

Stress & Πόνος συνδέονται; μέρος 5ο

ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (Dr UPLEDGER) – ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ: Η Κρανιοϊερή θεραπεία είναι μία μέθοδος θεραπείας με ήπιους χειρισμούς που εφαρμόζει ο θεραπευτής σε διάφορα σημεία του σώματος του ασθενή, ώστε να αποκαταστήσει την ισορροπία στο 'κρανιοϊερό σύστημα', με στόχο να ενεργοποιήσει την διαδικασία 'αυτοδιόρθωσης', που θα οδηγήσει στην «Ομοιόσταση». Πρόκειται για μια "εν τω βάθει" τεχνική που αντιμετωπίζει το ανθρώπινο σώμα ως «ολότητα».



Το '**κρανιοϊερό σύστημα**' είναι ένα φυσιολογικό σύστημα που περιλαμβάνει τα οστά του κρανίου, του προσώπου, τη σπονδυλική στήλη, το ιερό οστόν, τις υποκείμενες μηνιγγικές μεμβράνες, όλες τις άλλες δομές που συνδέονται με τις μήνιγγες και το Εγκεφαλονωτιαίο Υγρό (ΕΝΥ). Τα κρανιακά οστά και το ιερό οστόν χρησιμοποιούνται ως οστέινες λαβές για να επιτευχθεί η πρόσβαση στην υποκείμενη 'σκληρά μήνιγγα' και να απελευθερωθούν οποιοιδήποτε περιορισμοί μέσα στο σύστημα. Όταν απελευθερωθούν οι περιορισμοί, ο οργανισμός λειτουργεί πιο

αποτελεσματικά. Ο **Dr John Upledger**, ο θεμελιωτής της Κρανιοϊερής Θεραπείας, αναφερόμενος στο θέμα είχε πει: **«Είναι σαν να απομακρύνονται πέτρες από ένα ποτάμι κι έτσι δεν παρεμποδίζεται ο ρους».**

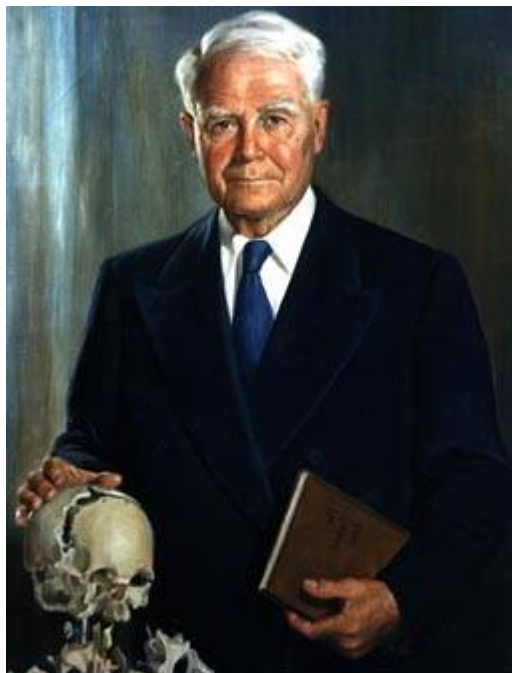
Το **'Εγκεφαλονωτιαίο Υγρό' (ENY)** έχει στενή σχέση αλληλεπίδρασης με τον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελό. Είναι φανερό, λοιπόν, ότι εφόσον το ENY εμπερικλείεται στο σύστημα της **'Σκληράς Μήνιγγας'** -το οποίο άμεσα ή/και έμμεσα, μέσω της περιτονίας, συνδέεται με κάθε μυ, άρθρωση, τένοντα και όργανο μέσα στο σώμα μας-, ένας περιορισμός μέσα στο **'κρανιοϊερό σύστημα'** μπορεί να επεκταθεί και να εμφανίσει συμπτώματα οπουδήποτε στο σώμα και το αντίστροφο.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ερευνητικού έργου του Dr Upledger ισχύουν δύο βασικές αρχές:

- 1) Τα κρανιακά οστά συνδέονται μεταξύ τους με αρθρώσεις: τις κρανιακές ραφές, που είναι κινητές σ' όλη την διάρκεια της ζωής μας, και
- 2) Υπάρχει μία ρυθμική κίνηση της υποκείμενης στα κρανιακά οστά μεμβράνης, δηλαδή της **'Σκληράς Μήνιγγας'**, ως αποτέλεσμα της παραγωγής και την επαναρρόφησης του ENY, η οποία μεταδίδεται στα οστά.

Λίγα λόγια για την ιστορία της Κρανιοϊερής Θεραπείας:

Την «γέννηση» της Κρανιοϊερής Θεραπείας θα πρέπει να την αναζητήσουμε στις αρχές του 19ου αιώνα, από τον πατέρα της Οστεοπαθητικής, **Dr A. T. Still**, ο οποίος πίστευε ότι το σώμα αποτελεί ένα **'αυτορυθμιζόμενο, αυτοδιορθούμενο σύστημα'**. Πίστευε, επίσης, ότι το σώμα λειτουργεί ως μία μονάδα και πως η δομή του σώματος είναι στενά συνδεδεμένη με την λειτουργία του. Εάν το σύστημα βρίσκεται δομικά σε ανισορροπία, θα προσπαθεί συνεχώς από τη φύση του να αναζητά την ομοιοστασία.



Στις αρχές του 1900, ο Οστεοπαθητικός **William G. Sutherland**, μαθητής του **Dr Still**, έδειξε ενδιαφέρον για τον φυσικό σχεδιασμό του ανθρώπινου κρανίου. Όπως οι περισσότεροι θεραπευτές της δυτικής ιατρικής, είχε διδαχθεί ότι τα οστά του ανθρώπινου κρανίου αποτιτανούνται με την ολοκλήρωση της ανάπτυξης. Όταν εξέτασε το κρανίο, αντιλήφθηκε ότι οι κρανιακές ραφές ήταν στην πραγματικότητα αρθρώσεις και, κατά συνέπεια, δικαιολογούσαν την ύπαρξη κίνησης μεταξύ των οστών.

Διαπίστωσε ότι *«κάποια κρανιακά οστά ήταν λοξοτμημένα σαν τα βράγχια ψαριού, υποδεικνύοντας την αρθρική κινητικότητα κάποιου “πρωτογενή αναπνευστικού μηχανισμού”»*.

Ο Dr Sutherland, χρησιμοποιώντας τον εαυτό του ως πειραματόζωο, με την βοήθεια διαφόρων έξυπνων μηχανημάτων που κατασκεύασε, άσκησε πίεση σε επιλεγμένα τμήματα του κρανίου του, προκαλώντας έτσι λειτουργικούς περιορισμούς. Κατέγραψε με τη βοήθεια της γυναίκας του, τις αλλαγές στη συμπεριφορά και τα τυχόν συμπτώματα που παρουσιάστηκαν, ενώ στη συνέχεια απελευθέρωσε τις πιέσεις, οπότε διαπίστωσε ότι υποχώρησαν και τα συμπτώματα. Μάλιστα, αυτό το φαινόμενο ήταν επαναλαμβανόμενο. Ως αποτέλεσμα του μεγέθους των αντιδράσεων που δοκίμασε από τον πειραματισμό του και την εν συνεχεία αυτοδιόρθωσή του, ο Dr Sutherland συμπέρανε ότι

απελευθερώνοντας τους περιορισμούς κατά μήκος των κρανιακών ραφών και επιτρέποντας έτσι την αρμόζουσα κίνηση, θα βελτιωνόταν συνολικά η λειτουργικότητα του οργανισμού. Με αυτόν τον τρόπο θεμελιώθηκε η **'Κρανιακή Οστεοπαθητική'**.

Πέραν της Οστεοπαθητικής κοινότητας, πολύ λίγοι θεραπευτές στον δυτικό κόσμο πίστευαν τότε ότι τα κρανιακά οστά κινούνται μετά την παιδική ηλικία, μέχρι που εξελίχθηκε το έργο του Dr Upledger.



Στις αρχές του 1970, ο Dr Upledger εργαζόταν, ως κλινικός ερευνητής, με μία ομάδα γιατρών κι ερευνητών στο Michigan State University. Στόχος τους ήταν να διαπιστώσουν την εγκυρότητα του έργου του Sutherland και να εξακριβώσουν αν τα κρανιακά οστά πράγματι κινούνται ή όχι. Στόχευαν, επίσης, να ερευνήσουν την σύνθεση του υλικού των κρανιακών ραφών.

Ο Dr Upledger και η ομάδα του στο Michigan State University χρησιμοποίησαν ηλεκτρονικό μικροσκόπιο για να προσδιορίσουν ότι το υλικό των ραφών συμπεριλαμβάνει **αιμοφόρα αγγεία, νεύρα και συνδετικό ιστό**. Ότι, δηλαδή, βρίσκουμε και στις υπόλοιπες κινητικές αρθρώσεις του σώματος. *Αυτά τα ευρήματα συνέτειναν*

περισσότερο σε δυναμική κινητικότητα των κρανιακών οστών, σε αντίθεση με την οστέινη συγκόλλησή τους.

Για να διαπιστώσουν αν τα κρανιακά οστά κινούνται, η ερευνητική ομάδα μελέτησε την κρανιακή κίνηση ζώντων πρωτεύοντων. Στερεώνοντας κεραίες στα βρεγματικά οστά πιθήκων και μέσω της χρήσης ραδιοκυμάτων, είχαν την δυνατότητα να διαπιστώσουν την ύπαρξη ενός ρυθμού με εύρος κίνησης ανάμεσα στα κρανιακά οστά από 6 μέχρι 12 κύκλους ανά λεπτό.

Μία μελέτη δημοσιευμένη από τον **Thomas Adams, PhD**, και τίτλο «*Κινητικότητα των βρεγματικών οστών σε αναισθητοποιημένη γάτα*», ανέφερε ευρήματα μίας ρυθμικής κίνησης διαφορετικής από τον καρδιακό κι αναπνευστικό ρυθμό στις γάτες περίπου 11 κύκλους ανά λεπτό, χρησιμοποιώντας μετρητές καταπόνησης εγκάρσια στα βρεγματικά οστά των γατών.

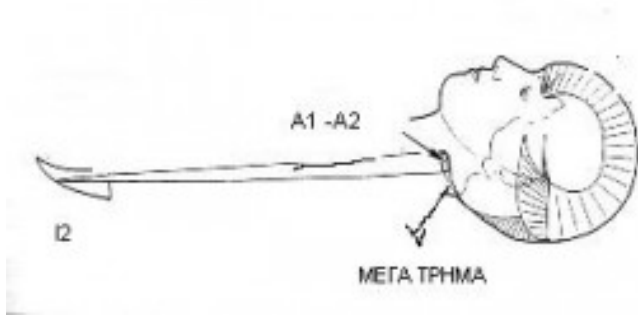
Ο **Wallace** και οι συνεργάτες του με τη χρήση υπερήχων παρατήρησαν ενδοκρανιακούς παλμούς ενός ρυθμού 9 κύκλων ανά λεπτό στον ανθρώπινο εγκέφαλο και στον ιστό μεμβράνης. Πλέον φαινόταν αδιαμφισβήτητο ότι ίσχυε η θεωρία του Sutherland. Όμως τι πράγματι προκαλούσε την κίνηση των κρανιακών οστών;

Δύο θεωρίες επικράτησαν:

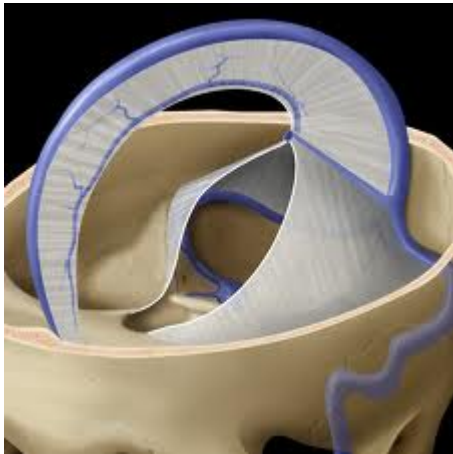
- α) ο μηχανισμός του υποδοχέα τάσεως και
- β) η θεωρία σωματιδίου αραχνοειδούς κοκκίωσης.

Μηχανισμός του υποδοχέα τάσεως:

Σύμφωνα με τα έως τότε γνωστά ανατομικά δεδομένα, τα οποία δεχόμαστε και σήμερα, το σύστημα των μεμβρανών που περιβάλλει το 'Κεντρικό Νευρικό Σύστημα' έχει στενή σχέση με τα οστά του κρανίου και στηρίζεται σε διάφορα σημεία κατά μήκος του σπονδυλικού σωλήνα.



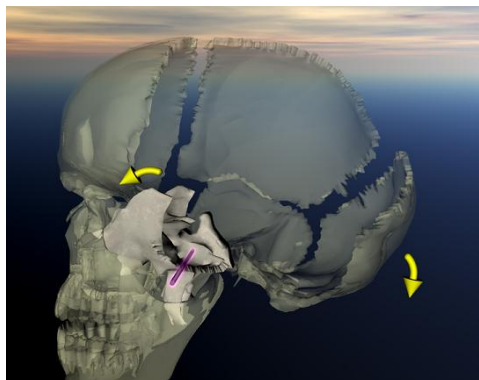
Το αναφερόμενο ως ενδοκρανιακό σύστημα μεμβρανών, αποτελείται από ένα κάθετο σύστημα μεμβράνης που σχηματίζεται από το 'δρέπανο του εγκεφάλου' και το 'δρέπανο της παρεγκεφαλίδας', το οποίο συνεχίζει προς τα κάτω για να σχηματίσει έναν ισχυρό, πυκνό κύκλο ιστού γύρω από το 'ινιακό τρήμα'.



Το οριζόντιο τμήμα του ενδοκρανιακού συστήματος μεμβρανών δημιουργείται από «φύλλα» που διατρέχουν παραπλεύρως το άνω μέρος του 'δρεπάνου του εγκεφάλου' και το κάτω μέρος του 'δρεπάνου της παρεγκεφαλίδας', σχηματίζοντας μία οριζόντια μεμβράνη δύο στιβάδων: 'το σκηνίδιο του εγκεφάλου' και το 'σκηνίδιο της παρεγκεφαλίδας', αντίστοιχα.

Γνωρίζουμε, επίσης, ότι το ΕΝΥ βρίσκεται μέσα στην σκληρά μήνιγγα, μέσα στον υπαραχνοειδή χώρο και σχηματίζεται μέσα στο σύστημα κοιλιών του εγκεφάλου. Πριν από την έρευνα του Michigan State, ο Dr Sutherland πίστευε ότι το θεμέλιο για κάθε κίνηση των κρανιακών οστών ήταν η κίνηση στην σφηνοβασική (σφήνο-ινιακή) άρθρωση. Πίστευε ότι υπήρχε συστολή και διαστολή του συστήματος κοιλιών και πως αυτή η εκτατική κίνηση

προκαλούσε κίνηση στην 'σφηνοβασική άρθρωση', ή αλλιώς μία πράξη του **εγκεφάλου εξωτερικής άντλησης**.



Αν και το μεγαλύτερο μέρος του μοντέλου του Dr Sutherland επιβεβαιώθηκε στην έρευνα του Dr Upledger, ο τελευταίος θέτει ως **αξίωμα** ότι στην πραγματικότητα υπάρχει μία **εσωτερική αντλία** και οι **υποδοχείς όγκου/πίεσης** ευθύνονται για τις αλλαγές του όγκου του ENY, καθώς και ότι αυτή η μεταβολή όγκου του ENY μέσα στο ενδοκρανιακό σύστημα μεμβρανών προκαλεί την κίνηση των κρανιακών οστών. Ο Dr Upledger και οι συνεργάτες του διατύπωσαν το «**υδραυλικό μοντέλο στατικής πίεσης**», επεξηγώντας τον '**κρανιοϊερό ρυθμό**', με την αυξομείωση της ποσότητας του ENY και τη σχέση του με την κίνηση ανάμεσα στα κρανιακά οστά. Αυτό το μοντέλο είναι ένα **ημίκλειστο υδραυλικό σύστημα** μέσα στο οποίο το ENY παράγεται και επαναρροφάται συνεχώς εντός της δεξαμενής του μηνιγγικού συστήματος. Ως προς την φυσιολογία, αυτό που συμβαίνει είναι ότι το Εγκεφαλονωτιαίο Υγρό εκκρίνεται με σταθερό ρυθμό, μέσω των '**αραχνοειδών λαχνών**' της '**οβελιαίας ραφής**' και στον '**πρόσθιο οβελιαίο κόλπο**' -μέσω των αραχνοειδών σωματίων- και στη συνέχεια επαναρροφάται πίσω στο φλεβικό σύστημα.



Σε νεκροτομή και με τη χρήση ηλεκτρονικού μικροσκοπίου εντοπίστηκαν ευαίσθητοι στην πίεση υποδοχείς μέσα στο βασικό υλικό της 'οβελιαίας ραφής', μαζί με νευρικές οδούς που καταλήγουν στο 'χοριοειδές πλέγμα' των πλαγίων κοιλιών. Θεωρητικά αυτοί οι υποδοχείς πίεσης μπορεί να δίνουν σήμα στο 'χοριοειδές πλέγμα' προκειμένου να

αυξήσει την παραγωγή εγκεφαλονωτιαίου υγρού, όταν έχει φθάσει σ' έναν χαμηλό ουδό. Όταν έχει παραχθεί αρκετό υγρό, οι μηνιγγικές μεμβράνες διαστέλλονται ως το σημείο ενεργοποίησης των υποδοχέων τάσεως στην 'οβελιαία ραφή', δίνοντας σήμα στο 'χοριοειδές πλέγμα' να σταματήσει την παραγωγή του. Το ΕΝΥ εξακολουθεί να επαναρροφάται μέσω των 'αραχνοειδών λαχνών' έως ότου φθάσει στον κατώτατο ουδό. Τότε, οι υποδοχείς αίσθησης στη ραφή θα στείλουν πάλι σήμα στο 'χοριοειδές πλέγμα' για να παράγει εκ νέου υγρό. Αυτή η δυναμική θεωρία διατυπώνει ότι **το εγκεφαλονωτιαίο υγρό παράγεται μ' έναν ρυθμό διπλάσιο από εκείνον της σταθερής επαναρρόφησης, και πως όταν φθάσει σ' έναν ανώτατο ουδό, η παραγωγή παύει – σταματά από έναν εσωτερικό μηχανισμό ομοιοστασίας.**

Θεωρία σωματιδίου αραχνοειδούς κοκκίωσης:



Ένας άλλος μηχανισμός ανάδρασης που μπορεί να υποστηρίζει την ρυθμική ροή του Εγκεφαλονωτιαίου υγρού μέσα στο κρανιοϊερό σύστημα είναι εκείνος που εμπλέκει το 'σωματίδιο αραχνοειδούς κοκκίωσης'. Το σωματίδιο αυτό προβάλλεται στο κάτω μέρος του

οβελιαίου κόλπου, στην γωνία ένωσής του με την μεγάλη εγκεφαλική φλέβα και περιέχει ένα ημιτονοειδές πλέγμα αιμοφόρων αγγείων που, όταν βρίσκεται σε κατάσταση συμφόρησης, λειτουργεί ως μηχανισμός αντεπίστροφης βαλβίδας. Η αυξανόμενη αντίθλιψη από τα συμφορημένα αγγεία, μπορεί να επηρεάζει την έκκριση του Εγκεφαλονωτιαίου Υγρού στο 'χοριοειδές πλέγμα' των πλαγίων κοιλιών.

Και οι δύο αυτές θεωρίες που περιγράψαμε, ενισχύουν την υπόθεση του «**υδραυλικού μοντέλου στατικής πίεσης**» και της ικανότητάς του να είναι η κινητήριος δύναμη του Κρανιοϊερού ρυθμού.

Επίδραση των περιορισμών στον κρανιοϊερό ρυθμό:

Ο Dr Upledger και οι συνεργάτες του, υποστήριζαν ότι με επαρκή εκπαίδευση κι εξάσκηση, ένας ικανός θεραπευτής μπορεί να ανιχνεύει και να αξιολογεί την ποιότητα του 'Κρανιοϊερού ρυθμού' ενός ατόμου οπουδήποτε επάνω στο σώμα του. Αυτός ο ρυθμός διακόπτεται, ή μεταβάλλονται τα ποιοτικά του στοιχεία, όταν εμφανίζονται περιορισμοί.

Πώς, όμως, εμφανίζονται αυτοί οι περιορισμοί μέσα στο σύστημα, πώς επηρεάζουν τον ασθενή και τι μπορούν οι θεραπευτές να κάνουν γι' αυτό;

Ας υποθέσουμε ότι κάποιος μπορεί να έχει ένα άμεσο τραύμα που να επηρεάζει κατευθείαν ένα κρανιακό οστό, το όριο της άρθρωσης κάποιας ραφής, ή την ίδια την μεμβράνη, ή/και ότι κάποιος μπορεί να υφίσταται ένα έμμεσο τραύμα, το οποίο πιθανώς να επηρεάζει το σύστημα των μεμβρανών. Το άμεσο τραύμα εξηγείται εύκολα. Μπορεί να προκύψει από οποιοδήποτε γεγονός: ένα κόψιμο ή γδάρισμα, μία πληγή που επουλώνεται, ένα τράνταγμα από αυτοκινητιστικό ατύχημα, μία πτώση, ένα κάταγμα, κτλ. Ένα έμμεσο τραύμα μπορεί να προέλθει από συμβάντα όπως: κακώσεις από επαναλαμβανόμενη κίνηση, κακή στάση στο κάθισμα ή την όρθια θέση, συνήθειες στην κίνηση ή στην στάση που βγάζουν το σώμα από την σωστή ανατομική μορφολογία, αλλά και στάσεις

που αντανακλούν συναισθηματικά προβλήματα όπως: το κοινό σκύψιμο των πολύ ψηλών ανθρώπων, ή η κυρτή στάση λόγω κατάθλιψης. Μπορεί να προκύψει επίσης από συναισθηματική επιβάρυνση ή ακόμη και από κάποιο λεκτικό ερέθισμα.



Το περιτοναϊκό σύστημα του σώματος «παίζει» σημαντικό ρόλο και στα άμεσα και στα έμμεσα τραύματα, που καταλήγουν σε περιορισμούς του 'Κρανιοϊερού ρυθμού'. Θυμηθείτε ότι η περιτονία είναι ένα ινώδες κολλαγονούχο δίκτυο συνδετικού ιστού, που διατρέχει ολόκληρο το σώμα, καλύπτοντας κάθε μυ, όργανο, οστέινη δομή και κύτταρο στο σώμα. Για να αντιληφθούμε τον τρόπο που καλύπτει το σώμα η περιτονία, ας χρησιμοποιήσουμε, μεταφορικά, το παράδειγμα ενός κεριού με κοχύλια τοποθετημένα στο εσωτερικό του. Τα κοχύλια θα αντιπροσώπευαν κάθε κύτταρο, κάθε όργανο, κάθε μυ, οστό και νεύρο στο σώμα και το κεριό θα αντιπροσώπευε την περιτονία.



Ανατομικά, η περιτονία πορεύεται αρχικά σε μία επιμήκη κατεύθυνση μέσα στο οβελιαίο επίπεδο από την κορυφή του κρανίου έως την πελματική περιτονία των ποδιών σε ένα συνεχές αλληλένδετο δίκτυο συνδετικών ιστών. Υπάρχουν, επίσης,

οριζόντια διαφράγματα, ή πτυχές της περιτονίας που δημιουργούν κοιλότητες, οι οποίες διευκολύνουν την αέραια μορφή και την σταθερότητα, ενώ επιτρέπουν στα σπλαχνικά όργανά μας να παραμένουν στη θέση τους. Χωρίς αυτές τις οριζόντιες πτυχές της περιτονίας, θα επικρατούσε η βαρύτητα και τα νεφρά μας θα έπεφταν μέσα στην πνευλική λεκάνη, οι πνεύμονές μας θα εκτείνονταν συνεχώς πλάγια και θα έπεφταν στην κοιλιακή κοιλότητα κλπ.

Οι οριζόντιες πτυχές της περιτονίας εντοπίζονται στη βάση του ινιακού οστού, στο ύψος του υοειδούς οστού, στο λαιμό, στη θωρακική είσοδο, στο αναπνευστικό διάφραγμα και στην έδρα της πυέλου.



Η περιτονία, η οποία σχηματίζει τη 'Σκληρά Μήνιγγα', περιβάλλει εσωτερικά το κρανίο και τον νωτιαίο μυελό και σχηματίζει το έλυτρο της 'Σκληράς Μήνιγγας', μέσω του οποίου γίνεται αντιληπτός ο 'κρανιοϊερός ρυθμός'. Από τα προηγούμενα προκύπτει ότι τυχόν τάση που αναπτύσσεται από οποιοδήποτε τραύμα στο περιτοναϊκό σύστημα, μπορεί να μεταφερθεί οπουδήποτε στο σώμα. Εφόσον η περιτονία βρίσκεται παντού, και οι συμφύσεις της μπορούν να παράγουν και να εκτείνουν την επίδρασή τους με πολλούς τρόπους και σε πολλές κατευθύνσεις, οπουδήποτε μέσα στο σώμα. Επομένως, είναι δυνατό για παράδειγμα, μία κάκωση στο γόνατο να προκαλέσει συμπτώματα στο κρανίο με μορφή κεφαλαλγιών ή εμβοών, ακόμη κι αν δεν υπάρχει

απευθείας νευρομυϊκή ή οστική σύνδεση με το ίδιο το γόνατο. Έχοντας υπόψη αυτό το μοντέλο, οι θεραπευτές είναι απαραίτητο να μάθουν να αντιμετωπίζουν το περιτοναϊκό σύστημα ως μία ολοκληρωμένη μονάδα, αντί να εστιάζουν απλά στην περιοχή του συμπτώματος ή της κάκωσης.

Το πρωτόκολλο αξιολόγησης και θεραπείας του 'κρανιοϊερού συστήματος' του Dr Upledger:

Οι θεραπευτές της κρανιοϊερής θεραπείας απελευθερώνουν αρχικά τις περιτοναϊκές συμφύσεις μέσω τεχνικών απελευθέρωσης των οριζοντίων διαφραγμάτων, ενώ στη συνέχεια απελευθερώνουν τους περιορισμούς των μεμβρανών με την κινητοποίηση των χωριστών οστών του κρανίου, τα οποία προσκολλώνται απευθείας στις κρανιακές μεμβράνες. Ο Dr Upledger επινόησε ένα πρωτόκολλο σταδιακών ενεργειών για να αξιολογεί και να θεραπεύει το κρανιοϊερό σύστημα.

Τα εννέα βήματα της τεχνικής Dr Upledger:

Με ένα απαλό άγγιγμα σε διάφορα σημεία του σώματος ο εκπαιδευμένος θεραπευτής μπορεί να εντοπίσει περιοχές με ασυμμετρία του 'Κρανιοϊερού ρυθμού'. Η ασυμμετρία αυτή μας δείχνει ότι για κάποιο λόγο η συγκεκριμένη περιοχή δυσλειτουργεί. Η δυσλειτουργία μπορεί να εκφραστεί με ποικιλία συμπτωμάτων. Το **πρώτο βήμα** του θεραπευτή είναι να προκαλέσει μια παύση μέσα στο κρανιοϊερό σύστημα του ασθενούς, που ονομάζεται «σημείο ηρεμίας – **still point**». Το «σημείο ηρεμίας» προκαλείται όταν διακοπεί ο 'Κρανιοϊερός ρυθμός' με έναν τρόπο ήπιο και φυσικό. Όταν, δηλαδή, ανασταλεί για ένα διάστημα η παραγωγή και απορρόφηση του Εγκεφαλονωτιαίου Υγρού, όχι απότομα ή βίαια, αλλά με ένα τρόπο που μπορεί να περιγραφεί ως «**παρατεταμένη παύση**». Μπορεί να την προκαλέσει ο θεραπευτής, με σκοπό να διευκολύνει την απελευθέρωση των περιορισμών στο σύστημα των μεμβρανών που περιβάλλει τον Εγκέφαλο και τον Νωτιαίο Μυελό. Η ήπια και φυσική παύση της

ροής του υγρού, επιδρά με έναν δυναμικό τρόπο. Προκαλεί στιγμιαία αύξηση της ποσότητας του Εγκεφαλονωτιαίου Υγρού μέσα στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και κατά συνέπεια διάταση των μεμβρανών, με αποτέλεσμα την απελευθέρωση περιοχών με περιορισμένη ελαστικότητα ή περιοχών με συμφύσεις. Έτσι όταν το υγρό κυκλοφορήσει εκ νέου, έχει προκληθεί αυτόματα η απελευθέρωση των εμπλεκόμενων ιστών και επιπλέον αύξηση της κυκλοφορίας του αίματος μέσα στον Εγκέφαλο, με θεραπευτικό αποτέλεσμα τόσο στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, όσο και σε ολόκληρο το σώμα.

Το **δεύτερο βήμα** στο πρωτόκολλο του Dr. Upledger απελευθερώνει περιορισμούς στα οριζόντια περιτοναϊκά διαφράγματα που, όπως περιγράφηκε νωρίτερα, βρίσκονται στο ύψος της πυέλου, στο αναπνευστικό διάφραγμα, στην θωρακική έξοδο (είσοδο), στο υοειδές οστό, και στην βάση του κρανίου ή την υποϊνιακή χώρα. Οι περισσότερες επιμήκεις περιτοναϊκές ίνες μπορούν να είναι ευπρόσιτες μέσω αυτών των οριζοντίων διαφραγμάτων. Ο θεραπευτής εφαρμόζει μυοπεριτοναϊκές τεχνικές, με σκοπό να απελευθερώσει τους περιορισμούς, που βρίσκονται ανάμεσα στο ένα χέρι -που ακουμπάει την άνω επιφάνεια του σώματος- και στο άλλο -που ακουμπάει την κάτω επιφάνεια του σώματος, στην περιοχή της οριζόντιας πτυχής.

Αφού απελευθερωθούν όλα τα παραπάνω οριζόντια διαφράγματα, το **τρίτο βήμα** στο πρωτόκολλο έρχεται να αποκαταστήσει την ελευθερία στη λειτουργικότητα του ιερού οστού σε σχέση με τη κατώτερη οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης και τα λαγόνια οστά.

Το «κρανιοϊερό σύστημα» έχει άμεση πρόσφυση της 'σκληράς μήνιγγας' στο ύψος του δεύτερου «ιερού σπονδύλου» (I2), έτσι περιορισμοί σε αυτό μπορούν, άμεσα, να επηρεάσουν δυσμενώς την ροή του συστήματος, όχι μόνο στο ύψος του οσφυϊκού τμήματος της σπονδυλικής στήλης, αλλά και σε όλη την διαδρομή προς το κεφάλι και τον αυχένα. Ο σωλήνας της 'σκληράς μήνιγγας' προορίζεται να γλιστρά ελεύθερα μέσα στον σπονδυλικό σωλήνα, ενώ το ινιακό οστό του κρανίου και το ιερό οστόύν είναι

σχεδιασμένα έτσι ώστε να κινούνται συγχρονισμένα το ένα με το άλλο. Μετά την απελευθέρωση του ιερού οστού, ο θεραπευτής μπορεί να εκτελέσει «ελκυσμό του σωλήνα της σκληράς μήνιγγας» μέσω του ιερού οστού, ακολουθούμενο από το **τέταρτο βήμα**: μία «ταλάντευση και ολίσθηση» του σωλήνα της 'σκληράς μήνιγγας', κρατώντας και τα δύο άκρα -το ιερό και το ινιακό- του σωλήνα. Να επιχειρήσει, δηλαδή, ο θεραπευτής αύξηση της ελαστικότητας της 'σκληράς μήνιγγας' μέσα στον σπονδυλικό σωλήνα. Η ταλάντευση και η ολίσθηση είναι χρήσιμες για την αξιολόγηση και για την θεραπεία, καθώς ο εξασκημένος θεραπευτής μπορεί να νιώσει ανάμεσα στα χέρια του πού παραμένουν περαιτέρω περιορισμοί και να εντοπίσει ποια τμήματα είναι ακινητοποιημένα μέσα στο σύστημα.

Εφόσον ο θεραπευτής νιώσει περιορισμό στο ύψος του βου θωρακικού σπονδύλου (Θ6), για παράδειγμα, τότε μπορεί να αναρωτηθεί: «Ο περιορισμός βρίσκεται μέσα στον σωλήνα ακριβώς κάτω από τον Θ6, ή βρίσκεται ακριβώς έξω από τον σωλήνα της 'σκληράς μήνιγγας' στον περιβάλλοντα μαλακό ιστό ή άρθρωση; Μήπως βρίσκεται κάπου μακρύτερα στα σπλάχνα, ή την περιτονία, δημιουργώντας φραγμό στο ύψος του Θ6□»

Από τη στιγμή που θα εντοπιστεί με ακρίβεια ο περιορισμός, ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει άλλες μεθόδους -όπως κινητοποίηση των αρθρώσεων και μυοπεριτοναϊκή απελευθέρωση- προκειμένου να απελευθερώσει αυτά τα δύο επίπεδα και να αποκαταστήσει εντελώς την ελαστικότητα στον σωλήνα της 'σκληράς μήνιγγας' από το ένα άκρο έως το άλλο.

Το **πέμπτο βήμα** της τεχνικής εστιάζει στην αποκατάσταση των περιορισμών των ίδιων των κρανιακών ραφών και του ενδοκράνιου συστήματος των μεμβρανών.

Κάθε οστό ενώνεται με άλλα οστά αλλά και με διαφορετικές κρανιακές μεμβράνες. Ασκώντας ήπια έλξη 5gr στο μετωπιαίο οστό με πρόσθια φορά και στα βρεγματικά οστά προς τα άνω, ο θεραπευτής επιδρά στο 'δρέπανο του εγκεφάλου' και το κάθετο σύστημα μεμβρανών. Το μετωπιαίο οστό βρίσκεται πρόσθια πάνω από τον εγκεφαλικό φλοιό. Έτσι, αποσυμπιέζοντας τη

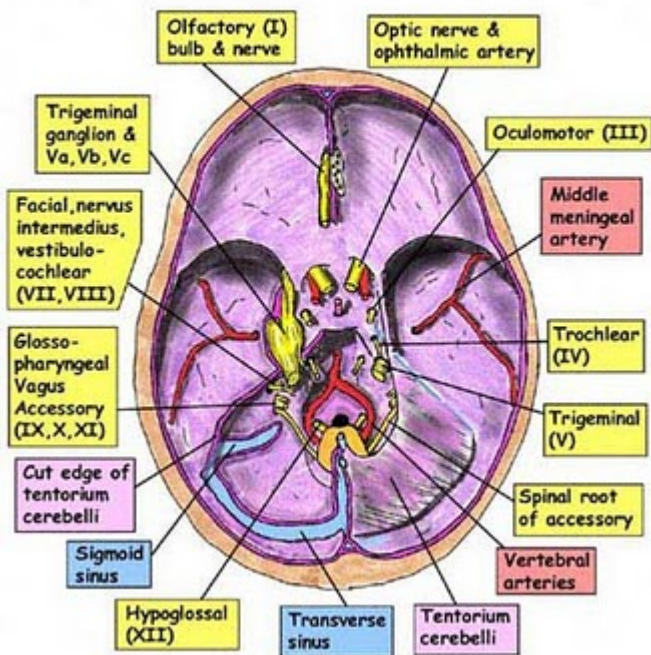
συγκεκριμένη περιοχή, μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα σε κεφαλαλγίες, τραύματα στο κεφάλι, και προβλήματα των μετωπιαίων κόλπων. Για παράδειγμα, παιδιά με εγκεφαλική παράλυση μπορεί να έχουν επικάλυψη της μετωπιαίας ραφής και η απελευθέρωσή της μπορεί να καταλήξει σε σημαντικές μειώσεις του ποσοστού σπαστικότητας τους. Εφόσον το οριζόντιο πέταλο του μετωπιαίου οστού συμβάλλει στην οφθαλμική και ρινική κοιλότητα, η αποσυμπίεση εδώ θα μπορούσε να επηρεάσει θετικά πόνους στα μάτια και οσφρητικές εκροές, όπως και την παροχέτευση των ιγμορίων.

Τα βρεγματικά οστά εφάπτονται του εγκεφαλικού φλοιού. Το **έκτο βήμα** επιτρέπει στον θεραπευτή να αποσυμπιέσει τον ίδιο τον εγκέφαλο.

Η προς τα άνω ήπια έλξη των βρεγματικών οστών συμβάλλει στην απελευθέρωση από περιορισμούς των μετωπιαίων οστών, των κροταφικών οστών, του σφηνοειδούς και του ινιακού οστού. Η οβελιαία ραφή πορεύεται ανάμεσα στα βρεγματικά οστά, και το δρέπανο του εγκεφάλου εφάπτεται της εσωτερικής επιφάνειας αυτού του ζεύγους οστών. Χρησιμοποιώντας την τεχνική της προς τα άνω έλξης των οστών, ο εξασκημένος θεραπευτής μπορεί να κινητοποιήσει και να απελευθερώσει τους περιορισμούς του 'δρεπάνου του εγκεφάλου', να κινηθεί μέσω του 'δρεπάνου της παρεγκεφαλίδας' και να συνεχίσει προς τα κάτω, απελευθερώνοντας τον ίδιο τον σωλήνα της 'σκληράς μήνιγγας'. Αυτή η τεχνική είναι εξαιρετική για την βελτίωση της ανταλλαγής υγρού μέσα στο κοιλιακό σύστημα. Ενδείξεις και συμπτώματα όπως κεφαλαλγίες, προβλήματα των ιγμορείων, παροδικά ισχαιμικά επεισόδια, απώλεια μνήμης, και δυσκολία στην οργάνωση κινήσεων μπορούν να επανορθωθούν με αυτή την τεχνική.

Στα **βήματα επτά και οκτώ**, η απελευθέρωση του σφηνοειδούς οστού στην πρόσθια-οπίσθια διεύθυνση, και των κροταφικών οστών πλάγια, επανορθώνει περιορισμούς του «σκηνιδίου του εγκεφάλου» και του «σκηνιδίου της παρεγκεφαλίδας», γνωστά και ως το οριζόντιο σύστημα μεμβρανών.

STRUCTURES PIERCING THE DURA IN THE BASE OF THE SKULL



Τα κρανιακά νεύρα III (το κοινό οφθαλμοκινητικό), IV (το τροχιλιακό), και VI (το απαγωγό) διαδράμουν ανάμεσα στις στιβάδες του οριζόντιου συστήματος μεμβρανών, και έτσι οι δυσλειτουργίες που σχετίζονται με την κίνηση των ματιών πιθανόν μπορούν να βελτιωθούν με αυτές τις τεχνικές. Τα κροταφικά οστά χρησιμοποιούνται βασικά ως οστέινες λαβές για να διευρυνθεί προς τα πλάγια η μεμβράνη. Αποσυμπίεση των κροταφικών οστών μπορεί, επίσης, να απελευθερώσει την περιτονία που συνδέεται με δομές οι οποίες προσφύονται στα κροταφικά οστά και στην μαστοειδή απόφυση. Επειδή ο στερνοκλειδομαστοειδής μυς, ο σπληνοειδής κεφαλικός μυς, ο ορθός κεφαλικός μυς, ο επιμήκης κεφαλικός μυς, καθώς και οι κροταφίτες μύες προσφύονται στα κροταφικά οστά, θα ήταν καλό οι θεραπευτές να αξιολογούν τους πιθανούς περιορισμούς στα κροταφικά οστά για συμπτώματα άλγους στον αυχένα και στους ώμους, κακώσεις από βίαιο τράνταγμα, και προβλήματα της κάτω κροταφογναθικής άρθρωσης. Όταν θα έχουν απελευθερωθεί τα κροταφικά οστά, η προσοχή θα πρέπει να στραφεί πλέον στην κάτω γνάθο.

Όσον αφορά την εμπλοκή των κρανιακών νεύρων V (τρίδυμο) -το

οποίο είναι σημαντικό για τους μύες της μάσησης-, VII (προσωπικό) -για την έκφραση του προσώπου και την αίσθηση μέρους της γλώσσας- και IX (γλωσσοφαρυγγικό) -το οποίο παρέχει νεύρωση για την ομιλία, την κατάποση και την γλώσσα-, και τα τρία εξέρχονται στο ύψος του 'στελέχους του εγκεφάλου' και, ως εκ τούτου, μπορεί να επηρεάζονται από τον προσανατολισμό των κροταφικών οστών.

Το 'σφαγιδιτικό τρήμα', που βρίσκεται ακριβώς πλάγια στο 'λιθοειδές τμήμα του κροταφικού οστού', είναι μία σημαντική δομή. Ο περιορισμός της λειτουργικότητας στη περιοχή με αυξημένη τάση είναι σε θέση να επηρεάζει τα κρανιακά νεύρα που διέρχονται μέσα από αυτό.

Το 'πνευμονογαστρικό νεύρο', που νευρώνει τόσες πολλές δομές, μπορεί να προκαλέσει ποικίλα προβλήματα, ως αποτέλεσμα μη φυσιολογικής τάσης ιστών γύρω από το 'σφαγιδιτικό τρήμα'. Στην πραγματικότητα ο ακουστικός πόρος περνάει μέσα από αυτό το οστό. Έτσι οποιαδήποτε προβλήματα με την ισορροπία, την ακοή, εμβοές, αλλά και χρόνιες λοιμώξεις του αυτιού ενδέχεται να είναι αντανακλαστικά της θέσης των κροταφικών οστών και της κινητικότητάς τους. Χαρακτηριστικό είναι ότι συχνά συναντάται παιδιά με αυτισμό να έχουν ιστορικό πολύ σοβαρής συμπίεσης των κροταφικών οστών αμφοτερόπλευρα. Σε παιδιά με δυσλεξία, συχνά εντοπίζεται συμπίεση του δεξιού κροταφικού οστού, ή σε παιδιά με δυσαριθμία (δυσχέρεια στη χρήση μαθηματικών) συμπίεση του αριστερού κροταφικού οστού.

Το **ένατο βήμα** έρχεται να απελευθερώσει το σφηνοειδές, το τελευταίο κρανιακό οστό που απαιτείται, προκειμένου να απελευθερωθεί ολόκληρο το οριζόντιο σύστημα μεμβρανών.

Χρησιμοποιείται μία τεχνική συμπίεσης κι αποσυμπίεσης: Ο ασθενής βρίσκεται ξαπλωμένος σε ύπτια θέση. Ο θεραπευτής ακουμπάει τ' ακροδάχτυλά του μαλακά επάνω στους κροτάφους του ασθενούς. Η αρχική κίνηση αποσκοπεί στον κατευνασμό. Με αυτόν τον τρόπο ο θεραπευτής «ξελασκάρει την κολλημένη πόρτα» πριν την ανοίξει, γεγονός που επιτυγχάνεται με μία απαλή πίεση προς

τα κάτω, προς την επιφάνεια όπου βρίσκεται ξαπλωμένος ο ασθενής. Έπειτα, ο θεραπευτής αντιστρέφει την φορά της απαλής πίεσης προς την άνω κατεύθυνση.

Ο Dr Upledger, υποστηρίζει πως περίπου το 85% από κάθε δυσλειτουργία του σφηνοειδούς οστού μπορεί να επανορθωθεί με αυτή την απλή τεχνική συμπίεσης, που ακολουθείται από αποσυμπίεση.

Πότε-πότε το σφηνοειδές οστό σφηνώνεται άνω ή κάτω του ινιακού οστού. Η συγκεκριμένη βλάβη είναι ακόμη πιο σοβαρή και χρειάζεται να αποκατασταθεί ανεξάρτητα. Σε αυτή την περίπτωση η αποκατάσταση της δυσλειτουργίας πραγματοποιείται σταθεροποιώντας το ινιακό οστό με το ένα χέρι, ενώ με το άλλο εξωθούμε το σφηνοειδές οστό προς την κατεύθυνση με το μεγαλύτερο εύρος κίνησής του. Όταν φτάσουμε στο όριο, αντιστρέφουμε την κίνηση με κατεύθυνση προς τη φορά του περιορισμού και επιτρέποντας, έτσι, την απελευθέρωση. Εφόσον το σφηνοειδές είναι το μόνο οστό μέσα στο κρανίο που συνδέεται με όλα τα υπόλοιπα οστά, μπορεί να επηρεαστεί από πολλούς περιορισμούς. Ωστόσο το σφηνοειδές οστό δεν αποτελεί τυπικά πηγή πρωτοπαθών προβλημάτων, αφού η 'σφηνοϊνιακή άρθρωση' είναι μία άρθρωση «**συγχόνδρωσης**», χωρίς ινώδη θύλακο ή υγρό, έχοντας μόνο μία λωρίδα χόνδρου ανάμεσα στα οστά. Κάθε περιορισμός εδώ είναι, συχνά, ένα αντισταθμιστικό πρόβλημα που προκύπτει από περιτοναϊκή έλξη, η οποία γεννιέται κάπου αλλού μέσα στο σώμα. Η απελευθέρωση του σφηνοειδούς οστού είναι αποτελεσματική στην θεραπεία συμπτωμάτων όπως: κεφαλαλγίες, ημικρανίες, ιγμορίτιδα και αλλεργικά προβλήματα, προβλήματα του αδένα της υπόφυσης, προβλήματα όρασης, μαθησιακές δυσλειτουργίες, δυσλειτουργία του ιερού οστού, συμπίεση του κόκκυγος, δυσλειτουργία της κάτω κροταφογναθικής άρθρωσης, ακόμη και κατάθλιψη.

Μία πολύ ενδιαφέρουσα κλινική παρατήρηση είναι εκείνο που ο Dr. Upledger ονόμασε: «**το δυστυχημένο τρισθενές στοιχείο**». Πολλές φορές σε παρουσία ενδογενούς κατάθλιψης, μπορεί να διαπιστωθεί συμπίεση στο ύψος των σπονδύλων 05-11,

στην ινιακή κρανιακή βάση και στην σφηνοϊνιακή συγχόνδρωση. Για παράδειγμα, μία κοινή περίπτωση είναι μία έγκυος γυναίκα, η οποία πριν από τον τοκετό είχε συμπιεσμένες δύο από τις τρεις προαναφερθείσες περιοχές, αλλά δεν εμφάνιζε συμπτώματα. Κατά την διάρκεια του τοκετού, είναι σύνηθες να συμπιέζεται η τρίτη περιοχή: 05-11. Ίσως αυτό να αποτελεί το αίτιο της γένεσης εκείνου του συνδρόμου που είναι γνωστό ως «**κατάθλιψη μετά τον τοκετό**».

Αντενδείξεις για την κρανιοϊερή θεραπεία:

Η κρανιοϊερή θεραπεία είναι μια ήπια τεχνική απελευθέρωσης των ιστών από τους περιορισμούς. Ωστόσο, υπάρχουν και περιπτώσεις που δεν συνιστάται η χρήση της, κυρίως σε περιπτώσεις που αλλαγές στην πίεση του ενδοκρανιακού υγρού θα μπορούσαν να είναι επιβλαβείς για τον ασθενή. Τέτοιες περιπτώσεις είναι το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο στην οξεία φάση ή σε ρήξη εγκεφαλικού ανευρύσματος. Επίσης, δεν συνιστάται η πρόκληση “σημείου ηρεμίας” στο κεφάλι μικρών παιδιών (κάτω των 8 ετών), καθώς ο θεραπευτής θα μπορούσε να συμπιέσει ευπρόσβλητες δομές που δεν έχουν ακόμη ωριμάσει στο αναπτυσσόμενο παιδί.

ΜΕΡΟΣ 1ο

ΜΕΡΟΣ 2ο

ΜΕΡΟΣ 3ο

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Magoun H.I., ed. Osteopathy in the Cranial Field. 2nd ed. Denver, Colo: Sutherland Cranial Teaching Foundation, Cranial

Academy; 1996.

2. Feely RA, ed. Clinical Cranial Osteopathy. Meridian, Ohio: The Cranial Academy; 1998.
3. Upledger JE, Vredevoogd JD. Craniosacral Therapy. Seattle, Wash: Eastland Press; 1983.
4. Upledger JE. Your Inner Physician and You. Berkley, Calif: North Atlantic Books; 1997.
5. Upledger JE. Craniosacral I Study Guide. Upledger Institute Publishing; 1997.
6. Retzlaff EW, Upledger JE, Mitchell D, Beggert. Structure of the cranial bone sutures. Journal of the American Osteopathic Association. 1976;75.
7. Retzlaff EW, Upledger JE, Mitchell, Beggert. Nerve fiber and endings in cranial sutures. Journal of American Osteopathic Association. 1978;77.
8. Adams T, et al. Parietal bone mobility in the anesthetized cat. Journal of American Osteopathic Association. 1992;92(5).
9. Wallace, Avant, McKinney, Thurston. Ultrasonic measurement of intracranial pulsations at 9 cycles/min. Journal of Neurology. 1975.
10. Oschman JL. Energy Medicine: The Scientific Basis. New York: Churchill Livingstone; 2000.
11. Schultz RL, Feitis R. The Endless Web Fascial Anatomy and Physical Reality. Berkley, Calif: North Atlantic Books; 1996.
12. Kandel ER, Schwartz JH. Principles of Neural Science. 2nd ed. New York: Elsevier Publishing Co; 1985.
13. Green C, Martin CW, Bassett K, Kazanjian A. A systematic review of craniosacral therapy: biological plausibility, assessment reliability, and clinical effectiveness. Contemporary Therapies in Medicine. 1999;7:201-207.
14. Rogers JS, Witt PL, Gross MT, Hacke JD, Genova PA. Simultaneous palpation of the craniosacral rate at the head and feet: intrarater and interrater reliability and rate comparison. Phys Ther. 1997;78:1175-1185.

