äussere und innere Umfeld als Heilungsprinzipien: „Die Heilungsprinzipien berühren nicht die Technik, mit der wir als Therapeut arbeiten. Sie beziehen sich auf die Bühne, die wir für die Heilung aufstellen, auf die Atmosphäre, die wir schaffen.“

Wohl verstanden, kommt ein Patient mit akuten Beschwerden zu uns, weil er sich bei

einer Bewegung verrenkt hat, so ist die Atmosphäre nicht entscheidend. Der Patient benötigt eine gute Behandlungstechnik.

Bei Patienten mit einem chronischen Geschehen liegt der Fall anders. Mit ihnen trifft der Therapeut über einen längeren Zeitraum zusammen. Beide begeben sich auf eine Beziehungsebene miteinander. Auf dieser Ebene kommen vermehrt Placebo- und psychoneuroimmunologische Effekte zum Tragen. Jetzt ist die Atmosphäre, die der Therapeut für den Heilungsprozess schafft, wesentlich.

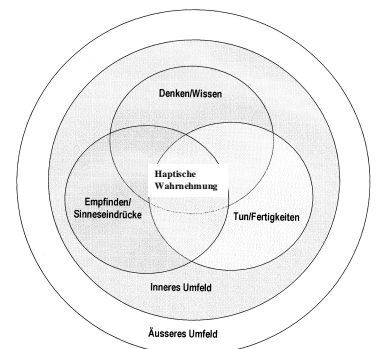
Weiter erwähnt Rüdiger Krause (6) ein Zitat von Viola Fryman:

Therapie ist nicht etwas was ihr tut, Therapie ist etwas, was ihr seid. Was wir sind, übertragen wir auf unsere Patienten.

8.3. Tun/Fertigkeiten (Palpationsfertigkeiten)

Als Tun/Fertigkeiten (Palpationsfertigkeiten) (8) (von lateinisch *palpare* = streicheln) bezeichnet man in der Medizin die Untersuchung des Körpers durch Betasten.

Die Palpation ist eines der ältesten Diagnoseverfahren und zählt wie die Inspektion, die Auskultation und die Perkussion zur körperlichen Untersuchung in der Medizin. In der manual-therapeutischen Palpation werden Konsistenz, Elastizität, Beweglichkeit, Schmerzempfindlichkeit sowie die Größe der zu untersuchenden Organe oder Körperstrukturen beurteilt



Elemente für die Verbesserung der Palpationsfertigkeiten

- sich bei der Palpation durch die anatomischen Strukturen führen lassen
- variieren der Grifftechniken
- Techniken nach den Regeln der Kunst durchführen
- ökonomische Haltung während der therapeutischen Tätigkeit einnehmen
- individuelle Arbeitshaltungen erarbeiten in der Wohlbefinden möglich ist
- Bewegungsabläufe selbst durchführen
- ökonomische und nichtökonomische Belastungen provozieren
- nicht schmerzhaft einwirken

8.3.1. Diskussion der Palpationsfertigkeiten

Wir können unsere Palpationsfertigkeiten entwickeln und steigern. Viele Menschen werden durch ihr Schicksal gezwungen, die Blindenschrift zu erlernen. Haben Sie einmal einen Blinden lesen gesehen? Seine Finger fliegen nur so über die Zeilen. Den dazu notwendigen, gut ausgebildeten Tastsinn haben sich die Menschen erübt. Jeder kann seine Sinne trainieren und seine Palpation entwickeln. (6)

Die Palpationsfertigkeiten üben, waren das grosse Thema im Cranio-Sakralen Unterricht, ja eigentlich in der ganzen Osteopathieausbildung.

Wichtige Voraussetzungen waren fundierte Kenntnisse in Anatomie und Anatomie in vivo, um guten Kontakt mit den richtigen Referenzpunkten zu erstellen. Weiter ist konsequentes praktisches Üben unerlässlich.

Auch die **Intention des Berührens ist entscheidend. Eine „liebevolle“ Berührung ist ebenso wichtig wie die „Beherrschung“ der Palpationstechnik.** Dabei kann eine „liebevolle“ Berührung unter Umständen sogar heilsamer sein, als eine rein technisch ausgeführte Berührung und Behandlung, **da erstere in ihrer Intention und Bemühung die Ganzheit des anderen anspricht,** während zweite „nur“ mechanisches Flickwerk ausübt. (2)

Deane Juhan (9) schreibt:

Eine liebevolle, zuhörende Berührung vermittelt ein Gefühl des Angenommenseins, der Liebe und von „es ist jemand da, der mich ernst nimmt“. Gerade weil diese Gefühle in unserer von Leistung geprägten Gesellschaft nicht unbedingt im Überfluss vorhanden sind, ist es für uns wichtig, in der Behandlung eine Umgebung aufzubauen, in dem der Patient sich geborgen fühlen kann. Dieses Umfeld schafft die Voraussetzungen, um Heilung geschehen zu lassen, nicht nur auf struktureller, materieller Ebene, sondern auch im transzendentalen Sinne, wobei alle Ebenen des Patienten in den Heilungsprozess integriert werden können. „Am Körpertherapeuten liegt es, in sich selbst jene Berührungsqualität zu entdecken und zu entfalten, die den emotionalen Trost, die taktile Information und die integrierende Erfahrung bringt, die das bekümmerte Individuum so dringend braucht“.

Oder wie „Meier-Classen, Prozessbegleitung“(10) schreibt:

„Wie tief Berührungserlebnisse empfunden werden und so schon in frühesten Zeiten der Menschheitsgeschichte magischen Charakter erhielten, zeigt die Bedeutung der Berührung in religiösem Brauchtum, wie die Berührung von sakralen Objekten. Der Mensch strebt danach, mit allem, was ihm "heilig", resp. heilversprechend ist, in Berührung zu kommen, seien es Statuen, Reliquien, kirchliche Oberhäupter oder Stars und Idole in unserem Jahrhundert. Bei Prozessionen in vielen Kulturen werden Kleidungsstücke oder andere Gegenstände und sogar Kleinkinder den Priestern gereicht, damit sie mit den Götterfiguren in Berührung gebracht werden konnten.

Solche symbolischen Handlungen dürften ihren Ursprung in realen Erfahrungen haben: In der Erfahrung und dem uralten menschlichen Wissen, dass Berührung heilt. "Heil" heisst in seiner ursprünglichen Bedeutung "ganz", wie dies deutlicher erkennbar ist im englischen Wort "whole", das mit "heil" bedeutungsverwandt ist. Im deutschen Ausdruck "heilfroh" ist diese Bedeutung ebenfalls noch ersichtlich. Berührung macht "ganz", denn Berührung verbindet. Sie verbindet, das was zuvor unverbunden, losgelöst, nicht integriert war. Berührung ist Intergration, ist Verbindung.

Berührung sollte ganzheitlich sein: Du nimmst den Menschen ganzheitlich wahr, du trittst nicht als berührende Hand, sondern als berührender Mensch mit ihm in Kontakt. Du berührst nicht nur seinen Arm, sondern du berührst ihn als Menschen. Unsere Gedanken und unsere innere Haltung kann dabei unterstützend mitwirken, indem wir unseren Fokus auf den ganzen Menschen richten und nicht nur auf das Symptom. Symptome haben eine unerhörte Fähigkeit, uns vom Wesentlichen abzulenken. Symptome sind in unserer Kultur völlig überbewertet und überkultiviert worden. Unter Überbewertung verstehe ich in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass die Symptome als solche bereits als Krankheit betrachtet werden und nicht nur als Ausdruck oder Signal. Wenn ein Kind weint, ist ja auch nicht das Weinen das Problem, sondern das Weinen ist nur Ausdruck eines Problems.

Ich gehe davon aus, dass Berührung eine Sprache ist, dass Berührung mehr ist als nur ein nichtssagender Kontakt zwischen einer Hand und einer Schulter. Ich gehe davon aus, dass zusätzlich zu diesem Kontakt auch eine Botschaft übermittelt wird, ebenso wie im verbalen Gespräch nicht nur Worte und Sätze mit ihren offensichtlichen Aussagen ausgetauscht werden, sondern darüber hinaus auch Inhalte. Diese Inhalte wirken bedeutsamer, nachhaltiger und tiefer als die blossen Worte selbst. Dasselbe trifft auch für die körperliche Berührung zu. Die körperliche Berührung ist geprägt von den Gedanken, Vorstellungen und Gefühlen, mit denen ich sie begleite. Sie kann Respekt ausdrücken oder Gleichgültigkeit - und äusserlich betrachtet ist ein Unterschied nicht festzustellen.“

8.3.2. Können wir uns auf unsere Palpation verlassen?

Rüdiger Krause (6) erwähnt eine deutsche DO-Studie, in der drei Therapeuten ihre Untersuchungsergebnisse an denselben Patienten verglichen haben. Diese Studie zeigte keine überzeugende Übereinstimmung der Ergebnisse. Zusätzlich haben diese drei Therapeuten einen interessanten Aspekt untersucht. Sie bewerteten jedes Testergebnis mit „ich fühle mich mit dem Ergebnis sicher“ oder „ich fühle mich mit dem Ergebnis unsicher“. Interessant war, dass sie die größte Übereinstimmung dort erzielten, wo sie sich sicher fühlten.

Die Studien, in denen verschiedene Therapeuten dieselben Patienten mit manuellen Tests untersucht haben, zeigen eine miserable Übereinstimmung der Ergebnisse. Selbst bei erfahrenen Therapeuten schwanken die Resultate erheblich. Am schlechtesten schloss die Beurteilung von Bezugspunkten ab. Schlecht war auch die Beurteilung von Mobilität und Gewebetonus. Nur Schmerzprovokationstests zeigten übereinstimmende Ergebnisse.

Diese Ergebnisse stehen in interessantem Kontrast zu der Tatsache, dass wir aufgrund der therapeutischen Behandlung eine Steigerung des Wohlbefindens oder sogar eine Gesundung vieler Patienten erreichen. Die Ergebnisse verschiedener Therapeuten variieren, aber jeder Therapeut kann eine Behandlung nur mit den eigenen Ergebnissen aufbauen. Er muss sich auf seine Palpation verlassen. Gleichzeitig muss er diese kritisch hinterfragen. Das ist ein Balanceakt, wie auf einem schmalen Grat.

Zwei Dinge werden uns helfen, Fehler immer früher zu erkennen und auszuschließen: die Entwicklung unserer Palpations- und Wahrnehmungsfähigkeit sowie die Erfahrung, die wir mit den Jahren sammeln.

8.4. Sinnesempfindung

8.4.1 Definition der Sinnesempfindung

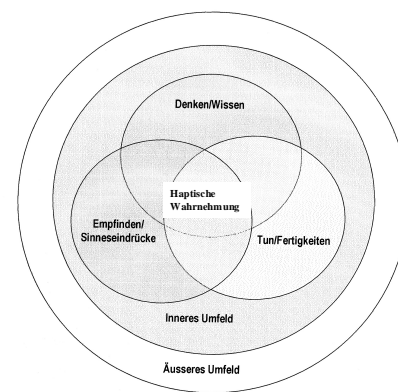
In diesem Zusammenhang möchte ich die Definition der Sinnesempfindung von Dr. med. Bruno Baviera (5) erwähnen:

„Unsere Sinnesorgane, die Rezeptoren, wandeln chemische, thermische, mechanische und elektromagnetische Reize aus unserer Umgebung und aus unserem Körper in Nervensignale, so genannte Aktionspotentialmuster, um. Diese werden im zentralen Nervensystem zu so genannten Sinnesempfindungen verarbeitet wie kalt, warm, blau, schmerzhaft, drückend“

Die taktil-kinästhetischen Sinnesempfindungen sind eine Leistung unserer Rezeptoren. Sie sind messbar und reproduzierbar.“

So ist zum Beispiel das Tasten der Herz- und Atemfrequenz eine **taktil-kinästhetische Sinnesempfindung** und folglich für alle Therapeuten reliabel reproduzierbar.

Für die haptische Wahrnehmung ist die taktil-kinästhetische Sinnesempfindung eine wichtige Grundlage.



8.4.2 Definition: Taktile Sinnesempfindung (11)

Als **taktile Sinnesempfindung** (lat.: tangere = berühren) bezeichnet man eine Komponente der haptischen Wahrnehmung von Lebewesen, durch die das Erkennen von Druck, Berührung und Vibrationen auf der Haut ermöglicht wird. Man bezeichnet diese Komponente der haptischen Wahrnehmung auch als **Oberflächensensibilität**. Zur Oberflächensensibilität (Exterozeption) zählen auch die Temperatur- und Schmerzwahrnehmung. Sie steht damit der Tiefensensibilität (Synonym: Kinästhetische) gegenüber, zu der das Lage- und Bewegungsempfinden gerechnet werden.

Nach einer anderen Betrachtungsweise hat die Oberflächensensibilität zwei Anteile, die protopathische und die epikritische Sensibilität. Während der protopathische Anteil (Schmerz und Temperatur) hauptsächlich dem Schutz des Körpers dient und deshalb „schnell“ funktioniert, dafür aber vor allem im räumlichen Sinne undifferenziert ist, dient der epikritische Anteil (Berührung) der differenzierten Wahrnehmung, benötigt aber etwas mehr Zeit. Man könnte die beiden Anteile auch als ersten, schnellen Eindruck (Gefahr vorhanden?) und die zweite differenziertere Wahrnehmung überschreiben. **Tastsinn im engeren Sinne meint deshalb den epikritischen Anteil der Oberflächensensibilität.** (11)

Wie erwähnt erfolgt die Reizaufnahme beim Palpieren über Mechano-, Thermo- und Nozizeptoren. Diese sind über den ganzen Körper verteilt und befinden sich vor allem in der Haut. Sie sind verschiedenartig in ihrer Bauweise, sprechen auf unterschiedliche Reizfrequenzen an und sind dadurch mit spezifischen Empfindungen verknüpft. Freie Nervenendigungen in den oberen Hautschichten registrieren Wärme, Kälte oder die Konsistenz des Gewebes, wenn dieses mit der Hand berührt wird. Die Rezeptorendichte ist in den Körperregionen unterschiedlich. Handinnenfläche, Fingerkuppen und Fußsohlen sind besonders berührungsempfindlich, weil sie viele Rezeptoren haben. (12)

Bei leichter mechanischer Reizung der Haut reagieren die Meissner-Körperchen (im Corium) in der unbehaarten Haut bzw. die Haarfollikel-Rezeptoren (an den Wurzelscheiden der Haare) in der behaarten Haut. Es tritt eine Berührungsempfindung auf, die bei stärkerer Reizung in Druckempfinden übergeht (die Merkelzellen in den untersten Schichten der Epidermis reagieren optimal auf Druck). Die ebenfalls im Corium gelegenen Ruffini-Körperchen reagieren auf Dehnung der Haut. Beschleunigung eines Druckreizes, periodische Erschütterungen, werden durch die Pacini-Körperchen in der Subcutis aufgenommen und führen zu Vibrationsempfindungen. (12)

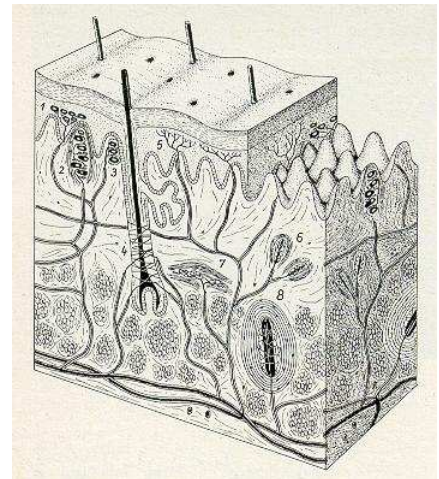
Der Gesamteindruck von Berührung wird meistens durch das Zusammenspiel aller Rezeptorentypen erreicht. Afferente Nervenbahnen leiten die Informationen aus der Peripherie in wenigen Millisekunden über das Rückenmark an Hirnstamm, Thalamus - der höchsten subkortikalen Schaltstelle - bis zu den spezifischen Arealen im parietalen Kortex: den somatosensorischen Projektionsfeldern. Hier laufen taktile Sinnesempfindungen und Körpergefühl zusammen. Eine ganze Schicht von Nervenzellen ist allein mit der Informationsverarbeitung aus den Händen befasst. Im prämotorischen Kortex werden Gesehenes und Ertastetes miteinander verknüpft.(12)

.Qualität	Rezeptor	Charakter	Adaptation
Druck	Merkel-Zellen, Ruffini-Körperchen	Intensitätsdetektoren (Proportional)	langsam
Berührung	Meissner-Körperchen, Haarfollikelrezeptoren	Geschwindigkeitsdetektoren (Differential)	schnell
Vibrationen	Vater-Pacini-Körperchen	Beschleunigungsdetektoren	sehr schnell
Schmerz	Freie Nervenendigung (Nozizeptor)		nicht adaptierend
Temperatur	Warm-Rezeptor und Kalt-Rezeptor	Proportional und Differenzial	Adaptation zwischen 20 und 40 Grad Celsius

(12)

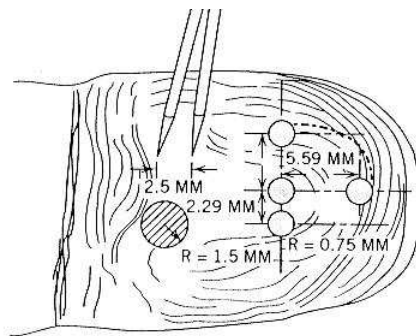
Um die taktile Sinnesempfindung zu verstehen, sind genaue Kenntnisse über den Aufbau der Haut von Vorteil. Die folgende Abbildung zeigt den grundsätzlichen Aufbau der Haut

- 1, 2, 3: Tastkörperchen
- 4: Druck- und berührungsempfindliches Haarbalggeflecht
- 5: Schmerzempfindliche freie Nervenendigungen
- 6: Kälteempfindliche Körperchen (Krause Endkolben)
- 7: Wärmeempfindliches Körperchen (Ruffinisches Körperchen)
- 8: Druckempfindliches Lamellenkörperchen (Vatersches Körperchen)



Durch den Tastsinn empfinden wir Berührungen und gewinnen zusammen mit dem Muskelsinn Vorstellungen von der Beschaffenheit betasteter Gegenstände. Die Druckempfindungen vermittelnden Hautstellen werden als Druckpunkte bezeichnet. Der Mensch besitzt etwa 600000 solcher Druckpunkte, jedoch in verschiedener Verteilung. Am dichtesten stehen sie an den Fingerballen, wo auf 1mm² der Oberfläche 23 Druckpunkte verteilt sind. In der Handoberfläche befinden sich insgesamt etwa 15000 solcher Druckpunkte. (12)

Für die Feinheit des Tastsinns ist maßgebend, in welchem Mindestabstand voneinander zwei gleichzeitig aufgesetzte Zirkelspitzen als getrennte Berührungspunkte empfunden werden.



Diese für die räumliche Trennung der Empfindungen wichtigen Werte werden als Raumschwelle bezeichnet. Dieser Wert ist für die unterschiedlichen Empfindungen unterschiedlich.

Setzt man einen schwachen Vibrator auf die Haut, spürt man die Vibration nur in einem kleinen Bereich. Man kann sich aber durch Betasten davon überzeugen, daß die Haut auch außerhalb des Empfindungsbereiches vibriert. Setzt man neben den schwachen Vibrator noch einen starken auf die Haut, so spürt man nur dort eine Vibration, wo die stärkere Reizung erfolgt. Dies wird als gegenseitige Hemmung bezeichnet. (12)

Die Wärmepunkte sprechen auf höhere Temperaturen an und unterrichten hauptsächlich über die Temperaturverhältnisse im Körper. Sie sind viel spärlicher vorhanden (etwa 30000) und sind auch viel tiefer gelegen als die 250000 Kältepunkte. Die höchste Temperaturempfindlichkeit liegt in der Nähe der Körpertemperatur. (12)

Als Organ der Schmerzempfindung werden freie Nervenendigungen nahe der Hautoberfläche angesehen, welche auf Reize aller Art ansprechen. Unter den Hautsinnesorganen stehen die Schmerzpunkte mit etwa 3-4 Millionen an erster Stelle. (12)

Die folgende Tabelle zeigt die Punktdichte der Hautsinne für die unterschiedlichen Empfindungsarten der Hand.

	Wärme	Kälte	Druck	Schmerz
Innenseite	0.4	6	15	203
Rückseite	0.5	7	14	188

Punktdichte der Hautsinne der Hand pro cm² (12)

8.4.3 Definition der kinästhetischen Sinnesempfindung (13)

Die kinästhetische Sinnesempfindung findet durch Rezeptoren in Gelenken, Muskeln (Muskelspindeln) und Sehnen (Golgi-Sehnenorgane) statt.

Die Propriozeption nimmt Informationen aus Muskeln, Sehnen und Gelenkrezeptoren um so die Stellung und Bewegung des Körpers im Raum zu definieren. Die kinästhetische Sinnesempfindung ermöglicht uns also das Greifen.

Das Spüren von Bewegungen ist eine taktil-kinästhetische Sinnesempfindung der oben erwähnten Rezeptoren

Fazit: Den CSR zu spüren wäre auch eine taktil-kinästhetische Sinnesempfindung. Bewusst wähle ich hier den Konjunktiv. Wie die Publikation von Heymann zeigt konnte die Bewegung des CSR nicht gemessen werden. (Siehe Beilage 13.1.)

8.4.4. Blinde Personen palpieren den Kopf

Blinde Personen (vor allem wenn sie seit der Geburt blind sind) besitzen einen hoch entwickelten Tastsinn. Aus diesem Grund habe ich blinde Personen gesucht, und zwar blind seit der Geburt. Weiter durften diese Personen auch noch nichts von einem CSR gehört haben. Nach langer Suche ist es mir gelungen, 6 blinde Personen zu finden, welche obgenannten Bedingungen erfüllten.

Diese Personen hatten den Auftrag, entspannt hinter dem liegenden Probanden zu sitzen und den Kopf des Probanden mit beiden Händen ohne Druck zu halten. Wo der Kleinfinger, Ringfinger, Mittelfinger, Zeigefinger und Daumen platziert werden sollte, wurde beim glatzköpfigen Probanden markiert.

Die blinden Personen sollten mit ihren Worten beschreiben was sie bei der Palpation empfinden.

Zuerst wurde der Kopf des Probanden von 2 erfahrenen Osteopathen überprüft ob der CSR deutlich spürbar ist. Nachdem diese 2 Osteopathen einen klaren CSR bestätigen konnten, mussten die blinden Personen den Kopf während 10 Min. palpieren. Bezüglich des Palpationsdruckes musste der Proband den blinden Personen ein Feedback geben, falls der Druck nicht dem der 2 Osteopathen entsprochen hat.

Folgende Sinnesempfindungen wurden genannt:

Wärme (4x)

Schweissig (war ein heisser Tag) (2x)

Hart(2x)

Zuckungen (2x)

Gespannt(1x)

Elastisch (3x)

Unebenheiten (3x)

Weich (2x)

Nichts (1x)

Anschliessend wurden die blinden Personen nochmals konkret gefragt, ob sie eine irgendwie geachtete Schwingung oder Vibration gespürt hätten, welches alle 6 verneinten.

8.4.5. Diskussion:

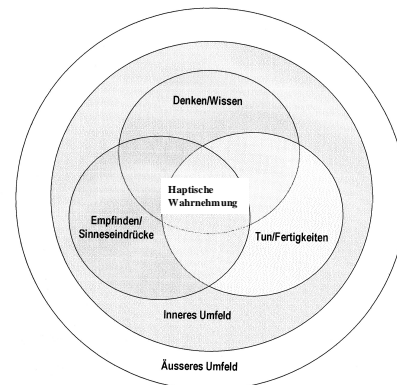
Blinde Personen haben eine überdurchschnittlich entwickelte taktile Sinnesempfindung. In ihrem Lebensalltag müssen sie sich verlässlich auf ihren Tastsinn verlassen können, sei dies zum Beispiel beim Erkennen einer Banknote oder beim Lesen der Zeitung.

Sämtliche oben berichteten Sinnesempfindungen sind als taktil-kinästhetische einzustufen. Dies ist ein deutlicher Hinweis, dass die blinden Personen stark auf ihren taktil-kinästhetischen Sinnesrezeptoren fokussiert sind. Keiner der blinden Personen erwähnte eine Schwingung oder Vibration im Sinne eines CSR. Dieses Ergebnis ist in Uebereinstimmung mit der Publikation von Heymann, in der mit hoch sensiblen Messgeräten ebenfalls kein Rhythmus feststellbar war.

8.4.6. Sinnesempfindung in der Cranio-Sakralen Ausbildung

Im Cranio-Sakral-Unterricht lernten wir sehr viele Griffe (Tun Fertigkeiten). Zusätzlich hatten wir die klare **Vorstellung** eines eigenständigen, unwillkürlichen, rhythmischen und automatischen Bewegungsimpulses.

Genau diese **Vorstellung** ist meines Erachtens die Schwierigkeit und steht der inneren Neutralität im Wege. Statt mit voller Aufmerksamkeit bei den Händen die subtilen Aenderungen im Gewebe zu palpieren (Sinnesempfindung) war das Denken/Wissen zu dominant und liess so der Sinnesempfindung zu wenig Platz. Folglich fehlte der Wahrnehmung ein Teil.



Oder wie Rüdiger Krause(5) den Osteopath John E. Upledger über die Sinnesempfindung zitiert:

„Zu lernen, den Händen zu vertrauen, ist kein einfaches Unterfangen. Sie müssen lernen, den bewussten kritischen Verstand auszuschalten, während sie nach Aenderungen im Körper, den sie untersuchen, palpieren. Sie müssen eine empirische Haltung einnehmen, so dass sie zeitweise fraglos die Sinnesempfindungen akzeptieren können, die über ihre Hände in ihr Gehirn übertragen werden. Wenn sie Kritik üben, bevor sie das Palpieren lernen, lernen sie nie zu palpieren. Sie werden nie lernen ihre Hände effektiv als die hoch sensitiven, diagnostischen und therapeutischen Instrumente einzusetzen, die sie sind.“

Diese Aussage beschreibt zwei wesentliche Punkte der Palpation:

Das Vertrauen, das der Therapeut zu seinen Händen aufbauen muss **und** die Fähigkeit, nicht Kritik zu üben, nicht zu interpretieren, sondern die **Sinnesempfindungen** ungefiltert in unser Gehirn gelangen zu lassen.

Oder wie R.Becker D.O.1986 (14) an einem Sutherland Cranio-Sakral Kurs meinte: „**Ich begann dies indem ich ganz einfach meine Hände vorsichtig auf die Stellen von Spannung, Stress, Dysfunktionen auf dem Körper des Patienten legte, die mit den Beschwerden verbunden waren und ich lernte zu hören, hören, hören was das Gewebe ausdrückte.** Ich unterschied dies nicht mit meinem Denken, denn so schlau war ich nicht, sondern ich legte einfach meine Hände auf die Patienten.

Nach ungefähr 3 oder 4 Jahren wurde ich mir schliesslich bewusst, dass ich wirklich spürte, dass etwas passiert. Bis zu dieser Zeit war ich mir nicht sicher was wirklich passiert. In den ersten 1 oder 2 Jahren realisierte ich, obwohl ich es nicht verstand, dass irgendwas geschieht auf Grund der Reaktionen der Patienten.

Wir müssen lernen zu fühlen, aber dies geschieht nicht, indem es unterrichtet wird. **Ich kann euch nichts darüber beibringen; ihr müsst es selber lernen** in einer eins zu eins Grundlage. Patienten lernten es mich aus sich selbst. Ich lernte es von ihnen, indem ich in mich selbst reinhörte. Ich weiss nach wie vor nicht alles, ich nehme an, dass ich fühle, ich bin immer noch am lernen.“

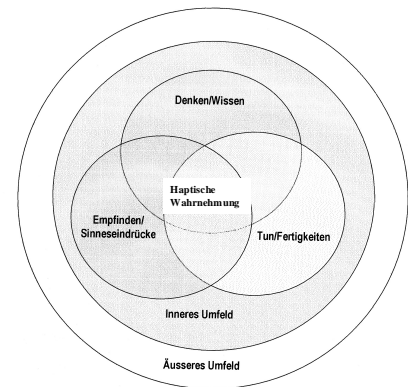
Während der Palpation schaltet der Therapeut alle Erwartungen und den bewussten kritischen Geist ab. Es geht darum, offen zu sein und **alle Sinnesemp-**

findungen zu akzeptieren.

Eine Bewertung der Sinnesempfindung erfolgt anschließend; sie muss sogar erfolgen. Zur Sicherheit und zum Wohle der Patienten ist es wichtig, die Ergebnisse klar zu formulieren und kritisch zu hinterfragen, bevor die Therapie beginnt. (6)

8.5. Denken/Wissen

Viele Phänomene werden erst wahrgenommen, wenn wir vorgehend wissen was wir suchen. Wissen und Erfahrung, im Gedächtnis Festgehaltenes, beeinflussen die Wahrnehmung von Phänomenen.



Im Gespräch mit Dr.med. Bruno Baviera (5) betont er mir: „Was der Bauer nicht kennt, das isst er nicht. So ist es auch im Wahrnehmungsprozess. Was wir kennen gelernt haben, das erkennen wir auch. Was wir nicht kennen, erkennen wir oft nicht. **Oft glauben wir zu erkennen, nur weil wir denken, es könnte existieren.** Insofern gestalten wir in uns die Welt zu der wir nur über uns selbst, also indirekt, Zugang haben. Das theoretische Vermitteln der Ursachen und anzunehmenden Fakten bezüglich unserer bio-psycho-sozialer Leistungen und Äusserungen ist eine zusätzliche wesentliche Grundlage Wahrzunehmendes erkennbar zu machen. Unsere Erwartungen lenken unsere Aufmerksamkeit auf ein Objekt, dem wir uns aktiv zuwenden, zum Erfassen der zu erwartenden Phänomene.

Eine kognitive Förderung der Wahrnehmungsprozesse geschieht durch ein bewusstes Erarbeiten, Gestalten und Abrufen von Modellvorstellungen über unsere Funktionsweisen, und das als Grundlage zum Erkennen von zu erwartenden Sinnesempfindungen. Dazu kann folgendes Vorgehen hilfreich sein:

- Antizipation von zu erwartenden Sinnesempfindungen auf der Grundlage von Modellvorstellungen (CSR)
- Kenntnisse bezüglich zu erwartende Sinnesempfindungen (CSR)
- Kenntnisse über anatomische Strukturen und Schichten
- erstellen von Schemata über funktionelle Zusammenhänge
- Kenntnisse über Beurteilungskriterien bezüglich Palpations- und Griffeffekte
- Prinzipien bezüglich Testarten
- erklären, welche Phänomene zu erwarten sind“

8.5.1. Diskussion über Denken/Wissen

Es ist für uns Osteopathen unerlässlich, kontinuierlich die Anatomie, Physiologie und Pathologie zu studieren, um eine gute Vorstellung von Form und Funktion zu erlangen.

Dieses Wissen soll aber die Sinnesempfindung unterstützen und nicht bestimmen.

In diesem Fall: **thinking fingers and nicht thinking brain.** Das heisst bei der Sinnesempfindung sind die spürenden Finger führend und nicht die Erwartung was zu spüren ist.

Oder anders ausgedrückt: **open minded.**

Oder wie mir Liem geschrieben hat: **mit innerer Neutralität.**

Oder wie mir Dr. Bruno Baviera mitteilt:

„Die kognitive Verarbeitung der Sinnesempfindungen ist ein suchender und abwägender Prozess zur Bedeutungsfindung.“

Das Experiment mit dem Baumstamm, Betonsäule

In meiner Lernphase brauchte ich lange Zeit bis ich glaubte den Rhythmus zu spüren. Als ich glaubte den Rhythmus zu spüren machte ich das Baumstamm-Betonsäule-Experiment. So ging ich in den Wald und nahm den Baumstamm einer gesunden Buche zwischen meine Hände. Ohne Vorstellung konnte ich nichts spüren. Mit der Vorstellung dass der Baumstamm lebt, und die Säfte nach oben rauschen, konnte ich plötzlich eine Bewegung spüren. Der Stamm wurde dicker und dünner, d.h. ich konnte ein wahres Pulsieren spüren. Gut, der Baum lebt, dies könnte doch möglich sein.

Das gleiche Experiment machte ich zu Hause am Betonpfeiler der Wendeltreppe. So nahm ich die Betonsäule zwischen meine Hände. Zu Beginn spürte ich keine Bewegung, da vor allem die Kälte des Betons dominant war. Mit der Vorstellung, dass auch die Betonmoleküle wild herumschwirren, spürte ich auch da eine Bewegung. Plötzlich wurde die Bewegung gross-klein-gross-klein genau wie am Schädel.

Mit meinem ehemaligen Lehrer und Arbeitskollege Werner Strebel machten wir das Experiment mit dem Basketball. Wie einen Schädel nahmen wir den Ball zwischen die Hände. Die ganze Aufmerksamkeit war auf den Ball fokussiert. Bei der Vorstellung Kopf begann sich der Ball zu bewegen und bei der Vorstellung Ball stoppte die Bewegung.

Fazit: meine Vorstellung beeinflusst meine Wahrnehmung.

Dazu noch ein Beispiel:

Frédéric Brochet ist Professor für Weinkunde an der Universität Bordeaux und führt seine Studenten regelmässig mit gemeinsamen Tests hinter Licht.

Für seinen berühmtesten Versuch liess er 1998 54 Studenten einen Weisswein und einen Rotwein degustieren. Die Studenten sassen in abgetrennten Kabäuschen in einem der grossen Degustationssäle der Universität und machten Notizen. Beim Rotwein schrieben sie Worte wie „dunkel, tief, holzig“, beim Weisswein „fruchtig, trocken, blumig“. Brochet hatte ihnen gesagt, er brauche ihre Notizen, um ein neues Degustationsprotokoll auszuarbeiten. Unter dem gleichen Vorwand degustierten sie einige Stunden später erneut einen Weisswein und einen Rotwein. Was die Studenten nicht wussten: Dieses Mal war es ein und derselbe Wein. Brochet hatte den Rotwein hergestellt, indem er den Weisswein aus dem ersten Test mit etwas Lebensmittelfarbstoff E163 färbte.

Die Notizen zeigten, dass kein einziger der Studenten etwas gemerkt hatte. Alle beschrieben den gefärbten Weisswein im klassischen Rotweinvokabular. Die Notizen für den Weisswein waren hingegen fast identisch mit jenen im ersten Versuch, was zeigte, dass die Studenten ihr Handwerk eigentlich verstanden. Wie konnte es dann sein, dass sie auf den plumpen Trick hereinfließen?(15)

Dieses Experiment habe ich meinem Nachbarn erzählt, welcher als Weineinkäufer ein wahrer Weinkenner ist. Er erklärte mir, dass ihm dies nie passiert wäre, da ein Weisswein und ein Rotwein ganz andere Merkmale haben!

Was ist also bei diesem Experiment geschehen.

Brochet glaubt, dass die Erwartung, einen Rotwein zu degustieren, auch die Geschmackswahrnehmung in Richtung Rotwein dirigiert. Das ist im Grunde eine sinnvolle Strategie, die sich wahrscheinlich im Laufe der Evolution herausgebildet hat. Um effizient zu arbeiten, bezieht das Gehirn alle Informationen ein, die den Arbeitsaufwand verringern könnten. In diesem Fall hiess eine Information: Im Glas ist Rotwein. Also kann ich mich auf mein Rotweinwissen beschränken. (15)

Gleiches kann beim Erspüren des CSR geschehen.

Wir erwarten einen Rhythmus und folglich spüren wir einen Rhythmus, obwohl dieser Rhythmus nicht messbar ist.

Uns wurde in der Schule gelehrt dass es einen klaren Rhythmus und verschiedene Muster gibt. Wir lernten den Rhythmus und die Muster und spürten diese auch.

Im 4. Ausbildungsjahr lernten wir zusätzlich die transversale und longitudinale Ausbreitung. Keiner von uns spürte vorher diese Ausbreitung, erst als der Kursleiter davon erzählt hatte, spürten wir alle diese Ausbreitung!

In diesem Zusammenhang möchte ich nochmals die Worte von Torsten Liem erwähnen, welche er mir in seinem Mail sendete:

Es fehlt den Vertretern der CSO häufig **die innere Neutralität**, aufgrund der sogenannten "Indoktrination" durch osteopathischen Unterricht und der Glaubenslehre in der sog. CSO.

Auch Rüdiger Krause (6) spricht in seinem Buch von absichtloser Achtsamkeit: „Die kranio-sakrale Therapie kennt eine nicht leicht zu erfüllende Forderung – eine absichtlose Achtsamkeit, die den Patienten nicht in das Korsett theoretischer Ueberlegungen zwingt.

Wir sollen uns frei machen von einer festen Erwartungshaltung bezüglich der Reaktion des Patienten auf unsere Handlungen und in absichtloser Präsenz mit voller Aufmerksamkeit den Patienten empathisch begleiten.“

Den obgenannten Satz könnte auch auf das Gewebe bezogen werden: Wir sollen uns frei machen von einer festen Erwartungshaltung bezüglich der **Reaktion des Gewebes** auf unsere Handlungen und in absichtloser Präsenz mit voller Aufmerksamkeit.

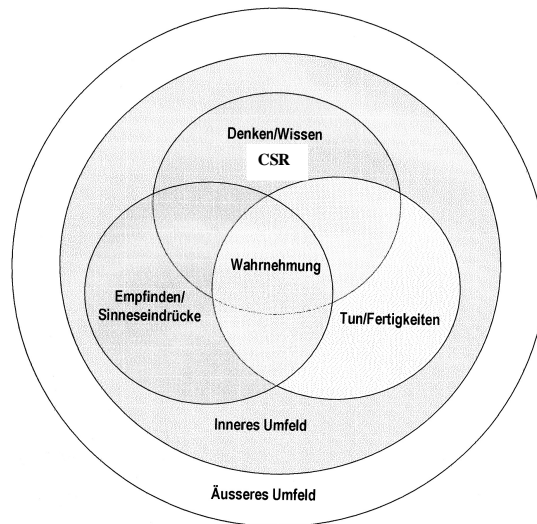
8.5.2. 100% Intertester-Reliabilität in unserem Ausbildungskurs

Bei der Abschlussprüfung " **Cranio-sakrale Therapie**" unseres Kurses zeigte sich eine 100 prozentige Intertester Reliabilität zwischen den Kursteilnehmer und dem Prüfungs-Experten. Eigentlich erstaunlich, da W.v.Heymann und C.Kohrs in ihrer Publikation das Gegenteil bewiesen haben.

Was war bei der Abschlussprüfung anders. **Die Prüflinge teilten ihre Ergebnisse den Experten mit. Danach** kontrollierten die Experten die Cranio-Muster der Patienten und konnten die Ergebnisse der Prüflinge zu 100% bestätigen.

Wie lässt sich die ungenügende Intertester Reliabilität gemäss der Publikation von Heymann einerseits und die 100% Intertester Reliabilität in unserem Ausbildungskurs andererseits erklären?

Da der Prüfling seine Ergebnisse dem Experten mitgeteilt hatte, war bei den Experten das **Denken/Wissen** zu dominant und folglich **fehlte die innere Neutralität**. Ein typisches Beispiel wie die Vorstellung unsere Wahrnehmung beeinflusst.



Der Experte spürte den CSR im Denken/Wissen

9. Ist der CSR eine Wahrnehmung oder eine Sinnesempfindung?

9.1. Definition von Torsten Liem des CSR

Torsten Liem (2) definiert den kraniosakralen Rhythmus wie folgt:

„Ausgangspunkt der Diagnose und Therapie ist der kraniosakrale Rhythmus, der wie der Herz- und Atemrhythmus einen eigenständigen Körperrhythmus darstellt.“

9.2. Diskussion

Der Herz- und Atemrhythmus ist objektiv messbar und damit eine Sinnesempfindung. Folglich wäre gemäss Torsten Liems Definition der CSR auch eine **Sinnesempfindung**.

Wenn ich mit meinen Osteopathiekollegen diesen Satz diskutiere, dann ist für viele klar, dass der CSR ein konkreter mechanistisch-struktureller Rhythmus ist, welcher jeder Therapeut real spürt und folglich eine Sinnesempfindung ist.

Warum ist dann dieser CSR mit den instrumentellen Untersuchungsverfahren nicht messbar?

Warum ist dann die Intertesterreliabilität so katastrophal?

Warum haben die Blinden keinen Rhythmus und keine Schwingungen gespürt?

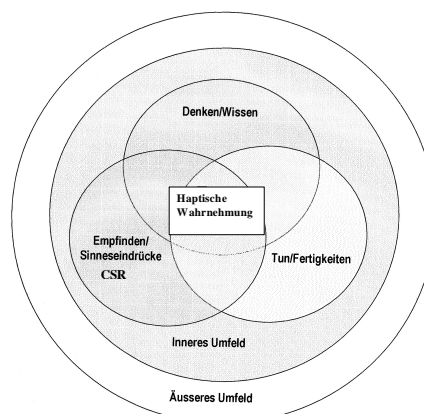
Heymann versuchte in seiner Arbeit mittels instrumentellen Untersuchungsverfahren den CSR auf der Sinnesempfindungsebene zu messen. Eben dieses versuchten die blinden Personen bei meinem Experiment auch zu fühlen. Obwohl die instrumentellen Rezeptoren sensitiver sind als die taktil-kinästhetischen Rezeptoren unserer Hände, konnte **keine** Schwingung festgestellt werden. Auch die Blinden mit ihren überdurchschnittlichen taktil-kinästhetischen Fähigkeiten konnten keine Schwingungen feststellen.

Fazit: Der CSR ist weder instrumentell noch mit taktil-kinästhetischen Rezeptoren objektiv messbar. Das heisst der CSR ist kein mechanistisch-struktureller Rhythmus und folglich keine Sinnesempfindung.

Trotzdem spüren wir Osteopathen bei vielen Patienten ganz klar einen Rhythmus. Wie lässt sich dies erklären?

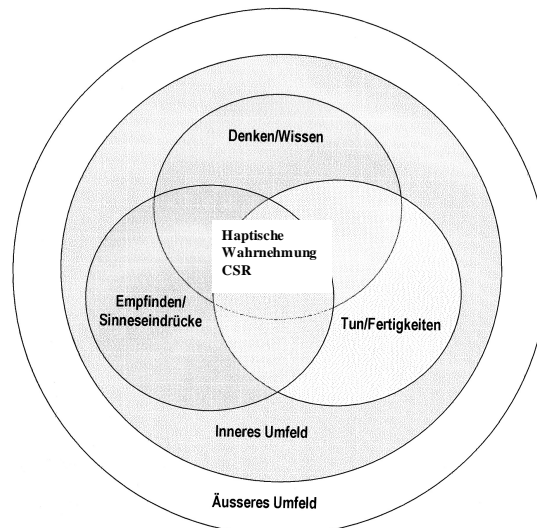
Eine gute Hilfe bietet das Wahrnehmungsmodell. Den **CSR als Produkt** der Wahrnehmung zu betrachten gibt mir die Antworten auf die oben gestellten Fragen.

Den CSR nur auf die **taktil-kinästhetische Sinnesempfindung** zu reduzieren (wie es Heymann in seiner Studie macht und ich mit den blinden Personen) berücksichtigt nur 1 Element der Wahrnehmung.



Da für mich das Erspüren des CSR eine haptische Wahrnehmung ist, sind, nebst der Sinnesempfindung, die anderen Elemente **unerlässlich**.

Da die Wahrnehmung immer individuell und persönlich ist, kann ich mir die „katastrophale Intertester Reliabilität“, wie es Heymann in seiner Publikation gezeigt hat, sehr gut erklären. Oder anders formuliert. Die haptische Wahrnehmung ist individuell und folglich ist eine Intertester-Reliabilität unmöglich.



Das Modell verdeutlicht noch einmal, dass das Erspüren des CSR eine haptische Wahrnehmung ist. Also ein Produkt aus den Elementen Tun/Fertigkeiten, Denken/Wissen, Sinnesempfindungen, inneres Umfeld und äusseres Umfeld. Bekanntlich ist die Wahrnehmung sehr individuell und folglich kann auch keine Intertester-Reliabilität bestehen.

Und dazu möchte ich nochmals aus Rüdiger Krauses Buch (6) zitieren:
„Es gibt keine Wahrnehmung ohne Erfahrung oder Wahrnehmung ist individuell“ und folglich sind auch die Intertester-Resultate individuell.

Und noch einmal Dr. med. Bruno Baviera (5)

„Wahrnehmung wird durch ein äusseres und ein inneres Umfeld geprägt. Unsere eigenen Zustände und Leistungsbeiträge bilden das innere Umfeld. Gedächtnis, Emotionen, Aufmerksamkeit und Hinwendungsbereitschaft sind Elemente, welche dem Wahrnehmungsprozess zugrunde liegen.

Die kognitive Verarbeitung der Sinnesempfindungen findet als suchender und abwägender Prozess zur Bedeutungsfindung statt. Diese Bedeutung wird geprägt durch unsere im Gedächtnis gespeicherten **biographischen Erfahrungen**. Die sich in der Osteopathie notwendigerweise nach aussen hin zu manifestierende Hinwendung zum Patienten und zu den zu erkennenden Phänomenen basiert auf einer gerichteten Aufmerksamkeit. Hörend, sehend, riechend, tastend und bewegend Phänomene zu erkennen oder erkennbar zu machen ist eine unabdingbare Kompetenz des Osteopathen. So gestaltet sich aus dem inneren Umfeld heraus das therapierelevante äussere Umfeld. Und so entsteht zwischen Therapeut und Patient ein sich kontinuierlich verändernder Wahrnehmungsprozess.“

9.3. Die Wahrnehmung von Denis Brooks (16) des CSR

In der kraniosakralen Osteopathie gibt es keine vorgefertigten Therapien, es ist das Gewebe, das uns erzählt, was es braucht. Wir müssen nur lernen, es zu verstehen, mit ihm zu kommunizieren. „Lege deine Hände auf den Schädel. Warte. Warte, bis der Schädel dir sagt, was zu tun ist. Wenn der Schädel dir sagt, nichts ist zu tun, dann tue nichts ...“

9.4. Die Wahrnehmung von Viola Frymann (17) des CSR

Es geht nicht darum, zu wissen, was das Gewebe braucht, sondern zuzuhören, sich auf das Gewebe einzustimmen, mit ihm in Kontakt zu treten, seine ihm eigene Geschichte verstehen zu lernen. Der Körper des Patienten sagt uns schon, was er braucht. Im gewissen Sinne sagt er es ständig, nur hört kaum einer auf ihn, alle wissen es nur besser und versuchen diese unruhestiftenden Stimmen zum Verstummen zu bringen. Eine therapieresistente schwere osteopathische Dysfunktion mag dazu verführen, mehr Kraft zur Lösung dieser Dysfunktion anzuwenden. Doch dadurch würde die Lösung dieser Störung nur vereitelt. „Deshalb, wenn der Drang kommt, die Anstrengung zu verstärken, entspanne Dich! Keine äußere Kraft, die ungefährlich am menschlichen Körper angewendet wird, kann so spezifisch oder effizient wie die Kräfte der Selbstheilung wirken“

9.5. Die Wahrnehmung von Torsten Liem (2) des CSR

Lernen zu berühren heißt, im ganz besonderen Maße für uns als Kraniosakral-Therapeuten, **zuzuhören**, einfach da zu sein, **mit sanfter Aufmerksamkeit auf den Moment zu warten, bis das Gewebe zu uns spricht.**

9.6. Meine Wahrnehmung des CSR

Als Osteopath, Physiotherapeut und Masseur beschäftige ich mich seit über 20 Jahren mit der haptischen Wahrnehmung. Vor allem als Physiotherapeut in der Rehaklinik Bellikon, als wir unter der Führung von Werner Strebel die Arbeitsgemeinschaft für Tasterdiagnostik gründeten, setzten wir uns ganz intensiv mit dem Gewebe auseinander. Seit nun 7 Jahren ist durch die Osteopathieausbildung auch der Kraniosakralen Rhythmus dazu gekommen.

Bezogen auf den CSR ist meine persönliche haptische Wahrnehmung wie folgt:
Bei der Berührung des Gewebes können für mich zum Beispiel folgende Ausdrucksformen bestehen:

1. Physiologisch: Das Gewebe lässt mich sofort einsinken und meine Hände können frei im Gewebe schwimmen und es zeigt sich ein Rhythmus im Gewebe (physiologischer Gewebszustand)
2. Dysfunktionsbeispiel 1: Das Gewebe lässt mich **nicht** einsinken, im Gegenteil stösst mich weg. Diesem Wegstossen folge ich bis es aufhört, dann passiert nichts und ich warte und warte und warte bis mich das Gewebe vorsichtig und langsam einsinken lässt. Dies würde ich als Expansion mit folgender dezenter Kontraktion bezeichnen. Oder mit der Nomenklatur der Cranio-Sakralen Therapie: Flexion – Stillpoint - Extension.

3. Dysfunktionsbeispiel 2: Das Gewebe saugt meine Hände richtiggehend an. Ansaugen, ansaugen – dann passiert nichts und ich warte bis mich dann das Gewebe vorsichtig rausdrückt, welches ich behutsam begleite. Dies würde ich als Kontraktion mit folgender dezenter Expansion bezeichnen. Oder mit den Nomenklatur der Cranio-Sakralen Therapie: Extension – Stillpoint – Flexion.

10. Lernhilfe für angehende Osteopathen

Klaus G. Weber (18) zitiert eine Aussage von A.L. Pauls D.O.: „**Verwechsele die Landkarte nicht mit der Gegend**“

„Die Landkarte bestehend aus dem Wissen um Anatomie und Physiologie, den einzusetzenden Techniken (Palpationsfertigkeiten) **helfen uns wesentlich bei der Orientierung.**

D.h. ohne die Karte geht man schnell verloren, aber die Karte ist nicht die Landschaft. Es handelt sich vielmehr um ein abstraktes, nach kartografischen Regeln erstelltes Abbild. Die Landschaft oder das Stadtbild ist der Patient selbst, **die reale Situation**, in der das theoretisch erworbene Wissen konkret und Situation angemessen umgesetzt wird.



Stadtplan: zur Orientierung



Gebäude: die reale Situation

Je unerfahrener ein Behandler ist, desto eher wird er sich strikt an die vorgegebenen Grundlagen seiner Methode halten (Stadtplan). Er wird anfangs mehr mit der Technik **am** Patienten und später aufgrund wachsender Erfahrung unter Anwendung der Technik **mit** dem Patienten arbeiten.“

Mit der Nomenklatur des Wahrnehmungsmodelles heisst dies. Das Tun/Fertigkeiten und das Wissen sind die Landkarte, welche uns bei der Orientierung hilft. Das Stadtbild, also die reale Situation, kann aber nur mit allen Elementen der Wahrnehmung „erfasst“ werden.

In meiner Osteopathieausbildung hat der Cranio-Sakral-Dozent mit einer Selbstverständlichkeit vom CSR gesprochen und seine Hände auf meine Hände gelegt und mir so seinen Rhythmus aufgezeigt? Er hat also **seine** Wahrheit/Wirklichkeit (Wahrnehmung) auf den Novizen projiziert. Ich habe es jedenfalls so verstanden, dass dieser Rhythmus ganz klar für mich auch so spürbar sein sollte, im Sinne des Herzpulses oder der Atemwelle.

Inzwischen und dank meiner intensiven Auseinandersetzung mit diesem Thema ist mir bewusst geworden, dass ich das Erspüren des CSR als **individuelle haptische**

Wahrnehmung verstehen muss. D.h. ich kann gar nicht den gleichen Rhythmus spüren wie der Dozent.

Somit ist es das Ziel meiner Arbeit, dass das Wahrnehmungsmodell mit den oben aufgeführten Elementen in die Grundausbildung als Lernhilfe geschult und gefördert wird.

Die Elemente Tun/Fertigkeiten und Denken/Wissen wurden während der Ausbildung genügend Beachtung geschenkt. Das äussere und innere Umfeld und **die eigentliche Sinnesempfindung, wurden nach meiner Meinung zu wenig gefördert.**

Wie das äussere Umfeld und das innere Umfeld vermehrt geschult werden kann, habe ich im Kapitel 8.1. und 8.2. beschrieben.

Die Sinnesempfindungen könnten wie folgt vermehrt unterstützt werden:

So oft wie möglich die Hände einfühlsam anschmiegen und bewusst das Gewebe **fragend** zu erkunden:

- **Wie sind die Feuchtigkeitsverhältnisse der Oberfläche? (trocken, feucht.....)**
- **Wie ist die Temperatur? (überwärmt, kühl.....)**
- **Wie ist die Beschaffenheit: Form; Rauheit; Beweglichkeit?**
- **Wie ist der Tonus: Spannung, Schlaffheit, Kontraktur, Verhärtungen?**
- **Wie ist der Gewebswiderstand (Elastizität)?**
- **Wie sind die Rhythmen der Gewebe?**
- **Wie ist die Gewebeantwort auf Vordehnung (spontanes Nachlassen, kein Nachlassen, verzögertes oder unvollständiges Nachlassen)?**

Mit „fragenden“ Händen das Gewebe zu erforschen ist für den Novizen zur Orientierung ganz wichtig. Mit der wachsenden Erfahrung verbessert sich die Sinnesempfindung kontinuierlich und folglich auch die haptische Wahrnehmung. Mit den Jahren nehmen die Hände immer differenziertere Feinheiten wahr und beginnen mit dem Gewebe zu kommunizieren.

Torsten Liem hat in seinem Buch: Kraniosakrale Osteopathie: Palpation – die Kunst des Fühlens, diese Sinnesempfindungen ganz ausführlich beschrieben.

11. Schlussfolgerung

Rückblickend bin ich eigentlich sehr erstaunt, dass während den ganzen 5 Jahren Cranio-Sakral-Unterricht (dies gilt auch für die anderen Fächer unserer Osteopathieausbildung) nie über die Wahrnehmung gesprochen wurde. Wohlverstanden einige Elemente davon wurden je nach Erfahrung des Dozenten thematisiert, aber was alles die haptische Wahrnehmung beinhaltet wurde nie besprochen.

Das Wahrnehmungsmodell soll als kontinuierlicher Prozess verstanden werden. Unser behutsames Erkunden des Gewebes in unserem Arbeitsalltag, verbunden mit der Wissenserweiterung (wie z.B. Anatomie/Physiologie/Pathologie) und pflegen des äusseren und inneren Umfeldes, lassen unsere **individuelle haptische Wahrnehmung** kontinuierlich verfeinern. Mit den Jahren und der nötigen Erfahrung werden die Wahrnehmungen immer differenzierter bis sich der CSR immer deutlicher zeigt.

Eingangs habe ich die Geschichte von Sutherland bezüglich der kranio-sakralen Osteopathie erwähnt und festgehalten, dass Sutherland Jahrzehnte brauchte bis er den CSR spürte. So denke ich, dass sich Sutherland den CSR über die Jahre entwickelt hat, bis der Rhythmus für ihn immer konkreter wurde.

Und was geschah in unserer Ausbildung. Wir spürten den CSR bereits nach der 3. Craniolektion! Ich bin überzeugt, dass der Novize den CSR zu sehr im „Denken/Wissen“ spürt, statt als haptische Wahrnehmung mit all seinen Elementen.

Fazit: Das Ziel ist es die Elemente der Wahrnehmung zu kennen und zu schulen. Das Spüren des CSR ist ein mögliches aber nicht zwingendes Resultat aus jahrelanger haptischer Wahrnehmungserfahrung.

So wünsche ich mir, dass zukünftige Osteopathen vermehrt alle Elemente der Wahrnehmung fördern um so – mit Torsten Liems Worten - die innere Neutralität zu schulen und nicht indoktrinierte Lehrsätze zu kopieren.

12. Literaturverzeichnis

- 1) Guido F. Meert, Das Becken aus osteopathischer Sicht, Urban & Fischer Verlag, p 5
- 2) Torsten Liem, Kraniosakrale Osteopathie, Ein praktisches Lehrbuch,
- 3) Wikipedia: Wahrnehmung
- 4) Wikipedia: haptische Wahrnehmung
- 5) Dr. med. Bruno Baviera, Chefarzt und ärztlicher Schulleiter Schule für Physiotherapie Aargau, Schinznach
- 6) Rüdiger Krause, Palpation-Wahrnehmung-Heilung, Sonntag Verlag
- 7) Schule für Physiotherapie Aargau, Schinznach, Wahrnehmungsmodell
- 8) Wikipedia: Palpation
- 9) Juhan D.: Körperarbeit, Deutsche Ausgabe Droemer Knauer Verlag, München 1992, p 159
- 10) Meier-Classen, Prozessbegleitung in der Körpertherapie, Wahrnehmung und Achtsamkeit, www.praxis-info.ch/meier-classen/prozessbegleitung
- 11) Wikipedia: taktile Sinnesempfindung
- 12) 1999 Denis Böhme, Masoud Sotoodeh-Universität, Bremen
- 13) Wikipedia: Kinästhetische Sinnesempfindung
- 14) Rollin Becker: Life in motion, Stillness Press
- 15) NZZ Folio 04/2008 Reto U. Schneider
- 16) Denis Brookes in McCatty, R.R.: Essentials of craniosacral osteopathy. Ashgrove Press, Bath, 1988 p 9.
- 17) Viola Frymann zitiert im Buch von Torsten Liem ein praktisches Lehrbuch p 290
- 18) Kraniosakrale Therapie Klaus G. Weber, p 49

Beilage 13.1.: Publikation

Beilage 13.2.: Leserbrief Mayer

13.3. Wahrnehmungsübungen

Rüdiger Krause beschreibt in seinem Buch (6): Palpation-Wahrnehmung-Heilung viele konkrete Palpationsübungen, welche für den Novizen sehr hilfreich sein können.

2 Beispiele daraus:

1. Eine Münze palpieren: Tragen Sie ständig eine Münze in der Hosentasche und versuchen Sie, durch den Stoff hindurch zu palpieren, ob Sie jetzt die Zahl oder das Bild tasten.

2. Ein Haar palpieren: Nehmen Sie ein Haar und legen es unter eine Seite eines Buchs. Wenn Sie dann mit den Fingern über die Seiten fahren, können Sie spüren, wo das Haar liegt? Wenn es Ihnen gelingt, dann legen Sie das Haar unter zwei Seiten des Buchs, dann unter drei Seiten und so weiter.

Nicht nur die Anlage der Hand ist für eine gute Palpation wichtig. Mit der Zeit wird jeder Palpierende lernen, mehr und mehr seinen Körper einzusetzen. Dabei sind ein guter Stand und eine gute, eigene Raumorientierung hilfreich. Indem wir den Körper wiederholt auf bestimmte palpatorische Erlebnisse aufmerksam machen, sammeln wir Erfahrung und fördern die palpatorische Entwicklung.

Wohlverstanden, die Ergebnisse einer Palpation sind nicht objektiv, denn sie beruhen auf der Wahrnehmung des Palpierenden. Bekanntlich zeigt unsere Wahrnehmung die Welt nicht, wie sie objektiv ist, sondern spiegelt unser Wissen, unsere Erfahrungen und unsere eigenen Bedürfnisse.

Wahrnehmungsübungen

Die Wahrnehmung bezieht sich bekanntlich auf die sinnhafte Erfassung unserer Umwelt. Dazu lohnt es sich immer wieder Zeit für einfache Wahrnehmungsübungen zu nehmen:

Dich irgendwo hinsetzen und bewusst wahrnehmen, was du siehst, hörst, riechst usw.

Was nimmst du in dieser Umgebung wahr?

Was nimmst du in dir selber wahr?

Mit geschlossenen Augen verschiedene Materialien befühlen.

Wahrnehmen, wie sich das anfühlt und wahrnehmen wie es dir dabei geht.

Im Anamnesegespräch einmal auf den Klang der Stimme und nicht nur auf die Worte achten. Diesen Klang wahrnehmen und zu verstehen versuchen

Einen Mitmenschen einmal bewusst betrachten und wahrnehmen. Was ist das für ein Mensch, was hat er für eine Geschichte, die ihn so hat werden lassen, wie er jetzt ist?

Dich hinsetzen oder hinlegen und mit geschlossenen Augen alles wahrnehmen, was du in deinem Körper erlebst. Was immer du fühlst und spürst – das bist du. Versuche

nicht zu bewerten, nicht zu verändern, sondern nur einfach wahrzunehmen und vor allem, was du wahrnimmst Platz zu geben und die Erlaubnis, da sein zu dürfen und zwar genau so, wie es in eben diesem Augenblick sich zeigt.

Eine gut geschulte Selbstwahrnehmung auf körperlicher Ebene hilft dem Behandler wahrzunehmen, ob er sich körperlich anspannt, unsicher steht, oder durch ungünstige Winkel überlastet ist etc.

Die Bewusstheit der eigenen inneren Verfassung ist notwendig, damit nicht unbewusster Ärger, Ablehnung, Sorge, Erschöpfung etc. auf den Patienten übertragen werden.