



Napięcia władzadłowo-stawowe

Osteopatyczne techniki manipulacyjne

Conrad A. Speece, D.O.
William Thomas Crow, D.O.
Steven L. Simmons, D.O.

GALAKTYKA

Napięcia władłowo-stawowe

Osteopatyczne techniki manipulacyjne

Conrad A. Speece, D.O.
William Thomas Crow, D.O.
Steven L. Simmons, D.O.

Przekład:
r. 1–6: Daria Pisula
r. 7–11: Magdalena Klimaszewska

G A L A K T Y K A

Tytuł wydania oryginalnego:
Ligamentous Articular Strain.
Osteopathic Manipulative Techniques for the Body.
Revised edition

© 2001, 2009 by Conrad A. Speece, William Thomas Crow, Steven L. Simmons
© Eastland Press, Inc.

First edition published by Eastland Press, Inc.
All rights reserved.

© Copyright for the Polish edition by Galaktyka Sp. z o.o., Łódź 2017
90-644 Łódź, ul. Żeligowskiego 35/37
tel. +42 639 50 18, 639 50 19, tel./fax 639 50 17
e-mail: info@galaktyka.com.pl; sekretariat@galaktyka.com.pl
www.galaktyka.com.pl
ISBN: 978-83-7579-646-9

Redakcja naukowa wydania polskiego: Marcin Sowa
Redakcja: Monika Pączkowska
Korekta: Malwina Wadas, Ilona Krysiak
Redakcja techniczna: Marta Sobczak-Proga
Redaktor prowadzący: Marek Janiak

Projekt okładki (na podstawie projektu oryginalnego
autorstwa Lilian Lai Bensky): Artur Nowakowski
Ilustracja okładkowa zaadaptowana z rysunku opublikowanego
w *Tabulae Sceleti et Musculorum Corporis Humani* (1747);
Bernhard Siegfried Albinus (anatom) oraz Jan Wandelaar (ilustrator)
DTP: Garamond
Druk i oprawa: Łódzkie Zakłady Graficzne

Uwaga: Ze względu na ciągły rozwój medycyny wszystkie informacje, zwłaszcza te dotyczące procedur diagnostycznych i terapeutycznych, mogą odzwierciedlać jedynie stan wiedzy aktualny w momencie oddania książki do druku. Zalecenia zostały opracowane z zachowaniem największej staranności, nie mają one jednak na celu zastępowania lub zmiany terapii medycznej zaleconej przez lekarza. W przypadku konkretnych problemów zdrowotnych zawsze udaj się po poradę do lekarza specjalisty.

Choć autorzy i wydawca dołożyli wszelkich starań, aby zawarte w tej książce informacje były rzetelne i kompletne, nie ponoszą oni żadnej odpowiedzialności za mogące pojawić się błędy, nieścisłości, przeoczenia lub niezgodności. Autorzy i wydawca nie mieli też zamiaru nikogo obrazić ani przedstawić w złym świetle miejsc i organizacji.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Bez pisemnej zgody wydawcy książka ta nie może być powielana ani w częściach, ani w całości. Nie może też być reprodukowana, przechowywana i przetwarzana z zastosowaniem jakichkolwiek środków elektronicznych, mechanicznych, fotokopiarskich, nagrywających i innych.

Spis treści

	Przedmowa	7
ROZDZIAŁ PIERWSZY	Wprowadzenie	9
SEKCJA I Tło historyczne i zasady osteopatii		
ROZDZIAŁ DRUGI	Historia	17
ROZDZIAŁ TRZECI	Podstawy naukowe oraz zasady leżące u źródeł rozluźniania więzadłowo-stawowego	29
SEKCJA II Ogólne techniki osteopatyczne		
ROZDZIAŁ CZWARTY	Kończyny dolne	47
ROZDZIAŁ PIĄTY	Miednica i dolne partie brzucha	79
ROZDZIAŁ SZÓSTY	Brzuch i klatka piersiowa	93
ROZDZIAŁ SIÓDMY	Kręgosłup	113
ROZDZIAŁ ÓSMY	Kończyny górne	123
SEKCJA III Integracja		
ROZDZIAŁ DZIEWIĄTY	Kluczowa lezja	145
ROZDZIAŁ DZIESIĄTY	Cięciwa	151
ROZDZIAŁ JEDENASTY	Koordinacja ośmiu przepon	171
	Wnioski	189
	Przypisy	191
	Indeks	197

Stopa

Powięź podeszwowa

TECHNIKA: Bezpośrednie rozluźnienie mięśniowo-powięziowe w pozycji leżenia tyłem.

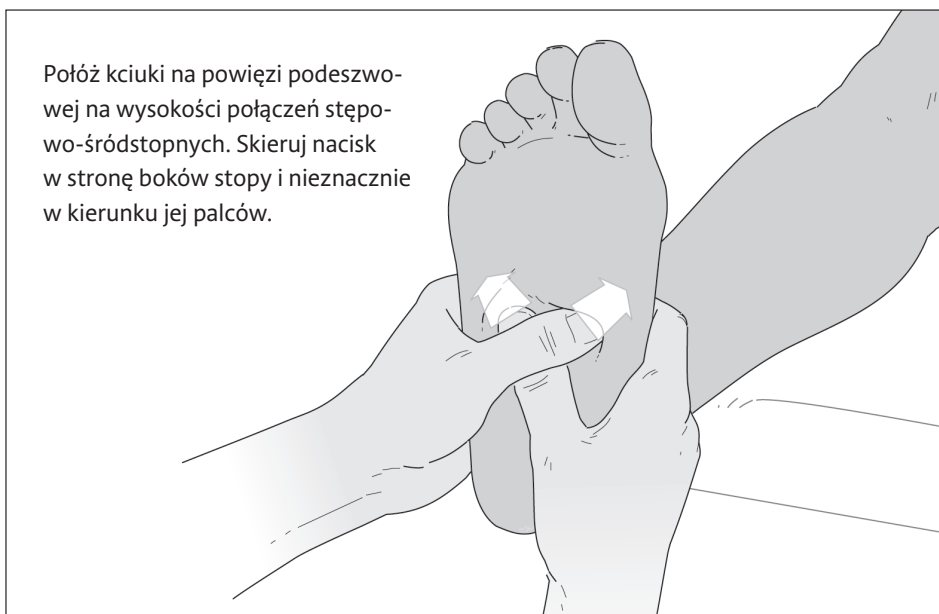
OBJAWY/DIAGNOZA: Ból po spodniej stronie stopy, ostrogi piętowe lub zapalenie rozciągnięta podeszwowego.

PACJENT: Pozycja leżenia tyłem.

TERAPEUTA: Siedzi w nogach leżanki.

PROCEDURA: Skrzyżuj kciuki i przyciśnij ich opuszki do powięzi podeszwowej stopy pacjenta na wysokości stawów stępowo-śródstopnych. Pozostałe palce zapleć na grzbiecie stopy. Opuszki kciuków naciskają w kierunkach wskazywanych przez kciuki, czyli w stronę boków stopy, i nieznacznie w kierunku jej palców, dążąc do punktu zrównoważonego napięcia. Kiedy nastąpi rozluźnienie, poczujesz, jak czubki kciuków ześlizgują się z powięzi. Powtórz całą procedurę przy palcach stopy zgiętych podeszwowo. Kiedy ustąpi i ta bariera, powtórz technikę przy palcach zgiętych grzbietowo. Terapia powięzi podeszwowej jest zakończona w momencie osiągnięcia tych trzech rozluźnień.

Ryc. 4.1. Technika rozluźnienia powięzi podeszwowej.

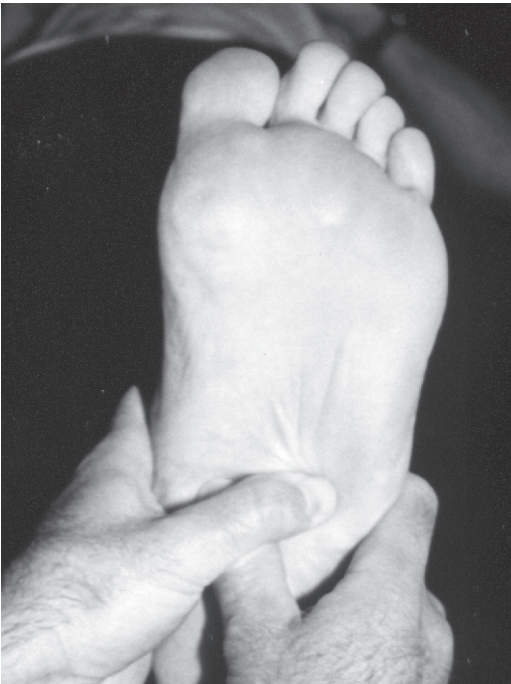


Ryc. 4.2. Zgięcie podszwowe.



Poproś pacjenta, aby wykonał stopą ruch jak przy naciskaniu na pedał gazu, co spowoduje ułożenie palców w zgięciu podszwowym.

Ryc. 4.3. Zgięcie grzbietowe.



Poproś pacjenta, aby odgiął palce stopy w kierunku głowy.

Śródstopie, stęp i palce stopy

TECHNIKA: Pośrednie rozluźnienie więzadłowo-stawowe w pozycji leżenia tyłem.

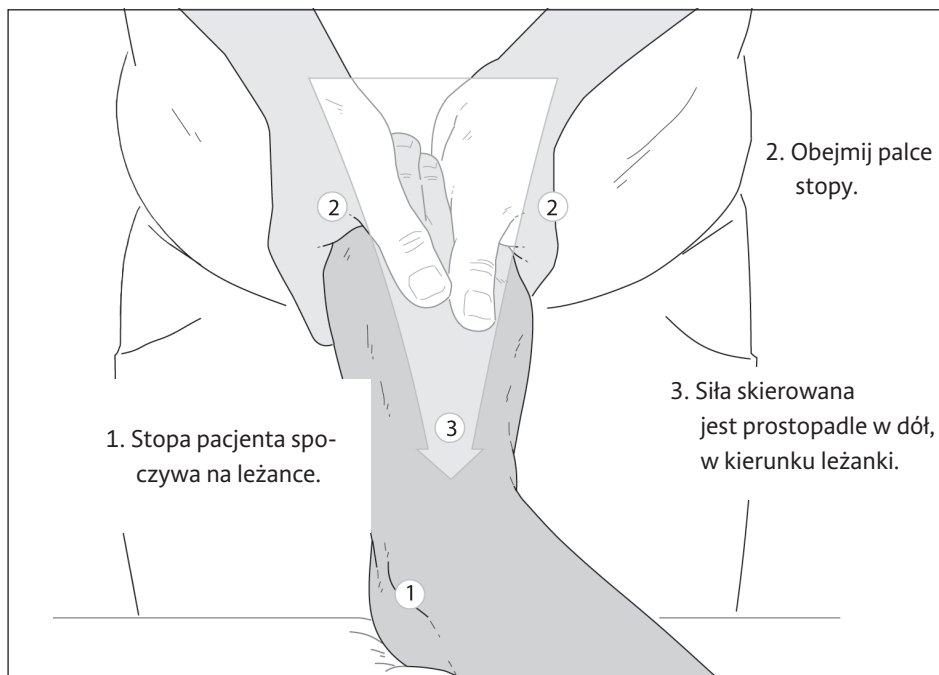
OBJAWY/DIAGNOZA: Ból w środkowej części stopy lub w obrębie palców.

PACJENT: Pozycja leżenia tyłem, z piętami opartymi na leżance.

TERAPEUTA: Stoi w nogach leżanki, zwrócony w stronę twarzy pacjenta.

PROCEDURA: Pochyl się nad leżoną stopą pacjenta, chwyc ją obiema dłońmi, obejmując z obu stron zewnętrzne palce stopy, i ułóż w lekkim zgięciu podszwowy poprzez nieznaczne zaciśnięcie palców twoich rąk pod końcami dalszymi kości śródstopia. Kciuki znajdują się na grzbiecie stopy. Użyj swojego ciężaru i kompresuj paliczki, kości śródstopia oraz stępu w kierunku leżanki, balansując na szczycie pionowej siły wektorowej powstałej pomiędzy twoimi dłońmi a leżanką. Kiedy nastąpi rozluźnienie, poczujesz, jak tkanki pod twoimi palcami miękną.

Ryc. 4.4. Technika rozluźnienia śródstopia, stępu i palców stopy.



Ryc. 4.5. Ułożenie dłoni na kościach śródstopia (widok od strony podeszwy).



Kość piętowa (technika *Bootjack*)

TECHNIKA: Połączenie technik rozluźnienia więzadłowo-stawowego w pozycji leżenia tyłem (bezpośrednio na kości piętowej, pośrednio na przedniej części stopy).

OBJAWY/DIAGNOZA: Ból pięty lub stopy bądź ostrogi piętowe.

PACJENT: Pozycja leżenia tyłem.

TERAPEUTA: Stoi po stronie leczonej stopy, zwrócony twarzą w kierunku stóp pacjenta.

PROCEDURA: Zrotuj zewnątrz i odwiedź kość udową pacjenta, zegnij nogę w kolanie. Ramię ręki znajdującej się bliżej leżanki oprzyj tylną stroną tuż nad łokciem o dalszy koniec uda pacjenta, powyżej dołu podkolanowego. Twoja kość ramienna i kość udowa osoby poddawanej terapii powinny znajdować się pod kątem około 90 stopni względem siebie. Obejmij kość piętową pacjenta kciukiem i stawem międzypaliczkowym bliższym zgiętego palca wskazującego tej samej ręki. Odchyl się w kierunku głowy osoby leczonej, pociągając jej kolano do jeszcze głębszego zgięcia i wywołując tym samym trakcję pięty.

Staw kolanowy

Głowa kości strzałkowej

TECHNIKA: Bezpośrednie rozluźnienie więzadłowo-stawowe w pozycji leżenia tyłem.

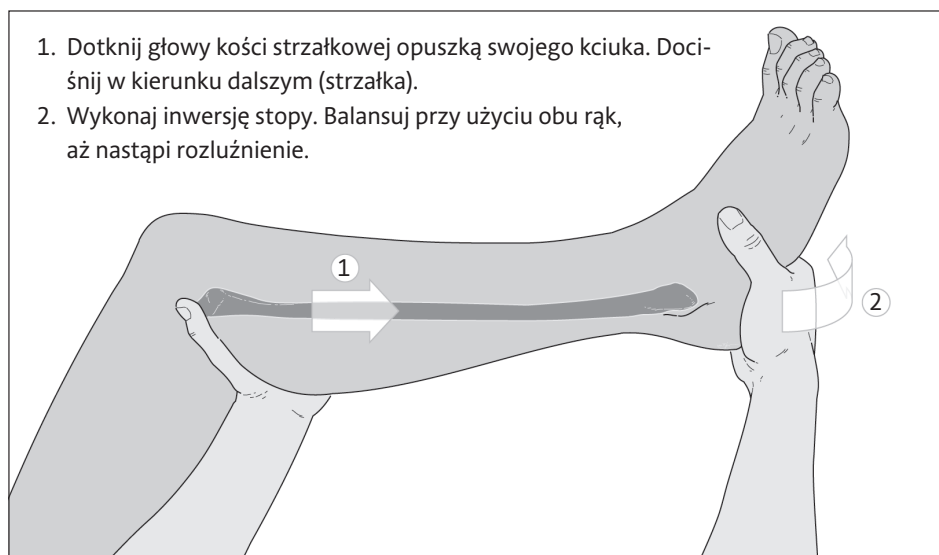
OBJAWY/DIAGNOZA: Ból kolana po stronie tylnej i bocznej lub niestabilny staw skokowy z tendencją do nawykowych skręceń. To ostatnie zaburzenie jest rezultatem niestabilnej panewki (widełek) stawu skokowego górnego z przemieszczoną w stawie kolanowym kością strzałkową.

PACJENT: Pozycja leżenia tyłem.

TERAPEUTA: Siedzi z boku leżanki, na wysokości leczonego kolana, zwrócony w jego stronę.

PROCEDURA: Zegnij biodro i kolano pod kątem około 90 stopni. Nieznacznie zrotuj kość udową zewnętrznie. Zegnij pod kątem 90 stopni w łokciu tę swoją rękę, która znajduje się od strony głowy pacjenta, i oprzyj łokieć na leżance. Następnie odwiedź kciuk, tworząc rodzaj pionowej podpórki pod nogą pacjenta. Opuszką podpierającego kciuka dociśnij tylną-górną część głowy kości strzałkowej w kierunku dalszym, tj. w stronę stopy. Drugą ręką wykonaj inwersję stopy uniesionej nogi, nieznacznie rotując ją dośrodkowo. Spowoduje to pociągnięcie końca dalszego kości strzałkowej. Zbalansuj tkankę łączną

Ryc. 4.11. Ułożenie rąk w technice terapii kości strzałkowej



otaczającą oba końce kości strzałkowej oraz błonę międzykostną pomiędzy kością piszczelową i kością strzałkową, aż nastąpi rozluźnienie. Głowa kości strzałkowej przesuwa się w dół i w przód, wślizgując się z powrotem do swojej panewki.

Więzadło poboczne strzałkowe (boczne)

TECHNIKA: Kombinacja technik rozluźnienia więzadłowo-stawowego w pozycji leżenia tyłem (bezpośrednio na więzadle bocznym strzałkowym).

OBJAWY/DIAGNOZA: Ból po zewnętrznej stronie kolana jako skutek naciągniętego więzadła bocznego strzałkowego.

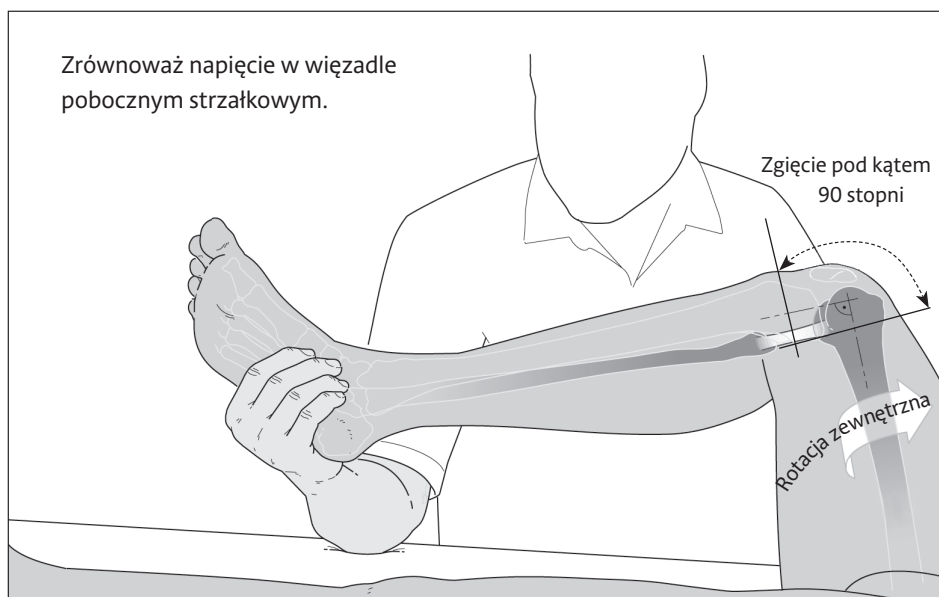
PACJENT: Pozycja leżenia tyłem.

TERAPEUTA: Siedzi z boku leżanki, na wysokości leczonego kolana i zwrócony w jego stronę.

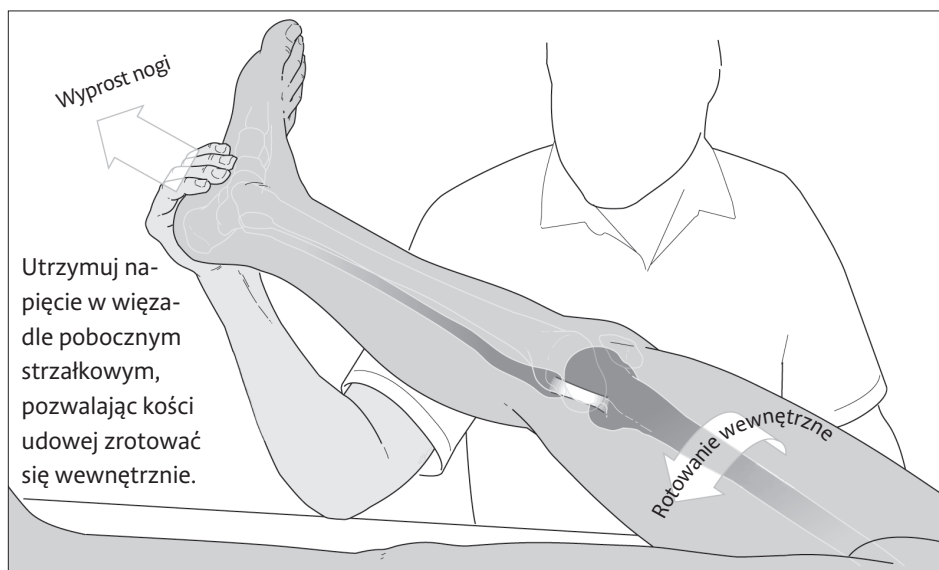
PROCEDURA: Zrotuj zewnętrznie i odwiedź biodro leczonej nogi. Ustaw kolano w zgięciu pod kątem około 90 stopni (druga noga pacjenta pozostaje wyprostowana). Dłonią znajdującą się bliżej końca leżanki obejmij stopę pacjenta, układając palce na jej podbiciu, a kciuk po zewnętrznej stronie grzbietu stopy. Wyniosłość kłębika twojego małego palca wspiera teraz boczną część kości piętowej, a wyniosłość kłębu kciuka znajduje się dokładnie poniżej końca dalszego kości strzałkowej. Oprzyj łokieć ręki podtrzymującej na leżance i, nie podpierając kolana zgiętej nogi drugą ręką, pozwól mu opaść na zewnątrz, w kierunku podłogi. Wykonaj inwersję stopy pacjenta w stawie skokowym i zrotuj ją dośrodkowo (co spowoduje nieznaczne zrotowanie dośrodkowe całego podudzia). Pociągnij stopę w kierunku dalszym, prostując kolano. Cały czas utrzymuj zrównoważone napięcie w więzadle bocznym strzałkowym. Dłoń znajdująca się na stopie kontroluje napięcie w kolanie. Kiedy część ciała poddawana terapii zatnie się, napotykając barierę, utrzymuj równomierny nacisk na tę przeszkodę lub w punkcie ciszy, aż nastąpi rozluźnienie, a kolano wyprostuje się bardziej.

W trakcie wykonywania zabiegu możesz natrafić na liczne bariery. Utrzymuj stałe napięcie względem każdej z nich, aż kolano wyprostuje się całkowicie. Kiedy to nastąpi, więzadło poboczne strzałkowe powróci do stanu fizjologicznego, a kość udowa zrotuje się wewnętrznie, wyrównując swoje ułożenie względem kości piszczelowej.

Ryc. 4.12. Ułożenie w technice rozluźnienia więzadła pobocznego strzałkowego.



Ryc. 4.13. Technika rozluźnienia więzadła pobocznego strzałkowego.



Więzadło poboczne piszczelowe (przyśrodkowe)

TECHNIKA: Kombinacja technik rozluźnienia więzadłowo-stawowego w pozycji leżenia tyłem (bezpośrednio na więzadle pobocznym piszczelowym).

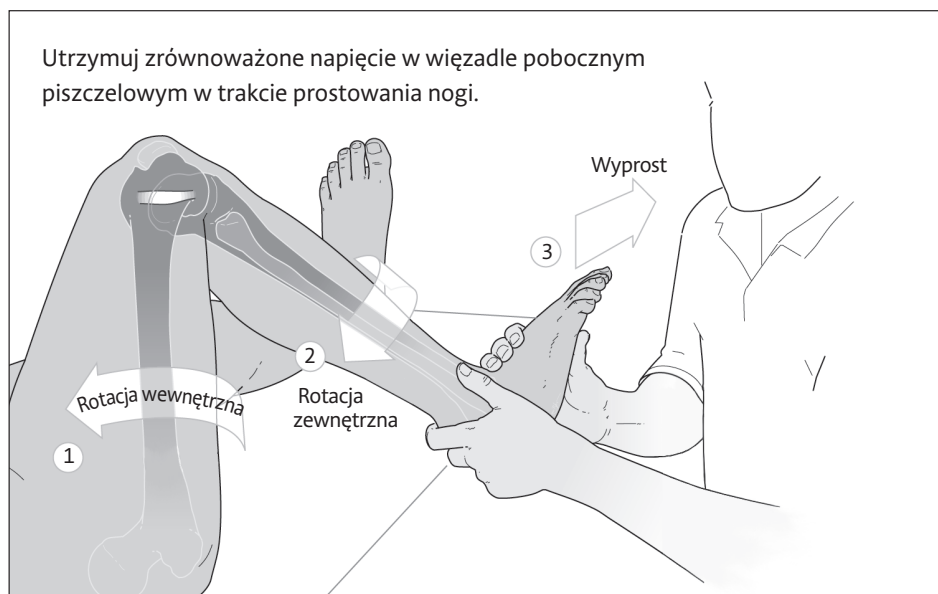
OBJAWY/DIAGNOZA: Ból po stronie przyśrodkowej kolana jako rezultat naciągniętego więzadła pobocznego piszczelowego.

PACJENT: Pozycja leżenia tyłem.

TERAPEUTA: Siedzi przy rogu leżanki w jej nogach, po stronie zajętego kolana, zwrócony w stronę szczytu leżanki.

PROCEDURA: Obejmij stopę obiema dłońmi. Ręką znajdującą się od strony dłuższego boku leżanki uchwycić kość piętową, tak aby twoje palce znalazły się po jej stronie przyśrodkowej, a wyniosłość kłębu kciuka po stronie bocznej. Drugą dłonią obejmij stopę na wysokości końca dalszego pierwszej kości śródstopia. Biodro jest zgięte i przywiedzione, co powoduje dośrodkową rotację kości udowej. Kolano jest ugięte pod kątem około 90 stopni i znajduje się nad kością udową drugiej nogi. Używając obu dłoni, rotuj stopę zewnątrz, próbując jednocześnie wyprostować nogę. Pociągnij stopę w kierunku dalszym, prostując kolano i cały czas utrzymując zrównoważone napięcie w więzadle pobocznym piszczelowym. Kiedy kolano zatnie się, utrzymuj zrównoważone napięcie na napotkanej barierze lub w punkcie ciszy, aż część ciała poddawana terapii wyprostuje się bardziej. W trakcie wykonywania tej techniki możesz napotkać wiele takich barier. Utrzy-

Ryc. 4.14. Ułożenie w technice rozluźnienia więzadła pobocznego piszczelowego.



Recentralizacja głowy kości ramiennej w wydrążeniu stawowym łopatki

TECHNIKA: Bezpośrednie rozluźnienie więzadłowo-stawowe w pozycji leżenia bokiem.

OBJAWY/DIAGNOZA: Ból w przednio-górnej części barku, ból w okolicy tylnego fałdu pachowego lub ograniczenie zakresu ruchu w barku.

PACJENT: Pozycja leżenia bokiem, zajętym barkiem ku górze.

TERAPEUTA: Stoi z boku leżanki za pacjentem.

PROCEDURA: Gdy nastąpiło już rozluźnienie mięśnia obłego mniejszego, obejmij dłonią łokieć pacjenta. Ramię pacjenta powinno być zgięte i rozluźnione. Drugą ręką (tą, która znajduje się bliżej głowy pacjenta) chwyć za bark w stawie ramiennym. Kontrolując kość ramienną za pośrednictwem łokcia, poprowadź go bocznie i lekko do przodu lub do tyłu w celu uzyskania zbalansowanego napięcia w barku. Następnie utrzymaj równomierną kompresję kości ramiennej w panewce, stosując przeciwstawny nacisk ręką umieszczoną na barku. Kompresując obie ręce ku sobie, być może będziesz musiał dostosować kierunki sił przyłożonych na panewkę – do przodu lub do tyłu – tak aby poczuć maksymalną sztywność pomiędzy rękoma. Siła wypadkowa będzie przypominać kształtem kij hokejowy, z łokciem będącym górną krawędzią i przeciwnym barkiem leżącym na leżance, stanowiącym koniec łopatki kija. Gdy nastąpi rozluźnienie, głowa kości ramiennej przesunie się w panewce doczaszkowo i do przodu. Trzon kości ramiennej przemieści się doczaszkowo i do przodu, obok ucha pacjenta.

W powyższej technice równoważysz siłę wywieraną na szczycie łokcia z siłą idącą przez wydrążenie stawowe łopatki. Dzięki temu twoje ręce dążą ku sobie, a siła jest skierowana od łokcia do leżanki, przez drugi bark. Jeśli łokieć w punkcie balansu ustawiony jest nieco do przodu w stosunku do ciała pacjenta, ręka umieszczona na barku będzie uciskała bark nieznacznie do przodu, podczas gdy ty będziesz naciskał na łokieć w kierunku doczaszkowym i lekko do przodu. I odwrotnie – jeśli łokieć w punkcie balansu zostanie skierowany nieznacznie do tyłu w stosunku do ciała pacjenta, ręka na barku będzie naciskała tę część ciała w kierunku terapeuty. Nacisk na trzon kości ramiennej powinien być dość mocny.

Ryc. 8.5. Technika terapii kości ramiennej.



Przednia część barku

Mięsień piersiowy większy

TECHNIKA: Bezpośrednie rozluźnienie mięśniowo-powięziowe w pozycji leżenia tyłem.

OBJAWY/DIAGNOZA: Ból przedniej części barku lub bark wysunięty do przodu.

PACJENT: Pozycja leżenia tyłem.

TERAPEUTA: Siedzi z boku leżanki na wysokości talii pacjenta, twarzą zwrócony w kierunku szczytu leżanki.

PROCEDURA: Ręką znajdującą się dalej od ciała pacjenta chwyć jego dłón po stronie, gdzie występuje skurcz. Odwiedź ramię o mniej więcej 30 stopni od boku pacjenta. Opuszką kciuka ręki bliższej pacjenta dotknij mięśnia piersiowego większego w fałdzie pachowym przednim, około 5 cm od jego przyczepu na kości ramiennej. Zazwyczaj jest to punkt najsilniejszego skurczu. Zastosuj zbalansowany nacisk opuszką kciuka pod kątem prostym w stosunku

do przebiegu włókien mięśniowych, przyśrodkowo od ścięgna. Jednocześnie drugą ręką delikatnie pociągnij ramię pacjenta. Utrzymaj ciągły, zbalansowany nacisk, aż poczujesz rozluźnienie skurczu.

Mięsień piersiowy mniejszy, mięsień kruczo-ramienny oraz głowa krótka mięśnia dwugłowego ramienia

TECHNIKA: Bezpośrednie rozluźnienie mięśniowo-powięziowe w pozycji leżenia tyłem.

OBJAWY/DIAGNOZA: Ból w przedniej części barku lub bark wysunięty do przodu.

PACJENT: Pozycja leżenia tyłem.

TERAPEUTA: Stoi z boku leżanki na wysokości środkowej części klatki piersiowej pacjenta, zwrócony twarzą w kierunku szczytu leżanki.

PROCEDURA: Jeśli skurcz zlokalizowany jest w mięśniu piersiowym mniejszym, utrzymuj ciągły, zbalansowany ucisk końcem opuszki kciuka ręki dominującej, zaczynając na bocznym brzegu mięśnia piersiowego mniejszego, mniej więcej 5 cm poniżej wyrostka kruczego. Utrzymuj równomierny nacisk w poprzek włókien, schodząc przyśrodkowo po górnej części klatki piersiowej, w trakcie gdy mięsień będzie rozluźniał się przed twoim kciukiem.

Terapię na mięśniu kruczo-ramiennym oraz głowie krótkiej mięśnia dwugłowego ramienia przeprowadź, wykorzystując podobną technikę. Przesuń kciuki bocznie i doogonowo od wyrostka kruczego oraz zastosuj ciągły, zbalansowany nacisk w kierunku przyśrodkowym i dogrzbietowym.

Mięśnie podobojczykowe, więzadła żebrowo-krucze, więzadła żebrowo-obojczykowe oraz śródpiersie górne

TECHNIKA: Bezpośrednie rozluźnienie więzadłowo-stawowe w pozycji leżenia tyłem.

OBJAWY/DIAGNOZA: Ból w przedniej części barku lub bark wysunięty do przodu.

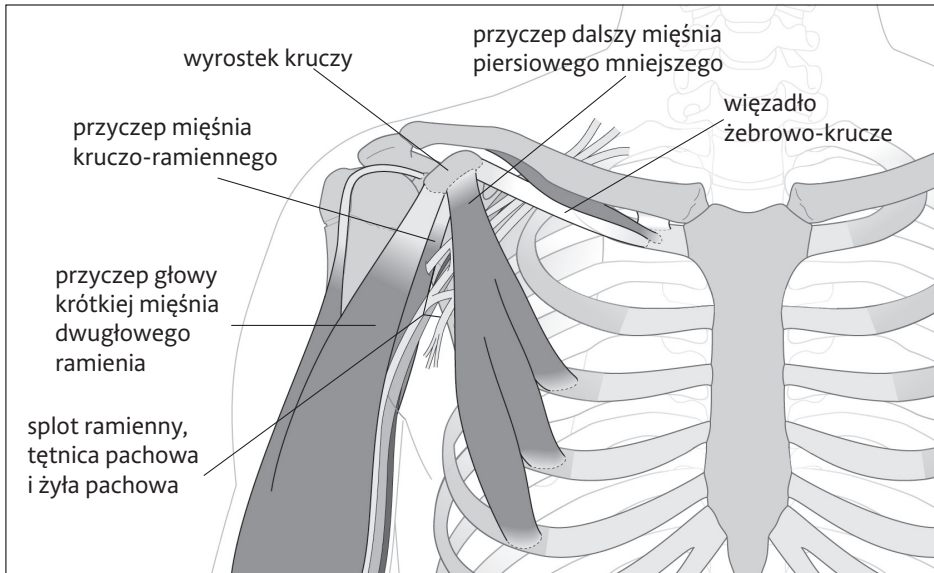
PACJENT: Pozycja leżenia tyłem.

TERAPEUTA: Stoi z boku leżanki na wysokości środkowej części klatki piersiowej, twarzą zwrócony w kierunku szczytu leżanki.

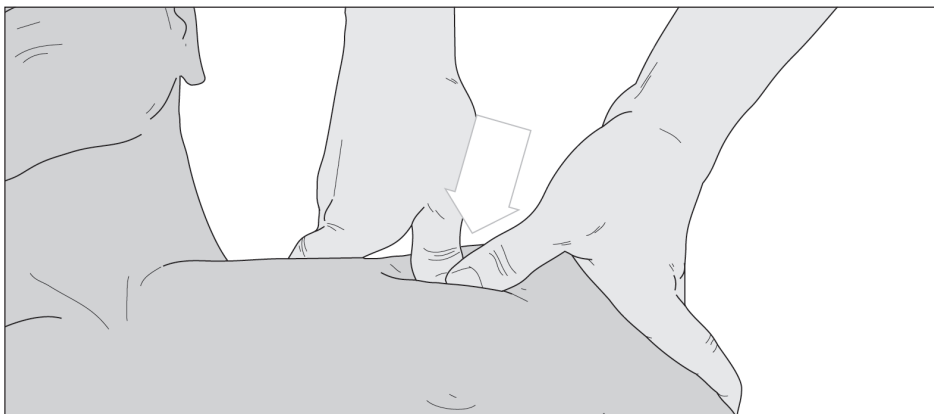
PROCEDURA: Jeśli stwierdziłeś skurcz mięśnia podobojczykowego i/lub napięcie w więzadłach żebrowo-kruczych i żebrowo-obojczykowych, wykonaj

kompresję w kierunku leżanki, obejmując w poprzek przestrzeń podobojczykową opuszką kciuka w dole bliższym oraz opuszką palca środkowego w dole dalszym. Naciskaj w kierunku dogrzbietowym i ściśnij kciuk oraz palec środkowy ku sobie. Utrzymuj ten zbalansowany ucisk, aż poczujesz rozluźnienie napięcia w obu dołach, a twój kciuk oraz palec środkowy zbliżą się do siebie.

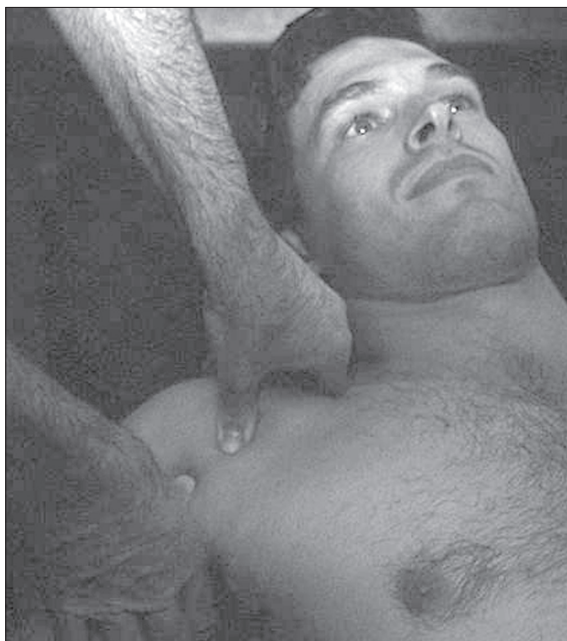
Ryc. 8.6. Anatomia przedniej części barku.



Ryc. 8.7. Technika rozluźnienia mięśnia kruczo-ramiennego i głowy krótkiej mięśnia dwugłowego ramienia (przód barku).



Do przedniej części barku przyłoż nacisk w kierunku dogrzbietowym i lekko przyśrodkowym. Utrzymaj zbalansowane napięcie, aż pojawi się rozluźnienie. Ilustracja ta przedstawia ostatni krok w terapii przedniej części barku.



Ryc. 8.8. Ułożenie rąk na przedniej części barku.

Łokieć tenisisty i związane z nim urazy

Naprężenia błony międzykostnej pomiędzy kością łokciową a promieniową wywierają wpływ na łokieć. Jeśli zatem obecne jest napięcie błony międzykostnej, zmianami objęte są zarówno nadgarstek, jak i łokieć. Aby więc przywrócić sprawność przedramieniu, należy poddać terapii oba jego końce.

Przedramię i łokieć

TECHNIKA: Bezpośrednie rozluźnienie więzadłowo-stawowe w pozycji leżenia tyłem, siedzącej lub stojącej.

OBJAWY/DIAGNOZA: Ból łokcia lub sztywność (ograniczenie ruchomości).

PACJENT: Pozycja leżenia tyłem, siedząca lub stojąca.

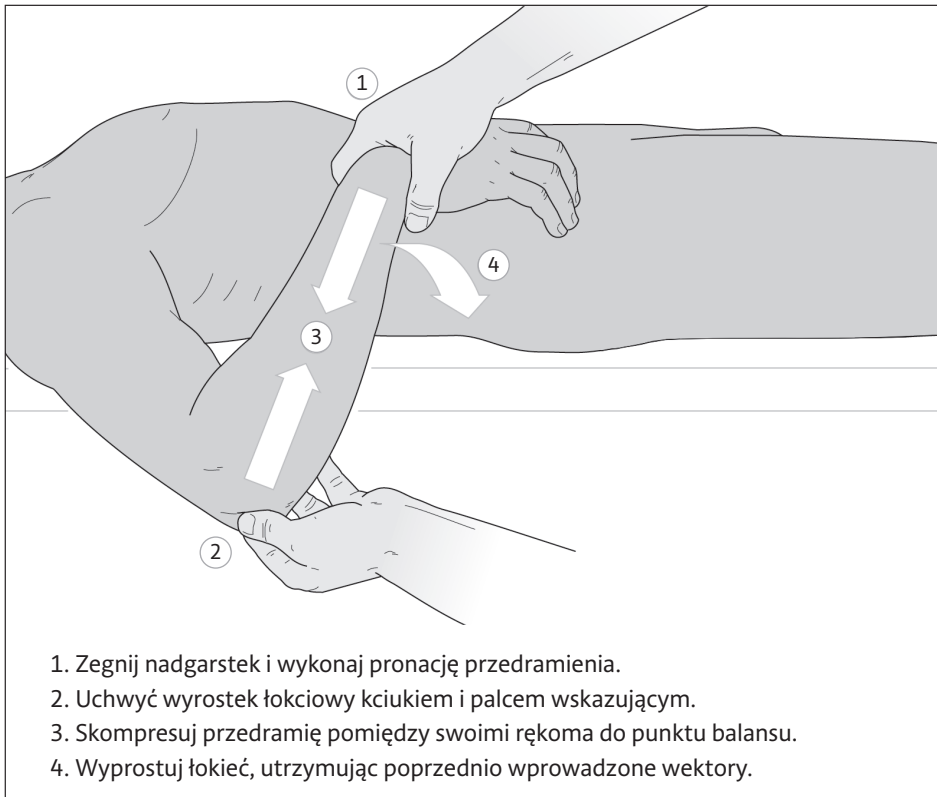
TERAPEUTA: Stoi nieco z przodu po stronie zajętego łokcia, zwrócony twarzą do pacjenta.

PROCEDURA: Na początku terapii łokieć pacjenta powinien być zgięty pod kątem 90 stopni. Uchwycić część bliższą wyrostka łokciowego kciukiem i palcem wskazującym. Opuszki tych palców powinny znajdować się tuż przy brzegu bruzdy z każdej strony wyrostka łokciowego, palec wskazujący na jego przyśrodkowej stronie. Drugą ręką chwycić grzbiet dłoni pacjen-

ta, maksymalnie zgiętej w nadgarstku i zrotuj jego przedramię do pełnej pronacji.

Skompresuj przedramię pomiędzy swoimi rękoma, prowadząc łokieć pacjenta do pełnego wyprostowania. Jeśli występuje dysfunkcja, zauważysz mocny opór pojawiający się przed pełnym wyprostowaniem ręki. Utrzymuj ciągły, zbalansowany nacisk na barierę do momentu, gdy łokieć wyprostuje się, a opuszki twojego kciuka i palca wskazującego przeslizgną się przez bruzdy z każdej strony wyrostka łokciowego. W tym momencie terapia jest zakończona. Rozluźniła ona skrętne napięcia na głowie kości promieniowej oraz boczne lub przyśrodkowe odchylenie wyrostka łokciowego w dole łokciowym (czyli boczne lub przyśrodkowe odchylenie kości łokciowej na kości ramiennej).

Ryc. 8.9. Technika rozluźnienia przedramienia.



1. Zegnij nadgarstek i wykonaj pronację przedramienia.
2. Uchwyć wyrostek łokciowy kciukiem i palcem wskazującym.
3. Skompresuj przedramię pomiędzy swoimi rękoma do punktu balansu.
4. Wyprostuj łokieć, utrzymując poprzednio wprowadzone wektory.

Osteopatia rozwinęła wiele metod terapeutycznych i podejść manipulacyjnych. Techniki napięć więzadłowo-stawowych to nazwa nadana przez Williama G. Sutherlanda, D.O., twórcę osteopatii czaszkowej, grupie technik służących terapii ciała poza centralną osią układu czaszkowo-krzyżowego. Termin ten odnosi się więc do szerokiego wachlarza technik wykorzystujących własne mechanizmy zdrowienia ciała we względnie bezpośredni sposób.

Przez ponad 30 lat Dallas Osteopathic Study Group badała powyższy rodzaj manipulacji. Książka „Napięcia więzadłowo-stawowe” to esencja pracy członków organizacji. Początkowe rozdziały prezentują historię rozwoju tego podejścia oraz zawierają przegląd niektórych doniesień naukowych leżących u jego podstaw. Pozostałe są poświęcone badaniu ciała od stóp do barków i przedstawiają efektywne techniki manipulacyjne.

Autorzy podają jasne i czytelnie zilustrowane instrukcje, umożliwiając doświadczonym praktykom uzyskanie biegłości w omawianych technikach. W książce zaprezentowano pracę według koncepcji „kluczowej lezji” oraz „ciąciwy”, opracowanych przez Rollina Beckera.

KSIĄŻKA POLECANA PRZEZ:



Osteopatia Polska
stowarzyszenie

ISBN: 978-83-7579-646-9



Cena: 59,90 zł (w tym 5% VAT)

www.galaktyka.com.pl