

Глава 14

ТЕХНИКИ НА ПОЯСАХ КОНЕЧНОСТЕЙ И КОНЕЧНОСТЯХ

Концепция такова, что каждый орган является членом огромного синдиката — человеческого тела. Все органы работают для достижения общей благой цели. И все идет отлично, пока один из членов не выйдет из строя.

Как только это случается, все братство органов бросает работу, чтобы помочь ему. Члены синдиката не успокоятся, пока доктор не поправит все или не окажется не способным этого сделать и попросит совета.

Голова, шея, грудь, живот, конечности — все органы входят в состав этого синдиката. Все они заняты выполнением своей работы и поддержанием здоровья.

Andrew Taylor Still, «Osteopathie. Recherche et pratique»

Верхняя конечность

Глобальная техника на поясе лопатки в положении пациента лежа на спине

Показания тканей. Жалобы пациента. Кроме этого, эта область может привлечь внимание врача при работе на черепе или шейном отделе позвоночника.

Положение рук. Пациент лежит на спине. Между его головой и краем стола должно оставаться достаточно места для предплечий врача. Врач сидит в головах. Он кладет свои руки на латеральные поверхности плечевых костей пациента.

Точки опоры и рычаги. Дополнительные точки опоры — локти врача, стоящие на столе. Основная точка опоры — таз врача, сидящего на стуле.

Субъективные параметры. Врач должен укорениться и установить присутствие (ослабление захвата). Врач должен четко представить свои точки опоры и рычаги воздействия. Внимание и интенция сконцентрированы на поясе лопатки. Основная интенция — начать

общаться с тканями, чтобы освободить задержанную энергию. Более локальные интенции позволят вам синхронизироваться с объективными параметрами.



Фото 14.1. Глобальный подход к поясу лопатки: положение лежа

Объективные параметры. Выход на плотность осуществляется за счет постепенной компрессии плеч пациента в медиальном направлении. Врач должен следовать за ответом тканей до максимальной плотности. Напряжение создается за счет сжатия пальцев между собой (работа собственных мышц кисти).

Замечание

Для создания медиальной компрессии врач должен использовать в основном вес своего тела, а не силу рук.

Выполнение техники. Врач следует за ответом тканей до максимальной плотности. Он концентрирует внимание и интенцию на области наибольшей плотности. Врач инициирует столько циклов освобождения, сколько требуют ткани. Каждый цикл заканчивается своей точкой покоя и небольшой экспансией. В случае блокирования тканей в напряжении врач должен использовать вспомогательные средства: апноэ на выдохе и усиление отказа.

Окончание техники. Ткани возвращаются в нейтральное положение. Затем наступает точка покоя, после которой следует мощная экспансия. Часто пациент делает глубокий вдох. Иногда вздыхает и врач. Запустить новый цикл освобождения врачу не удастся.

После техники. Если после выполнения техники какая-либо область лопаточного пояса покажется плотной, нужно будет выполнить локальную технику на ней. После полного освобождения выполните технику череп/крестец/череп, чтобы уравновесить систему.

Глобальная техника на поясе лопатки в положении пациента сидя

Показания тканей. Эту технику нужно выполнять, когда плотность лопаточного пояса очень высока и не позволяет добиться достоверной информации. Или когда одна сторона кажется плотнее другой.

Замечание. Даже если плотность лопаточного пояса не кажется очень большой, мы советуем в первую очередь выполнить глобальную технику. Она позволит освободить множество задержек энергии, которые вам не придется затем лечить специфически.



Фото 14.2. Глобальный подход к поясу лопатки: положение сидя

Положение рук. Пациент сидит на краю стола. Врач сидит сбоку, верхом на столе (со стороны наибольшей плотности). Врач устанавливает плечо пациента вплотную к своей груди, на уровне дельтовидно-грудной бороздки. Руки врача лежат на противоположном плече пациента, пальцы перекрещены.

Замечание. Нужно, чтобы плечо пациента упиралось именно в дельтовидно-грудную бороздку, чтобы не создавать давление на внутренние органы грудной клетки врача, а именно на сердце, если опора идет на левую сторону.

Точки опоры и рычаги. Основная точка опоры — таз врача на столе.

Субъективные параметры. Врач должен укорениться и установить присутствие (ослабление захвата). Врач должен четко представить свои точки опоры и рычаги воздействия. Внимание и интенция сконцентрированы на поясе лопатки, в данном случае — на той стороне, которая упирается врачу в грудь. Основная интенция — начать общаться с тканями, чтобы освободить задержанную энергию. Более локальные интенции позволят вам синхронизироваться с объективными параметрами.

Объективные параметры. Врач выходит на плотность, создавая компрессию одного плеча пациента по направлению к другому. Врач следует за движениями тканей в направлении максимальной плотности. Напряжение создается за счет сокращения собственных мышц кистей рук.

Выполнение техники. Врач следует за ответом тканей до максимальной плотности. Он концентрирует внимание и интенцию на области наибольшей плотности. Врач инициирует столько циклов освобождения, сколько требуют ткани. Каждый цикл заканчивается своей точкой покоя и небольшой экспансией. В случае блокирования тканей в напряжении врач должен использовать вспомогательные средства: апноэ на выдохе и усиление отказа.

Окончание техники. Ткани возвращаются в нейтральное положение. Затем наступает точка покоя, после которой следует мощная экспансия. Часто пациент делает глубокий вдох. Иногда вздыхает и врач. Запустить новый цикл освобождения врачу не удастся.

Замечание. Движения, совершающиеся вокруг точки опоры — груди врача, могут иметь очень большую амплитуду. Двигаться может не только плечевой пояс пациента. Мы должны следовать за ними, како-

ва бы ни была амплитуда и какие бы отделы тела пациента не приходили в движение.

Упор плотной стороны в грудь врача очень полезен, особенно при травматических повреждениях плечевого пояса пациента. В случае травмы все ткани тела стягиваются к этому плечу. Если пациент пал на плечо, то наша опора поможет воссоздать механизм травмы и освободить задержки энергии. Если врач решает работать, стоя с противоположной стороны от плотности, то он должен будет сконцентрировать свое внимание, интенцию и силу компрессии на зоне плотности, хотя она будет находиться с противоположной контакту стороны.

После техники. Проведите тестирование, описанное ниже. Это даст вам информацию о том, насколько освободился пояс лопатки и какие еще зоны нужно освободить. Затем проведите технику череп/крестец/череп, чтобы уравновесить систему.

Тестирование пояса лопатки: поиск информации.

Выполняется в положении сидя

Показания тканей. После выполнения техник на шейном и грудном отделе врача привлекают тяги, идущие к поясу лопатки. Кроме того, врача могут насторожить жалобы пациента и симптомы со стороны этой области. Иногда врачу может показаться, что глобальной техники не достаточно, и требуется дополнительная информация для локализации задержек энергии.

Положение рук. Пациент сидит на краю стола. Врач стоит позади него. Он устанавливает ладони на латеральные поверхности плеч пациента. Пальцы врача должны быть выпрямлены.

Точки опоры и рычаги. Тока опоры врача — пол.

Субъективные параметры. Внимание и интенция сконцентрированы на всем поясе лопатки. Интенция — не лечить, а получить информацию.



Фото 14.3. Тестирование пояса лопатки

Объективные параметры. Врач постепенно выходит на плотность, медленно совершая медиальную компрессию обеими руками навстречу друг другу. Он анализирует ответы тканей на этот импульс. Напряжение создавать не нужно.

Информация от тканей. Первая информация, которую получает врач — плотность одной стороны по отношению к другой. Плотность

Советы дядюшки Трико...

Кроме самосовершенствования, развития и поддержания своего состояния, врачу могут помочь некоторые хитрости, которые сделают его работу более комфортной.

Принять, а не отказываться

Когда в терапевтических или других отношениях появляется дискомфорт, первой реакцией является неприятие и сопротивление. Если «Я» поймет, что дискомфорт является прямым следствием его собственного случая и соответствует глубоко похороненным переживаниям и отказам, он сможет сознательно сохранить этот дискомфорт. Очень часто дискомфорт впоследствии чудесным образом исчезает. Если бы «Я» продолжал противостоять ему и стараться уничтожить, то дискомфорт сохранился бы. Принять существование этого дискомфорта нелегко, потому что он следствие того, что не захотел пережить «Я» в прошлом. Поэтому он старается противостоять этому снова. Это позволяет нам понять, что многие медицинские методы, главным образом, химические, которые снижают или изменяют ощущение дискомфорта, мешают человеку освободиться от него. Поэтому совершенно справедливо такое лечение называют *химической смирительной рубашкой*. Опасность этих методов больше, чем их эффективность. «Я» перестает чувствовать дискомфорт и думает, что выздоровел. Но на самом деле дискомфорт просто скрыт немного глубже. Он обязательно проявится в жизненной ситуации, которая вызовет резонанс.

Ключ — синхронизация

Нам может помочь концепция синхронизации, которую мы применяли для физических параметров (вес, плотность, напряжение). Синхронизация и шаг навстречу облегчает работу. Когда мы идем навстречу весу тела, мы уменьшаем ощущение усилия. Если мы пойдем навстречу любому ощущению в теле, то оно станет менее неприятным, а иногда исчезнет вовсе. Можно выдвинуть гипотезу: так как задержка — это жизненная ситуация, она сама живая. Она не смогла выразить что-то и старается любыми способами это сделать. Чем меньше мы позволим ей выразиться, тем более настойчивой она будет. А если мы однажды дадим ей эту возможность, в дальнейшем она не будет нас беспокоить. Задержка похожа на ребенка, который постоянно канючит: «Папа, расскажи...», а отец не обращает на него внимания. Запускается цикл отношений, который прекращается только тогда, когда папа оказывает ребенку достаточное внимание. Так же ведут себя мысли, которые мы стараемся прогнать. Может быть, мысли тоже живые?

Проинформируйте вашу собственную систему о том, что происходит

Врач управляет и направляет свою систему сознаний — свою собственную систему тела. А значит, он может общаться с ней и сообщать ей о том, что происходит. Врач может объяснить системе, что нагрузка исходит не от нее, а от тела пациента. Таким образом, он снимает вину с собственного тела, что минимизирует полученный дискомфорт. Затем врач может успокоить полученный резонанс техникой аутокомпрессии затылка, и уравновесить свою систему с помощью воздушно-го шарика.

Идеальный врач

Существует ли идеальный врач? Может быть это тот, кто относится к пациенту исключительно как к предмету? Или же наоборот, тот, кто рассматривает пациента только как субъект, личность? Являясь приверженцами неаристотелевской модели, в рамках которой мы рассуждаем с самого начала, мы скажем, что идеал врача находится где-то посередине. Идеальный врач центрирован. Он осознает оба аспекта жизни и живого и умеет интегрировать их в поведение типа диалога. Он может перемещаться между этими двумя полюсами, в зависимости от данной ситуации, отношений с пациентом и его нуждами. Идеальный врач умеет укореняться в физическом мире и в знании, что делает его стабильным. Также он умеет укореняться во вселенной сознания, что позволяет ему иметь глобальное и изменяемое видение, за счет которого он может приспособливаться к настоящему моменту. Он достаточно независим от своего случая, что облегчает ему доступ к миру сознания и к его глубокой натуре. Я вспоминаю слова Сатерленда, которые цитировал Роллин Беккер: *«Создатель краниального механизма ко мне ближе, чем дыхание... А к пациенту Создатель краниального механизма еще ближе. Мои думающие, видящие и знающие пальцы направляет Великий Архитектор, создавший механизм. Мое понимание механизма имеет мало значения. Троллейбус моих мыслей идет по Проводу»* (Brooks ed., 1997, 38).

Вопросы и ответы

Работая таким образом, я быстро устаю

На это часто жалуются те, кто только начинает работать в данной концепции. Существует несколько ответов на этот вопрос.

Наше обучение остеопатии подразумевало работу с телом, как с *предметом*. При таких отношениях мы синхронизировались с плотностью