

## Osteopatiske behandlingsprincipper anvendt på kranierelaterede dysfunktioner

Artikulationerne mellem craniets forskellige knogler er overvejende syndesmose, men kan også som artikulationen mellem os occipitale og os sphenoidale være en synchondrose.

Konceptet hviler desuden på den antagelse, at der hele livet bevares en vis bevægelse og dermed en lille bevægelse mellem craniets forskellige knogler og sammenhængende strukturer. (W. G. Sutherland)

Hæmmes denne bevægelse er der skabt en dysfunktion. Ved palpation vil der i normale tilfælde kunne registreres en svag rytmisk bevægelse, hvis frekvens er mellem 6 og 14 svingninger pr. min. Man beskriver en amplitude på 0.38 mm - 1 mm. Disse svingninger vil via det meningeale system forplante sig til den øvrige del af kroppen. En hæmning af denne bevægelse, enten lokalt i craniumet eller mere generelt, vil medføre symptomer, der enten kan optræde lokalt svarende til det dysfunktionelle område eller være mere generelle, ofte med udbredelse til helt andre regioner. Man vil i disse tilfælde registrere en ændring af den ovenfor anførte frekvens enten som færre eller som flere svingninger pr. min. Dette kan registreres enten lokalt ved dysfunktionen eller mere generelt.

Bevægelsen der skabes, kan i princippet palperes overalt på kroppen, men kan tydeligst palperes over kraniet og over sacrum (p.g.a. dura mater's insertion). Uanset hvor i kroppen der optræder dysfunktioner, vil disse forstyrre denne bevægelse, og man vil registrere en ændring i rytme eller bevægelsesretning for de strukturer, der palperes.

Et ændret bevægelsesudslag eller en ændret rytme palperet over kraniet kan være sekundær til dysfunktioner i andre regioner, hvilket i øvrigt er det hyppigst forekommende, men de kan også være en direkte følge af et kranietraume og dermed en primær kranial dysfunktion. Kun i det sidstnævnte tilfælde kan man overveje at behandle de kraniale dysfunktioner primært, men ofte er der i skadeøjeblikket også opstået dysfunktioner i andre regioner, og de skal altid behandles først.

Foreligger der ikke et direkte kranietraume, skal alle dysfunktioner i andre regioner primært behandles. Først herefter kan den kraniale rytme vurderes og behandlingsbehovet over kraniet registreres.

Ved dysfunktioner vil man normalt registrere svingninger mellem det frie "still point" og det "still point", der findes ved den restriktive barriere.

Ved den funktionelle indirekte teknik vil man følge vævets svingninger bort fra den restriktive barriere mod det frie "still point". Vævet holdes kortvarigt i dette punkt (sekunder til få minutter) og følges i den næste svingning. I "still point" kan man med en let kraftpåvirkning (få gram til max. 500 gram) ændre retning i vævets svingning. Proceduren gentages til den restriktive barriere undviges, og release opstår, hvorefter barrieren ofte "smelter" bort.

I nogle tilfælde vil man vælge den funktionelle direkte teknik hvor man først følger vævet mod "still point" ved den restriktive barriere og holder vævet kortvarigt i dette punkt, før man følger vævet i den næste svingning. I "still point" kan en let kraftpåvirkning ændre vævets svingning. Proceduren gentages, til release optræder.

En anden behandlingsteknik, der kan anvendes, er "Myofascial Release Technique".

Denne teknik kan anvendes enten som indirekte teknik, hvor vævet føres bort fra den restriktive barriere til den indirekte barriere, eller som den direkte teknik, hvor vævet føres direkte mod den restriktive barriere. I begge tilfælde påføres vævet en kraft ved den engagerede barriere (tension, traktion og tvistning af vævet), indtil der optræder release i vævet, og barrieren "smelter" bort.

Generelt kan siges at man ved de indirekte teknikker skal anvende mindre kraft end ved de direkte teknikker.

Et acceptabelt behandlingsmål er 50% reduktion af dysfunktionen.

Man kan facilitere ved hjælp af åndedrættet.