ZASTOSOWANIE TERAPII CZASZKOWO-KRZYŻOWEJ U DZIECKA Z TIKAMI

Daniel Rozberg & Ilona Rozberg
dr n. med. Marek Wiecheć
Krzysztof Pycko

Terapia czaszkowo-krzyżowa wywodząca się z osteopatii czaszkowej okazuje się skuteczną formą pomocy u osób z tikami, czyli mimowolnymi, okresowymi ruchami ciała, których przyczyny występowania nie zostały do końca poznane. W artykule opisano przypadek siedmioletniego chłopca, u którego zastosowanie terapii czaszkowo-krzyżowej zmniejszyło liczbę i częstość pojawiania się tików.

Tiki są nagłymi, okresowymi, mimowolnymi ruchami, które są wykonywane różnymi częściami ciała, np. mruganie powiekami, marszczenie czoła, odchylanie głowy, drganie ust, zaciskanie pięści. Etiologia tików nie jest do końca znana, jednak coraz więcej danych przemawia za uwarunkowaniem genetycznym oraz psychicznym, w tym uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego powstałymi w okresie prenatalnym i postnatalnym, istnieje również powiązanie ruchów mimowolnych z przebytym zakażeniem paciorkowcowym [13, 14].

Tik może przejść w tik „utrwalony", zwykle nie wymaga leczenia. Terapia tików uciążliwych wymaga stosowania neuroleptyków. Czasami tik jest objawem uszkodzenia układu pozapiramidowego. Liczne, nasilone tiki pojawiają się w zespole Tourette'a. Bardzo często występowanie tików jest rodzinne.

Aby ustalić prawidłowe rozpoznanie, należy zdobyć dokładne informacje na temat mimowolnych ruchów – jaki jest ich charakter, kiedy się zaczęły, jaka jest częstość ich występowania, jakie czynniki je nasilają. Następnie potrzebne są badania neurologiczne, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny oraz badanie radiologiczne (RTG) głowy. Po diagnostyce można rozpocząć odpowiednią terapię. Będzie ona zależeć od rodzaju nasilenia tików, ich przyczyny oraz stopnia, w jakim utrudniają normalne funkcjonowanie chorego. Łagodne tiki u dzieci zwykle ustępują i nie wymagają leczenia.

Tiki można podzielić na ruchowe i głosowe, proste i złożone, przemijające i przewlekłe.

1. Przykłady tików ruchowych prostych [13]:

- marszczenie czoła,
- mruganie oczami,
- otwieranie ust,
- wytrzeszczanie oczu,
- grymasy śmiechu lub płaczu,
- unoszenie brwi,
- ruchy żucia,
- ściąganie warg w ryjek,
- wysuwanie języka z ust,
- potrząsanie głową,
- ruchy przypominające przeczenie lub potakiwanie,
- wzruszanie ramionami,
- zaciskanie pięści.

2. Przykłady tików ruchowych złożonych [13]:

- mogące sprawiać wrażenie celowych:
  - dotykanie nosa,
  - dotykanie innych ludzi,
  - wąchanie innych przedmiotów,
  - wąchanie swoich rąk,
  - podskakiwanie,
  - zagryzanie warg,
  - kopropraksja (wykonywanie obscenicznych, wulgarnych gestów),

– echopraksja (powtarzanie gestów lub ruchów wykonywanych przez inne osoby);
- mogące sprawiać wrażenie niecelowych:
  – potrząsanie głową, połączone ze wzruszaniem ramionami,
  – sekwencyjny układ ruchów w obrębie twarzy,
  – lizanie siebie lub innych,
  – całowanie przedmiotów,
  – wsuwanie sobie palca do gardła.

3. Przykłady tików wokalnych prostych [13]:
- głośne wdechy lub wydechy,
- chrząkanie,
- pogwizdywanie,
- wąchanie,
- mlaskanie,
- cmokanie,
- czkawka,
- krztuszenie się,
- mruczenie,
- jęczenie.

4. Przykłady tików wokalnych złożonych [13]:
- złożone sekwencje tików prostych,
- echolalia (powtarzanie zasłyszanych sylab, zgłosek lub słów),
- palilalia (powtarzanie przez siebie sylab, zgłosek lub słów),
- koprolalia (wypowiadanie treści wulgarnych).

5. Przykłady tików czuciowych [13]:
- uczucie mrowienia skóry,
- swędzenie, łaskotanie,
- uczucie napięcia,
- drętwienie,
- uczucia gorąca,
- pobolewanie.

PRZYCZYNY ZABURZEŃ TIKOWYCH

Przez wiele lat przyczyny zaburzeń tikowych były wiązane przede wszystkim z czynnikami psychologicznymi. Znalazło to swoje odzwierciedlenie w często i powszechnie używanym określeniu „tiki nerwowe", które występowały z takimi zaburzeniami nerwicowymi, których przyczynę stanowią: przeżywanie trudnych emocjonalnie sytuacji przekraczających możliwości adaptacyjne dziecka, atmosfera zastraszania, lęku i napięć, konflikty wewnątrzrodzinne, problemy szkolne i w relacjach z rówieśnikami. Sytuacja ta często prowadziła do szukania winnych, przeżywania uczucia wstydu przez rodziców, a co za tym idzie – także bagatelizowania problemu i w konsekwencji zaniechania poszukiwania pomocy.

Istotnym i częstym problemem pojawiającym się u dzieci z zaburzeniami tikowymi są specyficzne trudności w uczeniu się (dysleksja, dysgrafia, dysortografia, dyskalkulia), które stwierdza się u blisko 50% dzieci z zaburzeniami tikowymi. W wielu przypadkach tiki mogą być też następstwem reakcji organizmu na przebytą infekcję bakteryjną [14].

OPIS PRZYPADKU

Opisywany pacjent to siedmioletni chłopiec uczęszczający do klasy pierwszej szkoły podstawowej. Jest wychowywany przez oboje rodziców. Okres niemowlęcy przebiegał bez odchyleń od stanu prawidłowego, kolejne etapy w normie, od ok. dwóch lat pojawiły się tiki głosowe – chrząkanie, rodzice wiążą ten fakt z narodzeniem się siostry chłopczyka. Kolejne tiki pojawiły się zaraz po upadku na placu zabaw w szkole. Były to gwałtowne ruchy, potrząsanie głową, zaciskanie i otwieranie rąk oraz wyginanie kończyn dolnych w stawach skokowych. Tiki stały się uciążliwe dla chłopca, dzieci w szkole dopytywały, dlaczego wykonuje takie ruchy głową. Stało się to bardzo męczące dla chłopca, który z czasem zaczął zgłaszać bóle odcinka szyjnego. Problem stał się złożony, gdyż doszły bóle szyi spowodowane nadwyrężeniem mięśni. Tiki utrzymywały się przez kolejne miesiące. U chłopczyka zaraz po upadku ze zjeżdżalni na placu zabaw wykonano RTG i rezonans magnetyczny odcinka szyjnego i głowy. Nie stwierdzono uszkodzenia rdzenia kręgowego i ośrodkowego układu nerwowego. Tiki nasilały się szczególnie w sytuacjach stresowych, takich jak np. poranne wyjście do szkoły, nieradzenie sobie w sytuacjach dnia codziennego. Po odbyciu konsultacji z licznymi lekarzami nie stwierdzono ubytków zdrowotnych. Chłopiec odbył kilkumiesięczną terapię u psychologa, który stwierdził, że pacjent jest aktywny werbalnie względem relacji zadaniowej, chętnie realizuje stawiane wyzwania z ciekawością poznawczą, jest wytrwały ze znacznym skupieniem uwagi. W trakcie konsultacji obserwowano tiki ruchowe głową, które były niezależne od kontekstu sytuacyjnego. W obszarze funkcji poznawczych: pamięci, percepcji, spostrzegania i uwagi, rozwój był prawidłowy. Zakres funkcji motorycznych oraz koordynacji wzrokowo-przestrzennej nie wykazywały odchyleń, inteligencja emocjonalna była adekwatna do wieku. Chłopiec należy do dzieci wrażliwych, które odzwierciedlają napięcia przez układ nerwowy. Poziom inteligencji ogólnej kształtuje się w przedziale przeciętnego poziomu intelektualnego/powyżej przeciętnej. Obszar rozwoju sensomotorycznego w zakresie dotyku, równowagi, ruchu, percepcji słuchowej oraz w sferze uwagi w normie rozwojowej w obszarze emocji – dominuje nadwrażliwość i poczucie sprawstwa.

TERAPIA CZASZKOWO-KRZYŻOWA

Terapia czaszkowo-krzyżowa stanowi jedną z metod osteopatycznych, na której opracowanie wybitny lekarz William Garner Sutherland poświęcił kilka dziesięcioleci. Dopiero po latach doświadczeń rozpoczął nauczanie tej metody [2, 5].

Terapia czaszkowo-krzyżowa stosowana jest przy dolegliwościach związanych z ciałem pacjenta. Nie wymaga bezpośredniego kontaktu ze skórą człowieka, tym niemniej zaleca się, by odzież pacjenta była miękka, niekrępująca i bezuciskowa. Terapeuta podczas zabiegu, który średnio trwa u ludzi dorosłych mniej więcej godzinę, a u malutkich dzieci ok. 30 minut, wykonuje konkretne układy terapeutyczne. Terapia polega na ułożeniu rąk w określonych miejscach, np. czaszki, klatki piersiowej, jamy brzusznej, kończyn dolnych oraz górnych, kości krzyżowej, przepony, miednicy. Podczas tych układów delikatnym dotykiem „motylkowym" pozwala na rozluźnienie tkanek miękkich i kostnych w obrębie układu czaszkowo-krzyżowego (zespół membranowy opony twardej mózgu i rdzenia kręgowego i przyczepionych do niej struktur kostnych: czaszki, kręgosłupa, kości krzyżowej). Duża część technik czaszkowo-krzyżowych skierowana jest na przywrócenie naturalnego, wzajemnego ruchu kości czaszki i elastyczności membran otaczających mózgowie. Terapia może być również stosowana lokalnie, np. wokół stawu kolanowego, stopy lub szczęki. W ten sposób zabieg uwalnia różne ograniczenia i dysfunkcje w ciele i przywraca ruchomość, dając odczucie rozluźnienia i dobre samopoczucie. Pacjent po zabiegu jest wypoczęty, a gdy następuje rozwiązanie traumatycznego przeżycia, terapii mogą towarzyszyć mimowolne ruchy ciała, drgania, zmiany rytmu oddechowego, reakcje emocjonalne typu śmiech czy płacz. Podczas terapii stosowane są różne techniki terapeutyczne. Zasadą przyjętą podczas terapii jest minimalna ingerencja ze strony terapeuty przy maksymalnej inicjatywie i zaangażowaniu systemu pacjenta w proces leczenia. Terapeuta znajduje pewien dystans, tzw. granice kontaktu, w odniesieniu do zachodzącego procesu, który zachodzi w ciele pacjenta, natomiast zachowuje status obserwatora, bez ingerencji w sam proces leczenia. Terapeuta, obserwując, „ułatwia" przejście przez proces, ale nie wymusza ani nie przyspiesza zmian. Stosuje techniki zaciszania, wzmacniając zasoby własne organizmu, trakcję opony twardej, dekompresję kości krzyżowej czy też odblokowując szwy czaszkowe. Podczas wykonywania układów terapeutycznych jest w stanie cofnąć objawy lokalnej niedyspozycji tkanki, oddziaływać na odległe narządy i cały układ homeostazy organizmu [1, 3, 4, 8, 9].

Terapia kranio-sakralna składa się z pięciu podstawowych elementów systemu czaszkowo-krzyżowego:

1. **Wrodzona fluktuacja płynu mózgowo-rdzeniowego** – odpowiada za ośrodkowy układ nerwowy, który przepływa przez centrum mózgowia i rdzenia kręgowego. Odpowiada za prawidłowy obieg w całym systemie czaszkowo-krzyżowym.
2. **Ruchomość ośrodkowego układu nerwowego** – ma ogromne znaczenie dla jego funkcjonowania. Ruchomość ta jest pulsacją wewnątrzkomórkową (gdy ruchomość ośrodkowego układu wraz z jego pulsacją poruszają wszystkie jego komórki).
3. **Wzajemne napięcia układu oponowego** – napięcia powstające wzdłuż opony, które odwzajemniają fluktuację płynu mózgowo-rdzeniowego. Opona twarda funkcjonuje jak opona wzajemnego napięcia.
4. **Ruchomość kości czaszki** – jest ważnym elementem całej terapii czaszkowo-krzyżowej. Ustawienie oraz rodzaj poruszania się kości stanowią bardzo ważne źródło informacji dla fizjoterapeuty. Za pomocą odpowiednich układów terapeuta może ocenić stan pacjenta i rozpocząć poszczególne etapy terapii.
5. **Mimowolny ruch kości krzyżowej** – występuje pomiędzy kośćmi miednicy. Ten ruch jest możliwy dzięki fluktuacji płynu mózgowo-rdzeniowego oraz napięcia opony twardej. Przy unoszeniu się płynu w kierunku do czaszki opona twarda ciągnie ze sobą kość krzyżową, która ustawia się w pionie. Gdy zachodzi odwrotny proces, kość krzyżowa porusza się ku dołowi i do przodu i ustawia się w poziomie [1].

PROTOKÓŁ ZBIORCZY TERAPEUTY

Terapię rozpoczyna się od stóp.

1. Należy ustalić punkty podporu, neutralne, objąć biosferę pacjenta, ustalić linię środka.
2. Należy włączyć się w „punkty" odniesienia.
3. Praca przy kości krzyżowej – fluktuacja podłużna (zdj. 1).
4. Otworzenie przepon w ciele: miednica, jama brzuszna, klatka piersiowa, kość gnykowa, podstawa czaszki (zdj. 2). Otwory jarzmowe – V, skierowanie pływu, przestrzeń – rozluźnianie (zdj. 3).
5. Praca przy głowie:
   - w chwycie sklepieniowym należy ocenić fluktuację podłużną, poprzeczną, moc płynu mózgowo-rdzeniowego, zasoby, symetrię układu, ewentualne przesunięcia (zdj. 4),
   - drenowanie zatok żylnych,
   - chwyt potylicowy lub sklepieniowy – „płyn" w dół i „odpływem" (wydech),
   - wzmocnić zasoby – zaproś ciszę CV3 lub CV4,
   - „odwijanie" kości czaszki.
6. Pompa dra Stone'a (zdj. 5).
7. Polyvagal (zdj. 6).
8. Zaiskrzenia (zdj. 7).
9. Należy wykonać zaciszenie przy kości krzyżowej lub potylicy, co utrwala efekt terapii (zdj. 8).
10. Należy wykonać chwyt dwubiegunowy: kość krzyżowa – potylica, kość krzyżowa – kość sitowa.
11. Na koniec trzeba zadbać, aby pacjent pozostał na leżance lub materacu i dzięki temu odczuł komfort po terapii, gdyż podczas zachodzenia głębokich procesów reakcje pacjentów mogą być różne: płacz, uczucie zimna, pocenie się. Warto pamiętać, aby pacjent zaraz po zakończeniu seansu zabiegowego uzupełnił płyny, najlepiej wodą [11].

Zdj. 1. Praca z kością krzyżową – chwyt krzyżowy

Zdj. 2. Odblokowanie przepony brzusznej

Zdj. 3. Otwieranie otworów jarzmowych

Zdj. 4. Chwyt sklepieniowy – Sutherlanda CV3

Zdj. 5. Pompa dra Stone'a

Zdj. 6. Chwyt Polyvagal

Zdj. 7. Zaiskrzenie w trzeciej komorze

Zdj. 8. Zaciszenie – chwyt dwubiegunowy: kość krzyżowa – potylica

PODSUMOWANIE

Po przeprowadzeniu czteromiesięcznej terapii czaszkowo-krzyżowej dwa razy w tygodniu uzyskano znaczną poprawę. Tiki się zmniejszyły. Częstotliwość ich występowania ograniczyła się do minimum. Najlepszy efekt można było zaobserwować po zakończeniu szkoły, kiedy rozpoczął się okres wakacyjny. W tym czasie tiki nie występowały i dziecko stało się stabilne emocjonalnie. Terapia czaszkowo-krzyżowa okazała się bardzo efektywna i pomocna w niwelowaniu tików nerwowych, ale wpłynęła również pozytywnie na zmiany w zachowywaniu się dziecka.

Terapia czaszkowo-krzyżowa w swojej historii przeszła duże zmiany. Wywodzi się z osteopatii czaszkowej, która opiera się na terapii mechanicznej, aż do oddziaływania na krążenie płynu mózgowo-rdzeniowego oraz somato-emocjonalne rozluźnienie związane z urazami psychicznymi człowieka, w tym tikami. Wyczuwanie rytmu krążenia płynu mózgowo-rdzeniowego jest podstawową umiejętnością potrzebną do prowadzenia terapii kranio-sakralnej. Umiejętność prawidłowego odczytania rytmu krążenia tego płynu daje możliwość znalezienia zakłóceń oraz przywrócenia prawidłowej funkcji i kontroli efektów leczenia [6, 7]. ■

PIŚMIENNICTWO:

1. Gilchrist R. Podstawy terapii czaszkowo-krzyżowej. Ujęcie Biodynamiczne. Virgo, Warszawa 2013.
2. Techniki osteopatyczne. Liem T., Dobler T.K. (red.). Mularczyk M. (red. wyd. pol.). Tom 3. Munchen 2010.
3. Kern M. Mądrość ciała – czaszkowo-krzyżowe podejście do istoty zdrowia. Virgo, Warszawa 2012.
4. Schultz L., Feitis R. Nieskończona sieć. Anatomia powięzi w działaniu. Virgo, Warszawa 2011.
5. Peirsmann N., Peirsmann E. Terapia czaszkowo-krzyżowa u dzieci i niemowląt. Virgo, Warszawa 2011.
6. Miszewski W.J., Miszewska A. Nowoczesne metody fizjoterapii. Terapia czaszkowo-krzyżowa. Medycyna Rodzinna 2014; 3: 141–146.
7. Bogusz-Tomczak A. Terapia czaszkowo-krzyżowa w leczeniu zaburzeń psychosomatycznych. Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja 2017; 83: 24–30.
8. Sills F. Foundations in Craniosacral Biodynamics. Tom 2. North Atlantic Books, Berkeley, California 2012.
9. Upledger J.E. CranioSacral therapy – What it is, how it works. North Atlantic Books, Berkeley, California 2008.
10. Upledger J.E. Your inner physician and you. Craniosacral therapy and somatoemotion release. North Atlantic Books, Berkeley, California and UI Enterprises Palm Beach Gardens, Florida 1997.
11. Sadowska J. Skrypt z kursu „Kurs terapii czaszkowo-krzyżowej". Katowice 2016.
12. Skrzypulec A., Segiet S., Szuścik A. i wsp. Rola czynników psychologicznych w przebiegu zespołu tików u dwudziestoletniego mężczyzny – opis przypadku. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2011; 20 (1): 59–62.
13. Bryńska A., Wolańczyk T. Dziecko z zaburzeniami tikowymi w szkole i przedszkolu – informacje dla pedagogów i opiekunów. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2010.
14. 1Fonberg E. Przesądy a nauka. Państwowe wydawnictwo Wiedza powszechna, Warszawa 1974.

Daniel Rozberg
magister fizjoterapii, Gabinet Rehabilitacji i Terapii Manualnej REHROZ w Mrągowie

Ilona Rozberg
licencjat pedagogiki, Gabinet Rehabilitacji i Terapii Manualnej REHROZ w Mrągowie

dr n. med. Marek Wiecheć
specjalista fizjoterapii, Centrum Rehabilitacji MARKMED w Ostrowcu Świętokrzyskim,
kierownik Katedry Fizjoterapii w WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim

Krzysztof Pycko
specjalista fizjoterapii, Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Ameryce