

Κρανιοϊερός Ρυθμός: Μύθοι και πραγματικότητα

Ο Sutherland εισηγήθηκε πέντε βασικές αρχές σχετικά με την κρανιακή υπόθεση:

1. Υπάρχει έμφυτη κινητικότητα στον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελό
2. Υπάρχει κυματισμός του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY)
3. Υπάρχει κινητικότητα στο ενδοκράνιο και στο σπονδυλικό σύστημα μεμβρανών
4. Υπάρχει κινητικότητα στα οστά του κρανίου
5. Υπάρχει παθητική κίνηση του ιερού οστού ανάμεσα στα λαγόνια οστά.

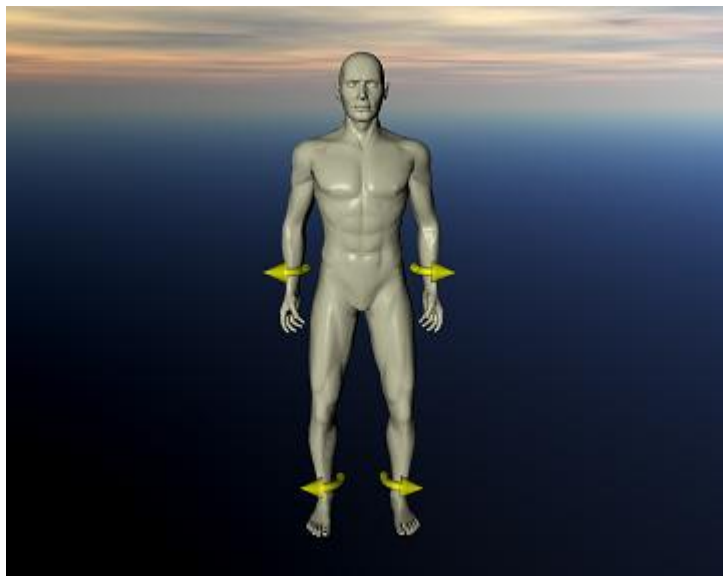
Σε ποιο βαθμό, όμως, αυτές οι αρχές στοιχειοθετούνται;

1. Από την έρευνα έχει αποδειχθεί η έμφυτη κινητικότητα στον εγκέφαλο. Ενδεχομένως, όμως, η επίδρασή της στη κινητικότητα των οστών του κρανίου να είναι μικρότερη από εκείνη που υπέθετε ο Sutherland. Είναι πιο πιθανό στη κινητικότητα των οστών του κρανίου να συνεισφέρουν περισσότερο οι πολυσύνθετες δυνάμεις που προκαλούνται από τον κρανιακό ρυθμό (cranial rhythmic impulse – CRI).
2. Υπάρχει πράγματι κυματισμός του ENY, αλλά ο ρόλος του παραμένει ασαφής όσον αφορά στην κρανιακή κινητικότητα. Παραμένει ασαφές κατά πόσο συνεισφέρει στην παρατηρούμενη κινητικότητα του εγκεφάλου, ή κατά πόσο η κίνησή του είναι υποπροϊόν της κρανιακής -και εγκεφαλικής- κίνησης. Αυτός ο κυματισμός φαίνεται να είναι τουλάχιστον ένας παράγοντας του κρανιακού ρυθμού.
3. Αναμφισβήτητα το ενδοκράνιο σύστημα μεμβρανών είναι σημαντικό, καθώς συνδέεται στενά με την εσωτερική επιφάνεια των οστών του κρανίου και δίνει τη μορφή στους φλεβικούς κόλπους της σκληράς μήνιγγας (venous sinuses).

Δυσλειτουργία που αφορά στα κρανιακά οστά επηρεάζει το ενδοκράνιο σύστημα μεμβρανών και το αντίστροφο. Ωστόσο, συζητήσιμο είναι σε ποιο βαθμό επηρεάζεται η κίνηση του ιερού οστού.

4. Αδιαμφισβήτητη είναι, επίσης, η κίνηση των οστών του κρανίου στις κρανιακές ραφές. Υπό διερεύνηση είναι, ωστόσο, το κατά πόσο αυτή η ικανότητα είναι αποτέλεσμα πλαστικότητας που επιτρέπει την προσαρμογή σε εξωτερικές και εσωτερικές δυνάμεις, ή κατά πόσο ο συνεχής κρανιακός ρυθμός – CRI – οδηγεί σε μια ευδιάκριτη αλληλουχία κρανιακής κίνησης. Κλινικά έχει αποδειχθεί ότι υπάρχουν επιπτώσεις στην υγεία του ανθρώπου εξαιτίας του περιορισμού στις κρανιακές αρθρώσεις (ραφές). Αμφισβητείται, όμως, το ποιες ακριβώς είναι αυτές οι επιπτώσεις, ποιος είναι ο φυσιολογικός κρανιακός ρυθμός, αλλά και η σπουδαιότητά του.
5. Φαίνεται ότι υπάρχει παθητική κίνηση του ιερού οστού ανάμεσα στα λαγόνια οστά, αλλά παραμένει ασαφές από που προκύπτει αυτή η κίνηση, καθώς και το ποια είναι η σπουδαιότητά της στη κρανιακή μηχανική. Επίσης, είναι υπό διερεύνηση κατά πόσο υπάρχει συγχρονισμός μεταξύ της κρανιακής κινητικότητας και της κίνησης του ιερού οστού. Δηλαδή η κρανιακή κινητικότητα παρασύρει την κίνηση του ιερού οστού ή το αντίστροφο και αν ναι, ποιος είναι ο ρόλος που διαδραματίζει το σύστημα των μεμβρανών (reciprocal tension membrane –RTM);

Τα πάρα πάνω είναι ερωτήσεις και προβληματισμοί που ζητούν απάντηση μέσα από την επιστημονική έρευνα. Συχνά, όμως, οι απαντήσεις είναι αμφισβητούμενες, ή όχι καλά τεκμηριωμένες..



Θεωρίες για τον κρανιακό ρυθμό και τον μηχανισμό της κρανιακής κίνησης

- **W Sutherland 1939 (primary respiratory mechanism – αρχέγονος αναπνευστικός μηχανισμός).** Πίστευε πως η ακούσια -έμφυτη- εγκεφαλική κινητικότητα προκαλούσε τον παλμικό κυματισμό του ENY, ο οποίος με τη σειρά του προκαλούσε κίνηση στο σύστημα των μεμβρανών και ως εκ τούτου κίνηση στα κρανιακά οστά και το ιερό. Η ίδια η κρανιακή κινητικότητα εξαρτάται από την ελευθερία κίνησης των κρανιακών αρθρώσεων – κρανιακές ραφές – και από την ποιοτική ικανότητα του συστήματος των μεμβρανών να διαστέλλεται μέσα στο κρανίο.
- **Clumdsen 1951.** Εισηγήθηκε την άποψη πως τα ‘ολιγοδενδροκύτταρα’ – κύρια λειτουργία τους είναι να παρέχουν στήριξη και μόνωση στους νευράξονες των νευρικών κυττάρων του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος – πάλλονται, συσπειρώνονται και αποσυσπειρώνονται, και τελικά ωθούν το ENY. Εντούτοις ο ρυθμός και η δύναμη ενός τέτοιου παλμού, θεωρείται αδύναμος για να θέτει σε λειτουργία τον μηχανισμό του κρανιακού ρυθμού.
- **Y Moskalenko 1961, E Cordoso et al 1983, D Feinberg & Mark 1987.** Διάφορες μελέτες δείχνουν πως η ρυθμική κινητικότητα του εγκεφάλου είναι ένα φυσιολογικό φαινόμενο, υποστηρίζοντας το μοντέλο ‘πιεσοστάτη – pressurestat’. Ωστόσο, οι παλμοί αυτοί είναι περισσότερο γοργοί από ότι ο κρανιακός ρυθμός και φαίνεται πως σχετίζονται με τον συστολικό καρδιακό

παλμό.

- **H Magoun 1976.** Υποστηρίζει την άποψη του Sutherland. Εισηγείται ότι απευθείας ηλεκτρικό ρεύμα ή μαγνητικό πεδίο προκαλεί συσπείρωση και αποσυσπείρωση του εγκεφάλου και των νευρικών δομών. Ισχυρίστηκε, επίσης, ότι η διακύμανση του ENY στο χοριοειδές πλέγμα μπορεί να επιδρά στη κινητικότητα του εγκεφάλου και επομένως στον κρανιακό ρυθμό.
- **R Kappler 1979.** Εισηγείται 'το πρότυπο της συνολικής ενέργειας του σώματος', θεωρώντας ότι αυτό ψηλαφάτε και όχι ο κρανιακός ρυθμός.
- **J Upledger & J Vredevoogd 1983.** Υιοθετεί την άποψη του Magoun για το ENY, επεκτείνοντάς την στο 'πιεσοστατικό μοντέλο', σύμφωνα με το οποίο ο κυματισμός του ENY φαίνεται να υποστηρίζεται τόσο από νευρολογικές, όσο και μηχανικές επιρροές. Αυτές μαζί προκαλούν την ρυθμική κινητικότητα του εγκεφάλου. Πρόκειται για μια αντιστροφή των ρόλων όπως αυτοί περιγράφηκαν από τον Sutherland.
- **A Ferguson 1991.** Επισημαίνει ότι εφόσον ο κρανιακός ρυθμός ψηλαφάτε ταυτόχρονα σε ολόκληρο το σώμα, είναι απίθανο να σχετίζεται με το 'πιεσοστατικό μοντέλο' στο κρανίο, προτείνοντας μυϊκή προέλευση του ρυθμού.
- **J Norton et al 1992.** Προτείνουν ότι παράγοντες πίεσης του δερματικού ιστού καθορίζουν την αντίληψη του κρανιακού ρυθμού. Αυτοί οι παράγοντες πίεσης σχετίζονται με τον καρδιαγγειακό και αναπνευστικό ρυθμό τόσο του εξεταζόμενου, όσο και του εξεταστή.
- **A Degenhardt and M Kuchera 1996.** Πρότειναν ότι η εγγενή λεμφική συσταλτικότητα μπορεί να προκαλέσει περιτοναϊκό παλμό, ψηλαφούμενο ως κρανιακό ρυθμό.
- **J McPartland and E Mein 1997.** Προτείνουν ότι ο κρανιακός ρυθμός είναι αποτέλεσμα αρμονικών συχνοτήτων που ενσωματώνουν πολλαπλούς βιολογικούς ρυθμούς, οι οποίοι αφορούν τα σήματα μεταξύ εξεταστή και εξεταζόμενου. Στο συγκεκριμένο μοντέλο ο ρυθμός του θεραπευτή είναι στο κέντρο κυριαρχώντας του ρυθμού του εξεταζόμενου. Ο

εναρμονισμός των ρυθμών αυτών οδηγεί στη σύνθεση ενός νέου ρυθμού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ανεξάρτητα από το ποια από τις παραπάνω υποθέσεις είναι η περισσότερο αξιόπιστη, ή εκείνη που αποδέχεται ο κάθε θεραπευτής, είναι γεγονός ότι υπάρχει η παλμική κινητικότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Την κινητικότητα αυτή μπορούμε να την αξιοποιήσουμε ώστε να βελτιώσουμε τη λειτουργικότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος με όλα όσα αυτό μπορεί να προσφέρει.

ΠΗΓΗ: *“Cranial Manipulation – Theory and Practice”*, Leon Chaitow, ELSEVIER, CHURCHILL LIVINGSTONE, ISBN 0-443-07449-6

Κρανιοϊερή Θεραπεία vs Κρανιακής Οστεοπαθητικής

Κρανιοϊερή Θεραπεία vs **Κρανιακής Οστεοπαθητικής**



Οι εκπαιδευμένοι θεραπευτές στη Κρανιοϊερή Θεραπεία μαθαίνουν να αξιολογούν τον Κρανιοϊερό Ρυθμό, ώστε να εντοπίζουν και στην συνέχεια να αποκαθιστούν οποιαδήποτε περιορισμό στο σύστημα των μεμβρανών, που περιβάλλει το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και θα μπορούσε να προκαλέσει αισθητικές, κινητικές ή νευρολογικές διαταραχές. Ως εκ τούτου η Κρανιοϊερή Θεραπεία δεν έχει την πρόθεση να «θεραπεύσει» παθήσεις, αλλά απλά να «διευκολύνει» την δυνατότητα του σώματος για «αυτοδιόρθωση».



Ακόμα και σήμερα η Κρανιακή Οστεοπαθητική επικεντρώνεται στην κινητοποίηση των ραφών του κρανίου. Για την Κρανιοϊερή Θεραπεία τα οστά του κρανίου αποτελούν «λαβές» για τον θεραπευτή, που τις χρησιμοποιεί, ώστε να έχει πρόσβαση και ως

εκ τούτου να επηρεάζει το σύστημα των μεμβρανών που προσαρτείται σε αυτά.

Άλλη σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο αυτών προσεγγίσεων αποτελεί η ποιότητα της επαφής. Γενικά οι χειρισμοί που χρησιμοποιούνται στη Κρανιακή Οστεοπαθητική είναι δυνατοί και με απευθείας φορά. Οι θεραπευτές της Κρανιοϊερής Θεραπείας, εφαρμόζουν ήπιο χειρισμό με βάρος μεταξύ 5 έως 10 gr. Οι ασθενείς τις περισσότερες φορές δεν νοιώθουν τίποτα εκτός από μια απαλή αίσθηση κατά τη διάρκεια της συνεδρίας.

Ναι, η Κρανιοϊερή Θεραπεία και η Κρανιακή Οστεοπαθητική είναι εντελώς διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Ακόμα και σήμερα είναι συνδεδεμένες με δύο Οστεοπαθητικούς, που εμπιστεύθηκαν τις παρατηρήσεις τους, και συνέχισαν άφοβα την αναζήτηση, ώστε να αποδείξουν τις θεωρίες τους.

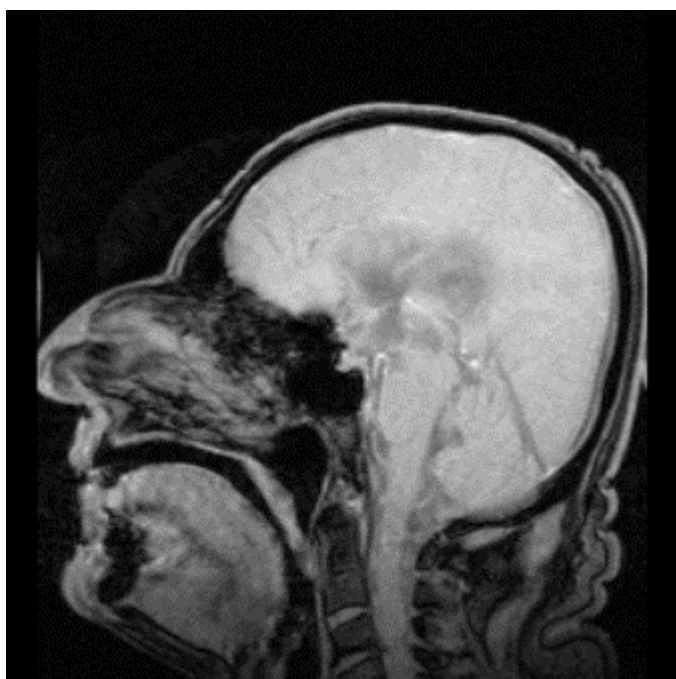


So the question remains: Who can do CranioSacral Therapy? The answer is simple. Anyone who is motivated, compassionate, sensitive, and willing to subordinate his or her ego so that the patient is the most important factor.

John Upledger, DO, OMM
Palm Beach Gardens, Florida
www.upledger.com

Αμφισβητήσεις για τη Κρανιοϊερή Θεραπεία!!!

Η επιχειρηματολογία που χρησιμοποιούν πολλοί από εκείνους που αμφισβητούν την Κρανιοϊερή Θεραπεία του Upledger, στηρίζεται στην αμφισβήτηση του μοντέλου που περιέγραψε για την ερμηνεία του Κρανιοϊερού Ρυθμού και όχι στην αμφισβήτηση της ύπαρξης του ρυθμού αυτού καθαυτού.



Αμφισβητούν δηλαδή το “υδραυλικό μοντέλο στατικής πίεσης” που περιέγραψε ο Dr Upledger και οι συνεργάτες του. Πόσο σοβαρά όμως πρέπει να λάβουμε υπόψη αυτή την αμφισβήτηση; Ας σταθούμε στις σκέψεις που διατυπώνει ο Καθηγητής Leon Chaitow, στο βιβλίο του, που αφορά την ‘cranial manipulation’, και ας τη προσαρμόσουμε στην Κρανιοϊερή Θεραπεία:

«Ψηλαφώντας, στο μυϊκό σύστημα ενός ασθενή, μια ευαίσθητοποιημένη περιοχή με τάση, μπορούμε με ευχέρεια να εντοπίσουμε περιοχές που εμφανίζουν διαφορές από τον περιβάλλοντα ιστό, που περιλαμβάνουν ίσως αυξημένο τόνο,

ευαισθησία και διαφορετική υφή. Εφαρμόζοντας πίεση σε αυτή τη περιοχή θα έχουμε μια σειρά από αναμενόμενες αντιδράσεις που περιλαμβάνουν: συμπίεση των μηχανοϋποδοχέων, προκαλώντας τροποποίηση της αντίληψης του πόνου μέσω του μηχανισμού της 'πύλης του πόνου', την απελευθέρωση τοπικών αναλγητικών (ενδορφίνες και ενδεχομένως εγκεφαλίνες), τη δημιουργία μιας τοπικής ισχαιμικής επίδρασης, η οποία θα προκαλούσε με την απελευθέρωση της πίεσης ένα ξέπλυμα με νωπό οξυγονωμένο αίμα, καθώς και μια μηχανική διάταση των ιστών που ήταν υπό πίεση. Με άλλα λόγια, από την άποψη της Δυτικής Ιατρικής, θα υπάρξουν νευρολογικές, ενδοκρινολογικές, κυκλοφορικές και μηχανικές επιδράσεις, ως αποτέλεσμα της εφαρμοζόμενης πίεσης.

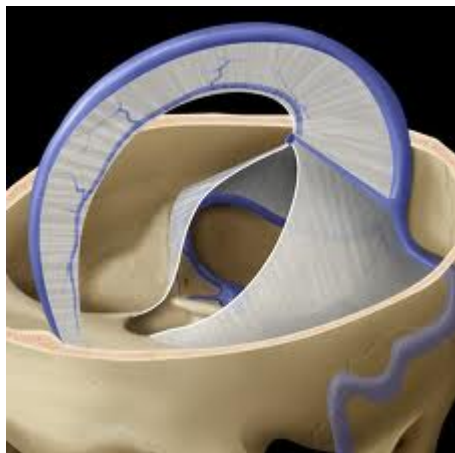
Τώρα αν εφαρμοζόταν σχεδόν η ίδια πίεση από θεραπευτή εκπαιδευμένο σε μεθόδους της Παραδοσιακής Κινέζικης Ιατρικής, όπως σιάτσου (Acupressure), θα είχαμε ακριβώς τις ίδιες αντιδράσεις, ωστόσο η ερμηνεία που δίνεται από την Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική εμπλέκει την ενέργεια (chi) κίνηση ή απόφραξη.

Ποια από αυτές τις ερμηνείες είναι σωστή;

Είναι Νευρολογία, κίνηση υγρών, διάταση, ορμονικές αλλαγές ή ενεργειακές κινήσεις;

Μεταφέρετε αυτόν τον προβληματισμό τώρα στην Κρανιοϊερή Θεραπεία και θα δείτε ότι ενώ το μοντέλο, η θεωρία, η ερμηνεία μπορεί να διαφέρουν, η επενέργεια της εφαρμογής της Κρανιοϊερής Θεραπείας μπορεί να είναι ακριβώς η ίδια ανεξάρτητα από τις σκέψεις του θεραπευτή, αν δηλαδή ο υποκείμενος μηχανισμός περιλαμβάνει αντιλήψεις που αφορούν υγρά, ηλεκτρισμό / ενέργεια, ή βιομηχανικές ή περιτοναϊκές απελευθερώσεις.

Και τι σκέφτομαι τώρα;

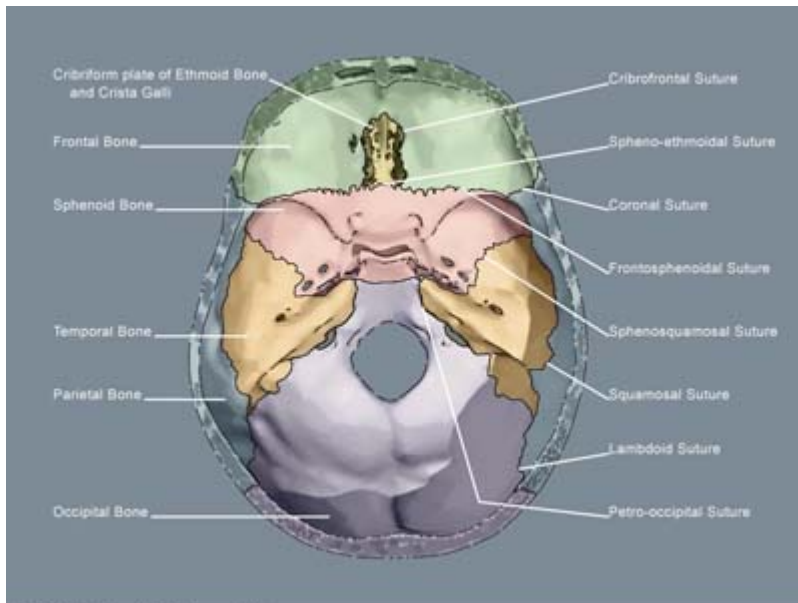


Έχω όλο και περισσότερο την αίσθηση, ότι η ήπια σταθερή δύναμη συμπίεσης, όπως αυτή εφαρμόζεται στην τεχνική για πρόκληση του 'σημείου ηρεμίας' (still point), επηρεάζει την περιτονία (σύστημα μεμβρανών του εγκεφάλου) και μέσω αυτού πιθανόν να επιδρά στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, εν γένει στο κυκλοφορικό σύστημα του εγκεφάλου ή / και στην νευρολογική λειτουργία ... Ποιος ξέρει; »
Ποιος ξέρει;

Αυτό που σίγουρα ξέρουμε είναι το αποτέλεσμα των χειρισμών μας. Εγώ ως κλινικός θεραπευτής δίνω πολύ μεγάλη σημασία στα αποτελέσματα που επιτυγχάνονται μέσω της Κρανιοϊερής Θεραπείας, ενώ περιμένω από τους ερευνητές να δώσουν τις απαντήσεις ...!

ΣΦΗΝΟΪΝΙΑΚΗ ΑΡΘΡΩΣΗ: Σύμφυση vs Συνχόνδρωση

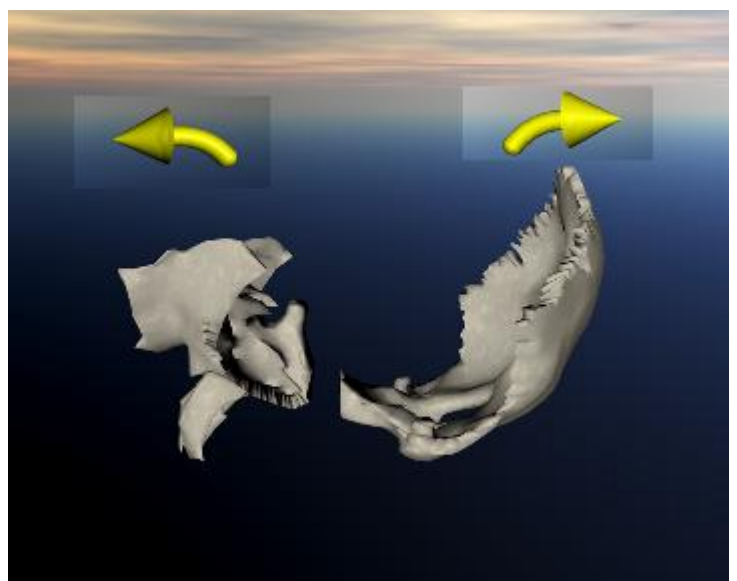
Σύμφωνα με τον Dr. Sutherland, το Σφηνοειδές και το Ινιακό οστό παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στη κινητικότητα των οστών του κρανίου. Ενώνονται με την Σφηνοϊνιακή άρθρωση.



© 2003 Primal Pictures Ltd.

Το Σφηνοειδές οστό είναι το κλειδί της κίνησης και το Ινιακό το ακολουθεί, κάτι που συμβαίνει και με τα υπόλοιπα οστά του κρανίου. Το ίδιο ισχύει και για το Ιερό οστό, το οποίο επηρεάζεται από τη κίνηση του Ινιακού μέσω του σπονδυλικού σωλήνα (dura tube).

Στην ένωση του Σφηνοειδούς οστού με το Ινιακό σχηματίζεται μια γωνία. Η αύξηση της γωνίας χαρακτηρίζεται από τον Dr. Sutherland ως φάση **κάμψης**, ενώ η μείωση της γωνίας ως φάση **έκτασης**, ενώ όλα τα οστά του κρανίου κινούνται σύμφωνα με αυτή την αύξηση ή ελάττωση της γωνίας.



Πεποίθηση του Dr. Sutherland ήταν ότι τα προβλήματα στο

κρανιακό σύστημα οφείλονται στη δυσλειτουργία της Σφηνοϊνιακής άρθρωσης. Το λάθος του ήταν που πίστευε ότι η άρθρωση αυτή είναι σύμφυση, άρα η αιτία της δυσλειτουργίας προκαλείται από τα οστά. Αργότερα ο Dr. Upledger έδειξε ότι πρόκειται για συνχόνδρωση, που συνεπάγεται ότι η δυσλειτουργία προκαλείται από ανώμαλη τάση στα μαλακά μόρια ή στην σκληρά μήνιγγα, η οποία μεταφέρεται στα οστά μέσω των αρθρώσεων.

Αξίζει να αναφερθεί ότι παράγοντας δυσλειτουργίας της σφηνοϊνιακής άρθρωσης αποτελεί και ο περιορισμός στη κίνηση των κρανιακών ραφών.

Με την παραδοχή ότι η άρθρωση μεταξύ του Σφηνοειδούς οστού και του Ινιακού είναι σύμφυση, πιθανή αλλαγή θέσης των οστών θα τα διατηρούσε στη νέα θέση, ενώ σύμφωνα με τον Dr. Upledger, η άρθρωση αυτή είναι συνχόνδρωση, ακριβώς γιατί υπάρχει στις αρθρικές επιφάνειες ένα στρώμα ελαστικού χόνδρου, το οποίο προκαλεί τάση επιστροφής στην αρχική θέση. Αυτή η διόρθωση εμποδίζεται από την δυσλειτουργία των μαλακών μορίων ή της Σκληράς Μήνιγγας.

Η κλινική αξία αυτής της διαφοροποίησης είναι ότι αποκαθιστώντας μόνο την οστική δυσλειτουργία, έχουμε προσωρινά αποτελέσματα αν δεν συνοδεύεται από ικανοποιητική αποκατάσταση του αιτίου της τάσης στα μαλακά μόρια ή τη σκληρά μήνιγγα.

Υπάρχει κίνηση στα οστά του κρανίου;

Στην ανατομία και τη φυσιολογία μάθαμε ότι τα οστά του κρανίου κατά την ενηλικίωση συγχωνεύονται¹. Η ανατομία του Gray (Gray's Anatomy) υποστηρίζει τη θεωρία ότι οι ραφές με την ανάπτυξη δημιουργούν μια συμπαγή μάζα από οστό που ονομάζεται θόλος (calvarium). Αυτό το συμπαγές κρανίο λειτουργεί ως

κράνος, όπου οι μεταβολές της πίεσης στο αίμα, στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ΕΝΥ) ή στον εγκεφαλικό ιστό προκαλούν αντισταθμιστικές αλλαγές της πίεσης σε άλλα συστήματα, ώστε να αποφευχθεί μια αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης.



Εντούτοις υπάρχει μια αξιοσημείωτη βιβλιογραφία που τεκμηριώνει την ύπαρξη μιας ελάχιστης, ρυθμικής κίνησης στα οστά του κρανίου. Το μεγαλύτερο τμήμα αυτών των μελετών προέρχονται από το πεδίο της κρανιακής οστεοπαθητικής. Παραθέτω παρακάτω μια σύνοψη των κυριοτέρων μελετών.

Η Tettambel χρησιμοποίησε μετατροπείς δύναμης για να μετρήσει τη κίνηση μεταξύ του μετωπιαίου οστού και των δύο μαστοειδών αποφύσεων των κροταφικών οστών σε 30 άτομα υπό εξέταση². Κατέγραψε τρεις ρυθμικές κινήσεις, όπου περιελάμβαναν τον καρδιακό και τον αναπνευστικό ρυθμό. Υπέθεσε ότι ο τρίτος ρυθμός, με μέση συχνότητα οκτώ κύκλους το λεπτό, ήταν ο κρανιοϊερός ρυθμός.



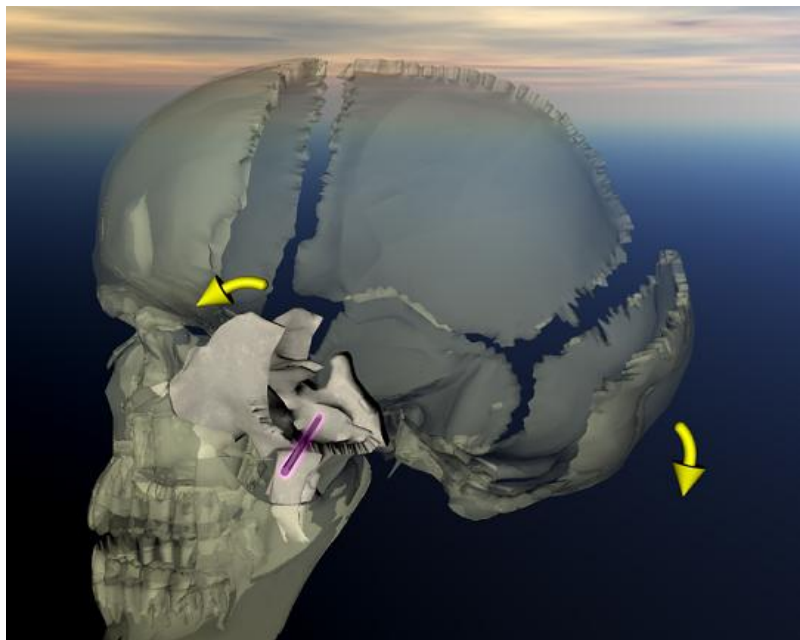
Ο Frymann μελέτησε τις ρυθμικές αλλαγές στη περιφέρεια του κεφαλιού χρησιμοποιώντας μια επιφάνεια με σχήμα U με ένα διαφορετικό μετατροπέα³. Οι αλλαγές στη διάμετρο του κρανίου υπολογίζονταν από την μετακίνηση μεταλλικών ράβδων. Αυτή η μελέτη ήταν μοναδική γιατί χρησιμοποίησε ζώντα άτομα υπό εξέταση. Ο Frymann εντόπισε ένα παλμικό ρυθμό μεταξύ έξι και

οκτώ κύκλων το λεπτό διαφορετικό από τον καρδιακό και τον αναπνευστικό ρυθμό. Η μετακίνηση των μεταλλικών ράβδων ήταν μεταξύ 10 και 30 microns.

Μια άλλη μελέτη από τον Adams και συνεργάτες, ερεύνησε την κινητικότητα των βρεγματικών οστών σε γάτες⁴. Αυτοί οι ερευνητές προσάρμοσαν μετρητές ποσότητας τάσης στα γατίσια βρεγματικά οστά για να μετρήσουν κίνηση όταν εγχύσουν τεχνητό ENY. Τα οστά μετακινήθηκαν σημαντικά, ποικίλλοντας από 17 έως 70 microns. Η εξωτερική πλάγια συμπίεση του κρανίου προκάλεσε μια σημαντική διεύρυνση της οβελιαίας ραφής με μια έσω στροφή των βρεγματικών οστών.

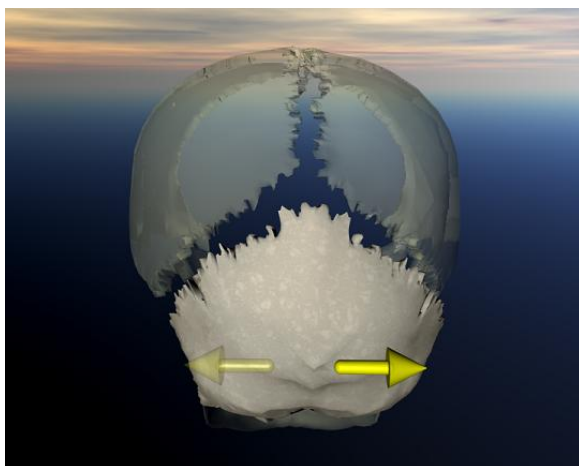
Ερευνητές από το University of Michigan College of Osteopathic Medicine μελέτησαν την κινητικότητα των οστών του κρανίου σε πρωτεύοντα θηλαστικά⁵. Οι Michael και Retzlaff χρησιμοποίησαν ένα απευθείας βιδωτό προσάρτημα στο δεξιό βρεγματικό οστό και μέτρησαν τη κίνηση με ένα μετατροπέα πίεσης. Επίσης μέτρησαν την πίεση του αίματος, τον καρδιακό και τον αναπνευστικό ρυθμό. Τα βρεγματικά οστά μετακινήθηκαν αυθόρμητα σε δύο ξεχωριστούς ρυθμούς, έναν ανταποκρινόμενο στον αναπνευστικό ρυθμό και ένα δεύτερο χαμηλότερο ρυθμό από πέντε έως επτά κύκλους το λεπτό.

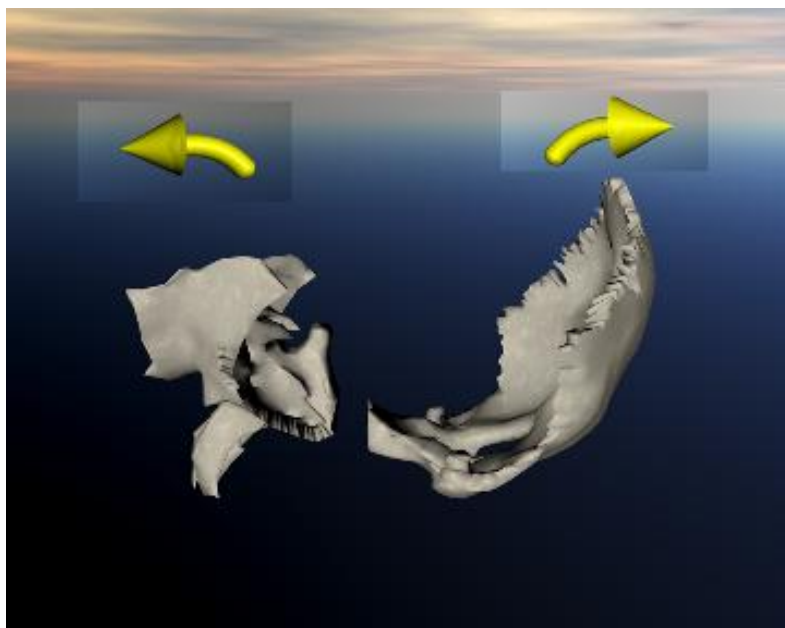
Οι προηγούμενες τέσσερις μελέτες δείχνουν ότι τα οστά του κρανίου πιθανόν να έχουν μια αργή, σταθερή και κυκλική κίνηση. Πρόκειται για μια σχετικά νέα θεωρία στην Δυτική ιατρική επιστήμη, αντιπροσωπεύοντας δραματική αλλαγή θέσης. Η υιοθέτηση αμφισβητήσιμων ιδεών στο status quo της επιστήμης δεν είναι εύκολο, αλλά η μάζα της βιβλιογραφίας που υποστηρίζει την κίνηση των οστών του κρανίου αυξάνεται. Ως εκ τούτου πρέπει να έχουμε ανοικτό μυαλό.



...τα οστά του κρανίου πιθανόν να έχουν μια αργή, σταθερή, περιοδική κίνηση

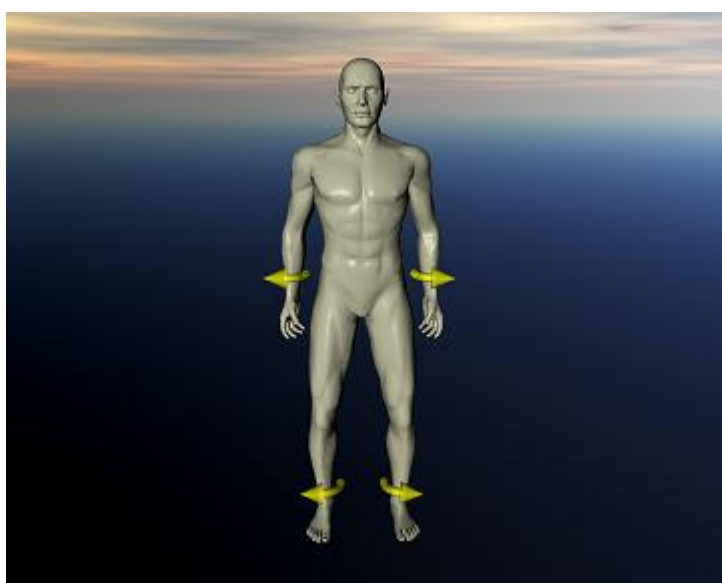
Στη [Κρανιοϊερή](#) θεραπεία (ΚΙΘ), ο ρυθμός του ΕΝΥ μπορεί να ψηλαφισθεί σε όλα τα τμήματα του σώματος λόγω της παθητικής δράσης της περιτονίας. Ο ρυθμός περιλαμβάνει δυο ξεχωριστές φάσης: κάμψη (φάση γεμίσματος – κίνηση έξω στροφής) και έκταση (φάση αδειάσματος – κίνηση έσω στροφής). Με φυσικοθεραπευτικούς όρους στην κάμψη έχουμε μείωση των μοιρών στην γωνία της άρθρωσης. Η σφηνο-ινιακή ένωση είναι εκεί όπου η οπίσθια επιφάνεια του σφηνοειδούς οστού αρθρώνεται με τη ράχη του ινιακού οστού.





ΣΦΗΝΟ-ΙΝΙΑΚΗ ΕΝΩΣΗ

Όταν ο Dr. William Garner Sutherland, ο 'πατέρας της οστεοπαθητικής', ψηλάφισε τη κίνηση σ' αυτά τα οστά, παρατήρησε ότι πράγματι κατά τη διάρκεια της κάμψης μειώνεται το μέγεθος της γωνίας στην κατώτερη πλευρά. Η κάμψη αυτής της άρθρωσης συνοδεύεται από ελάχιστη προς τα έξω κίνηση του σώματος, την οποία ο Sutherland ονόμασε κάμψη. Ως εκ τούτου στη ΚΙΘ, το κρανίο αλλά και το υπόλοιπο σώμα, είναι σε κάμψη όταν διευρύνεται και σ' έκταση όταν στενεύει.



ΚΑΜΨΗ (ΦΑΣΗ ΓΕΜΙΣΜΑΤΟΣ – ΚΙΝΗΣΗ ΕΞΩ ΣΤΡΟΦΗΣ)

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΩΝ ΚΛΕΙΣΤΩΝ ΡΑΦΩΝ

Για να διερευνήσουμε περισσότερο την κίνηση στα κρανιακά οστά ως εξετάσουμε την φύση των κρανιακών ραφών. Αν οι ραφές παραμένουν ελαστικές κατά την ενηλικίωση, επιτρέπουν κάποιου βαθμού κίνηση όταν αλλάζει η πίεση του κρανιοϊερού συστήματος. Αν οι ραφές είναι συμπαγής μάζα χωρίς κίνηση, δεν επιτρέπουν ρυθμική κίνηση.

Αρκετές μελέτες έχουν γίνει για την φύση των κρανιακών ραφών. Ο Retzlaff και συνεργάτες, χρησιμοποίησαν φως και ηλεκτρονικό μικροσκόπιο για να εξετάσουν δείγματα από ραφή ενήλικων πρωτεύοντων θηλαστικών⁶. Βρήκαν συνδετικό ιστό, αιματικά αγγεία και νευρικές ίνες. Περιέγραψαν ένα πρότυπο από πέντε διαδοχικά επίπεδα ινών και κυττάρων που περιείχαν δέσμες κολλαγόνου, διατεταγμένες σε κυματοειδή μορφή. Υπέθεσαν ότι αυτή η διάταξη διευκολύνει τον έλεγχο της επιμήκυνσης των δεσμών του κολλαγόνου.

Σε ξεχωριστή μελέτη, ο Upledger και ο Retzlaff εξέτασαν την οβελιαία ραφή σε κρανία πρωτεύοντων θηλαστικών⁷. Βρήκαν εκτός από τον συνδετικό ιστό, αγγειακό δίκτυο και νευρικό πλέγμα με αισθητήρια όργανα. Σ' ένα δείγμα, εντόπισαν έναν μονό δενδρίτη διαμέσου της σκληράς μήνιγγας μέσα στον εγκέφαλο, τερματίζοντας στην τρίτη κοιλία του εγκεφάλου που περιείχε ENY. Περαιτέρω έρευνα αυτής της νευρικής οδού πιθανόν να δώσει απαντήσεις στο ερώτημα πως λειτουργεί ο ομοιοστατικός μηχανισμός ανάδρασης στο εγκεφαλικό υδραυλικό σύστημα του ENY.

Το 1920 οι Todd και Lyon δημοσίευσαν δύο άρθρα σχετικά με τη εξέταση του χρόνου που οι ραφές 'κλείνουν' σε κρανία ενηλίκων ανδρών. Αυτοί οι μελετητές υπέθεταν ότι οι ραφές γίνονται συμπαγείς σε κάποια στιγμή της ζωής του ατόμου. 'ρχισαν με 427 δείγματα, αλλά απέρριψαν 81 λόγω ανώμαλου κλεισίματος των ραφών ή 'καθυστερημένη ένωση'. Επιπλέον μερικά από τα κρανία χαρακτηρίστηκαν με 'διακομμένη ένωση', που σημαίνει αποτυχία στην ραφή να κλείσει λόγω συγκέντρωσης οστού γύρω από το άκρο των αρθρικών επιφανειών. Για αδιευκρίνιστους λόγους μέτρησαν αυτά τα κρανία ως συμπαγή, γεγονός που δίνει διαφορετικές τιμές προς εύνοια της συντομότερου κλεισίματος των ραφών. Τα

ευρήματα τους ήταν:



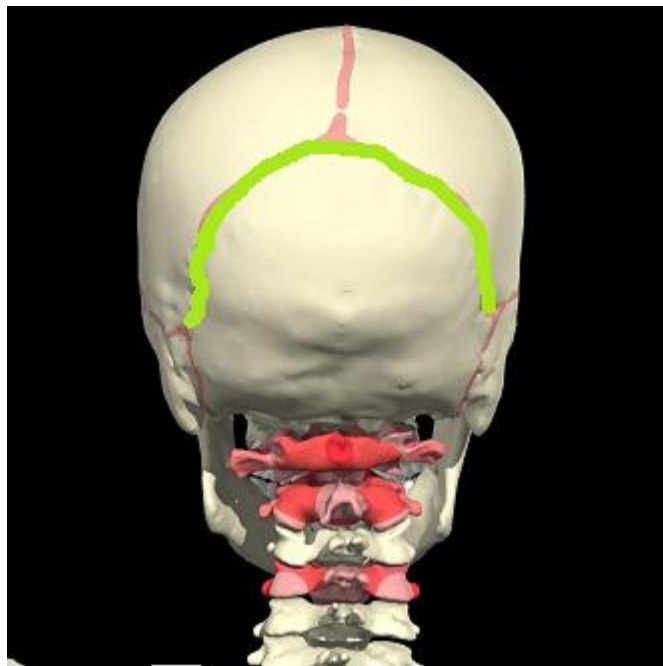
- *Οβελιαία ραφή κλειστή στα 31 έτη.*
- *Στεφανιαία ραφή κλειστή στα 38 έτη*
- *Λαμδοειδή ραφή κλειστή στα 47 έτη.*
- *Μαστό-ινιακή ραφή κλειστή στα 70-80 έτη.*
- *Μαστό-βρεγματική κλειστή στα 70-80 έτη.*



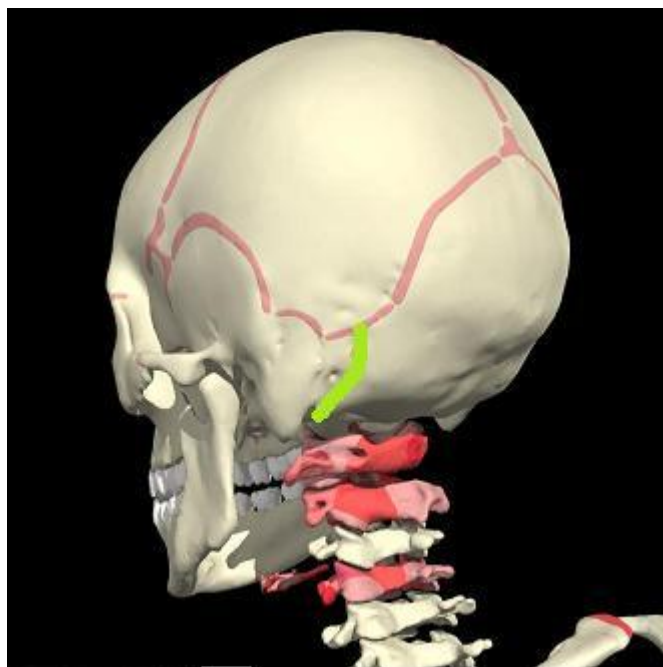
- *Σφηνό-κροταφική σπάνια κλειστή.*

Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι οι ραφές έτειναν να κλείσουν κατά τη διάρκεια αυτού του χρονικού περιθωρίου. Εντούτοις υπάρχει μεγάλη απόκλιση. Βέβαια αυτή η μελέτη έγινε πριν από πολλά χρόνια και οι προδιαγραφές και τα πρωτόκολλα για τις επιστημονικές μελέτες έχουν αλλάξει.

Ερευνητές έχουν μελετήσει κρανιακές ραφές χρησιμοποιώντας διαφορετικά ανθρώπινα δείγματα. Ο Kokich εξέτασε την μέτωπο-ζυγωματική ραφή⁹. Από τα 61 δείγματα, δεν βρήκε κανένα να έχει κλείσει παρά μόνο μετά από τα 80 έτη της ηλικίας, ενώ μερικά δεν είχαν ολοκληρωτικά κλείσει ακόμα και μετά τα 90 έτη. Παρατήρησε ότι οστό σχηματίζεται κατά μήκος της ραφής με την γήρανση, αλλά δεν επηρεάζει την κίνηση στη ραφή. Ο Kokich, όπως και οι Retzlaff και Upledger, βρήκε σαφείς αποδείξεις ύπαρξης ινών κολλαγόνου μέσα στις ραφές. Δήλωσε ξεκάθαρα ότι η μετωπό-ζυγωματική ραφή παραμένει λειτουργική 'άρθρωση' μέχρι ακόμα στη προχωρημένη ηλικία του ατόμου.



Από τις υπάρχουσες ερευνητικές εργασίες¹⁰, μια συμπερασματική δήλωση του πότε και εάν οι ραφές γίνονται συμπαγείς δεν μπορεί να γίνει. Σαφώς το θέμα παραμένει ανοικτό για συζήτηση.

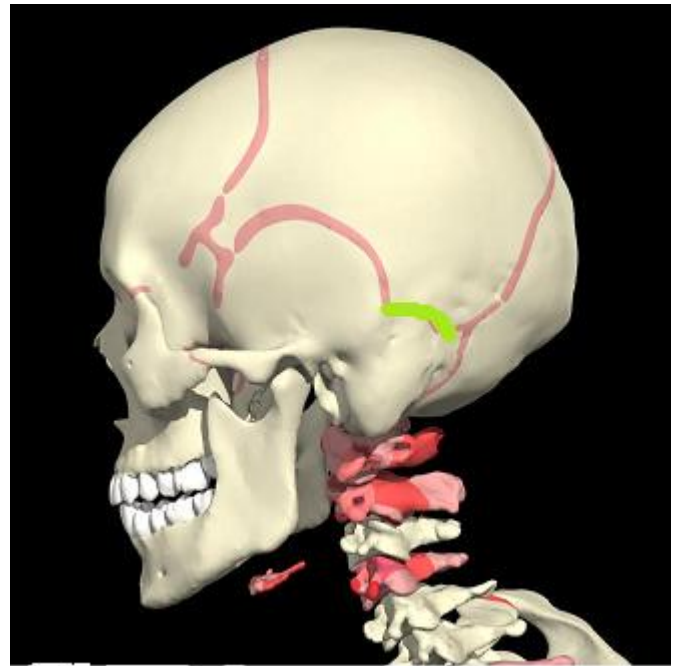


Βέβαια έχοντας ψηλαφίσει τον κρανιοϊερό ρυθμό με τα χέρια μου, πιστεύω ότι οι κρανιακές ραφές παραμένουν ελαστικές,

επιτρέποντας τα οστά να κινούνται παθητικά σύμφωνα με τις μεταβολές πίεσης στο κρανιοϊερό σύστημα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Zemlin W. Speech and Hearing Science: Anatomy and Physiology. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1988.
2. Tettebel, et al. Recording of cranial rhythm impulse. Journal of the American Osteopathic Association, 1978;78:149.
3. Frymann V. A study of the rhythmic motions of the living cranium. Journal of the American Osteopathic Association, 1971;70(9):928-45.
4. Adams T, Heisey R, Smith M, Briner B. Parietal bone mobility in the anesthetized cat. Journal of the American Osteopathic Association, 1992;92:599-622.
5. Michal D, Relzlaff E. A preliminary study of cranial bone movement in the squirrel monkey. Journal of the American Osteopathic Association, 1975;74:866-69.
6. Retzlaff E, Michael D, Roppel R, Mitchell F. The structure of cranial bone sutures. Journal of the American Osteopathic Association, 1976;75:106-7.



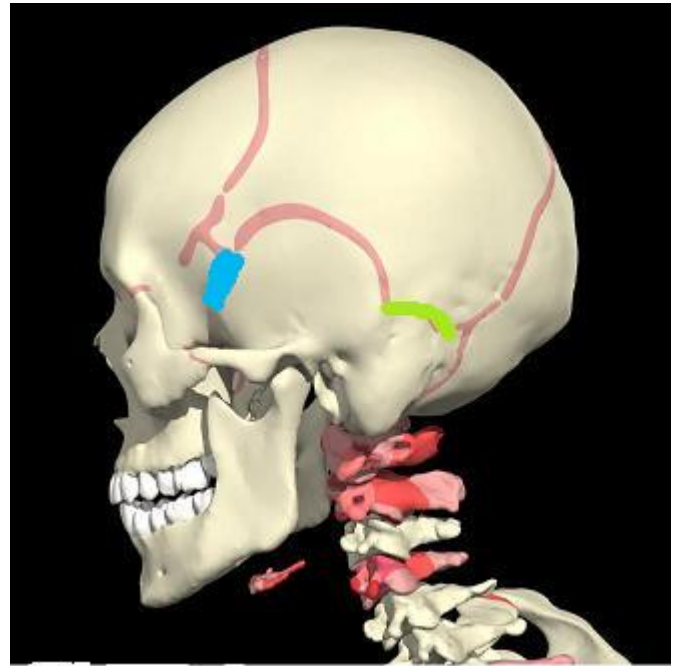
7. Upledger J. CranioSacral Therap. I. Study Guide, Palm Beach Gardens, FL.: The Upledger Institute, 1987.

8. Todd T, Lyon D. Endocranial suture closure. American Journal of Physical Anthropology, 1924;7:325-84.

9. Kovich V. Age changes in the human frontozygomatic suture from 20 to 95 years. American Journal of Orthodontics, 1976;69:411-30.

10. Rogers J, Witt P. The controversy of cranial bone

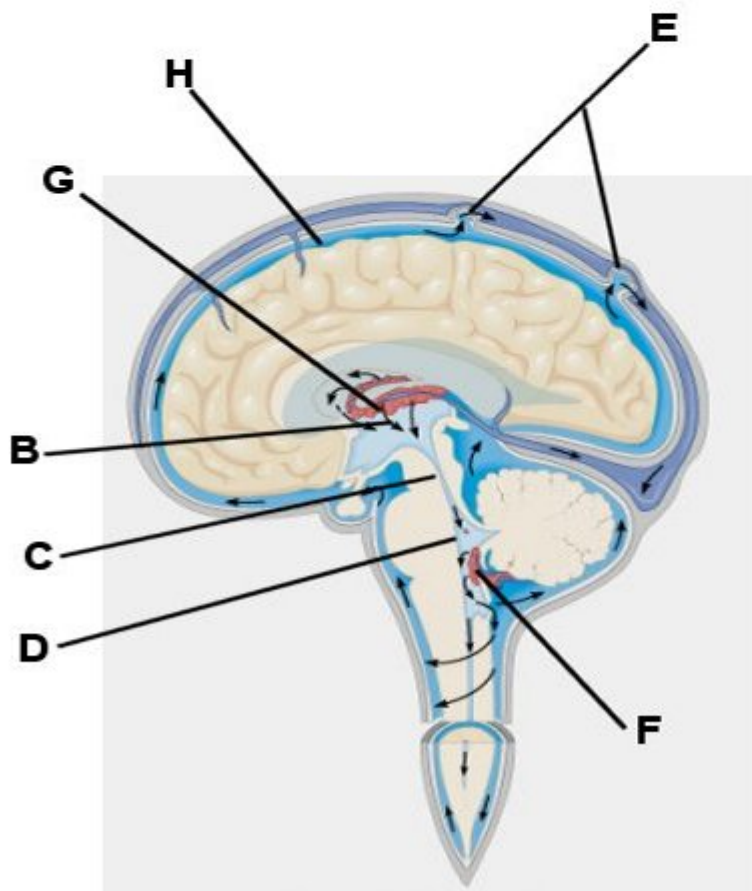
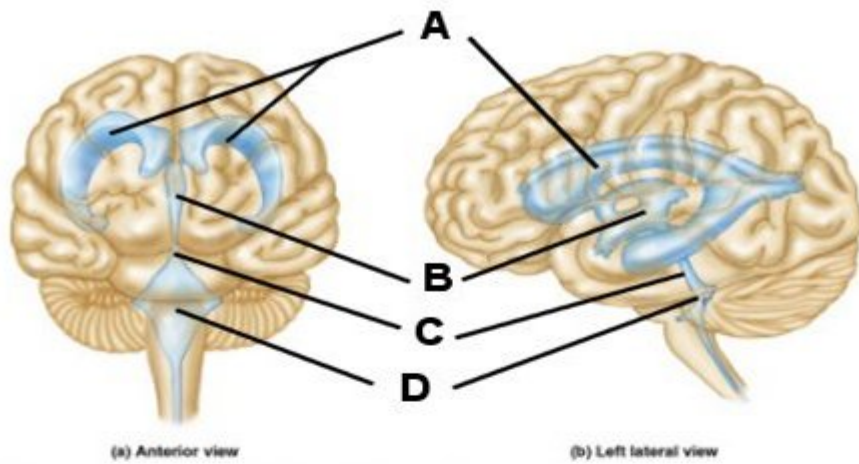
motion. Journal of Orthopedic Sports Physical Therapy, 1997;26(2):95-103.



"The Still Point" ή "Σημείο Ηρεμίας"

Σύμφωνα με τον Dr. John Upledger, όπως σε κάθε άνθρωπο υπάρχει ο καρδιακός και ο αναπνευστικός ρυθμός, έτσι υπάρχει και ο Κρανιοϊερός Ρυθμός. Προκαλείται από την απόσταξη και απορρόφηση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού που περιβάλλει το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (εγκέφαλο και νωτιαίο μυελό).

Ο ανεπαίσθητος αυτός ρυθμός μπορεί να γίνει αντιληπτός σε ολόκληρο το σώμα, μπορεί να ψηλαφισθεί από θεραπευτή εκπαιδευμένο στην Κρανιοϊερή Θεραπεία. Η συχνότητα του σε φυσιολογικές συνθήκες είναι 6 με 12 κύκλους το λεπτό.



ΠΑΡΑΓΩΓΗ / ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΝΩΤΙΑΙΟΥ ΥΓΡΟΥ – VIDEO

Με ένα απαλό άγγιγμα σε διάφορα σημεία του σώματος ένας εκπαιδευμένος θεραπευτής μπορεί να εντοπίσει περιοχές με ασυμμετρία του Κρανιοϊερού ρυθμού. Αυτή η ασυμμετρία μας δείχνει ότι για κάποιο λόγο αυτή η περιοχή δυσλειτουργεί. Αυτή η δυσλειτουργία μπορεί να εκφραστεί με ποικιλία συμπτωμάτων. Εφόσον συμβεί αυτό ο θεραπευτής μπορεί να ενισχύσει τον αμυντικό μηχανισμό του σώματος να αποκαταστήσει την φυσιολογική λειτουργικότητα, αποκαθιστώντας την συμμετρία, με

ήπιους χειρισμούς που εφαρμόζονται σε ολόκληρο το σώμα, ενώ η πίεση που ασκείται πάνω στο σώμα του ασθενή δεν ξεπερνά τα 5 gr.

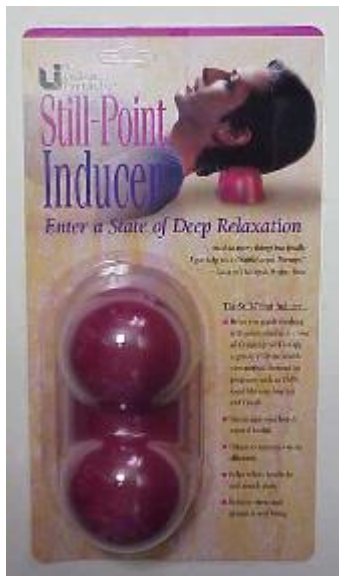
Άλλος σημαντικός τρόπος αξιοποίησης του Κρανιοϊερού ρυθμού, από τον θεραπευτή είναι το **“Still Point”** ή «**Σημείο Ηρεμίας**».

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 σαν «παρατεταμένη παύση».

Μπορεί να τη προκαλέσει ο θεραπευτής με σκοπό να διευκολύνει την απελευθέρωση των περιορισμών στο σύστημα των μεμβρανών που περιβάλλει τον Εγκέφαλο και τον Νωτιαίο Μυελό. Αυτή 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. Προκαλείται τότε διάταση των μεμβρανών με αποτέλεσμα την απελευθέρωση περιοχών με περιορισμένη ελαστικότητα ή περιοχές με συμφύσεις, έτσι όταν το υγρό κυκλοφορήσει εκ νέου, έχει προκληθεί αυτόματα η απελευθέρωση των εμπλεκόμενων ιστών. Επιπλέον προκαλεί αύξηση της κυκλοφορίας του αίματος μέσα στον Εγκέφαλο, με θεραπευτικό αποτέλεσμα τόσο στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, όσο και σε ολόκληρο το σώμα.

Αποτέλεσμα των προηγούμενων είναι η ανακούφιση του πονοκεφάλου, του μυϊκού πόνου, ο έλεγχος του άγχους, καλύτερη προσαρμογή στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, η χαλάρωση και γενικά μια καλή διάθεση.

Οι θεραπευτές μπορούν να προκαλέσουν το «Σημείο Ηρεμίας» με εξειδικευμένους χειρισμούς. Μπορεί όμως να προκληθεί και από τον ίδιο τον ενδιαφερόμενο. Χρειάζεται δυο μπάλες του τένις μέσα σε μια αθλητική κάλτσα δεμένη στην άκρη ή μια ειδική συσκευή που λέγεται Still Point Inducer και πωλείται από το Ινστιτούτο Upledger.

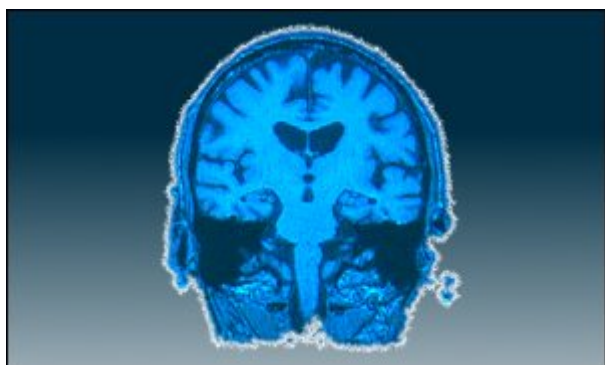


Απλά επιλέγεται μια αναπαυτική επιφάνεια (καναπέ, κρεβάτι ή ακόμα και στο πάτωμα), και ξαπλώνεται ανάσκελα. Τοποθετείται την συσκευή κάτω από το κεφάλι σας, στην ίδια ευθεία με τα αυτιά σας, επιτρέποντας το βάρος του κεφαλιού να αναπαυθεί πάνω της. Κλείστε τα μάτια σας και χαλαρώστε για 10 έως 20 λεπτά της ώρας. Το «Σημείο Ηρεμίας» μπορεί να γίνεται από όλους τους ανθρώπους έως και τέσσερις φορές την ημέρα.

Αντενδείκνυται σε περιπτώσεις εσωτερικής αιμορραγίας στο κεφάλι, σε πρόσφατο εγκεφαλικό επεισόδιο ή πρόσφατο τραυματισμό στο κεφάλι και σε περιπτώσεις όγκου του εγκεφάλου.

Κρανιοϊερή Θεραπεία και η λειτουργία του Εγκέφαλου

Όταν ζητήθηκε από τον Dr. Paul Swingle, PhD, FCPA, RPsych, επικεφαλή του τμήματος κλινικής Ψυχοφυσιολογίας του McLean Hospital (το μεγαλύτερο Ψυχιατρικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου του Harvard),



να μετέχει σαν σύμβουλος σε ένα ερευνητικό πρόγραμμα, που σχεδίαζε ένας Οστεοπαθητικός στην Ιατρική Σχολή του New England και ήθελε να μελετήσει την επίδραση της Κρανιοϊερής Θεραπείας (CST) στην λειτουργία του εγκέφαλου, τόσο του ασθενή, όσο και του θεραπευτή στην διάρκεια μιας τυπικής συνεδρίας, παραξενεύτηκε καθώς όπως είπε «μέχρι εκείνη την στιγμή, θεωρούσα την Κρανιοϊερή Θεραπεία σαν μια καθαρή ανοησία». Παρόλα αυτά συμφώνησε να μετρήσει την λειτουργικότητα του εγκέφαλου κατά την διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας.



«Αυτά που βρήκα με ταρακούνησαν», είπε «Με όλους τους απαραίτητους πειραματικούς ελέγχους, διαπίστωσα μια σημαντική αλλαγή στο εύρος των ΑΛΦΑ εγκεφαλικών κυμάτων (8 με 12 κύκλους το δευτερόλεπτο, σχετίζονται με την χαλάρωση την έμπνευση και την μάθηση), που ήταν σε άμεση σχέση με την Κρανιοϊερή Θεραπεία. Δεν γνώριζα ακριβώς τι έκανε αυτή η τεχνική, αλλά τα αποτελέσματα με εντυπωσίασαν τόσο, που αμέσως παρακολούθησα μαθήματα Κρανιοϊερής Θεραπείας του Ινστιτούτου Upledger”.



Αυτά συνέβησαν πριν τέσσερα χρόνια. Από τότε ο Dr. Swingle εφαρμόζει την Κρανιοϊερή Θεραπεία για να βοηθήσει την αλλαγή

της λειτουργίας του εγκεφάλου, θεραπεύοντας ένα ευρύ φάσμα δυσλειτουργιών. **«Κατά την διάρκεια της θεραπείας λαμβάνω Ηλεκτροεγκεφαλικές μετρήσεις (EEG). Μερικές από τις περισσότερο σημαντικές επιδράσεις στον εγκέφαλο είναι η αξιοσημείωτη αύξηση του εύρους των ΘΗΤΑ (theta, 4 με 8 κύκλους το δευτερόλεπτο, ελαφρύς ύπνος, σχετίζονται με την φαντασία και την έμπνευση, ενώ είναι κυρίαρχα στα παιδιά ηλικίας 2 έως 5 ετών), και ΑΛΦΑ (alpha) εγκεφαλικών κυμάτων (8 – 12Hz, ελαφριά χαλάρωση), κατά την διάρκεια της τεχνικής – παύσης του Κρανιοϊερού Ρυθμού – (still point)»**, ισχυρίζεται ο **Dr. Swingle**, που τώρα είναι κλινικός ψυχονευροφυσιολόγος στο Vancouver, με ειδικότητα στο Biofeedback.



Κάποτε σκεπτικιστής σήμερα υποστηρικτής ο Dr. Swingle συνιστά την Κρανιοϊερή θεραπεία σαν μέρος της συνολικής αντιμετώπισης αρκετών παθήσεων. «Με την συνεργασία επιτυγχάνεται αποδοτική και μόνιμη επανόρθωση πολλών δυσλειτουργιών, που συνδέονται με την ανώμαλη λειτουργία του εγκεφάλου».

Διαδικασία αξιολόγησης στη κρανιοϊερή θεραπεία

Κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης στη Κρανιοϊερή Θεραπεία, ο θεραπευτής με απαλό άγγιγμα σε διάφορα σημεία, ψηλαφίζει το σώμα του ασθενή για να εκτιμήσει τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του Κρανιοϊερού Ρυθμού, ώστε μέσω αυτού να εντοπίσει τυχόν περιορισμούς που εμποδίζουν την λειτουργική κινητικότητα του κρανιοϊερού συστήματος, άλλων περιοχών του σώματος, ιστών, οργάνων και ενέργειας. —

Η αξιολόγηση μας δίνει σημαντικές πληροφορίες, καθώς όλο το σώμα επηρεάζεται από την ρυθμική δραστηριότητα του κρανιοϊερού ρυθμού, στο οποίο εκτιμάται η συμμετρία, η ποιότητα, το πλάτος και ο ρυθμός. Τα παραπάνω μας βοηθούν στον εντοπισμό της περιοχών δυσλειτουργίας στο σώμα του ασθενή.

Ένα άλλο ενδιαφέρον μέρος της αξιολόγησης στη Κρανιοϊερή Θεραπεία αφορά το μυο-περιτοναϊκό σύστημα. Η περιτονία διατρέχει ως ένα συνεχές δίκτυο τους ιστούς, σε ολόκληρη την έκταση του σώματος, ενώ κάτω από φυσιολογικές συνθήκες, παραμένει σε κάποιο βαθμό ελαστική. Ήπια έλξη πάνω στη περιτονία, σε τυχαίες διευθύνσεις, από διάφορες θέσεις, βοηθάει στον εντοπισμό περιοχών με περιορισμό της ελαστικότητας. Αυτές οι περιοχές, ερμηνεύονται ως πάσχουσες περιοχές ή υπολείμματα από ήδη προηγούμενες θεραπευμένες παθήσεις.

Ο διαχωρισμός των ενεργών προβλημάτων από τα υπολειμματικά γίνεται με μία τεχνική που ονομάζεται “arcing”, την οποία παρουσίασε ο εμπνευστής της Κρανιοϊερής Θεραπείας Dr. John Upledger και ο βιοφυσικός Zvi Karni στο Michigan State University.

Με τη βοήθεια μηχανό-ηλεκτρικής παρακολούθησης, διαπίστωσαν, ότι «ενεργειακά πεδία» που βρίσκονται μέσα στο σώμα ή έξω από αυτό, μπορούν να ψηλαφισθούν από εκπαιδευμένους θεραπευτές. Η τεχνική “arcing” απαιτεί ο θεραπευτής να μπορεί να αισθανθεί την παρεμβολή των «ενεργειακών κυμάτων» που δημιουργούνται από μια ενεργή πάθηση, η οποία τείνει να τοποθετείται πάνω από τις φυσιολογικές ήπιες κινήσεις του σώματος. Ο θεραπευτής ακολουθώντας τα ίχνη προσπαθεί να εντοπίσει την πηγή που τα προκαλεί.

Η πηγή θεωρείται ότι είναι ο βασικός πυρήνας που περιβάλλει το πρόβλημα, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις βρίσκεται μακριά από την περιοχή που γίνονται αντιληπτά τα συμπτώματα από τον ασθενή. Συνήθως η ενεργή πάθηση κυριαρχεί καταφανώς πάνω στις φυσιολογικές δραστηριότητες ή άλλες ήπιες ενεργειακές λειτουργίες και πατέντα. Όταν ο θεραπευτής εντοπίσει αυτές τις περιοχές προσπαθεί, μέσω της κρανιοϊερής θεραπείας, να αποκαταστήσει την λειτουργικότητα. Οι προσπάθειες του τις περισσότερες φορές προκαλούν είτε τμηματική, είτε συνολική απελευθέρωση. Και στις δυο περιπτώσεις συχνά το αποτέλεσμα είναι η αποκάλυψη βαθύτερων προβλημάτων ή παθήσεων, για τις οποίες η δυσλειτουργία που μόλις αποκαταστάθηκε έπαιζε προσαρμοστικό ρόλο.

Ο θεραπευτής ακολουθεί αυτή τη σειρά, «στρώμα – στρώμα», μέχρι να φτάσει στο αρχικό και βασικό πρόβλημα. Αυτό μπορεί να συμβεί από την πρώτη επαφή με τον ασθενή ή να απαιτούνται περισσότερες συνεδρίες ώστε να αποκαλυφθεί. Ο βασικός στόχος είναι η λειτουργική Αποκατάσταση του Κρανιοϊερού συστήματος, ώστε να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητα του φυσικού αμυντικού μηχανισμού του σώματος που θα οδηγήσει στην «αυτοδιόρθωση» των συμπτωμάτων του ασθενή.

Ο ρόλος του Κρανιοϊερού Συστήματος

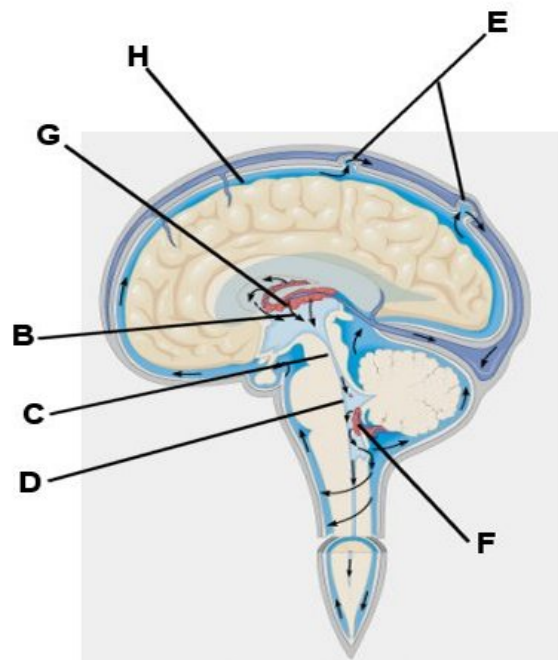
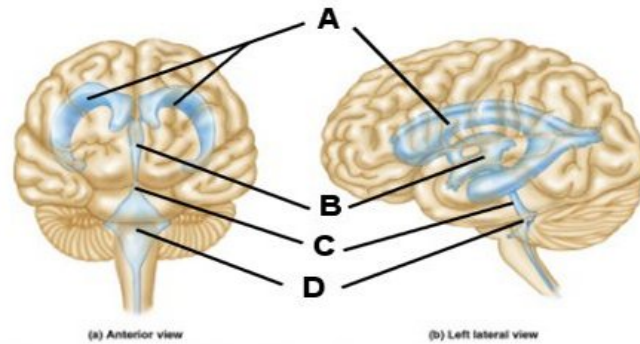
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΕΙ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ Η ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ Dr. John Upledger

Ο Εγκέφαλος και ο Νωτιαίος Μυελός – οι δυο βασικές συνιστώσες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) – απαιτούν ένα ισορροπημένο φυσιολογικό περιβάλλον, ώστε να λειτουργήσουν αποτελεσματικά. Το Κρανιοϊερό Σύστημα είναι κατά κύριο λόγο υπεύθυνο να παρέχει αυτό το περιβάλλον.



Το Κρανιοϊερό Σύστημα, είναι ένα φυσιολογικό σύστημα που πληροί τα κριτήρια για να χαρακτηριστεί ως ένα **Ημίκλειστο Υδραυλικό Σύστημα**. Περιβάλλεται από ένα αδιάβροχο τοίχωμα, που σχηματίζει η εξωτερική επιφάνεια των μηνίγγων η **Σκληρά Μήνιγγα** (dural mater or dural membrane). Η ελεγχόμενη ροή υγρών στο

Κρανιοϊερό Σύστημα παρέχεται κυρίως από το Χοριοειδές Πλέγμα, ενώ η ελεγχόμενη εκροή παρέχεται σε μεγάλο μέρος από το Αραχνοειδές Κοκκιώδες Σύστημα. Το υγρό αυτό είναι το Εγκεφαλονωτιαίο Υγρό (ΕΝΥ), το οποίο αποστάζεται από το αίμα μέσω του Χοριοειδούς Πλέγματος και επιστρέφει στο αίμα με το Αραχνοειδές Κοκκιώδες Σύστημα.



Η απόσταξη και η απορρόφηση του ΕΝΥ οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην οσμωτική πίεση και σε ένα ειδικό μηχανισμό μεταφοράς. Ο *Dr. Upledger* έχει αναγνωρίσει ιδιοδεκτικούς νευρώνες από την *Οβελιαία Ραφή* έως τις *Κοιλίες του Εγκεφάλου*, οι οποίοι ελέγχουν αυτήν την λειτουργία μέσω μηχανισμού επανατροφοδότησης. Η αύξηση του όγκου του ΕΝΥ, προκαλεί αύξηση της υδροστατικής πίεσης, η οποία διευκολύνει την κυκλοφορία του υγρού μέσα στο σύστημα. Ταυτόχρονα προκαλεί διάταση της *Οβελιαίας Ραφής*. Η διάταση της ραφής διεγείρει τους

αισθητικούς νευρώνες που υπάρχουν σε αυτήν προκαλώντας την ενεργοποίηση του Αραχνοειδούς Κοκκιώδους Συστήματος, με αποτέλεσμα την απορρόφηση του ΕΝΥ και μείωση της υδροστατικής πίεσης. Η μείωση της πίεσης προκαλεί σύγκλιση της Οβελιαίας Ραφής, άρα αναχαίτιση της λειτουργίας των νευρώνων και εκ νέου ενεργοποίηση του Χοριοειδούς πλέγματος για την παραγωγή ΕΝΥ (Pressurestat model), και ούτω καθεξής.



Οι λειτουργίες του ΕΝΥ εκτελούνται καθώς αυτό κυκλοφορεί εντός του Κρανιοϊερού Συστήματος. Κυκλοφορεί μεταξύ των κυττάρων του Εγκεφάλου και του Νωτιαίου Μυελού, γεμίζοντας το χώρο μεταξύ τους. Διαπερνά επίσης τις κυτταρικές μεμβράνες, εισχωρώντας στον ενδοκυτταρικό χώρο, παρόλο που αυτή η είσοδος είναι εκλεκτική, αποκλείοντας κάποια συστατικά του.

Κάποιες από τις βασικές λειτουργίες του ΕΝΥ είναι:

1. Επιπλέει ο Εγκέφαλος, μειώνοντας τα αποτελέσματα της βαρύτητας κατά 75% – 80%.
2. Αποσβένει του κραδασμούς, προστατεύοντας τον Εγκέφαλο από τραυματισμούς.
3. Παρέχει θρεπτικά συστατικά στον Εγκέφαλο, τον Νωτιαίο Μυελό, στην Υπόφυση και τον αδένα της Επίφυσης.
4. Απομακρύνει τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού.
5. Λιπαίνει τον χώρο μεταξύ των κυττάρων του ΚΝΣ , αποφεύγοντας την τριβή ή την ακατάλληλη επαφή, που μπορεί να επηρεάσει την μεταφορά των ηλεκτρικών νευρικών φορτίων ή ακόμα την φθορά των κυτταρικών τοιχωμάτων.
6. Διατηρεί την κατάλληλη συγκέντρωση ιόντων, απαραίτητο για την δημιουργία και μεταφορά των νευρικών ερεθισμάτων, ώστε να μπορούμε να σκεπτόμαστε, να θυμόμαστε, να αισθανόμαστε και να κινούμαστε.

Η Σκληρά Μήνιγγα σχηματίζει μια «εσωτερική φόδρα» για αρκετά

κρανιακά οστά. Συνδέεται επίσης με συγκεκριμένες περιοχές του σπονδυλικού καναλιού. Αυτές οι περιοχές είναι αραιές σε σχέση με τις ενδοκρανιακές συνδέσεις, επιτρέποντας τις κινήσεις της σπονδυλικής στήλης. Ο περιορισμός της ελαστικότητας της Σκληράς Μήνιγγας για οποιονδήποτε λόγο, προκαλεί περιορισμό της λειτουργικότητας του Κρανιοϊερού Συστήματος, με επιπτώσεις στο ΚΝΣ , στο ενδοκρινολογικό σύστημα και το αμυντικό σύστημα του οργανισμού.

Ο όγκος του ΕΝΥ μέσα στο Κρανιοϊερό σύστημα συνεχώς και ρυθμικά αυξάνεται και μειώνεται με συχνότητα 6 έως 12 κύκλους το λεπτό. Αυτή η συνεχής αλλαγή του όγκου απαιτεί από τα όρια των μεμβρανών συνεχή απόσβεση, ώστε να αποτραπεί η αύξηση της πίεσης που ασκείται στον ευαίσθητο Εγκέφαλο και τον Νωτιαίο Μυελό. Μέρος αυτής της απόσβεσης γίνεται από τις ραφές που υπάρχουν μεταξύ των οστών του κρανίου, που επιτρέπουν μια ελαφρά κίνηση, σε αντίθεση με ό τι πίστευαν παλαιότερα.

Παθολογικά αίτια, δυσλειτουργία ή τραυματισμός μπορεί να προκαλέσουν περιορισμό της κινητικότητας των οστών του κρανίου, της σπονδυλικής στήλης ή της λεκάνης. Προκαλείται τότε δυσλειτουργία του Κρανιοϊερού Συστήματος άρα και του ΚΝΣ που μπορεί να εκδηλωθεί με αισθητικές, κινητικές ή νευρολογικές διαταραχές.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία επικεντρώνεται στα εξής:

1. Στον έλεγχο του περιορισμού της κινητικότητας όλων των οστών που σχετίζονται με το Κρανιοϊερό Σύστημα (κρανίου, προσώπου, σπονδυλικής στήλης και λεκάνης). Χωρίς να εφαρμόσει ανατάξεις ή κινητοποίηση (manipulation) σε αυτά καθαυτά τα οστά, ο θεραπευτής ασχολείται με οποιονδήποτε παράγοντα μπορεί να συνεισφέρει στην διευκόλυνση της κινητικότητας τους. Είναι συνηθισμένο να προκαλείται περιορισμός στη κινητικότητα των κρανιακών ραφών εξαιτίας τραυματισμού, χειρουργικής επέμβασης, κατάγματος ή άλλης κάκωσης. Όλα τα οστά που σχετίζονται με το Κρανιοϊερό Σύστημα

είναι ευάλωτα στην αυξημένη τάση, που προκαλείται από τους μύες, τους τένοντες, τους συνδέσμους και την περιτονία, που έρχονται σε επαφή μαζί τους. Ακόμα μπορεί να μειωθεί η κινητικότητα τους, λόγω περιορισμού της κινητικότητας σε άλλα οστά με τα οποία αρθρώνονται. Για παράδειγμα το κάτω άκρο μπορεί να επηρεάσει την λεκάνη, η οποία με την σειρά της να επηρεάσει το Ιερό οστό, με το οποίο συνδέεται η Σκληρά Μήνιγγα. Το αποτέλεσμα είναι αυξημένη τάση και διαταραχή της λειτουργικότητας του Κρανιοϊερού Συστήματος. Ο θεραπευτής εντοπίζει αυτούς τους παράγοντες που συνεισφέρουν στην διαταραχή με σκοπό να αποκαταστήσει την λειτουργικότητα, όπου αυτό είναι δυνατόν. Για τον λόγο αυτόν αξιολογεί και εργάζεται με σκοπό να αποκαταστήσει την συνολική λειτουργική κινητικότητα του σώματος. Αν αυτό δεν είναι δυνατόν, ο θεραπευτής βοηθάει το σώμα να αναπτύξει τον καλύτερο μηχανισμό που θα του επιτρέψει να περιορίζει την λειτουργικότητα του Κρανιοϊερού Συστήματος όσο το δυνατόν λιγότερο.



2. Στον έλεγχο του περιορισμού της ελαστικότητας του συστήματος των σπονδυλικών μεμβρανών. Το σύστημα των σπονδυλικών μεμβρανών πρέπει να είναι ελαστικό ώστε να επιτρέπει την ελεύθερη κίνηση της σπονδυλικής στήλης, ενώ δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι επεκτείνεται μέσα στην κοιλότητα του κρανίου. Παράγοντες που περιορίζουν αυτήν την ελαστικότητα είναι, η μειωμένη κινητικότητα των οστών, αλλά και η παρουσία μη φυσιολογικών μορφών τάσης των ίδιων των μεμβρανών (σχηματισμός

συμφύσεων λόγω μόλυνσης, χειρουργικής επέμβασης, μικροτραυματισμού και εναπόθεση τοξικών ουσιών). Αυτή η αυξημένη τάση συνήθως μεταφέρεται και στο εσωτερικό της

κοιλότητα του κρανίου.

3. Στην ελεύθερη ροή του Εγκεφαλονωτιαίου Υγρού και του αίματος. Η ελεύθερη ροή αυτών των υγρών είναι ζωτική για τον οργανισμό. Πολλές τεχνικές της Κρανιοϊερής Θεραπείας επικεντρώνονται στην βελτίωση της κυκλοφορίας του αίματος στο ΚΝΣ.

4. Η **ΨυχοΣωματική Απελευθέρωση (SomatoEmotional Release)** είναι η θεραπευτική διαδικασία, που διευκολύνει το σώμα και την σκέψη να απαλλαγούν από την δράση των υπολειμματικών επιδράσεων, ενός προηγούμενου φυσικού ή συναισθηματικού τραύματος μαζί με την συναισθηματική εμπειρία του. Λειτουργεί συμπληρωματικά με την Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr. J. Upledger, διευρύνοντας και προωθώντας την αποτελεσματικότητα της. Πολλά από τα τραύματα που βιώνουμε στην διάρκεια της ζωής μας, είτε είναι καθαρά συναισθηματικά, είτε έχουν ένα σημαντικό συναισθηματικό φόντο, είτε προκαλούν συναισθηματικές αντιδράσεις. Η φιλοσοφία της ΨυχοΣωματικής Απελευθέρωσης (SomatoEmotional Release – SER) στηρίζεται στην άποψη ότι οι άνθρωποι μερικές φορές μεταφέρουν μια συναισθηματική εμπειρία στο σώμα, γεγονός που οδηγεί στην απώλεια της λειτουργικής αρμονίας σε κάποιο όργανο ή στον συνδετικό ιστό, με επακόλουθο την εξασθένηση και την πιθανή παθολογία. Δουλεύοντας ο εκπαιδευμένος θεραπευτής με τα χέρια του, βοηθούμενος μερικές φορές από τον **Θεραπευτικό Διάλογο**, είναι δυνατόν να επιτύχει τη απελευθέρωση του προσβεβλημένου ιστού, ταυτόχρονα με την απομάκρυνση του συναισθηματικού υπόβαθρου.

Πολλά συστήματα του οργανισμού επηρεάζονται θετικά από την Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr. J. Upledger.

Βασικά η Κρανιοϊερή Θεραπεία διευκολύνει και ενισχύει τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του σώματος, ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει, όπως εκείνος ξέρει καλύτερα από όλους τους άλλους, τα προβλήματα του. Με την θεραπεία προσπαθούμε να περιορίσουμε τους παράγοντες εκείνους που περιορίζουν την λειτουργικότητα του Κρανιοϊερού Συστήματος. Ενισχύοντας την λειτουργικότητα του, βελτιώνουμε την κυκλοφορία τόσο του

Εγκεφαλονωτιαίου Υγρού, όσο και του αίματος, στον Εγκέφαλο, στον Νωτιαίο Μυελό, στην Υπόφυση, στην Επίφυση, στο σύστημα των Κρανιακών Νεύρων, κ.α.

Μπορούμε με τον τρόπο αυτόν να βελτιώσουμε την λειτουργικότητα του Εγκεφάλου, του Νωτιαίου Μυελού, του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος, την όραση, την ακοή, την όσφρηση, την γεύση, το ενδοκρινολογικό σύστημα, το ανοσοποιητικό σύστημα και την ιδιοδεκτικότητα. Έμεσα επηρεάζει όλα τα άλλα συστήματα του οργανισμού, για τον λόγο αυτόν είναι εξαιρετικά χρήσιμη για τις περισσότερες χρόνιες καταστάσεις αλλά και για πρόληψη.

«Δίνουμε στους ασθενείς ψεύτικες ελπίδες;»

Του Dr. John Upledger

Πριν λίγο καιρό κάποιος με ρώτησε εάν θεωρώ ότι με τη Κρανιοϊερή Θεραπεία δίνω στους ασθενείς ψεύτικες ελπίδες. Πολύ καλή ερώτηση!

Πιστεύω μου είναι ο καθένας έρχεται σε κάποια συγκεκριμένη παθολογική διαδικασία με ένα μοναδικό τρόπο. Έτσι άνθρωποι με ουσιαστικά την ίδια διάγνωση μπορεί να ανταποκρίνονται τελείως διαφορετικά στην Κρανιοϊερή Θεραπεία.

Με δεδομένη αυτή την απόκλιση και την απόλυτη ατομική ανταπόκριση στη θεραπεία, συμπεραίνουμε ότι πάντοτε είναι πιθανό να έχουμε θετικά αποτελέσματα.

Έχοντας την προσοχή μας να μην έχουμε, ούτε να δίνουμε σε κανένα μη ρεαλιστικές προσδοκίες, δεν πρέπει ποτέ να περιορίζουμε τι είναι πιθανόν να συμβεί.

Απλά εφαρμόζουμε την εργασία μας στον αντισταθμιστικό μηχανισμό του σώματος και παρατηρούμε με ποιο τρόπο το σώμα αυτό-διορθώνεται ή εξισορροπείται. Η ανταπόκριση του σώματος μας πληροφορεί για τα επακόλουθα των συνεδριών μας.

Δίνουμε λοιπόν στους ασθενείς ψεύτικες ελπίδες;

Όχι. Τους δίνουμε ελπίδα!!!