

# INTEGRACJA STRUKTURALNA IDY ROLF

## CZ. 1

**Thomas Myers**

Tłumaczenie **Mariusz Kurkowski**

Obserwowany obecnie na całym świecie renesans terapii naturalnych sprzyja zainteresowaniu Integracją Strukturalną i coraz częstszemu jej stosowaniu. Osoby zrzeszone w Polskim Towarzystwie Integracji Strukturalnej jasno wskazują, że ten sposób pracy terapeutów manualnych staje się coraz bardziej popularny. Korzystając z pojawiającej się – dzięki uprzejmości redakcji – okazji, chciałbym na łamach „Praktycznej Fizjoterapii i Rehabilitacji” podzielić się swoim spojrzeniem na Integrację Strukturalną. Celem tego artykułu jest zatem jej zdefiniowanie w kontekście historycznym, czyli w świetle dorobku dr Idy Rolf, oraz bardzo uproszczona prezentacja sesyjnej procedury oryginalnej „recepty” dr Rolf na osiągnięcie poprawy somatycznej równowagi organizmu. Chciałbym jednocześnie pokazać, jak owa oryginalna recepta z czasem została rozwinięta w modelu KMI (*kinesis myofascial integration*) *anatomy trains*.

### DR IDA PAULINA ROLF – TWÓRCZYNI INTEGRACJI STRUKTURALNEJ

Doktor Ida Rolf, urodzona w 1896 r., już w młodym wieku dała się poznać jako kobieta wyjątkowa – intelektualistka i energiczny naukowiec z ogromnym potencjałem. Obroniwszy doktorat z biochemii na Wydziale Medycyny prestiżowego Uniwersytetu Columbia, zajęła się badaniami nad tłuszczami mydlanymi w Rockefeller Institute. Wkrótce jednak musiała zmierzyć się z przeciwnościami losu, które potrafiła przekuć w szansę dla siebie i dla innych. Kiedy

w późnych latach 20. stany zapalne kręgosłupa, które ją dotknęły, zaczęły stanowić coraz poważniejszy problem, a ówczesna medycyna niewiele mogła pomóc w tym zakresie, Ida Rolf rozpoczęła poszukiwania własnej recepty na te dolegliwości. Zajęła się tym na swój sposób – rozpoczęła badania nad strukturą i funkcjami organizmu, widząc go w perspektywie holistycznej.

Hatha-joga, którą Rolf poznawała i praktykowała przez lata pod kierunkiem Pierra Bernarda w Nyack na północ od Nowego Jorku, była jej pierwszym tropem.

Rozpoczęła pracę z pacjentami, bazując na pozycjach jogi (asany). W sytuacjach, gdy pacjent nie był w stanie z powodu ograniczeń tkanek przyjąć właściwej pozycji, dr Rolf pomagała osiągnąć daną pozycję, manualnie rozciągając te tkanki, które ją uniemożliwiały. Ta procedura i technika polegające na obserwacji specyficznych ograniczeń ciała w polu grawitacji, a następnie selektywne, sekwencyjne rozciąganie tkanek łącznych, dały podstawy pod dalszy rozwój metody ldy Rolf, którą nazywa się integracją strukturalną.

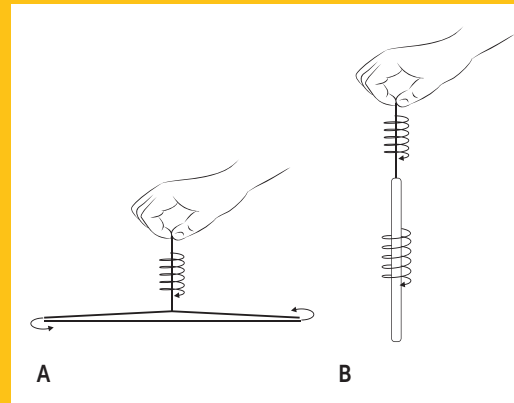
System, który rozwinęła, można uważać za dziedzinę pracy nad tkankami miękkimi w głównym nurcie osteopatii, gdyby nie zasadnicza różnica – integracja strukturalna skupia się na generalnej poprawie całości, a nie na korekcji specyficznych „uszkodzeń”. Jest to co prawda zgodne z oryginalną ideą Stilla i Sutherlanda, ale osteopatia w tamtym, formacyjnym dla obu dziedzin okresie, skupiała się na tym, żeby uprawomocnić swoje istnienie w świecie medycyny i terapii poprzez udowadnianie, że radzi sobie zarówno z konkretnymi patologiami, jak i problemami strukturalnymi.

Praktykując przez wiele lat z użyciem mat podłogowych, Ida Rolf niejako symbolicznie podkreślała swoją niezależność. Z czasem terapię przeniosła na typową kozetkę, co stało się dziś powszechnie przyjętym standardem. W jej metodzie, oprócz jogi i osteopatii, można odnaleźć ślady techniki Alexandra i metody Feldenkraisa, systemu semantyki ogólnej Alfreda Korzybskiego i zorientowanej na ciało psychoterapii Wilhelma Reicha, jak również homeopatii, którą studiowała w Szwajcarii.

Być może z tego powodu, jak również z uwagi na brak prawdziwie naukowej refleksji i badań nad samą metodą ldy Rolf, na temat integracji strukturalnej powstało mnóstwo anegdot i opinii o jej skuteczności w cudownym leczeniu wszystkiego – od niestrawności po autyzm. Nie w „leczeniu” konkretnych schorzeń czy dolegliwości leży istota integracji strukturalnej, o czym zawsze warto przypominać pacjentom. Podobnie jak joga, technika Alexandra i tradycyjna osteopatia, integracji strukturalnej to dziedzina „medycyny przestrzennej”. Szuka odpowiedzi na pytanie, co może być poprawione w strukturze danej osoby poprzez zmianę przestrzennych relacji w jej ciele.

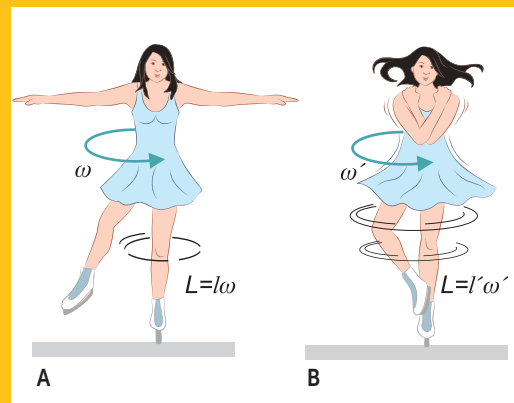
Z tego względu również zakres badawczy integracji strukturalnej jest bardzo szeroki, z uwzględnieniem aspektów ewolucji, dojrzewania i autentycznej samoekspresji, relacji między ustawieniem w grawitacyjnej przestrzeni a fizjologią i oczywiście kompleksowych szczegółów biomechaniki.

Ograniczając się do głównych założeń i praktyki, integracja strukturalna – taka, jaką stworzyła ją dr Rolf – to systematyczna i progresywna praca nad równoważeniem napięć powięzi i całych struktur mięśniowo-powięziowych w celu zredukowania momentu bezwładności ciała. W jeszcze większym uproszczeniu



Rys. 1. „Moment bezwładności” opisujący, jak blisko osi obrotu skupiona jest materia

- A. Kiedy patyk jest zawieszony na lince umieszczonej na środku długości, jego moment bezwładności jest wysoki, ponieważ znaczna część masy patyka jest w pewnej odległości od osi obrotu. Gdy linka jest skręcona, patyk zacznie się obracać, jednak bardzo wolno
- B. Gdy linka jest zawieszona na końcu patyka, skręcona, bez trudu wprawia go w ruch. Dzieje się tak dlatego, że pomimo jednakowej masy, w drugim przypadku jest ona usytuowana bliżej osi obrotu



Rys. 2. Łyżwiarz figurowy

- A. Zaczynając obrót z otwartymi ramionami, tworzy większy moment bezwładności
- B. Zwierając ramiona, zmniejsza go, zamieniając w prędkość

można powiedzieć, że integracja strukturalna organizuje i wydłuża ciało wzdłuż pionowej linii środka jego ciężkości (rys. 1, 2).

Integracja strukturalna ma na celu zmniejszenie momentu bezwładności ciała poprzez zorganizowanie go bliżej pionowej linii środka jego ciężkości.



Drugim i równie ważnym celem jest wprowadzenie całego ciała do świadomego odczuwania, organizacji i ruchu. Z upływem czasu przyzwyczajenia, nawyki, urazy mogą powodować „zapominanie” elementów ciała odpowiedzialnych za ruch i wspomaganie go, co Thomas Hanna nazywa amnezją czuciowo-ruchową.

Te nie w pełni wykorzystane obszary zmuszają do nadmiernej kompensacji inne, co z kolei wywołuje wzorce nadwyrężające organizm i w efekcie prowadzi do bólu.

Źródło wzorców może być zlokalizowane w pewnej odległości od bolesnego miejsca, jak również może mieć początek w urazie poprzedzającym odczucia bólowe.

Równocześnie z organizacją ciała wzdłuż pionowej linii środka ciała, integracja strukturalna wyszukuje „zapomniane” obszary i integruje je strukturalnie, a zarazem funkcjonalnie.

Oczywiście cele te są wspólne dla różnych innych koncepcji, takich jak metoda Feldenkraisa czy technika Alexandra, jednak różnią je praktyczne metody. Metoda integracji strukturalnej jako jedyna konsekwentnie bazuje na głębokim, płaskim, stałym i nieprzerwanym dotyku, który ma powodować pobudzenie, mobilizację, rozciągnięcie i przesunięcie głębokich warstw powięzi i struktur mięśniowo-powięziowych.

Mimo że tradycyjnie integracja strukturalna skupia się na zewnętrznej warstwie systemu kostno-mięśniowego, współgra równie dobrze z pozostałymi metodami terapeutycznymi. Wielu terapeutów integracji strukturalnej ma stosowną wiedzę i umiejętności w zakresie technik czaszkowych czy trzewnych lub uzupełnia integrację strukturalną terapią ruchową lub wsparciem psychologicznym.

Należy podkreślić, że w integracji strukturalnej nie dochodzi do manipulacji stawów i często pomoc ze strony osteopatów i chiropraktyków może okazać się bardzo przydatna, a nawet nieodzowna. I odwrotnie – terapeuta integracji strukturalnej może być bardzo pomocny przy regulowaniu napięcia tkanek miękkich, szczególnie długotrwałych pourazowych złych wzorców kompensacyjnych.

Ten podział zakresu pracy jest jednak bardzo umowny, ponieważ każdy z tych terapeutów oddziałuje na wielowarstwową i przenikającą się sieć powięzi, a ta z kolei działa na układ mięśniowy i kostny. W tym sensie wszyscy oddziałują na powięzi, tak jak wszyscy terapeuci wpływają na nerwowo-mięśniową reedukację czy energię organizmu. Jest to oczywiste i nieuniknione, nawet gdy skupić się na pracy tylko w jednym wymiarze.

W celu wychwycenia i oceny wzorców ruchowych, przyzwyczajień, kompensacji, przeciążeń grup mięśniowych i zaburzeń systemu kostnego, standardową procedurą integracji strukturalnej jest obserwacja pacjenta w prostych, uniwersalnych pozycjach i ruchach, takich jak chód czy siadanie. Terapeuci integracji struktural-

nej włączają również inne ruchy lub znane sobie techniki, jednak nadal nadrzędnym celem działania jest systematyczne wyodrębnianie skróconych lub zbyt ciasnych przebiegów zespołów mięśniowo-powięziowych, a następnie, przy wykorzystaniu plastyczności tkanki łącznej, zintegrowanie pacjenta wzdłuż jego pionowej linii środka ciężkości.

Psychosomatyczne i fizjologiczne efekty, poprawienie zakresu ruchu – to wszystko jest wynikiem włączenia w funkcjonalną całość niejako zapomnianych i odizolowanych struktur. Integracja strukturalna opiera się na równoważeniu całego systemu, a nie jedynie na likwidacji symptomów braku tej równowagi. – Ustąpienie objawów jest efektem ubocznym – mawiała Ida Rolf.

Krótko po wojnie dr Rolf zaprezentowała po raz pierwszy swoją metodę dydaktyczną – sesyjną procedurę rekonstrukcji pełnej swobody, wysokości i równowagi postawy człowieka, odtąd znaną studentom jako „recepta”. W latach 50. i 60. XX w. Ida Rolf uczyła tego głównie osteopatów, chiropraktyków i fizjoterapeutów.

Mimo, że autorka „recepty” wprost przyznawała, że na jej ćwiczenia strukturalne wpływ miała osteopatką Amy Cochran, a na koncepcję „linii” nauczyciele techniki Alexandra, źródła podstaw pierwszych siedmiu sesji nie są jasne. Mimo że integracja strukturalna może się wydawać wręcz alchemią (Ida Rolf z pewnością miała kontakt z pracami Georga Gurdjieffa i z innymi duchowymi nauczycielami), nie można odnaleźć źródła powstania i rozwoju „recepty” w świecie ezoteryki. Pamiętając o dociekliwości i niespożytej energii autorki w poszukiwaniu i odkrywaniu wszystkiego, co może wzbogacić wiedzę o ciele, wygląda to na jeden z tych przypadków, który można zobrazować powiedzeniem, że „kopiowanie jednego autora to plagiat, ale kopiowanie wielu to badania własne”. Sam rozwój „recepty” wygląda na samodzielną pracę dr Idy Rolf.

Forma „recepty” pozostała niezmienną przez wszystkie szkolenia, jakie prowadziła w późnych latach swego życia. Jednak na początku lat 60., mimo dużej liczby wyszkolonych przez nią terapeutów, słyszano, jak Ida mawiała: „Moja praca umrze ze mną”. Wielu z jej uczniów, wywodzących się z czysto medycznych dziedzin, stosowało jej techniki wybiórczo jako narzędzia użyteczne w leczeniu objawów, co nie było zgodne z jej holistyczną wizją.

Takie „użytkowe” podejście zakłada, że w organizmie jest jakaś funkcjonalna wada, którą terapeuta jako ekspert jest w stanie naprawić, podczas gdy system dr Rolf proponuje zmianę jednego wzorca ułożenia ciała w równowadze względem grawitacji (być może wadliwą, ale każdy posiada jakąś równowagę) na inny, po prostu bardziej funkcjonalny. Oczywiście, poszczególne techniki integracji strukturalnej mogą być stosowane w celu skorygowania konkretnych strukturalnych patologii, jednak nie to było celem dr Rolf.

Dlatego w latach 60. i 70. XX w. dr Rolf skupiła się na szkoleniu profesjonalistów z dziedzin „o większym potencjale humanistycznym” niż klasyczna medycyna. Wykształcenie medycy lub studenci tego kierunku byli niejako nasiąknięci już paradygmatem swojej nauki i jej celów. Studenci najpierw Esalen Institute w Big Sur w Kalifornii, a następnie nowo otwartego Rolf Institute w Boulder w Colorado zazwyczaj nie byli wykształceni w zakresie anatomii i technik manipulacyjnych – jednak większość z nich zaznajomiona była np. z terapią Gestalt, z wschodnią filozofią, z różnymi praktykami medytacyjnymi, więc z łatwością zrozumieli podstawową dla metody dr Rolf ideę rozwoju i integracji. Kształtowała więc ten dziewiczy teren, włączając w nich (w nas) podstawy mechaniki ciała, funkcjonalnej anatomii, ludzkiego rozwoju, stopniowo wprowadzając manipulacje tkanek miękkich. Jako że nie mieliśmy żadnego wcześniejszego doświadczenia z terapią manualną, z entuzjazmem zelaotów chłoniliśmy przekazywaną wiedzę, stosując się do zasad jej „recepty”.

Po śmierci dr Rolf w 1979 r. powstały różne szkoły, które mniej lub bardziej, w zależności od wiedzy i pamięci ich twórców, zmodyfikowały oryginalną „receptę”. W szkoleniach widać rozwój tej koncepcji w różnych kierunkach: jedne cechuje podejście bardziej filozoficzne i duchowe, inne perspektywa osteopatyczna, jeszcze inne kładą większy nacisk na aspekty psychosomatyczne, na zwiększenie zakresu ruchu lub są silnie zorientowane klinicznie. Jest to swoisty hołd dla uniwersalizmu dzieła dr Rolf, które dopuszcza tyle interpretacji i zastosowań. Należy przy tym podkreślić, że „recepta” stanowi tego rodzaj twardą podstawę, że więcej jest elementów wspólnych niż różniących te szkoły.

Szkoły integracji strukturalnej akredytowane przez International Association of Structural Integrators (IASI):

- Australian School of Applied Structural Integration
- Biodynamic Structural Integration
- Crestone College of Structural Integration
- Czech Association for Structural Integration
- The Guild for Structural Integration
- Hellerwork® International
- Institut für Strukturelle Körpertherapie (Structural Core Therapy Institute)
- Institute for Structural Integration
- Institute of Structural Medicine
- Kinesis, Inc.
- New School of Structural Integration
- Northwest Center for Structural Integration
- The Rolf Institute®
- Soma Institute of Neuromuscular Integration®
- Structural Innovations®
- Structural Integration Australia
- International Professional School of Bodywork (IPSB)\* – w trakcie procesu akredytacji przez IASI

Mimo że trudno jest jednoznacznie określić liczbę terapeutów integracji strukturalnej, uważa się, że ok. 4–5 tys. terapeutów pracuje według którejś z wersji „recepty” Idy Rolf. Do początku tego wieku absolwenci istniejących ośrodków mieli ze sobą jedynie sporadyczne kontakty. Poza hermetycznymi zrzeszeniami absolwentów poszczególnych szkół, nie istniało ogólne stowarzyszenie zawodowe terapeutów integracji strukturalnej. Obserwowany obecnie światowy trend, a już definitywnie trend europejski, to łączenie, a nie dzielenie. Przykładem jest powstanie IASI (<http://www.theiasi.net>) – organizacji profesjonalistów, której celem jest skupienie absolwentów różnych programów pod jednym parasolem i stymulacja rozwoju wspólnej nomenklatury, standardów praktyki i fachowej literatury. Przykładem tej idei jest powstanie Polskiego Towarzystwa Integracji Strukturalnej – organizacji skupiającej na terenie Polski terapeutów różnych szkół integracji strukturalnej (<http://ptis.pl>).

### Umiejętności niezbędne dobremu terapeutcie integracji strukturalnej:

- Umiejętność obserwacji i opisu wzorców funkcjonalnych pozycji ciała.
- Przełożenie tych obserwacji na spójną strategię pracy.
- Wystarczająca znajomość właściwych technik powięziowych dla uzyskania zakładanych efektów.
- Umiejętność aplikacji powyższych technik oraz wrażliwość dotyku i umiejętność palpacyjnego „czytania” tkanek.
- Podstawowa znajomość anatomii i fizjologii aparatu ruchowego i jego patologii.
- Dojrzałość psychologiczna i emocjonalna niezbędna w prowadzeniu etycznej praktyki.

Dodatkowo niezbędną częścią podstawowej wiedzy jest praktyczna znajomość unikalnej dla integracji strukturalnej „recepty”, czyli głównych wytycznych procedury opracowanej przez dr Rolf. Swego rodzaju „legitymacją związkową” czy znakiem cechowym wszystkich terapeutów z różnych szkół integracji strukturalnej jest zawarty w „receptie” podział planu pracy na sekwencje i grupy obszarów na ciele, na których pracuje się w danych przedziałach. Jest to nieusuwalny fundament integracji strukturalnej.

Z drugiej strony można argumentować, że podstawą integracji strukturalnej są techniki manualne, dotyk i ruch. W istocie jednak nastąpiła wymiana technik w dwu kierunkach. Poszczególne techniki z warsztatu integracji strukturalnej pojawiły się w różnych formach w środowiskach masażystów i fizjoterapeutów jako „uwalnianie mięśniowo-powięziowe” czy „techniki tkanek głębokich”. Co jednak nie czyni z nich „rolferów”, choć wielu by tego chciało. Z kolei wiele technik importowano do integracji strukturalnej z osteopatii, terapii trzewnej. Jednak nie miało to wpływu na fundamentalne stanowisko.

„Nie ma nic nowego pod słońcem w świecie manipulacji” – mawiała Ida Rolf i często to właśnie cel determinuje efekt. Zatem pierwszorzędną różnicą pomiędzy integracją strukturalną a innymi formami jest faktycznie „recepta” – w jaki sposób ciało jest przez terapeutę postrzegane. Nie liczy się kolekcja technik ruchowych i manualnych, lecz ich organizacja. Geniusz metody leży w sekwencji terapii, nie w ułożeniu rąk.

Dlatego z drugiej strony można też uznać, że element wyróżniający integrację strukturalną nie kryje się ani w jej technice, ani w „receptce”, lecz w jej idei i pryncypiach. Wspinając się po epistemologicznej drabinie „recepty”, podejmowano śmiałe próby – głównie dr Jeffrey Maitland – wyprowadzenia jej założeń z pism, nauczaniu i samej pracy Idy Rolf. Te poszukiwania winne być kontynuowane dla zbudowania teoretycznej bazy dla bardziej kompleksowej praktyki integracji strukturalnej. Jednakże na poziomie podstawowego treningu przełożenie idei na „co robić dalej?” jest dla początkujących studentów często zbyt trudne.

Kiedy każe im się zaczynać samodzielną praktykę terapeutyczną, bez wskazania im konkretnej ścieżki, czują się zagubieni. Dlatego zawsze konieczne jest jasne zaprezentowanie „recepty”, nawet gdy z założenia zostanie ona z czasem zastąpiona biegłością w pryncypiach integracji strukturalnej.

## GŁÓWNE ZAŁOŻENIA I CELE TERAPII INTEGRACJI STRUKTURALNEJ

Pojęcia zmniejszania momentu bezwładności, rozciągania ciała wzdłuż osi grawitacji czy równoważenia tensogracycznej konstrukcji ciała dobrze opisują cele integracji strukturalnej, jednak dla pacjenta ważniejsze są praktyczne, codziennie odczuwalne efekty terapii.

Poniżej wyszczególniona jest lista wyników pracy integracji strukturalnej. Kolejność jest wynikiem priorytetów autora i dla innego terapeuty może być inna. Cele terapii często ulegają zmianie w zależności od potrzeb pacjenta.

1. Pełna świadomość ciała – organizm pacjenta otrzymuje dostęp do informacji wysyłanych i odbieranych z całego systemu motorycznego, łącznie z najmniejszymi obszarami napięcia, wstrzymania czy amnezji sensorycznej.
2. Integracja i wsparcie systemu kostnego – kości są ustawione w pozycjach wymagających minimalnego nakładu energii w trakcie ruchu czy spoczynku.
3. Tensegracja/zakres/równowaga napięć – tkanki mięśniowo-powięziowe są zbalansowane dookoła systemu kostnego tak, że napięcie rozkłada się równomiernie, nie tworzy wysepek napiętych i rozluźnionych tkanek.

4. Długość – ciało wykorzystuje całą swoją długość w korpusie i kończynach, w mięśniach i stawach, które nie skracają się i nie ścieśniają.
5. Wytrzymałość – podniesiona odporność ciała na stres, bez załamania i łatwość szybkiego powrotu do równowagi, gdy stres znika.
6. Zdolność wstrzymania i wyzwolenia ładunku emocjonalnego w ciele – zwiększona zdolność przyjmowania emocjonalnych obciążeń bez okazywania tego i przekazywanie ich w działania lub po prostu ich wyzwolenie w bardziej odpowiednim czasie.
7. Jedność koncentracji i świadomości peryferii – termin „integracja strukturalna” zakłada skupienie na celu, zadaniu lub postrzeganiu z równoczesną świadomością peryferii otoczenia, w którym ono się odbywa. Cel bez świadomości kontekstu jest fanatyzmem, świadomość bez celowości jest bezowocna.
8. Mniej wysiłku w ruchu i postawie stojącej – mniejsze napięcie mięśniowe i zniesienie zbędnych kompensacyjnych ruchów w trakcie wykonywanych czynności.
9. Zakres ruchu, swoboda ruchu – zmniejszenie ograniczeń, pełnia motorycznych możliwości organizmu ludzkiego na miarę zdrowia, wieku, historii pacjenta i jego genetycznych uwarunkowań.
10. Zmniejszenie bólu – stanie w pozycji i wszelka aktywność powinny być bezbolesne.

## ORYGINALNA RECEPTA DR IDY ROLF

Opólna konstrukcja „recepty” w pewien sposób ukierunkowuje i prowadzi pracę terapeuty, uwzględniając zawarte w niej główne założenia metody. Pierwszym jest określenie intensywności pracy, która metaforycznie wyraża się w łuku, krzywej z początkiem, środkiem i końcem. Samo to odróżnia integrację strukturalną od innych terapii manualnych, które mają charakter otwarty i nie mają określonego zakończenia. Integracja strukturalna nie jest bieżącą terapią, taką jak np. masaż, program ćwiczeń, niektóre formy chiropraktyki czy psychoterapii. Recepta zakłada także, że terapeuta i pacjent są częścią procesu mającego swój określony koniec. Ów proces ma charakter terapeutyczny i edukacyjny. Mając na względzie indywidualne potrzeby pacjentów, terapeuta nie zawsze sztywno trzyma się ram dziesięciu zabiegów, jednak na pewno celem Idy Rolf było zakończenie procesu terapeutycznego w kilka miesięcy od jego rozpoczęcia.

Zabiegi najczęściej odbywają się raz w tygodniu, jednak może to być dwa razy na tydzień lub co trzy tygodnie albo też rzadziej, w zależności od możliwości. Dr Rolf była przekonana, że integracja strukturalna działa najbardziej efektywnie, gdy intensywne okresy pracy z pacjentem rozdzielone są okresami odpoczynku. Wynika to z faktu, że proces terapeutyczny integracji strukturalnej ma własny rytm i rozbieg, każda sesja bazuje na poprzedniej,

wspólnie dając wzmocniony efekt. Jeśli kolejne sesje są rozdzielone zbyt długimi okresami odpoczynku lub cały proces terapii nie został doprowadzony do końca, traci się ów rozpęd. Z kolei, gdy intensywność zmian jest wystarczająca, trzeba pozwolić, by organizm miał czas na przyjęcie nowych wzorców.

Stosując się do zaleceń „recepty” terapeuty upewnia się, że jego praca odbywa się systematycznie i jest kompleksowa. Zorientowana na wzorce, a nie symptomy metoda Rolf zakłada zniesienie symptomów bólu czy problemów w ciele poprzez podniesienie poziomu funkcjonalności całego systemu. Bazuje na rozpoznaniu wzorców ruchowych, postawy i napięć działających na całe ciało, a nie skupia się jedynie na miejscu, gdzie ból jest odczuwany.

Podstawą jest postępowanie polegające na przechodzeniu od struktur powierzchniowych do głębokich, a następnie ich integracji. W trakcie serii dziesięciu zabiegów pierwsze trzy skupiają się na powierzchniowych strukturach mięśniowo-powięziowych łącznie z siecią głębokiego gorsetu powięzi i powierzchownych mięśni. Środkowe cztery sesje – na „rdzeniowych”, głębokich strukturach łącznie z mięśniami miednicy i kręgosłupa. Końcowe trzy zabiegi mają na celu integrację poprzedzających elementów, obręczy barkowych, pionu kręgosłupa, łącząc tkanki głębokie i powierzchniowe razem w kierunku uzyskania bardziej funkcjonalnych wzorców.

W serii dziesięciu sesji można dostrzec rozróżnienie pomiędzy górną i dolną częścią ciała – nieparzyste sesje przeważnie koncentrują się na problemach powyżej talii, gdy parzyste głównie na miednicy i kończynach dolnych. Pierwsza sesja zajmuje się górną częścią ciała i oddechu, druga na dolnej i jej stabilizacji itd.

Ta zmiana obszarów oddziaływania terapeuty ma na celu pozwolenie organizmowi na przyswojenie zmian i tworzenie pewnego rodzaju napięcia – budowanie fundamentów, na nich układanie kolejnych części, powracanie do funda-

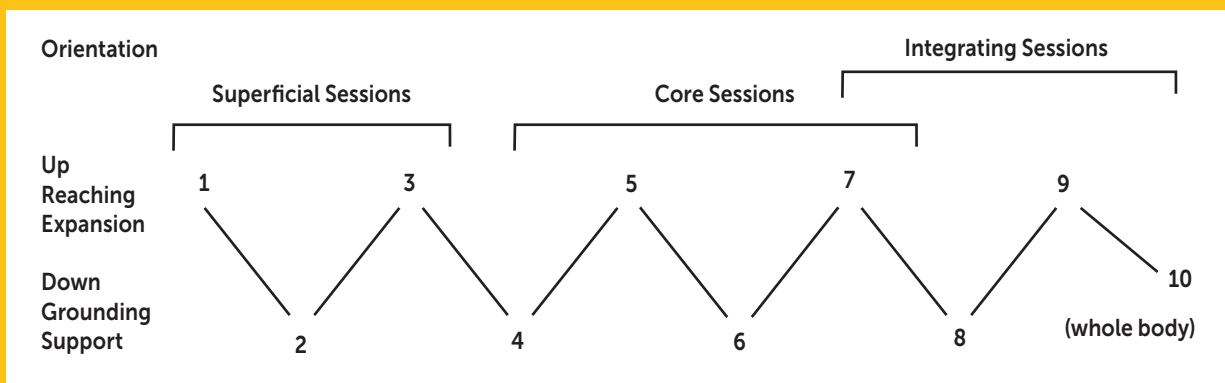
mentów itd. Ma to również efekt praktyczny, pozwalając na zagęszczenie następnych sesji – podczas gdy jedna część ciała odpoczywa, pracuje się na drugiej.

Ograniczając w tym tekście omówienie każdego protokołu do krótkiego streszczenia, autor jest zmuszony do używania skrótów. Oto one:

- **Otwarcie/uwolnienie** – określa manualne i ruchowe czynności na tkankach mięśniowo-powięziowych w celu reedukacji, zmniejszenia tonusu tkanek, utworzenia rozpiętości w celu poprawy zakresu ruchu, pobudzenia stref amnezji sensorycznej, podniesienia wrażliwości na normalne fizjologiczne czynności.
- **Zróżnicowanie/oddzielenie** – używane jest w celu rozdzielenia struktur, pracy z przegrodą międzymięśniową lub omięsną mięśnia dla uzyskania „ślizgu” pomiędzy strukturami.
- **Balans/zrównoważenie** – skupia się na zrównoważeniu napięć przeciwstawnych grup mięśniowych i powięzi. Włączając najprostszy, jak równowaga, pomiędzy grupę mięśni kulszowo-goleniowych a mięśniem czworogłowym uda lub balans zginaczy i prostowników.
- **Integrowanie** – określa kompleksowe działanie, prawie zawsze w połączeniu z ruchem ze strony pacjenta w celu przywrócenia koordynacji i współgrania struktur z tkankami połączonymi i je okalającymi.

Ten protokół (niektórzy mogą się nie zgodzić w kwestii do detali) jest mniej więcej zgodny z tym, co we wczesnych latach nauczane było przez Rolf i zebrane ze wspólnych notatek studentów. Warto powtórzyć, że jest to skrót, który nie oddaje jednak w pełni głębi i wszystkich możliwości recepty.

Ida Rolf żartobliwie podsumowała swoją receptę słowami „z przodu do góry, z tyłu do dołu, a miednica poziomo”.



Rys. 3. Recepta Idy Rolf demonstruje przejrzyste zróżnicowanie pomiędzy sesjami zorientowanymi na górną część ciała a kończynami dolnymi i tworzeniem podstawy. Dziesiąta, ostatnia sesja, zajmuje się ciałem w całości. Pierwsze trzy dotyczą głównie powierzchniowych powięzi, środkowe cztery głębokich i ostatnie trzy łączą wcześniejsze sesje w całość. Siódma sesja – głowa i kark – jest punktem przejścia od różnicowania do integracji

Sesje powierzchniowe		Sesje rdzenia ciała	Sesje integrujące
Sesja	Cele	Obszar działania	
1.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rozluźnienie powięzi powierzchniowych.</li> <li>Uwolnienie oddechu.</li> <li>Rozdzielenie klatki piersiowej od barków.</li> <li>Uwolnienie tkanek miednicy od kości uda.</li> <li>Ułożenie miednicy w poziomie.</li> <li>Praca równoważąca.</li> </ul>	<p>Główne struktury: łuk żeber, powięzi mostka i mostek. Piersiowy większy i mniejszy, miednica, grzebień miednicy i krętarz większy, powierzchowne odwodziciele, powierzchniowe mięśnie kulszowo-goleniowe, powięź powierzchniowa szyi (MOS i czworoboczny), powierzchowne prostowniki grzbietu i powięź piersiowo-łędźwiowa.</p>	
2.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zrównoważenie łuków i otwarcie tkanek stóp.</li> <li>Uwolnienie przestrzeni kostki i tydki.</li> <li>Wzmocnienie podporu dla pozycji stojącej.</li> <li>Ustanowienie dwustronnego podporu dla kręgosłupa.</li> <li>Otwarcie tkanek grzbietu.</li> <li>Praca równoważąca.</li> </ul>	<p>Główne struktury: równowaga piszczelowego/strzałkowych, powięź podeszwowa stopy, prostowniki grzbietu. Powierzchniowe tkanki stopy i tydki, troczki stawu skokowego, powięź goleni, przegrody mięśniowe, mięśnie strzałkowe, mięsień piszczelowy przedni, mięśnie tydki, dwugłowy uda.</p>	
3.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uwolnienie i wydłużenie boków ciała (od kolan do karku).</li> <li>Uwolnienie barku od dotu.</li> <li>Zrównoważenie relacji przód/tył segmentów ciała</li> <li>Poszukiwanie głębi w ciele i wspomaganie oddechu.</li> <li>Uwolnienie ramion od tułowia w dole pachowym.</li> <li>Rozpoczęcie pracy nad wnętrzem ciała poprzez prace na czworobocznym łądźwi (i mięśnie pochyte).</li> <li>Praca równoważąca.</li> </ul>	<p>Główne struktury: czworoboczny łądźwi, 12. żebro. Talerz kości biodrowej, odwodziciele, naprężacz powięzi szerokiej, pośladkowy większy, pasmo biodrowo-piszczelowe, boczne powłoki skośnych brzucha i międzyżebrowych, zębaty przedni, najszerszy grzbietu, obty większy, mięśnie rotatory stożka, naramienny, czworoboczny, czworoboczny łądźwi, mięśnie pochyte.</p>	
4.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wydłużenie wewnętrznej linii nogi, by stworzyć lepszy kontakt z podłożem.</li> <li>Otwarcie tkanek miednicy od dotu.</li> <li>Oczyszczenie gałęzi kulszowej i tonowej dla uwolnienia kości udowej.</li> <li>Praca nad rotacjami kończyn dolnych.</li> <li>Organizacja i zrównoważenie dna miednicy.</li> <li>Pierwsze otwarcie tkanek trójkąta uda i mięśni łądźwiowych.</li> <li>Praca równoważąca z szczególnym podkreśleniem ekscentrycznej pracy na prostownikach grzbietu.</li> </ul>	<p>Główne struktury: dno miednicy, przywodziciele, gałęzie kości kulszowej i tonowej. Łuk wewnętrzny stopy i głęboka część goleni, grupa przywodzicieli i jej przegrody mięśniowe, gałęzie kości kulszowej i tonowej, dno miednicy, mięsień grzebieniowy, łądźwiowy, biodrowy, trójkąt uda.</p>	
5.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kontynuacja otwarcia dolnej części tułowia – sesje 4 i 5 są połączone.</li> <li>Otwarcie głębszych powłok brzucha, praca na pępku.</li> <li>Praca na strukturach z przodu miednicy.</li> <li>Ustalenie równowagi pomiędzy mięśniem łądźwiowym a prostym brzucha.</li> <li>Praca nad przywróceniem kończynom dolnym do pracy do samego przejścia łądźwiowo-piersiowego.</li> <li>Zrównoważenie łądźwi – zwykle cofnięcie ich w tył.</li> <li>Głębsza i bardziej dokładna praca na łądźwiowym.</li> <li>Praca równoważąca.</li> </ul>	<p>Główne struktury: łądźwiowy, biodrowy, odcinek łądźwiowy. Czworogłowy uda, kolce biodrowe przednie górne i dolne, trójkąt uda, prosty brzucha i pępek, poprzeczny brzucha i otrzewna, łuk żeber, biodrowo-łądźwiowy.</p>	
6.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Otwarcie miednicy od tyłu.</li> <li>Ustalenie tylnych punktów orientacyjnych.</li> </ul>	<p>Główne struktury: kość krzyżowa, mięsień gruszkowaty, kulszowo-goleniowe, kość piętowa. Kość piętowa i więzadła kostki, mięśnie tydki, ścięgna w dole podkolanowym, mięśnie kulszowo-goleniowe, więzadło krzyżowo-guzowe, głębokie rotatory zewnętrzne uda, zastaniacz wewnętrzny, czworoboczny uda, prostowniki grzbietu i tkanki poprzeczno-kolczyste, biodrowo-łądźwiowy.</p>	
7.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unieść, odciążyć i ustawić głowę.</li> <li>Uwolnienie tkanek czaszki.</li> <li>Uwolnienie i zbalansowanie szczęki.</li> </ul>	<p>Główne struktury: kość klinowa, podniebienie, mięśnie żuchwy. Powierzchniowe tkanki szyi, mięsień mostkowo-obojczykowo-sutkowy i czworoboczny, płatowaty głowy i szyi, mięśnie pochyte, dźwigacz topatki, długi głowy i szyi, mięśnie skalpu, żwacz, przyśrodkowe i boczne mięśnie skrzydłowate, mięsień skroniowy, mięśnie twarzy, język i jego przyczep, podniebienie, przyśrodkowe drogi oddechowe otworu nosa.</p>	
8.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Integracja dolnej obręczy i kończyn.</li> </ul>	<p>Wszystkie tkanki od pasa w dół.</p>	
9.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Integracja górnej obręczy i kończyn.</li> </ul>	<p>Bark, ramię i tkanki klatki piersiowej.</p>	
10.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Integracja całego ciała.</li> </ul>	<p>Tkanki dookoła stawów, całe ciało.</p>	

**Thomas Myers**

twórca koncepcji Anatomy Trains, dyrektor Kinesis – szkoły oferującej kursy i warsztaty technik uwalniania i anatomii powięziowej, jak również pełne szkolenia do certyfikatu KMI Integracji Strukturalnej, szkolił się u Idy Rolf, Moschego Feldenkraisa, Emilie Conrad i wielu europejskich osteopatów, tworząc swoje unikalne spojrzenie na medycynę przestrzeni opisane w bestsellerze *Taśmy anatomiczne*