

Лекция / Lecture
УДК 615.828
<https://doi.org/>

Тканевый подход в остеопатии. Общие выводы

Пьер Трико

Кабинет остеопатии Гранвиль-Ванде, Гранвиль, Франция, <https://orcid.org/0000-0002-3683-6841>

A tissue-focused approach in osteopathy. General conclusions

Pierre Tricot

Cabinet d'ostéopathie de Granville-Vendéens, Granville, France, <https://orcid.org/0000-0002-3683-6841>

Резюме

В статье представлены философские принципы остеопатии, принципы понимания межтканевых взаимодействий, диагностика дисфункций на уровне черепа и крестца, по фасциальным тягам; описан подход освобождения тканей при проведении остеопатической коррекции.

Ключевые слова: философия остеопатии, биомеханика тканей, концепция здоровья

Abstract

The article highlights the philosophical principles of osteopathy, the principles of understanding inter-tissue interactions, diagnostics of dysfunctions at the level of the skull and sacrum based on fascial tractions; the tissue release technique in the course of osteopathic correction is described.

Keywords: philosophy of osteopathy, tissue biomechanics, health concept

© Трико П., 2021

Я начал учиться остеопатии в 70-х годах прошлого века. Моими главными наставниками были Рене Кегине и Франсис Пералад. В самом начале учебы мне повезло: я познакомился с Виолой Фрайманн. Она часто ссылалась на труды Стилла и Сатерленда, и в результате мне стало интересно, что писали основатели. Вот так в начале 1980 года, я начал переводить на французский язык работы Виолы Фрайманн, а в 1990-х – тексты А.Т. Стилла, У.Г. Сатерленда и Роллина Беккера.

Читая Стилла и Сатерленда, я был поражен, как значимо для них трехчастное понимание человека (тело, разум, дух). Для наших университетских преподавателей в центре всего находился в основном телесный аспект. Но, хотя основатели и настаивали на параметрах разума и духовном измерении человеческих существ, они не давали почти никаких указаний на то, как к ним подойти в ежедневной остеопатической практике.

Я думаю, что исторически остеопатии пришлось дожидаться появления Роллина Беккера. Беккер соотнес «*быть*» и «*делать*», то есть дал возможность практически использовать концепции человеческого разума и духа, как рабочие инструменты.

После кончины Роллина Беккера Жак Жак Андрева Дюваль в четвертом номере бельгийского научного журнала «*Thinking*» поделился воспоминаниями о пережитом вместе с Беккером и привел несколько цитат, записанных во время их встреч. Например, такие:

У всех клеток есть два общих свойства: 1/ философия, 2/ цель. Обладая философией, они универсальны: они подчиняются одним и тем же законам; а что касается цели, то просто они по-особому действуют (клетки печени, нервной системы и т.п.). А мы, будучи остеопатами, соглашаемся с их особым поведением, но работаем с их универсальностью (Duval, 1996, 5).

Эта цитата мне нравится, особенно идея, что мы обращаемся к тому, что не является специфическим в системе тела: я считаю, что это *жизнь*. Но «клеточная философия» меня заинтриговала. Что хотел сказать Беккер? Какую модель можно себе здесь представить? Долгое время провел я в поисках, пока не понял, что слово «*философия*» для американца значит не совсем то же, что для француза. Можно использовать одно из возможных определений слова «философия»: «концепция чего-либо, основанная на совокупности принципов, эти принципы» (Словарь Larousse). «Общая концепция, более-менее последовательный взгляд на мир и проблемы жизни» (Словарь Le Robert). В приложении к клетке это определение оказывается слишком урезанным. Какими фундаментальными принципами вдохновляется клетка, каковы ее основные мотивации? В конце концов, я остановился на «*жить*», или «*выживать*», как на самом простом и очевидном смысле *продолжать существовать*. Тогда встал вопрос о концепции *быть*.

Что может означать концепция *быть* для клетки? В словаре много чего можно найти, но там нет ничего о сути, механизме, акте этого *быть*. *Быть, существовать*, отсюда происходит решение: *я есмь*. *Я есмь* задает определение меня как я, центра, *фулькрума*, относительно окружающего меня, которое я рассматриваю и проживаю как внешнее по отношению ко мне, отличное от меня, я определяю или рассматриваю это как другое, *не-я*. Таким образом, это решение *я есмь* создает дуальность. *Я есмь* создает индивидуализацию и одновременно с ней – сознание, сознание *быть*, существовать в отдельности от окружения, которое рассматривается как внешнее.

Но неужели какая-то клетка обладает сознанием? Эта мысль долгое время казалась мне безумной, даже бредовой, и я никак не мог развить ее.

Тем не менее, когда я допустил, что клетки наделены сознанием, и, значит, система организма – это совокупность сознаний и тоже наделена сознанием, я смог кое-что понять. Я экспериментировал с этим пониманием, хотя мне и не удавалось объяснить, как такое

возможно. Например, что возможно отправить информацию в систему и получить тем самым осязаемое изменение в тактильном восприятии телесной структуры пациента. Тот факт, что система отвечает (какой бы ни был этот ответ) или пытается ответить на мои запросы, логически означает, что она обладает сознанием. Тогда я принялся искать определение того, чем может быть сознание.

Определение сознания

Представить клеточное сознание мне было сложно потому, что я брал определение, используемое философами для характеристики сознания вида *homo sapiens*. Философы говорят, что сознательное существо обладает отличительной способностью рассматривать свое существование. То есть, способностью осознавать (потенциально) свое сознание. Размышляя над этим вопросом, я пришел к мысли о том, что этот уровень сознания исключительно сложен, и что, вне всякого сомнения, могут существовать более элементарные уровни сознания, где субъекты обладают сознанием, но при этом они свое сознание не осознают. Я посмотрел на клетку с этой стороны.

Просто обладать сознанием значит существовать; или существовать – значит обладать сознанием. Эти два состояния неразделимы. А жить – значит *получать опыт* «быть», или сознания. Согласно этой концепции, можно сказать, что всякое живое существо от самого простого до самого сложного обладает сознанием. Кроме того, оно будет делать все, чтобы сохранить свое сознание, то есть свое состояние «быть», или существование. Именно здесь находятся истоки таких сложных механизмов, как иммунитет и гомеостаз.

Проживать существование

Такая модель сознания привела меня также к тому, что я понял, что такое экспансия и ретракция, которая ощущается у живых существ. В самом деле, *быть* – значит решить, что ты отличен от других или отделен от других, то есть, индивидуализироваться. Но как понять, что это происходит, то есть, как узнать, что я продолжаю быть, иначе говоря, получаю опыт состояния быть? Для этого нужна система, позволяющая установить, поддерживать или постоянно чувствовать разницу между *я* и *не-я*. Материальный барьер в клетке обеспечивает мембрана. Пусть этот барьер отделяет внутреннее пространство от внешнего, дает физическую границу индивиду, но он сам по себе не позволяет индивиду получать опыт, чувствовать, что он существует. Этот барьер составляет структуру существования, но он еще не создает функции.

Здесь большую пользу принесла мне работа Альфреда Корджибского (Bulla de Villaret, 1992) по общей семантике. Без нее я терялся в абсолюте концепции *я* и *не-я* и не понял бы, что на самом деле между ними существует бесконечное множество переходных состояний. А

Стафан Люпаско (1982) объяснил мне, что статистическая вариативность этих состояний *я* и *не-я* позволяет иметь дело с различными видами материи (микрофизической, биологической, нейрофизической), каждый из которых соответствует своим собственным законам.

Ощущение существования рождается из обмена с внешним миром. Дуальность *я/не-я* создает дуальность *оттока/притока*. Отток, будучи не в состоянии быть бесконечным, должен обратиться вспять, что превращает его в приток, стремящийся уравновесить разницу потенциалов между «я» и внешним миром. Но в тот момент, когда обращение потока вспять вот-вот уравновесит эту разницу, необходимость существовать или чувствовать свое существование воссоздает движение вовне. Так – в стремлении к невозможному равновесию – и происходит чередование оттока и притока.

Этот обмен позволяет клетке *чувствовать*, что она существует, как индивид... Для поддержания этого чувства нужно, чтобы были изменения. Неважно, куда направлено это изменение: вовне или внутрь – нужно, чтобы оно было. Обмен проявляется или создается в чередовании оттока и притока, и это позволяет живой структуре опытно проживать свое существование, поддерживая при этом определенный запас энергии. Сознание проявляется через это чередование: «Сознание и дыхание смешиваются: они являются единым целым» (De Smedt, 2001, 3-35). Как и всякое переменное явление, это чередование имеет тенденцию к организации и к стабилизации на основе ритма.

Так рождается особая антагонистическая динамика *я/не-я*, которая одухотворяет все наделенное сознанием, все живое. Мы находим здесь динамику инь-ян, которые, по замечанию Сириллы Жавари, не два слова, но одно:

«Инь-ян, вот определенно две самых известных и наименее правильно понятых идеограммы. Это происходит, может быть, потому, что в китайском языке они являются одним словом, обозначающим динамику функционирования живых существ» (Javary, 2018, 7) (выделено мной).

Этот обмен также создает *цикл* переменного движения экспансии/ретракции внутри клетки. Клетку тем самым можно представить как *преобразователь*: она преобразует обмен или коммуникацию в движение. Я согласился с Беккером и его концепцией неподвижности. Так, движение рождается из неподвижности. Вот что интересно для остеопатии: качество первичного движения, которое воспринимает остеопат, рассказывает ему о состоянии жизни структуры, с которой он вступает в контакт.

В этот момент мне попала статья Тома Ф. Шулэ, близкого ученика Сатерленда, написанная им для *Остеопатического журнала Краниальной Ассоциации / The Journal of Osteopathic Cranial Association*:

Если всякая материя находится в движении, и если всякое движение флюктуирует в своей первичной фазе, то поскольку флюктуация состоит из двух циклов, одного – расширяющегося, а другого – сжимающегося, то флюктуация является ритмичной. Если одна фаза создается благодаря другой, то должен иметься обмен показателя энергии между двумя фазами флюктуации, потому что движению для его реализации необходима энергия. Если флюктуация возникает в любой материи, там должна быть некая центральная точка, от которой флюктуация зарождается, и эта точка тогда не имеет движения, ее можно назвать фулькрумом. Поэтому фулькрум должен быть у всякого атома, всякой молекулы, всякой материи, обладающей массой (Schooley, 1953, 31–35 и Magoun, 2000, 72).

Телесная система, агрегат сознаний

Я пришел к тому, что стал представлять тело живого человека как организацию сознаний, то есть фулькрумов с относительной неподвижностью, центрированных относительно результирующего фулькрума *Я* тела, место которого, согласно восточным философам, находится в центре черепа. Этой организации сознаний соответствует организация структур, представленная совокупностью клеток, организованных в ткани и органы. Все эти структуры центрированы относительно фулькрума Сатерленда в месте соединения палатки мозжечка и серпа мозга.

В этом случае тело можно представить как ритмичное пульсирующее жидкостное целое (экспансия и ретракция), организованное системой фиброзных перегородок (мембран, фасций) и механически центрированных вокруг фулькрума Сатерленда.

В механическом отношении первой организующей структурой телесной системы станет твердая мозговая оболочка, которая в связи с относительной неэластичностью преобразует разнонаправленное движение экспансии и ретракции в тканях и создает точки задержки движения и зоны свободы. Твердая мозговая оболочка, таким образом, управляет системой и организует ее механику. Благодаря ей возможно появление дифференцированных движений в системе череп-крестец-позвоночник, которые, начиная с Сатерленда, мы знаем как движения флексии и экстензии для непарных и центральных костей и наружной и внутренней ротации – для парных и периферических костей.

В момент экспансии системы наружная и внутренняя ротация структур, расположенных по оси череп-крестец-позвоночник, вызывает опускание всех периферических тканей, которые крепятся к основанию черепа или к тазу, а обратный подъем происходит во время ретракции, вызывающей внутреннюю экстензию и ротацию. Эти периферические ткани, в том числе кости, будучи тоже живыми, обладают свойственной им ритмической пульсацией – мотильностью, которую они проявляют отдельно в рамках этого коллективного движения.

Мы можем представить, что тело похоже на медузу, которая олицетворяет идею движения жидкостей внутри жидкой среды, идею, что внутри системы простое отделение внутренних жидкостей относительно внешних дает системе идентичность и механическую организацию, не изменяя при этом ее глубинную структуру: структуру жидкости. В случае человеческого организма мы говорим скорее о *пластичности*, потому что материальность некоторых структур, в частности костей, особенно сильно сближает их с физическим миром. Пластичность структур мы можем ощутить благодаря опыту пальпации.

Тенсергити

В 2003, благодаря дипломной работе по остеопатии Жана-Франсуа Мегрэ (Mégret, 2003), я познакомился с концепцией, которую прежде не знал: с концепцией *тенсергити*.

Термин «тенсергити» придумал в 1949 году Ричард Бакминстер Фуллер, американский архитектор и дизайнер. Исходно речь идет об идее, даже о видении, которое Бакминстер Фуллер превратил в концепцию: это концепция организации архитектурных сооружений, связывающая «островки сжатия в океане напряжений». Сократив оба слова «tensile / напряженный» и «integrity / целостность», которые описывают целостное и комплексное напряжение, он назвал эту концепцию «tensegrity / тенсергити», во французском превратившуюся в «tenségrité».

По всей видимости, Бакминстера Фуллера вдохновили работы американского скульптора Кеннета Снельсона который в 1950-х годах, воплотил эту концепцию в паутинообразных структурах, сжатые трубки которых казалось парят в воздухе внутри кокона из проволоки, бросая вызов нашей устойчивой привычке к компрессии.



Фотография: конструкция Кеннета Снелсона

Иллюстрацией к концепции Бакминстера Фуллера послужило создание в 1967 году Биосферы Фуллера для Всемирной выставки в Монреале. Эта конструкция было полностью спроектирована на основе концепции тенсегрити.

Структуры, установленные на основе тенсегрити, создаются путем соединения жестких трубок гибкими кабелями без непосредственного соединения трубок между собой. В результате образуется жесткая и деформируемая система, устойчивость которой возникает не за счет прочности каждого из ее компонентов, а за счет распределения нагрузок и равновесия механических напряжений по всей конструкции. Основными преимуществами этой системы являются ее легкость, минимальное потребление исходного материала и, прежде всего, ее мягкость и гибкость в сочетании с большой прочностью.

Интересно отметить, что Роллин Беккер в «Неподвижности жизни» упоминает Бакминстера Фуллера и распределение механических нагрузок в системе:

Бакминстер Фуллер пишет, что «поведение систем в целом характеризуется синергией, которую невозможно предугадать по поведению отдельно рассматриваемых ее частей». Хотя это касается геометрической энергии системы и ее экспериментальной математики, некоторые утверждают, что это описание можно было бы использовать в медицине (Becker, 2013, 320).

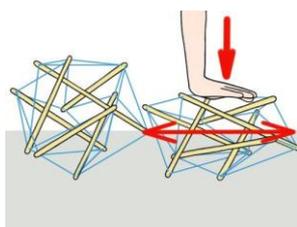


Схема: распределение нагрузок на напряженно целостную структуру

Представляется, что тенсегрити в природе вездесуща, в том числе это касается и тела человека. Сегодня этой концепцией особенно интересуются ученые-биологи. Они считают, что цитоскелет клетки животных состоит из таких структур. Микротрубочки находятся в центре сети компрессионных нагрузок от волоконцев. Представляется, что эту конструктивную модель можно использовать для любой части тела от микроскопически организованных структур до макроскопического уровня.

Наличие разобщенных элементов в состоянии сжатия при постоянном напряжении обеспечивает устойчивое самоуравновешивание и независимость от силы тяжести, характерное для систем тенсегрити. Понятия самонагрузки и нелинейного поведения очень важны.

На микроскопическом уровне взаимосвязь между структурой (внеклеточный матрикс, интегрин и цитоскелет) и функцией (метаболизм, морфогенез) основана на тенсегрити. Равновесие сил контролирует и регулирует жизнь клетки. В физиологических и патологических процессах роль внеклеточного матрикса (фасций) становится главной.

На макроскопическом уровне системы тенсегрити образуются несколькими анатомическими структурами (крестцом, плечом, позвоночником и краниосакральной системой). Эта концепция подчеркивает понятие иерархии систем, при этом фасции находятся на интегрирующем мета-уровне. Можно развить гипотезу о работе всего тела на основе тенсегрити.

Тенсегрити открывает путь для единого биомеханического взгляда, это главный этап подтверждения правильности остеопатических концепций. В самом деле, с тенсегрити я экспериментировал уже давно: я заметил, что для того, чтобы вступить в коммуникацию с живыми структурами на их материальном уровне, нужно было идти им навстречу, настраиваясь на их плотность и на их напряжение. Я назвал это *пальпаторным аккордом*. Я знаю, что я правильно настроился на ткани, если у меня под руками возникает ощущение пластичности или «деформируемости» даже в случае таких плотных структур как кости. При моделировании этого способа действий мы приходим к тому, что мы называем объективными

параметрами пальпации. Я проживал эту модель на опыте, не подозревая о ней, как господин Журден Мольера не подозревал, что говорит прозой.

Позже я перевел на французский книгу, которую в данном вопросе я считаю не имеющей себе равных: «*Biotenségrité* / *Biotenségrité*» Грахама Скарра (Scarr, 2015) В этой работе автор показывает напряженноцелостную природу всех телесных структур от микро до макроуровня.

Задержка, сознание и напряженная целостность

Развитие концепции сознания основано на идее, что базовое намерение клетки – продолжать существовать, жить. Что она может сделать, когда ей встречаются сложности или угрозы ее выживанию? Защищаться. Как она может это делать? Логично предположить, что она может увеличить напряжение, сопротивление, непроницаемость мембраны; она может ***сжаться***.

Тем самым мы получаем физические проявления задержки энергии. Но если мы считаем клетку наделенной сознанием, можно сказать, что она демонстрирует несогласие, неприятие прожить что-то, а может, и отказ это проживать. Она замыкается в самой себе, становится менее мобильной (меньше обмена с внешним миром), становится более плотной.

Преимущество такой концепции в том, что в ней одновременно присутствует материальный аспект и аспект сознания или, с качественной точки зрения, корпускулярный и волновой аспекты.

Некоторое время тому назад я прочел книгу под названием «*Биология веры*», написанную американским физиологом Брюсом Липтоном. Уже само ее название меня заинтриговало: связывать биологию и веру исключительно провокационно. В этой книге Липтон выдвигает тезис, что жизнью клетки управляют не столько ДНК или гены, сколько ее мембрана, потому что она регулирует обмен с внешним миром.

*Истинный секрет жизни состоит не в знаменитой двойной спирали, но в понимании биологических механизмов волшебной мембраны, механизмах, обладающих элегантною простотой, с помощью которых **ваше тело преобразует сигналы от окружающей среды в поведение*** (Lipton, 2006, 92) [добавлено выделение].

Если мы применим идею задержки к характеристикам тенсегрити телесных структур, то окажется, что эти структуры создают задержки и, следовательно, *нефизиологические фулькрумы*. Очень важно понять концепцию фулькрума. Речь идет о точке опоры, о центре – в данном случае механическом – организующем систему. По определению фулькрум фиксирован (неподвижен) относительно того, что он центрирует. В свою очередь, он может

центрироваться вокруг других фулькрумов, то есть он может быть подвижен относительно этих фулькрумов, которые сами центрированы вокруг других фулькрумов и т.п. Тело можно представить как собрание относительно подвижных друг относительно друга фулькрумов, все они центрированы относительно одного результирующего механического фулькрума, который, начиная с Сатерленда, мы размещаем в центре черепа на уровне правого синуса и называем фулькрумом Сатерленда.

Зона задержки тем самым создает новый фулькрум, который накладывается на уже организованную структуру и, конечно же, нарушает ее. В результате система обязана адаптировать механическое нарушение, вызванное задержкой, чтобы привести внутренние механические нагрузки к значениям, совместимым с гомеостазом. Иначе говоря, сжимаясь, зона задержки притягивает к себе все ткани, которые с ней связаны. Если она нарушает глубинную механику тела, принуждая его создавать адаптации, это также позволяет локализовать ее: поскольку зона задержки притягивает связанные с ней ткани, то ткани притянут и нашу руку, если рука окажется поблизости и вступит в коммуникацию с тканями, связанными с зоной задержки. Таким образом, хотя задержка не участвует в коммуникации или участвует в ней плохо, она, несмотря на печальные последствия, предлагает помощь, и мы можем ее найти: сжавшись, *она притягивает*.

Клинический остеопатический случай. Господин Соседкин¹

Из понимания того, что такое задержка энергии, какими последствиями чревата задержка, и на основе модели напряженной целостности я вывел модель появления клинического случая пациента в остеопатии. То, что я собираюсь представить, является, конечно же, крайним упрощением того, что происходит в живом организме. Но такое намеренное упрощение позволяет лучше понять. Мне на память приходит замечание Поля Валери: «простое всегда ложно, но то, что не просто, использовать невозможно» (Valéry, 1941-2014, 112).

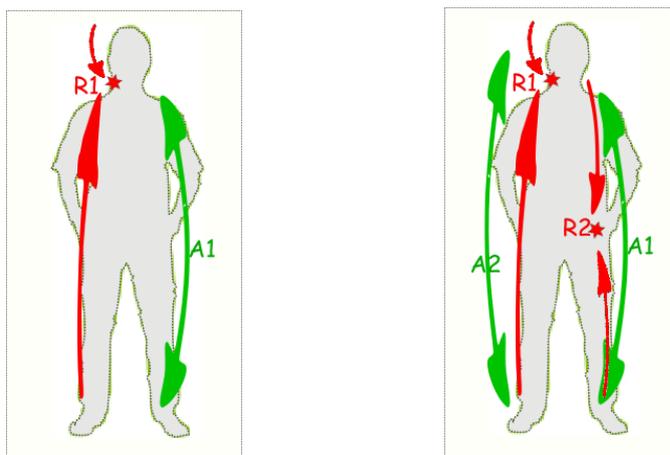
Представим, что первая задержка энергии жизни у господина Соседкина случилась в момент его рождения. Уже здесь мы прибегаем к крайнему упрощению, потому что задержки могут возникнуть с момента существования телесного организма г-на Соседкина, то есть с момента его зачатия. Все зависит от того, что он переживает в течение беременности матери. Пойдем дальше и скажем, что в связи с последствиями задержки, те, которые возникли во время формирования организма, чреватые очень сильным влиянием на всю жизнь личности: организм учится функционировать вместе с ними, вокруг них. Но, повторимся, ради

¹ В оригинале «господин Дюкуэн», фамилия «говорящая», дословно «тот, что рядом, по соседству» (прим.перев.)

упрощения допустим, что беременность была идиллией, и что первая задержка в жизни этого человека произошла в момент его рождения.

В этот момент механические нагрузки на уровне основания черепа справа такие сильные, что происходит серьезная задержка. В соответствии с тем, что мы рассмотрели до этого, первым механическим следствием этой задержки будет закрытие, сжатие тканей в этой зоне, которые, в силу напряженной целостности системы, создают нефизиологический фулькрум, и он нарушает глубокую механику системы тела. Назовем эту задержку *31*. Первым механическим следствием *31* будет притягивание к ней всех тканей, которые с ней связаны.

Мы допустили, что ткани наделены сознанием, но своего сознания они не осознают. Это означает, что в них возникает задержка, но они не осознают того, что они делают. То есть они не способны *заявить* о задержке после того, как завершился эпизод, который ее сформировал. Системе приходится «справляться с этим», то есть адаптировать это механическое изменение. Упрощая еще больше, скажем, что система тела создает адаптации (зеленая стрелка на схеме). Назовем эти адаптации (которые уже, вероятно, комплексные) *A1*,



считая что *A1* адаптирует *31*.

Схема 1: клинический остеопатический случай. Господин Соседкин: 31

Схема 2: клинический остеопатический случай. Господин Соседкин: 32

Теперь представим новую задержку, которая возникает в жизни господина Соседкина: например, она происходит в левой крестцово-подвздошной области в результате сильного падения. Назовем такую задержку *32*. Эта новая задержка тоже добавит нефизиологический фулькрум, притянет к себе связанные структуры, система тела адаптируется.

Отметим все же, что эта задержка не накладывается на идеальную систему, она утверждается в системе, которая уже была в состоянии задержки и адаптации. *A2*, совокупность адаптаций

вследствие 32, должна тем самым учитывать существующее положение вещей и адаптировать 31+А1+32.

Третья задержка, 33 даст такой же результат, и адаптационный цикл А3 должен будет адаптировать 31+А1+32+А2+33 и так далее.

Из этого мы можем сделать несколько важных выводов:

1. Организация остеопатического случая пациента является полностью оригинальной, потому что она появляется как следствие жизни этого пациента, который, по определению, оригинален.
2. Клинический случай любого человека по своей природе является очень сложным, в него часто включаются тонкие механизмы, которые тело использует постепенно, но о которых врач-osteopat не знает.
3. У всех нас много задержек и адаптаций. Пока системе удастся поддерживать гармонию своих основ, симптомов проявляется мало. Все это накопление задержек и адаптаций безмолвно. И только когда работающей системе больше не удастся создавать и поддерживать гармонию, начинают появляться симптомы. Поначалу это происходит в моменты наиболее сильных нагрузок: усталости или при временном стрессе. Это периоды, в течение которых системе сложнее гармонизироваться. Когда такой период остается позади, симптомы исчезают. Человек может решить, что он «поправился». Но со временем накопление задержек, способности к гармонизации, может дойти до предела, и симптомы становятся хроническими.

Может произойти существенное ухудшение в связи с «терапевтическими» мерами, которые принимаются для уменьшения симптомов. Часто они никак не изменяют задержки, изменяется только восприятие симптомов человеком. Когда человек не чувствует больше своего симптома или своих симптомов, или ощущает их не так сильно, ему кажется, что проблема решена, а это не обязательно так.

Когда такой пациент приходит на прием к остеопату, он предъявляет ему все это. Вопрос отныне состоит в том, какой подход нужен в таком случае, чтобы помочь ему...

Последствия задержки

- На субъективном уровне, на уровне сознания, это переводится как увеличение индивидуализации, или как уменьшение обмена или коммуникации с окружающей средой.

- В этом случае структура начинает меньше осознавать свое существование и, меньше общаясь с организмом, к которому она принадлежит, она частично выходит из сознания этого организма, который *забывает* о ее существовании.
- На объективном уровне, на уровне физических явлений, это переводится как увеличение плотности, напряжения и инертности.
- На механическом уровне, при ретракции зоны она притягивает к себе ткани, соединенные с ней, что изменяет глубинную механику всей системы, заставляя ее создавать адаптации.
- Структура с таким нарушением на уровне своей «философии», своей жизни, гораздо меньше обеспечивает то, что является для нее специфическим, свою функцию, обязывая организм применять компенсаторные функции.
- На циркуляторном уровне происходит замедление и стагнация жидкостных потоков, которые приводят к застою и скоплению потенциально токсичных веществ.

Как решить проблему задержки

Зона задержки характеризуется сдержанностью в коммуникации. Если сонастроиться, синтонизироваться с физической *реальностью* задержки и с *реальностью* ее сознания, то можно прийти к ней в ее изоляции.

Поскольку врач сам является сознанием, он может своим присутствием, вниманием и намерением обратиться к тканевому сознанию и общаться с ним.

Синхронизируясь с плотностью, напряжением и скоростью тканей, врач вступает в контакт с материальной реальностью тканевой структуры.

Контакт с этими двумя реальностями тканей, субъективной и объективной, приводит к тому, что структура начинает двигаться, и тем самым освобождается от энергетической нагрузки и связанной с ней информации до still-point, момента неподвижности, во время которого задержка освобождается, и за которым следует возврат к коммуникации, проявляющийся в экспансии структуры.

Последствия освобождения

- Возврат тканевой зоны к коммуникации и ее повторная интеграция в сознание организма, а также уменьшение ее плотности, напряжения и инертности региона и системы в целом сигнализируют об освобождении.
- Механика, физиология, локальная и глобальная циркуляция телесной системы улучшаются локально и глобально.

- Часто происходит освобождение информации, запертой в задержке, и это может проявиться некоторым ухудшением самочувствия вплоть до серьезных сомато-эмоциональных всплесков.

Цели терапии

Цели терапии, в соответствии с представленными здесь концепциями, становятся относительно очевидными: в сущности, речь о том, чтобы найти и освободить зоны задержки.

Врач может центрироваться, чтобы предложить своему пациенту временную точку опоры, которая позволит ему справиться с основными задержками, которые мешают его системе оптимально функционировать и проявлять здоровье.

Прежде чем идти дальше, я думаю, пора снова обратиться к существу того, что остеопатия относит к представлению о здоровье.

Что такое здоровье?

В соответствии с тканевым подходом, идеальное или абсолютное здоровье для живой системы соответствовало бы тотальной коммуникации всех частей, коммуникации между этими частями и окружающей средой. Можно считать, что это совершенство присуще **базовому намерению** всякой живой системы и, значит, всякому сознанию. В этом смысле Дыхание Жизни – это Здоровье. Когда есть жизнь, то потенциально присутствует и здоровье: *«Здоровье невозможно потерять, так как оно – центр нашего опыта»* (Sills, 1998, 1).

Так как задержка энергии – это акт жизни, акт выживания, то здоровье находится в ее центре. Таким образом, *«наше намерение – присутствовать в Здравье, сочетаться с ним. Здравье невозможно потерять. Цель процесса – достигнуть Здравья, которое находится в центре нарушения. Цель – освободить здравье, лежащее внутри самой задержки или нарушения. Мы помогаем системе высвободить ее внутренний потенциал таким образом, чтобы нечто иное могло возникнуть на месте обычных компенсаций»* (Sills, 1998, 2).

Из-за чего возникает задержка? Из-за намерения выжить. Уменьшить общение, задержать энергию – это правильный ответ, потому что он эффективен. Это ответ жизни. Задержка – это крайнее проявление базового механизма, который создает сознание, механизма **индивидуализации**. Каждый раз, когда сознание отказывается от общения, оно все больше индивидуализируется. Это отделяет сознание от свойственного ему Здравья, но Здравье (жизнь, Дыхание Жизни) присутствует всегда. Причина не в здравье, а в стремлении сознания изолироваться.

Так этот механизм помогает выжить, он стремится остаться, несмотря на то, что условия, которые его создали, изменяются. То есть ошибка не в самом механизме, но в том, что он сохраняется, что он становится неадекватным тому, что проживает структура в настоящем. Цель терапии состоит, таким образом, в том, чтобы сделать общение структуры адекватным тому, что она проживает в настоящем моменте. Когда угроза, вызвавшая отказ от общения исчезает, общение должно восстановиться, а вместе с общением – и здоровье.

Намерение жизни, сопутствующее жизни Здоровье предшествовали организации сложной живой системы. То же самое намерение сегодня сопутствует ее выживанию. Оно сообщает системе необходимую мудрость для адаптации задержек и аномалий, следующих за задержкой. Так, *«все формы и отношения компенсации одинаково умны. Обратите внимание на мудрость, лежащую в их центре. Плотность появляется в том, что в норме должно быть жидкостным. Найдите жидкостность внутри плотности. Здоровье проявляется всегда»* (Sills, 1998, 3).

Плохое самочувствие и болезнь проявляются, когда система не может больше поддерживать равновесие между нагрузками и своими собственными обязательствами, которые она должна нести в настоящий момент. Гармония нарушается, и система не может ее восстановить. Улучшение самочувствия, даже возврат к здоровью, не означает, что организм становится идеальным. Он просто вновь обретает свою способность создавать гармонию. Таким образом, здоровье – это относительное понятие, связанное с организмом и его отношениями с окружающей средой в настоящий момент времени. Так как жизнь – изменение, здоровье всегда недостижимо, хотя потенциально оно постоянно присутствует. Здоровье становится постоянным поиском равновесия, которое все время подвергается испытанию. Действия врача заключаются в том, чтобы восстановить условия, которые позволяют организму воссоздать гармонию, а она и есть проявление здоровья. *«Уберите все препятствия и, если вы сделаете это с умом, природа сама доделает все остальное»* (Still, 1998, 300).

Итак, нас, врачей, волнует относительное здоровье, состоящие из гармонии, а не из совершенства. *«Образ анатомического идеала необходим для понимания того, в чем мы встречаемся внутри многих черепов. Это простой процесс для тех, кто видит и чувствует, понимая, как могут возникнуть адаптации. Цель в работе с вашими пациентами – найти дорогу к здоровой функции внутри механизмов, которые они вам показывают. В качестве подсказки направления вам нужен мысленный образ идеала, но бесполезно пытаться навязать этот известный вам идеал головам, которые вы лечите.»* (Sutherland, 1990, 6).

Исходные данные

Пациент, пришедший на прием к врачу, – многослойное явление, система сознаний в процессе коммуникации. Внутри нее возникли отказы, которые система попыталась адаптировать. Каждая новая задержка накладывает на систему, уже изменившуюся под воздействием игр задержки и адаптации так, что на сегодняшний день главенствующими элементами, характеризующими случай этого пациента, являются гипокommunikация, разнородность и сложность.

Анамнез

Анамнез представляет собой важный источник информации о клиническом случае пациента. Но информация, недоступная сознанию пациента, не будет высказана. *«Даже самый лучший анамнез никогда не будет полным. Часто бывает так, что пациент забывает или не умеет выбрать нужное из травмирующих событий, о которых он рассказывает. Однако тело регистрирует существенные травмы, и врач может прочесть о них, если он понимает язык тканей. Рубцы, оставленные болезнью, следует вскрыть. Они не дают прохода силам жизни, если болезнь подавлена, а не вылечена. Следует также узнать и понять эти рубцы. Глубокий эмоциональный шок, горести или гнев также оставляют свой внутренний отпечаток. Чутко слушающие руки могут найти и изменить эти последствия травм, и благополучие пациента будет устойчивым»* (Frymann, 1998, 71).

Анамнез будет нацелен на поиск элементов, которые предположительно смогли спровоцировать ситуации задержки в отношении травм, как психических, так и метаболических.

- к травмам относятся несчастные случаи, разные падения, удары и хирургические операции.
- к стрессовым и эмоционально тяжелым ситуациям относятся события, которые человек пережил: сильный стресс, траур, потери, провалы и т.п.
- и наконец, в сфере метаболизма нас будут интересовать принимаемые лекарства, в частности, непереносимость или нежелательные побочные явления, прививки и регулярное потребление некоторых продуктов, таких как алкоголь, наркотики, молочные продукты (для детей).

Нужно заметить, что поскольку жизнь – это отношения, часто гораздо более важным является не событие само по себе, а то, как проживается та или иная ситуация. Бывает так, что она не обязательно вызвала появление задержки, и не обязательно является важной в создании клинического случая пациента. Эта информация может сориентировать внимание врача, направив его на возможные причины задержки, но ни ему, ни пациенту не ведомы точные размеры бедствия. Зато эти данные могут стать отправной точкой

дальнейшего поиска, который будет опираться на общение с тканями. Мы называем его **опросом тканей**.

Наблюдать, воспринимать

Тканевый подход призывает нас понять, что случай каждого пациента не поддается никакой систематизации, что лучше не проецировать на него запасенные впрок знания. Лучше **наблюдать** за тем, как ведет себя живая структура данного конкретного пациента. Тем самым, данный подход основан в основном на **перцепции**, особенно на перцепции тканей. Цель состоит в том, чтобы получить информацию непосредственно от живой структуры пациента. Но как получить надежную информацию от системы, которая не общается вовсе или общается плохо? Как найти ту самую задержку или основные задержки в системе, в которой им несть числа? И наконец, как действовать, не забывая, что здоровье зависит не от врача, а от пациента?

Modus operandi

Так и получилось, что с целью лучше справиться с различными аспектами проблемы, постепенно сложился определенный *modus operandi*. Мы можем разделить его на три этапа:

- 1/ Убедиться, что система глобально способна к коммуникации, а если это не так, – разработать процесс, предназначенный улучшить ее коммуникацию.
- 2/ Восстановить минимальную гармонию в системе, чтобы позволить ей двигаться дальше самостоятельно и с максимально возможной легкостью выполнять тонкие настройки.
- 3/ Искать, находить и освобождать основные зоны задержки, нарушающие работу системы.

Первый этап. Система способна к коммуникации

Резюмируя слова Роллина Беккера по поводу подхода к пациенту, Жак Андрева Дюваль пишет: «**Знают только ткани**» (Duval, 1976, 12). Но как заставить говорить систему, если ее коммуникация нарушена? Или, иными словами, как добыть из нее информацию, которая одновременно будет **значимой** с точки зрения работы системы и **достоверной** с точки зрения оказания необходимой помощи? Вопрос важный, ведь система живая, даже если ее глобальная коммуникация нарушена, она всегда даст ответы на наши вопросы. Но достоверны ли они?

Приведем аналогию лектора и его слушателей. Перед началом лекции участники устраиваются на своих местах, разговаривают друг с другом, шутят и так далее. Они общаются на определенном уровне – личном – но не на уровне группы. Их внимание направлено на пространство, которое они занимают, и их заботы имеют локальный охват. Но вот раздается сигнал к началу лекции. Внимание участников фокусируется на лекторе, а

внимание лектора – на группе участников. До этого, если бы группе был задан вопрос, он дошел бы только до части присутствующих людей, а полученные ответы были бы частичными и несомненно малозначимыми с точки зрения группы.

С другой стороны, теперь внимание взаимно, лектору просто заметить слушателя, если тот говорит с соседом или роется в своих вещах. Такой слушатель нарушает единство группы.

Поскольку наша модель постулирует, что система нашего тела состоит из общающихся сознаний, мы можем перенести на нее эту концепцию. Для того чтобы получить от нее надежную информацию, достаточно убедиться, что она глобально способна к коммуникации. Если она к ней не способна, то следует использовать меры, которые помогут ей обрести такую способность.

Как понять, может ли система общаться?

Если пациент находится вместе с врачом и может с ним разговаривать, значит, система его тела достаточно способна к общению, чтобы обеспечить внешне нормальную жизнь. А как насчет качества общения на уровне тканевых структур, среди сознаний органов и клеток? Как понять, каково качество коммуникации внутри системы?

В качестве модели системы тела была взята организация сознаний, проявляющаяся в структурах, клетках, организованных в ткани и органы и составляющих ритмичное пульсирующее жидкостное целое (экспансия и ретракция), организованное системой фиброзных перегородок (мембран, фасций), механически центрированных вокруг фулькрума Сатерленда. Эта система обладает результирующей ритмичной пульсацией, первичным дыханием. Из этого логически следует, что плотность и напряжение шаровидного черепа, а также амплитуда и скорость движений экспансии и ретракции, сообщают информацию о качестве коммуникации внутри целостной телесной системы.

Добрый день – добрый вечер

Общение между двумя сознаниями возможно, только если они согласованы и настроены на общую реальность. Эта настройка является ***обязательной предпосылкой*** коммуникации.

Посмотрите, как два едва знакомых друг с другом или давно не видевших друг друга человека пытаются установить коммуникацию. Они настраиваются на общей теме, по поводу которой легко прийти к общему мнению: например, говорят о погоде. Погода одинакова для всех, и это неопасная тема. Именно потому, что разговор не имеет смысловой нагрузки, он такой важный: он служит ***преамбулой***, затравкой для настоящего общения между двумя людьми, он позволяет им пойти дальше в обмене мнений.

Чтобы понять состояние способности к коммуникации телесной системы пациента, врачу нужен контакт с черепом захватом восемью пальцами. Врач пытается сонастроиться с плотностью, напряжением черепа и с его скоростью, если череп начинает двигаться. Качество ответов черепа, который находится у него под руками (его плотность, его напряжение, его способность к движению, его более-менее хорошая пластичность), предоставляют сведения о состоянии коммуникации всей системы тела пациента. Напомним, что согласно нашей модели, клетка преобразует коммуникацию в движение. Так, если жизнь телесных структур протекает хорошо, то они нам указывают на это своей медленной, объемной, ритмичной подвижностью. Если жизнь нехороша, они сообщают нам об этом своей плотностью, напряжением и относительной инертностью.

А если общаться сложно

К сожалению, в большинстве случаев процесс не разворачивается так просто. В тот момент, когда остеопат контактирует с черепом пациента, чтобы синхронизироваться и понять его материальную реальность, используя легкую компрессию для синтонизации с его физическими параметрами, он может встретить сопротивление, плотность и инертность краниальных структур. Они настолько велики, что для синтонизации потребовалось бы использовать слишком большую силу и слишком много энергии. Система действительно закрыта и отказывается от общения. Это показание к технике ***затылочной компрессии***, которая является производной компрессии четвертого желудочка. Ее цель – улучшить уровень коммуникации в системе в целом за счет освобождения максимально возможного числа небольших задержек. Приведем здесь слова Магуна о компрессии четвертого желудочка: *«Эта техника облегчает диагностику и лечение первичных и вторичных поражений позвоночника. После компрессии четвертого желудочка вторичные поражения смягчаются, их легче мобилизовать. Вот почему с этой техники полезно начинать всякое лечение. Она показана нервным, напряженным или тревожным пациентам»* (Magoun, 2000, 113).

По окончании техники следует глобально уравновесить череп (этап 2), потому что один или несколько циклов начались и не смогли закончиться, и потому что произошедшее во время компрессии затылка освобождение задержек энергии изменило равновесие системы, которое следует восстановить, хотя бы в общих чертах, по его организующей оси твердой мозговой оболочки.

А если кажется, что общаться невозможно?

Бывает так, что из-за высокой плотности структуры, при которой синхронизация с плотностью и напряжением невыполнимы, невозможно довести компрессию затылка до

конца. Это признак системы, которая полностью замкнута в самой себе и находится в отказе от общения. Такое состояние является показанием к проведению *техники на печени*.

Основная причина, по которой я пришел к систематическому использованию этой техники в указанном случае, прагматична и функциональна. Этот выбор является результатом многочисленных блужданий на ощупь в поиске решения для разблокировки системы, в которой плотность, напряжение и инерция, будучи слишком высокими, делают невозможным работу по оси череп – таз – череп и компрессию затылка. В конце концов, эта практика дала наиболее устойчивые результаты, чтобы я использовал ее в качестве основного этапа *modus operandi*.

Комплекс возможных теоретических причин, объясняющих, почему и как освобождение печени может иметь такое сильное влияние на работу первичного дыхательного механизма, подробно изложен в описании техники. В 1998 году моя младшая коллега Клэр Эмрик посвятила этой теме дипломную работу по остеопатии «*Почему техника на печени освобождает краниосакральный механизм*». Тогда она исследовала и проанализировала различные связи между печенью и телесной системой на анатомическом, эмбриологическом, неврологическом, энергетическом и т.п. уровнях. Во всех исследованных областях она обнаружила существенные связи между печенью, ее основными функциями и остальным организмом.

Выполнив технику на печени, мы возвращаемся назад на один этап в последовательности работы с компрессией затылка, поскольку эта техника уже началась, как и начальные циклы освобождения, которые не смогли быть окончены. Затем мы снова отходим от черепа и различных этапов работы с ним, чтобы закончить цикл освобождения черепа и/или таза, который тоже был начат и не завершен.

Первый этап: феномен окончания

Конец первого этапа наступает тогда, когда врач может выполнить глобальную компрессию черепа и получить от него пластичный ответ. Структура черепа теперь ощущается **как масса**, а не как жесткий, напряженный и инертный шар. Череп становится относительно мягким и податливым. Благодаря этой пластичности всякая плотная зона при пальпации проявляется гораздо более четко. Так в лесу отдельное дерево не заметно, а на лугу видно только его.

На этом уровне работы я не ожидаю, что буду ощущать совершенную структуру. Внутри глобальной пластичности находятся зоны плотности и асимметрии, но это не важно. В ходе терапевтического сеанса пластичность будет улучшаться, и неоднородность уменьшится. Важно лишь перейти от состояния общей плотности и инерции к состоянию пластичности,

которое говорит об изменении в способности телесной системы к коммуникации, достаточной для получения достоверной информации. Мы можем перейти к следующему этапу сеанса.

Второй этап, механическая гармонизация тканей тела

Зона задержки энергии, сжимаясь и притягивая к себе связанные ткани, искажает механическую организацию тела. Системе приходится создавать циклы компенсаций и адаптаций, чтобы изменить свою физиологию и соответствовать задачам гомеостаза.

Помогая зоне задержки освободиться, врач делает для тела что-то очень положительное. Но одновременно в физиологии тела врач вызывает изменения, нарушающие хрупкое и с таким трудом достигнутое равновесие. Его воздействие, очень благоприятное на локальном уровне, нарушает систему в целом.

С другой стороны, система тела проявила свою разумность. Раз она создала эти адаптации, она может разумно от них избавиться, когда они перестанут быть нужными. Чтобы сделать это, тело само способно интегрировать всю информацию. И оно сделает это с нужной ему мягкостью. *«Уберите все препятствия и, если вы сделаете это с умом, природа сама доделает все остальное»* (Still, 1998, 300).

Таким образом, врач не может заменить собой мудрую систему тела. В этом процессе его вмешательство должно быть минимальным. Нужно лишь в основных чертах воссоздать механику тела в ответ на те изменения, которые врач только что выполнил. Это позволит системе с меньшими усилиями справиться с изменениями. Это также избавит пациента от неприятных ощущений или сведет их к минимуму.

Возврат к глобальности

Как уже говорилось, грубая настройка выполняется при использовании техники на черепе и/или тазе глобально. В то же время эта техника уравнивает систему относительно ее механической оси. Это позволяет более глобально посмотреть на тело, общаться с ним и получать информацию. В самом деле, даже если необходимо выполнить более специфическую работу в конкретном регионе тела, мы должны учитывать систему глобально. Чем более глобален наш взгляд на систему, тем более надежна передаваемая нам от тела информация.

Как только эта повторная гармонизация завершена, мы снова можем перейти к этапу 3: мы можем спросить или переспросить систему и поискать другие задержки, нарушающие ее работу. **Пока я получаю значимые ответы на месте полюса, на котором я нахожусь (череп или таз), я продолжаю работу на нем. Я меняю полюс работы, только когда**

циклы освобождения затухают и когда информация становится менее отчетливой или ее нет.

Наконец, глобальная техника на черепе и/или тазе позволяет зоне задержки, которая была выявлена в системе в целом, снова включиться в глобальное сознание и тем самым изменить его поведение.

Этап 2, феномен окончания

Окончание второго этапа означает грубую гармонизацию системы относительно изменений, привнесенных освобождением задержки. Система снова центрирована по своей механической оси твердой мозговой оболочки. Шар черепа ощущается как более мягкий, более подвижный и более гармоничный. Его движение становится менее асимметричным.

Этап 3: искать, найти, освободить зоны задержки

Система теперь открыта коммуникации, и, следовательно, находится в движении, будучи относительно текучей и пластичной. На основе перцепций от тканей теперь легче получить информацию, с помощью которой можно найти зоны задержки, а на основе этого – обратиться к регионам тела, где нужно выполнить специфические техники освобождения.

Эта часть *modus operandi* покоится на двух материальных свойствах зоны задержки: ретракции и плотности. Когда рука врача стоит на зоне задержки, он чувствует плотность в зоне контакта. Если рука находится на расстоянии от этой зоны, то руку тянет к ней.

Не будем забывать, что внимание и намерение должны быть точными, и что информация от тканей соответствует уровню плотности, который достигается при синхронизации с тканями пациента. Таким образом, два разных уровня плотности могут нам сообщить два разных типа сведений. Каждый тип соответствует своему уровню плотности.

Важная информация

Мы много работаем с перцепциями на уровне черепа и таза. Это структуры, расположенные наиболее близко к оси, которые состоят в прямых или косвенных отношениях со структурами тела в целом. Таким образом, всякие отклонения от нормы отражаются именно там. С их помощью мы можем получить почти всю необходимую нам информацию о тканях, чтобы найти области задержки в теле пациента. Это, однако, заставляет нас в первую очередь сосредоточиться на локальной информации. Действительно, информация за пределами черепа и таза имеет к нам доступ только в том случае, если структуры черепа и таза хотя бы частично освобождены от задержек. Поэтому не случайно, что первые сведения о тканях, которые мы получаем, когда система способна к коммуникации (пластична), носят локальный характер.

Перцепция черепа

После окончания первого этапа врач снова захватывает череп восемью пальцами. Его внимание фокусируется на шаре черепа с намерением получить информацию при поиске задержки. Поскольку информация поступит с того уровня плотности, с которой синхронизировался врач, он выполняет постепенную компрессию структуры и анализирует получаемые ощущения.

Цель не в том, чтобы получить информацию о нормальной или аномальной подвижности сфенобазиллярного симфиза или о другом сочленении черепа. Мы перестаем рассматривать череп как систему артикуляций. Мы смотрим на него глобально, как на пластичный шар. Вспомним, что ощущение пластичности рождается от согласованности с плотностью и напряжением структуры.

Мы отныне ищем зону уплотнения, которая ощущается либо непосредственно под рукой, либо притягивает руку. Именно на такой тип информации нацелено наше намерение. Его не волнует движение сочленений краниальной структуры.

Это один из самых сложных этапов, который следует учитывать в обучении тканевому подходу: врачу приходится следовать за разными ощущениями и отказываться от области сведений, которые до сих пор он считал самыми важными. Нужно по-настоящему понять и усвоить, что мы наблюдаем за краниальной системой, и за телесной системой, по-другому. В результате, перцепции и информации, соответствующие наблюдению из этого нового положения, будут конечно же другими. Переход может быть сложным. Основная сложность идет от смешения уровней связей, которая подталкивает к использованию информации одного уровня связей на другом уровне.

Опыт работы в рамках такого подхода позволил выявить несколько основных ощущений внутри краниального шара – после того, как в нем появилось ощущение пластичности. Очевидно, что об этой информации и ее использовании подробно говорится на обучающих практических семинарах по тканевому подходу.

Перцепция крестца

Крестец, подобно черепу, рассматривается глобально. Здесь мы не можем говорить о *шаре*, как в случае черепа, но концепция остается прежней. Глобальная работа на тазе приводит нас к тому, что мы рассматриваем и ощущаем его как пластичный объем. Исходя из этого объема, мы ищем указаний от тканей. Основная информация, которую нам передает крестец, ощущается в форме тяги.

Тяги

Когда врач чувствует, что его руку тянет к удаленной зоне, ему следует проанализировать два важных момента: направление тяги и ее амплитуду.

Направление дает ориентацию о регионе пространства тела. **Амплитуда** указывает, находится ли эта привлекающая к себе зона близко или далеко. Чем больше тяга воспринимается как *длинная*, тем дальше находится зона. Это может показаться парадоксальным: логично думать, что расстояние уменьшает тягу. Но такое ощущение связано с тем, что когда зона близко, рука идет за тканями и, в конце концов, попадает в зону, и ощущение исчезает. А если рука не дотягивается до удаленной зоны, то ощущение тяги остается.

Напомним, что все, что будет сейчас изложено, имеет смысл, только если система находится в состоянии достаточной коммуникации, то есть она пластична при перцепции и, значит, поддается деформации. Различные тяги, которые идут от задержек, в этом случае гораздо более ощутимы. Самые сильные задержки ощущаются первыми. Перцепция тогда больше зависит не столько от системы тела, готовой предоставить информацию, сколько от умений врача гарантировать эффективность работы и его мастерства, подобного работе часовщика.

Этап 3, феномен окончания

Следовало бы поговорить о феноменах окончания, поскольку каждый конец цикла освобождения отмечен *still-point*, за которым идет более-менее сильная экспансия тканей. Напомним, что полное освобождение проявляется исключительно четкой экспансией структуры, сигнализирующей о возобновлении коммуникации во всей рассматриваемой зоне.

Как только заканчивается первый этап и происходит повторная гармонизация системы (второй этап), ход лечения состоит в смене этапов 2 (повторная гармонизация) и 3 (поиск).

По ходу последовательно возникающих освобождений кажется, что шар черепа, после перенастройки и повторной гармонизации (этап 2), становится все более и более мягким и деформируемым, все более и более пластичным. Кроме того, можно отметить, что в результате высвобождения задержек в системе информация из тканей иногда радикально меняется.

Когда нужно остановиться?

Мы можем бесконечно сражаться за освобождение задержек: ведь по определению жизнь относительна и динамична, на место старых задержек придут новые. Кроме того, можно представить, что в такой сложной системе, какой является тело, зоны задержек будут существовать всегда. Колодец кажется бездонным. Напомним, что наша цель не устранить все существующие задержки, а привести тело в такое состояние, которое позволило бы ему

эти задержки гармонизировать. Тело прекрасно с этим справится. Какими же критериями пользоваться, чтобы понять, что пора закончить сеанс или лечение?

Окончание сеанса

В конце второго этапа (повторной гармонизации) ощущение мягкого, расслабленного, подвижного и уравновешенного черепа будет идеальным показанием к окончанию сеанса. Тем не менее, редко удастся получить такую полноту информации, даже если во время работы выполнено хорошее освобождение задержек. Не нужно использовать критерий чрезмерного совершенства. Иначе нам придется бесконечно искать гипотетический идеал. Организму пациента будет с этим не справиться.

Для того чтобы сориентироваться, мы можем опираться на причину обращения пациента и оценить качество изменений в его тканях.

Врач в результате анализа тканей вышел на несколько зон основных задержек. По всей видимости, они связаны с симптомом, на который жалуется пациент. Освобождение этих зон, связанное с ощущением положительных изменений на уровне всей системы, является сигналом к окончанию сеанса.

Другим надежным указанием является **ослабление изменений в тканях**. По ходу сеанса врач чувствует, что ответы от тканей становятся все менее и менее четкими. На этот сигнал стоит обратить внимание. Он отражает уровень витальности структуры тела и говорит о количестве изменений, которые пациент может принять в данный момент.

Окончание лечения

В зависимости от количества накопленных задержек и плотности, к которой они приводят, может потребоваться несколько сеансов. Здесь работают те же принципы окончания лечения, что и для одного сеанса. Наша роль не в том, чтобы устранить все существующие в системе пациента задержки, но в том, чтобы помочь пациенту обрести условия для активации ресурсов, необходимых для обретения здоровья. *«Здоровье восстанавливается, когда проявляются флексия и наружная ротация и экстензия и внутренняя ротация произвольных механизмов»* (Becker, 2012, 247).

Библиография

References

1. Becker RE, Brooks RE, Espinasse V, Tricot P. La vie en mouvement. Vannes: Sully; 2012.
2. Becker RE, Brooks RE, Tricot P. L'immobilité de la vie. Vannes: Sully; 2013.

3. Bulla de Villaret H. Introduction à la sémantique générale de Korzybski. Paris: Éd. le Courrier du livre; 1992.
4. De Smedt M. L'Art de vivre au présent. Paris: Albin-Michel; 2001.
5. Duval J-A. Introduction aux techniques ostéopathiques d'équilibre et d'échange réciproque. Paris: Maloine; 1976.
6. Duval J-A. "Thinking". Sutherland Cranial Academy of Belgium. 1998;4:5.
7. Frymann VM, King HH, et American Academy of Osteopathy. The Collected Papers of Viola M. Frymann: Legacy of Osteopathy to Children. Indianapolis, IN: The Academy; 1998.
8. Javary C, Elisseeff B. Yin yang: la dynamique du monde. Paris: Albin Michel; 2018.
9. Korzybski A. Une carte n'est pas le territoire: prolégomènes aux systèmes non-aristotéliens et à la sémantique générale. Paris: Ed. de L'Eclat; 2003.
10. Lipton BH. Biologie des croyances. Outremont (Quebec): Ariane; 2006.
11. Louwette HO, Magoun HI, et Osteopathic cranial association (Etats-Unis). Ostéopathie dans le champ crânien: éd. originale 1951. Vannes: Sully; 2000.
12. Lupasco S. Les Trois matières. Strasbourg: Editions Cohérence; 1982.
13. Megret J-F. La tenségrité, vers une biomécanique ostéopathique. Montpellier: Collège Ostéopathique de Montpellier; 2003.
14. Schooley T. The Fulcrum. Des Moines (Iowa): Osteopathic Cranial Association; 1953.
15. Sills F, Degranges B, Théret C. Fondements de biodynamique crânio-sacrée. Vannes: Sully; 2019.
16. Still AT. Autobiographie. Traduit par Tricot P. Vannes: Sully; 1998.
17. Philosophie de l'ostéopathie. Traduit par Tricot P. Vannes: Sully; 2003.
18. Sutherland WG, Wales AL. Enseignements dans la science de l'ostéopathie. Forth Worth, Texas: Sutherland Cranial Teaching Foundation; 2002.
19. Tricot P. Approche tissulaire de l'ostéopathie. Livre 1. Vannes: Sully; 2002.
20. Approche tissulaire de l'ostéopathie. Livre 2. Vannes: Sully ; 2005.
21. Paul V, Terence M. Mauvaises pensées et autres. Paris: Rivages poche; 2016.