

KRANİOSAKRAL TERAPİ

Seçil ÖZKURT, Şule KEÇELİOĞLU

Istanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, TR-34537 İstanbul, TÜRKİYE

ÖZET

Kraniosakral terapi; kas-iskelet sistemi problemleri, bilişsel ve duygusal problemler, üriner sistem problemleri, mide-bağırsak problemleri, astım, çocuklarda görülen çeşitli engel durumları gibi farklı birçok klinik durumda kullanılan tamamlayıcı bir tedavi yöntemidir. Semptomların ve ağrının azaltılması, akciğer kapasitesinin arttırılması, genel iyilik halinin sağlanması gibi yararları bulunmaktadır. Bu alandaki çalışmalar genellikle küçük örneklem gruplarında yapılmış olup kanıt düzeyi yüksek az sayıda çalışma vardır. Ayrıca ülkemizde az sayıda uygulayıcısının olmasından dolayı araştırmaya açık bir alandır. Bu konuda gerekli eğitimler alınarak ve daha geniş örneklem grupları kullanılarak daha kapsamlı çalışmaların yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kraniosakral terapi, tamamlayıcı tıp, manuel terapi

CRANIOSACRAL THERAPY

ABSTRACT

Craniosacral therapy is a complementary treatment method used in different clinical conditions like musculoskeletal system problems, cognitive and emotional problems, urinary system problems, gastrointestinal problems, asthma and various handicaps in children. It has benefits such as reducing symptoms and pain, increasing lung capacity, and maintaining general well being. Researches in this field are usually performed in small sample groups and there are few studies with a high level of evidence. It is also a field open to research because of the small number of practitioners in our country. It is considered that more extensive studies should be done by taking the necessary trainings and using wider sample groups.

Keywords: Craniosacral therapy, complementary medicine, manual therapy

GİRİŞ

Kronik ağrı, anksiyete, kronik yorgunluk sendromu, baş ağrısı, kas-iskelet sistemi ağrısı gibi farklı klinik durumlara sahip hastalar; hastalıklara bağlı semptomlarını azaltmak, ağrılarını gidermek, kendilerini daha iyi hissetmek için farklı birçok tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerine başvurmaktadır (2). Tedavi modaliteleri olarak kiropraktik, akupunktur, homeopati, gevşeme terapisi, masaj, müzik terapi, geleneksel tıp, biofeedback, yoga gibi farklı alternatif tedavi yaklaşımları kullanılmaktadır (1,2). Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yaklaşımlarından biri de Kraniosakral Terapi (KT)'dir. KT'nin temelini; Kraniosakral Sistem (KS), bu sistemi oluşturan doku ve sıvıların hareketliliği ve ortaya çıkan Kraniosakral Ritim (KR) oluşturmaktadır (1,3-5,7-9).

KRANİOSAKRAL SİSTEM

Kraniosakral sistem; Merkezi Sinir Sistemi (MSS), beyin ve omuriliği çevreleyen Beyin-Omurilik Sıvısı (BOS), MSS'yi çevreleyen beyin zarları (Dura mater başta olmak üzere Arachnoid mater ve Pia mater), bu zarlarla ilişkili konnektif doku, kafa kemikleri ve bu kemikleri birbirine bağlayan eklem ve suturlar ile sakrumdan oluşur (1,7,8).

Kafatasını, 22 kafa kemiğinin sınırlarını belirleyen suturlar, birbirine kenetlenen eklemler, foramenler ve fissürler oluşturur (9). 1910-1920'li yıllarda Sutherland'in ilgilendiği konular kafa kemikleri, suturlar ve foramenler olmuştur. Sutherland'in ileri sürdüğü kafa suturlarının kişinin yaşamı süresince hareketli kaldığı görüşü günümüzde histolojik çalışmalarla desteklenmektedir. Metabolik hareketin ve somatik bilginin kavşağı gibi görev yapan ve eklem fonksiyonunu sürdüren çoğu kafa suturları; konnektif doku, kan damarları ve sinirleri içerir. Osteopat Charlotte Weaver tarafından yapılan fetal diseksiyonlarla, Sutherland'in çıkarsamaya dayalı gözlemleri doğrulanmıştır. Charlotte Weaver, fetal diseksiyonlar yaparak; kafa kemiklerinin, omurganın değişime uğramış formu olduğunu görmüştür. Örneğin; Sphenobasilar Symphysis embriyolojik olarak discus intervertebralis ile benzerdir (9).

1930'ların başlarında Sutherland, kafatasından sakruma bir ağ gibi uzanan ve iki tabakalı bir yapıya sahip olan durayı ve onun oluşturduğu falx ve tentoriumu değerlendirmeye yönelik çalışmalarına başlamıştır (9).

1930'lar ve sonlarına doğru Sutherland, beyin ve omurilik çevresinde nabzın atışına benzer şekilde ritmik olarak hareket eden BOS'a odaklanmış ve 5 fenomen fonksiyondan (MSS'nin doğal hareketi, BOS'un doğal akışı, beyin zarlarındaki hareketlilik, kafa kemiklerinin eklem hareketliliği ve sakrumun iliak kemikler arasında kendiliğinden oluşan hareketliliği) oluştuğunu ileri sürdüğü Primer Respiratuvar Mekanizma (PRM)'yi açıklamıştır (8,9).

PRİMER RESPIRATUAR MEKANİZMA VE KRANİOSAKRAL RİTİM

Kraniosakral Sistem (KS) içerisinde yer alan dokuların ve sıvıların fizyolojik hareketliliği vücut için gereklidir. Kafatası suturlarında, beyin/omurilik zarları ve ilişkili konnektif dokularda yapışıklıkların oluşması BOS'un normal akışını bozar. Kazalar, yaralanmalar, postural ve duygusal stres gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak KS içerisindeki yapıların fonksiyonunda yetersizlikler oluşur (4,7,8). Aynı zamanda KS; vücudun Sinir, Kas-İskelet, Dolaşım, Lenfatik, Endokrin ve Solunum Sistemleri'yle yakından ilişkilidir (7). Dolayısıyla fiziksel ve/veya duygusal travmaya maruz kalınması nörofizyolojik ve psikosomatik bir takım belirtilerin ortaya çıkmasına neden olur (4). Örnek olarak Dr. John Upledger, fiziksel ve/veya duygusal travmaların KS'yi etkilediğini, bu durumda direkt olarak MSS'nin herhangi bir veya tüm yönlerinin ve çeşitli vücut sistemlerinin fonksiyonunun etkilendiğini ileri sürmüştür (3,10).

Kraniosakral Sistem (KS), Solunum ve Kardiyovasküler Sistem'le bağlantılı fizyolojik hareketlerden belirgin ölçüde farklı olup ritmik bir hareketle karakterizedir (7). KS içerisinde yer alan yapılar karşılıklı olarak birbirlerinin hareketini etkilemektedir (7). Örneğin; suturlar ve foramenler üzerine direkt etki edildiğinde, kafa sinirlerinin ve damarlarının fonksiyonu aynı zamanda da kafa kemiklerinden köken alan ya da kafa kemiklerine yerleşen kasların fonksiyonu değişmektedir. Başka bir örnek vermek gerekirse; kronik ağrı sendromu veya dura kökenli baş ağrısı olan hastalarda suboccipital kasların tedavisi direkt olarak dura materi etkilemekte ve hastaların semptomlarını azaltmaya yardımcı olmaktadır (9).

Kraniosakral hareketliliğin önemli komponentini PRM oluşturur. Her doku yaşamı süresince PRM'yi ortaya koymaktadır. BOS, MSS, beyin zarları, kafa kemikleri ve sakrumun palpe edilebilen hareketi olarak tanımlanan PRM; kendine özgü bir ritme sahiptir ve KR olarak adlandırılır. Vücutta yaşamsal olarak ifade edilen KR, Kardiyak Ritim ve Diafragmatik Ritim olmak üzere 3 temel ritim vardır (5,7-9).

Zihni veya bedeni ilgilendiren farklı patolojik durumlarda ya da semptomlarda PRM'yi oluşturan; MSS'nin doğal hareketi, BOS'un doğal akışı, gergin beyin zarlarındaki hareketlilik, kafa kemiklerinin eklem hareketliliği ve sakrumun iliak kemikler arasında kendiliğinden oluşan hareketi bozulmaktadır ve KR etkilenmektedir. KR'nin normal ritmine dönebilmesi için, PRM nazikçe uyarılarak, hareketsiz olan yapıların yeniden düzeltilmesi gerekir (8,9). Bu amaç doğrultusunda, tedavi yöntemi olarak KT uygulanmaktadır (1,3-5,7).

KRANİOSAKRAL TERAPİ

Vücudun dikkatli gözlemi ve keşfi üzerine kurulu olan KT; Dr. Andrew Taylor Still (pratisyen doktor) ve sonradan onun öğrencilerinden William Gartner Sutherland (Amerikan osteopat) tarafından osteopati sahası içerisinde klinik deneyimlerden geliştirilmiştir (3). 1970'lerin ortasında Dr. John Upledger (osteopat), KT tekniklerini, önceden ortaya çıkan kranial manipulasyon tekniklerinden ayırmak için KT terimini kullanmıştır (3).

KT; dokular arasındaki hareketliliği arttırmayı, kafatası ve sakrum arasındaki dinamik sistemde oluşan hareketsizliği ortadan kaldırmayı, hastanın Merkezi ve Otonomik Sinir Sistemi'nin duyu, motor, biliş-

sel ve duygusal yönleri arasındaki dengeyi korumayı amaçlayan tamamlayıcı ve alternatif bir tedavi yaklaşımıdır (3,4). Vücudu temel alan KT'de, BOS'un hareketini hissetmede ve KS'yle direkt bağlantı kurmada baş ve sakrum 2 ana temas noktası olarak rol alır (3). Tedavi için hasta giyinik bir şekilde, tedavi masasına sırtüstü uzanır (1,3). Tedavi hastaya manuel olarak ve hastayla konuşma minimum tutularak uygulanır. Bir tedavi seansı ortalama 40 dk ile 1 saat arasında sürer (3).

KT'nin; baş ağrısı, migren, boyun ağrısı, sırt ağrısı, omuz ağrısı, lateral epikondilit, depresyon/anksiyete bozuklukları, ajitasyon, fibromiyalji, astım, mide-bağırsak problemleri, kronik yorgunluk, üriner sistem problemleri gibi farklı klinik durumlarda ve farklı yaş gruplarında kullanımı yaygındır (1,3,4,7).

Brough N. ve arkadaşları (2015), yapmış olduğu çalışmada; yaşları 35-87 arasında değişen 29 katılımcının (8 erkek-21 kadın) tedavi sonrası deneyimlerini araştırmışlardır. Katılımcılar sağlığını; beden, ruh ve zihin olmak üzere 3 komponentinde değişim olduğunu ifade etmişlerdir (3). Bu değişimler hastalar tarafından genel olarak aşağıdaki şekilde ifade edilmiştir:

Tedavinin beden üzerine olan etkileri; Siyatik ve bel ağrısını hafifletmesi, vücuttaki gerginliği azaltması, hareketliliği arttırması, akciğer kapasitesini arttırması, rahat nefes aldırması ve uyku ilacını azalttırması, tedavinin zihin üzerine olan etkileri; anksiyete ve paniği azaltması, depresyonun etkilerini azaltması, daha az yorgunluk, duygusal farkındalık, kendine güven, yeni baş etme stratejilerini öğretmesi ve zihinsel tutumu değiştirmesi, tedavinin ruh üzerine olan etkileri; mutluluk, ruhun hafiflediğini hissettirmesi, daha hoşgörülü, daha açık yürekli, evrenle daha güçlü bağlara sahip ve ilişkilerde sadık olmayı sağlaması olarak katılımcılar tarafından ifade edilmiştir (3).

Arnadottir T.S ve arkadaşları (2013), ayda en az 2 migren atağından şikayet eden, yaşları 20-50 arasında değişen 20 katılımcı üzerinde çalışma yapmışlardır. Katılımcılar randomize olarak, A ve B olmak üzere 2 eşit gruba ayrılmışlardır. Katılımcıların tedavi öncesi ve sonrası sonuçlarını karşılaştırmak için HIT-6 (Short Form Headache Impact Test) anketini kullanmışlardır (1). HIT-6 başağrısı semptomunun, katılımcıların günlük aktivitelerini ve sosyal hayatını ne derecede etkilediğini değerlendirmektedir (1,6). Çalışma 12 hafta olarak planlanmış olup, anket sorularının cevaplanması arasındaki 4 haftalık bir boşlukta 6 kez tedavi alan hastalar 4 hafta aralıklarla 4 kez (Değerlendirme1, Değerlendirme2, Değerlendirme3, Değerlendirme4) HIT-6 (Short Form Headache Impact Test) anket sorularını cevaplamıştır (1).

Grup A tedaviden önce bir kez tedaviden sonra 3 kez anketi cevaplarırken, Grup B tedaviden önce 2 kez ve tedaviden sonra 2 kez anketi cevaplamıştır (1). Sonuçta tedaviden öncesiyle karşılaştırıldığında tedaviden hemen sonra ve izleyen bir ay sonrasında, HIT-6 skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş elde edilmiştir. Ayrıca 1. Değerlendirme ve 4. Değerlendirme arasında HIT-6 skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Sonuçta KT'nin, migren semptomlarını azaltabildiği gösterilmiştir (1).

Hastaya uygulanan kuvvetin çok hafif olmasından dolayı kontrendikasyonları azdır. Ancak akut kırıklar, akut travmatik beyin hasarı, akut beyin kanaması ya da beyin kanaması riski gibi durumlarda kesin kontraendikedir. Epilepsi hastalarında nöbeti tetiklemeyecek şekilde uygulanmasına dikkat edilmelidir (9).

SONUÇ

Kraniosakral Terapi; boyun ağrısı, bel ağrısı, omuz ağrısı, lateral epikondilit gibi kas-iskelet sistemi problemleri; depresyon, anksiyete, demans, ajitasyon gibi bilişsel ve duygusal problemler; migren, baş ağrısı, fibromiyalji, mide-bağırsak problemleri, kronik yorgunluk, astım, üriner sistem problemleri, çocuklarda görülen çeşitli engel durumları gibi farklı birçok klinik durumda ve yaş grubunda uygulanabilmektedir. Semptomların ve ağrının azaltılması, hareketliliğin artırılması, akciğer kapasitesinin artırılması ve nefes almanın kolaylaştırılması, anksiyete ve panik durumunun etkilerinin azaltılması, depresyonun iyileştirilmesi, kişinin kendine güveninin artırılması, genel iyilik halinin sağlanması gibi yararları bulunmaktadır. KT'de uygulanan kuvvetin çok hafif olmasından dolayı, kontrendikasyonlarının az olduğu bildirilmiştir. Ancak, hastada akut kırık, akut travmatik beyin hasarı, akut beyin kanaması ya da beyin kanaması riskinin olması durumunda uygulanması kesin kontrendikedir. Epilepsi hastalarında nöbeti tetiklemeyecek şekilde uygulanmasına dikkat edilmesi gerektiği belirtilmiştir. Uygulanabilme kolaylığı, nazik el dokunuşlarıyla uygulandığı için hastayı rahatsız etmemesi, girişimsel olmayan bir tedavi yöntemi olması tedavinin avantajları arasında yer almaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- Arnadottir, T. S. & Sigurdardottir, A. K, " Is craniosacral therapy effective for migraine? Tested with HIT-6 Questionnaire", *Complementary Therapies in Clinical Practise*, 19(1), 11-14, 2013
- 2- Astin, J.A., "Why Patients Use Alternative Medicine:Results of a National Study", *JAMA*, 279 (19), 1548-1553, 1998
- 3- Braugh, N., Lindenmeyer, A., Thistlethwaite, J., Lewith, G. & Stewart- Browns, S., "Perspectives on the effects and mechanisms of craniosacral therapy: A qualitative study of users' views" , *European Journal of Integrative Medicine*, 7(2), 172-183, 2015
- 4- Haller, H., Ostermann, T., Lauche, R., Cramer, H. & Dobos, G., "Credibility of a comparative sham control intervention for Craniosacral Therapy in patients with chronic neck pain", *Complementary therapies in medicine*, 22(6), 1053-1059, 2014
- 5- Hanten, W. P., Dawson, D. D., Iwata, M., Seiden, M., Whitten, F. G., & Zink, T., "Craniosacral rhythm: reliability and relationships with cardiac and respiratory rates", *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 27(3), 213-218, 1998
- 6- HIT-6 Headache Impact Test.<http://neurohealth.info/wp-content/uploads/2010/10/hit6.pdf>, 10/12/2017
- 7- Jakel, A. & Hauenschild, P., "A systematic review to evaluate the clinical benefits of craniosacral therapy ", *Complementary therapies in medicine*, 20(6), 456-465, 2012
- 8- Kern M: *Wisdom in the Body: The Craniosacral Approach to Essential Health.*, Revised edition , 6-18, North Atlantic Books, U.S, 2005
- 9- Liem T: *Cranial Osteopathy: Principles and Practice.*, Second edition, 8, 657-663, Churchill Livingstone, German, 2004
- 10- Upledger J.E., *Craniosacral Therapy, Seminars in Integrative Medicine*, 2(4), 159-166, 2004