

PRZEBIEG SERII ZABIEGÓW INTEGRACJI STRUKTURALNEJ KMI

Mariusz Kurkowski

PRZYPADEK KLINICZNY

W trakcie terapii Integracji Strukturalnej praca terapeuty podobna jest do stopniowego obierania cebuli. Warstwa po warstwie opracowuje się coraz głębsze tkanki mięśniowo-powięziowe, by zrównoważyć napięcia w ciele i poprzez to spowodować lepsze ustawienie ciała w relacji do pionowej linii grawitacji. Sprowadza się to do pracy nad poprawą wzajemnych posturalnych relacji głównych bloków ciała.

➤ We wcześniejszych artykułach przedstawiono ogólne teoretyczne założenia, jakie leżały u podstaw toku myślenia autora, gdy przytrafił mu się ciekawy przypadek medyczny. Pacjent po zakończonej karierze jako wykładowca na jednym z uniwersytetów w Anglii na emeryturze zaczął regularnie biegać. Stopniowo zwiększał dystanse, aż po ultramaratony na odległość 120 km. Oczywiście dla autora było, że jeśli pacjent w wieku 69 lat jest w stanie przebiec taki dystans, to jego rola jako fizjoterapeuty sprowadzać się będzie jedynie do asystowania mu w tym. Ciało tego pacjenta było w pełni przystosowane do wymogów codziennego biegania – szeroko rozwarta klatka piersiowa, mocne i ścięgnięte mięśnie nóg. W planie terapii kierowano się zasadą, by nie walczyć z tymi adaptacjami, a jedynie rozluźnić nadmiernie nagromadzone napięcie w kilku specyficznych miejscach. Można było oczekiwać, że po pracy manualnej i uwolnieniu powięzi i mięśni skośnych brzucha i popra-

wieniu elastyczności tkanek w przebiegach ciągów mięśniowo-powięziowych okalających miednicę (szczególnie prostowniki biodra) oraz kończyn dolnych, ulegnie poprawie biomechanika chodu i biegu. Posturalnie starano się zniwelować przodopochylenie miednicy z tyłopochyleniem klatki piersiowej. Relacja ta powodowała w ciele pacjenta nadmierną kompresję na przejściu piersiowo-lędźwiowym. Do tego kolejnym czynnikiem działającym na niekorzyść były płaskie stopy, które nie wspomagały amortyzowania wstrząsów w trakcie biegu – które również koncentrowały się na ruchomym przejściu piersiowo-lędźwiowym. Jak okazało się w trakcie terapii, również powrót do neutralnego obuwia (a nie butów o minimalnej podezwie) nieco wspomógł tę okolicę.

Z powodu kompleksowości możliwych mechanizmów wchodzących w grę w tym przypadku, obiektywne wymierzenie wielkości poprawy nie było łatwe. Brak jest obiektywnych i w pełni miarodajnych sposobów pomiaru

ułożenia względem siebie elementów ciała. Pomiar goniometryczny nie są w stanie pokazać, gdzie w przestrzeni lub w relacji do sąsiednich struktur znajduje się dana część ciała. W tradycji Integracji Strukturalnej naturalne jest wykonywanie zdjęć w trakcie przebiegu terapii. Są one oczywiście jedynie wycinkiem rzeczywistości, jednak w znacznym stopniu pomagają na pewne posturalne obserwacje i umożliwiają dostrzeżenie progresu.

Poniżej przedstawiono wpływ procesu 12 sesji Integracji Strukturalnej metodą Anatomii Trains KMI na jakość i ekonomię biegu.

PRZYPADK KLINICZNY

Mężczyzna w momencie przyjmowania serii zabiegów Integracji Strukturalnej w wieku lat 69, mocna budowa, ćwiczy codziennie, joga i pilates, od 10 lat uprawia biegi, od ok. 3 lat maratony i ultramaratony – dystanse do 120 km. Urazy: lewa stopa – 4 lata wcześniej zerwane ścięgno mięśnia piszczelowego przedniego. Prawa stopa: około rok wcześniej złamana pierwsza kość śródstopia, sklepienie stopy ma tendencję do opadania.

Ogólne założenia i cele tej serii Integracji Strukturalnej:

- Odczucie przez pacjenta pełnego proprioceptywnego obrazu własnego ciała.
- Optymalne ułożenie ciągów mięśniowo-powięziowych w relacji do grawitacji.
- Poprawienie relacji kostnych szkieletu poprzez zrównoważenie napięć tkanek miękkich.
- Niwelacja nadmiernej kompresji w odcinku przejścia piersiowo-lędźwiowego.
- Wydłużenie i rozciągnięcie.
- Poprawa wytrzymałości – obciążenia związane z uprawianą dyscypliną sportu.
- Zmniejszenie wysiłku i poprawa efektywności biegu.
- Poprawa zakresu ruchomości.
- Obniżenie odczuć bólowych.
- Podniesienie sklepienia stop.
- Uwolnienie i optymalizacja funkcjonalnych relacji tkanek powłok brzusznych.
- Optymalizacja pracy klatki piersiowej.

Tkanki powierzchowne

Sesja 1.

Taśma powierzchowna przednia

- **Raport pacjenta:** ból w okolicach mięśnia trójgłowego ramienia po upadku w trakcie maratonu. Problemy ze stopami.
- **Obserwacja:** stopy płaskie z wyżej wymienionych przez pacjenta powodów, prawostronne pochylenie miednicy, ciężar ciała utrzymywany na lewej kończynie dolnej, postura utrzymywana poprzez napięcie prostowników grzbietu i rozwartą klatkę piersiową.
- **Priorytety:** uwolnienie taśmy powierzchownej przedniej, uwolnienie od korpusu przednich taśm ramion.

- **Strategia i terytorium sesji:** praca na powięzi podszwowej obu stóp, mięśnie piszczelowe przednie, wstępna praca na tylnym przedziale obu goleni, praca ku górze i rozwarstwianie na boki mięśni czworogłowych, opracowanie kolców i krawędzi talerzy biodrowych dla uwolnienia przyczepów mięśni powłok brzucha, praca na przegrodach międzymięśniowych mięśnia prostego brzucha, opracowanie dolnego otworu klatki piersiowej, powięź mostkowa, mięśnie piersiowe większe i mniejsze po obu stronach, mięśnie równoległoboczne, dźwigacze łopatek, mięśnie prostowniki grzbietu.
- **Zakończenie:** mięśnie cylindra trzewnego szyi, mięśnie cylindra motorycznego szyi, mięśnie podpotyliczne, mięśnie skroniowe, chwyt „dźwignięcie miednicy”. Praca na ławeczce.
- **Palpacja/nowe obserwacje:** postura pacjenta, w której poprzez tyłopochylenie klatki piersiowej napięcie przepony równoważy pociąganie przez opadnięte łuki stóp tkanki taśmy głębokiej przedniej ku dołowi.
- **Plan i notatki:** pacjent biega i daje mu to dużo satysfakcji i wiary w siebie. Otwarta klatka piersiowa jest dostosowaniem organizmu do zwiększonego zapotrzebowania na tlen oraz amortyzacji i utrzymania napięcia taśmy głębokiej przedniej.

Dodatkowym celem całej serii Integracji Strukturalnej dla tego pacjenta byłoby dodanie sprężystości tkanom nóg, wprowadzenie lekkości ruchów klatki piersiowej i pozwolenie pacjentowi na mniej sztywne utrzymywanie postury. Większa precyzja ruchu oraz ożywienie i pobudzenie tkanek.

Tkanki powierzchowne

Sesja 2.

taśma powierzchowna tylna

- **Raport pacjenta:** ból w okolicach przywodzicieli lewej nogi, rozlany, niespecyficzny ból w okolicy lewego mięśnia trójgłowego ramienia – wynik upadku w trakcie biegu.
- **Obserwacja:** prawy bark i prawe biodro niżej niż lewa strona ciała, która jakby podtrzymywała prawą. Lewa taśma spiralna naprężona, prawa taśma boczna skrócona.
- **Priorytety:** otwarcie i zróżnicowanie warstw tylnej części ciała – taśma powierzchowna tylna, taśmy tylne ramion.
- **Strategia i terytorium sesji:** krzywizny pierwotne i wtórne kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej, odblokowanie z wyprostowania kolan (mięśnie goleni). Rozluźnienie i uwolnienie tkanek miękkich odcinka lędźwiowego. Prostowniki grzbietu i czworoboczny.
- **Zakończenie:** mięśnie cylindra trzewnego szyi, pozaluznianie napiętych tkanek wypychających głowę

w przód, mięśnie mostkowo-sutkowo-obojczykowe, mięśnie cylindra motorycznego szyi, mięśnie podpotyliczne, mięśnie skroniowe, chwyt „dźwignięcie miednicy”. Praca na ławeczce.

- **Palpacja/nowe obserwacje:** tkanki napięte, uczucie sztywności, odnosi się wrażenie, że postura utrzymana jest na wdechu klatki piersiowej (przepona).
- **Plan i notatki:** pozwolenie klatce piersiowej na odnalezienie bardziej swobodnej pozycji i ułożenie, uwolnienie rozciągniętych i napiętych mięśni powłok brzusznych.

Tkanki powierzchowne

Sesja 3.

Taśmy boczne

- **Raport pacjenta:** pacjent czuje się lepiej, większa swoboda ruchu po uwalnianiu w sesji 2. Zmiany w ułożeniu lewej stopy. Stopa mniej usztywniona, jednak w dalszym ciągu całkowicie płaska.
- **Obserwacja:** lepszy kolor tkanek wskazujący na lepsze ich ukrwienie, klatka piersiowa bardziej rozwarta po lewej stronie w wyniku ustawienia lewej stopy, widoczne tyłopochylenie klatki piersiowej.
- **Priorytety:** uwolnienie obu taśm bocznych, praca na taśmach ramion.
- **Strategia i terytorium sesji:** horyzontalne symetryczne ustawienie obręczy barkowej i biodrowej. Kolana do pozycji neutralnej, pasmo biodrowo-piszczelowe. Opracowanie talerzy kości biodrowych. Przestrzeń pomiędzy klatką piersiową a miednicą (szczególnie z prawej strony – wydłużenie i kierunek kranialny). Dodatkowa praca na powięzi lędźwiowo-piersiowej. Opracowanie dolnego otworu klatki piersiowej. Mięśnie międzyżebrowe i powięź piersiowa. Mięsień zębaty przedni po obu stronach.
- **Zakończenie:** mięśnie cylindra trzewnego szyi, mięśnie mostkowo-sutkowo-obojczykowe, mięśnie pochyłe przednie oraz środkowe i tylne po obu stronach, mięśnie cylindra motorycznego szyi, mięśnie podpotyliczne, mięśnie skroniowe, chwyt „dźwignięcie miednicy”. Praca na ławeczce.
- **Palpacja/nowe obserwacje:** 12. żebro po obu stronach prawie dotyka miednicy (sztywno napięte mięśnie czworoboczne lędźwi). Tkanki lepiej odpowiadają na dotyk. Pacjent szybciej staje się rozluźniony na kozetce.
- **Plan i notatki:** wymagana jest dalsza praca nad symetrią ustawienia obu obręczy. Opuszczenie prawej strony jest wynikiem ustawienia stóp połączonego z rotacją i przodopochyleniem miednicy. Pacjent ma mocną budowę i kompensuje urazy stop usztywnieniem tylnej i górnej części ciała. Dalsza praca na częściowym rozluźnieniu tego napięcia i wprowadzeniem swobody w ruchu i pozycji stojącej.

Tkanki powierzchowne

Sesja 4.

Taśmy spiralne

- **Raport pacjenta:** więcej energii, pacjent zauważa zmiany w odczuwaniu ustawienia stop, zmiana śladu odcisku mokrej stopy na podłożu – pojawiło się lekkie wysklepienie lewej stopy (tej z zerwanym ścięgnem mięśnia piszczelowego przedniego).
- **Obserwacja:** w warstwach powierzchownych w ciągach mięśniowo-powięziowych przeważa napięcie lewej taśmy spiralnej i prawej taśmy bocznej oraz napięta jest taśma powierzchowna tylna.
- **Priorytety:** otwarcie, uwolnienie i zrównoważenie obu taśm spiralnych. Praca na wszystkich taśmach ciała.
- **Strategia i terytorium sesji:** kończyny dolne, stopy. Aby uwolnić miednicę z przodopochylenia, praca na taśmach spiralnych w kierunku kranialnym. Uwolnienie skośnych tkanek powłok brzucha, otwarcie i wydłużenie prawej strony pomiędzy miednicą a klatką piersiową. Korekta zespołów mięśni zębatych przednich i równoległobocznych dla znormalizowania ustawienia obu barków.
- **Zakończenie:** mięśnie cylindra trzewnego szyi, mięśnie mostkowo-sutkowo-obojczykowe, płotowate głowy i szyi, mięśnie podpotyliczne, mięśnie skroniowe, chwyt „dźwignięcie miednicy”. Praca na ławeczce.
- **Palpacja/nowe obserwacje:** dobra reakcja tkanek, bardziej swobodna pozycja ułożenia klatki piersiowej.
- **Plan i notatki:** pacjent powinien ćwiczyć równowagę i koordynację ruchu. Prawdopodobnie trudno będzie zmienić nabytą posturę. Jest ona wynikiem codziennych treningów w biegach długodystansowych. Ogólną strategią wspomoczenia treningów będzie praca nad wprowadzeniem sprężystości w tkankach nóg i koordynacją ruchową. Dla nauki miękkich i płynnych ruchów możliwe są zajęcia nauki tańca w miejscowym ośrodku.

Tkanki rdzenia ciała

Sesja 5.

Taśma głęboka przednia – uwolnienie dolnej części

- **Raport pacjenta:** odczuwa zmiany w ułożeniu kości stop, bardziej swobodne ruchy kończyn dolnych
- **Obserwacja:** lekkie pochylenie ciała w przód, przodopochylenie miednicy – oba mięśnie lędźwiowe i biodrowe napięte, rotacja wewnętrzna kości udowych – równowaga między mięśniami grzebieniowymi a mięśniami gruszkowatymi.
- **Priorytety:** otwarcie dolnej części taśmy głębokiej przedniej. Zrównoważenie jej z taśmami bocznymi i spiralnymi. Praca na dolnej części miednicy.

- **Strategia i terytorium sesji:** stopy, głęboki przedział goleni, przywodziciele – rozwarstwienie i uwolnienie w kierunku kranialnym. Mięśnie kulszowo-goleniowe – opracowując do dołu. Opracowanie krawędzi miednicy. Mięśnie zastonowe – dno miednicy. Praca na mięśniach biodrowych i zrównoważenie mięśni lędźwiowych, mięśnie grzebieniowe. Równowaga między mięśniami lędźwiowymi i gruszkowatymi oraz między mięśniami grzebieniowymi i gruszkowatymi w odniesieniu do położenia miednicy (przodo-/tyłopochylenie oraz rotacje). Krawędzie klatki piersiowej – przepona.
- **Zakończenie:** cylinder trzewny szyi, warstwy tkanek, mięsień mostkowo-sutkowo-obojczykowy, mięśnie pochyłe, mięśnie karku, mięśnie podpotyliczne, rozciągnię czaszki, chwyt „dźwignięcie miednicy”. Praca na ławeczce.
- **Palpacja/nowe obserwacje:** napięte przywodziciele w przegrodzie międzymięśniowej „posklejane” z mięśniami czworogłowymi i kulszowo-goleniowymi. „Wysoko” położone dno miednicy.
- **Plan i notatki:** dalsza praca dla ogólnego rozluźnienia napięcia ciała, podniesienie łuków stóp, poprawa pozycji głowy.

Tkanki rdzenia ciała	
Sesja 6.	Taśma głęboka przednia – uwolnienie środkowej części

- **Raport pacjenta:** odczuwalne dalsze zmiany w ułożeniu kości łuków lewej stopy, po ostatniej sesji odczuwalne uwolnienie prawego mięśnia lędźwiowego. Ogólnie pacjent w dobrym samopoczuciu i pełen energii.
- **Obserwacja:** mniej rotacji w odcinku lędźwiowym i w klatce piersiowej.
- **Priorytety:** otwarcie centralnej części taśmy głębokiej przedniej. Zrównoważenie tej porcji z tkankami powłok brzusznych wchodzącymi w skład taśm spiralnych. Praca na górnej części miednicy.
- **Strategia i terytorium sesji:** uwolnienie powłok jam brzusznych, mięśnie skośne i ich przyczepy, talerz kości biodrowej, mięsień biodrowy, mięśnie czworoboczne lędźwi, mięśnie lędźwiowe, dolny otwór klatki piersiowej, przepona.
- **Zakończenie:** mięsień mostkowo-sutkowo-obojczykowy, mięśnie pochyłe, mięsień długi głowy i szyi, mięśnie karku, mięśnie podpotyliczne, chwyt „dźwignięcie miednicy”. Praca na ławeczce.
- **Palpacja/nowe obserwacje:** mięśnie czworoboczne lędźwi bardzo skrócone – słabo reagują na pracę manualną. Dwunaste żebro nadal prawie dotyka miednicy i raczej nie jest możliwe zmienienie tego, napięcie większe dookoła prawego mięśnia czworobocznego lędźwi.

- **Plan i notatki:** dalsza praca nad detalami postury. Powierzchnowe tkanki dobrze reagują na terapię manualną i wyraźna jest utrzymująca się zmiana ich napięcia.

Tkanki rdzenia ciała	
Sesja 7.	Kręgosłup – rotacje

- **Raport pacjenta:** odczuwa zmiany w ułożeniu własnego ciała.
- **Obserwacja:** barki wymagają pracy nad równowagą zespołów mięśni zębatach/równoległobocznych. Przednie pochylenie i torsja w kościach zespołu miednicy. Powracający problem z prawą stopą (pacjent brał udział w kilku biegach, więc jest to zrozumiałe), rotatory zewnętrzne kości udowej.
- **Priorytety:** uwolnienie i zrównoważenie napięć tkanek okołokręgosłupowych. Głębokie warstwy rotatorów. Praca na tylnej części miednicy. Stawy biodrowo-krzyżowe. Ułożenie kości krzyżowej.
- **Strategia i terytorium sesji:** okolice ciała wymagające więcej pracy: miednica, lędźwiowe, czworoboczne lędźwi, głębokie rotatory, prostowniki grzbietu, krzywizny pierwotne i wtórne.
- **Zakończenie:** cylinder trzewny szyi, warstwy tkanek, mięsień mostkowo-sutkowo-obojczykowy, mięsień cylindra motorycznego – mięśnie karku, podpotyliczne, rozciągnię czaszki, „dźwignięcie miednicy”. Ławeczka.
- **Palpacja/nowe obserwacje:** tkanki dobrze reagują, wygląda to tak, jakby zmiany w ułożeniu postury odbywały się zbyt szybko i ciało sprawia wrażenie „niezdecydowanego” w odnalezieniu nowej linii i równowagi.
- **Plan i notatki:** wymagana dalsza praca na tkankach miednicy (mięśnie lędźwiowe) oraz uwolnienie barków oraz poprawa pozycji głowy.

Tkanki rdzenia ciała	
Sesja 8.	Taśma głęboka przednia – głowa

- **Raport pacjenta:** ogólnie dobre samopoczucie. Na zabieg pacjent przybiegł 12 km.
- **Obserwacja:** tkanki dobrze reagują na manipulacje. Głębokie, pierwotne rotacje w dalszym ciągu widoczne w przyjmowanej pozycji stojącej. Widoczny wpływ mięśni piersiowych mniejszych na ustawienie barków i ramion.
- **Priorytety:** otwarcie i uwolnienie tkanek karku i głowy. Praca na górnej części taśmy głębokiej przedniej.
- **Strategia i terytorium sesji:** praca na warstwach powierzchniowych prawej taśmy bocznej, najszerszy grzbietu, powięź piersiowa, mięśnie piersiowe większy i mniejszy po obu stronach.

Cylindry szyi. Tkanki powierzchowne do głębokich. MOS, mięśnie pochyłe, mięsień długi głowy i szyi.

Praca wewnątrz jamy ustnej: dziąsła, podniebienie, mięśnie żwacze, mięśnie dwuskrzydłowe.

Praca wewnątrz przestrzeni otworów małżowin nosa.

- **Zakończenie:** cylinder trzewny szyi, warstwy tkanek, mięsień mostkowo-sutkowo-obończykowy. Mięśnie cylindra motorycznego – mięśnie karku, podpotyliczne, rozciągnio czaszki, „dźwignięcie miednicy”. Ławeczka.
- **Palpacja/nowe obserwacje:** pacjent dobrze odebrał pracę wewnątrz jam ciała. Natychmiastowe rozluźnienie napięcia głębokich mięśni podpotylicznych. W dalszym ciągu pozycja klatki piersiowej wydaje się nie-zrównoważona.
- **Plan i notatki:** dalsza praca nad ułożeniem barków. Pierwotne, przeważające, prawostronne pochylenie klatki piersiowej. Głębokie rotatory kości udowej. Mięśnie lędźwiowe i biodrowe dla ustabilizowania miednicy.

Integracja

Sesja 9.

Dolna część ciała

- **Raport pacjenta:** ciągle odczuwalne zmiany w ułożeniu kości stop. Pacjent zaobserwował, że paluch prawej stopy jest ustawiony bardziej równolegle do linii środkowej stopy.
- **Obserwacja:** w trakcie wykonywania ruchów kolana mają tendencję do blokowania się. Prawa kończyna nie jest symetrycznie obciążana. Prawa kość biodrowa zablokowana. Niezrównoważone stopy. Lewe kolano ma tendencję do kierowania się do środka. Prawdopodobnie jest to wynik ostatniego biegu. Brak optymalnej ruchomości miednicy w płaszczyźnie czołowej i horyzontalnej. Zablokowane tkanki dookoła dolnego odcinka kręgosłupa lędźwiowego.
- **Priorytety:** integracja kończyn dolnych i miednicy. Włączanie tkanek taśm funkcjonalnych. Funkcjonalna integracja pracy nóg z miednicą
- **Strategia i terytorium sesji:** mobilizacja stawów skokowych, stopy, prowadzenie kolan. Otwarcie tkanek zginaczy stawów biodrowych. Równowaga tkanek przywodzicieli/odwodzicieli dla poprawy położenia miednicy. Opracowanie powierzchownych tkanek brzucha. Lekka praca na tkankach głębszych warstw ciała – lędźwiowe, biodrowe. Reeducacja ruchowa.
- **Palpacja/nowe obserwacje:** niska kontrola ustawienia stop. Napięte tkanki łydki. Większość ruchów miednicy odbywa się w płaszczyźnie strzałkowej.
- **Plan i notatki:** dalsza praca nad poprawą funkcji całego organizmu. Praca nad przywróceniem relacji pomiędzy klatką piersiową a miednicą – niwelowanie obciążającego przejście piersiowo-lędźwiowe tyłopochylenia klatki piersiowej oraz przesunięcia klatki piersiowej na lewą stronę.

Integracja

Sesja 10.

Górna część ciała – klatka piersiowa i oddech

- **Raport pacjenta:** w trakcie ostatniego ultramaratonu przebiegł dystans 30 min szybciej. Było to dzień przed sesją. Odczuwa ból w prawym kolanie. Ogólne zmęczenie.
- **Obserwacja:** opadnięte łuki stóp. Napięte mięśnie czworogłowe lewej kończyny dolnej. Taśma boczna po stronie prawej. Sztwytne mięśnie równoległoboczne. Najszerze grzbietu zablokowane w skróceniu. Skrócone mięśnie piersiowe mniejsze. Ogólnie duże napięcie pacjenta. Efekt ostatniego biegu i zmęczenia.
- **Priorytety:** rozluźnienie napięcia ciała, praca nad stopami. Ponowna szansa na pracę nad ułożeniem miednicy dla wspomoczenia ułożenia klatki piersiowej. Oddech. Poprawa napięcia na miejscowych, indywidualnych odcinkach taśm.
- **Strategia i terytorium sesji:** przywodziciele/odwodziciele. Równowaga mięśnie gruszkowatych i lędźwiowych. Klatka piersiowa. Praca na przejściu piersiowo-lędźwiowym. Tkanki powłok brzucha. Mięśnie międzyżebrowe. Przygotowujące do kolejnej sesji wstępne otwarcie i rozwarstwienie tkanek odpowiedzialnych za pozycję obręczy barkowych. Praktykowanie świadomego oddychania i kontroli klatki piersiowej
- **Palpacja/nowe obserwacje:** wyraźne zwiększenia napięcia tkanek. Ból prawego kolana uniemożliwia obciążenie kończyny.
- **Plan i notatki:** ogólne zmęczenie po biegu oraz jego efekty – opadnięte łuki obu stóp, duża kompresja przejścia piersiowo-lędźwiowego, sztywne mięśnie czworoboczne lędźwi. Obniżona koordynacja ruchów.

Integracja

Sesja 11.

Taśmy ramion

- **Raport pacjenta:** dobre ogólne samopoczucie.
- **Obserwacja:** wyraźnie widać wpływ odpoczynku. Pacjent w pozycji stojącej bardziej trzyma linię pionową, jednak w dalszym ciągu widoczny jest przeważający wzorzec posturalny.
- **Priorytety:** taśmy ramion, integracja taśm funkcjonalnych.
- **Strategia i terytorium sesji:** rozwarstwienie i uwolnienie tkanek mięśniowo – powięziowych wzdłuż przebiegu taśm ramion. Szczególnie głębokich taśm przednich i tylnych kończyn górnych. Mięśnie rotatory stożka.
- Praca z aktywnym uwalnianiem posturalnym. Poprawa koordynacji wzorców ruchowych taśm funkcjonalnych przednich i tylnych.

- **Palpacja/nowe obserwacje:** kompensująca ściągnięcie barków w tył rotacja wewnętrzna ramion w stawie barkowym i wewnętrzna rotacja przedramion w stawach łokciowych.

Integracja	
Sesja 12.	Zakończenie – zrównoważenie wszystkich taśm anatomicznych

- **Raport pacjenta:** wyraźnie odczuwa rozluźnienie tkanek prostowników grzbietu. Czuje, że bardziej równomiernie obciąża kończyny.
- **Obserwacja:** obserwacja posturalna pokazuje poprawę w ustawieniu ciała względem pionowej linii. Głowa i klatka piersiowa widziane w płaszczyźnie strzałkowej znajdują się w linii z miednicą.
- **Priorytety:** równomiernie rozłożenie napięć w ciele. Integracja funkcjonalna. Praca wzdłuż ciała.
- **Strategia i terytorium sesji:** praca na całym ciele, kręgosłup, potylica. Lekcja ćwiczeń aktywnego uwalniania powięziowego, jakie pacjent może sam wykonywać
- **Palpacja/nowe obserwacje:** ciało pacjenta ma zdecydowanie mniejsze napięcie w okolicy lędźwiowej. Wyraźnie widać i czuć palpacyjnie, że klatka piersiowa jest w mniejszym tyłopochyleniu, a co za tym idzie – mniejsza jest kompresja na przejście piersiowo-lędźwiowe. Jednak na pewno okolica ta wymaga więcej pracy.
- **Plan i notatki:** jeśli będzie szansa na ponowne spotkanie pacjenta za kilka miesięcy, ciekawe byłoby zaobserwowanie, w jakim stopniu jego postura powróci do swojego pierwotnego wzorca. Ułożenie ciała klienta jest wynikiem jego dostosowania do codziennych wręcz treningów oraz do biegów długodystansowych. Prawy bark wymaga więcej pracy.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Praca z pacjentem w 12 sesjach Integracji Strukturalnej KMI była ogromną przyjemnością. Autor nie spotkał jeszcze tak pozytywnie nastawionej, ciężko pracującej osoby. Pacjent biega codziennie i co najmniej raz w miesiącu biega w dużych imprezach, takich jak maratony i ultramaratony. Niespotykana energia i pasja powoduje, że pokona on wszelkie przeciwności, by móc biegać. Przykładem niech będzie fakt, że potrafił przebiec 12 km, by dotrzeć na zabieg. Praca manualna autora początkowo koncentrowała się nad wyprowadzeniem klatki piersiowej z tyłopochylenia. Było ono przyczyną nadmiernej kompresji na przejściu piersiowo-lędźwiowym oraz nadmiernego napięcia tkanek miękkich odcinka lędźwiowego. Palpacyjnie wyczuwalne było znacznie wzmożone napięcie mięśni czworobocznych lędźwi. Dwunaste żebro po obu stronach praktycznie dotykało grzebieni talerzy kości biodrowych.

W trakcie pierwszych czterech sesji starano się pracować warstwowo. Sięgając od tkanek powierzchniowych, do coraz głębszych, zachowując tym samym pewien łuk intensywności bodźcowania pacjenta w każdej z sesji. Sesje powierzchowne przebiegły planowo, a reakcja pacjenta i odpowiedź tkanek na techniki manualne były dobre. Warstwy powierzchniowe cechowały delikatne adhezje w przegrodach międzymięśniowych kończyn dolnych. Tkanki były nadmiernie naprężone. Stopy pacjenta na skutek wielokrotnych urazów zdają się być na trwałe pozbawione łuków sklepienia. Integracja Strukturalna częściowo przywróciła im pewne wysklepienie, ale po kolejnym maratonie stopy z powrotem wypłaszczyły się. Prawdopodobnie ciężko będzie na nie wpływać, dopóki pacjent biega. Zasugerowano zmianę obuwia – pacjent podążając za modnym obecnie trendem biegania w butach minimalistycznych, w takich butach biegał. Stwierdził, że stopy są bardziej bolesne. Pacjent zatem powrócił do butów neutralnych – takich, które choć w minimalnym stopniu będą wspierały wysklepienie stopy.

Na sesje głębokie rdzenia ciała pacjent zareagował nadzwyczaj dobrze. Kilukrotnie powracano do pracy nad równowagą mięśni lędźwiowych/gruszkowych oraz nad grzebieniowymi/gruszkowatymi. Celem tej pracy było zmniejszenie torsji kości zespołu miednicy. Powodowało to rotację kości krzyżowej i dalsze konsekwencje w rotacjach kręgosłupa. Również przodopochylenie miednicy w połączeniu z tyłopochyleniem klatki piersiowej powodowało nadmierną kompresję na odcinku przejścia piersiowo-lędźwiowego. Poniekąd udało się uzyskać sukces na tym polu. Na zdjęciach przed i po serii Integracji Strukturalnej widać zmianę ułożenia klatki piersiowej do miednicy. Jest ona bardziej ułożona w jednej linii z miednicą i głową.

Sesje integracyjne poświęcono na ponowne opracowanie kluczowych elementów dolnej i górnej połowy ciała oraz na reedukację wzorców ruchowych z użyciem technik aktywnego uwalniania powięziowego. Koncentrowano się głównie na pracy w środkowych zakresach ruchu, ale dodając do tego pogłębione aktywne rozciągnięcia i pogłębienia, tak aby w jak największym stopniu wpłynąć na rozciągnięcie tkanki łącznej, a nie tylko włókien mięśniowych. Ćwiczenia te stały się jednocześnie zestawem do dalszego wykorzystania przez pacjenta w domu po zakończonej terapii.

Integracja Strukturalna dla tego aktywnego pacjenta przyniosła korzystny efekt. Jeden z biegów ultramaratonu przebiegł on o 30 min szybciej niż zwykle, co w skali biegu trwającego ponad 10 godzin biegu jest znaczną poprawą. Na pewno Integracja Strukturalna jest dobrym narzędziem dla wspomnienia funkcji organizmu. ■

Mariusz Kurkowski

Zrzeszony w IASI terapeuta Integracji Strukturalnej