

Nowoczesne metody fizjoterapii – terapia czaszkowo-krzyżowa

Modern methods of physiotherapy – craniosacral therapy

Centrum Fizjoterapii Masażu i Terapii Manualnej Meridian, Białe Błota

KEY WORDS

craniosacral therapy,
psycho-somatic pains,
somato-emotional release
relaxing fascia

SUMMARY

The craniosacral therapy developed from classical osteopathy in the first half of the 20th century. William Sutherland, and our contemporary John Upledger, are considered to be its pioneers.

It is a method of treatment, which improves the health and physiological functions of human body. It can be used with children in infancy. The therapist, by applying their hands in particular places, influences the whole body. It affects the patient by relaxing the dura mater of the spinal cord and the brain, and removes the tension in the fascia surrounding the inner organs, muscles and joints.

The therapy deals also with removing energetic cysts, which appear in human body, most often due to simultaneous physical injuries and traumatic experiences. It develops into somato-emotional relaxation, which aims at removing tension in the fascia, resulting from mental trauma and from psychosomatic pains.

The aim of this work is to present the main objectives of craniosacral therapy. Today in Poland, the therapy has not been very popular, among both the therapists and patients.

Another aim of the work is to highlight the exceptional character of the craniosacral therapy, which focuses on 'no-man's land', that is, it deals with treatment of ailments which are too physiotherapeutic for psychologists, and too psychological for psychotherapists.

The craniosacral therapy differs from other methods of treatment dealing with energetic changes and removing pathological tensions in the whole of the fascia. Whereas, other methods used by physiotherapists begin working with the patient much later, after functional and structural changes have already appeared and cannot be fully removed. Hence, the human body will not be able to retrieve its full fitness.

WSTĘP

Podstawy współczesnej medycyny manualnej stworzył w XIX wieku amerykański lekarz Andrew Still, który zainteresował się dziełami medycznymi Hipokratesa oraz leczeniem „ręcznym”. Stworzył on pierwszą szkołę osteopatii. Sto lat później powstał zawód osteopaty, uznawany w USA za równoważny lekarzowi (1). Na początku XX wieku kilku osteopatów przybyło do Londynu, gdzie w 1917 roku założyli pierwszą w Europie szkołę osteopatii (1).

W oparciu o klasyczną osteopatię w latach trzydziestych XX wieku powstała osteopatia czaszkowa, przekształcona później w terapię czaszkowo-krzyżową lub kranio-sakralną (2). Początki terapii kranio-sakralnej należy łączyć z osobą Williama Garnera Sutherlanda, natomiast jego kontynuatorem jest żyjący współcześnie John Upledger (3).

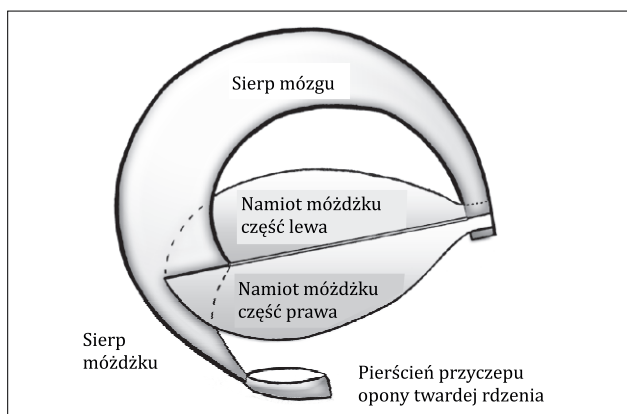
GŁÓWNE ZAŁOŻENIA TERAPII CZASZKOWO-KRZYŻOWEJ

Terapia kranio-sakralna jest metodą leczenia, która poprzez nakładanie rąk w ściśle określonych miejscach na ciele człowieka służy poprawie stanu zdrowia. Jej filozofią jest używanie przez terapeutów bardzo lekkiego nacisku rąk, aby w jak najmniejszym stopniu ingerować w krążenie płynu mózgowo-rdzeniowego (4). Nacisk rąk terapeuty powinien wynosić około 5 gramów. Jest to siła potrzebna do podniesienia monety dwugroszowej (5).

Terapia kranio-sakralna skupia się na kilku obszarach oddziaływania na organizm człowieka. Cele działania tej metody leczenia są następujące:

1. Przywrócenie prawidłowego – fizjologicznego – obiegu płynu mózgowo-rdzeniowego w systemie kranio-sakralnym (5).

2. Sprawdzenie, czy w szwach nie występują dystorsje i przywrócenie ruchomości kości czaszki (6).
3. Poprawa mobilności i sprawności ośrodkowego układu nerwowego. Na układ nerwowy człowieka bardzo duży wpływ mają napięcia struktur łącznotkankowych, które znajdują się w głowie. Do struktur tych należą: sierp mózgu i mózdzku, namiot mózdzku oraz przepona siodła tureckiego. Tkanki te przyczepione są do kości czaszki i oddziałują na siebie wzajemnie (7).
4. Znajdowanie restrykcji powięziowych i ich rozluźnianie. Odnosi się to zarówno do powięzi przebiegających podłużnie w ciele człowieka, jak również do poprzecznych membran umiejscowionych w tułowiu oraz w kończynach. W tułowiu znajdują się poprzeczne membrany na wysokości: miednicy, przepony, górnego otworu klatki piersiowej oraz przejścia potyliczno-szyjnego. Natomiast w kończynie górnej są one umiejscowione w okolicy dołu pachowego, dołu łokciowego i nadgarstka. W kończynie dolnej zaś poprzeczne błony łącznotkankowe położone są na wysokości pachwiny, dołu podkolanowego oraz stawu skokowego (6).
5. Diagnostyka i terapia *dura mater*. Opona twarda dochodzi aż do kości krzyżowej, stąd terapia ta zajmuje się także leczeniem całego kręgosłupa, z *os sacrum* włącznie (ryc. 1) (6).



Ryc. 1. Wewnątrzczaszkowy system membran mózgu. Źródło: archiwum własne.

WSKAZANIA DO STOSOWANIA TERAPII

Wskazaniami do stosowania terapii są:

- bóle głowy i migreny,
- bóle kręgosłupa i pleców,
- bóle i zaburzenia menstruacji oraz bóle piersi występujące przed menstruacją,
- bóle bez konkretnych przyczyn – tak zwane dolegliwości psychosomatyczne,
- stan po zapaleniu opon mózgowych,
- nerwice,
- nadpobudliwość i nadruchliwość dzieci,
- zaburzenia koncentracji (także osób starszych),
- moczenie nocne dzieci,
- zaburzenia snu,
- dysleksje,

- tiki,
- jąkanie się,
- zaburzenia trawienia,
- alergie,
- rozluźnienie miednicy jako przygotowanie do porodu,
- skoliozy i wady postawy (5, 6, 8),
- bóle stawów skroniowo-żuchwowych oraz bruksizm – zgrzytanie zębami w czasie snu (9),
- dzieci z trudnościami w uczeniu się oraz z cechami upośledzenia umysłowego (10),
- ciężkie porody, wady okołoporodowe i rozwojowe dzieci (6, 10-12),
- autyzm (trwają aktualnie badania potwierdzające skuteczność terapii kranio-sakralnej) (13).

PRZECIWSKAZANIA

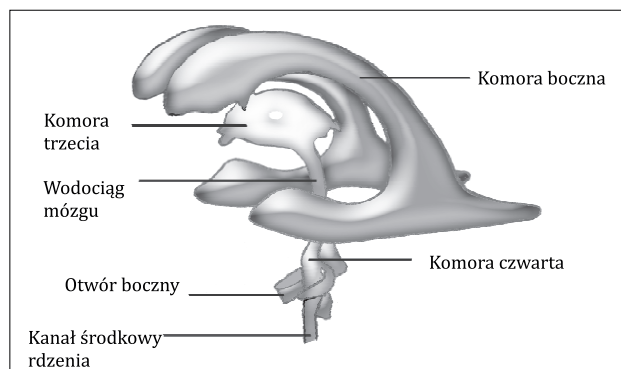
Przeciwwskazaniami do stosowania terapii są:

- zapalenie opon mózgowych w ostrym okresie,
- niewygojone rany czaszki,
- guzy występujące w czaszce,
- tętniaki,
- udar niedokrwienny i krwotoczny mózgu w początkowej fazie,
- wodogłowie bezkomorowe,
- ostre stany zapalne, przykładowo stawów,
- wysoka temperatura,
- choroby psychiczne (schizofrenia, psychoza maniako-depresyjna),
- świeże urazy ortopedyczne do 48 godzin (7, 8, 10, 14),
- przepuklina rdzenia przedłużonego (10).

SYSTEM CZASZKOWO-KRZYŻOWY

System kranio-sakralny jest stosunkowo niedawno odkrytym systemem krążenia fizjologicznego. Jest on półzamkniętym systemem hydraulicznym położonym w mocnej i nieprzepuszczalnej dla wody oponie twardej. Membrana ta otacza szczelnie mózg i rdzeń kręgowy. W skład tego systemu wchodzi: komory boczne mózgu, komora trzecia, wodociąg mózgu, komora czwarta, jama podpajęczynówkowa mózgu i rdzenia kręgowego, kanał środkowy rdzenia oraz otaczające struktury kostne (ryc. 2) (9).

Podstawową funkcją systemu kranio-sakralnego jest produkcja, cyrkulacja, oczyszczanie i resorpcja płynu mózgowo-rdzeniowego (12). Płyn ten wytwarzany jest w komorach



Ryc. 2. Komory mózgu. Źródło: archiwum własne.

mózgu i tworzy obszar, w którym mózg oraz rdzeń kręgowy rozwijają się i prawidłowo funkcjonują. Płyn mózgowo-rdzeniowy powstaje głównie z osocza krwi, które jest filtrowane w ilości około 0,5 cm³ na minutę (5).

RYTM KRANIO-SAKRALNY

Rytm kranio-sakralny związany jest z produkcją i wchłanianiem płynu mózgowo-rdzeniowego. Występuje on u człowieka cyklicznie w fazach następujących po sobie. Przy produkcji dochodzi do wzrostu ciśnienia i rozciągnięcia całego systemu kranio-sakralnego. Przy resorpcji ciśnienie zmniejsza się wraz z kurczeniem półzamkniętego systemu hydraulicznego (5).

Ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego jest regulowane przez rozszerzanie i kurczenie receptorów nerwowych znajdujących się w szwie strzałkowym (14).

Podobnie jak oddychanie i bicie serca, rytm kranio-sakralny można wyczuć na całym ciele. Posiada on swój charakter i wyczuć zakłóceń w jego pracy daje możliwość znalezienia zmian funkcjonalnych i chorobowych w organizmie człowieka.

W fazie wypełniania następuje wzrost ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, któremu towarzyszy wzrost objętości głowy, możliwy dzięki ruchomości szwów czaszkowych. Faza ta nazywana jest „wypełnianiem”, „fleksją” lub „rotacją zewnętrzną”, ponieważ w jej czasie dochodzi do rozciągnięcia całego ciała oraz rotacji zewnętrznej kończyn.

Po fazie wypełniania następuje od razu faza resorpcji, nazywana także „opróżnianiem”, „ekstensją” lub „rotacją wewnętrzną”. W jej czasie następuje z kolei „kurczenie” się całego ciała i rotacja wewnętrzna kończyn (14).

Terminy „fleksja” i „ekstensja” odnoszą się do ruchów kości klinowej i kości potylicznej względem siebie w fazie wypełniania i opróżniania krążącego płynu mózgowo-rdzeniowego.

Krążenie kranio-sakralne charakteryzują cztery parametry: amplituda, siła, symetria oraz częstotliwość (5, 6).

Prawidłowy rytm czaszkowo-krzyżowy wynosi od 6 do 10 razy na minutę (3, 5). Różnice indywidualne mogą więc wynosić 3-4 sekundy. Przykładowo przy rytmie 6 razy na minutę faza wypełniania trwa 5 sekund, opróżniania także 5 sekund. Rytm cechuje bardzo duża równomierność pracy, a jego zmiany następują bardzo powoli i w długim czasie.

Mogą występować odchylenia w pracy rytmu kranio-sakralnego. Dotyczy to długotrwałych stanów chorobowych. W stanach przewlekłych częstotliwość rytmu obniża się. Przy długo występujących stanach depresyjnych częstotliwość rytmu także stopniowo maleje, nawet do 2 cykli na minutę (4). Z kolei w ostrych stanach chorobowych, gorączce, guzach mózgu częstotliwość rośnie. W chorobach reumatycznych rytm może występować z częstotliwością nawet do 30 razy na minutę (4).

SYSTEM POWIĘZIOWY

Jednym z głównych celów terapii kranio-sakralnej jest praca z powięziami, chroniącymi i scalającymi całe ciało. Powięzie łączące się w jedną całość otaczają każdą część ludzkiego organizmu, każdy narząd wewnętrzny. Tworzą się

krzyżujących się ze sobą śliskich błon łącznotkankowych. Każdy organ i narząd ciała posiada swoją własną powłokę powięziową, powstającą w wyniku oddzielenia dwóch lub większej liczby powięzi (6).

Powięzie są tkanką łączną, chroniącą ciało człowieka przed rozpadnięciem. Mocują i trzymają narządy wewnętrzne i nie pozwalają przykładowo sercu przesunąć się do brzucha lub jelitom opaść do miednicy. Każda kość, mięsień i nerw mają swoje powięzie, które decydują o stopniu ruchomości i napięciu danego elementu organizmu.

W terapii kranio-sakralnej wyróżnia się następujące cechy budowy powięzi (5, 9):

1. Większość powięzi posiada pionowy kierunek ułożenia włókien.
2. Na kilku poziomach ludzkiego organizmu powięzie ułożone są poziomo w celu zapobiegania nadmiernej rozszerzaniu się ciała na boki. Występują w okolicy przejścia potyliczno-kręgowego, górnego otworu klatki piersiowej, przepony oraz miednicy.
3. Powięzie budują połączony system, który nie posiada końca ani początku.
4. Ruchomość powięzi umożliwia ruchy klatki piersiowej w czasie oddychania czy też bicie serca. Nie stawiają przy tym żadnego oporu bądź jest on minimalny. Do ruchów powięzi można też zaliczyć rotację wewnętrzną i zewnętrzną całego ciała, zgodną z „wypełnianiem” oraz „opróżnianiem” całego systemu kranio-sakralnego.

Układ powięziowy buduje przestrzeń potrzebną do przepływu płynów ustrojowych. Każda komórka posiada osłonkę łącznotkankową i zanurzona jest w płynie. Płyny ustrojowe przenoszą substancje odżywcze. Jeżeli występuje zaburzenie w układzie powięziowym, to dochodzi do zakłócenia krążenia płynów, a to z kolei prowadzi do pogorszenia odżywiania komórkowego.

Według założeń terapii kranio-sakralnej powięzie posiadają trzy bardzo istotne cechy, o ogromnym wpływie na organizm człowieka (5, 7, 8).

Po pierwsze powięź nie ma początku i końca, ponieważ łączy się jedna z drugą i z kolejną, a ostatnia znowu z pierwszą.

Drugą cechą jest kodowanie przez powięzie i tkankę łączną informacji. System powięziowy jest systemem analogowym, a mózg systemem cyfrowym – nadrzędnym. Na organizm człowieka działają różne bodźce fizyczne takie jak uderzenia, urazy, rozcięcie skóry. Urazom tym towarzyszą także reakcje emocjonalne – złość, żal czy gniew. Dopiero takie połączenie bodźców fizycznych i emocjonalnych często powoduje powstanie i zakodowanie w tkance łącznej informacji, które powodują wytworzenie całego łańcuszka dolegliwości (6, 7). Zadaniem terapii kranio-sakralnej jest uwolnienie zapisu znajdującego się w powięziach. Leczenie bólów o niewiadomym pochodzeniu możliwe jest dopiero po uwolnieniu informacji zamkniętych w powięziach. Najlepsze efekty przyniesie w tym przypadku terapia kranio-sakralna, a szczególnie somato-emocjonalne rozluźnienie (5).

Ostatnią cechą powięzi jest przenoszenie z zewnątrz do wewnątrz i odwrotnie napięć oraz różnego rodzaju dolegliwości. Silne emocje rzutują na wszystkie warstwy

powięzi. Działają także na oponę twardą i w ten sposób mają bezpośredni wpływ na mózg. Ból może być przenoszony w inne, często odległe, obszary ciała człowieka. Dlatego też zlikwidowanie tego bólu wymaga znalezienia jego przyczyny.

TECHNIKI TERAPEUTYCZNE TERAPII

CZASZKOWO-KRZYŻOWEJ

Program 10 punktów

Program 10 punktów jest podstawowym elementem zabiegu terapii kranio-sakralnej. W jego skład wchodzi techniki diagnozujące cały organizm oraz techniki lecznicze.

W czasie zabiegu pacjent powinien leżeć wygodnie. Nie jest konieczne, aby się rozbierał, jedynie powinien zdjąć biżuterię, zegarek oraz pasek od spodni. Do ułożenia pacjenta wystarczy kozetka do masażu, do której terapeuta powinien mieć swobodny dostęp z każdej strony. Bardzo pomocny jest taboret na kółkach, z regulowaną wysokością siedziska. W trakcie terapii wykorzystuje się następujące techniki:

1. Punkt spoczynkowy (CV-4, stopy) – technika CV-4 jest kompresją czwartej komory mózgu.
2. Odprężenie przepon (1-4) – terapeuta zaczyna wykonywać badanie rytmu na całym ciele pacjenta. W tym celu przykładą ręce na bocznej części kolan, bioder, łuków żebrowych oraz na ramiona. Bada w ten sposób parametry rytmu kranio-sakralnego: amplitudę, symetrię, siłę i częstotliwość. Ważne jest sprawdzenie, czy rytm jest identyczny na poszczególnych poziomach ciała, a jego zakłócenia będą ważną wskazówką do terapii. Na tym etapie terapeuta bada elastyczność poszczególnych przepon i od razu wykonuje terapię, czyli ich odprężenie.
3. Opona twarda (potylicza i przejście lędźwiowo-krzyżowe) – technika ta ma za zadanie poprawę ruchomości całej opony twardej. Pomaga także w określeniu miejsca zmniejszonej ruchomości *dura mater*.
4. Czołowe podnoszenie (system pionowy membran) – celem tej terapii jest odprężenie sierpu mózgu, który w przedniej części przyczepiony jest do grzebienia koguciego kości czołowej. Dodatkowo technika poprawia ruchomość przy zablokowaniach szwu wieńcowego.
5. Ciemienniowe podnoszenie (system pionowy membran) – celem tej techniki jest odprężenie opon mózgu, w szczególności sierpu mózgu. Dodatkowo rozluźniane są dystorsje szwów klinowo-ciemienniowych, łuskowych oraz ciemienniowo-sutkowych. Technika ta, chociaż w mniejszym stopniu, oddziałuje także na szew wieńcowy i węglowy.
6. Kompresja i dekompresja kości klinowej i podstawy czaszki (poprzeczny system membran) – kość klinowa i kość potyliczna tworzą razem właściwą podstawę czaszki. Połączone są ze sobą chrząstkozrostem klinowo-potylicznym, który w wieku około 25 lat kostnieje, ale zachowuje zdolność ruchów w czasie „fleksji” i „ekstensji”, podobnie jak inne szwy czaszki (5). Położenie centralne kości klinowej i połączenia z innymi kośćmi wpływają na jej bardzo dużą rolę w systemie kostnym całej czaszki.

Dekompresja kości klinowej ma duży wpływ na rozluźnienie otaczających ją następujących kości: potylicznej

(chrząstkozrost klinowo-potyliczny), ciemienniowej (szew klinowo-ciemienniowy), skroniowej – część łuskowa (szew klinowo-łuskowy), skroniowej – część skalista (chrząstkozrost klinowo-skalisty), jarzmowej (szew klinowo-jarzmowy) i czołowej (szew klinowo-czołowy). Dodatkowo dekompresja będzie miała wpływ na części łącznotkankowe, znajdujące się w czaszce, do których zaliczyć można: namiot mózdzku i przeponę siódła tureckiego – bezpośredni wpływ na przysadkę oraz na sierp mózgu i mózdzku.

Między skrzydłem mniejszym i większym położona jest szczelina oczodołowa górna, przez którą przechodzą nerwy czaszkowe, takie jak: okoruchowy (III), błoczkowy (IV), pierwsza gałąź nerwu trójdzielnego (V) oraz odwodzący (VI). Oprócz tego przez tę szczelinę przechodzą naczynia krwionośne. Dekompresja także będzie miała wpływ rozluźniający na te struktury (5, 12).

7. Dekompresja kości skroniowej (poprzeczny układ membran).
8. Pozostałe techniki na kości skroniowe – dekompresja kości skroniowej ma wpływ na rozluźnienie namiotu mózdzku oraz działa na znajdujące się w tej okolicy nerwy czaszkowe: trójdzielny (V) i twarzowy (VII). W pobliżu przebiegają tętnice doprowadzające krew do korowych ośrodków mowy. Istnieje współzależność między napięciem tej okolicy a problemami pisania występującymi u dzieci (6). Odblokowanie tej kości jest bardzo ważne, gdyż w jej wnętrzu znajduje się ucho środkowe i wewnętrzne – narząd słuchu i równowagi.
9. Kompresja i dekompresja stawów skroniowo-zuchwowych – celem tej techniki jest rozluźnienie stawów skroniowo-żuchwowych oraz poprawa ich ruchomości. Dodatkowo praca w tej okolicy działa wyciszająco na cały układ wegetatywny, a tym samym uspokajająco na pacjentów.
10. Punkt spoczynkowy CV-4 – jest kontrolą rytmu kranio-sakralnego po zakończonej terapii.

Terapia cyst energetycznych

Terapia kranio-sakralna zajmuje się leczeniem napięć, które występują w ciele człowieka, często poza jego świadomością. Takie nieświadome napięcia może wywoływać cysta energetyczna.

Cysta energetyczna jest zamknięciem energii w ciele człowieka, prowadzącym do zwiększonego napięcia w danym obszarze, które organizm kompensuje innymi, odległymi częściami ciała. Przy długo utrzymującej się cyście dochodzi do zmian w tkance łącznej. Powstające napięcie przenosi się na komórki przez miofibroblasty. Po dłuższym czasie dochodzi do zagęszczenia kolagenu i tkanka łączna przekształca się, tracąc swoją elastyczność, co prowadzi do jej degeneracji. Dodatkowo substancja podstawna zmniejsza swoje uwodnienie i przekształca się w żel. W wyniku tych procesów cała tkanka danego obszaru ciała staje się sztywniejsza. Nerwy i naczynia mają problem z przenikaniem przez tę okolicę ciała. Układy limfatyczny i krwionośny mają utrudnione dostarczanie substancji odżywczych i odbieranie produktów przemiany komórkowej. Utrudniony jest cały przepływ płynów w danej okolicy ciała, co po dłuższym czasie prowadzi do degeneracji tkankowej (6).

Somato-emocjonalne odprężenie

Somato-emocjonalne odprężenie (ang. *somato-emotional release* – SER) może być stosowane jako uzupełnienie terapii kranio-sakralnej albo też jako samodzielny sposób leczenia.

Zestresowana szyja powoduje wzrost napięcia kręgosłupa szyjnego, aż do zablokowania C₁₋₂. Z tego powodu powstają bóle głowy oraz zablokowaniu ulega staw skronio-żuchwowy. W terapii kranio-sakralnej każdy symptom jest następstwem zahamowania impulsu w ciele człowieka. Praca na strukturze – tkankach – także uwalnia symptom chorobowy. Do tego wystarczą terapia manualna, PNF i inne techniki terapeutyczne. Jednak SER można zrobić to szybciej i doprowadzić do pełnego uwolnienia napięcia z tkanek. Tylko ta terapia potrafi znaleźć pierwotną przyczynę i usunąć ją całkowicie. Zadaniem terapeuty jest pomóc pacjentowi w odnalezieniu przyczyny dolegliwości. Główne blokady – napięcia – są umiejscowione w okolicy górnego otworu klatki piersiowej i w rejonie szyi.

Występuje różnica między likwidowaniem cyst energetycznych a SER. Uwolnienie energii z cysty sprowadza się do odprężenia określonego miejsca, na którym skupia się prowadzący terapię. Ma ona na celu uwolnienie energii z danego miejsca organizmu, a przez to może doprowadzić do rozluźnienia somato-emocjonalnego. Natomiast SER działa na cały organizm. Pacjent wraz z terapeutą chcą przeprowadzić proces rozluźnienia, aż do somato-emocjonalnego rozluźnienia.

Dialog terapeutyczny

Dialog terapeutyczny wykorzystywany jest w terapii kranio-sakralnej w przypadku, gdy następuje zahamowanie w postępie leczenia, w czasie trwania terapii powięzi albo cysty energetycznej. Tkanki przestają się poddawać terapii i dalsza praca, trwająca nawet trzy godziny, nie przyniosłaby efektów. Taka sytuacja może się zdarzyć w czasie trwania terapii kranio-sakralnej lub w każdej innej metodzie leczenia. W takiej sytuacji najlepszym „narzędziem” do pracy z pacjentem będzie dialog terapeutyczny.

DYSKUSJA

Terapia czaszkowo-krzyżowa w swojej historii przeszła duże zmiany. Wywodzi się z osteopatii czaszkowej, która opierała się na terapii mechanicznej, aż do subtelnego oddziaływania na krążenie płynu mózgowo-rdzeniowego oraz somato-emocjonalne rozluźnienie, związane z urazami psychicznymi człowieka.

Wyczuwanie rytmu krążenia płynu mózgowo-rdzeniowego jest podstawową umiejętnością potrzebną do prowa-

dzenia terapii kranio-sakralnej. Umiejętność prawidłowego odczytania rytmu krążenia tego płynu daje możliwość znalezienia zakłóceń oraz przywrócenia prawidłowej funkcji i kontroli efektów leczenia.

Wszystkie powięzie są ze sobą połączone. Jest to gigantyczna sieć powięziowa bez początku, ale też bez końca. W przypadku działania terapeuty na powięź stopy, pobudzenie dochodzi także do głowy, i odwrotnie. Należy pamiętać, że działając na powięź, wpływa się także na błony komórkowe, gdyż mechaniczne bodźce wywołują zmiany biochemiczne (6, 12).

Położenie powięzi pokrywa się często z przebiegiem meridianów chińskich (15). Przykładowo meridian pęcherza moczowego przebiega w miejscu przyczepów szeregu mięśni, które są ze sobą połączone. Dodatkowo oplata je sieć powięzi, której wzrost napięcia powoduje reakcję odruchowego napięcia mięśni albo też na odwrót – napięcie mięśni wzmacnia napięcie powięzi. Właśnie tego typu napięcia wykorzystuje terapia kranio-sakralna, bowiem rytm czaszkowo-krzyżowy oraz układ krążenia kranio-sakralny mają wpływ na cały system powięziowy. Zależność powstawania napięcia, ale też jego zmniejszenie są także przenoszone odwrotnie, czyli regulacja krążenia płynu mózgowo-rdzeniowego działa wyciszająco na nadmierne napięcie systemu powięziowego.

WNIOSKI

Cała filozofia terapii kranio-sakralnej polega na całościowej diagnozie oraz przeanalizowaniu symptomów i znalezieniu ich pierwotnej przyczyny, aby przerwać narastające napięcie całego systemu łącznotkankowego.

Po długim czasie utrzymującego się zwiększonego napięcia zaczynają powstawać w organizmie zmiany strukturalne w tkankach i narządach wewnętrznych oraz postępuje degeneracja stawów. Między klasyczną fizjoterapią a psychologią jest bardzo duży obszar wolnej przestrzeni. Często pacjenci skarżą się na różnego rodzaju bóle i dolegliwości, a po wielu badaniach okazuje się, że ciało ich jest zupełnie zdrowe. Tego typu dolegliwości określa się jako bóle psychosomatyczne. Tym „niczym” obszarem nie zajmuje się fizjoterapia, ponieważ jest to dziedzina psychologii, natomiast psychologia uważa, iż jest dziedziną bardziej związaną z ciałem, czyli należy do fizjoterapii. Tę lukę terapeutyczną wypełnia właśnie terapia kranio-sakralna. W leczeniu bólów psychosomatycznych doskonale sprawdza się terapia cyst energetycznych oraz somato-emocjonalne odprężenie (6).

Adres do korespondencji:

Waldemar J. Miszewski
ul. Hipiczna 53, 86-005 Białe Błota
tel. +48 501-021-332
maswal@wp.pl

PIŚMIENNICTWO

1. Kaltenborn F: Kregosłup – badanie manualne i leczenie. Wydawnictwo Roleski, Toruń 1998: 40-43.
2. Ernst E, Pittler M, Wider B: Terapie uzupełniające w leczeniu bólu. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010: 201-204.
3. Trevelyan J, Booth B: Medycyna niekonwencjonalna. Prawda i mity. PZWL, Warszawa 1998: 221-223.
4. Śliwiński Z, Permoda A: Terapia kranio-sakralna w leczeniu dziecięcych porażań mózgowych – doświadczenia własne. Terapia Manualna 1998; 2: 30-35.
5. Drobner Z: Wprowadzenie do terapii czaszkowo-krzyżowej. Wydawnictwo Roleski, Nowa Wieś 2002: 9-140.
6. Chaitow L, Comeaux Z: Manipulacje czaszkowe na tkankach kostnych i tkankach miękkich: teoria

i praktyka. DB Publishing, Warszawa 2010: 2-416. 7. Gajowiec B: Zastosowanie technik leczenia systemu czaszkowo-krzyżowego w leczeniu dysfunkcji narządu ruchu – obserwacje własne. *Terapia Manualna* 2000; 4: 62-64. 8. Kern M: *Mądrość ciała. Czaszkowo-krzyżowe podejście do istoty zdrowia*. Virgo, Warszawa 2010: 5-376. 9. Przyjemska B: *Terapia czaszkowo-krzyżowa. Skuteczne techniki leczenia*. Studio Astropsychologii, Białystok 2012: 11-242. 10. Page J: Lekki dotyk. Głębokie oddziaływanie. *Terapia craniosacralna Upledgera. Praktyczna Fizjoterapia & Rehabilitacja* 2013; 44: 46-49. 11. Peirsman N, Peirsman E: *Terapia czaszkowo-krzyżowa u dzieci i niemowląt*. Virgo, Warszawa 2011: 7-100. 12. Gilchrist R: Podstawy terapii czaszkowo-krzyżowej. Ujęcie biodynamiczne. Virgo, Warszawa 2013: 25-160. 13. CST/AUTYZM research survey – assistance requested. Dostępne na stronie: <http://www.upledger.com/content.asp?id=132> (stan na dzień: 8.08.2014). 14. Śliwiński Z, Płaza P, Permoda A: *Terapia kranio-sakralna. Techniki odprężania kości czaszki wg Chaitowa*. *Medycyna Manualna* 2000; 4: 32-44. 15. Maczaret E, Samosiuk I: *Akupunktura i inne metody refleksoterapii*. PZWL, Warszawa 1990: 64-105.

nadesłano: 08.07.2014
zaakceptowano do druku: 11.08.2014