

Содержание

Вступление	7
Предисловие	9
1. Крючок заброшен.....	11
2. Я «на крючке», но этого еще не знаю	13
3. Догадка вспыхивает	15
4. Я оказываюсь «на крючке» и знаю это	19
5. Краниосакральная система	21
6. Первые опыты краниосакральной терапии	23
7. Горизонты расширяются	29
8. Другие случаи использования краниосакральной терапии	33
9. Лечение депрессии.....	39
10. Знаменитый височно-нижнечелюстной синдром	41
11. Хронические боли и нетрудоспособность.....	45
Постгерпетические невриты.....	46
Раздробление таза с серьезной дисфункцией краниосакральной системы	46
Укрепление мозговой функции после комы.....	47
Травма позвоночника	48
Предупредить инвалидность	49
12. Новые взгляды.....	53
13. Память тканей! Что следующее?.....	55
14. Модель энергетической кисты.....	61
15. Снова о памяти тканей и о многом другом.....	63
16. Сомато-эмоциональное освобождение	65
17. Использование лечебной энергии	75
18. Настрой и прикосновение	79
Сестра Энн Брукс	80
История одного случая комы.....	82
19. Терапевтическое воображение и диалог.....	85
20. Подведение итогов.....	93
21. Кто может выполнять эту работу?.....	95
22. Анатомия краниосакральной системы.....	99
23. Как проводится обследование и лечение краниосакральной системы.....	105

24. Другие области применения краниосакральной терапии	111
Острые системные инфекционные заболевания	111
Местное инфицирование, растяжения, ушибы, ссадины, кровоизлияния	111
Синдром хронической боли.....	112
Артриты.....	112
Эмоциональные проблемы	113
Сколиоз.....	113
Проблемы с ушами.....	113
Церебральные ишемические эпизоды (малые приступы).....	113
Офтальмологические проблемы	113
25. Спасибо, КСТ-СЭО!	115
Лечение с помощью нескольких терапевтов одновременно	115
Краниосакральная терапия – сомато-эмоциональное освобождение и посттравматические стрессовые состояния	117
Плавание в контейнере.....	119
Лечение при помощи заземления.....	122
Головокружение у ныряльщиков.....	124
Музыка для спины.....	125
Работа с дельфинами.....	127
Краниосакральная терапия, акушерство и педиатрия	130
Мозг говорит	135
Сомато-эмоциональное освобождение и психика.....	137
Психология и сомато-эмоциональное освобождение (Рассел А. Боурн, доктор психологии)	137
Почему СЭО – не психотерапия? (Джон Пейдж, доктор остеопатии).....	142
26. Вопросы и ответы	143
Акушерство и гинекология.....	143
Новорожденные и грудные дети	143
Послеродовой период.....	144
Детский возраст.....	144
Взрослые.....	146
Заключение	153
Об авторе.....	155

Список иллюстраций

1. Боковой вид позвоночного столба, показывающий позвонки и диски.....	16
2. Положение затылочной кости черепа на верхнем шейном позвонке. Как это происходит.....	25
3. Положение височной кости на черепе	26
4. Вид черепа сверху. Швы и расположение на черепе Оливера. Захождение лобной и левой теменной костей одна за другую	30
5. Техника освобождения верхнего отверстия грудной клетки.....	50
6. Направление и проникновение отрицательной энергии в момент травмы.....	58
7. V-spread глаза	62
8. Полузакрытая гидравлическая система цереброспинальной жидкости и мозговых оболочек	100
9. Точки прикрепления твердой мозговой оболочки.....	101
10. Задний вид крестца и нижних позвонков, показывающий выход нервных корешков из спинального канала.....	102
11. Механизм рукавов оболочек, позволяющих трубке оболочек двигаться внутри спинного канала.....	103
12. Экспериментальная установка, которая демонстрирует движение костей черепа обезьяны.....	104
13. Задний вид крестца между подвздошными костями.....	106

6

Первые опыты краниосакральной терапии

Мои первые опыты использования методов краниосакральной терапии как лечебных начались с визита нескольких пациентов, страдавших головными болями. Один случай был особенно запоминающимся. Это был у меня первый пациент, страдающий сильными головными болями. Именно на нем я испытал новую технику лечения. Во время Второй мировой войны мужчина служил в военно-морском флоте Соединенных Штатов. Он служил на корабле и находился неподалеку от большой пушки в тот момент, когда эта пушка выстрелила. К сожалению, он не использовал ушные беруши или наушники, которые заглушили бы грохот выстрела. Головная боль, сопровождающаяся громким шумом в ушах, появилась у него сразу во время выстрела. Теперь боль и шум в ушах преследовали его постоянно. Он прошел все виды лечения, какие только знала военно-морская медицина, но ему не стало легче. В конце концов его комиссовали, но головные боли продолжали мучить его в течение двадцати пяти лет. Не помню, как случилось, что он оказался у меня в приемной. Я исследовал его краниосакральную систему и обнаружил, что кости черепа с левой стороны вдавлены вовнутрь и в таком положении зафиксированы. Эти кости не двигались. Мне сразу повезло – я удачно добился расслабления этого «сцепления», и левая сторона его головы немедленно освободилась. Как только возникло это «расширение» и пропала сдавленность, мужчина стал почти невменяемым от радости. Боль прошла в тот же момент, как я начал работать с ним, а шум в ушах прекратился через несколько недель. Я видел этого человека всего три раза. Его боль, продолжавшаяся двадцать пять лет, прошла, как только началось лечение. Насколько мне известно, боли больше не возвращались (уверен, что он обратился бы ко мне, если бы боли возобновились).

После удачного опыта лечения головной боли у ветерана военно-морского флота я начал работать с другими подобными пациентами. Большинство из них страдали в течение многих лет и испробовали на себе множество методов лечения. Я многое узнал о головной боли и об эффективности краниосакральной терапии в случаях тяжелой, хронической головной боли, превращающей пациента в инвалида. С самого начала моей практики мне стало ясно, что краниосакральная терапия эффективна в 80–85% случаев лечения продолжительной головной боли. Отрадно, что к большинству этих успешно вылеченных людей болезнь больше не возвращалась и им не потребовалось всю жизнь

регулярно принимать сеансы краниосакральной терапии. (Надо сказать, что терапия эта настолько улучшает самочувствие человека, что многие из пациентов хотят повторить процедуры даже после того, как головные боли уходят.)

Не иначе как для того, чтобы «вогнуть крючок» еще глубже в меня, возник следующий пациент – шестнадцатилетний «отстающий» мальчик. Его мать очень мило попросила, чтобы я испытал на ее сыне свой новый метод лечения – краниосакральную терапию. Рассел, так звали ее сына, перенес в детстве менингит, и предположительно именно эта болезнь стала причиной его продолжающегося умственного отставания. Ранее у меня не было опыта использования краниосакральной терапии в таких случаях; у меня и мысли не было, что таким образом можно будет улучшить состояние подобных больных. Как бы там ни было, под деликатным давлением его матери я решил попробовать.

Дядя Рассела был видным хирургом. Он неустанно следил за тем, чтобы на Расселе испробовали все виды лечения, которые были изобретены до того момента, когда племянник заболел менингитом. Я все же послал Рассела на электроэнцефалограмму (ЭЭГ), чтобы посмотреть, что может показать это обследование, хотя сильно сомневался в необходимости этого исследования. Джим, тот самый нейрохирург, присутствовавший при моем первом знакомстве с краниосакральной системой, расшифровал ЭЭГ для меня. Мысль, которая возникла у меня после расшифровки ЭЭГ: возможно, из-за недостаточного кровоснабжения через артерии, находящиеся в нижней стороне мозга, некоторые мозговые ткани оказались раздраженными. Возможно, это могло прояснить, как именно менингит стал причиной «отставания» в развитии мальчика. Оболочки, пораженные менингитом, оставались все еще распухшими и слипшимися, в результате чего частично непроходимыми стали артерии, снабжавшие кровью мозг Рассела. Если вены также были частично непроходимыми, то они легко могли создать обратное давление, а это, в свою очередь, могло привести к застою крови в головном мозге. Именно этот факт мог создать трудности для поступления свежей крови в ту область мозга, где это было необходимо.

Я решил, что лечение будет способствовать улучшению оттока бедной кислородом (венозной) крови из мозга и улучшению снабжения мозга богатой кислородом (артериальной) кровью. Сдвинув кости черепа относительно системы твердых мозговых оболочек, я смог изменить ненормальное напряжение оболочек внутри черепного свода и спинномозгового канала. Если бы я смог сократить излишнее напряжение, то появился бы шанс уменьшить слипание оболочек, благодаря чему процесс снабжения свежей кровью мозга Рассела значительно улучшился бы. Я импровизировал на ходу, пытаюсь использовать кости черепа, верхней части шеи и области крестца, хотел заставить двигаться менингеальные оболочки. Рассел приходил ко мне на сеансы дважды в неделю. Через три недели его мать сообщила мне, что ее сын больше не засыпает днем, не устает так быстро, как раньше, и меньше спит. Примерно через четыре месяца домашний репетитор Рассела сказала, что теперь он и без дополнительных занятий хорошо справится, и предложила отменить дополнительные занятия. Рассел благополучно был принят в десятый класс.

В течение еще одного года раз в неделю я продолжал применять к Расселу методы краниосакральной терапии. В конце концов Рассел с легкостью окончил среднюю школу, поступил в колледж и теперь, двадцать лет спустя, руководит службой доставки в большой медицинской лаборатории. Он управляет двадцатью водителями, владеет и распоряжается частной собственностью, живет независимо в собственном доме в

другом городе далеко от семьи. Рассел был обследован психологом до того, как я начал лечение, и годом позже; в конечном счете его IQ возрос примерно на двадцать пунктов. Этот случай успешного лечения с помощью краниосакральной терапии, которая тогда еще не имела названия, действительно подействовал на меня, и я был полностью захвачен этим методом.

Я работал с Расселом еще до того, как перешел на работу в Мичиганский государственный университет. После Рассела, все еще в качестве частнопрактикующего врача, я добился некоторых успехов с гиперактивными и необучаемыми детьми. Приглашенный в качестве клинического исследователя в Мичиганский государственный университет, я начал лечить детей, у которых были проблемы в школе. Большинство этих детей были либо гиперактивными, либо имели нарушения речи.

Наш первоначальный успех в клинике с гиперактивными детьми был очень обнадеживающим. Гиперактивный ребенок часто засыпал прямо на столе во время лечения после того, как мы проводили ему краниосакральную коррекцию. Обычно в таких случаях нарушения обнаруживались в основании черепа сзади, в том месте, где череп присоединялся к шее.

Как правило, там наблюдались вдавление головы в шею и гипертонус исключительно сильных шейных мышц, которые только поддерживали это ненормальное положение. Как только мы расслабляли сдавление костей, система твердых мозговых оболочек начинала работать правильно и гиперактивный ребенок начинал вести себя вполне нормально. После этой процедуры мы позволяли пациентам послабление в диете, потому что у детей пропадали симптомы пищевой аллергии. (В те времена диета Фейенгольда широко использовалась для контроля за гиперактивным поведением. Эта диета ограничивала получение сахара, снижала калорийность пищи и т.д.; к сожалению, этим

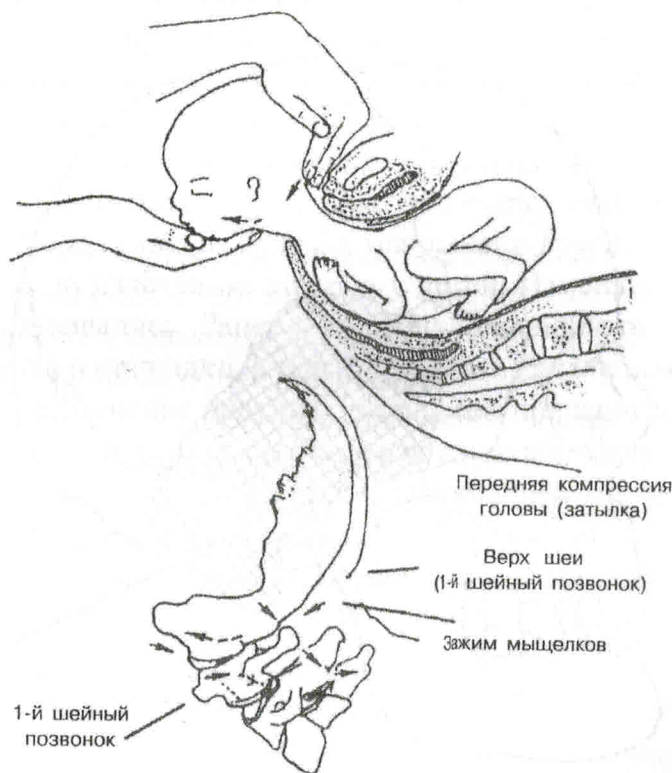


Рис. 2. Вклинивание затылочной кости черепа на верхний шейный позвонок. Как это происходит

рекомендациям достаточно трудно было следовать. Методы краниосакральной терапии заметно облегчали эту трудную задачу. Если мы не находили при обследовании вдавления шеи в череп (затылочную кость), мы считали, что гиперактивность ребенка, вероятно, происходит по другой причине. Часто нам встречались чисто физиологические причины гиперактивного поведения ребенка, в таких случаях краниосакральная терапия была не нужна.

Я говорю «мы», потому что к тому времени у меня уже была постоянная группа студентов-выпускников, работавших со мной. Они легко обучались краниосакральной терапии. Очень обнадеживало, что этой методике легко обучить человека.

Теоретически я полагал, что гиперактивность детей была связана с краниосакральной дисфункцией, а сама проблема могла возникнуть во время родов. Довольно часто голову ребенка слишком сильно нагибают назад, чтобы ускорить его рождение в тот момент, когда головка младенца частично вышла из родового канала. Такое упорное отгибание головы назад можно считать преступлением. Я очень хорошо понял, что если бы такое нарушение было обнаружено и исправлено в первые дни жизни ребенка, то это повлекло бы значительное (примерно на 50%) сокращение количества гиперактивных детей. Наш успех в лечении был почти стопроцентным, если мы обнаруживали у гиперактивного ребенка такое «насаживание» головы на шею. Около 50% гиперактивных детей в клинике имели именно эту проблему, а у других 50% гиперактивность была вызвана другими причинами.

В клинику Мичиганского государственного университета в те годы поступало большое количество детей с проблемами речи и чтения. Мы обнаружили, что у многих подобных детей были нарушения краниосакральной системы с правой стороны головы, которые привели к изменению уха и мастоидальной (сосцевидной) области. На самом

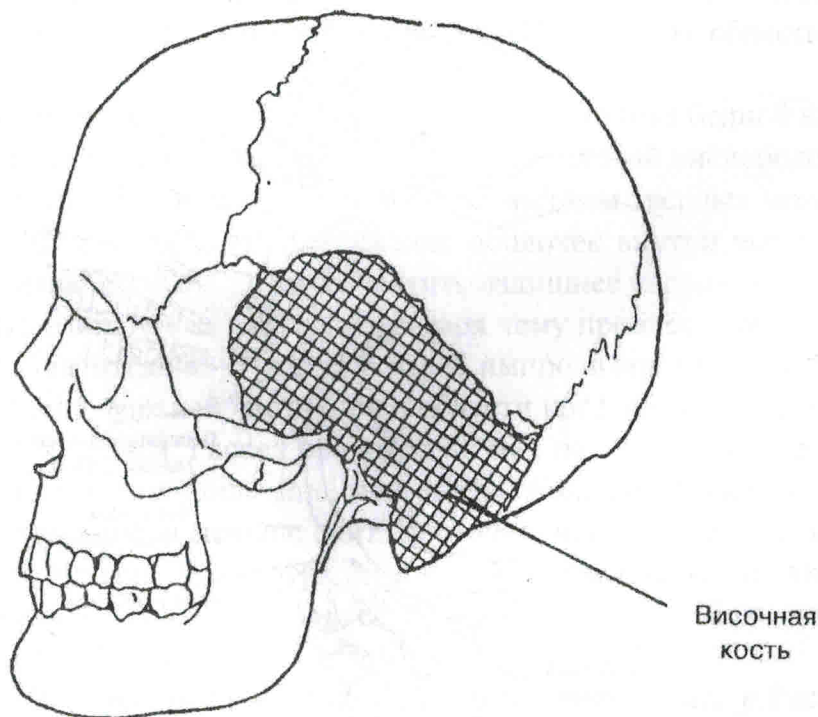


Рис. 3. Расположение височной кости на черепе

деле проблема крылась в правой височной кости и ее взаимодействии с твердыми мозговыми оболочками. Как только эти нарушения исправляли и функция краниосакральной системы возвращалась в норму, проблемы с чтением исчезали у очень большого (около 70%) количества детей.

Я помню, словно это было вчера, одного шестнадцатилетнего мальчика, чей учитель-дефектолог привез его в нашу клинику за сто миль. Учитель сказал, что мальчик (Майк) читает на уровне ученика четвертого класса, прикладывая все свое умение. Из-за этого его записали в специальный класс. Кроме того, из-за низкой самооценки Майк демонстрировал агрессивное поведение. Это был крупный парень, весом около 200 фунтов и шести футов росту, которого я не рискнул бы случайно рассердить...

Во время нашего первого лечебного сеанса я обнаружил и исправил около 80% нарушений в правой височной области и расслабил твердую мозговую оболочку. Из-за дальнего расстояния, которое необходимо было преодолевать, чтобы привести мальчика на лечение, решили, что Майк вернется на сеанс через две недели, в то время как обычно мы проводили лечебные сеансы с такими детьми один раз в неделю. Во время второго сеанса я завершил коррекцию краниосакральной системы с правой стороны головы мальчика. Майк немного говорил. Его учитель сказал, что он стал лучше читать, произошли изменения и в оценке жизненной позиции мальчика. Он снова должен был приехать через две недели. Я чувствовал, что исправление краниосакральной системы завершено.

Через две недели Майк вернулся. На этот раз и он, и его учитель улыбались и были счастливы. Майк читал безо всяких трудностей книги для десятого класса. Я спросил Майка, как это произошло. Он ответил, что теперь может видеть два-три слова одновременно, а раньше ему приходилось рассматривать каждую букву в слове отдельно, потом запоминать последовательность букв и только тогда определять, какое слово они составляют. Он был очень счастлив, как и его добрый заботливый учитель. Прошло четыре недели с тех пор, как Майку провели первый сеанс краниосакральной терапии. За три сеанса, по двадцать минут каждый, что вместе составило всего один час лечения, он превратился из плохо обучаемого, агрессивного ученика, остановившегося в своем интеллекте на уровне четвертого класса, в благополучного ученика десятого!

Детская клиника продолжала работать, а мы решали другие проблемы. Например, начали делать доклады по излечению запоров у детей. Изменялся общий настрой пациентов, их чувства развивались. Ранее мы слышали жалобы от родителей на то, что у их детей были судороги и припадки, а теперь судороги начали исчезать. Встал вопрос: а нельзя ли сократить применение противосудорожных препаратов? Мы проверяли это медленно и осторожно: наши методы срабатывали в половине случаев. Некоторые дети смогли полностью прекратить прием лекарств, избавившись от судорог навсегда; большинство наших пациентов жили без судорог, принимая лишь половинную (или меньше) дозу противосудорожных препаратов, первоначально им назначенных.

Анатомия краниосакральной системы

В каком месте в краниосакральной системе могут находиться нарушения? Все, что мешает способности твердой мозговой оболочки приспосабливаться к ритмическим колебаниям давления и объема цереброспинальной жидкости, — потенциальная область неблагополучия. Эти оболочки формируют влагонепроницаемый мешок внутри вашей черепной коробки и позвоночника. Я считаю, что этот «мешок» и его содержимое формируют гидравлическую систему в организме. Она функционирует как ваше «ядро». Давайте взглянем на анатомическое строение твердой мозговой оболочки, формирующей этот «мешок», и на места, к которым она прикреплена.

Если твердую мозговую оболочку, являющуюся необходимой частью краниосакральной системы, с ее содержимым вынуть из вашего тела, она будет похожа на корнеплод с длинным хвостом (корнем). Голова этого «корнеплода» находится в вашем черепе. Она прикрепляется к внутренней части черепных костей и выстилает ту часть черепа, которая называется сводом черепа. Свод черепа находится над ротовой полостью и над верхними шейными позвонками. Будучи водонепроницаемой, эта внутренняя выстилка черепного свода предотвращает вытекание жидкости, находящейся внутри черепа. Иногда при повреждении черепа или возникновении других проблем появляются разрывы, образующие отверстия в твердой мозговой оболочке. Когда это происходит, жидкость из краниосакральной системы, называемая цереброспинальной жидкостью, может вытекать. Чаще всего я наблюдал вытекание этой жидкости из носа. Только дважды видел вытекание ее из уха. При возникновении такого нарушения появляется замечательный вход для проникновения в организм инфекции. Такое нарушение приводит к увеличению оттока жидкости из гидравлической (краниосакральной) системы. Чтобы поддержать нормальный, постоянный объем жидкости внутри гидравлической системы или восполнить ее нехватку, организм увеличивает продукцию спинномозговой жидкости. Если система производства жидкости самостоятельно удовлетворяет возросшие потребности, мы обычно не находим никаких проблем со здоровьем человека. Но если утечка слишком значительна, чтобы система продуцирования могла с ней справиться, мы видим хроническое сокращение объема жидкости и, следовательно, сокращение амплитуды ритмичных колебаний в краниосакральной системе.

Обычно в таких случаях человек начинает страдать от множества болезненных симптомов, которые могут быть ошибочно отнесены к другим причинам. В список жалоб могут входить хроническая усталость; постоянные головные боли; боли в различных частях тела, невозможность сосредоточиться; общий недостаток энергии, настолько сильный, что человек не может себя заставить начать какое-либо дело. Для этого требуется громадная самодисциплина и целеустремленность. Если этих качеств в человеке нет, возникает подавленность, утрачивается воля к жизни. Довольно часто мы видим значительное снижение сопротивляемости организма инфекциям (то есть каждый раз, когда кто-то чихает на расстоянии сотни ярдов, человек заболевает ОРВИ). Возникает гормональный дисбаланс, что выражается в снижении функций щитовидной железы, падает содержание сахара в крови (гипогликемия), возникают менструальные проблемы у женщин. Вот что может происходить с человеком, у которого имеется значительная утечка жидкости из «мешка», образованного твердой мозговой оболочкой, если его краниосакральная гидравлическая система не способна справиться с дефицитом цереброспинальной жидкости.

Природа создала эту систему совершенной. Как я уже сказал, внутри вашего черепа твердая мозговая оболочка образует водонепроницаемую выстилку. В основании черепа, в месте его перехода в шею, имеется отверстие. Отверстие овальной формы и размером примерно полтора на два дюйма. Оно расположено так, что воображаемая переднезадняя линия, которая делит ваше тело на две равные части, проходит ровно посередине. Это отверстие называется «foramen magnum». По-латыни первое слово означает «отверстие», а второе — «большое». Теперь вам ясно, каким образом это отверстие в основании черепа получило свое латинское название. Именно через это большое отверстие проходит спинной мозг из черепа в спинномозговой канал. В этом месте начинается «хвост» нашего «корнеплода». Твердая мозговая оболочка очень плотно прикрепляется по периметру этого «большого отверстия» в основании черепа. Затем твердая мозговая оболочка продолжается вниз в спинномозговом канале, который имеет форму плотной цилиндрической трубки, словно она подвешена вниз от места плотного

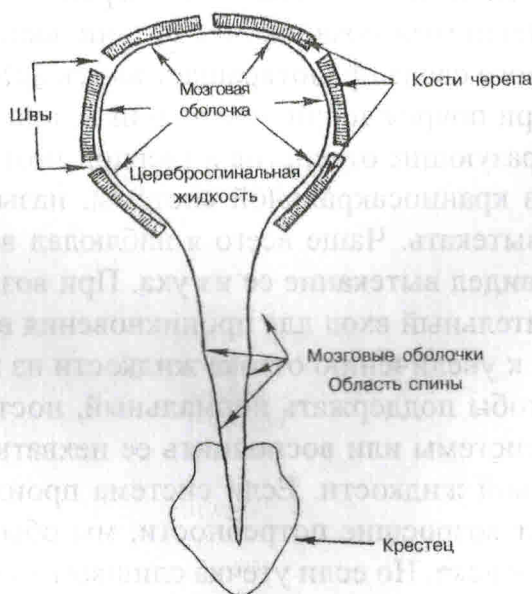


Рис. 8. Полузакрытая гидравлическая система цереброспинальной жидкости и мозговых оболочек

прикрепления к большому отверстию в основании черепа. Таким образом, теперь мы можем представить позвоночный ствол, формирующий спинальный канал, внутри которого проходит трубка твердой мозговой оболочки. Внутри этой трубки твердой мозговой оболочки находится паутинная оболочка, внутри которой, в свою очередь, – мягкая мозговая оболочка, о которых я говорил выше. Мы имеем трубки внутри трубок, а в самой сердцевине оболочек находится очень нежная ткань спинного мозга. Спинной мозг является продолжением головного мозга и тянется от головы до нижней части спины.

Спинно-мозговой канал сформирован позвонками и состоит из костной ткани, тугих связок и других элементов соединительной ткани. Прикрепление наружного слоя оболочек (твердой оболочки) внутри костного канала минимально. Передняя часть трубки твердой мозговой оболочки в двух местах прикрепляется к верхним шейным позвонкам. И есть прикрепление той же самой оболочки внизу спины. Там она присоединяется к треугольной кости, находящейся между костями таза. Эта треугольная кость называется крестцом. Спинно-мозговой канал продолжается внутри крестца, где крепится твердая мозговая оболочка. Потом трубка твердой мозговой оболочки выходит из отверстия в нижней части крестца и направляется к копчику.

Спинной мозг, который находится внутри спинного канала, имеет нервные корешки. Они располагаются между каждыми двумя позвонками на всем протяжении позвоночника от шеи до нижней части спины. Имеется всего двадцать четыре позвонка, формирующие позвоночный ствол; они расположены между черепом вверху и крестцом внизу. У крестца также есть маленькие отверстия, через которые выходят наружу нервные корешки. Все эти нервные корешки, выходя непосредственно из спинного мозга, широко расходятся направо и налево между позвонками и сквозь отверстия в крестцовой кости. А чудесная система оболочек обволакивает каждый из этих нервных корешков справа и слева на протяжении пары сантиметров до места, где они выходят за пределы оболочки в тело, чтобы выполнять все функции нервной системы. Проследовав за каждым нервным корешком на это короткое расстояние, твердая мозговая оболочка (которая, как вы помните, является наружным слоем оболочек) замыкается, создавая водонепроницаемую изоляцию, чтобы цереброспинальная жидкость не поки-

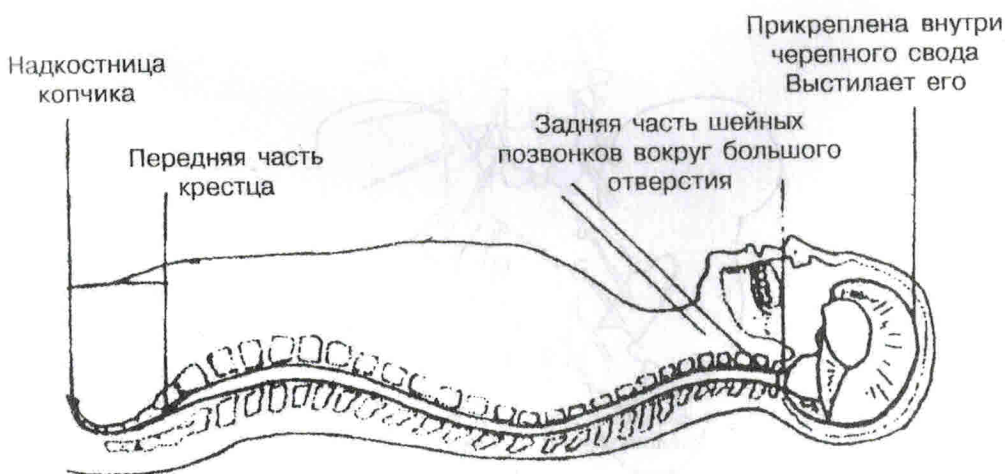


Рис. 9. Точки прикрепления твердой мозговой оболочки