

1 Die SomatoEmotionale Entspannung – Die Entstehung eines Konzeptes

1.1 Definition

Bei der SomatoEmotionalen Entspannung (SomatoEmotional Release, S.E.R.) kommen die Emotionen zum Ausdruck, die in dem Soma zurückgehalten, unterdrückt oder isoliert worden sind, weil ein Teil des Nichtbewußtseins¹ dies für wesentlich erachtete. Wir sollten uns das Soma als die „somatische Psyche“ vorstellen. Beobachtungen des Verlaufs der SomatoEmotionalen Entspannung legen die Vermutung nahe, daß das unabhängige Zurückhalten von Energie oder der Erinnerung an physische oder emotionale Traumata häufig von einzelnen Körperteilen, Regionen oder Organen durchgeführt wird.

Wir lösen den Prozeß der SomatoEmotionalen Entspannung dadurch aus, daß eine Kommunikation zwischen Therapeut und Patient/Klient durch Auflegen der Hände hergestellt wird. Die Entspannung ist das Ergebnis einer bedeutungsvollen und beabsichtigten Berührung. Die Bedeutung und Absicht der Berührung können bewußt oder nichtbewußt sein.

Psychiater und Psychotherapeuten, die den Vorgang der SomatoEmotionalen Entspannung miterlebt oder an ihm teilgenommen haben, vergleichen die SomatoEmotionale Entspannung gern mit Körper-Psychotherapie. In diesem Zusammenhang sehen wir die Körperbewegungen des Patienten/Klienten gern als vergleichbar mit den verbalen Äußerungen in der Psychotherapie an. Aus klinischer Sicht scheint die somatisch zurückgehaltene Emotion oder das Trauma ursprünglich meist vor dem Hintergrund

physiologisch zerstörerischer Emotionen wie Wut, Angst oder Schuldgefühlen stattgefunden zu haben. Dieser zerstörerische emotionale Hintergrund kann sowohl akuter als auch chronischer Natur sein.

Meine persönliche Beobachtung und Teilnahme an Hunderten von SomatoEmotionalen Entspannungen veranlassen mich zu der Behauptung, daß die Organe, das Gewebe und vielleicht jede einzelne Zelle ein Gedächtnis, emotionale Fähigkeiten und Verstand besitzen. Die Freisetzung und Lösung zurückgehaltener Emotionen oder Schmerzen im Gewebe erfolgt meist in der bewußten Wahrnehmung des Patienten/Klienten zum Zeitpunkt der SomatoEmotionalen Entspannung selbst oder 24 bis 48 Stunden danach. Die bewußte Erinnerung an vergangene Vorfälle im Zusammenhang mit den „isolierten“ Erinnerungen des Gewebes findet meist als plötzliche Erkenntnis innerhalb weniger Stunden nach oder direkt bei der SomatoEmotionalen Entspannung statt. Es ist nicht ungewöhnlich, daß den Patienten/Klienten die das Gewebe betreffende Emotion zum Zeitpunkt der SomatoEmotionalen Entspannung bewußt wird, sie sich aber erst später an das ursprüngliche Geschehen erinnern.

1.2 Die Entstehung des Konzeptes der SomatoEmotionalen Entspannung

Das Konzept der SomatoEmotionalen Entspannung ist nicht intellektuell konzipiert

¹ Der Begriff „das Nichtbewußte“ wird in diesem Buch durchgehend benutzt, um somatische, mentale oder geistige Vorgänge oder Situationen zu beschreiben, die zum betreffenden Zeitpunkt außerhalb der bewußten Wahrnehmung eines Patienten liegen. Dieser Begriff wurde gewählt, um damit alle jene Bedeutungen auszuschließen, die den Begriffen „das Unbewußte“ und „das Unterbewußte“ zu Recht oder Unrecht anhaften.

worden. Es entwickelte sich aus vielen Erfahrungen und Beobachtungen bei verschiedenen Gelegenheiten, die alle auf einen zentralen Punkt deuteten. Ende der 70er Jahre war ich verantwortlich für Untersuchungen und Forschungen über den Autismus in einer Gemeindevereinigung. Unsere Arbeit zielte auf die Frage hin, inwieweit die Anwendung der CranioSacralen Therapie bei der Behandlung von Autismus erfolgreich sein könnte. Gleichzeitig arbeitete ich mit Dr. Zvi Karni zusammen, einem Biophysiker von dem Technion Institute in Haifa, Israel, der für einige Zeit in unserer Abteilung an der *Michigan State University* tätig war. Dr. Karni und ich untersuchten die Wirkung meiner therapeutischen Berührung und meiner Behandlungsmaßnahmen auf das elektrische Grundpotential eines menschlichen Körpers und führten erfolgreiche Messungen durch. In demselben Zeitraum versorgte ich einige private Patienten/Klienten außerhalb des Forschungsprogramms.

1.3 Forschung über Autismus

In dem ersten Jahr unserer Arbeit mit autistischen Kindern haben wir in erster Linie die charakteristische Verhaltensweise und die Persönlichkeitsstruktur dieser Kinder beobachtet sowie medizinische Untersuchungen und CranioSacrale und strukturelle Untersuchungen durchgeführt. Wir haben auch Blut-, Urin- und Haaranalysen vorgenom-

men. Unser Forschungsprojekt umfaßte 26 Kinder. Wir untersuchten die Reaktion der Kinder auf unsere Versuche, in ihre private Welt einzudringen – die zumindest oberflächlich gesehen sehr isoliert und persönlich ist.

Wir stellten fest, daß die sanfte, nicht aufdringliche, wohlgemeinte Berührung der geeignetste Weg der Kontaktaufnahme war. Wir stellten auch fest, daß die Herbeiführung des „Ruhepunktes“² bei dieser vom Kind zugelassenen, sanften Berührung hilfreich war, um eine positive Beziehung zwischen dem autistischen Kind und uns herzustellen. Unser Team bestand aus Dianne L. Upledger, Jon D. Vredevoogd und mir sowie eines nie abreißen Stromes von interessierten, passionierten Studenten. Einige dieser Studenten kamen vom *College of Osteopathic Medicine der Michigan State University*, andere von Kollegen aus benachbarten medizinischen Fachrichtungen und Disziplinen. Wir alle haben das „Handauflegen“ durchgeführt und dabei den Wert und die Bedeutung der wohlgemeinten Berührung schätzen- und kennengelernt.

Im zweiten Jahr unseres Forschungsprojektes haben wir verschiedene therapeutische Ansätze ausprobiert. Wir führten Ernährungsberatungen für die Eltern und Aufsichtspersonen durch. Wir veränderten die äußere Umgebung im Hinblick auf Helligkeit, Temperatur und Feuchtigkeit. Wir wandten Inhalationstherapien mit zehnpro-

² Der „Ruhepunkt“ oder „Stillstand“ bedeutete in diesem Zusammenhang eine therapeutische Unterbrechung des CranioSacralen Rhythmus, um die Reorganisation der Tätigkeit des CranioSacralen Systems zum Zwecke einer besseren Wirkung für den Körper zu ermöglichen. Der Ruhepunkt kann von außerhalb durch den Therapeuten hervorgerufen werden oder durch einen spontanen, körpereigenen Prozeß. Er kann sehr plötzlich auftreten durch die genaue Ausrichtung des Körpers in einer bestimmten Position oder durch eine bestimmte Gefühlsempfindung. In diesem Sinne kann er wirken wie ein Detektor oder Anzeiger, der die Bedeutung oder Signifikanz dieser Position oder Empfindung verdeutlicht. (Siehe „Significance Detector“ in John E. Upledger, „CranioSacral Therapy II, Beyond the Dura“, Palm Beach Gardens, UI Publishing, 1987, Kapitel IV, Abschnitt 2d.) Der Ruhepunkt trägt zur symmetrischen Ausgewogenheit des CranioSacralen Systems bei und korrigiert Einschränkungen des Systems auf unspezifische Weise. Er verringert den Tonus des sympathischen Nervensystems, unterstützt den Flüssigkeitsaustausch zwischen den physiologischen Abschnitten des Körpers, baut Streß ab, senkt Fieber und unterstützt die Abwehrmechanismen des Körpers gegen pathogene Einflüsse. Er ist ein natürliches, therapeutisches Ereignis mit einem großen Wirkungskreis.

zentigem Kohlendioxid plus neunzigprozentigem Sauerstoff an, um eine tiefere Atmung zu stimulieren. Wir probierten eine Vielzahl von indizierten manuellen Therapien zur strukturellen Mobilisierung und Korrektur. Schließlich wandten wir die CranioSacrale Therapie einmal wöchentlich bei jedem Kind an.

Über die Jahre hinweg ist mir klar geworden, daß ich sehr viel mehr erfahren kann, wenn ich einen Patienten beobachte, als wenn ich mich einem Patienten aufdränge. Dies war nicht immer so. In den ersten 10 Jahren als niedergelassener, allgemein praktischer Arzt und als Notfallarzt war ich ein „Aufdränger“ par excellence. „Provoziere es“, war mein Motto. Zum Glück habe ich diese Einstellung geändert. Ich wurde durch unsere CranioSacrale Arbeit mit autistischen Kindern zu einem Beobachter in 90 Prozent und zu einem „Aufdränger“ in 10 Prozent der Fälle. Der weitere Verlauf unseres Forschungsprojektes mit stark autistischen Kindern war wie folgt:

Als erstes war es unbedingt erforderlich, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen. Wir versuchten dies mit viel Geduld und Ruhe, zunächst einfach durch Berühren, dann durch die Herbeiführung des Ruhepunktes dort, wo unsere Hände das Kind berührten. Häufig haben wir den Ruhepunkt an den Knien, den Schultern, den Füßen und den Armen hervorgerufen. Den Kopf konnten wir in den ersten Sitzungen nur selten berühren. Unsere ersten Sitzungen fanden oft auf dem Fußboden unter dem Behandlungstisch statt. Die Sitzungen fanden dort statt, wo immer das Kind es wollte oder wo immer das Kind es zuließ, daß wir seinen Körper berührten. Manchmal ließ ein autistisches Kind es nur zu, daß nur einer von uns es berührte, doch allmählich wurde es ohne Ausnahme möglich, daß drei oder vier unserer Teams das Kind zu derselben Zeit berührten.

Nicht selten geschah es, daß ein Kind gegen die Berührung von einem von uns sich heftig wehrte, die Berührung eines anderen aber zuließ. Diese Reaktion ließ uns die Bedeutung und Kraft der Intention der berührenden Person erkennen und wie diese Intention bewußt oder unbewußt dem zu berührenden Kind mitgeteilt wurde. Gelegentlich konnte ich eine negative Haltung in einem der Studenten spüren. Wenn ich eine derartige negative Einstellung wahrnahm, schloß ich ihn von den Berührungen aus, bis eine positive Haltung entstanden war. Manchmal mußte ich auch ein Mitglied des Teams aus dem Behandlungsraum schicken. Die autistischen Kinder konnten deutlich die Absicht und Haltung des Therapeuten erkennen. Ich bin sicher, daß sie in gewisser Weise die Wirkung der Haltung und Absicht des Therapeuten für ihr Befinden erkannten.

Aus Gesprächen mit dem Physiker Neil Mohon geht hervor, daß jeder Mensch über eine Vielzahl von qualitativ unterschiedlichen Energiefeldern verfügt, die individuell zu seiner Person gehören. Mohon hat in den letzten 15 Jahren über Energiefelder und deren Erkennung geforscht. Er glaubt, daß jeder Mensch über an die 50 verschiedene persönliche Energiefelder verfügt. Da Energie entweder anzieht oder abstößt, geht er davon aus, daß die erfolgreichsten Therapeuten über Energiefelder verfügen, die für eine größere Anzahl von Menschen anziehend wirken. Mit anderen Worten, die Energiefelder eines erfolgreichen Therapeuten haben die geringste abstoßende Wirkung. Empfindsame Lebewesen, wie z. B. Beagles, werden von bestimmten Personen automatisch angezogen oder abgestoßen. Dies kann auf die Art der ausgesandten Energie zurückzuführen sein. Autistische Kinder könnten über dieselbe Sensibilität verfügen. Ich glaube und Mohon stimmt mir zu, daß ein Therapeut, sobald er sich über die Wirkung seines Energiefeldes bewußt geworden ist, diese ab-

sichtlich und durch Gedankenprojektion modifizieren kann.

Nachdem der Ruhepunkt bei mehreren Sitzungen erfolgreich herbeigeführt worden war, begannen die autistischen Kinder in der Regel mitzuarbeiten und sich freiwillig auf den Rücken ausgestreckt auf den Behandlungstisch zu legen. Dann habe ich begonnen, sehr sanft und vorsichtig mit dem Kopf des Kindes zu arbeiten. Da das Kind immer im Mittelpunkt bleiben muß, habe ich mich auf meine Liebe zu diesem Kind zu diesem bestimmten Zeitpunkt konzentriert. Nach und nach habe ich meine Assistenten an den Sitzungen mit teilnehmen und sie einen Arm oder ein Bein oben oder unten halten lassen. Am Ende haben in der Regel fünf Personen ein einzelnes kooperatives Kind in einer CranioSacralen Sitzung zusammen behandelt. Die meisten Sitzungen dauerten 20 Minuten. Heute glaube ich, daß längere und häufigere CranioSacrale Sitzungen sehr viel dramatischere Ergebnisse erbracht hätten, aber damals arbeiteten wir unter sehr strengen zeitlichen Begrenzungen.

Bei der Behandlung eines jeden Kindes schienen wir, nachdem wir einige Male eine vorläufige Entspannung des Schädeldaches herbeigeführt hatten, eine schwerwiegende membranöse anterior-posteriore Restriktion an der Schädelbasis festzustellen. Diese Restriktion wurde dadurch aufgehoben, daß das Stirnbein so lange angehoben wurde, bis wir die viscoelastische³ Veränderung spüren konnten, die die membranöse Entspannung zwischen dem Stirnbein und Keilbein anzeigte. Als nächstes lösten wir die Spannung zwischen Keilbein und Hinterhauptsbein. Bei diesen Behandlungsschritten begann ich die möglichen Restriktionen in den Suturen zwischen den Felsenbeinanteilen der Schlä-

fenbeine und dem Keilbein nach vorn und dem Hinterhauptsbein nach hinten zu erkennen. Die sphenobasilar Knorpelfuge (Synchondrosis) machte nur einen geringen Teil der Restriktionen an der Schädelbasis aus. Bevor die Schädelbasis funktionell beweglich wurde, mußte eine Entspannung in mehreren knöchernen und membranösen Bereichen hergestellt werden. In den meisten Fällen war jedoch die anterior-posteriore Spannung an der Schädelbasis gelöst.

In den Kindern, in denen diese Spannung gelöst worden war, wurde fast augenblicklich ein starker Rückgang der selbstzerstörerischen Verhaltensweisen beobachtet, oder die Kinder stellten dieses Verhalten überhaupt ein. Damit meine ich, daß die Kinder von allein aufhörten, mit dem Kopf gegen die Wand zu schlagen oder in ihre Fäuste oder Hände zu beißen oder ihre Geschlechtsteile zu malträtieren. Offensichtlich gab es keinen Grund mehr, sich selbst Schmerzen zuzufügen.

Man kann mehrere vertretbare Hypothesen für diesen dramatischen Wechsel in der Verhaltensweise entwickeln. Die für mich interessanteste Hypothese ist, daß die verspannte Schädelbasis dieser Kinder zu einem tiefen, nicht zu kontrollierenden Schmerz im Kopf geführt hatte. Das An-die-Wand-Schlagen des Kopfes und das An-den-Gaumen-Drücken des Daumens, das oft als Daumenlutschen fehlgedeutet wurde, könnten instinktive Versuche gewesen sein, den Druck an der Schädelbasis zu verringern. Das Kauen am Handgelenk und das Malträtieren und Quetschen der Geschlechtsteile könnte der Versuch sein, entweder die Endorphinproduktion zu erhöhen und damit die Melzack-Wall-Schmerzpforte zu schließen, oder einen unkontrollierbaren Schmerz durch einen

³ Die viscoelastische Eigenschaft des Gewebes bedeutet die charakteristische Reaktion von Bindegewebe, die zunächst als elastisch und später, wenn es belastet wird, als viskös bezeichnet werden kann: John E. Upledger and Jon D. Vredevoogd, *CranioSacral Therapy* (Seattle: UI Eastland Press, 1983), S. 128–130 oder „Lehrbuch der CranioSacralen Therapie“ (4. Auflage, Heidelberg: Haug, 2000), S. 162–164.

kontrollierbaren zu ersetzen. Wahrscheinlich trifft eine Kombination dieser Möglichkeiten zu.

Nach – und wirklich erst nach – der erfolgreichen anterior-posterioren Druckentlastung an der Schädelbasis und der Abnahme oder dem völligen Wegfall der selbstzerstörerischen Verhaltensweisen trat das nächste, höchst bemerkenswerte und für uns instruktive Phänomen auf: Nach der anterior-posterioren Entspannung wurde deutlich, daß ein starker medialer Druck auf die Schläfenbeine auf beiden Seiten bestand. Durch unseren Versuch, den Druck auf die Schläfenbeine durch eine laterale Bewegung der Schläfenbeine zu beheben, traten zwei nützliche Ereignisse ein. Erstens, wir entwickelten die „Ohr-Zug“-Technik⁴ zur Lösung des Druckes auf die Schläfenbeine. Zweitens, und dies war sehr wichtig für die Entwicklung des Konzeptes der SomatoEmotionalen Entspannung, der Körper des Kindes begann sich selbständig zu bewegen, d.h. ein Arm oder ein Bein bewegte sich, als wären sie unabhängig vom restlichen Körper. Wir beschloss, diesen Bewegungen nachzugeben, anstatt zu versuchen, sie zu unterdrücken. (Bedenken Sie bitte, wir haben in der Regel zu viert an dem Kind gearbeitet, je ein Mitglied unseres Teams hielt jeweils ein Arm oder ein Bein.) Während dieser spontanen Körperbewegungen schien eine laterale Druckentlastung der Schläfenbeine nicht möglich. Daher begann ich, sanft an den Ohren zu ziehen. Dies erschien mir sinnvoll, da die Ohrmuschel mit dem Schläfenbein durch das Bindegewebe zwischen äußerem Ohr und innerem Ohr verbunden ist. Diese Verbindung reicht von dem äußeren Bereich in die tiefen Anteile des Felsenbeines, wo am Mittel- und Innenohr der Nervus facialis und

der Nervus vestibulocochlearis (VII. und VIII. Hirnnerv) liegen.

Die laterale Druckentlastung an den Schläfenbeinen gelang mir nicht. Aber während wir mit der Arbeit fortfuhren und sanft versuchten, die Druckentlastung zu erreichen, nahmen die vom Patienten ausgehenden Bewegungen des Körpers und seiner Gliedmaßen zu. Es waren keine bewußten, beabsichtigten Bewegungen. Sie schienen automatisch zu sein. In diesem Behandlungsstadium war das autistische Kind in einen Zustand der tiefen Entspannung, der Körper des Kindes war sehr locker und entspannt mit Ausnahme der soeben beschriebenen sanften Bewegungen. Diese sanften Bewegungen fanden nur statt, wenn einer von uns den betreffenden Körperteil festhielt. Sie begannen in der Regel an einer der Gliedmaßen und breiteten sich langsam aus, bis sie den Rumpf, den Hals und den Kopf mit einbezogen. Wir nahmen diese Bewegungen auf und gaben ihnen nach und wurden äußerst empfänglich für die beabsichtigten Körperbewegungen. Wenn wir der Bewegung nicht folgten, ihr nicht nachgaben und sie nicht unterstützten, hörte die Bewegung auf. Es war als würde die Berührung des Therapeuten die notwendige Energie freisetzen, um die Körperbewegungen auszulösen. Die Fortsetzung dieses Prozesses hing weitgehend von unserer Fähigkeit ab, den äußerst subtilen Absichten des Körpers zu folgen und der Schwerkraft entgegenzuwirken, ohne die Körperbewegungen des Kindes zu führen oder sie zu stören. Während unsere Fähigkeiten in diesem Sinne wuchsen, nahmen die Körperbewegungen der autistischen Kinder immer mehr zu, bis sie eine Position einnahmen, die offensichtlich ein Endpunkt zu sein schien, ein Platz, an dem alles ruhig

⁴ Die „Ohr-Zug“-Technik ist eine Methode zur Mobilisierung der Schläfenbeine durch sanftes Ziehen an der Ohrmuschel in postero-lateraler Richtung. Für eine ausführliche Beschreibung dieser Technik siehe „CranioSacral Therapy, S. 127–128 und 180–182 oder „Lehrbuch der CranioSacralen Therapie“, 4. Auflage, S. 160–162 und 219–221.

und still wurde. Diese Endposition konnte entweder anatomisch normal oder völlig unnormal sein.

Ich erinnere mich an den rechten Fuß eines Kindes, der direkt nach hinten zeigte. Zum Schluß war er um 180 Grad gedreht. Das Kind gelangte in diese Position völlig freiwillig und behauptete, es fühle sich sehr bequem in dieser Lage. (Später, nach der CranioSacralen Sitzung, konnte das Kind diese anatomische Position nicht mehr einnehmen und ließ es auch nicht zu, daß wir den Fuß in diese Position brachten.) Als wir an diesem Punkt abwarteten – und wir warteten ab, weil wir nicht wußten, was wir sonst tun sollten –, trat eine spürbare Entspannung in dem ganzen Körper ein. Es schien, als hätte sich der Körper geöffnet. Als die Muskeln weicher wurden, die Faszien und das Bindegewebe sich verlängerten und die Flüssigkeiten und Energien freier durch den Körper zu fließen begannen, weinte das Kind. An diesen Endpunkten, und während wir abwarteten, trat eine totale Entspannung des Körpers ein. Das betroffene Kind weinte still vor sich hin oder schrie laut. Die Kinder vermittelten den Ausdruck von Furcht, Wut oder Frustration. Dieser Ausdruck, der sich sowohl im Gesicht als auch in der Körperhaltung ausdrückte, hielt oft für einige Minuten an, während die Entspannung des Körpers fortschritt. Wenn der Entspannungsprozeß sich seinem Abschluß näherte, wurde der Gesichtsausdruck friedlicher und liebevoller. Nachdem dieser Vorgang bei einem bestimmten Kind einmal ausgelöst worden war, schien er mehr als einmal in jeder therapeutischen Sitzung aufzutreten. In jeder nachfolgenden Sitzung schienen die Entspannungszustände weniger intensiv zu sein, bis schließlich keine „spontanen“ Körperbewegungen mehr auftraten. Dann und nur dann konnte ich den Druck auf die Schläfenbeine durch einen Zug nach lateral lösen. Auch heute noch kann ich keine plausible Er-

klärung für den Zusammenhang zwischen der medialen Restriktion der Schläfenbeine und der von uns beobachteten Lösung der körperlichen Spannung und Freisetzung der Emotionen geben.

Das Unvermögen, Liebe für andere Menschen auszudrücken und ihnen Zuneigung entgegenzubringen, ist ein wesentliches Merkmal von Autismus. Nach der Auflösung der körperlichen Spannung und der Freisetzung von Emotionen begannen diese autistischen Kinder, anderen Menschen gegenüber Zuneigung zu zeigen. Ein anderes Merkmal von Autismus ist die Verweigerung von sozialen Kontakten. Diese Kinder zeigten jetzt ein geselliges Verhalten und fingen an, mit ihren Klassenkameraden zu spielen.

Zu jener Zeit wußten wir es noch nicht, doch wir hatten an unserer Einführung in die SomatoEmotionale Entspannung teilgenommen.

1.4 Bioelektrische Messungen

Während der Zeit unseres Forschungsprojektes an den autistischen Kindern arbeitete ich auch unabhängig davon mit Dr. Zvi Karni zusammen. Wir versuchten, die Veränderungen des elektrischen Potentials im Körper eines Patienten zu messen, die im Zusammenhang stehen könnten mit therapeutischen Maßnahmen. Wir untersuchten die Wirkung von Akupunktur, von verschiedenen osteopathischen Behandlungsmethoden und von der CranioSacralen Therapie (wie sie später genannt werden sollte) auf dieses elektrische Potential.

Am Beginn unseres gemeinsamen Projektes waren wir Gegner. Ich hatte unsere vier Ingenieure und Biophysiker herausgefordert, weil ich messen wollte, was ich subjektiv als eine Art Energietransfer von dem Therapeuten auf den Patienten und umgekehrt wahrgenom-

men hatte, wenn der Therapeut seine Hände für 30 Sekunden oder länger auf den Patienten legte, ohne dabei irgendeine wesentliche Bewegung zu machen. (Bei der Berührung ist es nicht erforderlich, daß die Haut des Patienten nackt ist.) Zu dem Zeitpunkt, als ich die Mitglieder unserer Abteilung damit herausforderte, hatte ich erst wenige Monate als klinischer Forscher in der Abteilung für Biomechanik gearbeitet, die aus fünf Klinikern und 22 habilitierten Forschern der verschiedensten Fachrichtungen bestand. Die Aufgabe der Abteilung bestand darin, interdisziplinäre Methoden anzuwenden, um die bisher ungeklärten Phänomene zu untersuchen, die die Kliniker in den Jahren ihrer praktischen Tätigkeit beobachtet hatten. Einmal pro Woche, am Mittwochvormittag, fand eine Zusammenkunft aller Mitglieder der Abteilung statt unter dem Vorsitz eines Fachmannes für Versuchsanordnungen. Die habilitierten Fachleute kamen aus der Anatomie, der Psychologie und der Biophysik. In diesem Rahmen schlug ich vor, wir sollten versuchen, den Austausch von Energie zwischen Patient und Therapeut während der Behandlung zu messen. Zunächst wurde mein Vorschlag höflich abgelehnt, später weniger höflich. Ich beharrte auf meinem Forschungsvorschlag und wurde schließlich ausgelacht. Ich ärgerte mich darüber und behauptete eiskalt, daß das Problem für die Physiker und Ingenieure wohl zu schwierig sei.

Auf diesen Vorstoß reagierte Dr. Karni. Er meinte, er wolle mit mir so lange zusammenarbeiten, bis ich wenigstens in dieser Hinsicht einsehen würde, an unverbesserlichem Größenwahn zu leiden. Wir begannen mit der Arbeit.

Zunächst kam Dr. Karni einfach als Beobachter dazu, wenn wir unsere Patienten be-

treuten. Da ich als ein Fachmann für Biomechanik galt, litten meine Patienten hauptsächlich an chronischen Schmerzen. Wir gingen davon aus, daß die Schmerzen normalerweise einen neuromuskulären Ursprung hatten und, laut den überweisenden Ärzten, meistens in Zusammenhang standen mit einer Verletzung oder einem Trauma. Dr. Karni wies mich darauf hin, daß ein wesentlicher Teil meiner Behandlung darin bestand, daß ich den Körper des Patienten oder einen Teil seines Körpers in eine Position brachte, die eine Verringerung oder einen totalen Wegfall der subjektiven Schmerzempfindung auslöste. Gewöhnlich hielt ich den Patienten so lange in dieser Position, bis mir vermittelt wurde, daß diese positive Wirkung zum Abschluß gelangt sei. Dann brachte ich den Körper des Patienten wieder zurück auf den Behandlungstisch, um weitere Untersuchungen vorzunehmen und um herauszufinden, ob eine direkte Methode angewandt werden müsse, um ein bestimmtes unbewegliches Gelenk wieder zu mobilisieren. Meistens aber war nach der Rücklagerung des Patienten keine weitere Behandlung erforderlich. Ich hatte offensichtlich auf intuitiver Ebene mein eigenes System der „Positions- und Halte“-Technik⁵ entwickelt.

Nachdem Dr. Karni mehrere Stunden zugehört und quälende Fragen gestellt hatte (es fällt schwer einzugestehen, wie wenig man von dem, was man tut, erklären kann), beschlossen wir, das elektrische Potential in einem Körper zu messen. Bei unserem Ansatz gingen wir von dem Modell aus, daß der Körper ein von Haut umgebener Sack ist, der mit leitfähigen Flüssigkeiten und Gewebe gefüllt ist. (Später erkannten wir in den Faszien ein spezialisiertes Mikroleitsystem der Haut.) Bei diesem Modell ist die Haut die

⁵ Später lernte ich das Werk von Larry Jones, D.O. kennen, der ebenfalls auf das Konzept des „Positionierens und Haltens“ gestoßen war. Seine Arbeit fand ihren Niederschlag in „Strain/Counterstrain“. Einer seiner frühen Aufsätze ist enthalten in „CranioSacral Therapy“, Anhang E, S. 300–310 oder „Lehrbuch der CranioSacralen Therapie“, Anhang E, S. 360–375.

Isolierung zwischen innen und außen. Wir betrachteten die Akupunkturpunkte in der Haut als Ventile, durch die die elektrische Energie auf die von der jeweiligen Person kontrollierten Weise herein- oder herausfließen konnte. Manchmal mußten diese Ventile ausgebessert werden mit Hilfe von Nadeln oder anderen Methoden der äußeren Stimulierung. Wir nahmen nicht an, daß der Zweck der Akupunkturpunkte notwendigerweise darin besteht, elektrische Energie durch die Haut zu leiten, doch damals und auch heute erscheint es uns vorstellbar, daß dies die Funktion einiger der Punkte ist. Auf jeden Fall betrachteten wir die Haut als Isolierschicht, die den Unterschied zwischen dem elektrischen Potential innerhalb der Bestandteile des Körpers und dem elektrischen Potential in der äußeren Umgebung aufrechterhält.

Nach einigen Versuchen stellten wir organisierte Muster von vorhersehbaren Veränderungen (des elektrischen Potentials) während der üblichen Abfolge im Behandlungsgeschehen fest, wenn wir die elektrischen „Geräusche“, die Elektromyographen normalerweise regelmäßig unterdrücken, mathematisch hinzu addierten. Dr. Karni ermöglichte diese mathematische Addition der Abweichungen des elektrischen Potentials durch Herstellung eines eigenen Meßinstrumentes, das er zwischen dem Patienten und unserem Meßapparat mit einer Vielzahl von Kanälen aufstellte. Dr. Karnis Apparat war nach der klassischen Wheatstoneschen Brücke gestaltet, die die meisten von uns in den ersten Semestern im Physiklabor kennengelernt haben. Die Geräusche elektrischer Aktivität waren groß, bis wir den Patienten in eine Körperposition brachten, die den subjektiven Schmerz linderte. An diesem Punkt in der Behandlung nahmen die Geräusche abrupt ab, und die Grundlinie der elektrischen Aktivität tendierte gegen Null. Sie blieb ruhig und nahe der Nulllinie, solange

der Prozeß der Gewebeentspannung fortschritt.

Sobald es angebracht erschien, die „therapeutische Position“ zu verlassen, bewegte sich (für mich völlig unbemerkt, denn ich stand so, daß ich den aufzeichnenden Apparat nicht sehen konnte) die Grundlinie des elektrischen Potentials ein wenig weg von der Nulllinie, und es trat wieder eine geräuschvolle elektrische Aktivität auf. Nur selten war dieses Geräusch ebenso laut wie das Geräusch vor der Einnahme der therapeutischen Position und vor Eintritt der Schmerzlinderung. Das Ausmaß der Schmerzlinderung war gewöhnlich in einem umgekehrten Verhältnis zu der Amplitude des Geräusches, und es trat eine Anhebung der Grundlinie auf, nachdem der Körper in der Position der Schmerzlinderung gewesen war.

Nach umfangreichen Untersuchungen, Diskussionen und Streitgesprächen konnte mich Dr. Karni schließlich davon überzeugen, daß das, worauf ich mich unbewußt stützte bei meiner Suche nach der Position, in der ein Patient ein Nachlassen des Schmerzes erfahren würde, die plötzliche absolute Unterbrechung des spürbaren CranioSacralen Rhythmus' war. Sobald der CranioSacrale Rhythmus sachte wieder in dem Körper des Patienten aufgenommen wurde, spürte ich, wie sich das Gewebe entspannte, Wärme freigesetzt wurde und Flüssigkeit und Energie durch den von mir gehaltenen Körperteil zu strömen begannen. Sobald diese sachten Phänomene auftraten, brachte ich den Körper in eine für den jeweiligen Patienten angenehme Haltung zurück.

Wir beobachteten diese Abfolge von Ereignissen bei verschiedenen Gelegenheiten: Körperposition, subjektive Schmerzlinderung, Veränderung des elektrischen Potentials in der Haut. Wir haben vieles ausprobiert, um die Abhängigkeiten der verschiedenen

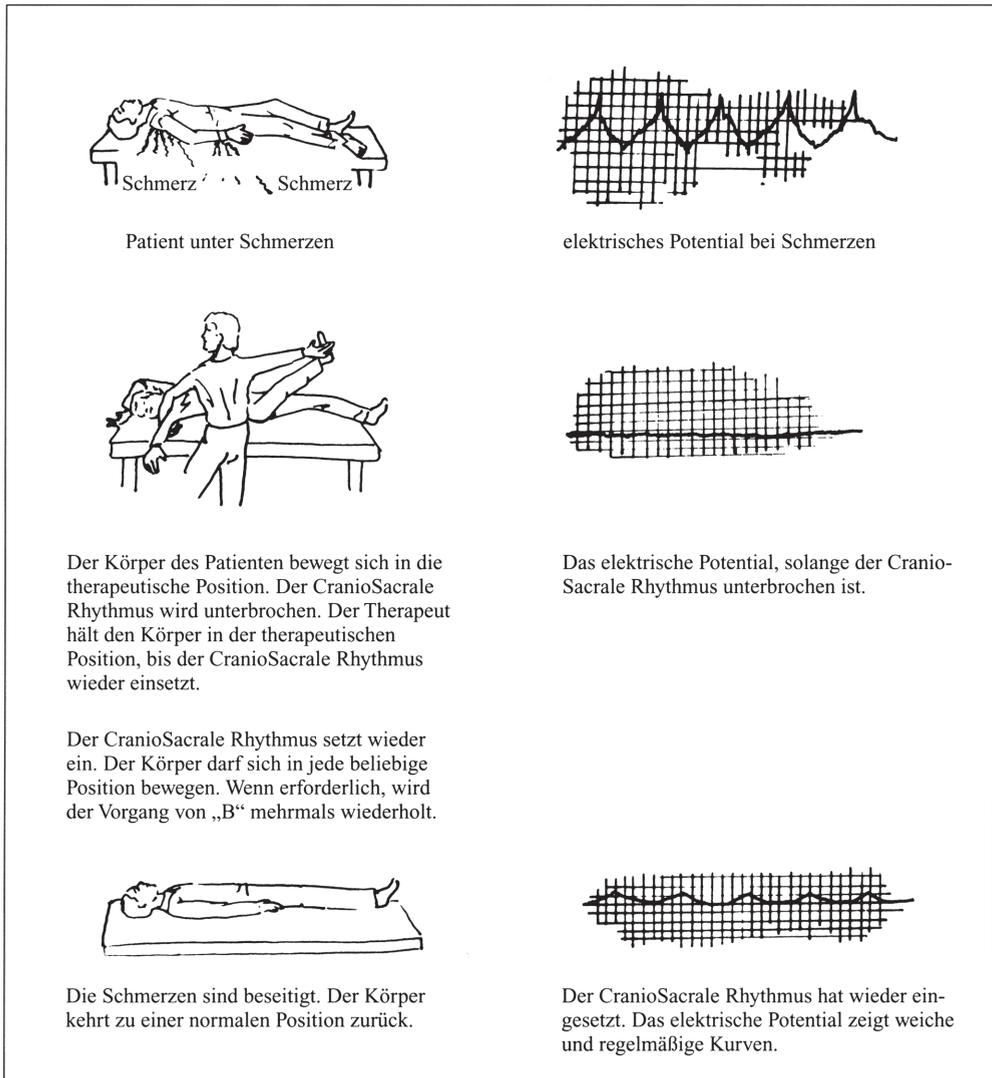


Abb. I-1: Korrelationen zwischen Körperpositionen, elektrischen Phänomenen und subjektiver Empfindung von Schmerz und Nicht-Schmerz.

Variablen herauszufinden. Ohne Rücksprache mit mir markierte Dr. Karni auf dem Aufzeichnungsgerät den Punkt, an dem er meinte, daß ich die richtige Position für die therapeutische Entspannung gefunden hatte. Er stellte eine Wand zwischen uns auf. Auf der einen Seite saß Dr. Karni mit seinem Aufzeichnungsgerät und auf der anderen ich mit meinem Patienten. Er konnte nicht se-

hen, was ich tat, und ich konnte ihn und seine Aufzeichnungen nicht sehen. Dr. Karni entwickelte die Fähigkeit, die Aufzeichnungen lesen zu können und mir zu sagen, was ich spüren und mit dem Patienten tun würde. Er konnte dem Patienten auch genau sagen, wann er subjektiv eine Linderung des Schmerzes spürte. Wir setzten unsere Untersuchungen fort. Nun waren wir Freunde. Wir