

Diplomarbeit für den Abschluss in Cranio Sacral Therapie

Begleitung depressiver Menschen durch Cranio Sacral Therapie



Eingereicht an der Schule für Cranio Sacral Therapie

Cranio Sacral Alive

Gryphenhübeliweg 46, 3006 Bern

Ipsach, den 20. Februar 2010

Anita Baschung, Römerstrasse 38, 2563 Ipsach

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
1. Einleitung.....	3
2. Erkenntnisse aus Psychologie und Psychiatrie.....	4
2.1. Verhalten und Erleben depressiver Menschen.....	4
2.2. Wie entsteht eine Depression?	6
2.2.1. Biosoziales Grundmuster: Hemmung der zentralen Exekutive.....	7
2.2.2. Risikofaktoren.....	8
2.2.3. Auslösefaktoren.....	8
2.2.4. Einflussfaktoren.....	9
2.2.5. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen aus Kapitel 2.....	9
3. Erkenntnisse der Cranio Sacral Therapie	10
3.1. Kompressionen SSB.....	10
3.2. Die polyvagale Theorie.....	10
3.3. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen aus Kapitel 3.....	11
4. Praktischer Teil: Interview mit Harald Faltz.....	12
5. Neue Erkenntnisse aus dem Interview.....	19
6. Reflexion und abschliessende Gedanken.....	21
7 .Dank.....	21
8. Quellen- und Literaturverzeichnis	22
9. Anhang.....	23

1. Einleitung

Depression ist die häufigste psychische Erkrankung. Nach Haenel (2008, s.3) leiden 25% der Europäer über 18 Jahren mindestens einmal in ihrem Leben an einer psychischen Störung. Meist leiden sie an einer Depression, oder an Angststörungen als zweithäufigste Krankheit.

Eine Depression ist wiederum auch ein Risikofaktor für weitere Krankheiten, zum Beispiel für die heute weit verbreiteten Herz-Kreislaufkrankungen (Haenel 2008, 102).

Betroffene suchen oft Hilfe beim Hausarzt, bei psychiatrischen Institutionen und vermehrt auch in komplementärtherapeutischen Angeboten. Dort schätzen sie unabhängig von der therapeutischen Ausrichtung die wertschätzende Haltung, die Beziehung und die Zeit, die ihnen eine Therapeutin widmen kann (Bridler, 2009, 6). Komplementärtherapie entspricht einem Bedürfnis von psychisch Leidenden.

Ueber die Wirksamkeit der Angebote gibt es wenig Aufschlussreiches. Im Sonderheft der Pro Mente Sana „Komplementäre Therapien in der Psychiatrie“ werden folgende Angebote vorgestellt: Akupunktur, Phytotherapie, Anthroposophische Medizin, meditatives Tanzen und Yoga, Entspannungstechniken.

Cranio Sacral Therapie wird im Heft kurz vorgestellt, 4 von 37 angefragten psychiatrische Kliniken bieten die Therapie auch an (Stocker, 2009,21).

Das Thema Depression beschäftigt mich privat und als Psychologielehrerin schon lange.

Da ich in Zukunft selber mit depressiven Menschen arbeiten möchte, habe ich mir vorgenommen, meine Diplomarbeit unter folgendes Thema zu stellen:

Begleitung depressiver Menschen durch Craniosacraltherapie

Ich werde in einem ersten theoretischen Teil Erkenntnisse aus Psychologie, Medizin und Cranio Sacral Therapie (abgekürzt CST) aufarbeiten, die ich im Zusammenhang mit Depression wichtig fand.

Im zweiten Teil werde ich einen Psychiater und Cranio Sacral Therapeuten zu seiner Arbeit mit depressiven Menschen befragen, um neue Erkenntnisse zur Fragestellung zu erhalten.

Mir ist bewusst, dass „Depression“ ein grosses Thema ist. Meine Arbeit hat daher keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Aber ich habe das Ziel, mich mit dem Thema in dieser Arbeit auseinanderzusetzen, neues Wissen zu gewinnen und hoffe, dass sie auch anderen therapeutisch Tätigen Anregung für ihre Arbeit geben wird.

Ich verwende der Einfachheit immer nur eine männliche oder weibliche Form (z.B. Patient), wobei die andere selbstverständlich jeweils mitgemeint ist.

2. Erkenntnisse aus Psychologie und Psychiatrie

2.1. Verhalten und Erleben depressiver Menschen

Was versteht man unter einer Depression? Wie erleben depressive Menschen ihre Krankheit?

Als häufige Symptome einer Depression gelten:

- Depressive Herabgestimmtheit, Interesselosigkeit, Antriebslosigkeit
- Negatives Gedankenkreisen, Grübeln, Sorgen, Hoffnungslosigkeit,
- Ängste und Panikzustände
- Schlafstörungen, sexuelle Störungen, Appetitstörungen
- Körpergefühlsstörungen
- Rückzug und Isolierung

Gewisse Betroffene erleben viele, andere nur wenige der Symptome.

Depression wird oft missverstanden. Es handelt sich nicht um eine leichte Verstimmung, wie wir sie alle kennen, sondern um ein oft subjektiv sehr qualvolles Erleben.

Die Betroffenen haben eine übertraurige Grundstimmung, sie sehen alles durch eine dunkle Brille, ihr Selbstwörterleben ist wie abgestorben. Alltägliche kleine Probleme werden zu einer unüberwindbaren Anforderung, Entscheidungen fallen schwer.

Suizidgedanken können auftreten. Oft sind die Erfahrungen begleitet von Angststörungen, die dem depressiven Geschehen auch voraus gehen können (Haenel, 2008, s.5-6).

Depressive denken über ähnliche Dinge nach wie wir alle, sie denken aber anders. Es wird angenommen, dass es typische Denkweisen gibt, welche Depressiven eigen sind. Das Denken ist negativer, die eigene Person, die eigene Leistungsfähigkeit, Vergangenheit und Zukunft werden negativ gesehen. Depressive Menschen neigen dazu, sich selber zu entwerten, haben mehr Selbstzweifel und werden gerne von Grübelzuständen in Beschlag genommen, welche sie von einer zukunftsorientierten Planung abhalten. Das Grübeln ist dann besonders schlimm, wenn keine äusseren Ablenkungs- und Entlastungsmöglichkeiten vorhanden sind. Diese Art zu Denken kann sowohl Ursache der Erkrankung sein, wie auch Folge, da einem eine Depression ja existentiell sehr verunsichert.

Das Erleben von depressiven Menschen wird in der Literatur sehr eindrücklich beschrieben.

Die Journalistin Verena Hoehne beschreibt ihren Gefühlszustand folgendermaßen: „Es ist – für mich – ein Gefühl absoluter schreiender Panik. Angst. Todesangst. Angst, mich aufzulösen. Angst, dass es mich nicht mehr gibt. ...und wenn die Panik nachlässt: Ein Gefühl absoluter Leere. Nicht die schöne vielbesungene buddhistische Leere, sondern Abwesenheit jeglichen Lebens, jeglicher Lebensberechtigung“. (Josuran u.a., 1999, s.48-49).

Hell (1999, s. 24) nennt den Kern des Leidens „ die Leere“, „die Abwesenheit jeglichen Lebens“, „Losigkeit“ als Wegfallen aller Lebenseigenschaften. Eine sehr bedrohliche Erfahrung.

In Entsprechung des Verlusts an Gefühlsstärke verändern sich auch die Körperempfindungen. Diese Leibgefühlsstörungen können sich äussern in Druckgefühlen im Kopf, im Brustkorb sowie in wandernden Schmerz – Spannungs - und Druckgefühlen.

Depressive empfinden ihren Zustand als „eingefroren sein“ oder „eingesperrt sein“, wie die untere Abbildung eindrücklich zeigt:

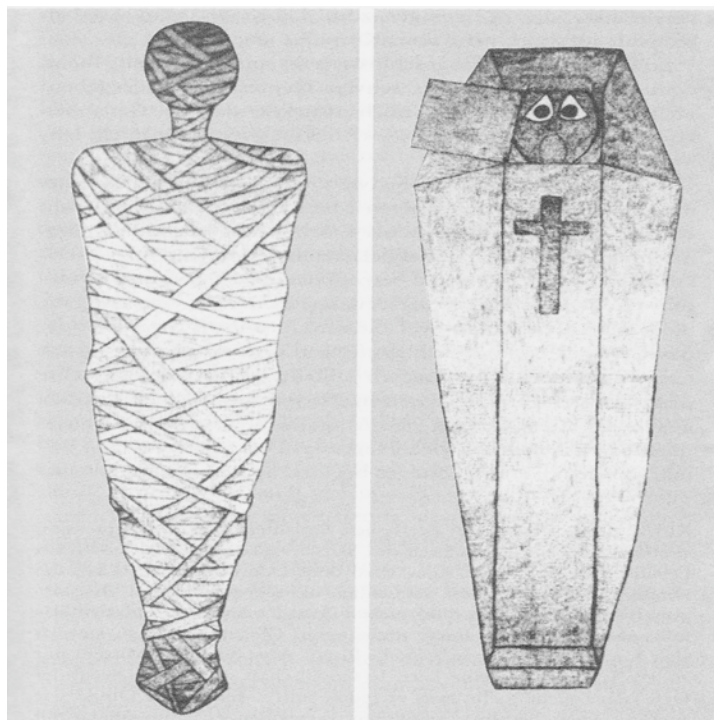


Abbildung 1 (Hell, 2000, s. 49)

Depression hat viele Gesichter und Namen. Verschiedenste Formen und Vorstufen werden in der Literatur beschrieben:

-Unipolare Depression mit nur depressiven Phasen und bipolare Depressionen bei welchen die depressiven Episoden sich abwechseln mit manischen Episoden, die sich auszeichnen durch eine euphorische Stimmung und gesteigerter Aktivität (Haenel, 2008, s. 13).

-Die larvierte (maskierte) Depression, bei der die depressive Stimmung nicht so deutlich erkennbar wird, im Vordergrund körperliche Symptome wie vegetative Störungen und funktionelle Organbeschwerden stehen (Haenel, 2008, s.20).

-Das Burnout-Syndrom als körperlicher und seelischer Erschöpfungszustand, welcher sich zu einem depressiven Zustandbild entwickeln kann: „Das Vollbild eines Burn-out entspricht einem depressiven Zustand“ (Haenel, 2008, s. 32).

-Das Chronic-Fatigue Syndrom, eine Erkrankung, die schwer fassbar ist und nebst einer chronischen Müdigkeit von Schmerzen, empfindlichen Lymphknoten und Konzentrationsstörungen begleitet werden kann (Haenel, 2008, 36). Das Syndrom kann mit der maskierte Depression verglichen werden und ist noch wenig erforscht.

Hell (2000, s. 41) meint, in der modernen Psychiatrie werde weitgehend auf typologische Abgrenzungen verzichtet und hauptsächlich zwischen leichteren (minor) und schwereren (major) Depressionen unterschieden.

Trotzdem sind die oben genannten Aspekte wichtig, denn gerade in der craniosacralen Arbeit ist es gut möglich, dass Klienten zu uns kommen, deren Symptome eine depressiven Problematik zugrunde liegen, welche an Müdigkeit, Erschöpfungszuständen und Burnout leiden, ohne dass diese jemals diagnostiziert wurden.

2.2. Wie entsteht eine Depression?

Es gibt nicht nur eine Ursache der Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen, sondern viele Faktoren stehen in Wechselwirkung zueinander. „Die Entstehung einer Depression ist das Ergebnis einer vielschichtigen Wechselwirkung aus Veranlagung, biographischen Erfahrungen, körperlichem Befinden und sozialer Situation“ meint Haenel (2008, s.10).

Im diesem Kapitel wird das Modell von Daniel Hell vorgestellt und darin einige Aspekte hervorgehoben, welche insbesondere für die craniosacrale Arbeit bedeutsam sind. Hell geht davon aus, dass der Depression ein biosoziales Muster zugrunde liegt. Bei der Entstehung einer Depression sind Risikofaktoren, Auslösefaktoren und Einflussfaktoren beteiligt.

2.2.1. Biosoziales Grundmuster: Hemmung der zentralen Exekutive

Hell (1999) erklärt das depressive Geschehen anhand des Modells der zentralen Exekutive im Stirnhirn. Diese Exekutive gibt den Einsatz für verschiedenste Teilleistungen des Gehirns (Informationen aufnehmen, verarbeiten, planen etc.).

Bei einer Depression besteht eine Initiierungshemmung der zentralen Exekutive, dies führt zu :

- Verlangsamung von mentalen Abläufen (z.B. denken, erinnern)
- Verlangsamung von Bewegungsabläufen (Psychomotorik)

Gleichzeitig sind auch psychobiologische Funktionen wie Schlaf, Appetit und Verdauung beeinträchtigt (Hell, 1999, 56-57).

Biologisch lässt sich dieses Grundmuster mit einer Störung der Neurotransmittersysteme der Nervenzellen erklären. Dabei ist nicht nur das Stirnhirn, sondern auch andere Hirnbereiche in ihrer Funktion beeinträchtigt.

Das Gehirn ist keine konstante Grösse, sondern anpassungsfähig und befindet sich je nach inneren und äusseren Umständen im Wandel. Man nimmt an, dass bei einer Depression eine Stoffwechselstörung des Gehirns die Impulsübertragung der Nervenzellen verlangsamt.

Neurotransmitter (Dopamin, Noradrenalin, Acetylcholin, Serotonin) ermöglichen, dass einzelne Nervenzellen möglichst schnell miteinander kommunizieren können. Mit ihrer Hilfe wird der elektrische Impuls einer Nervenfaser durch den synaptischen Spalt auf die nächste Nervenzelle übertragen.

In der Depressionbehandlung wiederum hat man festgestellt, dass durch selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer die Serotoninkonzentration im synaptischen Spalt erhöht wird und sich somit positiv auf den Gehirnstoffwechsel auswirkt (Haenel, 2008, 149 ff). Abbildung 2 zeigt einen Ausschnitt einer Synapse und des synaptischen Spalts.

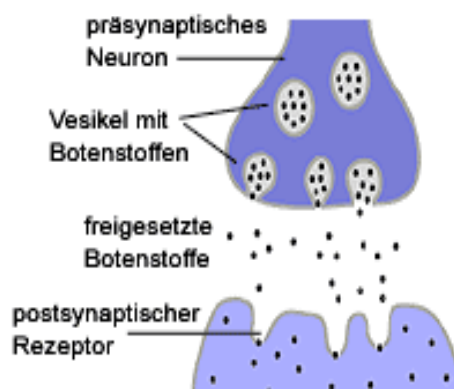


Abbildung 2 (<http://www.vitanet.de/f/14186>)

2.2.2. Risikofaktoren

Zu den Risikofaktoren von Depression zählen genetische Anlage und biographische Erfahrungen.

Es gibt eine ererbte Neigung zu Depression. Dies zeigen familiäre Häufungen und Resultate aus der Zwillingsforschung.

Unter biographischen Erfahrungen versteht man frühe Belastungs- oder Mangelsituationen in der Kindheit und eine erhöhte Stressempfindlichkeit. Stress wirkt in hohem Grade depressionsfördernd (Haenel, s. 103).

Bei Stress wird im Hypothalamus das Hormon CRF (Corticotropin-Releasing-Factor) produziert, das in der Hypophyse die Ausschüttung von ACTH (adrenocorticotropes Hormon) bewirkt. Dadurch setzt die Nebennierenrinde Cortisol frei. Durch zuviel negativen Stress gerät die Selbstregulierung des Cortisols ausser Kontrolle und es kann zu depressiven Symptomen kommen wie Ängstlichkeit, Appetitverminderung und zu sexuellen Störungen (Haenel, 2008, s. 152-153).

2.2.3. Auslösefaktoren

Das depressive Geschehen kann durch soziale Belastungssituationen (wie Schwierigkeiten im Beruf), emotionale Mängelzustände (wie Eheprobleme) und Verluste (von Bezugspersonen wie Partnern, Kindern) ausgelöst werden. Die Auslösefaktoren sind individuell sehr verschieden und „...treffen einen Menschen an seiner empfindlichsten Stelle“ (Hell, 1999, s. 61).

Auch Krankheiten (Schmerzerkrankungen, Entzündungen, Tumore) und deren eingreifende Behandlungen (wie Cortisontherapie, Chemotherapie) können eine Depression hervorrufen.

Schliesslich können Störungen des Tagesrhythmus zum Auftreten von Depressionen beitragen.

Viele unserer Körperfunktionen unterliegen einer Tagesrhythmik: der Hormonhaushalt, die Körpertemperatur, der Schlaf-Wach-Rhythmus. Oder wie Hell (1999, 127) treffend sagt: „wir sind einbezogen in ein grösseres, umfassenderes Geschehen“, wir „schwingen mit im Atem der Natur“.

Man hat festgestellt, dass bei einer Depression diese Rhythmen dysfunktional sind. Schwer Depressive wachen oft nach einem zerhackten Schlaf morgens sehr früh auf.

Die innere Uhr des Tag-Wach-Rhythmus, die sich am schnellsten äusseren Gegebenheiten anpasst, kann ein Auseinanderfallen der verschiedenen Rhythmussysteme des Körpers bewirken. Es kann aber auch sein, dass gerade die Aenderung der oben erwähnten Hormonen (Stressachse) und auch die Rhythmusänderungen der Geschlechtshormone den Rhythmus des Schlaf wiederum beeinflussen (Hell, 1999. 127-135).

2.2.4. Einflussfaktoren

Zentral für den Verlauf einer Depression ist, wie die betroffene Person sie wahrnimmt, wertet und darauf reagiert. Wenn sie sich bei den ersten Anzeichen wehrt, sich stark in Frage stellt und überfordert, kann dies die depressive Blockade nur noch verschlimmern. Es entsteht eine „Depression über die Depression“ (Hell, 1999. S.63). Wenn eine Person es schafft, ihr depressives Erleben zu verstehen und akzeptieren zu lernen, gerät sie weniger in den Teufelskreis einer depressiven Blockade.

2.2.5. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen aus Kapitel 2

Depression wird als psychische Krankheit definiert, betrifft aber den Menschen als Ganzes. Ein prägendes Element des Erlebens kann mit dem Gefühl der -losigkeit und der Erstarrung beschrieben werden. Die Entstehung der Depression ist von vielen psychischen, sozialen und biologischen Faktoren abhängig.

CST ist eine Therapie, die dem Patienten einerseits ein Gefühl des Gehalten - und Geborgen - Seins vermittelt, andererseits auch Weite zulässt. Beides Elemente, welche in einer depressiven Stimmung hilfreich sein können.

Der Gehirntätigkeit kommt durch die eingeschränkte Übermittlung der Nervenzellen und die vermehrte Cortisolproduktion eine zentrale Bedeutung zu. Cranio-sacrale Arbeit befasst sich intensiv mit dem Nervensystem und den Strukturen des Gehirns, kann von daher als wirkungsvoll bei depressiven Symptomen gelten.

Dem Auseinanderfallen der Rhythmussysteme des Körpers kann CST auch begegnen. Rhythmen spüren, die Rhythmen des Körpers wieder in ein Gleichgewicht bringen sind ein zentrales Anliegen der Cranio Sacral Therapie.

Welche Antworten sich in der Literatur dazu finden, davon handelt das nächste Kapitel.

3. Erkenntnisse der Cranio Sacral Therapie

Obwohl ich weiss, dass Cranio Sacral Therapie eine ganzheitliche Methode ist, suchte ich in meinen Unterlagen nach Hinweisen zur Entstehung /Erklärung und Behandlung der Depression. Welche Hinweise finden sich in der Literatur über CST und in meinen Ausbildungsskripts?

3.1. Kompressionen SSB

Nach Upledger (2000, s.54) führt Cranio Sacral Therapie bei endogenen Depressionen zu guten Ergebnissen. Als Ursache im cranosacralen System sieht er eine dreifachen Kompression der Sphenobasillarsynchondrose SBB. Er beschreibt, wie eine erste Stauchung der SSB eine ähnliche Stauchung zwischen Schädelbasis und Halswirbelsäule oder zwischen Lendenwirbelsäulenbasis und dem Kreuzbein nach sich zieht. Oft führen Stösse auf Stirn/Hinterkopf oder Stürze auf das Kreuzbein zu diesen Kompressionen. Upledger beschreibt, wie er eine Frau, welche 6 Jahren unter Depressionen litt, durch Lösen der Kompressionstriade von ihrem Leiden befreite.

Auch Milne (2000, s.133-138) sieht einen Zusammenhang zwischen Sphenoidläsionen und Depressionen verschiedenster Form. Eine Seitbeugungsläsion kann eher kurzfristige leichte depressive Erscheinungen wie Ambivalenz und Gleichgültigkeit bewirken. Schwerere Folgen kann eine laterale oder vertikale Verschiebungsläsion beinhalten, indem sie eine manische Depression auslöst. Die starke Empfindung des „Abgeschnittensein“, der „Glasscheibe“ einer Lateroflexions-Läsion kann zu einer chronischen Depression auswachsen. Eine Kompressionskopfläsion kann die Erfahrung der vollständigen Arbeits- und Beziehungsunfähigkeit hervorrufen und mit suizidalen Depressionen einhergehen.

Nach Liem (s.540) können Depressionen durch Aufhebung der Kompressionen sowie der Dysfunktionen des Os temporale und „weiterer primärer Dysfunktionen“ häufig erfolgreich gebessert werden.

3.2. Die polyvagale Theorie

Für Prof. Stephen Porges ist das Erklärungsmodell für das autonome Nervensystem mit der klassischen Aufteilung in Sympathikus und Parasympathikus überholt. Er erweitert in seiner polyvagalen Theorie das Verständnis des Nervus Vagus als Hauptdirigenten des parasympathischen Systems mit der Einteilung in einen dorsalen und sozialen Vagus.

Das Nervensystem bewertet über die Verarbeitung von Sinnesinformationen aus der Umwelt ständig die Risikosituation. Porges nennt dies Neurozeption. Sie ermöglicht uns zu erkennen, ob Situationen oder Personen sicher, gefährlich oder lebensbedrohend wirken. Neurozeption findet in „primitiven“ Teilen des Gehirns statt. Je nachdem, ob wir eine Person als sicher oder gefährlich wahrnehmen,

löst das ein neurobiologisch gesteuertes, prosoziales oder ablehnendes Verhalten aus. Auch wenn wir ohne bewusste Erkenntnis der Gefahr sind, hat unser Körper bereits mit neuronalen Prozessen reagiert (www.somatics...).

Nach Porges Modell verfügen wir Menschen über einen alten (dorsalen) Vagus-Teil sowie zusätzlich über einen neuen, jüngeren, sozialen (ventralen) Vagus. Dieser myelinisierte Vagus kommt nur bei den Säugetieren vor. Er beeinflusst die Muskeln des Gesichts, der Kehle und des Mittelohres und reguliert sehr stark das soziale Verhalten und Empfinden („ein integriertes soziales Dialog-System“).

Zu diesem sozialen Nervensystem gehören auch diejenigen Hirnnerven, welche die Bindung des Babys zur Mutter ermöglichen:

- -Der Nervus trigeminus
- -Der Nervus facialis
- -Der Nervus glossopharyngeus
- -Der Nervus accessorius

Je gesünder die Entwicklung des sozialen Nervensystems ist, desto besser wird der Mensch mit belastenden Ereignissen und Traumata umgehen können. Fühlen wir uns bedroht, so können wir demnach uns verbinden und entspannen (ventraler Vagus), kämpfen oder fliehen (Sympathikus), oder gar Einfrieren, Erstarren (dorsaler Vagus).

Wenn im autonomen Bereich des Nervensystems der Sympathikus vorherrschend ist, werden die Möglichkeiten eingeschränkt, Verhalten zu regulieren und einen ruhigen Zustand aufrechtzuerhalten – weil dieser klar ein Kampf/Flucht-Verhalten unterstützt. Diese autonomen Eigenschaften und Gesichtsausdrücke „...werden oft mit Psychopathologien (z. B. Autismus, Depression, aggressive Störungen und posttraumatischer Stress), mit emotionalen Zuständen während grossen Herausforderungen (z. B. Gram, Wut, Zorn, Einsamkeit) oder medizinischen Krankheiten (z. B. Senilität, AIDS, Fieber) assoziiert“. (www.somatics.de/Porges...)

In der Cranio Sacral Therapie bedeutet dies, dass die Arbeit an einem einzigen der oben genannten Hirnnerven die Vitalität der restlichen Hirnnerven beeinflusst. Ein gutes Funktionieren der Hirnnerven fördert den Organismus in Richtung Kontakt, Verbinden und Loslassen. (Grütter/Weibel, 2009, 43-44).

3.3. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen aus Kapitel 3

In der Literatur lassen sich zwei Ansatzpunkte zur Therapie von Depression finden: Einerseits das Auffinden und Lösen von Kompressionstriaden. Andererseits durch den Fokus auf das vegetativen Nervensystem und bestimmte Hirnnerven, indem der ventrale und soziale Vagus gefördert wird.

4. Praktischer Teil: Interview mit Harald Faltz

Nach dem Erarbeiten dieser theoretischen Erkenntnisse geht es in diesem Kapitel darum, inwiefern ein Praktiker diese anwendet und was er als wichtiges Wissen weitergibt. Das Gespräch mit Harald Faltz leitete ein Interviewleitfaden, basierend auf dem Theorieteil (s. Anhang).

Harald Faltz arbeitet als Neurologe und Psychiater, Psychotherapeut und Arzt für Naturheilverfahren mit eigener Praxis in Achim bei Bremen. Er arbeitet mit verschiedenen naturheilkundlichen Ansätzen (Akupunktur, , Cranio Sacral Therapie, Physioenergetik, Homöopathie). Harald Faltz gibt Kurse in CST und Physioenergetik in Deutschland und in der Schweiz. In diesem Rahmen konnte ich mit ihm ein Interview im Kloster Kappel am Albis führen.

Ich habe mich bei der Wiedergabe des Interviews möglichst nahe an die Aussagen von Harald Faltz gehalten, ich lasse ihn also in seinen eigenen Worten sprechen.

Spielt es für Sie eine Rolle, mit welchen Symptomen/ mit welcher Diagnose ein Patient in die Behandlung kommt?

„Dazu muss ich als Grundvoraussetzung sagen: Ich arbeite mit ganzheitlichem Ansatz, darauf vertrauend, dass es im System von Körper, Geist, Seele und Spirit eine Selbstregulation gibt. Diese Selbstregulation kann behindert sein und daraus entwickeln sich Beschwerden/Symptome, die sich dem Patienten und/ oder dem Therapeuten mitteilen. Somit sind körperliche Störungen gleichbedeutend mit psychischen Störungen, geistigen Störungen und spirituellen Störungen und sind nur ein anderer Ausdruck einer Regulationsstörung in diesem System. Wenn der Patient mit Beschwerden/ Symptomen zu mir kommt, ist der Ansatz immer der gleiche. Nämlich mit einem System zu arbeiten, das ganzheitlich ist, wie die Cranosacraltherapie, auch die Homöopathie oder andere, aber explizit ist es wirklich die CST.

Man macht ja oft die Erfahrung, dass man an einer ganz andere Ecke therapiert, als der Patient Beschwerden hat. Er hat zum Beispiel Migräne, und ich therapiere am Becken, und die Kopfschmerzen gehen weg. Ich gebe in dieses System Körper-Geist-Seele-Spirit eine Information und überlasse es dem System, was es damit macht, und Selbstheilung wird unterstützt.“

Behandeln Sie depressive Menschen anders?

„Das Symptom hat schon eine Leitungsfunktion in eine bestimmte Richtung, aber es ist letztlich nicht die Ursache, nur ein Zeichen, die Spitze des Eisberges. Ich behandle nicht kausal, also den Patienten nicht weil er depressiv ist, sondern ich komme an die Hintergründe und Zusammenhänge der Regulationsstörung, so dass sich dadurch die Depression wie von allein löst. Ich arbeite nicht analytisch

in der Vergangenheit, sondern in der Gegenwart, ich arbeite im Hier und Jetzt. Was jetzt aktuell ist, wird vom Patienten angeboten zur jetzigen Lösung.“

Inwiefern spielt es eine Rolle, ob die Person Medikamente nimmt?

„Ich hole den Patienten ab, wo er jetzt steckt, dann kann er ein gebrochenes Bein im Gipsverband haben, oder er kann seit einem Jahr ein Antidepressivum nehmen – es gehört für mich zu ihm/ ihr sozusagen dazu.

Die CST findet auf einer ganz anderen Ebene statt. Es werden unbewusst im Hintergrund viele Dinge in Ordnung gebracht, das Bewusstseinsfeld des Patienten verändert sich. Das ist das Ziel meiner Therapie. Er spürt in sich hinein, während ich mit ihm arbeite. Ob danach die Antidepressiva noch nötig sind, entscheidet der Patient mit seinem Arzt.“

Gibt es Bedingungen, unter denen CST bei Depressionen sinnvoll bzw. nicht sinnvoll ist?

„Natürlich gibt es Kontraindikationen. Mit einem Patienten in einer akuten Schizophrenie oder in einer schweren endogenen Depression werde ich in der depressiven Phase keine CST machen. Aber ich mache CST bei einer Patientin mit bipolarer Störung, die nach der Depression gerne von mir weiter behandelt werden möchte anstelle einer Psychotherapie, die ich früher angeboten hätte.

Und wir schauen, was in dem System auszugleichen ist und da gibt es ganz bestimmte Zugänge, wo der Patient dann gerade seinen Konflikt versteckt hat. Das kann im Gewebe, in den Hirnhäuten, in der Amygdala sein. Es gibt Zugänge in der CST, die direkt auf das Psychische wirken, zum Beispiel über das autonome Nervensystem. So ist jede CST im tiefsten Sinne auch eine psychotherapeutische Behandlung.“

Ist Ihnen im Umgang mit depressiven Menschen eine bestimmte Haltung wichtig?

„Ich behandle jeden Patienten von der Haltung her gleich. Ich behandle ihn auf der Ebene, auf der er erreichbar ist (körperlich, seelisch, geistig, spirituell).

Wenn Ärzte dem Patienten sagen, „Sie sind nicht körperlich krank, sondern psychisch“, so denken die Patienten „ich muss wohl eine Meise haben“. Die Patienten fühlen sich nicht ernst genommen.

Das Psychische ist genauso eine Ausdrucksform des Regulationssystems wie das Körperliche. Ich habe einen psychischen Konflikt und möchte diesen gerne gelöst bekommen. Und dann habe ich die Möglichkeit über die CST an Ebenen heranzukommen, die nicht „verwörtert“ werden müssen, und dies ist der wesentliche Unterschied zur Psychotherapie, die das Wort benötigt. Aber viele psychische Stö-

rungen lassen sich ja gar nicht in Worten ausdrücken. Man kann nur sagen „das ist als ob“. Was ich eigentlich fühle, kann ich gar nicht in Worten ausdrücken.

Die CST löst mir auch Konflikte, die nicht bewusst sind. Wir können die Amygdala z.B. neu programmieren, damit der Mensch die alten Erfahrungen, die ihn blockierten, aufgeben kann und auf einmal seine Welt wieder offen ist für neue Erfahrungen.“

Inwiefern gebrauchen Sie Vorstellungen des körperlichen Geschehens, zum Beispiel der Gehirnaktivität wenn Sie behandeln?

„Ich bin in den Strukturen des Patienten zuhause. Ich gebe mich in den Patienten hinein und in seinen Bereich und erspüre z.B. die unterschiedlichen Viskositäten der Membrane, eventuelle Blockierungen und ähnliches... Und mein Ziel ist die Durchlässigkeit und Beweglichkeit dieser Strukturen auf welcher Ebene auch immer, z.B. die des Keilbeines, der Hirnhäute oder des limbischen Systems. Das Geschehen ist immer mit Gesundheit verbunden.

Es kommt immer zu einer tiefen Entspannung, einer tiefen Regression, psychotherapeutisch ausgedrückt. Die Regression auf die parasympathische Ebene hinunter ermöglicht neu strukturiert aufzuerstehen. Entspannung und Angstlösung (Angst entsteht ja auch aus falschen Programmen zur falschen Zeit am falschen Ort). Wenn ich etwa über den Mandelkern die bestimmten Strukturen erreichen kann, die sich mir eröffnen in ihrer Starrheit, wenn ich die mit Bewegung assoziieren kann, dann löst sich das System. Und das ist auch interessant für viele Menschen, die gewisse Dinge gar nicht aussprechen können. Ich habe kleine Mädchen mit 4, 5, 6 Jahren, die haben ihre Geheimnisse. Sie wären voller Scham, wenn ich sie bitten würde, darüber zu sprechen. Ich vermittele ihnen: ihr müsst nicht darüber sprechen. Und auf einmal haben sie eine Lösung für ihr Problem. Dasselbe gilt auch für Erwachsene.“

Hilft Ihnen der therapeutische Dialog um den Zugang zum Körper zu finden?

„Wenn wir den Dialog mit Worten führen, ist wichtig, festzustellen, dass gerade dieses „Verwörteren“ retraumatisierend sein kann: Ich muss die Worte suchen, finden und dann vielleicht noch jemandem mitteilen, den ich nicht so gut kenne - das hat oft eine retraumatisierende Wirkung. Der Dialog in der CST läuft anders, auch subtiler über den Kontakt. So dass wir Fragen stellen an das Gewebe z.B: durch eine leichte Fingerbewegung, und erreichen, dass sich eine Regulationsstörung beheben läßt, schon auf einer Ebene, wo nicht verwörtert werden muss. Es gibt genügend Irritationen für uns, bevor wir die Sprache lernen. Es gibt Dinge, die wir z.B. auf der Handlungsebene erleben, ohne etwas denken und aussprechen zu können, und diese können wir mit CST erreichen.

Für mich als Therapeut gilt, was ich im therapeutischen Setting erlebe, behalte ich immer für mich. Nur wenn der Patient darüber sprechen möchte, kann ich das eine oder andere anbieten.“

Welche Bezüge sehen Sie zur Traumatheorie?

„Früher lernten wir, jemand ist depressiv, und dazu gehört als weiteres Symptom: das Erleben des Eingeschlossenseins, die sogenannte „Losigkeit“ auf allen Bereichen (antriebslos, lustlos, interesselos usw). Wir können es aber auch umgekehrt sehen und sagen, es gibt eine Erstarrung im System, wie durch einen Schock, die keine Bewegung zulässt. Ich kann mich nicht mehr bewegen (körperlich, geistig, seelisch), ich erlebe mich als schwach und bin darüber depressiv. Vermittelt mir die CST aber mehr Bewegungsfreiheit, innere Lebendigkeit, kann die Depression von alleine abfallen.“

Depression als Erstarren - ohne eine grosse Katastrophe, ein schweres Trauma erlebt zu haben?

„Die grossen Traumata sind an und für sich sehr tragisch. Aber wir erfahren in unserem Leben tausende von Mikrotraumata, die ihre Information in das Gewebe, z.B. den Mandelkern ablegen. Wenn wir uns z.B. irgendwo den Kopf gestossen haben, werden wir an dieser Stelle immer wieder die Nackenmuskeln verspannen, wenn wir dort wieder vorübergehen, ja schon, wenn wir daran denken. Die Theorie der Spiegelneuronen zeigt, dass wir uns gar nicht erst wieder daran stossen müssen, sondern wir werden wieder so reagieren, schon aus der Erinnerung. Und da braucht es keine Worte dazu. Aber auch die Lösung benötigt keine Worte, denn die Erstarrung lässt sich craniosacral lösen.

Oder wir erleben z.B. Schwäche, indem wir nicht leisten können, was wir uns abverlangen, das kann auch zu einer Traumatisierung beitragen. Natürlich kann ich jetzt hingehen und fasse den Entschluss etwas weniger zu arbeiten, und wenn ich Glück habe, gelingt mir das auch. Das wenigste aber reguliert sich über das Bewusstsein. Dann habe ich mit dem CST eine Technik, in die Selbstregulation hineinzugehen, die das Unbewusste direkt anspricht. Das Denken und Grübeln löst nie die eigentliche Regulationsstarre“

Also sind Menschen mit depressiven Problemen über das vegetative Nervensystem erreichbar?

„Die Arbeit mit den unterschiedlichen Ebenen des Nervensystems ist ein sinnvoller Zugang. Wenn ein Mensch zu einem bestimmten Zeitpunkt auf der Ebene des sympathischen Systems organisiert ist, hat er die Möglichkeit zu kämpfen oder wegzulaufen. Wenn jemand diese Möglichkeit aber nicht mehr hat, und das Regulationssystem erstarrt ist, dann befindet er sich auf der Ebene des Parasympa-

thikus. Die Anthroposophen sagen übrigens: "Die Struktur ist erstarrte Schwingung, Bewegungslosigkeit" , - das ist interessant!

Die Ebene des Parasympathikus wird auch in der psychischen Spaltung im Trauma erreicht, wenn die wahrnehmende Seele aus dem leidenden Körper austritt. Ich komme über die craniosacrale Arbeit an den Vagus, den Parasympathicus. Und die Blockierung kann sich lösen, wenn ich als Praktizierender meine Aufmerksamkeit in den Vagus lenke. Je häufiger ich mich auf diesen einlassen kann, desto weicher und durchgängiger wird er. Es ist möglich, dass dem Patienten ein Konflikt bewußt wird, sich ihm löst. Die Bewußtwerdung ist aber nicht die Voraussetzung für die Lösung.

Es gibt Patienten, denen es schwer fällt, sich einzulassen. Sie brauchen die Kontrolle ihres Bewußtseins als Sicherheit. Diese Kontrolle muss ich respektieren, sonst zerbrechen diese Menschen möglicherweise unter der Therapie. Nicht jede Blockierung muss man gleich lösen. Sie ist ja entstanden als Schutz, also muss ich sie respektieren. Erst wenn die Blockierung überflüssig geworden ist, löst sie sich wie von selbst. Jede Depression hat ja einen Sinn."

Welche Erfahrungen machten Sie mit der Wirksamkeit von Cranio Sacral Therapie?

„Der Patient ist in einem eigenen Prozess. Ich habe die Möglichkeit, ihn in der craniosacralen Behandlung zu begleiten. Das ist die legitime Erwartung des Patienten. Und in der Resonanz mit dem Patienten erfahre ich, was er von mir erwartet. Und das kann ich mit der CST unterstützen, damit er bekommt, was er zur Lösung braucht. Dann ist es gleichbedeutend, ob jemand depressiv ist oder eine Körperstörung hat. Oder wenn er nicht weiss, wohin er gehört, schnell entmutigt ist, wenn er den Glauben verloren hat. Dann kann er darüber auch depressiv werden. Ich bin von der Symptom orientierten Therapie bei Depression abgekommen.

Für Ängste gilt das gleiche, diese sind mit CST wunderbar aufzulösen. Das Wort kommt ja von Enge, und diese Enge ist zu spüren, wenn das Gewebe zu wenig durchlässig ist. Wenn es dann durchlässig werden darf, lösen sich viele Ängste.

Die Wirkung kann sehr unterschiedlich sein. CST hat insgesamt eine sehr entspannende Wirkung. Der Patient geht in eine tiefe Regression, in dieser hat er Anschluss an unbewusste Kräfte, die ihn wieder aufbauen. Ähnlich dem Mechanismus des Schlafes, wir vertrauen uns dem Schlaf an und erwachen kräftiger. Die CST kann über den Schlaf hinaus wirken, weil sie gezielt Verspannungen löst

Ein Beispiel: Ich behandelte eine Patientin, die hat noch als erwachsene Frau unter ihrer strengen, längst verstorbenen Mutter gelitten, und wollte diese „loswerden“ . Ihr Regulationssystem sagte mir, ich solle an den Atlas gehen. Ich habe am Atlas gearbeitet und erlebt, wie die Mutter aus der Patientin herauskam und von zwei Engeln davon getragen wurde. Die Patientin hat dabei viel geweint, er-

lebte eine ungeheure Katharsis und ist tatsächlich danach erst einmal für eine kurze Zeit schizophren geworden, nur für eine kurze Zeit. Ich konnte sie weiter begleiten mit CST und die Schizophrenie löste sich.

Dies zeigt, wie weit CST gehen kann und, dass wir Anschluss bekommen an ganz tiefe und ganz hohe Mächte“.

Welche Rückmeldungen bekommen Sie von Patienten?

„Eine Depression kann ja den Sinn haben, über Dinge nachzudenken. Das spannende aber ist, dass ich diese Dinge nicht bewusst machen muss. Patienten berichten dann später, dass sie eine Einsicht bekommen, einen Traum hatten über Nacht, oder auf einmal jemandem verzeihen konnten. Oder ein Gespräch mit einem Menschen konnte endlich stattfinden. Das ist alles möglich. Es sind immer Lösungen, die sich einstellen“.

Kamen Sie in der Behandlung von depressiven PatientInnen auch schon an Ihre Grenzen?

„Es kann Schwierigkeiten geben in der Behandlung mit sogenannten borderline - Patienten. Ich habe nur wenige und leite sie oft weiter. Es ist auch eine Frage der Krankheitsphase einerseits oder des Vertrauens auf Seiten des Patienten mir gegenüber auf der anderen Seite. Wenn der Patient dazu in der Lage ist, ein Grundvertrauen aufzubauen in der Beziehung zu mir, dann kann die Therapie gelingen. Ich habe den Eindruck, dass die Behandlung eines borderline- Patienten mit CST leichter gelingt, als mit einer Gesprächstherapie. Aber - wie gesagt - es kann schwierig werden.

Ich glaube. jede Form von Trauma kann sich wunderbar lösen, so auch das Trauma in der Angstneurose und das in der Depression. Der depressive Mensch ist immer sehr dankbar für die Craniosacralarbeit.

Ebenso sogenannte psychosomatisch kranke Menschen, die den ganzen Körper wieder als gesund spüren lernen, dass sie überhaupt von unten bis oben einen Körper haben, dass sie nicht nur aus Teilen bestehen“.

Bei welchen psychischen Leiden würden Sie keine CS empfehlen?

„Psychotische Patienten, schizophrene Patienten weder akut noch chronisch kranke. Bei Süchtigen könnte sich die Sucht nur verlagern, Craniosacraltherapie könnte auch zur Sucht werden. Ich habe aber wenig Erfahrung mit Süchtigen“.

Welchen Stellenwert hat CS in der Psychiatrie, gibt es da Annäherungen?

„In Deutschland habe ich keine Annäherung erlebt bei Neurologen. Ich weiss auch nicht, wie sehr Psychiater, die sich ja sehr intensiv in psychotherapeutischen Verfahren ausbilden, wagen, über ihren Tellerrand zu schauen. Die psych-

iatrische Psychotherapie arbeitet oft genau so engstirnig wie die somatischen Mediziner, wenn sie sagt „Da ist ein Symptom und das machen wir jetzt weg“.

Andere Disziplinen werden da eher eine Vorreiterrolle haben. Zahnärzte erlebe ich übrigens viel mutiger als Allgemeinmediziner, was naturheilkundliches Interesse betrifft.

Andere Berufsgruppen werden eher den Wert der CST erkennen und darauf hinweisen. CST ist immer auch ein spirituelles Erleben und eine spirituelle Arbeit. Sie kann auch immer eine Entwicklung für den Praktizierenden bedeuten.“

Welche anderen Aspekte sind für Sie wichtig in der Behandlung depressiver Menschen?

„Zur Depression finde ich noch sehr interessant, was Daniel Hell schreibt, unter anderem in seinen Büchern: „Welchen Sinn macht Depression?“ und „Die Sprache der Seele verstehen“. Es geht zum einen um Depression, zum anderen um eine wahre Haltung des Therapeuten.

Er hat die Haltung der Wüstenväter verglichen mit der Haltung der Psychologen. Das habe ich in einer Arbeit noch einmal übertragen auf die Arbeit der CS-Therapeuten. Die Frage nach dem Sinn einer Depression habe ich an anderem Ort auf die Frage nach dem Sinn der Multiplen Sklerose bezogen (siehe folgendes Kapitel). Die Haltung der CS-Therapeuten ist ja die ideale zur Behandlung von Depressionen, weil der CS-Therapeut einfach abwartet. Aktiv-passiv sozusagen, an welcher Stelle bewegt sich der Patient? Genau dort benötigt er Unterstützung. Dass der Therapeut nicht etwas dazu tut oder weg nimmt, wie bei einer Maschine, oder das man sagt „das ist alles nicht so schlimm, stellen Sie sich nicht so an“. Jeder Mensch hat seine eigene Depression, der CS-Therapeut behandelt den Patienten sehr individuell.

Wichtig ist der Respekt, den man Depressiven gegenüber entwickelt. Zu sagen „sie sind ja körperlich gesund, das kann nur psychisch sein“ ist völliger Unsinn. Es vermittelt oftmals ein hierarchisches Wertesystem, das für die Behandlung völlig überflüssig ist.

Ich muss einem Menschen nicht darauf hinweisen, dass er depressiv ist. Depression schwingt immer mit. Wenn ich zum Beispiel Schmerzen habe und nicht machen kann, was ich eigentlich möchte.

Es ist noch ein langer Weg, bis wir den Wert einer Depression oder den des Schmerzes erkennen.“

Herr Faltz, ich danke Ihnen für dieses Gespräch!

5. Neue Erkenntnisse aus dem Interview

Das Interview mit Harald Faltz erbrachte viele neue Einsichten, Bekanntes wurde auch bestätigt. Drei neue Aspekte werden in diesem Kapitel noch hervorgehoben und ausgeführt: Die Rolle der Amygdala, die Haltung der Wüstenväter und die Auflösung der Erstarrung.

Die Amygdala

Die Amygdala, auch Mandelkern oder corpus amygdalideum genannt, ist ein Kerngebiet des Gehirns. Sie befindet sich im Temporallappen nahe des Unterhorns, ist Teil des limbischen Systems und tritt paarig auf (s. Abbildung 3).

Ihre Funktion: „Die Amygdala ist wesentlich an der Entstehung der Angst beteiligt und spielt allgemein eine wichtige Rolle bei der emotionalen Bewertung und Wiedererkennung von Situationen sowie der möglichen Gefahren: sie verarbeitet externe Impulse und leitet die vegetativen Reaktionen ein“

(<http://de.wikipedia.org/wiki/Amygdala>). Der Begriff Körpergedächtnis steht im Zusammenhang mit der Amygdala. Da die Amygdala Ereignisse mit Emotionen verbindet, kann sie bei einer Uebererregung beginnen, mehr Reize als gefährlich zu bewerten, es kommt zu Generalisierungen. Die somatische Reaktion ist dann Panik, Uebelkeit, Apathie oder Ohnmacht. Dabei muss keine bewusste Erinnerung an das ursprüngliche Ereignis bestehen, es reicht eine auslösende Situation.

Fehlfunktionen der Amygdala können schwerwiegende Folgen haben wie Autismus, Depression, Posttraumatische Belastungsstörungen und Phobien.

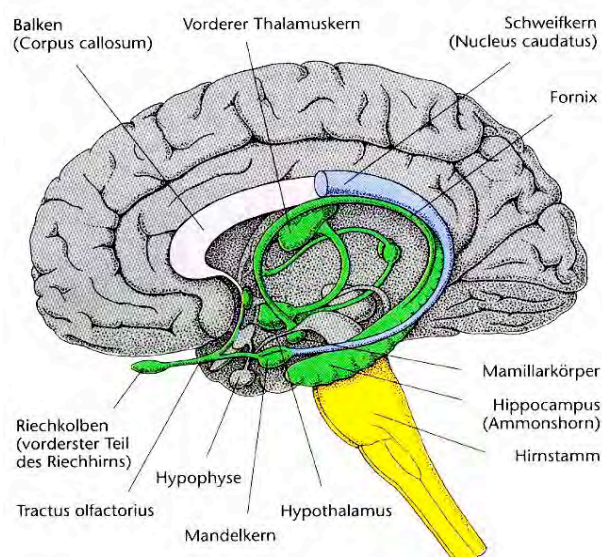


Abbildung 3 (www.amana.ch/PsychoKinesiologie.htm)

Die Therapeutische Haltung der Wüstenväter

Harald Faltz (2006) spannt einen Bogen vom Buch „die Sprache der Seele verstehen“ von Daniel Hell zur Haltung des Cranio Sacral Therapeuten. Wüstenmönche waren Menschen, die sich im 4.-6. Jahrhundert nach Christus in die Wüste zurückzogen und durch ihre Erfahrungen zu gefragten Beratern wurden. Diese Reizlosigkeit und Stille der Wüste lässt eine Parallele zur Situation in der CS-Therapie zu. „Der Wüstenmönch kann das Wort nicht ergreifen, es stellt sich ihm ein. Oder es stellt sich ihm nicht ein.“ Harald Faltz sieht in der erwartenden Haltung des CS-Therapeuten Ähnlichkeiten. Selbst gemachte Erfahrungen sind wichtiger als übernommene Erkenntnisse. Die Resonanz mit dem Patienten kann man nicht bewirken, sie ergibt sich durch das sich Einstellen, das geduldige Abwarten.

Dadurch, dass sich die Ruhe der Stimmigkeit einstellt, kann sich der Patient entwickeln, er kann sich selbst finden und Selbstheilung wird möglich.

Depression wird nicht als krankhafter Prozess gesehen, sondern als eine Herausforderung, den Fuss in Richtung des wahren Lebens zu setzen.

Faltz überträgt diese Haltung auch auf die Haltung des Cranio Sacral-Therapeuten: „Entweder ich arbeite mit ganzem Herzen craniosacraltherapeutisch oder ich lasse es sein“.

Aus der Erstarrung in Bewegung bringen

Wenn Depression verstanden wird als ein durch Traumatisierung hervorgerufenen Erstarren, so sollten die vermittelten Impulse wieder in Richtung Bewegung gehen- aber mit dem Bewusstsein, dass ein Patient auch seinen Schutz braucht. Ich stelle mir das so vor, dass ich in der craniosacraltherapeutischen Begleitung dem Körper Impulse zu mehr Bewegung anbiete, es ihm aber überlasse, wie er darauf reagieren kann und will. Wut, Trauer, Scham, Freude – verschiedenste Gefühle können ausgelöst werden, auf die ich einzugehen habe. Sehr eindrücklich zeigt sich diese Entwicklung in einem Bild aus dem Buch von Daniel Hell: „Bei Aufhellung der Depression löst sich die Erstarrung in Trauer und Tränen“.

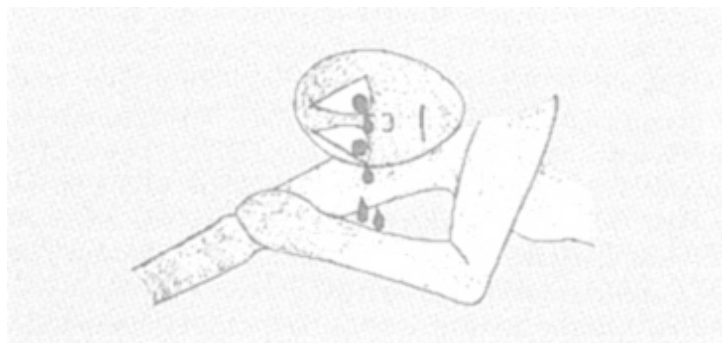


Abbildung 4 (Hell, 1999, 49)

6. Reflexion und abschliessende Gedanken

Die theoretische Arbeit und das Interview haben Möglichkeiten gezeigt, wie die CST als ganzheitliches komplementärtherapeutisches Angebot sinnvoll bei Menschen mit psychischen Krankheiten, speziell mit Depression angewendet kann.

Drei Sätze von Harald Faltz möchte ich abschliessend hervorheben

„Ich bin in den Strukturen des Patienten zuhause.“

Dieser Satz sagt dass ich als Therapeutin immer wieder bemüht sein muss, die anatomischen und physiologischen Gegebenheiten des Menschen zu kennen.

„Somit sind körperliche Störungen gleichbedeutend mit psychischen Störungen, geistigen Störungen und spirituellen Störungen und sind nur ein anderer Ausdruck einer Regulationsstörung in diesem System.“

Gerade am Beispiel der Depression haben wir gesehen, dass eine psychische Krankheit aus körperlichen Gründen entstehen kann und die Psyche wieder auf das körperliche Erleben wirkt.

„Es gibt Dinge, die wir z.B. auf der Handlungsebene erleben, ohne etwas denken und aussprechen zu können, und diese können wir mit CST erreichen.“

Als „Kopfmensch“ hat mich die Ausbildung in CST sehr angezogen, da sie mir einen Zugang zum Menschen aufzeigte jenseits von Intellektualität und der Verwendung von Sprache. Depression macht oft sprachlos oder die Sprache hilft nicht weiter („verwörtern“). Dieser spezielle Zugang der CST mit all seinen Möglichkeiten wurde mir durch das Interview wieder bewusst.

Craniosacraltherapie bewirkt nicht Wunder, kann aber eine Oase werden, wo der Patient „herunterfahren“ und einfach sein darf, seine Mitte findet und wo das Gesunde im Menschen gestärkt wird.

7 .Dank

Ich danke allen, die mir bei der Erstellung der Diplomarbeit zur Seite gestanden sind: Harald Faltz, der sich für das Interview gut vorbereitete und sich für die anschliessende Ueberarbeitung Zeit nahm. Barbara Rügger, welche mir mit Literaturhinweisen und dem gemeinsamen Besuch einer Weiterbildung Ideen gab. Regina Zwicker die mit mir die Inhalte des Leitfadens besprach, Niklaus Baschung für das Korrigieren der Arbeit und unserem Schulinformatiker Martin Amman, der meiner Arbeit zu einem ansprechenden Layout verholfen hat. Und natürlich den Ausbilderinnen von Craniosacral Alive, welche mich in meinem therapeutischen Werdegang geführt und in der Wahl meines Themas unterstützt haben.

8. Quellen- und Literaturverzeichnis

- Bridler, Sabina Alternative Therapien in der Psychiatrie – gibt es sie?
In: Pro Mente Sana aktuell;Komplementäre Therapien in der
Psychiatrie, Heft 2/09.
- Faltz, Harald Ein Beitrag zur Philosophie der Craniosacraltherapie, 2006.
(www.faltz.com, 14.12.09)
- Grütter Marianne Skript Nervensystem. Cranio Sacral Alive, Bern, 2009.
Weibel Elisabeth
- Haenel, Thomas Depression. Leben mit der schwarzen Dame. Spektrum aka-
demischer Verlag, Heidelberg 2008
- Hell, Daniel Welchen Sinn macht Depression? Rowohlt, Reinbek bei Ham-
burg, 7.Auflage 2000.
- Josuran Ruedi Mittendrin und nicht dabei. Mit Depressionen leben lernen.
Hoehne Verena Haffmans Sachbuch, Zürich, 1999.
Hell Daniel
- Liem, Torsten Kraniosakrale Osteopathie. Ein praktisches Lehrbuch. Hippo-
krates
- Milne Hugh Aus der Mitte des Herzens lauschen. Band 2. Verlag Via Nova,
Petersburg, 2004
- Stocker, Ursula Komplementärmedizinische Angebote in der Psychiatrie. In:
Pro Mente Sana aktuell;Komplementäre Therapien in der
Psychiatrie, Heft 2/09.
- Upledger, John.E. Auf den inneren Arzt hören. Eine Einführung in die Cranio-
sacral-Arbeit. Irisana bei Heyne, München, 2000.

Internetquellen:

- <http://www.somatics.de/Porges/Neurozeption.htm>, 23.09.09
- http://www.somatics.de/Porges/PorgesAPA_GER.htm, 23.09.09
- <http://de.wikipedia.org/wiki/Amygdala>. 28.12.09

Titelbild:

Anni Krebs, Ipsach

9. Anhang

Leitfaden zum Interview mit Harald Faltz über Cranio Sacral Therapie und Depression

Behandeln Sie depressive Patienten mit ?

1)Vorgeschichte/Indikation

Spielt es für Sie eine Rolle, mit welcher Diagnose ein Patient kommt (manisch-depressiv, reaktive Depression etc.)

Inwiefern sind die vorgebrachten Symptome von Bedeutung?

Spielt es eine Rolle, ob er/sie Medikamente nimmt?

2)Ihre Arbeitsweise

Worauf achten Sie generell im Umgang mit depressiven Menschen?

Behandeln Sie eine depressive Person anders (als z.B. eine Person mit einer Diskushernie)?

Ist Ihnen eine bestimmte Haltung wichtig?

3)Bilder, Vorstellungen

Inwiefern gebrauchen Sie Vorstellungen des Geschehens im Körper?

- - Stressachse Hypothalamus/Hypophyse
- - Gehirnstoffwechsel , synaptischer Spalt

Gibt es andere Bilder, die Ihnen in der Arbeit helfen?

4) Therapeutischer Dialog

Hilft ihnen auch der therapeutische Dialog um den Zugang zum Körper zu finden?

5) Verwenden Sie spezielle Griffe, Techniken?

Sinusgriffe

Sphenoidgriffe

Arbeit am Sympathikus (EV 3, EV4)

Arbeit am Parasympathikus (CV3, CV4)

Arbeit an ventralem Vagus

6) Wirksamkeit

Welche Erfahrungen machen Sie über die Wirksamkeit der Cranio Sacral Therapie

Wann ist Cranio Sacral Therapie bei Depressionen sinnvoll?

Gibt es Bedingungen unter denen Cranio Sacral Therapie nicht sinnvoll ist?

Kamen Sie in der Behandlung von depressiven PatientInnen auch schon an Ihre Grenzen?

7) Cranio Sacral Therapie als Teil einer interdisziplinären Behandlung depressiver Menschen

Welchen Aspekt kann Cranio Sacral Therapie im der Begleitung und Behandlung eines depressiven Menschen abdecken?

Welche Themen sollten unbedingt unter den verschiedenen TherapeutInnen besprochen werden?