

ОСНОВЫ БИОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРИРОВАНИЯ

Большой интерес потенциальных слушателей моих семинаров к материалам курса Биологическое Центрирование заставил меня оформить это учебное пособие, в котором я постарался кратко и доходчиво рассказать теоретические основы Биологического Центрирования.

Используемые термины и подходы отличаются от концептов привычной нам медицины, но я ориентируюсь на результат, а он всегда предсказуем и позитивен.

Биологическое Центрирование является продуктом более чем четверть векового практического опыта работы с клиентами, предельно холистично по своей сути и объединяет в себе анатомию/физиологию/клинику с ноуменальными, невидимыми глазу и приборами, тонкоматериальными процессами, которые помимо мяса, костей и пищеварительной системы и составляют истинную суть человека.

Эти тонкоматериальные человеческие процессы на стыке души/ума/тела ранее всегда были прерогативой Веры, а в Биологическом Центрировании, пожалуй впервые, сведены во вполне материальные и реально работающие алгоритмы схемы и протоколы действия!

На своих семинарах, и в печатных работах я избегаю обсуждений и критики всякой религиозной тематики по вполне понятным причинам, а представленный материал является результатом сугубо практических наблюдений, имеющих своей целью реальную помощь моим клиентам. Поэтому, если вдруг кому что-либо написанное мною в этом тексте покажется неприемлемым в силу его личного мировоззрения – просьба не принимать написанное на свой счет и не читать это руководство далее!

Человек очень сложно устроен, и наши университетские медицинские знания, местами далеко продвинутые, не отражают настоящей картины, как устройства человека, так и причин его заболеваний, тех или иных мыслей приходящих на ум, а также поступков и жизненных событий, которые «вдруг происходят».

В силу этого сложного устройства человека, изменения какой-либо его части, без влияния на остальные части, просто невозможно - однозначно будет нанесен вред. Поэтому очень важно иметь цельное понимание того что происходит с человеком и то, что именно происходит, когда мы пытаемся на что-либо воздействовать в этой сложной механике.

Очень многие процессы, которые я описываю в своей дисциплине, невозможно измерить приборами и увидеть под микроскопом – к сожалению, доказательная база настоящей науки отстает от того, что мы можем ощутить, а точнее – перцептировать. Материально регистрируются лишь результаты взаимодействия тонкоматериальных процессов и материального физического тела человека в виде электро/магнитных/биохимических процессов!

По всей видимости, это происходит потому, что мерность тонкоматериальных процессов, определяющих суть всего материального, видимого нам мира, выходит за рамки нашего трехмерного мира (4 и более), и как бы «вмещает его в себе». Чтобы привычный нашим мозгам мыслительный процесс мог на что-либо опираться, примите это как аксиому!

Имея классическое высшее медицинское неврологическое образование и ученую степень я стараюсь очень критично подходить к восприятию того, чего не видно глазу и нельзя пощупать руками, к тому же как специалист-практик, я не понаслышке знаю, что 99% того, что описано в книгах или интернете по поводу

наблюдения и классификации «тонких тел» или «чакр», или «энергетики», или чего подобного – есть либо банальный копирайт, либо болезненная биохимия височной доли мозга того, кто это написал, и существует не далее границ этой болезненной височной доли. Реальность именно такова.

Термины и названия тонкоматериальных явлений, которые я даю, весьма условны, они близки для понимания русскоязычному культурному слою и отражают суть происходящих тонкоматериальных процессов/действий (*поэтому я регулярно отказываюсь от чтения лекций за границей для нерусскоязычной аудитории и перевода своих видеоматериалов и книг*).

Когда я предлагаю к использованию свои термины, то оговариваю их следующим образом:

".....а это явление или ощущение условимся называть так...потому, что это похоже на такое-то явление/действие нашего мира".

Все термины и концепты, которые использую в Биологическом Центрировании не имеют ничего общего с имеющимися психологическими теориями, не имеют какой-либо религиозной или иной идеологической основы кроме практического опыта наблюдения за клиентами в процессе их лечения и сделанных из этого выводов.

Если я провожу какие-либо аналогии своих терминов и концептов с имеющимися терминами, методами или концептами, принятыми в остеопатии, краниосакральной терапии, психологии различных направлений или культурно/религиозно/мистических традициях, то я подчеркиваю это отдельно.

Хочу добавить, что в разработке теоретических и практических основ Биологического Центрирования я не отталкивался от каких-либо религиозно/мистических учений или иных «древних практик», хотя аналогии описанных мною механизмов и процессов я регулярно нахожу в этих самых «учениях и практиках».

Поэтому большая просьба к читателю – не надо пытаться навешивать ярлыки и названия из других методов. Это Биологическое Центрирование, и точка!

Я РАЗДЕЛЯЮ ЧЕЛОВЕКА НА ДВЕ ЧАСТИ:

1. «Тело физическое» (мышцы, кости, висцера, нервы, электро/биохимия и жидкостные процессы, а также эмоции – материальный нейропептидный субстрат!). Откуда взялось – понятно, как и состав (углерод, азот, кислород, водород, и далее всего понемногу);
2. «Тело ума» - тонкоматериальная, древняя, и скорее всего бессмертная наша составляющая. Древние культуры изображали тело ума в виде змеи (отсюда пошли темы типа: «змея/ум/мудрость» и прочее). Тело ума есть божественный продукт, полученный путем некоего «акта творения» через вибрации/звуки/логос (тут мы находим аналогии: «....вначале было слово...» и так далее). Понятно, что «в виде змеи» - это все очень условно, потому, что проекции более высоких измерений на наше приводят к тому, что проецируемый объект не может восприниматься нами во всей полноте (*редукция восприятия реальности*). К тому же речь идет не об органах чувств, а о некоем интегративном восприятии, которое и называют перцепцией. Вы

просто чувствуете Нечто, по аналогии с героем фильма «Мимино», который говорил восторженно о женщине после телефонного разговора с ней:
«...спинным мозгом чувствую, блондинька!»☺.

Тело ума выходит далеко за рамки дела физического, это касается временных параметров, в нашем понимании этого вопроса. С нашей настоящей позиции, в нынешнем воплощенном физическом теле, оно (*тело ума*) уходит в наши прошлые телесные воплощения, что является одной из основных причин рецидивов болезней и нехороших жизненных ситуаций. А частично тело ума уходит в следующее наше телесное воплощение, той частью, которая имеет связь с правой стороной нашего физического тела и отвечает за ограничения переработки впечатлений/ощущений (*фактически- основа «кармы» в буквальном ее понимании*).

С позиции тела ума привычного нам времени нету, поэтому проблемы 300 летней или 1000 летней давности для нашего физического тела вроде как и не представляют интереса, а для нашего тела ума, что 1000 лет назад, что сегодня – все одно, «здесь и сейчас»! Этот феномен и является основой, или почвой большинства душевных и телесных страданий нашего нынешнего физического тела – болезни вроде как и не наши, а «отдуться» нам приходится☹

Тело ума является некой схемой формирования и роста тела физического, “имплантируется” в матку на тонком плане до фактического зачатия, сразу перед ним (*некая предуготовленность*).



Рис. 1 - Демургическое существо культуры Паракас, которое порождает и контролирует тело ума человека.

Когда я изучал в Перу (2013 год) культурные/религиозные/мистические артефакты, то мое внимание, в том числе, привлекли погребальные полотна культуры Паракас (*одно из них, ручной работы, я приобрел, и оно находится в моей коллекции артефактов в клинике*).

Существо на полотне божественное/демиургическое, одно из его имен – Виракоча, изо рта Оно рождает новое тело ума (ну... боги только так и порождают☺ *этому много примеров в истории*), а руками осуществляет контроль процесса воплощения тела ума в тело физическое или его развоплощение (*догадайтесь сами, где именно какое из тел?*)

Следует отметить, что божество это позже растеряло антропоморфные признаки, динамика этого процесса прослеживается по Боливийским артефактам культуры Тиуанако (*иногда Тиуанако, Тиуанаку, Тиванако, от аймара Tiwanaku — древнее городище в Боливии, в 72 км от Ла-Паса вблизи восточного берега озера Титикака. По материалам раскопок это поселение датируется 1500 до н. э.*) и приобрело черты Солнцеподобия – Бог «Инти» (*кечуа inti, аймара inti «солнце»*), дети которого и были Инками, что уже совсем знакомо и близко нашим религиозно/мистическим понятиям.



Рис. 2 – Золотое изображение солнцеподобного Бога Инти, прародителя Инков.

К чему я все это рассказываю?!

Без лишнего бла-бла - очень хороший наглядный пример того, что бессмертная тонкоматериальная часть человека имеет божественное происхождение, ее воплощение в тело материальное и развоплощение из него (см рис. 1) контролируется тем же божеством (*понятно, что не локального, а вселенского порядка*), где солнцеподобие есть символ жизненной творящей силы и мощи, исходящих от Творца.

Творение стремится воссоединиться с Творцом, и подтверждение этому мы находим в многочисленных стелах и барельефах, как описываемой культуры, так и иных культур. Ниже, в целях иллюстрации сказанного я привожу несколько слайдов из доклада о моей поездке в Перу

Творение стремится воссоединиться с творцом - змеей
(тело ума)
поднимается вверх, пытаясь воссоединиться с солнцем
(свет несущим). Археологическая зона Пукара, прим. 600
лет до н.э.



Рис. 3 и 4 – Змея (символ тела ума) ползет вверх/пытается соединиться с солярным знаком (символом творца).

Разобравшись немного с теоретическими вопросами того, что такое тело ума и откуда оно взялось, давайте разберем прагматические аспекты этого вопроса.

Тело физическое дышит, вдыхая и выдыхая воздух – эта ритмика крайне важна для нашей жизнедеятельности. Если человеческое тело перестанет дышать в течение нескольких минут (*я не беру во внимание тренированных ныряльщиков*), то оно неминуемо погибнет.

Тонкоматериальное тело ума тоже имеет ритмику прохождения через его структуры некой тонкоматериальной субстанции (*объективизировать динамику которой приборами невозможно по причинам, которые я описал выше*). Но благодаря этому ритмическому процессу «дыхания тела ума» возникает известный нам феномен Краниосакрального Ритма (КР) (*я пытаюсь говорить словами о процессах, масштабы и сложность которых выходят далеко за рамки нашего логоса и разума вообще*).

Феномен КР оброс множеством спекуляций и не признается большинством практикующих врачей, как и сам метод Краниосакральной Терапии (*в США это целительство*) благодаря тому, что феномен этот тонкоматериальный, и перцептируется только в ощущениях, и никакими объективными методами на черепе не подтверждается. В свое время я потратил полтора года времени у кучу средств, привлекая университетских специалистов физиков и электронщиков, пытаясь объективизировать процесс КР. Мы применяли даже сверхчувствительные магнитные датчики, ориентированные и откалиброванные на магнитное поле Земли, но никакой краниосакральной ритмики я не нашел (*находили все что угодно из серии дыхательно/сердечно/гидравлических движений*).

Занятия по «тренировке чувствительности пальцев рук» для определения КР является полным фейком, потому что тонкоматериальные процессы не пальпируются кончиками пальцев, а интергративно ощущаются «непонятно каким местом» - можно руками, можно ногами, можно задницей, а можно и на расстоянии.

Резюме: процесс «дыхания» тела ума сопровождается некоей ритмикой, которую мы можем перцептировать и называть красивыми словами типа Краниосакральный ритм или Биодинамика, или первичное дыхание Природы, или как ни будь еще – суть все это один процесс.

В своих изысканиях я пришел к стойкому убеждению, что эта ритмика не всегда является показателем хорошего здоровья, чаще она порочна, и является

следствием взаимодействия человека с социумом и паразитными эгрегорами. А в норме процесс дыхания тела ума должен быть похож на один неразделенный «вдохо/выдох».

ЧЕМ «ДЫШИТ ТЕЛО УМА?!

Прана.....Ци...Оргон....еще куча разных названий и описаний этой тонкоматериальной субстанции (*физики назовут какие-нибудь излучения или частицы*) суть которой есть «дыхание Бога», того самого, который и породил Тело Ума, а потом вдохнул в него жизнь. Поэтому дискуссии о названиях и терминах применяемых для названия этой «божественной дыхательной субстанции» совершенно лишены всякого смысла – все равно они до конца сути вопроса не будут отражать.

Эта тонкоматериальная субстанция существует отдельно от человека, она вневременная (*4-х мерная или более*), по сути - это некий информационный тонкоматериальный носитель (*приборами не измеришь*), который при прохождении через структуры тела человека рождает потоки мыслей, образов, ощущений и эмоций, т.е все те электрохимические реакции, которые мы и называем нашей жизнью.

Чтобы не было путаницы я остановился на термине «флуэд», тем более, что перцептивно, субстанция демонстрирует признаки жидкости в различных агрегатных состояниях – от «пара» до «вязкого густого киселя».

Нам флуэд ума не принадлежит. Мы им пользуемся, а вернее - Он пользуется нашим телом, временно, при помощи некой схемы взаимодействия. Я иногда в шутку называю эту схему «перфокартой», которая накладывается на наше физическое тело,

Такая "перфокарта" и есть схема пересечения или "места заклепок" и "сварных швов" между тонким телом ума и телом физическим.

В Биологическом Центрировании геометрия "дыр" в этой перфокарте тела ума изучена, систематизирована и разложена по "аптечным полочкам", и представляет собою схему системы DSV.

Из аналогий можно привести схему каббалистического Древа Сфирот, являющуюся упрощенным вариантом схемы DSV.

Ниже привожу типичные свойства флуэда, которые в корне отличаются от привычных нам свойств материи:

1. Флуэд есть живая субстанция;
2. Распространен тотально и повсеместно (*не только живая материя, а также воздух, вода, горные породы*), имеет неравномерности распределения, может иметь потоки, которые, как вариант, хорошо визуализируются облаками на небе;
2. Не имеет привычных нам физических параметров (*масса, вес и прочая*), поэтому не регистрируется доступными нам физическими приборами;
3. Перемещается мгновенно, на любые расстояния, также и во времени, не имеет привычных нам временных параметров, находится «здесь и сейчас» в любой точке пространства и времени;

4. В физическом теле человека (*в материальных средах также*) перемещается более медленно, как бы «залипает», чаще в привычных зонах (DSV). В физическом теле человека и животных имеется высокое сродство флуэда к структурам центральной и вегетативной нервной системы, особенно к нейронам и их скоплениям, а также к костям (особенно зубам), хотя есть и типичные трубчатые и плоские кости скелета, где флуэд «цепляется» активнее всего;

5. Можно организовать направленное движение флуэда, комбинируя вместе органические материалы и металл - направление движения от органики к металлу, это объясняет принципы флуэтической работы ножей и прочих приспособлений. На этом свойстве флуэда основано изобретение Вильгельма Райха – оргонные аккумуляторы и устройства управления погодой, клаудбустеры и прочее. А в практике Биологического Центрирования эти свойства флуэда активно и успешно используются при работе с кастомными ножами;

6. Имеется высокое сродство флуэда к некоторым органическим материалам, таким как бивни слона или мамонта (*особенно сильно мамонта - видать возраст органического артефакта также играет роль в захвате флуэтического потока*), рога оленя, зубы или когти хищных зверей и птиц. По видимому, эти феномены и являются основой активного применения указанных артефактов в шаманских и мистических практиках различных культур и народов мира (*сходите в этнографический музей и кунсткамеру в Санк-Петербурге - там Вы все и увидите в подробностях*);

7. Флуэд имеет две противоположные характеристики по типу: живое/мертвое, либидо/мортидо, инь/ян, +/-, и прочая.... Причем, флуэд с одной из характеристик имеет тропность к флуэду такой же характеристики, а не как «+» к «-» в физике; этим можно объяснить «притяжение подобного к подобному» и структурирование реальности по ситуационно схожим рядам;

8. Высокая концентрация флуэда привлекает к себе дополнительный флуэд.

О СИСТЕМЕ DSV.

Места взаимодействия тонкого тела ума с телом физическим организованы в четкую схему, которая включает зоны и линии их соединяющие. Сами линии располагаются продольно (*длинные*) или поперечно (*короткие*).

Я выделяю три основные продольные линии:

1. Линия “S” (*sinistra – лат. – «слева»*) - проходит продольно через левую половину туловища, верхняя точка – середина левой надостной мышцы, далее каудально через грудную клетку, брюшную полость и малый таз; далее – левое бедро, голень, совпадая с левыми бедренной и большеберцовой костями, на стопе заканчивается в районе левой ладьевидной кости.
2. Линия “D” (*dextra – лат. «справа»*) - проходит продольно через правую половину туловища, верхняя точка – середина правой надостной мышцы, далее каудально через грудную клетку, брюшную полость и малый таз; далее – правое бедро, голень, совпадая с правыми бедренной и большеберцовой

костями, на стопе заканчивается в районе правой ладьевидной кости.

3. Линия "V" (*ventrum* – лат. «живот») – проходит продольно через все тело в сагиттальной плоскости, начинается в полости черепа в парасагиттальных отделах лобных долей, идет каудально вдоль вентрального вставления мозгового серпа в петушиный гребень и далее, предсфеноидально (*впереди тела клиновидной кости*), через тело решетчатой кости; далее вентральнее позвоночного столба, через висцеральную шею, грудную клетку, брюшную полость, малый таз; каудальная точка выхода из тела физического – между копчиком и анусом.

Вдоль этих основных продольных линий расположены зоны взаимодействия тонкого тела ума и тела физического. Эти зоны взаимодействия (*ранее я их называл как «точки кристаллизации тела ума» или «корневые дисфункции»*) в районе головы и туловища представляют собой скопления нейронов - ганглии тройничного нерва, околосоудистые симпатические сплетения, крупные телесные вегетативные сплетения, а также интрамуральные (*внутри стенки*) ганглии полых внутренних органов.

На конечностях зоны взаимодействия представлены серединой диафизов трубчатых костей конечностей. На кистях – 2-й и 3-й пястными костями, а на стопах – ладьевидной, медиальной и промежуточной клиновидными и таранными костями.

Примечание.

А анатомию то надо знать!))

Короткие поперечные линии соединят между собой зоны, расположенные на основных продольных линиях, но в пределах одного функционала. Иногда один такой функционал может располагаться в нескольких смежных регионах тела физического.

В общем, схема системы DSV выглядит следующим образом, см. рис.5.

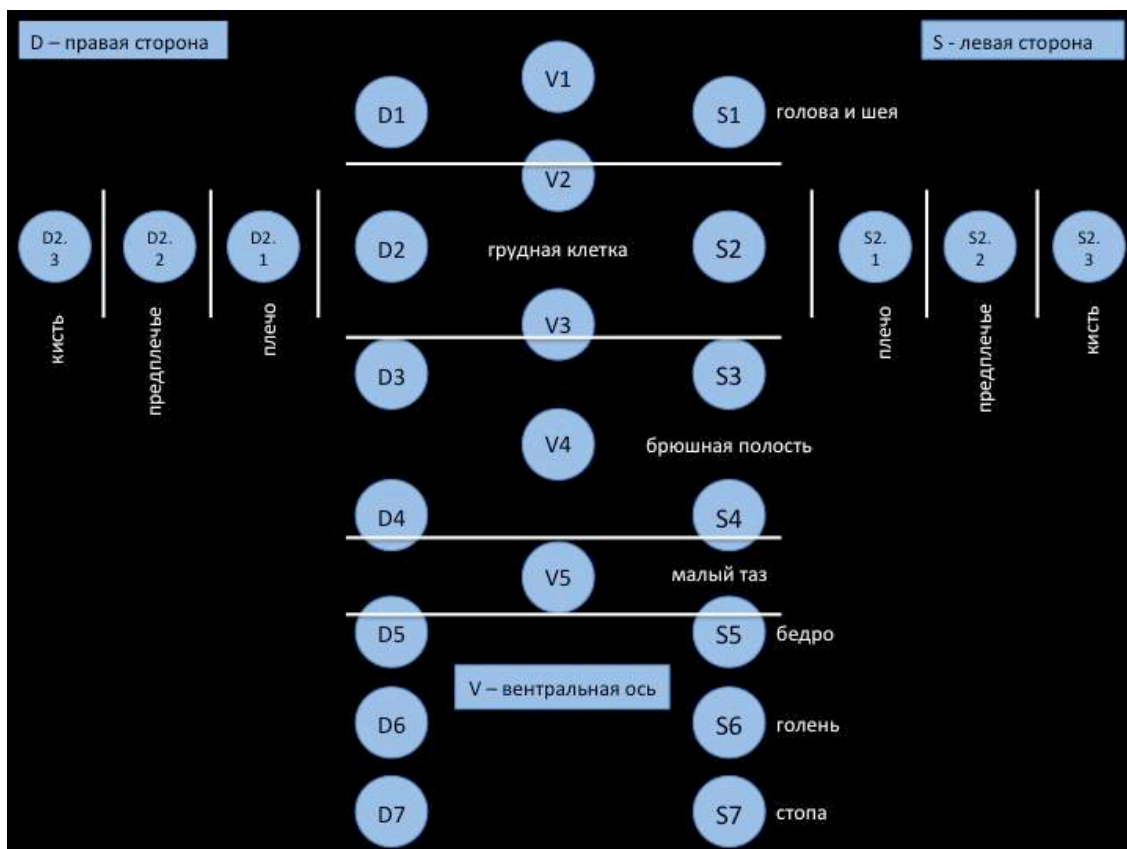


Рис. 5 – Общая схема системы DSV

На схеме, представленной в рис.5 видно, что некоторые зоны находятся в пределах одного региона – грудная клетка, либо брюшная полость, а некоторые зоны находятся на границе регионов или в двух регионах одновременно.

В один “функционал” входят зоны, имеющие одинаковый номер зоны. Например – S3, V3, D3 – функционал один, а регионы тела могут быть разные. Так, S3 и D3 находятся под диафрагмой, а зона V3 находится и под диафрагмой, и над диафрагмой, в грудной клетке.

ДИНАМИКА ФЛУЭДА

Флуэд всегда поступает сначала в левые зоны тела (S). На расстоянии примерно 50 см слева от тела (за пределами тела, как бы в воздухе) перцептируется дугообразная, иногда из-за характерной формы ее называют как «бананообразная» зона. По сути, это зона «редукции» флуэда - что-то вроде клапана для понижения давления глобального флуэда, чтобы он стал «удобоварим» для наших тел. По всей видимости это есть зона проекции, в которой флуэд теряет в мерности до 4-х, потому что дальше этой зоны мы не можем его перцептировать (пути поступления флуэда к нашим телам). Это находится за гранью наших перцептивных возможностей. А все, что от зоны редукции и ближе, внутри нашего тела – все это перцептируется очень легко.

Из зон S левой половины тела флуэд поступает в зоны V, расположенные посередине, а далее в зоны D правой половины тела, а из них – наружу, за пределы тела физического.

Проходя через систему DSV флуэд вызывает типичные электрохимические реакции в нервной системе. Благодаря этому и поддерживается активность центральной и вегетативной нервной системы, и вся наша жизнедеятельность –

сердце бьется, кишки сокращаются, глаза блестят, руки/ноги действуют...ну и все такое.

Фактически – мы есть флуэдические машины!

При поступлении флуэда из зоны редукции в зоны S возникают мысли и образы, типичные для каждой зоны S (*наподобие разных частот радиостанций*). Мозг всего лишь регистрирующее устройство, а сами мысли приходят из вне и фактически «озвучиваются» телом!

Все это очень механистично и подтверждается на опыте – можно легко перекрыть поступление «мысле/образо/несущего флуэда в какую-либо зону S и сразу возникнет феномен «остановки мыслей» или феномен «остановки внутреннего диалога», или ощущение «пустоты в голове». Это делается очень просто, руками или через написание флуэдической формулы – результат всегда предсказуем, я это делал очень много раз на семинарах в целях демонстрации метода, есть видео многочисленные и прочая.

Кстати, хочу сказать, что я давно перестал что-либо кому-либо доказывать. Совершенно неблагодарное занятие. Если кто не верит – так это его выбор, а факты то все равно остаются. Да ну и ладно, не будем тратить на это время! Лучше займемся позитивными и полезными вещами☺

Небольшая таблица зон DSV и качеств входящего флуэда:

S1 – накачка снов, пассионарности и креатива; «откаты» при «неэкологичной» работе техниками Краниосакральной терапии, Биодинамике, Рейки, занятиях экстрасенсорикой, магией и прочей херней☺;

S2 (большая зона, имеет две части – верхнюю и нижнюю), верхняя часть – все что связано с разнообразными желаниями и вожелениями, проблемы выбора предмета для покупки или действия в той или иной жизненной ситуации; нижняя часть – мысли связанные с прошедшими событиями, такими как обиды и разочарования (уносят нас в прошлое);

S3 – мысли связанные с постоянной оценкой и разделением реальности на «мою» и «не мою» правду, ценности и образ жизни, уровни потребления, на плохое и хорошее, на полезное и не полезное, на красивое и не красивое, на дурачков и не совсем дурачков....ну... вы понимаете, что список может быть ооочень длинным – главное принцип понять, который заключается в некоем внутреннем «принятии» либо «непринятии» или «отторжении» протекающей через нас информации об окружающей реальности. Понятно, что и эмоции соответствующие генерируются: принимаю-приятно (допамин); не принимаю-не приятно (норэпинефрин);

S4 – беспокойство о будущем и страх, это может касаться конкретных предстоящих событий, может быть просто надумано и буквально «высосано из пальца», а может быть и очень иррационально: «че боишься то? ...да не знаю...чет аж трясет..». Фактически, эта зона в мыслях уносит нас в будущее

Активное поступление флуэда в ту или иную зону, и соответственно доминирующее состояние качества мыслей, навязано человеку из вне и является насилием над человеком. Можно также сказать, что мы сами притягиваем флуэд тех или иных качеств в зоны DSV, но этот выбор также не наш и навязан из вне. Мы

действуем как механический арифмометр или компьютер (*кому что ближе и понятнее*) – ручку крутнули, кнопки нажали, и агрегат выдал запрограммированное действие – начал вдыхать флуэд заданных характеристик в конкретные зоны DSV!

В результате этого механически запрограммированного процесса, при прохождении флуэда через зоны V возникают также предусмотренные электрохимические и нейропептидные реакции, которые проявляются специфическими ощущениями в теле и эмоциями (*следует помнить, что эмоции рождаются внутри нас и они есть нейрохимия*). Эмоции и характерные ощущения в определенных зонах тела неразрывно связаны в одно целое.

Зоны V, вернее, человеческое тело, с нанесенными зонами V напоминает мне деревянную дудочку с просверленными дырочками. Каждая дырочка – своя нота. Дунул, пальцем прикрыл дырочку – «музыка жизни» и заиграла! Под «музыкой жизни» я понимаю эмоциональный и чувственный компонент человека. Для некоторых это представляется смыслом жизни. На самом деле - это доли миллиграммов нейропептидов и электрохимия нервной системы.

Таких основных «Vдырочек» на человеке/дудочке всего три (*на самом деле V зон больше, но на практике используются эти три*):

V4 - страх и беспокойство о будущем;

V3 – зона эгоизма (*моя точка зрения и все остальные неправильные*);

V2 – зона обид и желаний.

Имеется в виду эмоциональный и чувственный компонент связанный с указанными переживаниями. Включение зон может происходить как последовательно, так и параллельно, а сами «мелодии» бывают типичные и устойчивые. Чем по времени более «давняя» мелодия, тем более изменена морфология тканей физического тела в зонах V. Обычно деструктивные изменения захватывают стенки аорты и тела позвонков.

Я люблю бывать в музеях и фотографировать различные интересные артефакты. Снимок, приведенный ниже я сделал в антропологическом музее Мехико-Сити в разделе Майя.



Рис.6 – Типичные дистрофические изменения тел позвонков грудного отдела, связанные с длительным напряжением грудной аорты в зонах V2-V3 системы DSV.

Скелет человека, представленный на рис. 6, возраст примерно 2500 тыс. лет и имеет дистрофические изменения тел позвонков грудного отдела позвоночника. Это не травма и не туберкулез, так широко распространенные в прошлом - мы видим снижение высоты тел позвонков, деформацию краев, которые на рентгеновском снимке видны как краевые костные разрастания и остеофиты. Это не результат физической изношенности позвоночника – поясничный отдел просто идеален!

Это характерные изменения структуры тел позвонков, которые возникают из-за хронического напряжения гладких мышц стенки аорты, приводящих к мощнейшей продольной механической тяге (*наподобие как натяжение тетивы сгибает лук*) через переднюю продольную связку на позвоночник. Перед нами клиент, который имел очень большие проблемы в зонах V2-V3 - он обижался, имел свою «уникальную» и непреклонную точку зрения, вождество, имел яркие эмоции по этому поводу и теперь мы видим, как изменились его (*скорее всего ее*) тела позвонков.

И если такой клиент придет на прием к врачу с жалобами на боль в грудном отделе позвоночника и между лопаток, то его начнут лечить нестероидными противовоспалительными средствами, массажами разминать холку (*типична для такой ситуации*) и прочими процедурами. А вот на флуэтическую причину его страдания никто даже не обратит внимания, а сам клиент и подавно не свяжет в своих мозгах причину болезни и характер своей мыслемешалки и эмоций!

В следующем разделе я расскажу о стадиях развития болезней с холистической, системной точки зрения. Понимание этих процессов позволяет эффективно взаимодействовать с различными проблемами клиентов - от жизненной неустроенности и мигрени, до бесплодия и болей в пояснице.

О ДИСФУНКЦИИ, ИЛИ О ТОМ СУБСТРАТЕ, КОТОРЫЙ МЫ ДИАГНОСТИРУЕМ И ЛЕЧИМ

В зонах DSV флуэд очень любит застревать (*вообще то флуэд не только в зонах DSV застревает, но здесь он это делает раньше всего, легче всего и сильнее всего*), я это называю «адгезией», и не только застревать, но и «загустевать», становясь более «вязким», «густым» и «менее подвижным» (*все это перцептивные ощущения*). Обычно, перцептивно это воспринимается как «объемная жесткость» тканей тела и называется...внимание...та-да-да-даааммм....ДИСФУНКЦИЯ! (*я называю дисфункцией именно участок перцептивной плотности, возникший вследствие скопления «негативного» флуэда*).

А все остальные изменения тканей физического тела уже вторичны (*напряжение мышечных структур, фиброз соединительнотканых структур, жировая дистрофия внутренних органов, отек и парадоксальная электрохимия нервной ткани, накопление жидкости в зоне дисфункции с биохимическими реагентами водоудержания, такими как углеводно/протеиновые комплексы ГАГ и ПГ – глюкозаминогликаны и протеогликианы*), хотя их тоже дисфункцией часто называют, поэтому и путаница возникает в среде специалистов, и очень «умные» дискуссии, в общем-то и не о чем.

А на задворках МКБ- X (*классификация болезней международная*), там где речь идет о недифференцированных состояниях (*хламник такой, куда все непонятное сваливают*), даже термин появился - «соматическая дисфункция». Вот остеопаты то западные обрадовались! Они оказываются оперируют понятиями, которые официальная медицина «подтвердила»! поэтому термин этот в среде остеопатов очень модный☺

В моем представлении, «дисфункция» (*то, что мы пытаемся определять и лечить нашими методами*) есть процесс многоступенчатый.

Перцептивно мы диагностируем дисфункцию через ощущение флуэдического напряжения (*иногда я использую термин «объемная жесткость»*), внутри тела физического, либо за его пределами.

Уровни или стадии дисфункции:

1. Напряжения в теле ума – флуэдический уровень. Причины этого уровня обычно нечеловеческие. Хотя, исходя из свойства флуэда – «подобное притягивает подобное», мы проявляем готовность притянуть к себе флуэд определенных качеств.
2. Адгезия «негативного» флуэда в зонах DSV, а также связующих путях между ними.
3. «Застревание» на мыслях, включение «мысле мешалки» на какую-либо тему. Это застревание усугубляет процесс, оно не поддается волевой регуляции клиента. Стандартных тем не много и они банально/типично/предсказуемы: беспокойство о будущем, сожаление о прошлом, проблемы сделать выбор при отношениях с людьми или покупки вещей, неприятие чужой точки зрения.
4. Электрохимические реакции в нейронах ганглиев и сплетений – основы зон DSV.
5. Выделение эмоциональных нейропептидов, включение APUD системы, появление специфических ощущений и эмоций.
6. Реакция гладких мышц внутренних органов – сосуды, протоки, стенки полых органов. Обычно это напряжение гладких мышц, которое вызывает вторичные смещение висцеры, тяги висцерального связочного аппарата и венозной системы, передачу напряжение на дуральную спинномозговую оболочку через нервные корешки и окружающие их дуральные «рукава», а также развитие висцеро/висцеральных и висцеро-соматических рефлексов.
7. Изменения в нейромоторном обеспечении поперечнополосатой скелетной мускулатуры- развитие нарушений в работе опорно-двигательного аппарата - перекрестные синдромы, как наиболее типичный пример.

В указанных позициях процесс идет последовательно, хотя, параллельно может «прокручиваться» несколько дисфункций, переплетаясь, взаимоусиливаясь или компенсируя друг друга и в итоге, заполняя человека целиком. О таком человеке я говорю как о «человеке поглощенном», образ жизни которого замыкается на проблемах-болезнях-телевизоре/интернете мобильном телефоне– холодильнике-унитазе-шопинге-диване-модной тусовке или бла-ла пиздежом целый день по телефону ни о чем[⊗] (*возможны вариации, которые зависят от пола, возраста и места проживания*).

Фактически, я привел описание механизмов любого психосоматического заболевания, с холистической позиции Биологического Центрирования.

АНАТОМИЯ DSV СИСТЕМЫ

Как я уже говорил, основу DSV зон составляет нервная ткань, представленная ганглиями и вегетативными сплетениями. Головной и спинной мозг не входит в

структуру DSV зон.

Флуэдическое напряжение может передаваться на окружающие ткани, сопровождаясь задержкой тканевой жидкости. Кроме того, флуэдическое напряжение дополняется вполне конкретным физическим напряжением, возникающим вследствие избыточной гидратации тканей и напряжения мышц и связок. Вот здесь то и начинается очень большая путаница!

Физическое напряжение можно прощупать и пропальпировать. И это могут сделать практически все специалисты. А вот флуэдическое напряжение могут найти только специально подготовленные специалисты. Я это наблюдаю регулярно у слушателей своих семинаров. Спрашиваю: «где проблема то!?». Один отвечает: «здесь», а другой говорит: «там», и показывает на противоположный конец тела. Это действительно большая методологическая проблема, я научился ее решать – первый день семинара просто всех демонстративно пролечиваю – это повышает перцепцию слушателей, плюс они на флуэдическом резонансе находятся, и у них перцепция автоматически включается.

И еще один очень важный вывод – если перцепция не включается, то слушателя надо лечить, а потом уже учить! ☺

Почему это важно? См. Ранее таблицу об уровнях дисфункции! Сначала возникает флуэдическое напряжение, а потом уже физическое, причем, они могут быть «разнесены» по разным сторонам туловища, выше и ниже диафрагмы и т.д. Пытаясь сразу лечить физическое напряжение мы уподобляемся ребенку, который объясняет причину наличия ветра качанием деревьев. Кроме того, если сразу начинать лечить то «место, которое болит», то гарантированно можно нарваться на обострение процесса!

Примеры:

1. Мигрень или лицевые боли – первичное флуэдическое напряжение в животе, зоны S4 и V4;
2. Боль в пояснице – первичное флуэдическое напряжение часто бывает в грудной клетке, зона V2;
3. Боль в кисти и лучезапястном суставе – первичное флуэдическое напряжение в головке плечевой кости, зоны S2 или D2;
4. Боль в левом колене – первичное флуэдическое напряжение гарантированно в зоне левой вертлужной впадины;
5. Боль под затылком и голова не поворачивается – первичное флуэдическое напряжение часто находим в зонах S2 и V2;

Список можно продолжить длиной в книгу. Но тогда читатели начнут работать по написанным протоколам. Я преподаю уже более 25 лет, и слышу от слушателей одно и то же: «.....дайте нам рецепторы!!!». Коллеги! Такой подход будет концом любой холистической методики☺ Как угробили акупунктуру рецептами и прописями.

Своей башней думать надо! Освойте перцептивную диагностику и сами все и найдете!

Всегда первично флуэдическое поражение – так уж устроен этот мир. Меня спросят: «а как же травма!? Там же ...бемц...по ноге то... или по голове...и все по месту!». Что интересно, даже местную травму успешнее всего лечить через флуэдические техники (это важно сделать как можно ранее, даже через гипс, хотя

приходится делать и через 15 лет после перелома).

Это называется техника «суперпозиции». Суть ее в следующем – мясо/кости/голова, которые травмированы, на своем месте, а флуэдические ощущения от травмированного места на метр в сторону за пределы тела, по ходу линии действия повреждения. И представьте себе, есть существенные отличия – кто-либо целенаправленно «приложил» или сам клиент нечаянно «тюкнулся» о притолку или на лыжах загремел.

Так что надо, однозначно, развивать перцепцию и использовать флуэдические техники в качестве старта лечения – это залог эффективности и быстрого успеха. Это похоже, как дачники с бурьяном на огороде борются – если просто сорняк сорвать, то снова вырастет, да еще и больше в два раза, а если выдрать то корешок, то шансы на рецидив резко уменьшаются!

Ну а теперь давайте подробно разберем анатомию DSV зон, какие органы, ткани, висцеральные и костные структуры в них входят.

Зоны правой и левой стороны отличаются в рамках латерализации внутренних органов. У мужчин и женщин зоны идентичны, за исключением зон, включающих молочные железы и половые органы.

Как я уже говорил, основной «приемник» флуэда – нервная ткань конкретной зоны, вокруг которой формируется флуэдически/отечно/миофасциально/костно/напряженный участок.

Для начала разберем зоны головы. Помним, что структуры головного и спинного мозга в систему DSV не входят, формируя отдельную флуэдическую метасистему.

Зоны S1 и D 1

- Ганглий тройничного нерва и ветви, крылонебный ганглий, ресничный ганглий;
- Основание большого крыла клиновидной кости (задняя стенка орбиты);
- Крыловидный отросток клиновидной кости;
- Небная кость;
- Верхняя челюсть, включая альвеолярные отростки, зубы и орбитальную поверхность (нижняя стенка орбиты);
- Дистальная часть пирамидки височной кости с Евстахиевой трубой и трубной миндалиной;
- Внутреннее ухо, вестибулярно/слуховой аппарат;
- Глазное яблоко с мышечным глазодвигательным аппаратом;
- Сифон внутренней сонной артерии и кавернозный синус;
- Крыловидные мышцы и верхне-латеральные констрикторы глотки;
- Височно/нижнечелюстной сустав, шейка суставного отростка нижней челюсти
- Околоушная слюнная железа.

Зоны правой и левой стороны идентичны. Динамика флуэда первых зон очень сложна из-за обширных связей системы тройничного нерва через его систему контроля боли, а также наличия спинальных и мезэнцефальных ядер. Мы регулярно прослеживаем развитие типичных метасостояний с реакцией зон вентральной оси, сопровождающиеся дискомфортом, беспокойством или чем иным. Как вариант – после сновидений. На семинарах я обычно моделирую эту схему на добровольцах, «вдувая» модифицированный флуэд в зону V1 и отслеживаю типичные реакции нервной системы и тела. Через эту схему и происходит «перепрошивка» актуальной операционной системы нашего мозга. Как я уже говорил – причины не человеческие.

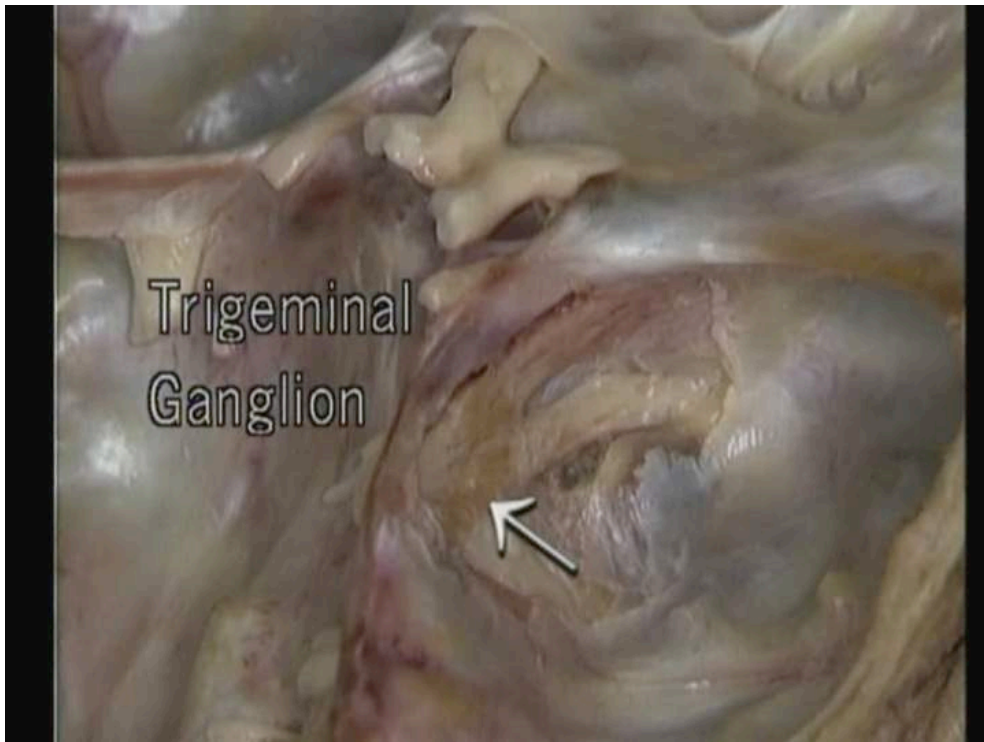
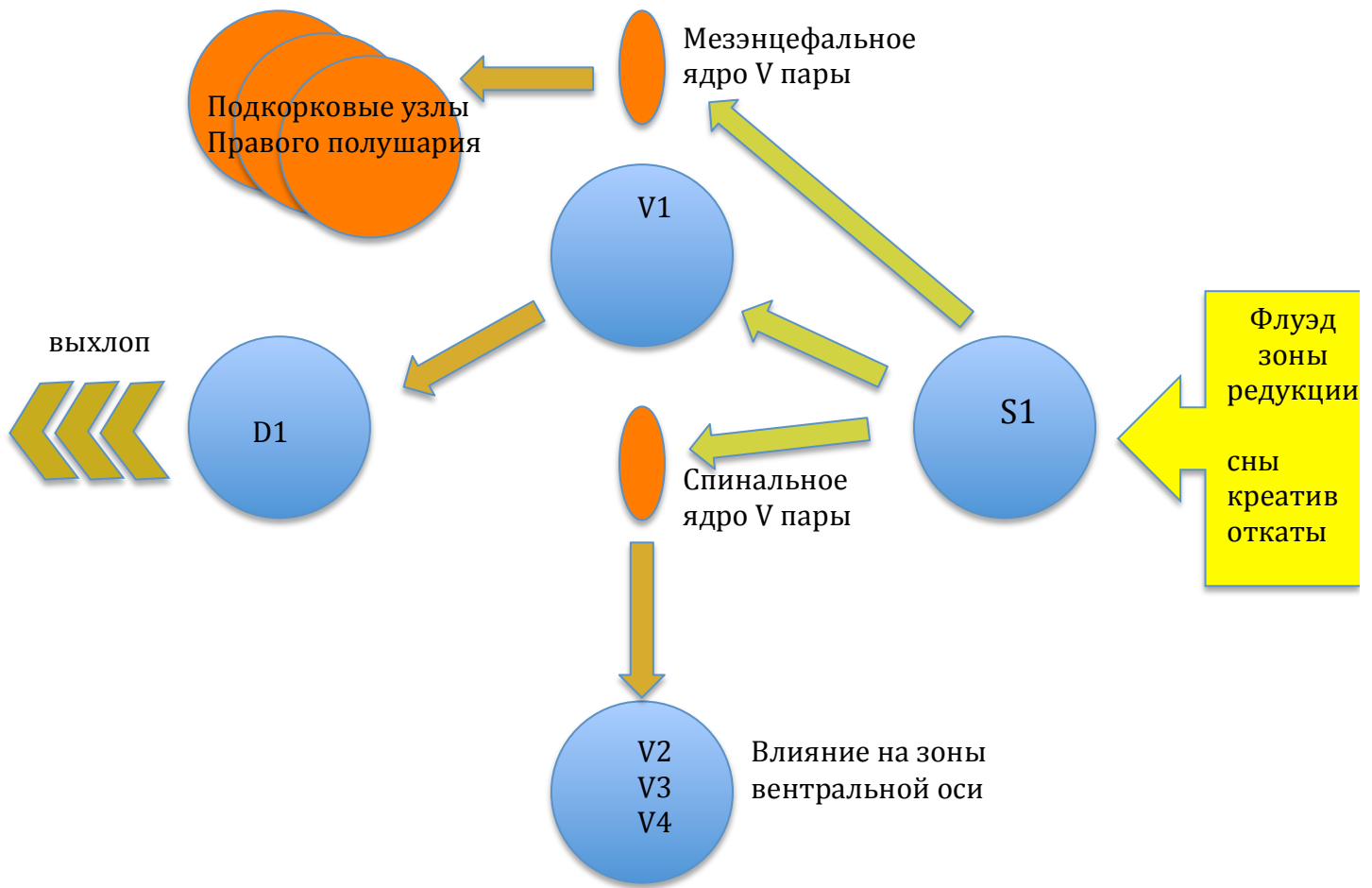


Рис. 7 – Ганглий тройничного нерва, дуральная оболочка вскрыта. Сам ганглий находится в задней части основания крыла клиновидной кости, в районе кавернозного синуса. Сверху вниз, ветви I, II, III.

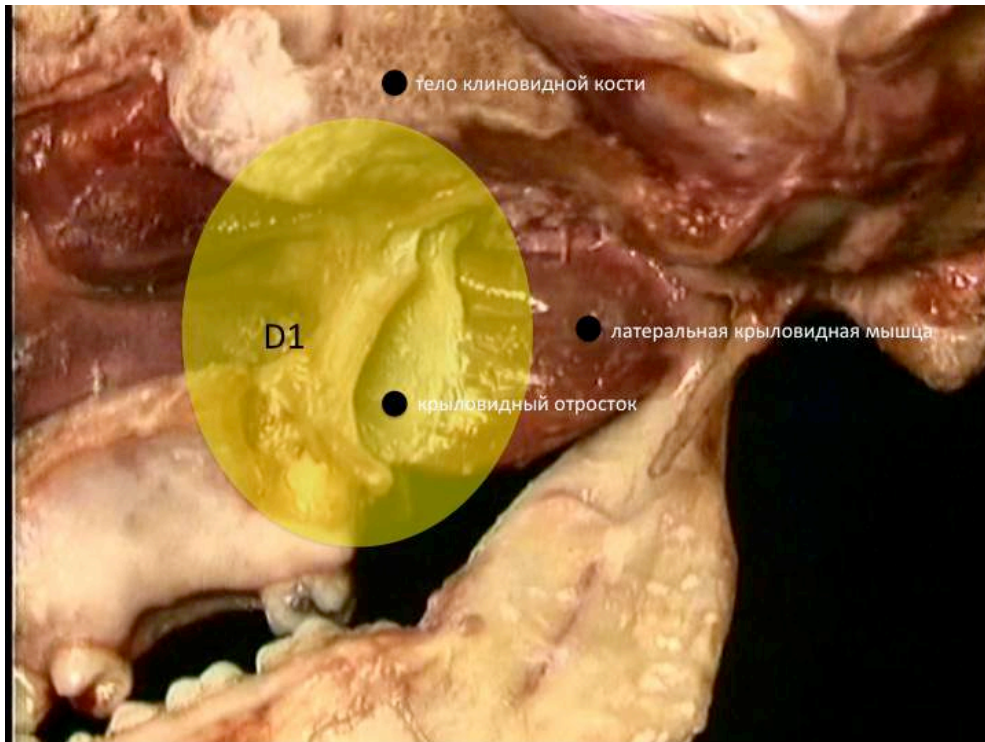


Рис. 8 – Зона D1, вид со стороны крыловидного отростка. Показано вставление латеральной крыловидной мышцы. Становится понятны механизмы внутрикостного напряжения шейки суставного отростка нижней челюсти и передача дисфункции на правый ВЧНС

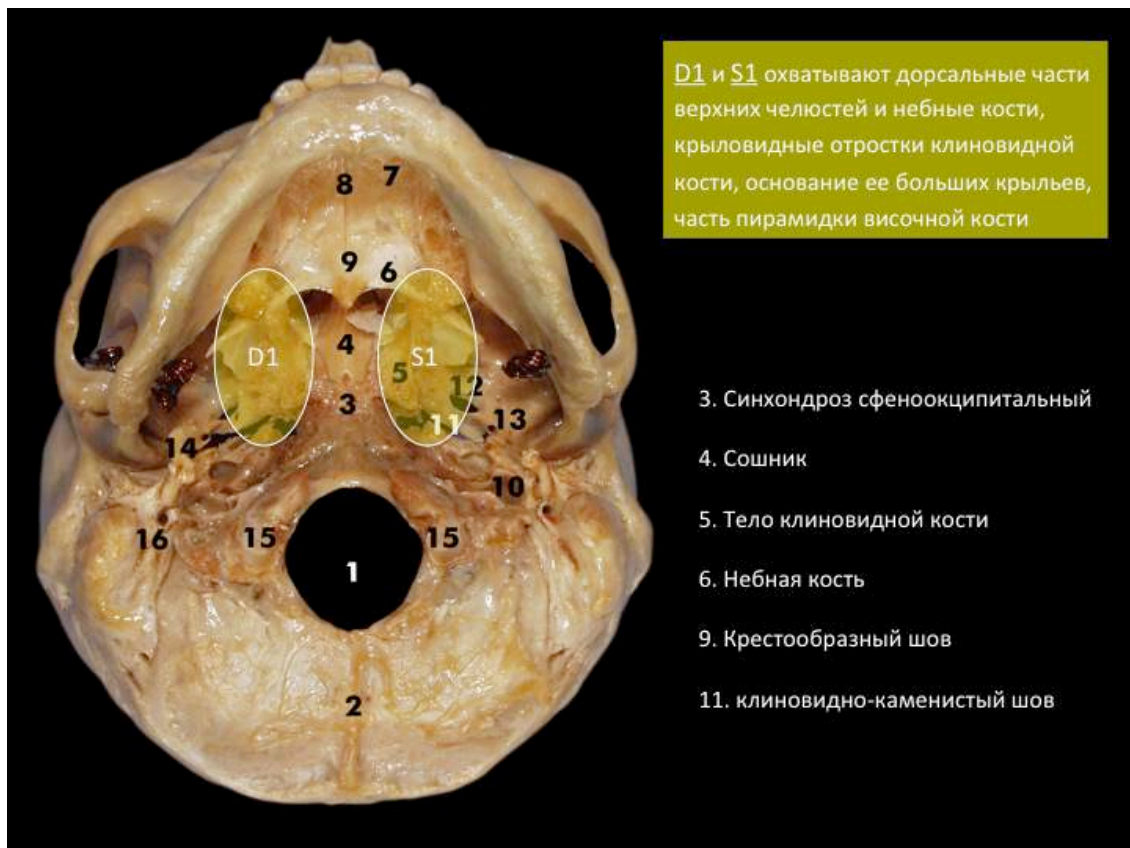


Рис. 9 – Вид на зоны S1 и D1 со стороны основания черепа

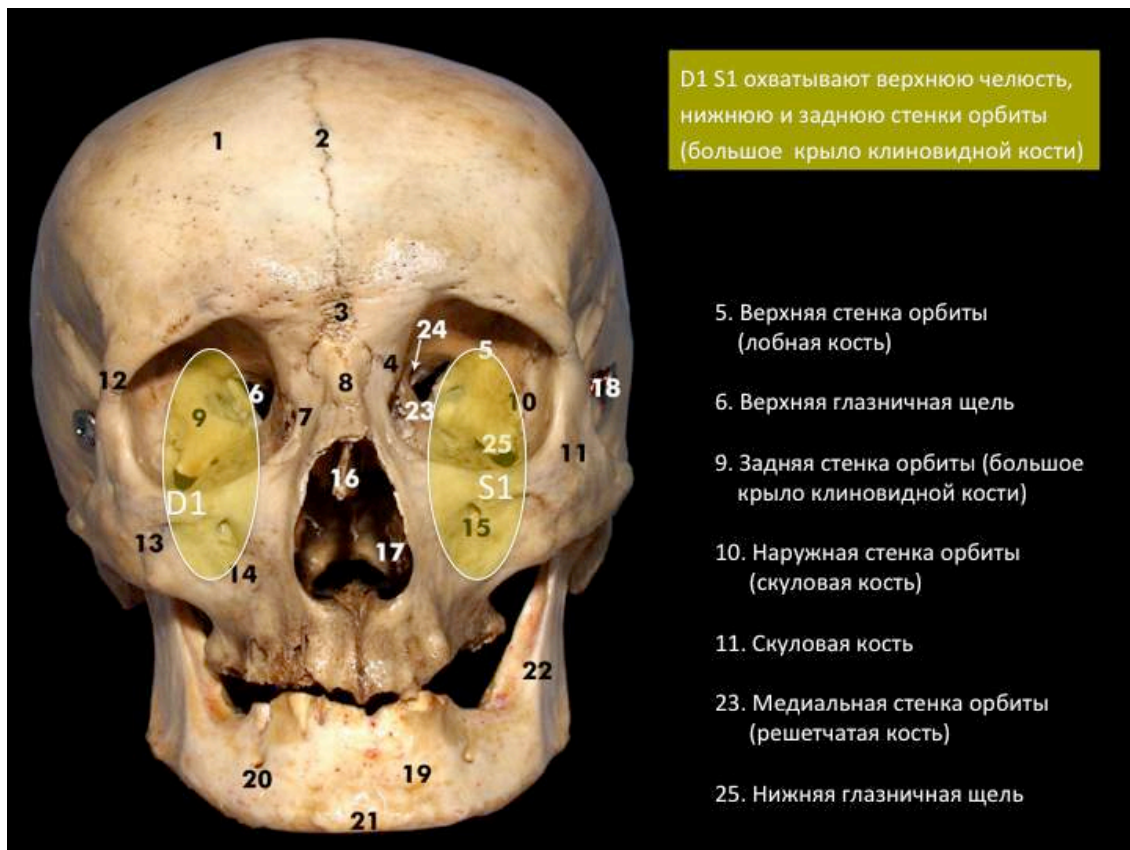


Рис. 10 – Вид на зоны S1 и D1 со стороны лицевого черепа

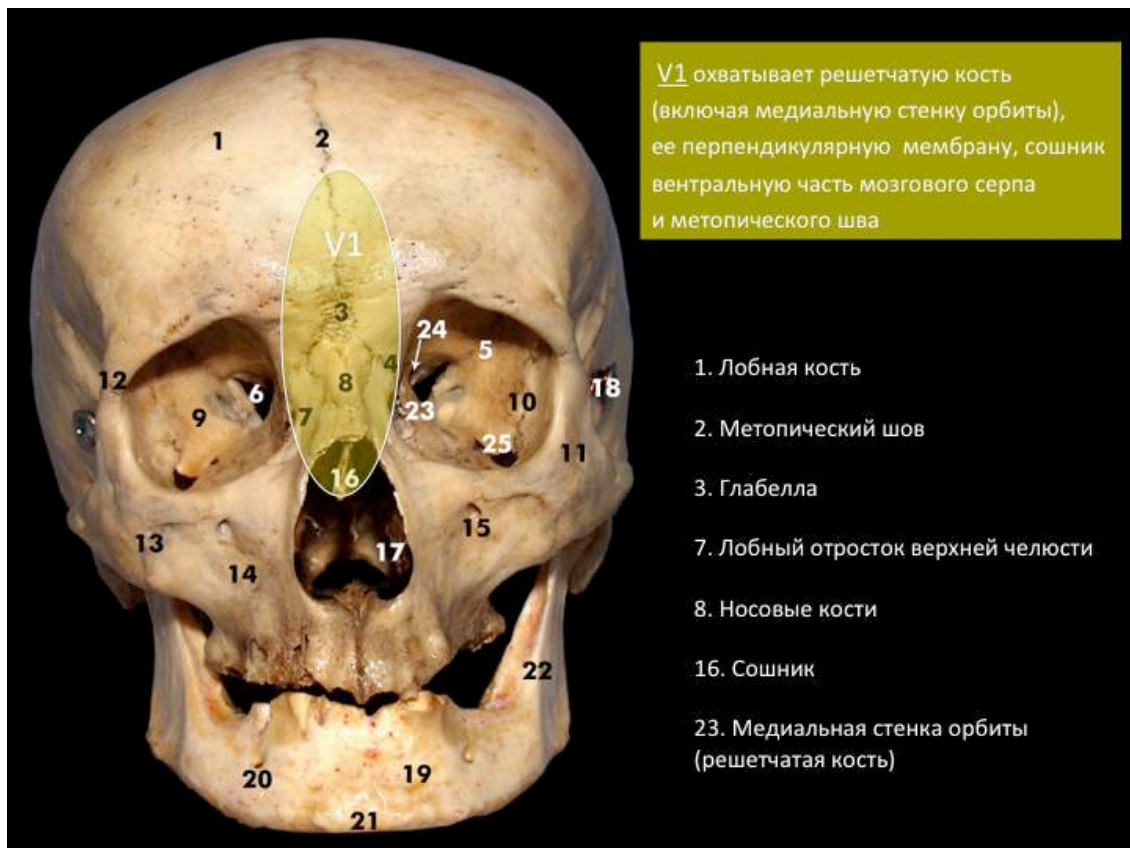


Рис. 11 – Проекция зоны V1 на лицевой череп, в реальности зона тянется выше по лбу, до границы роста волос.

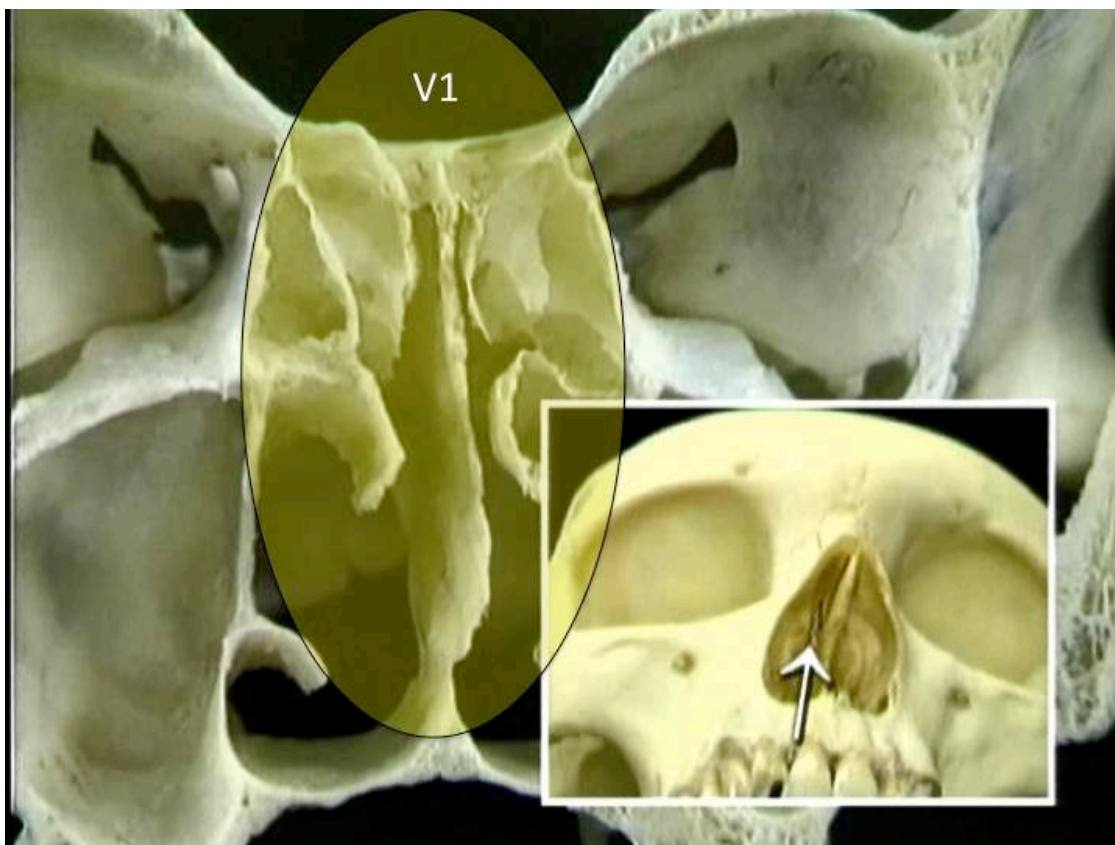


Рис. 12 – Костная часть зоны V1 – решетчатая кость, внутренняя стенка орбиты, сошник, петушиный гребень, куда вставляется мозговой серп.

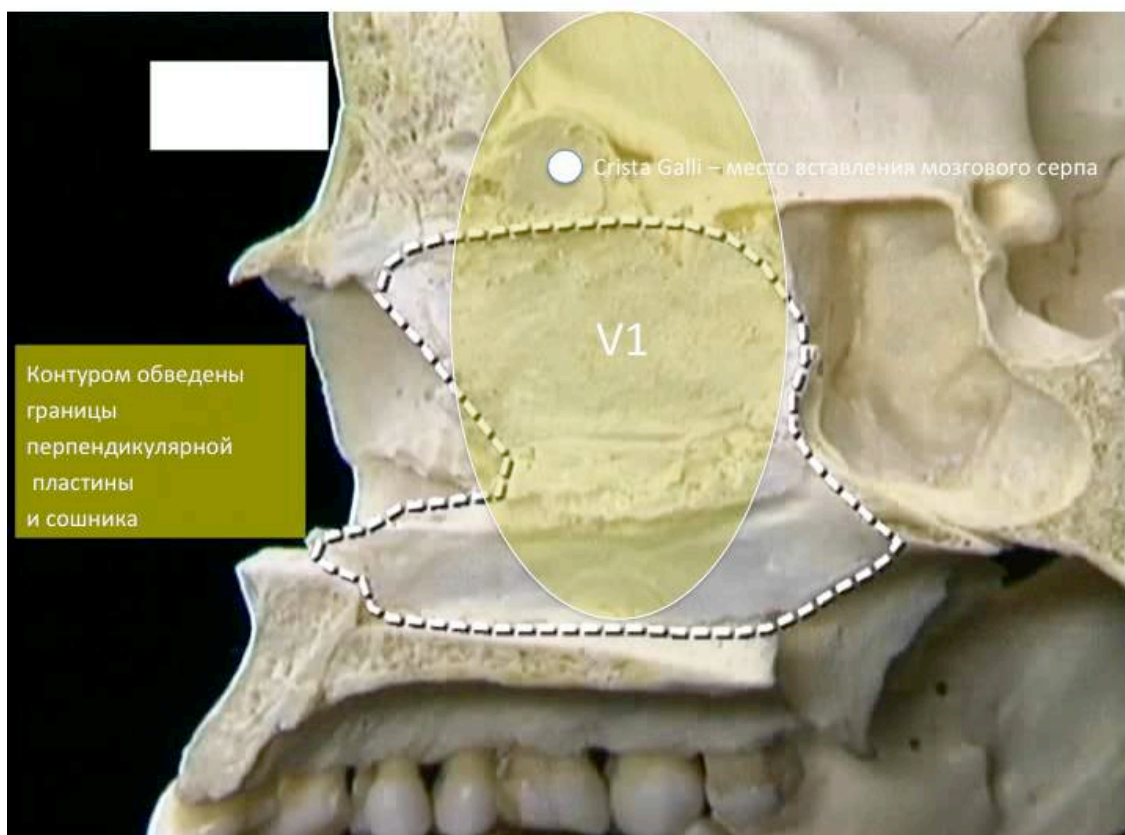


Рис. 13 – Вид сбоку на костную часть зоны V1

Представленная на рисунках 11-13 костная часть зоны V1 получает адгезию флуэда не только из зоны S1. Я называю это место «пылесосным мешком», так как туда залетает всякий «флуэдический хлам» при работе на различных регионах тела – что-то выводит «наружу», а что-то застревает в зоне V1.

Что интересно, зона V1 “загаживается” также и при психодинамической работе с клиентом, поэтому ее проработка входит в протокол обязательных телесных зон при психодинамической работе с клиентом.

Более подробно о составе зоны V1:

- Решетчатая кость с перпендикулярной пластиной и орбитальными пластинами (медиальная стенка орбиты);
- Сошник;
- Носовые кости;
- Краниальное продолжение перпендикулярной пластины решетчатой кости в виде петушиного гребня;
- Вентральная часть серпа и метопического шва (лобные кости);
- Обонятельные рецепторы (слизистая носа) и обонятельные луковицы (в полости черепа справа и слева от петушиного гребня);
- Медиобазальные отделы лобных долей с включением передних отделов поясной извилины;

NB! Последний пункт этого перечня очень важен. Лобные доли влияют на наше поведение и на вегетативное обеспечение нашей жизнедеятельности. Кроме того, лобные доли есть излюбленное место прохождения социально/бытовых подключек родового характера!



Рис. 14 – Локализация зоны V1 в лобной доле и что она делает с человеком в плане функционала ☺

Функции лобных долей в норме:

- Устойчивость внимания, настойчивость в достижении выбранной цели;
- Оценочные суждения, решения задач, критическое мышление;
- Самоконтроль - управление импульсивными желаниями и поступками.
- Способность прогнозировать и планировать на будущее, делать выводы, учиться на опыте;
- Контроль лимбической системы – способность ощущать и выражать эмоции, способность к эмпатии.

Признаки дисфункции лобных долей при наличии активной зоны V1:

- Ослабление концентрации внимания, легкая отвлекаемость;
- Недостаток настойчивости в достижении целей;
- Сложности с контролем импульсивного поведения;
- Гиперактивность;
- Сложности с контролем времени, неорганизованность, медлительность, типичные опоздания;
- Ошибочные оценки, неверные предположения и суждения;
- Проблемы с оценкой жизненного опыта;
- Страх перед испытаниями, социофобии;
- Стремление к конфликтам (вариант стимуляции).

Я регулярно наблюдаю на практике у клиентов флуэидические напряжения в лобных долях. Причин, как я уже говорил несколько – сны, откаты при занятиях “энергетическими” практиками, подключки социально-бытового характера. Клиенты из одной семейной либо микросоциально/профессиональной группы имеют схожие рисунки дисфункций V1, которые перцептивно прямо таки видны на лбах членов этой группы в виде «печатей» и играют роль опознавательных знаков по принципу «свой-чужой».

Подробно эти вопросы я разбираю на семинарах продвинутого уровня. Пока что хочу сказать, что коррекцию этих печатей следует проводить обдуманно и избирательно.

Клиника V1, как правило, проявляется надсегментарным вегетативным дисбалансом, по типу диэнцефального, ну и плюс типичные поведенческие нарушения, о которых сказано выше.

Часто встречаются также влияния зоны V1 на всю краниосакральную систему в виде верхнего стрейна (*о стрейнах и торзиях я написал подробно в конце руководства*). На практике, обычно, этот стрейн проявляется болями и всевозможными рефлекторными проявлениями в местах конфликта дуральной оболочки и дистрофически измененного межпозвонкового диска на поясничном уровне.

Клиника S1 и D11 проявляется, прежде всего, дисфункцией лицевых вегетативных ганглиев - крылонебного и носоресничного, плюс изменяется трофика и афферентация со стороны ветвей и ганглиев тройничного нерва.

Это всевозможные отеки лицевой зоны (*привет эстетике лица!*) напряжения крыловидных, жевательных и мимических мышц, сопровождающиеся развитием типичных лицевых паттернов (*подробно на семинаре по эстетическому мануальному моделированию лица*), “нездоровым” цветом лица, отеком и синяками под глазами; пародонтозом и другими проблемами зубов и альвеолярных отростков, дистрофическими процессами в глазном яблоке, спазмом внутричерепных артерий и ухудшением мозгового кровотока,

Зоны S1 и D1 являются основной причиной поперечных нарушений черепной механики, как правило – это одностороннее напряжение намета мозжечка и развитие бокового выпячивания сфеноокципитального синхондроза в сторону, противоположную напряжению намета мозжечка. Обычно на стороне проблемной 1-й зоны имеется еще и наклон основания черепа. В качестве компенсаций дисфункций S1 и D1 мы регулярно находим блокирование височных костей и напряжение затылочно-сосцевидной зоны, а также напряжение подзатылочных мягких тканей и блокирование ротации вокруг зуба C2 позвонка.

Как видите, первичное флуэдическое напряжение зон DSV обязательно «тащит» за собой хвост вполне объективных и пальпируемых «мясных» проблем.

Тактика лечения, когда боль и локальное напряжение тканей подвергаются локальному лечению, заранее обречены на неудачу, а если и поможет, то это менее половины случаев☺

NB! Для успешного и прогнозируемого лечения я рекомендую диагностировать актуальную, флуэдически нагруженную зону DSV, даже если она расположена далеко от места жалоб и боли, и начинать лечение с нее флуэдическими техниками – удалением негативного флуэда в ближайшую открытую точку редукции (*вариант названия – векторная техника или лечение через суперпозицию*).

Зона V2

Очень большая, продольно расположенная зона. Основа зоны – симпатическое вегетативное сплетение окружающее дугу аорты и отходящие от нее брахиоцефальные артерии.

Нижняя граница зоны находится в верхней части грудной клетки на уровне рукоятки грудины и тела IV грудного позвонка. Верхняя граница зоны простирается вплоть до мягких тканей основания черепа, включая мышцы, сосуды и висцеральные структуры шеи.

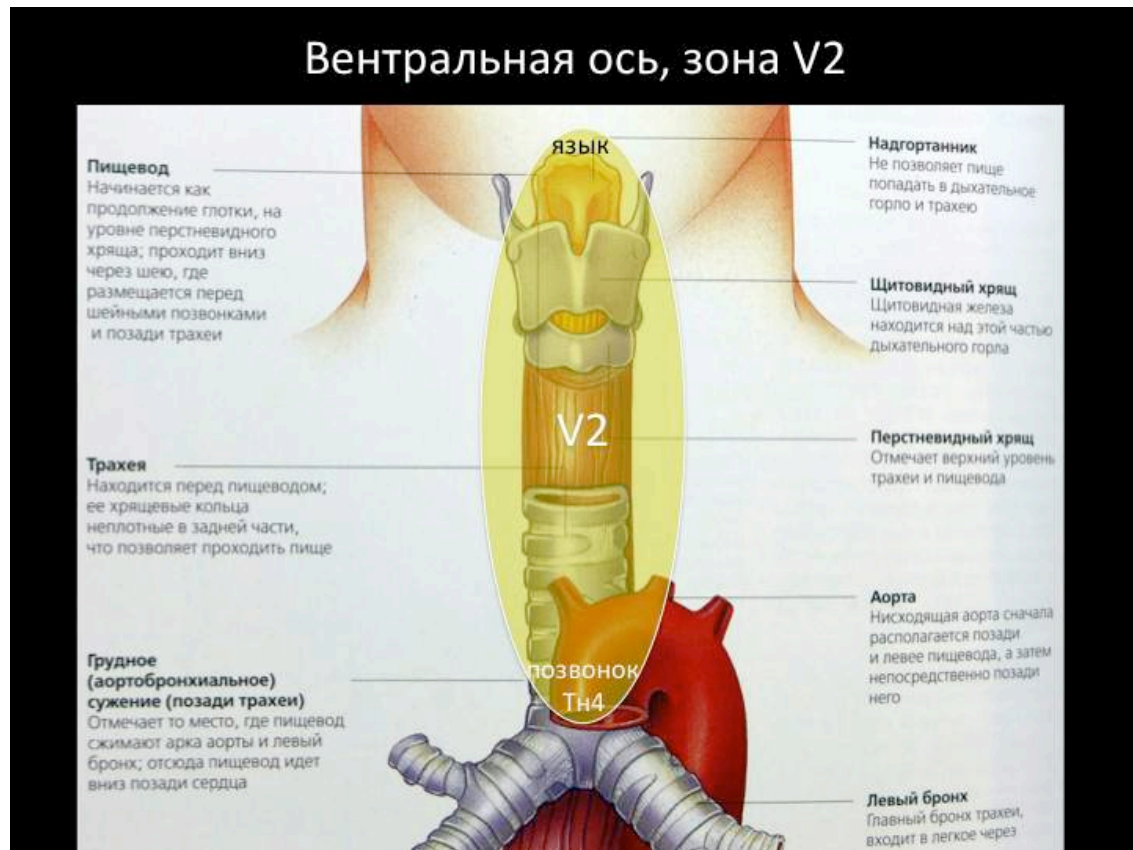


Рис.15 – Общая схема V2 зоны, вид спереди.

Более подробно о составе V2 зоны:

- Зубы, альвеолярные отростки, тело и восходящая ветвь нижней челюсти (кроме суставного отростка и ВЧНС – это первые латеральные зоны);
- Мягкое небо, глотка, подбородочно-язычная и подъязычно-язычная мышцы, мышцы дна рта, слюнные железы (поднижнечелюстная и подъязычная);
- Мышцы глубокие сгибатели головы и шеи;
- Подъязычная кость;
- Висцеральные структуры шеи – гортань, пищевод, трахея, сонные артерии, щитовидная железа, мышцы системы подъязычной кости, глубокие сгибатели головы и шеи
- Дуга аорты и окружающие вегетативные сплетения;
- Брахиоцефальный ствол и правая общая сонная артерия, левая общая сонная и левая плечевая артерии;
- Шейные вегетативные узлы, включая звездчатый
- Поднижнечелюстной и подъязычный вегетативные ганглии
- Каудальный уровень зоны – T4 позвонок

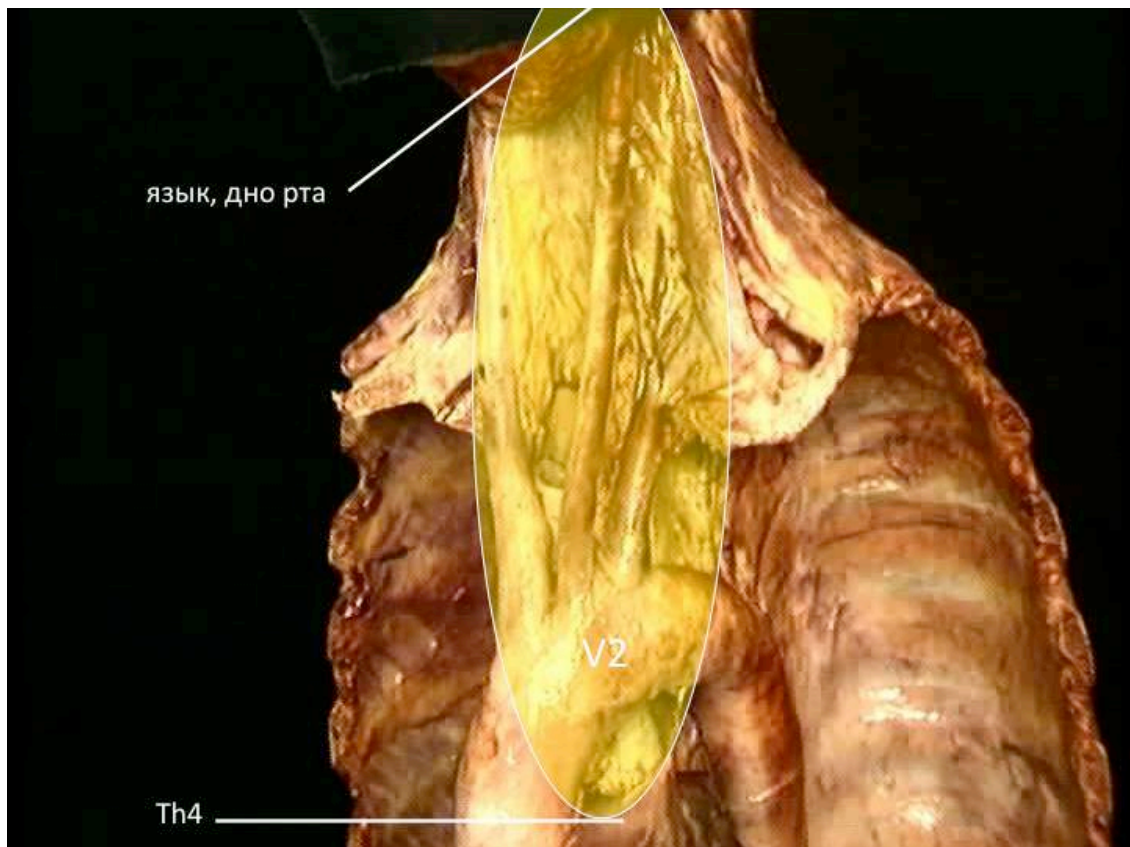
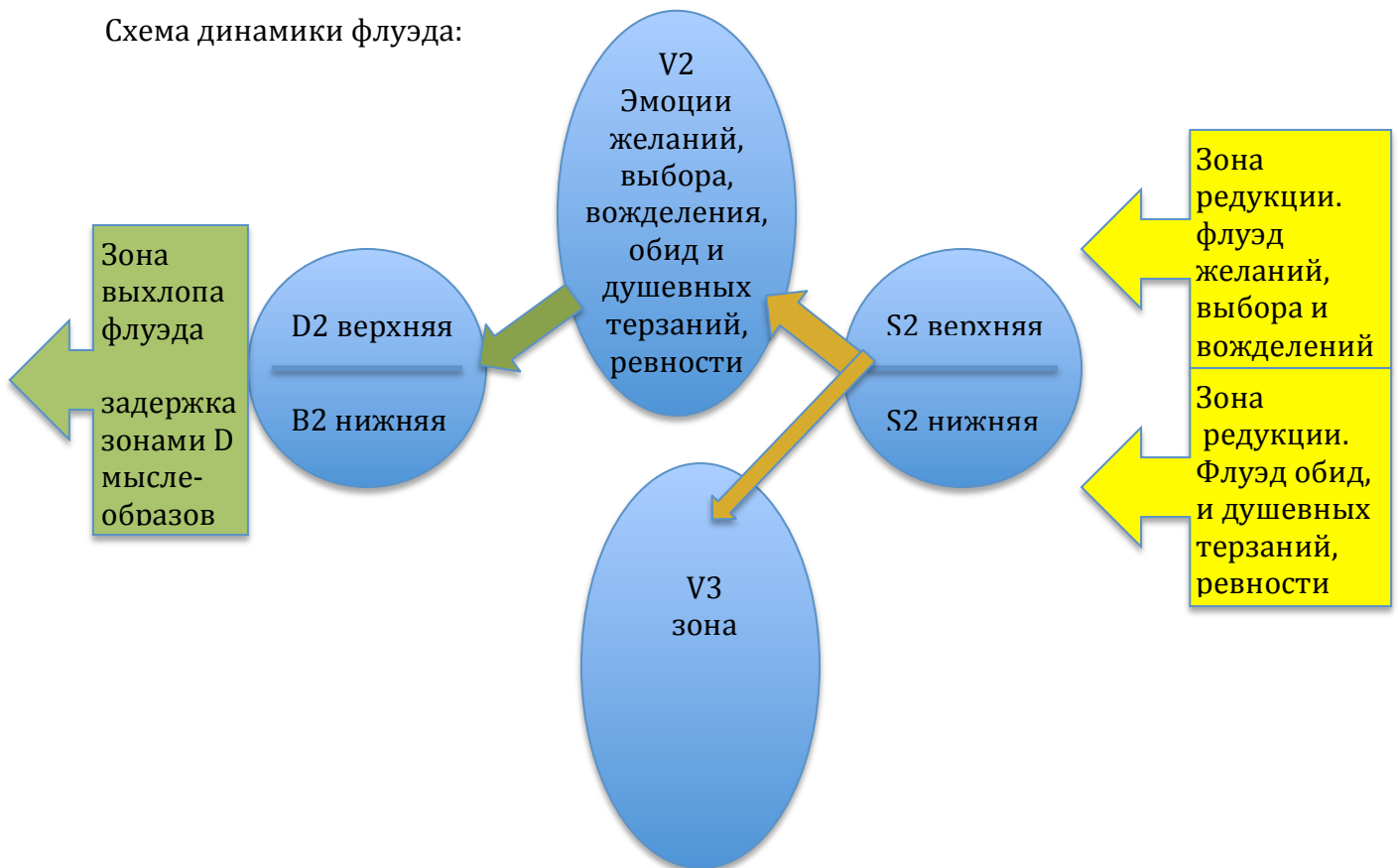


Рис 16. – Зона V2, вид сбоку.

Схема динамики флуэда:



Как видно из схемы, зона V2 генерирует эмоции, связанные с достаточно частыми типичными состояниями – желание купить что-либо, терзания выбора (*между двумя товарами или женихами, электрохимические механизмы одни*).

Читателю знакомо «душевное состояние» страстного желания, или вожделения, которое заполняет человека целиком и подавляет его волю (*классики русской литературы очень хорошо были знакомы с этим состоянием, особенно Л. Толстой и Ф. Достоевский*).

Эмоции обиды, потери близкого человека или его предательства, которые могут и убить человека, также продуцируются V2 зоной.

Когда человек переживает описанные эмоции, прежде у него появляются специфические ощущения за рукояткой грудины, в горле, в нижнечелюстной зоне.

Эти ощущения и переживания эмоций связаны с выделением специфических нейропептидов, а также с напряжением гладкой мускулатуры дуги аорты и крупных отходящих сосудов. Напряжение сосудов передается по их ходу в бассейны наружной и внутренней сонных артерий, а также по ходу плечевой артерии, в позвоночные артерии и в верхние конечности. Параллельно напрягаются гладкие мышцы висцеральных органов шеи – трахеи и пищевода.

Отсюда возникают знакомые ощущения большинства невротических и психосоматических состояний: «комка в горле», «обида душит», «скулы свело», «еда в горле застревает» а также внешние проявления вегетативной реакции региона – «шея и лицо пятнами пошли», «покраснел от стыда» или «побледнел от волнения», или «зеленый от горя стал».

Напряжение гладкой мускулатуры потенцирует напряжение скелетной поперечно-полосатой мускулатуры, которое передается на апоневрозы головы и шеи, вызывая типичные перекрестные лицевые паттерны, напряжение и болезненность задних групп шейных мышц, блокирование ротации верхнешейного отдела позвоночника между C2 – C1 позвонками.

Напряжение дуги аорты передается через верхние вертебро-перикардиальные связки на шейно-грудной отдел позвоночника. Кифозирование верхнегрудного отдела и формирование «холки» является следствием, как и многочисленные напряжения паравертебральной мускулатуры шейно-грудного отдела.

Раздражение симпатических околососудистых сплетений и напряжение интракраниальных и экстракраниальных сосудов может вызывать головные боли. Кроме этого, из-за сбоя вегетативной иннервации может страдать венозный отток из черепа, что дает типичные венозные головные боли. Головные боли также могут возникать из-за вторичной реакции дуральной мозговой оболочки на напряжение сосудов, кровоснабжение которой осуществляется из бассейна наружной сонной артерии через крупную ветвь верхнечелюстной артерии. Кроме этого, напряжение апоневротического шлема головы, как рефлекторной реакции на напряжение сосудисто-вегетативных структур V2 зоны также может вызвать головную боль. Вот уже перечислили несколько видов головных болей по механизмам возникновения!

Вегетативная иннервация сердца также страдает, что может привести к нарушению кровоснабжения его стенки и ухудшению работы проводящей системы сердца. Поэтому снижение сердечного выброса и несостоятельность сердца в плане «откачки» венозной крови – типичные проблемы возрастных клиентов, которые, на фоне спазмированных и морфологически измененных сосудов приводят к трагическим мозговым дисгемиям (*нарушениям кровообращения*).

NB! Зона V2 любит убивать через инфаркты и инсульты☹

Зоны S2 и D2 (латеральные вторые зоны)

Эти зоны практически симметричны по своему расположению и составу. Основу зон составляют вегетативные сплетения, которые окружают легочной ствол и легочные вены, сюда я отнес бы диффузно расбросанные по легким нейроны APUD системы, которые могут изготовить практически любой нейропепид.

Вторые латеральные зоны занимают все легкие, выходя на первые ребра, ключицы и лопатки, переходя на верхние конечности и молочные железы у женщин.



Рис. 17 – Основа вторых латеральных зон – симпатические сплетения, окружающие легочной ствол и легочные вены.

Состав вторых латеральных зон:

- Центральный и долевые бронхи, сегментарные бронхи и паренхима легкого (пирамидка, вершиной в корень), висцеральная плевра;
- Легочной ствол;
- Легочные вены (нижняя часть 2-й зоны);
- Бронхо-плевро-пульмональная мембрана;
- Вегетативные сплетения, лимфатические структуры легкого и средостения
- Межреберные мышцы, ребра (выше вставления диафрагмальной мышцы) и париетальная плевра;
- Лопатка, ключица, 1-е ребро, надостная мышца, грудные мышцы, трапеция, лестничные мышцы;
- Молочные железы (ж)

Вторые латеральные зоны достаточно большие в своем продольном размере. Вследствие различного функционала – качеств флуэда, характера мыслей, места перцепции дисфункции и пальпации тканевого напряжения, я разделяю вторые

латеральные зоны на две части – верхнюю и нижнюю. Верхняя вторая латеральная зона топически тяготеет к легочному стволу, а нижняя – к легочным венам:

S2 верхняя (*левый легочной ствол*) – проекция флуэдического напряжения подмышечная впадина и/или акромион;

S2 нижняя (*левые легочные вены*) – проекция флуэдического напряжения ниже 5-го межреберья, в нижних отделах легкого, сразу над селезенкой.

Функционал правых латеральных зон отличается от левых, и хоть мы и разделяем зону на две части, верхнюю и нижнюю, чаще флуэдически напряжено бывает все легкое.

Качества флуэда поступающего в левые латеральные зоны характер возникающий при этом мыслей следующие:

S2 нижняя – тягостные унылые мысли, «хандра», «все плохо», обида, мысли о «предательстве», «потере», «несправедливости в мире» и прочая подобное – мысли ходят по кругу как «белка в колесе» и имеют навязчивый характер.

S2 верхняя – мысли о желаниях вещей либо взаимоотношений доходящих до уровня вождения – «не куплю – погибну», «жить без него/нее не могу», мысли, которые крутятся вокруг необходимости сделать выбор – «какое мне платье или сапоги купить» или «в каком районе квартиру выбрать», «или какую марку автомобиля выбрать»- вариантов множество, клиент начинает спрашивать совета, смотреть отзывы в интернете на форумах, еще сильнее вязнет в этом процессе и истощается окончательно.

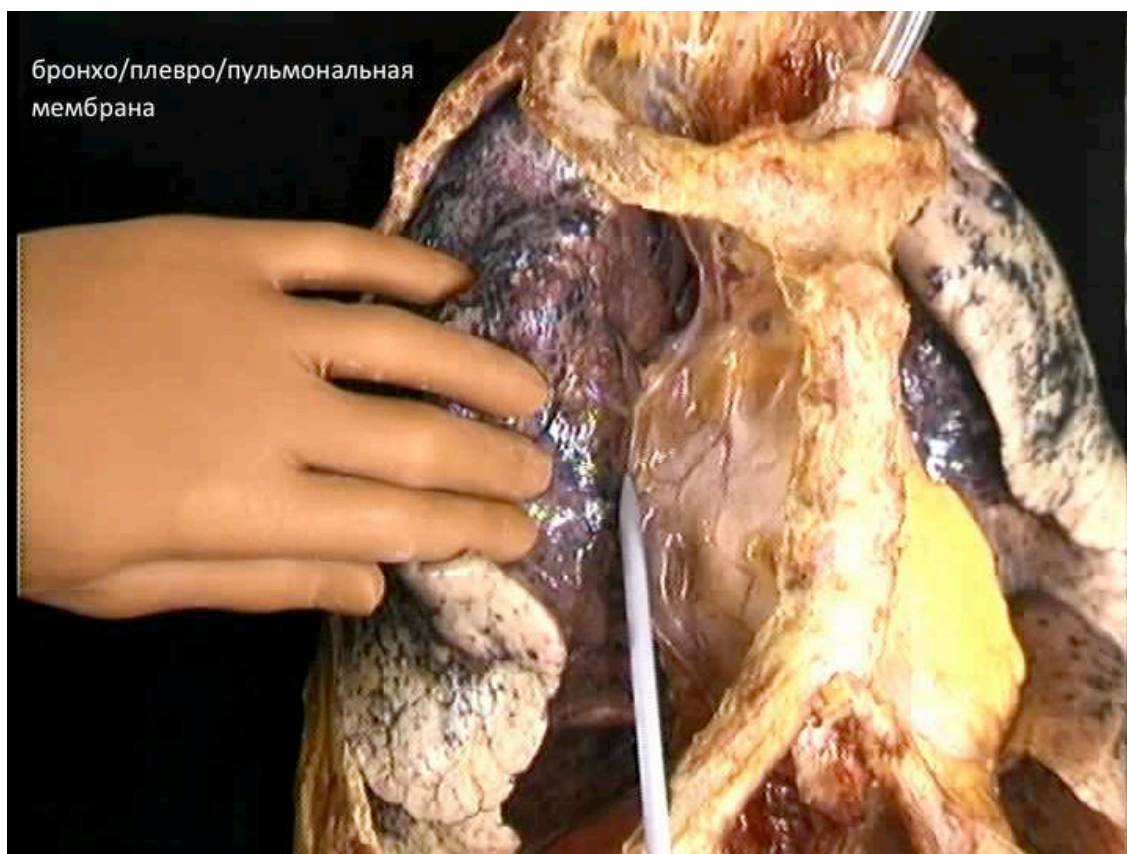


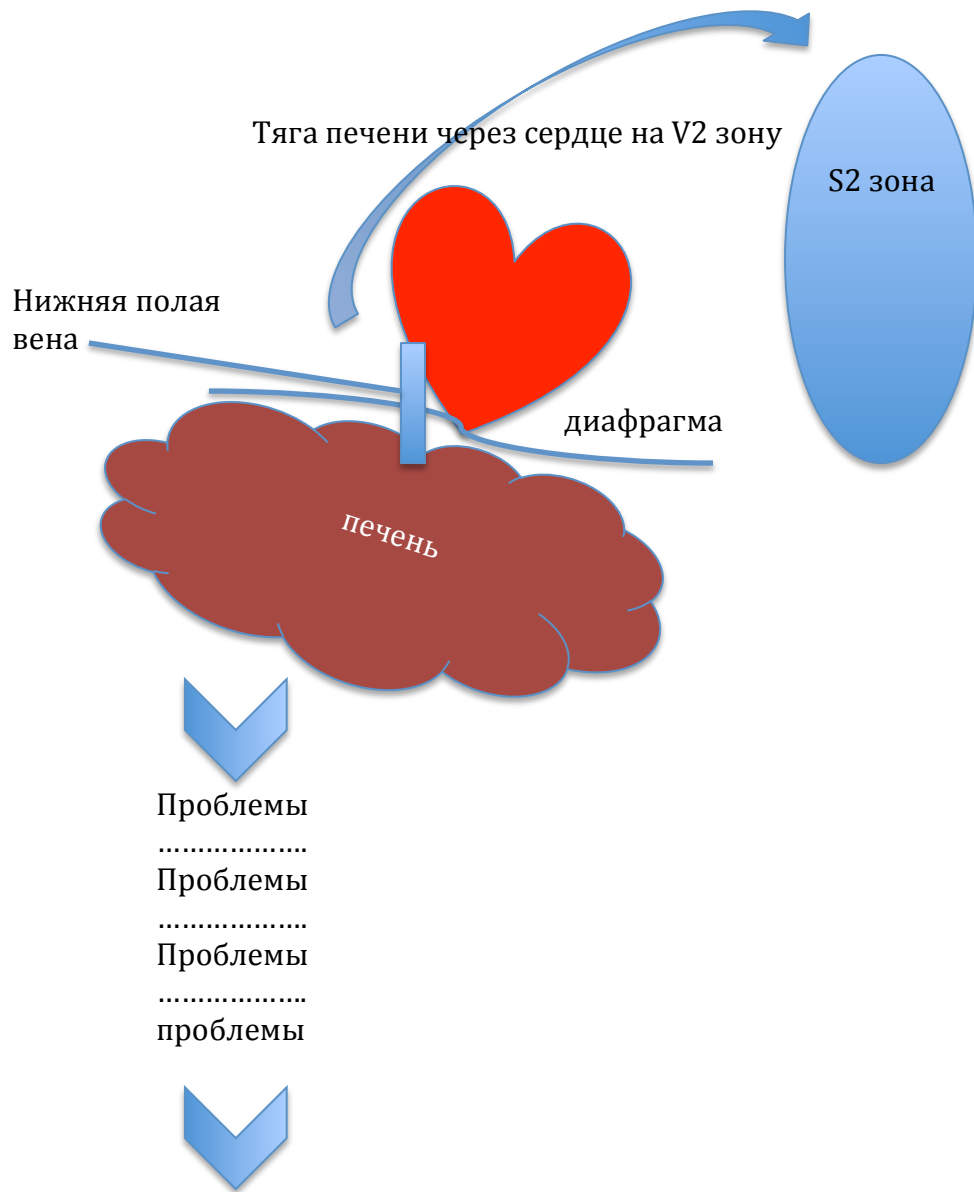
Рис.18 – Бронхоплевропульмональная мембрана – основа передачи механического напряжения от легочного ствола и легочных вен на плевру и окружающие структуры грудной клетки, с выходом на первое ребро, лестничные мышцы и шейные позвонки.

Динамика флуэда вторых зон представлена на схеме выше, где я описывал V2 зону. Флуэд поступает из S2 в V2, там развиваются типичные эмоции, напряжения гладких мышц дуги аорты и ее ветвей, а затем и все остальные проблемы.

Кроме реакции на V2 зону, S2 зона сама может вызывать массу проблем висцерального характера, и не только

Регулярно возникающие напряжения левого легочного ствола и легочных вен (они только называются венами, а по сути – артерии мышечного типа) передаются на сердце, вызывая механическую дугообразную тягу в направлении напряженного магистрального сосуда. Далее от сердца эта тяга передается через нижнюю полую вену на печень, как бы “подтягивая” печень вверх к левому плечу. Это очень легко определяется, даже пальпаторно!

Подойдите с правой стороны от клиента, положите руку на печень в районе передней подмышечной линии и чуть подтолкните печень в медиальном направлении – сразу “вынесет” в S2 зону!



Описанное состояние является первопричиной практически всех проблемных состояний, касающихся структур правого фланга брюшной полости и малого таза:

Застойные явления в печени с изменением ее биохимии – повышение холестерина и триглицеридов, ускоренное разрушение инсулина и рост уровня сахара в крови, нарушения системы свертывания крови (*у меня была клиентка с тромбоцитопенической пурпурой – она была немолода, а ее бросил муж, который был младше ее, пришла с сильнейшим напряжением легочных вен слева, динамика за один сеанс*), дискинезия желчевыводящих путей, боли и напряжение в слепой кишке, а также в районе аппендикса, проблемы правого придатка у женщин, опущение правой почки, напряжение подвздошно-поясничных мышц правой стороны, заднее вращение правого полутаза и функциональное укорочение правой ноги.

Указанное состояние – первопричина в S2 зоне, а «мясные» проблемы в животе и тазу справа, является основой глобальной дисфункции номер III.

Хочу еще раз привлечь ваше внимание к основе вторых латеральных зон – крупные магистральные сосуды мышечного и мышечно-эластического типа, мощное околососудистое сплетение, сокращение сосуда приводит к изменению его длины, прежде всего. В результате происходит вполне механическое смещение структур средостения с передачей тяги по связкам средостения на грудину и позвонки, а также на диафрагму и другие висцеральные структуры. Наиболее актуальная тяга, которая приводит к характерной «печеночной» клинике.

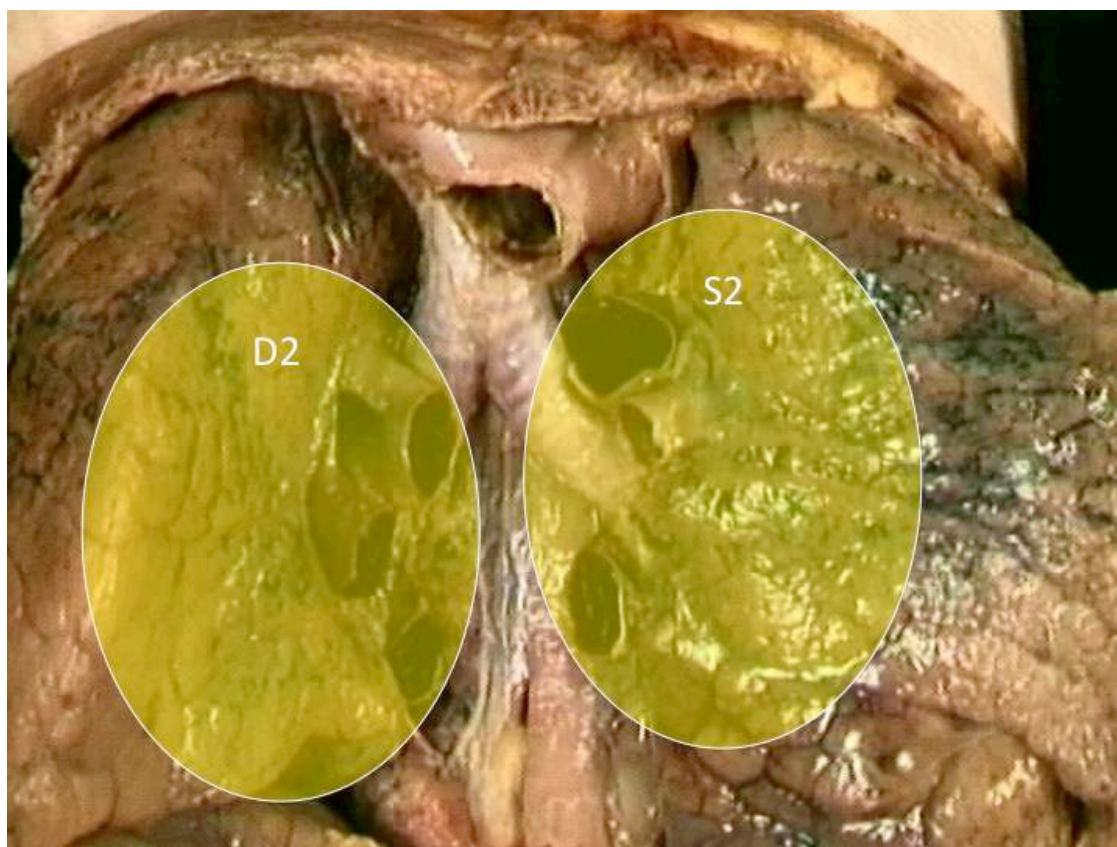


Рис. 19 – Топическая локализация основы вторых латеральных зон.

NB! При любых ноющих болях в печени и нарушении моторики желчевыведительного аппарата (*понятно, что имеются в виду нехирургические случаи!*) надо, в первую очередь проследить взаимосвязь печени с зоной S2 и анамнезом жизни клиента, для которого характерен типичный S2 флуэд и V2 эмоции!

Правая латеральная вторая зона D2 находится на «выдохе» отработанного флуэда за пределы тела. Отработанный флуэд представляет собой «осколки непереработанных мыслеобразов» либо флуэд, который имеет качества привнесенные в него человеком, из которого он выходит – его мысли, образы, настроение.

Чтобы далеко не ходить за примером, вспомните, как вам приходилось стоять в очередях или бывать в организациях, где разруливаются социальные проблемы, или вспомните свое самочувствие в мегамаркетах и торговых моллах – все это состояния отравленного флуэда, исходящего из правых латеральных зон людей.

Качества правых латеральных DSV зон тела – это выведение/дренаж, либо задержка/нарушение этого процесса.

Что же касается зоны D2, то она целенаправленно любит перегружаться негативным накопленным флуэдом, с выведением которого не справляется печень – основа зоны D3. Когда происходит перегрузка зоны D2 и ее избыточное наполнение негативным флуэдом/мыслеобразами, то у клиента появляются специфические характерные мысли о чувстве собственной важности. Сокращенно я называю это состояние ЧСВ интоксикацией.

Состояние ЧСВ включает дополнительную дренажную флуэдическую зону, проекция которой находится на середине верхнего края лопаточной ости – в этом месте типично развивается миофасциальная триггерная точка в середине надостной мышцы.

Если состояние усугубляется, то негативный флуэд из клиента начинает «пучить» вверх над правым плечом – это очень хорошо перцептируется, а выход флуэда в указанном направлении является лакомой «розеткой для подключения» специфических эгрегоров, специализирующихся на питании негативным ЧСВ флуэдом.

И все – пропал человек ☹ «...и сия пучина поглотила его». Это и есть «медные трубы» из русской народной сказки!

Напряженный правый легочной ствол, в описываемом случае, тянет сердце в векторе правого плеча. Это очень неприятное состояние для проводящей системы сердца, оно сопровождается аритмией, чаще в брадиаритмией, и может закончиться его остановкой (*у молодых здоровых амбициозных*). Острая коронарная смерть молодых здоровых звезд кино и эстрады можно объяснить этими механизмами – ЧСВ там явно зашкаливает!

На практике, чаще всего мы имеем флуэдическое напряжение D2 зоны при отсроченных делах – «завтра, завтра, не сегодня», либо варианты перманентно-нерешенной проблемы – «ну все, завтра на работу устраюсь»; «ну все, завтра на диету сяду» и так далее. Сюда относятся также проблемы выбора взаимоотношений с партнером – «какого же жениха выбрать, М. или В!?» или жизнь «на два фронта» - жена и любовница/любовник и муж.

Наиболее частая бытовая ситуация – «какой телефон выбрать!?» или «какие сапоги выбрать» ...список можно бесконечно продолжать, главное, что Вы поняли принцип формирования дисфункций D2 – остановка движения, или незаконченность действия, или незавершенный гештальт.

Поэтому для лечения дисфункций, вызванных остановленным движением отлично подходят манипуляции с правой рукой, в частности – пальцевые техники, использование “отжатого” экстензионного физраствора в качестве приемника негативного флуэда, органические артефакты, используемые с той же целью, а также флуэдические формулы с помещенными в них пальцами.

Работа с флуэдическими формулами – это современные технологии биологического центрирования. Техники очень серьезные и я их даю только на продвинутых темах, хотя, самые элементарные и необходимые вещи я уже показываю на первом базовом семинаре.

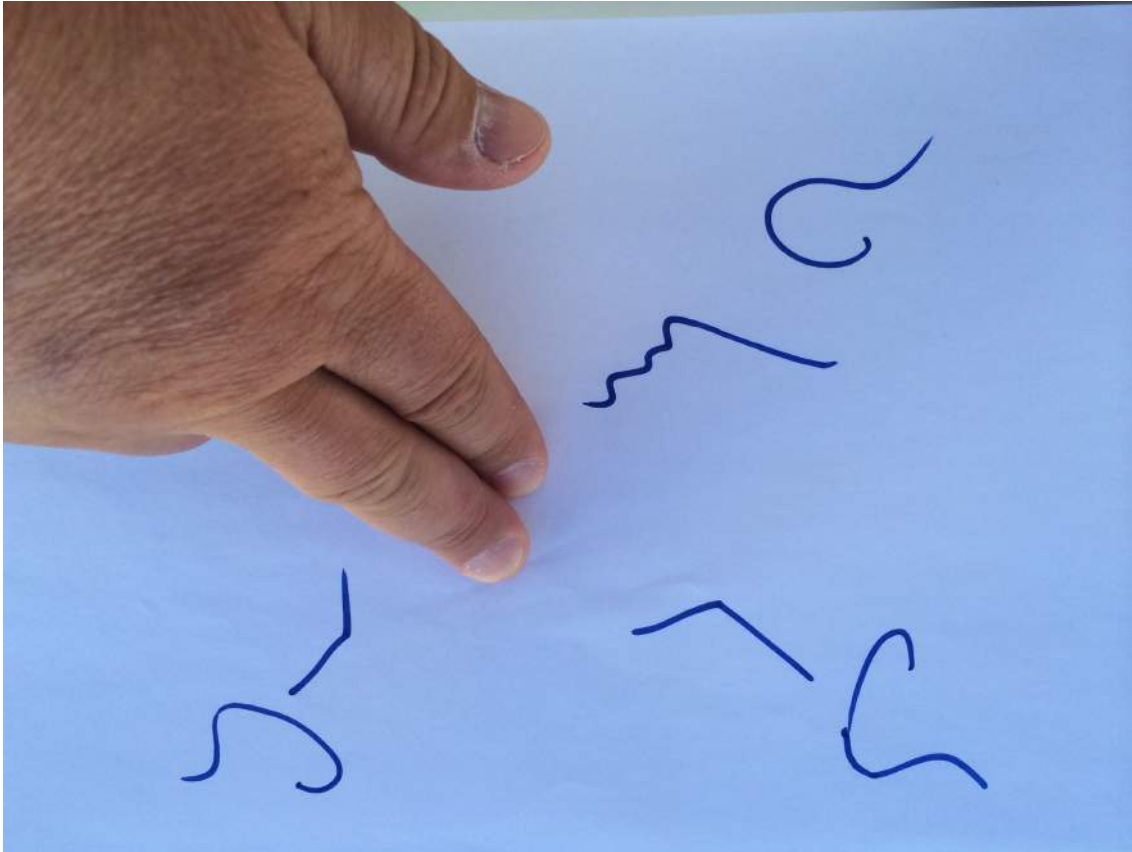


Рис. 20 – Вариант пальцевых техник для разгрузки D2 через формулы-утилизаторы флуэда.

Лучше не пытайтесь сами рисовать - это делается левой рукой, справа на лево, в особой ритмике и состоянии. Если что не так сделаете – можно сильно навредить☹ Я упрощаю Вам жизнь и на следующей фотке даю полноразмерный снимок «флуэдической ловушки».

Работать с ней очень просто. Допустим, вашу «башню рвет гиморрная тема» из серии «че делать то!?». Распечатываете рис. 21 в формате A4, в цвете или ч/б не имеет значения. Три пальца правой руки ставите в районе точки, что в центре пересечения формул. Затем левой рукой слегка поворачиваете листок вокруг места контакта пальцев до ощущения перцептивного контакта с грудной клеткой. Ну а затем начинаете проговаривать, лучше в слух: «...у меня есть такая то проблема...меня напрягает то-то и то-то...и прочее».

Как это делается на практике и что дальше произойдет можно посмотреть на видео из моего канала на ютубе <https://www.youtube.com/watch?v=wEQB1iYwGcA>

Кроме этого, зону D2 хорошо пролечивать через дренажную точку, расположенную на середине лопаточной ости, через центр надостной мышцы, в качестве ориентира – там обычно есть миофасциальная триггерная точка. В качестве дренажного приспособления хорошо себя зарекомендовали специальные кастомные ножи. О работе с ножами я расскажу в специальном разделе. NB! Кстати, этой техникой можно «сливать» напряжение всей вентральной оси!

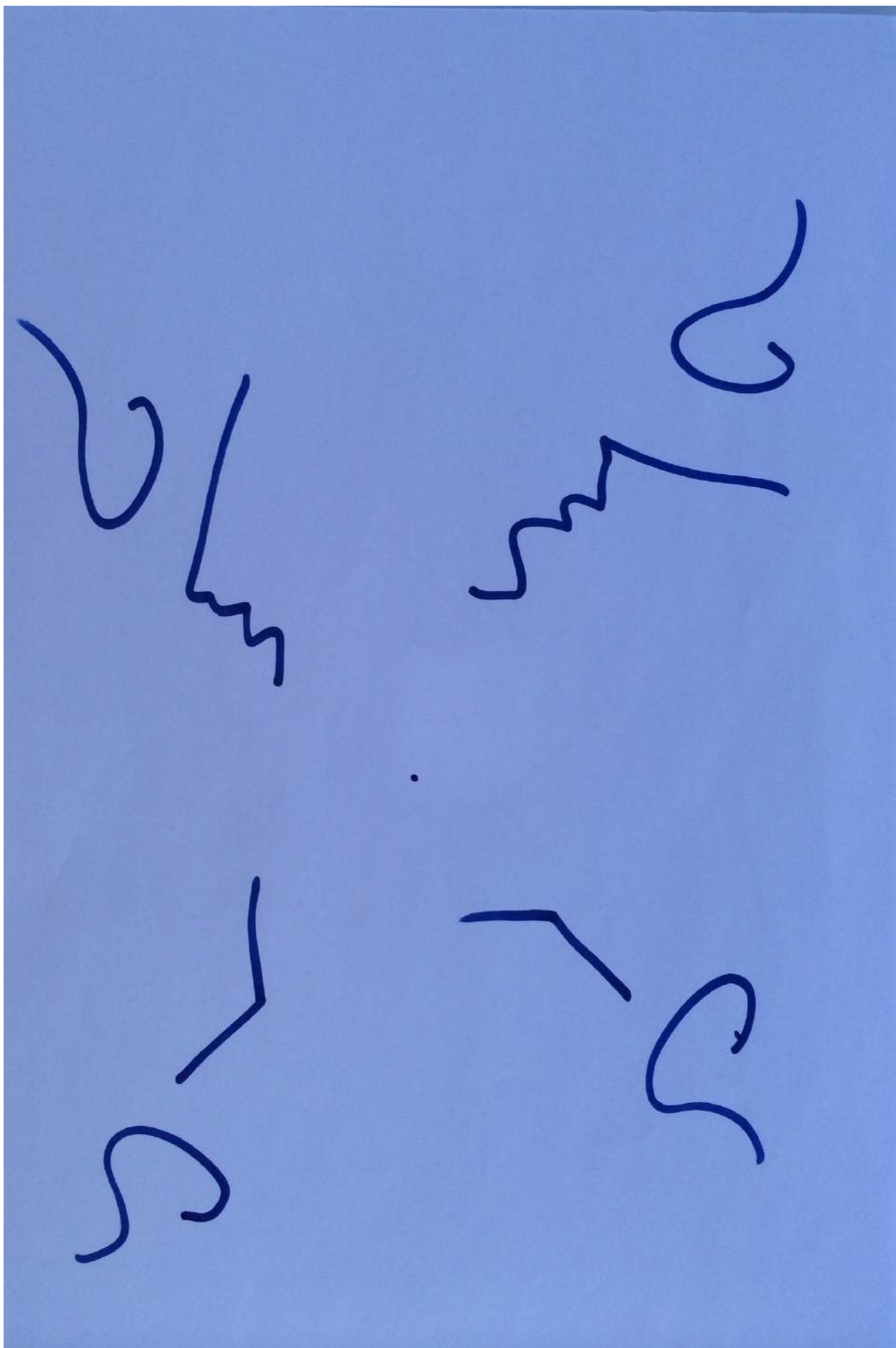


Рис. 21 – Шаблон флуэтической «ловушки/утилизатора» для распечатки

Зона V3

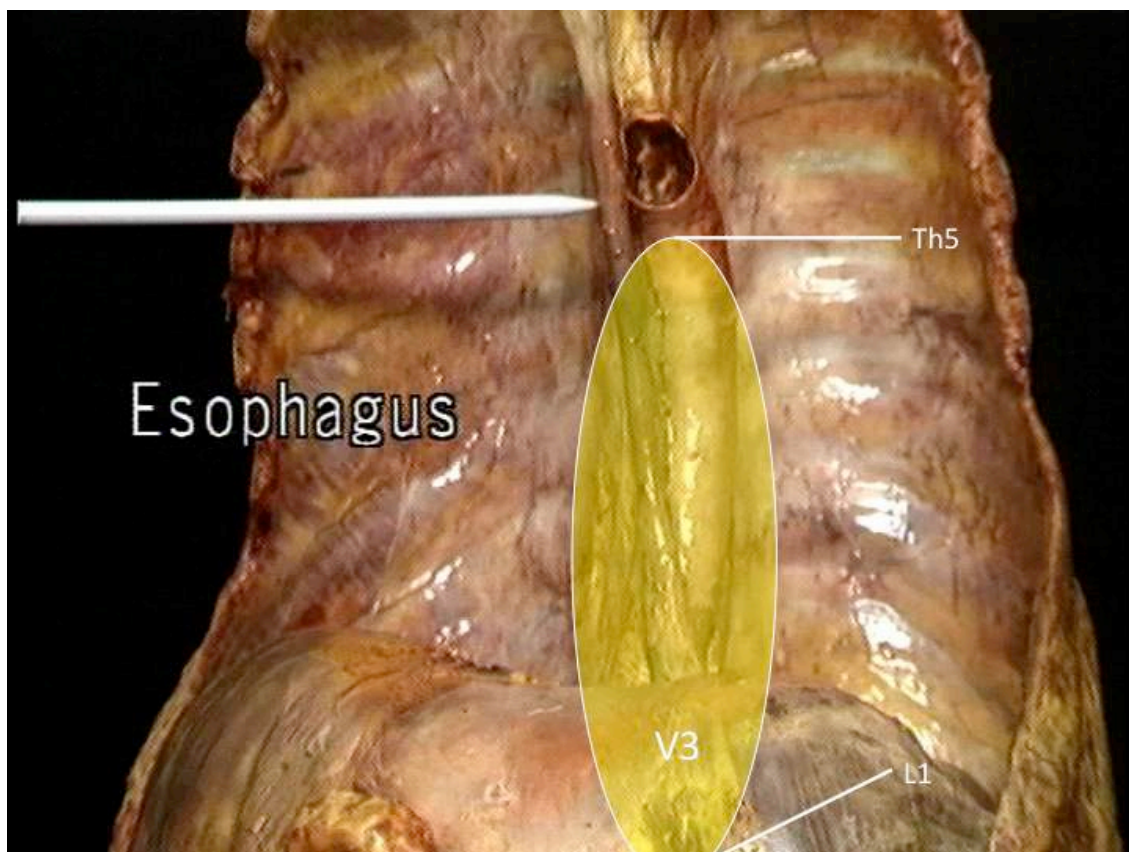


Рис. 22 – локализация зоны V3

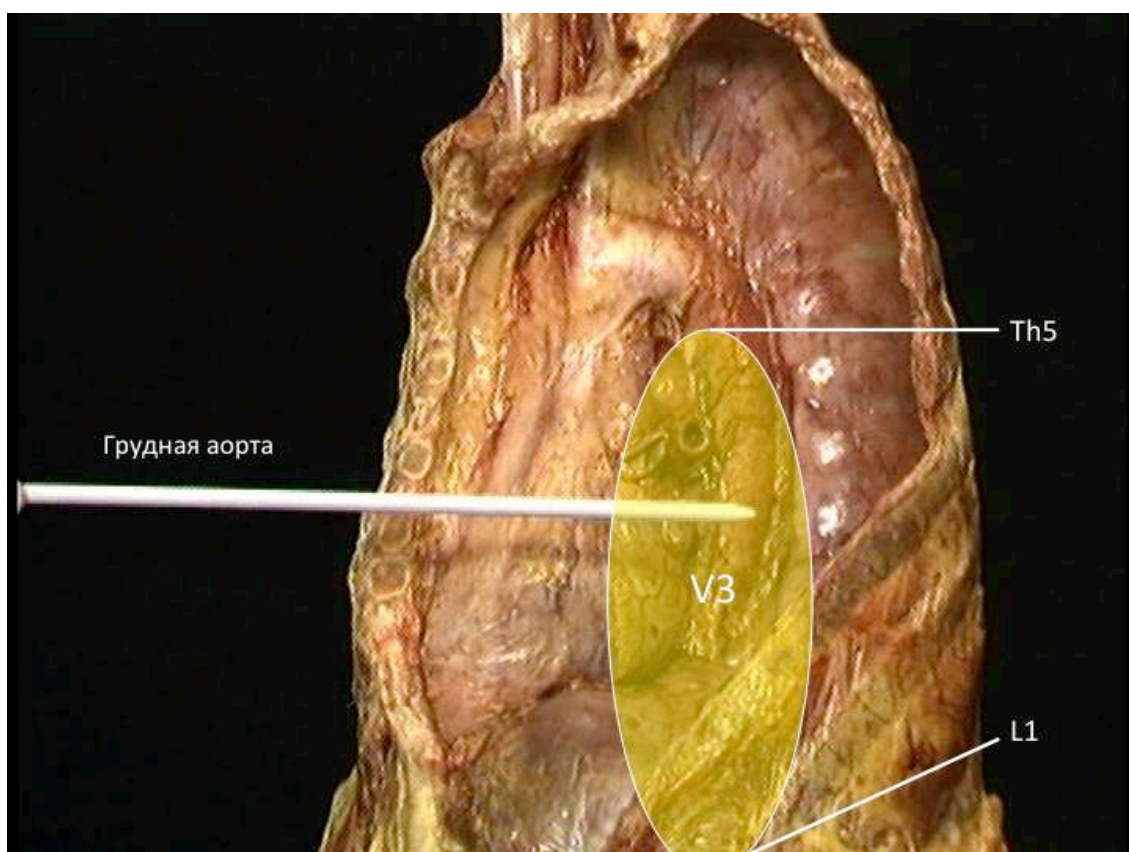


Рис. 23 – Локализация зоны V3 вид сбоку

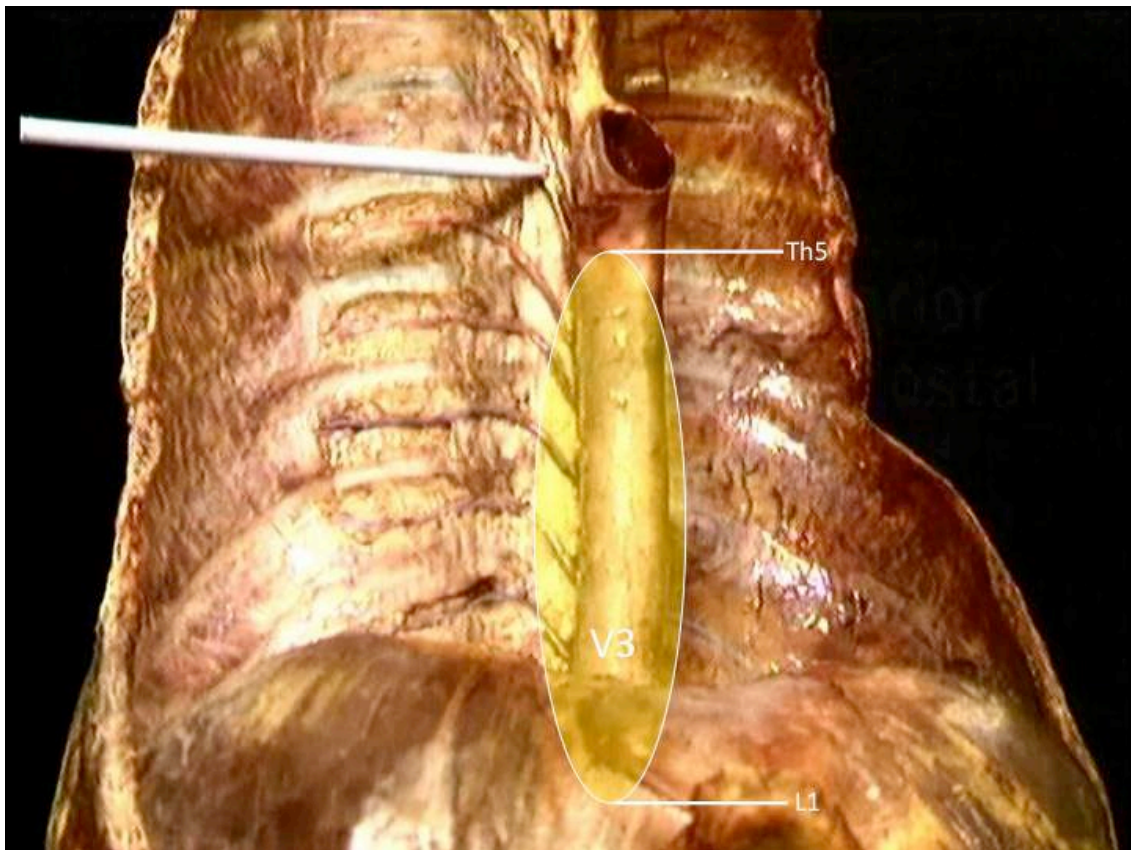


Рис.24 – Локализация зоны V3

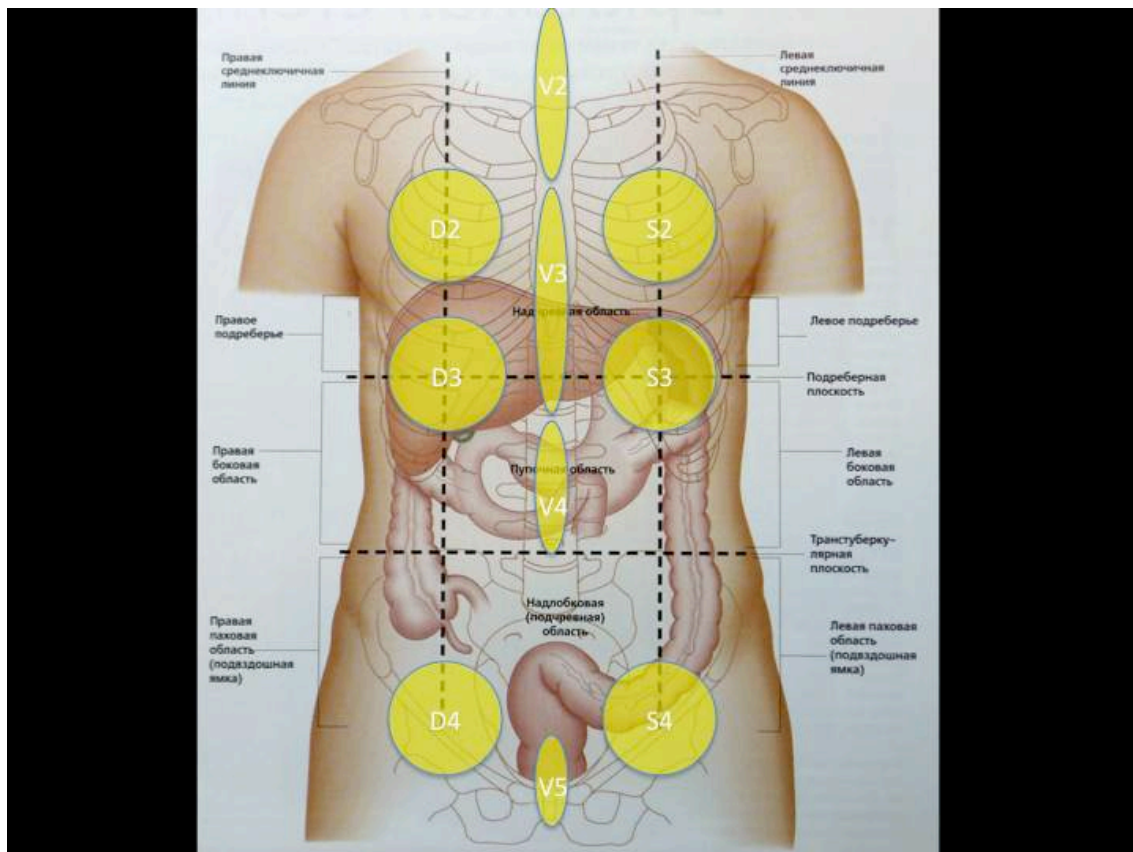
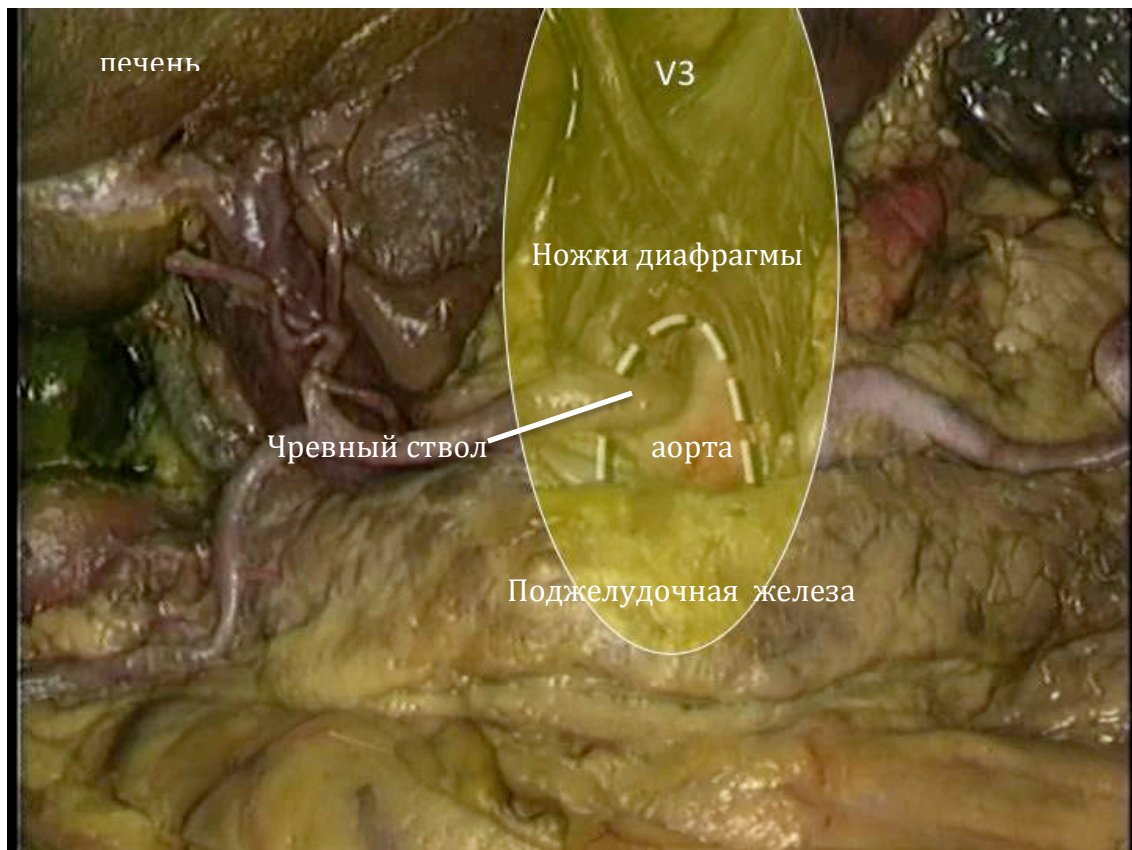


Рис. 26 – Общий вид и взаиморасположение телесных зон системы DSV

Более подробно анатомия V3 зоны

- Грудная аорта от уровня Тн5 позвонка и до L1, проходя через диафрагму в брюшную полость до уровня чревного ствола и включая его, симпатическое околососудистое сплетение
- Грудная симпатическая цепочка
- Солнечное сплетение
- Грудной лимфатический проток
- Пищевод ниже уровня Тн5 позвонка до впадения в желудок
- Часть тела желудка
- Тело поджелудочной железы

Схема расположения внутренних органов зоны V3:



Зона V3 является основной зоной вентральной оси, именно здесь происходит основная флуэдическая/нейропептидно/эмоциональная «кухня» с «раздачей» проблем окружающим висцеральным структурам. Связи симпатических грудных цепочек и солнечного сплетения весьма обширны и включают в себя большинство органов брюшной полости и грудной клетки. Наиболее ранней «материальной» реакцией V3 зоны является напряжение стенок аорты на указанном промежутке от L1 до Th5 позвонка. Это может быть не вся зона, а какая-то ее часть, с преобладанием задней превертебральной ее стенки.

При вскрытии уже немолодых лиц, патологоанатом практически всегда находит дистрофически измененную аорту указанной зоны, фактически ее кальциноз. Эта дистрофия стенок аорты является следствием ее постоянного напряжения.

Механизмы этих изменений достаточно типичны для полых мышечных органов. Я называю их «футлярные синдромы» - когда напряженные гладкие мышцы стенки сосуда вызывают выдавливание жидкости в подбололочные пространства, а оттуда, выдавленная жидкость оказывает вторичное сдавление стенки сосуда, с нарушением ее кровотока и трофики.

Футлярные синдромы стенки сосуда чаще встречаются в местах обильной симпатической иннервации. Это бифуркации крупных сосудов, места расположения крупных вегетативных ганглиев и сплетений, к примеру – солнечное сплетение лежит на чревном стволе, дугу аорты окружает крупное вегетативное сплетение (зона V2).

Вообще очень характерно наличие вегетативных околососудистых сплетений в местах бифуркаций! И эти места чаще реагируют спазмом на активацию вегетативных образований флуэдом определенных качеств.

Я думаю, что это и есть механизм формирования атеросклероза – мы чаще всего видим дистрофически измененную сосудистую стенку, вплоть до аневризм аорты, в типичных зонах DSV.

Напряжение аорты в зоне V3 сопровождается дискомфортом ощущением «подавливания» в эпигастрии и за грудиной с напряжением диафрагмальной мышцы и невозможностью сделать полный вдох. Иногда развиваются болевые ощущения, которые могут иррадиировать в спину между лопаток, сопровождаясь напряжением околопозвоночной мускулатуры и блокированием межпозвоноковых суставов.

NB! Следует помнить, что подавляющее большинство случаев болей в грудном отделе позвоночника сопровождающихся появлением паравертебральных миофасциальных триггерных точек и блокированием межпозвоноковых суставов является следствием напряжения грудной аорты зоны V3. Напряжение на скелетные мышцы передается рефлекторно, так как аорта как бы «стягивает» позвоночник дугой со стороны тел позвонков из-за своей фиксации к передней продольной связке.

Описанный механизм приводит к сутулости и формированию «холки». Шейный отдел позвоночника при этом демонстрирует тенденцию к гиперлордозу и переднему смещению головы. Понятно, что шейные 4-6 диски будут иметь тенденцию к изнашиванию и развитию относительной гипермобильности региона с соответствующей деформацией тел позвонков и их суставов.

Типичная деформация грудного отдела позвоночника в зоне соответствия V3 проявляется снижением высоты межпозвоноковых дисков и развитием краевых

костных разрастаний – картины типичной для последующего диагноза «остеохондроз» либо «спондилез» если совсем уж нехорошо.

Но мы помним, что в основе всех этих изменений (*если нет специфического заболевания, типа Бехтерева, например*) лежит длительное интенсивное напряжение гладких мышц стенки грудной аорты, которое укорачивает аорту по длине!

Реакция зоны V3 также распространяется на чревный ствол, меняя кровоток и вегетативную иннервацию органов пищеварения - желудок с 12-ти п.к., поджелудочную железу, печень и селезенку. Кроме этого возможны реакции со стороны верхней брыжеечной артерии (*тощая кишка*).

Феномен «жировой дистрофии» или аподистрофии поджелудочной железы с уплотнением ее стромы при УЗИ исследовании есть типичный морфологический след хронического напряжения V3 зоны, а печени – соответственно D3 зоны! Это очень частое явление и, представьте себе, особо не зависит от питания либо алкоголя (*ну если уж совсем злоупотреблять*).

V3 зона напряжена у всех и всегда, в той или иной степени. Эта степень напряжения отражает уровень или интенсивность противопоставления «себя» с «другими людьми» и окружающим миром.

V3 есть зона Эгоизма - я не говорю, что эгоизм это плохо, я говорю, что эгоизм просто есть, он материален и представлен V3 зоной.

Для нас всегда есть и будет приемлемое и неприемлемое, хорошее или плохое, белое или черное, друзья или враги, придурки или не совсем, «мое мнение» или неправильные все остальные..... далее по аналогии.

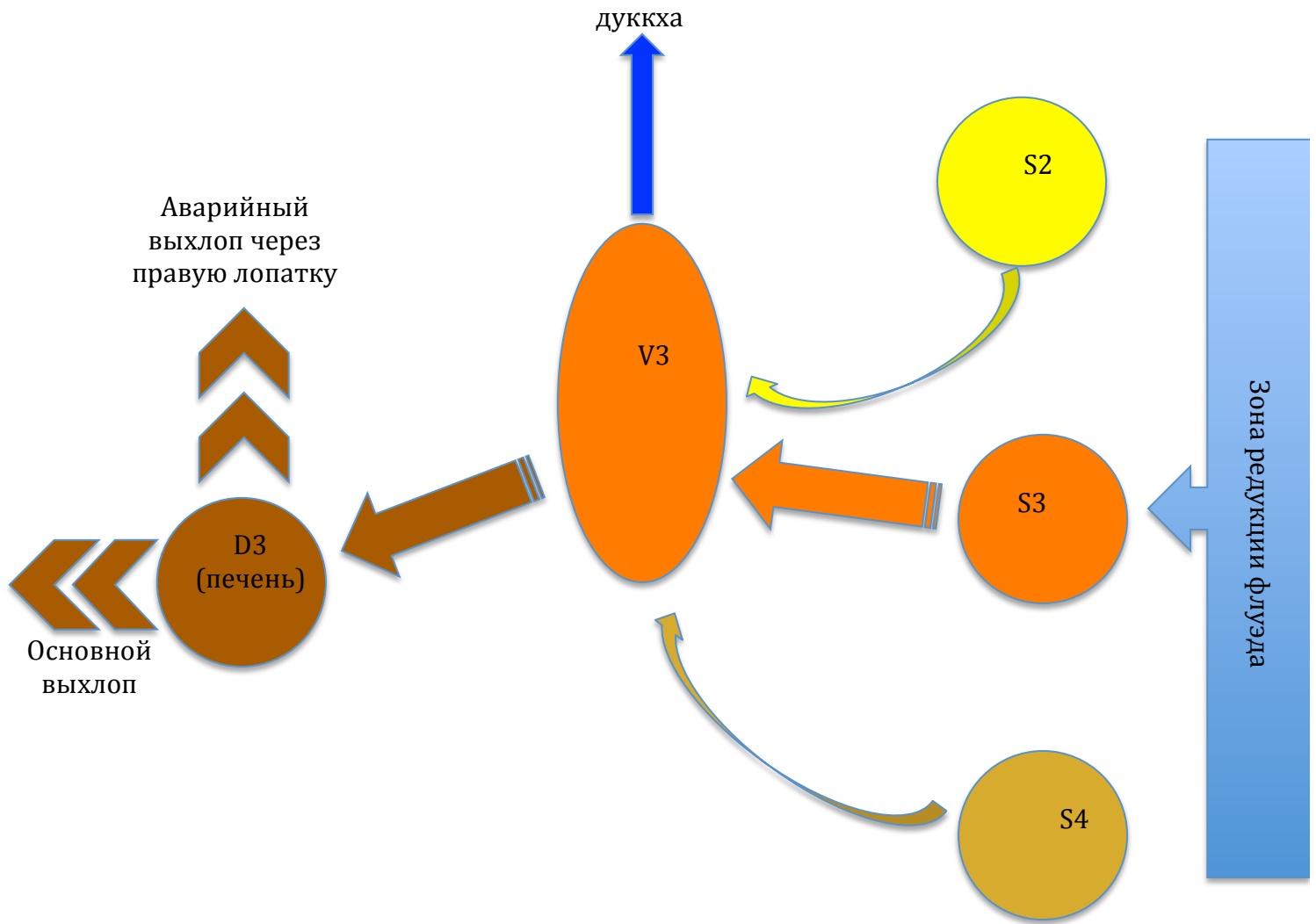
V3 зона всегда проявит себя даже малейшим, не осознаваемым умом напряжением, если предъявляемый нашему зору/слуху/запаху объект или символ каким-то образом нам не соответствует. Этот феномен можно использовать для тонкой, доклинической диагностики нейропептидно/эмоциональных метасостояний, а затем и для лечения.

V3 зона является основным «самогонным аппаратом» нашего тела по переработке производимого ей дискомфорта/напряжения/страдания в некий тонкоматериальный ресурс (*дуккха - санскр.*), который выбрасывается в краниальном направлении, по ходу краниосакральной оси, за пределы тела, и предназначен для питания высших нечеловеческих сущностей или сущности, которую я называю Иштар (*есть тому исторически/религиозно/культурные предпосылки*).

Кроме того, при параллельной или последовательной работе зон DSV зона V3 любит «засасывать» в себя флуэд из смежных с S3 зон вдоха флуэда – S2 и S4.

Таким образом в V3 зону поступает флуэд связанный не только с эгоистическими качествами S3 зоны, но и связанный с обидами/ревностью/желаниями – V2 зона, а также страхами/беспокойством о будущем – V4 зона.

Краткое резюме - суть V3 есть двойственность, разделение единого на части.



Типичные вопросы из зала: «.....Интересно тогда: если человек проникается, допустим, учением Будды (ну или любой другой освобождающей практикой) и долгими упражнениями начинает стараться быть неотделимым от мира, любить близких и тд. - у него напряжения сведутся до минимума?

А не "возревнует" ли тогда "Иштар" и не начнёт ли форсировать вокруг субъекта людей и события, которые будут его усиленно побуждать к возвращению привычного напряжения? Как муравьи, которые хлопают по брюшку пасомых тлей. Или как Мара Будду?»

Обычно человеку всегда подбросят ситуацию или другого человека для общения, чтобы их зоны V3 напряглись должным образом и «отжали дуккху на гора». Для понимания этой ситуации, причин и следствий, необходимо использовать нечеловеческую логику, а не привычную нам.

Смысл этой нечеловеческой логики заключается в том, что если ситуация, или человек какой для общения, или иной релизер не вызывают предусмотренного напряжения зоны V3, сначала в виде соответствующих мыслей и эмоций, а затем и ощущений, то, соответственно, «самогонный аппарат» не отжимает из «тушки» дуккху. Говоря аллегориями: «корову кормят отборным клевером но молока она не дает!». Нет молока – нет и клевера! Нет дуккхи – незачем подсовывать человеку через промежуточные эгрегоры различные напрягающие ситуации или других людей или иные релизеры, так как зона V3 на них не реагирует «должным образом».

Если говорить о терапевтических мероприятиях или каких практиках достижения недвойственности V3, то я предпочитаю короткие пути ее достижения. Прежде всего надо делать определенные усилия по наблюдению за своими мыслями и эмоциями, желательно на ранней стадии зарождения, а также связывать их с ситуациями, людьми и релизерами – «помнить себя», я эту фразу именно так и трактую. Ну а дальше дело техники: ситуация-напряг V3- Мо символ или флуэдическая формула - тишина-разрешение ситуации.

Напрягать то уже некого и дуккха не отжимается. Пропадает смысл в напрягающем ряду ситуаций и реальность конкретного человека меняется)) Наиболее подробно мы это на терапевтической дефрагментации разбираем, а я сам практически постоянно на флуэдическом механическом компенсаторе нахожусь (Мо левое в позициях от 9 до 11 часов - напряг пошел какой, еще даже недифференцированный - крутнул «машинку» флуэдическую - накрыло и тишина сразу).

Зоны D3 и S3

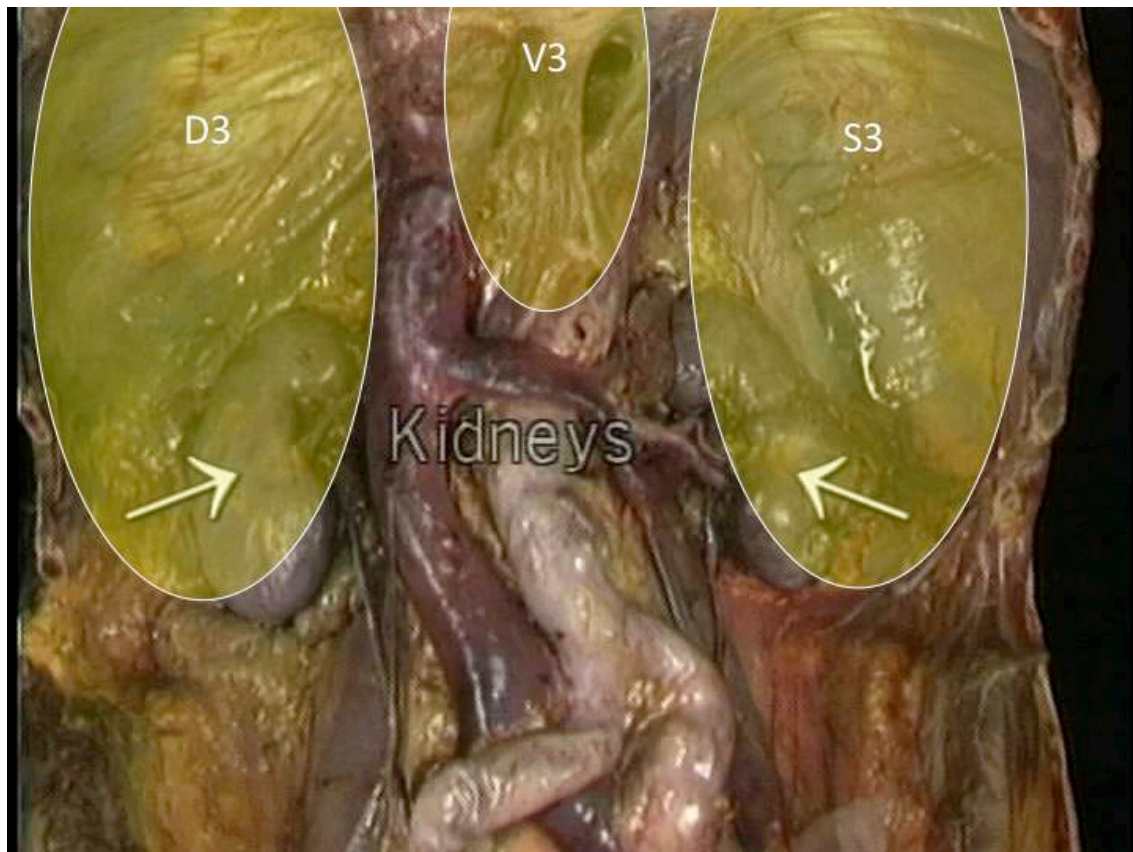


Рис. 27 – Схема расположения зон D3 и S3

Зоны D3 и S3 относятся к поддиафрагмальным латерально расположенным зонам, в отличие от зоны V3, которая большей своей частью находится в грудной клетке вплоть до уровня 5-го грудного позвонка.

Имеются некоторые отличия в органной «начинке» зон, как следствие анатомических особенностей наличия и расположения внутренних органов. Там где эти различия имеются, в списке в скобках будет стоять отличительный значок зоны (s3) либо (d3)

- Печень, желчный пузырь, желчевыделительные пути и сфинктеры (d3);
- Пилорус и часть 12-ти п/к включая зону дуоденального сфинктера (d3);
- Головка поджелудочной железы (d3);
- Печеночный угол толстой кишки (d3);
- Почки, почечные артерии, надпочечники;
- Селезенка (s3);
- Дно желудка (s3);
- Хвост поджелудочной железы (s3);
- Селезеночный угол толстой кишки (s3)

На практике основная флуэдическая нагрузка зоны S3 приходится на селезенку, а зоны D3 на печень.

Качества флуэда S3 – это мысли о противопоставлении, двойственности, несоответствии или неприятии чего-либо или кого-либо. Когда мы думаем, что не можем смириться с ситуацией или словами и действиями другого человека, то это говорит всего лишь об активном вдохе флуэда через зону S3. Если мы постим лайки

или просматриваем новостную ленту социалки, пишем в ответ свои посты – мы также вдыхаем флуэд S3 зоны.

Мы это делаем постоянно – обсуждаем кого-либо, высказываем свою точку зрения на все и вся и при этом постоянно вдыхаем флуэд S3.

Перцептивно левая почка (зона S3) часто оказывается связана с грудной аортой зоны V3. Это типичная ситуация которую мы находим у всех людей. Это надо обязательно учитывать в лечении – любые напряжения анатомических структур зоны V3 в виде жалоб и болей необходимо пролечивать в комплексе с флуэдическим и «мясным» напряжением зоны S3!

Это может иметь место в виде стандартных захватов для проведения лечебных техник – одна рука располагается на левой почке, а другая на груди или остистых отростках позвонков грудного отдела позвоночника.

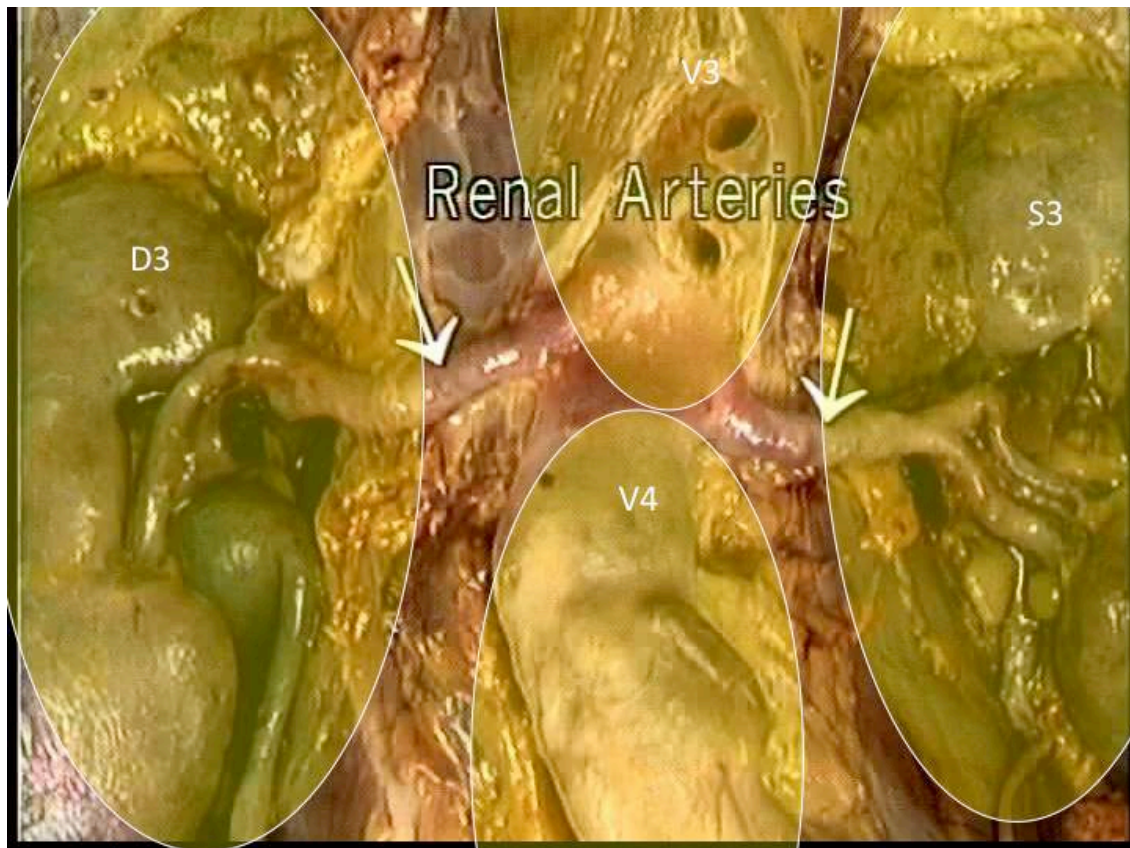


Рис.28 – Схема взаиморасположения зон D3-S3 а также V3 и V4 с привязкой к висцеральным структурам.

Если качества зоны S3 – вдох флуэда известных характеристик, то качество и разнообразие флуэда на выдохе зоны D3 на несколько порядков разнообразнее!

NB! Можно с уверенностью сказать, что все то, о чем вы когда либо думали, визуально воображали и эмоционально реагировали – все это оказывается рано или поздно в зоне D3. Роль печени в материальном теле - связывание/конъюгация и выведение токсинов из организма наружу через кишечник. На флуэдическом уровне печень, как основа зоны D3, делает аналогичную работу! Она дренажирует наш внутренний “самогонный аппарат” – зону V3 и выводит наружу осколки наших переваренных и непереваренных мыслеобразов осколков прочего флуэдического мусора. Наибольшая активность флуэдического выхода из печени находится в проекции акупунктурной точки F13, хотя бывают варианты.

Мы часто находим у людей флуэдические объемные напряжения внутри печени - дисфункции, иногда и часто они могут пальпироваться как объемная жесткость на материальном уровне вследствие сродства жидкости к дисфункции, а сама печень может быть немного увеличена.

Этим объясняются показательные и частые диаррейные эффекты черного цвета и характерного желчного запаха после успешно проведенного дренажного лечения на флуэдическом уровне. В таких случаях я обычно говорю : “болезнь вышла”. Облегчение происходит также на уровне мыслей и эмоций – теряется актуальность проблемы, да и сама проблема как бы и “рассасывается” вскоре!

Проблемы D3 зоны достаточно разнообразны в силу многоплановости печеночных функций. Это может быть:

- подъем артериального давления,
- головные боли,
- бессоница, хаос в мыслях, повторяющиеся назойливые сновидения,
- нервная возбудимость,
- аллергия, кожные сыпи,
- нарушения обмена липидов и углеводов,
- дискинезия желчевыводящих путей,
- отек головки поджелудочной железы,
- проблемы с легкими и бронхами, астма,
- проблемы с глазами
- избыточный вес и отечность эпигастрия и брюшной полости,
- варикоз вен нижних конечностей,
- гормональные проблемы,
- бесплодие,
- различные проблемы женской половой сферы –фибромиомы и прочая,
- доброкачественная гипертрофия простаты у мужчин.

Пожалуй и хватит, и так уже перечислили добрую половину оглавления справочника для врачей по внутренним болезням!

А где причины всех этих проблем – кто не понял, читай всю главу по третьим зонам с самого начала, и так несколько раз, до появления дренажного эффекта характерного цвета и запаха! ☺

Зоны V4-S4-D4

V4 зона – это прежде всего брыжейка части тонкой и всей толстой кишки, брюшная аорта, а также многочисленные вегетативные образования, локализованные в стенках кишечника (*интрамуральные ганглии*) которые объединяют понятием «брюшной мозг» или «метасимпатическая нервная система».

Под микроскопом нейроны этих брюшных образований и клетки глии, в том числе, очень похожи, практически неотличимы от тех, что находятся в головном мозге. И нейропептиды аналогичные. И количество нервных клеток в этих брюшных нервных образованиях сравнимо с количеством таковых в голове (*у кого-то может даже и больше – я таких встречаю регулярно и повсеместно*).

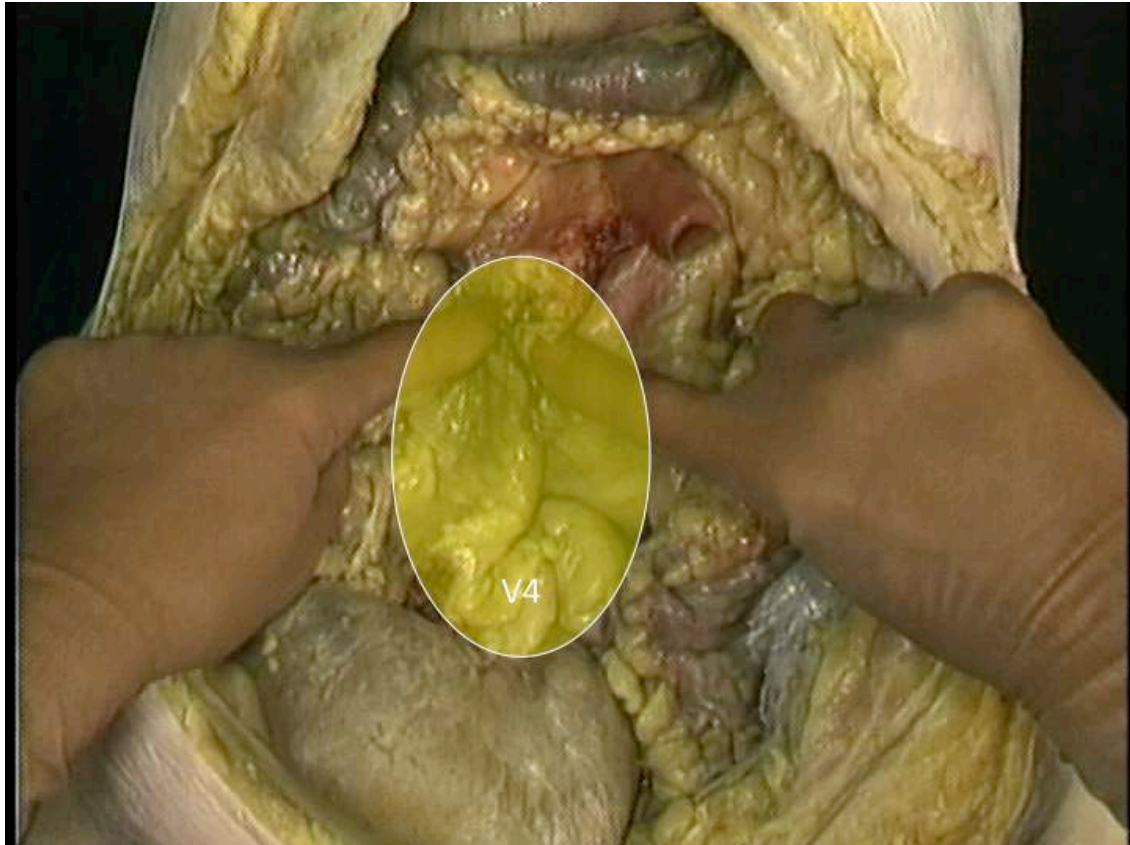


Рис. 29 – Схема расположения V4 зоны.

Зона V4 имеет достаточно сакральное значение для человека в целом. Когда я путешествовал по Мезоамерике и Юкотану (*Мексика и Гватемала*), изучая различные артефакты, которые связаны с весьма специфической деятельностью жрецов Ацтеков и Майя, то обнаружил весьма интересные закономерности. Эти закономерности касались прежде всего жертвенных артефактов и места зоны V4 в механизмах жертвоприношения.

Многие из вас видели фильм Мела Гибсона «Апокалипсис» в котором достаточно натуралистично было показано само жертвоприношение, но не совсем точно.



Рис.30 – Жертвоприношение, типичное для Ацтеков и Майя.

А вот на рисунке ниже я покажу те детали, которых нет в фильме и которые касаются V4 зоны

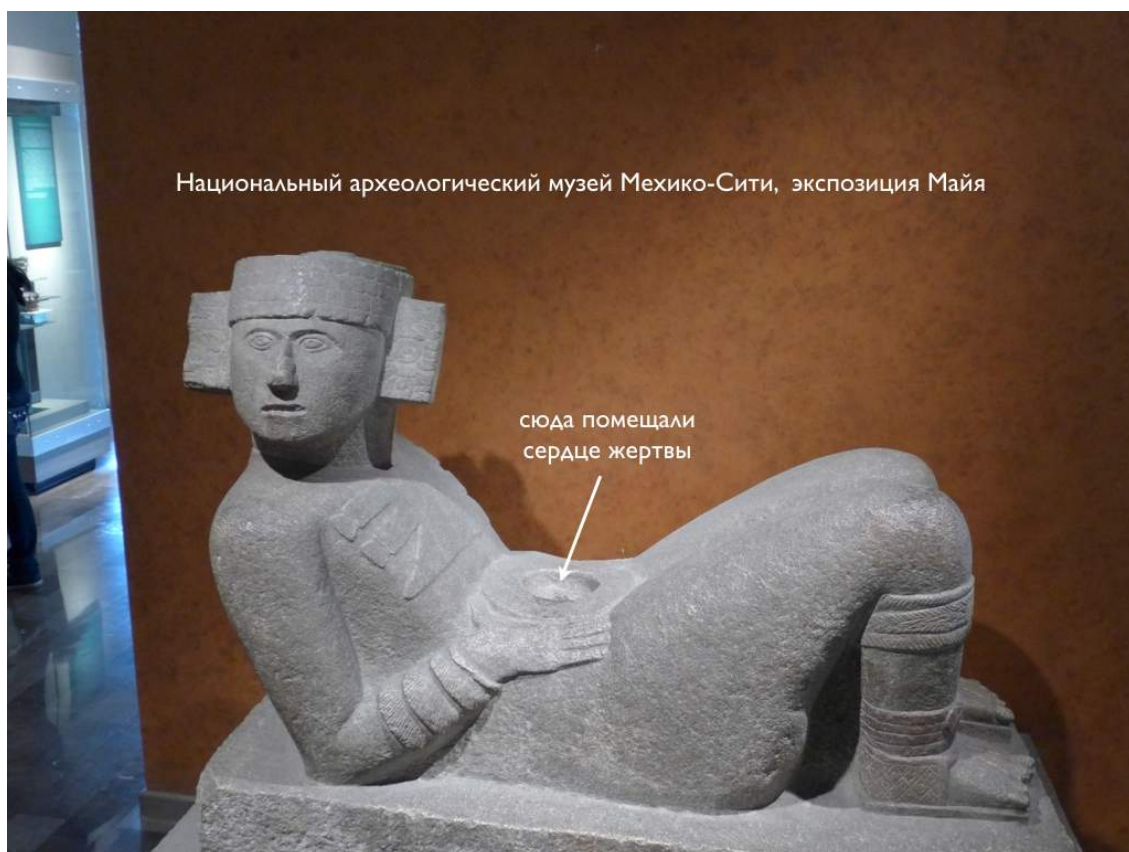


Рис. 31 – Майянский жертвенный алтарь.



Рис.32 – Зона V4 на Майянском жертвенном алтаре – в это углубление как раз и помещали сердце – тот наш орган, которое нас связывает с Богом Творцом!



Рис.33 – Такой же жертвенник, как и на рис 32, только хуже сохранился, так как под открытым небом находился долгие годы.

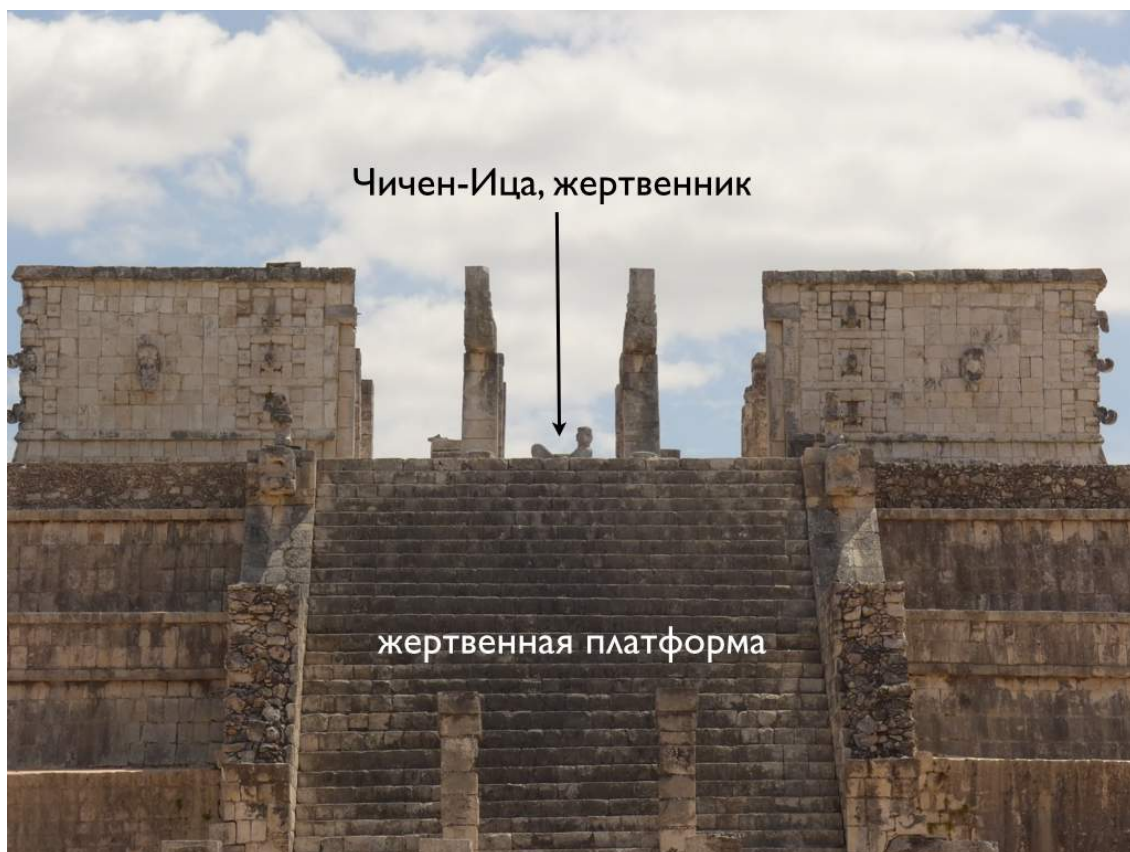


Рис.34 – Жертвенник на своем месте – на верху жертвенной платформы, где все действо массово и происходило.



Рис.35 – Фрагмент схемы вентральной оси на барельефе жертвенной платформы в Чичен-Ице.



Доминиканский центральный кафедральный собор в Мехико-сити (Мексика)
жертвенник - сердца и фрагменты тел (конечности)

Рис. 36 – А это аналог современной жертвенной платформы в центральном кафедральном католическом доминиканском соборе Мехико-Сити, Мексика. Кстати, построен на месте Майянской жертвенной пирамиды/зиккурата и из ее же камней – эта тема очень характерна для Нового Света!



Доминиканский центральный кафедральный собор в Мехико-сити (Мексика)
жертвенник - сердца и фрагменты тел (конечности)

Рис. 37 – Тот же жертвенник, можно купить часть тела и пожертвовать ее!

Мы закономерно видим манипуляции с сердцем человека – местом его связи с Богом-Творцом и помещением этой его части в зону страха V4 жертвенного идола. Здесь важен как сам факт манипуляции угнетения сердца на тонком плане, так и факт флуэдической накачки зоны страха, который закрепляется по родовой линии, судя по всему!?

В этом аспекте может быть интересна интерпретация манипуляций с сердцем, которая изображена на стене доминиканского женского монастыря г.Аурекипа, Перу (в Перу я изучал артефакты Инковского жречества, погребальные обряды и архитектуру сакральных мест).

Все стены специального «учебного зала» покрыты фресками, суть которых «духовные упражнения», а в моем понимании – жертвоприношение, до 45 летнего возраста мало кто дотягивал☺

В Старом Свете сложно найти подобные свидетельства – все зачищено и представлено в «полном феншуйе»!

духовные упражнения для монашек доминиканского монастыря (Аурекипа, Перу)



Рис.38 – Что происходит – объяснять не надо – сердце «бьют и наказывают» плеткой и веником☺

Таким образом, наши страхи – это не наши достижения, а результаты многочисленных обрядов «черной магии» творимых нашими предками (точнее-через них) с целью порабощения человека через страх, заниженную самооценку и самоограничения небольшой кучкой интриганов и жуликов. Тема актуальна и по сей день – символ главных мировых «демократизаторов» та же жертвенная пирамида, изображенная на купюре в 1 американский доллар, а глаз над пирамидой – символ главного потребителя жертвенной энергии/дуккхи под именем Иштар.

Хочу еще добавить, что большинство вирусных инфекций имеют точкой приложения зону V4. У меня сложилась стойкая уверенность в целенаправленном модифицировании через вирусы нейронов брюшного мозга зоны V4 с целью «правильной» реакции на вдыхаемый специфический флуэд беспокойства и страха.

Локальная клиника V4 не особенно специфична – помимо напряжения в кишечнике и отека брыжейки часто встречаются болезненные зоны по ходу тонкой и толстой кишки, понятно, что и моторика меняется и пищеварение, но клиника V4 все же более психосоматическая – страхи и беспокойство из-да надуманных проблем.

Я встречал клиентов, которые ранее обращались за врачебной помощью по поводу резких болей в животе и по результатам доплер-сканирования были выявлены участки «сужения» сосудов брыжейки, которые излечивались чудесным образом после коррекции V4 зоны.

NB! Головные боли, ощущение тяжелой и «налитой свинцом» головы также часто является следствием напряжения V4 зоны. Вообще, имеет смысл взять себе за правило диагностировать напряжение 4-х зон в первую очередь при жалобах клиента на головные боли, мигрень, лицевые боли и всяческие пароксизмальные состояния!

Кстати, передача напряжения от брыжейки до интракраниальных вен вен, а соответственно и мембран идет через систему нижней полую вену, транзитом через печень, сердце и систему верхней полую вену. Это типичный механизм возникновения клиники в районе головы при проблемах V4

Наличие общего венозного кровотока по типу сообщающихся сосудов между венозной системой позвоночного канала (*отток венозной крови идет из позвоночного канала через корешковые вены, расположенные в межпозвонковых отверстиях, в вены брыжейки*) и венозной системой брюшной полости делают понятными и предсказуемыми жалобы клиента на боли в позвоночнике или типичные корешковые боли при венозном стазе в этом общем сосудистом бассейне.

Мне часто встречались клиенты с корешковыми синдромами поясничного уровня либо клиникой стеноза позвоночного канала на фоне флуэдического напряжения зоны V4 и венозного стаза брыжейки. Были даже случаи «чудесного исцеления» от корешкового синдрома исключительно техниками лечения кишечника и брыжейки в позиции пациента на спине.

Дисфункции зоны V4 очень многослойны и напоминают сказку про «кощею смерть» - пролечили одну дисфункцию, а там новый вектор выхода флуэда, сделали его, а там еще ...и еще...

В любом случае имеет смысл уделять V4 зоне внимание и терпение, и прорабатывать ее по максимуму. На этой зоне сложно «перелечить клиента» в отличие от черепа, где «перелечить» клиента – «раз плюнуть».

Когда мы подробно пролечиваем V4 зону то получаем такие положительные клинические эффекты, о которых даже не мечтал сам клиент! Это касается и болезней, а особенно - улучшения психосоматических критериев и качества жизни.

Латеральные зоны D4 и S4

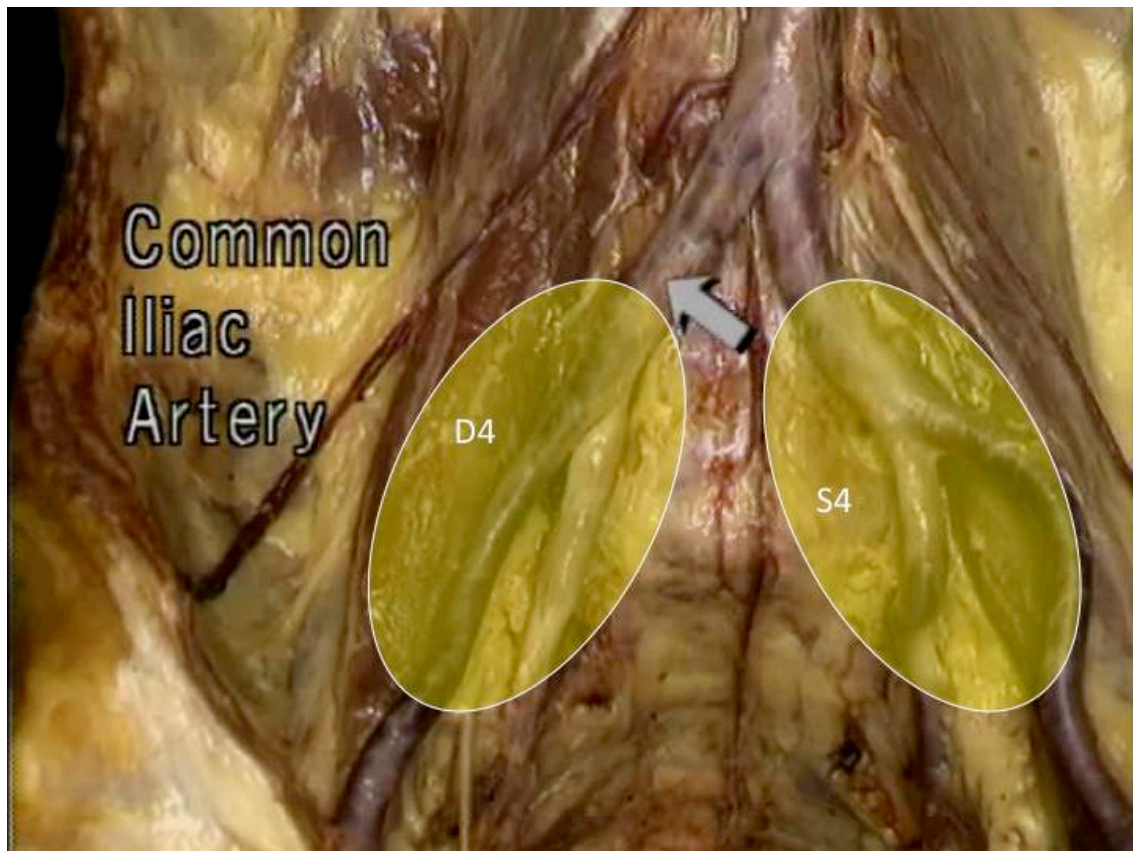


Рис.39 – Анатомия и расположение зон D4 и S4. Видны дистрофически измененные сосуды в месте бифуркации.

Основа 4-х латеральных зон – это бифуркация общих позвздошных артерий и бассейн внутренней подвздошной артерии с околососудистым и тазовыми вегетативными сплетениями. Подробнее:

- Бифуркация подвздошных артерий;
- Бассейн внутренней подвздошной артерии;
- Проксимальная часть бедренной артерии;
- Подвздошные кости и мышцы;
- Слепая кишка и аппендикс (d4);
- Сигмовидная кишка (s4);
- Маточные трубы и яичники;
- Тазовые вегетативные сплетения

Качества флуэда на вдохе S4 – это всевозможные страхи и беспокойство о дне завтрашнем. Причем, страхи могут быть конкретные а могут быть и недифференцированные.

NB! Зона S4 может вдыхать флуэд непосредственно из внетелесной зоны редукции, а может «подсасывать» его из дистальных зон левой ноги – особенно это касается слабодифференцированного флуэда, который то и мыслей внятных не дает, а дает какую-то «беспокойную суету».

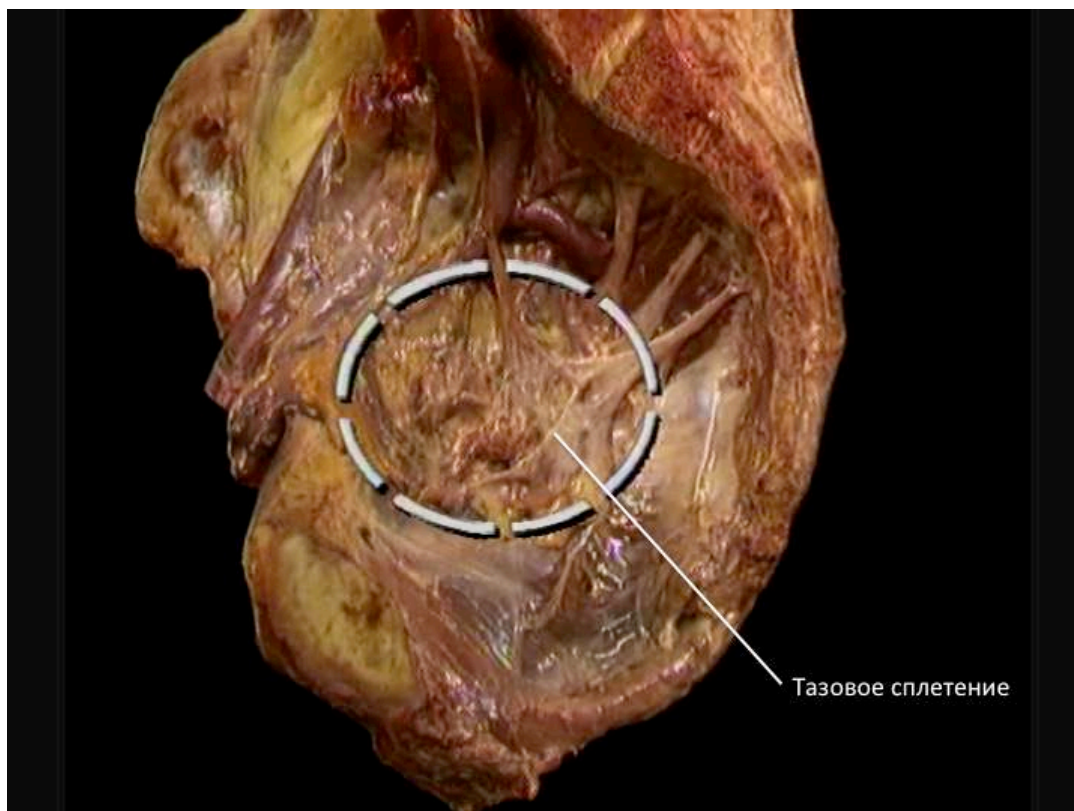


Рис. 40 – Тазовое сплетение – основа латеральной 4-й зоны.

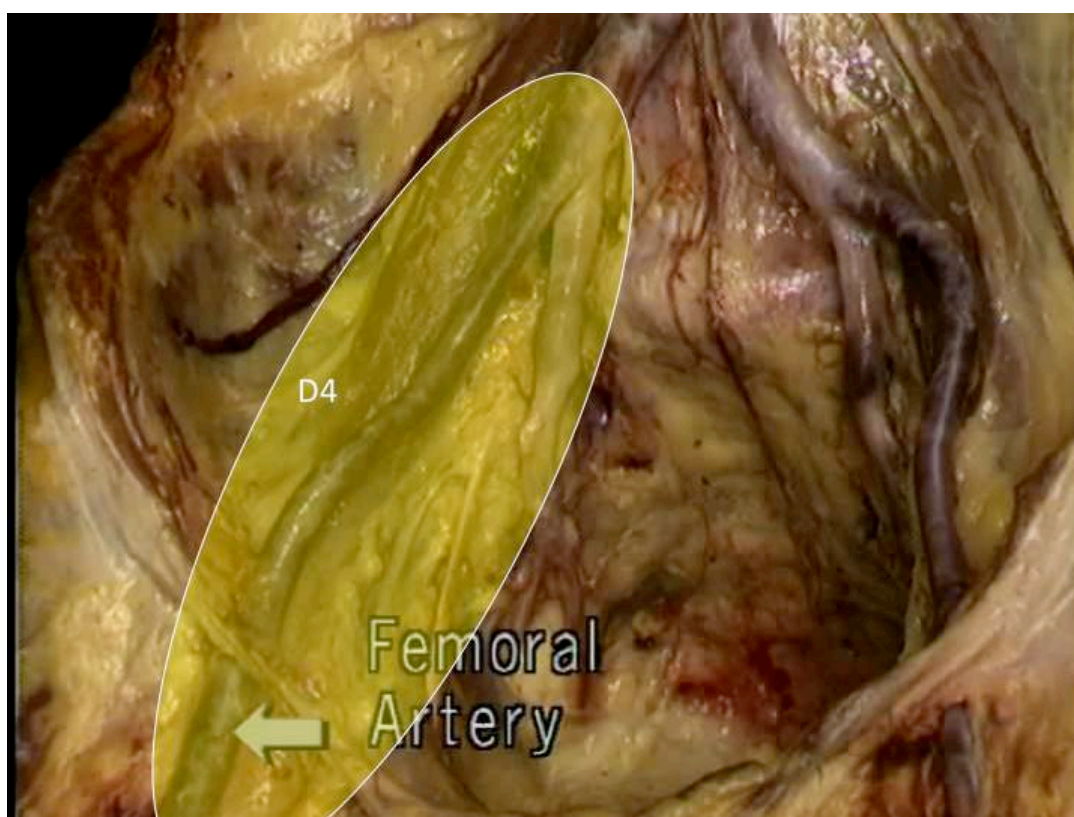


Рис.41 – Место перехода наружной подвздошной артерии в бедренную под паховой связкой. Видно, что наружная подвздошная артерия изменена дистрофически меньше, чем внутренняя. Это объясняется большей флуэтической активностью в местах расположения вегетативных сплетений.

Само место вдоха флуэда зоной S4 располагается по линии, проходящей из таза наружу через центр мышцы натяжителя широкой фасции бедра. Это место находится примерно по латеральной линии бедра, посередине между подвздошным гребнем подвздошной кости и наружным вертелом бедренной кости.

Динамика флуэда зоны S4 проходит через левую вертлужную впадину и основание крыла левой подвздошной кости, и мы регулярно находим внутрикостные напряжения этой зоны, которые, кстати, проявляются болями в левом коленном суставе! Это следует помнить! Как заболел у кого левый коленный сустав – смотри флуэдическое внутрикостное напряжение в районе левой вертлужной впадины! Ну и понятно, что лечи его. В этом месте происходит премешивание с малодифференцированным флуэдом S5 зоны, который проходит по ходу бедренной кости, через ее шейку и головку, через вертлужную впадину в малый таз – зону V5.

Ситуация с напряженной вертлужной впадиной часто дает анатомическую разницу длины нижних конечностей. Отличить анатомическую разницу длины нижней конечности от функциональной (ФРДНК) очень просто – достаточно из положения лежа, когда разница длины ног определяется по пяткам и медиальным лодыжкам, усадить клиента в положение сидя с вытянутыми на кушетки ногами. Если разница функциональная, то она, как правило, нивелируется, а если анатомическая – то остается.

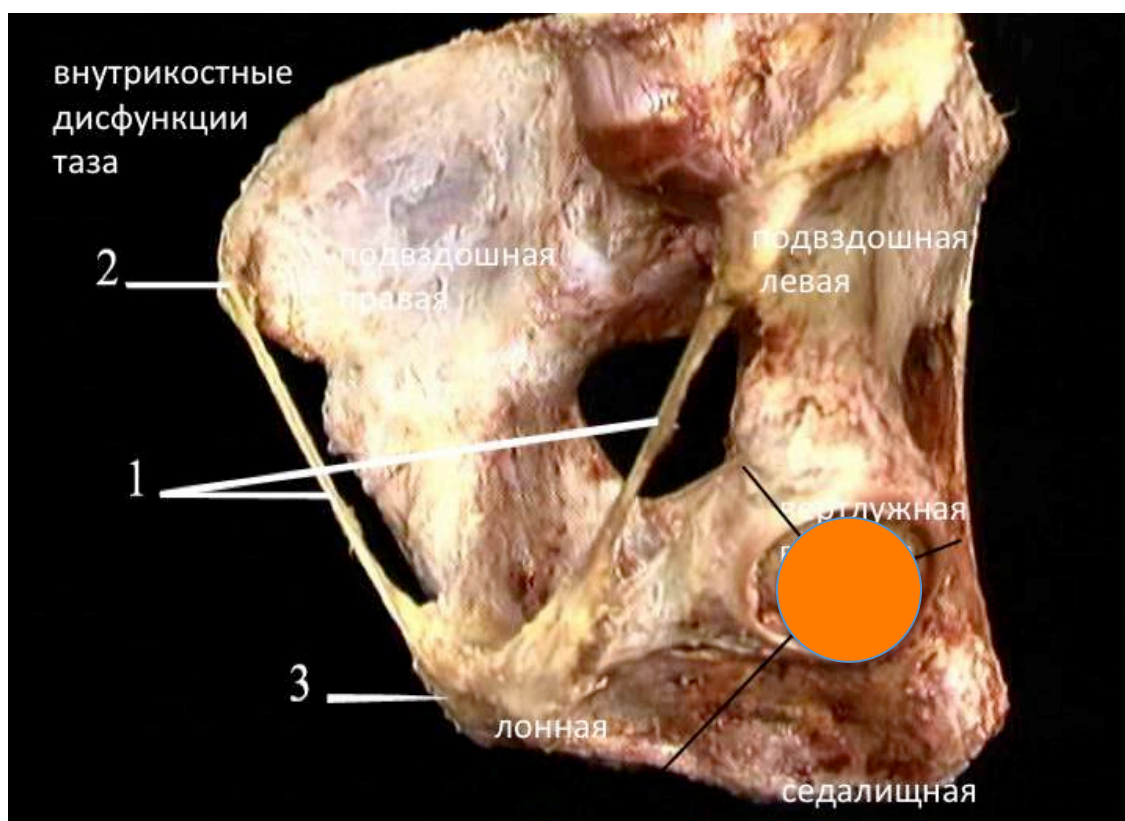


Рис. 42 – Типичная зона внутрикостного флуэдического напряжения в районе левой вертлужной впадины, возникающая при излишней активности зоны S4.

Клинические особенности зоны S4 тесно связаны с регуляцией работы сердца и мозгового кровотока. Клиенты с активной зоной S4 как правило имеют

склонность к гипотонии, спазму мозговых артерий и расширению мозговых вен. Я регулярно нахожу напряжение S4 при головных болях сосудистого характера.

Кроме этого, мне часто встречались пациенты с клиникой язвенной болезни желудка на фоне активности зоны S4 и вариантами «чудесного исцеления» после однократного сеанса! (*жалобы, ФГС – все нормализовалось в очень короткий промежуток времени*)

Также приходится часто работать с зоной S4 при многочисленных невротических и конверсионных (типа комка в горле или прочей «дурноты в организме») расстройствах.

Важное практическое значение задержки флуэда в зоне D4, это напряжение флуэда, его стаз и клиника зоны V4 (*помним, что флуэд идет по зонам одного ноiera слева-направа через центр*)

Кроме того, зона D4 может давать и самостоятельную клинику. Так если происходит задержка выдоха флуэда зоной D4 то клиента посещают очень стойкие мысли о собственной ущербности и неполноценности. Это зона заниженной самооценки, всевозможных ограничений и упущенных возможностей. Порою навсегда[⊗]

Дисфункции зоны D4 обычно очень стойкие, по видимому это является результатов патологической «накачки» зоны V4 у большого количества людей в более ранние исторические периоды (*я эти механизмы выше описал*).

Из клинических особенностей D4 зоны хочу отметить ее влияние на пароксизмальные процессы, а точнее это выглядит следующим образом - приходит клиент, допустим с эпилептическими приступами, я делаю диагностику и нахожу актуальность D4 зоны, пролечиваю зону и на выходе получаю частоту приступа раз в полгода, а было раз в неделю!

Достаточно часто я нахожу активность D4 в связи с проблемами затылочно-сосцевидной зоны (почему-то левой) и верхней шеей, что проявляется блокированием ротации C2-C1, болями в затылке, шее и ощущением ее скованности, а также напряжением за глазами и болезненностью при их движениях (*через намет мозжечка, скорее всего, напряжение в вентральном направлении передается*).

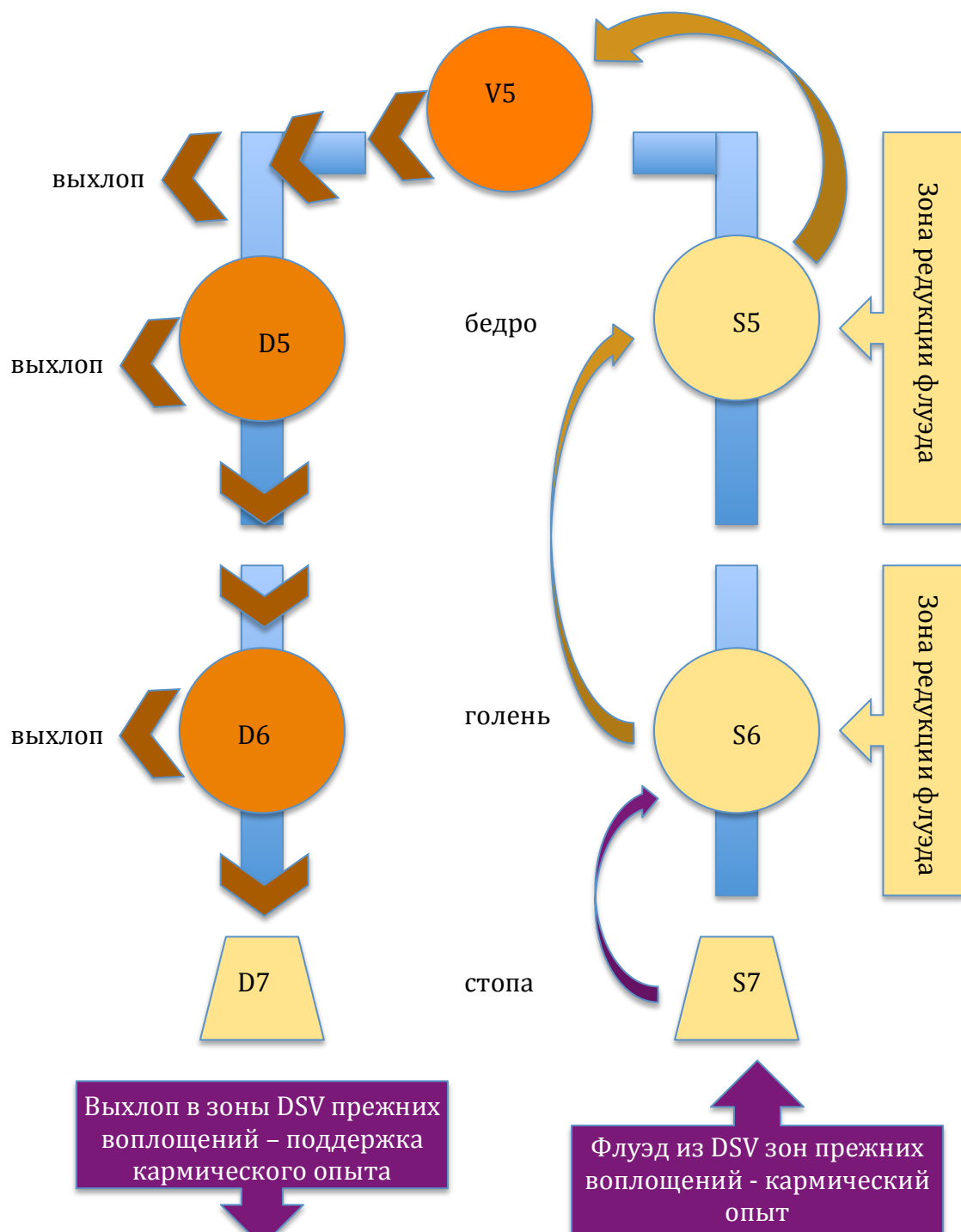
Ну а чаще всего, клиника D4 выражается в характерной жизненной позиции, определяемой самоограничениями и весьма категоричными рамками, которые вроде как диктуются «жизненным опытом», а на самом деле – страхом!

Зона D4 очень резистентна в лечении, ее рецидивы я регулярно нахожу у весьма «проработанных» специалистов, а у обычных клиентов активность D4, часто и как правило, может быть глубоко замаскирована (*по типу «кащейевой смерти»*) активностью других зон, прежде всего D3.

Достаточно часто встречается сливная дисфункция зоны D4 с переходом по передней повехности бедра, примерно до его середины – зоны D5. Это место очень интересно тем, что в обычиях забайкальских народов есть один ритуал, когда забивают овцу, а часть бедра правой задней ноги, как раз соответствующую переходу зоны D4 в зону D5, не едят, и собакам даже не дают, а захоранивают! Скорее всего это говорит о стойких типичных нарушений этих зон, характерных для животных и человека

Динамика флуэда через зону V5 очень сложна и многопланова. Здесь имеется флуэд, поступающий из внетелесных зон редукции S5-S6, расположенных посередине бедра и голени. Что же касается зоны S7, расположенной в костях стопы, то здесь все гораздо интереснее - я регулярно наблюдаю флуэдическую связку каудальнее стопы и трактую ее как DSV сегмент прежнего воплощения.

Наше «настоящее» и «прошлое» связаны между собой гораздо сильнее, чем мы себе можем представить, и представляет с точки зрения тела ума в «одно вневременное целое», которое находится «здесь и сейчас» - «...есть только миг между прошлым и будущим..именно он называется жизнь...» Нашим человеческим умом это сложно понять и представить себе, я уже говорил о «нечеловеческой логике» - примите это просто за аксиому!



Что же касается зоны стопы D7, то мы можем с полной уверенностью говорить, что через нее осуществляется контроль/блокирование прежнего кармического опыта.

Мне регулярно встречаются ситуации, когда работаем клиенту стопу и голень, а происходит раскрутка дисфункций живота и грудной клетки с полным психосоматическим «букетом вздохов и ахов». Я глубоко убежден, что не может быть стойкой безрецидивной проработки зон V4-V3-V2 без лечения стопы и голени.

NB! Наш настоящий опыт V3 - это «грабли», на которые мы постоянно наступаем в нынешнем своем воплощении. Это проявляется в типичных напрягающих жизненных ситуациях клиентов, например таких как: «уже третий муж и тоже алкаш»; «уже третья жена и тоже сука и б..дь», ну и каанешь, в типичных реакциях вегетативной нервной системы на типичное, притянутое самим же клиентом, окружение, события и психосоматические болячки.

Этот опыт был уже пережит нами ранее, но он заблокирован через описываемые ножные зоны DSV. Это их основное предназначение.

Спросите зачем!? А примените нечеловеческую логику и ответ покажется вполне логичным – чтобы каждое последующее телесное воплощение отжимать из тушки/клиента дуккху путем работы проверенных и отработанных схем с наименьшими трудозатратами для конечного потребителя!

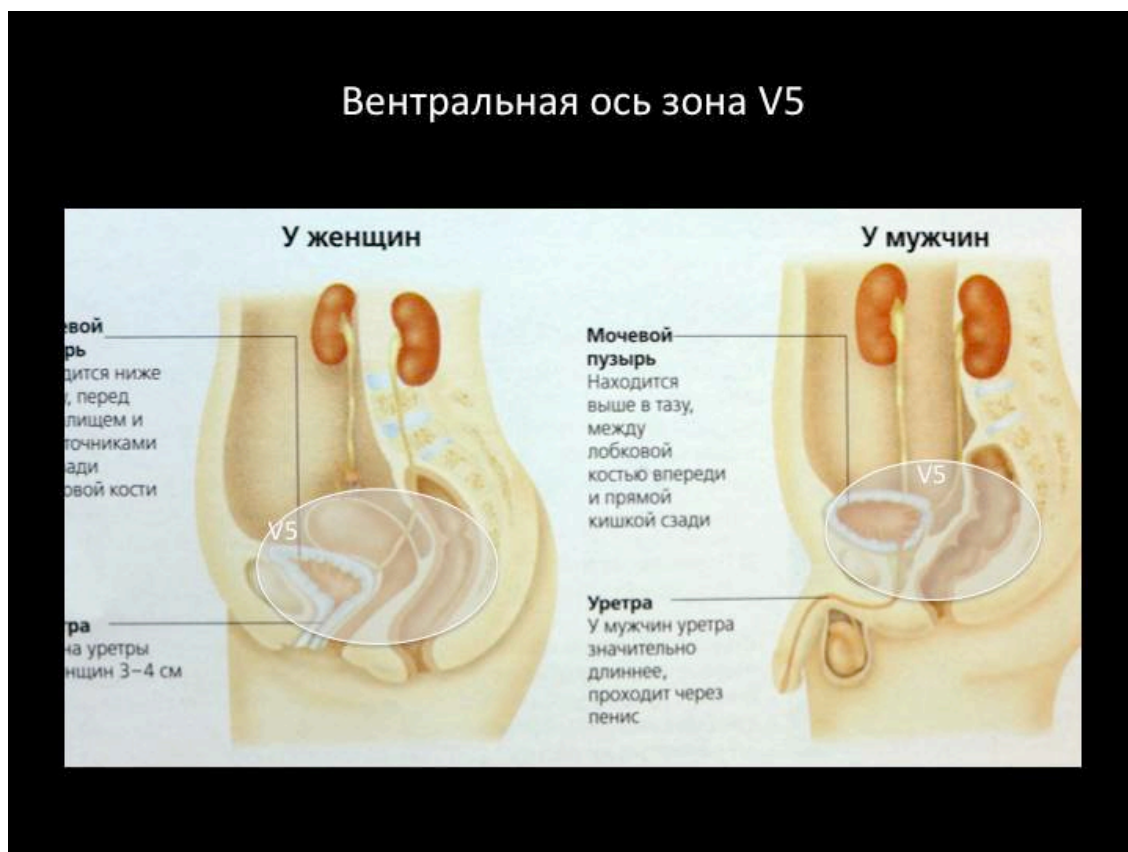


Рис. 43 – Локализация зоны V5 у мужчин и женщин.

Подробнее о представительстве зоны V5 в органах и тканях:

- Вентральная часть крестца;
- Ампула прямой кишки;
- Матка (ж);
- Мочевой пузырь;
- Простата, семенные пузырьки (м);
- Лонное сочленение;
- Миофасциальные и связочные структуры урогенитальной диафрагмы включая сфинктеры;
- Копчик;
- Крестцовое и копчиковое вегетативное сплетения.

Активация V5 зоны – это витальный страх когда вы реально можете утонуть, задохнуться, упасть с высоты или нечто подобное.

Клиника V5 очень характерна своими биомеханическими и рефлекторными процессами. Локально чаще ничего и не болит. Локальное напряжение мускулатуры дна таза закономерно передается на крестцовые нервные корешки и их дуральные рукава – отростки твердой спинномозговой оболочки, которые выходят вместе с нервным корешком и окутывают его, далее переходя в оболочку нерва.

Так как уже в крестцовом канале и в нижней части позвоночного канала корешки располагаются продольно, то эта тяга из зоны V5 передается продольно в краниальном направлении, по ходу всей твердой спинномозговой и мозговой оболочки, включая внутрочерепные мембраны. Такое состояние в краниосакральной терапии называют «нижний стрейн» или нижнее вертикальное натяжение.

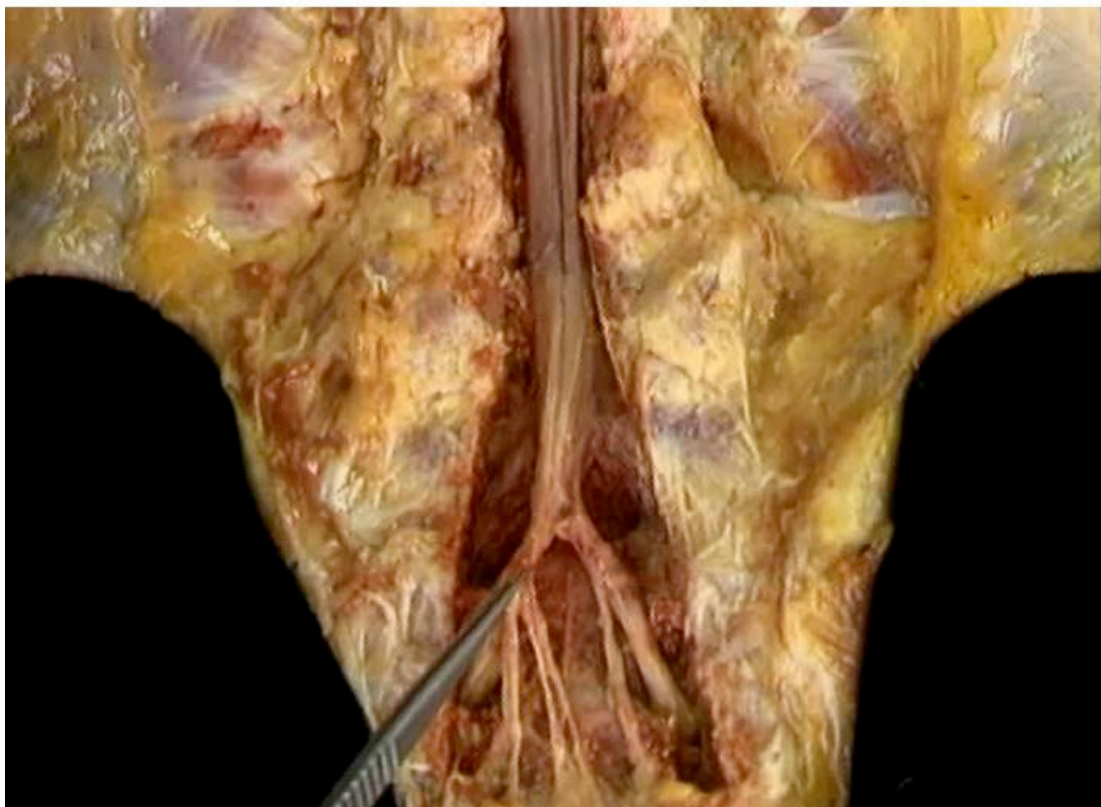


Рис. 44 – Расщепление, или мультипликация дуральной спинномозговой оболочки в крестцовом канале и сопровождение ею корешков в проекции зоны V5

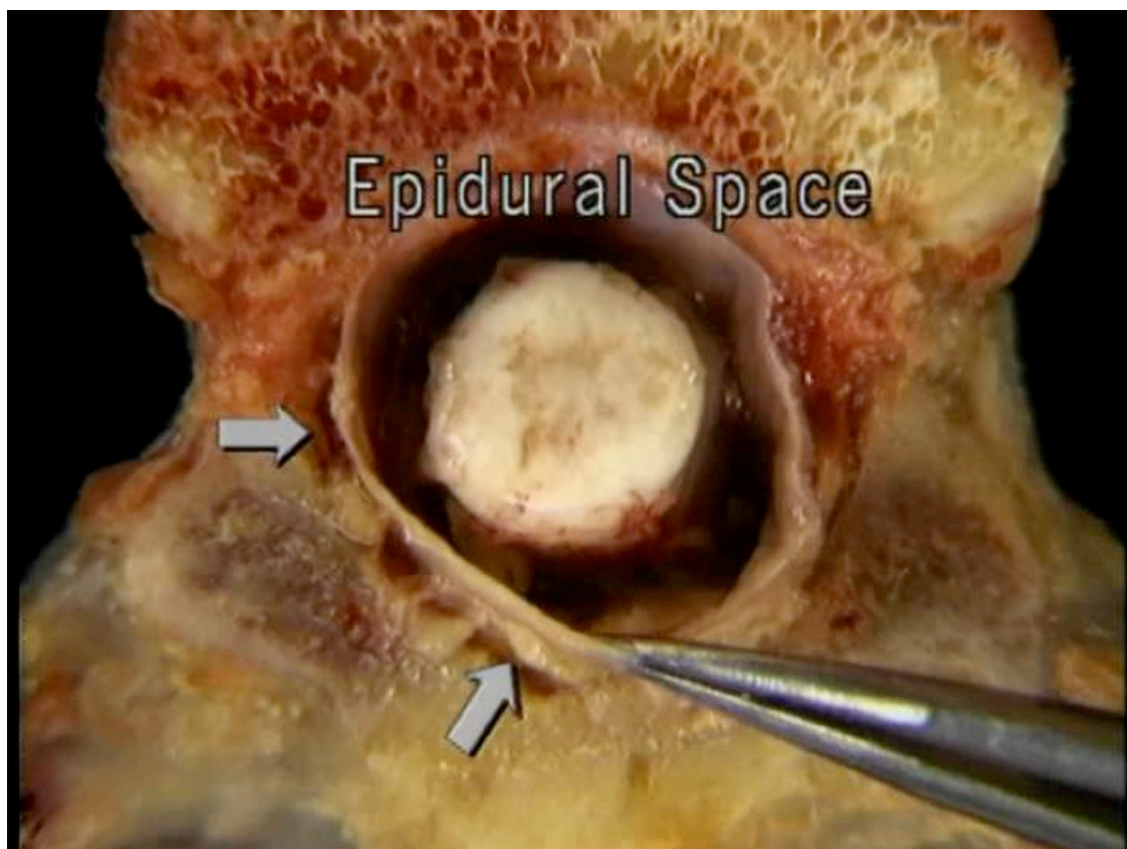


Рис. 45 – Поперечный срез через тело позвонка – видны спинной мозг, твердая спинномозговая оболочка и эпидуральное пространство, заполненное жировой клетчаткой и венозным сплетением.

Сама дуральная спинномозговая оболочка в позвоночном канале окружена жировой клетчаткой, что дает ей возможность «скользить» в продольном направлении, в среднем, на расстояние до 11 мм.

Если это нижнее вертикальное натяжение дуральной оболочки столкнется с препятствием на своем пути, например – грыжей межпозвонкового диска, то в этом месте разовьются боли и другие рефлекторные или сосудистые симптомы, вплоть до корешкового синдрома. Чаще всего это может быть грыжа на уровне поясничных позвонков L4-L5, либо на шейном уровне между позвонками C4-C5-C6.

Если напряжение мозговых оболочек пройдет в череп, то возникнет напряжение внутричерепных мембран, головные боли – внутричерепные мембраны иннервируются системой тройничного нерва и поэтому очень чувствительны к механическому напряжению. Как правило возникает рефлекторная реакция сосудов, проявляющаяся спазмом артерий и расширением вен, что также проявляется головными болями. Обязательно будут реагировать кости основания и свода черепа, так как внутричерепные мембраны вставляются в них

Из-за этой продольной тяги происходит механическое напряжение в районе решетчатой кости и гайморовых пазух с рефлекторным нарушением лимфооттока, что закономерно приводит к развитию инфекции в этом месте. Практически все хронические насморки, гаймориты, этмоидиты, искривление носовой перегородки имеют в анамнезе нижнее вертикальное натяжение краниосакральной системы в зону V5!

Из других типичных нарушений дуральной спинномозговой оболочки можно также отметить верхний стрейн, который происходит при напряжении тканей в районе зоны V1 и передается через мозговой серп, прежде всего. Там где

напряжение встречается с препятствием (*обычно грыжа межпозвонкового диска*) там и развивается клиника заболевания.

Возможны также торзии, или скручивания дуральной оболочки и мембран черепа, которые типично и предсказуемо возникают при напряжении зон S2-V2-D2.

Эта торзия передается на всю дуральную систему, вызывая торзию позвонков и тканей всего тела – получается так, что одна половина тела как бы “опережает” другую и наоборот. Когда торзия проходит вниз до крестца, то вызывает клинику в местах контакта дуральной оболочки с грыжей либо рефлекторно/постуральные нарушения. Если торзия проходит вверх до мембран черепа, то происходит торзия/перекос плечевого пояса, лица, основания и свода черепа в той или иной степени и также постуральные нарушения.

NB! Косое и кривое тело/лицо/голова есть следствие флуэдической перегрузки зон S2-V2-D2, иногда V3, за исключением случаев явных мезодермальных аномалий.

Клиника и боли будут возникать в тех местах и тогда, когда торзия (*как правило – комбинация торзии со стрейном*) дуральной системы приведет к некомпенсированным рефлекторным сосудистым/висцеральным/мышечным нарушениям на своем пути.

Чтобы не потеряться в этих стрейнах и торзиях я всегда использую диагностический прием «взвешивание» за нижне/грудной отдел позвоночника, в позиции пациента лежа на спине. Вот тут внимание! Я определяю не механическое, а флуэдическое напряжение в структурах DSV выше или ниже зоны контакта моей руки с позвоночником в зонах V4 –V5 или V2-V1.

Это очень простая и надежная методика – не надо тратить время на большое количество бестолковых тестов, а взять и один раз научиться перцептировать уровень флуэдического напряжения, и Ваши возможности в плане понимания закономерностей происходящего возрастут на несколько порядков!

Принципы лечебных техник просты и доступны:

1. Удаление дисфункционального флуэда из проблемной зоны тела прямым в зону исхода флуэда, за пределами тела физического;
2. Удаление дисфункционального флуэда из проблемной зоны, транзитом через пути и центры системы DSV в зону исхода флуэда, за пределами тела физического.

Обычно я дополнительно манипулирую тканью для диагностики позиции максимального флуэдического напряжения.

Эти техники, фактически это одна техника, гарантированно убирают активность участка вегетативной нервной системы, что расслабляет гладкие, а затем поперечнополосатые мышцы региона и снимает дисфункциональный отек.

Боль и напряжение уходят очень быстро. Техника применима и для костных структур, только на костях необходимо работать более мягко и нежно, чем на мягких тканях!

Второй этап лечения – растяжение фиброза, если мы работаем на мягких тканях или “реконструкция”, если работаем на костях.

С учетом глобальных связей человека с окружающими его флуэдическими образованиями – родом, эгрегорами и прочими нечеловеческими сущностями в Биологическом Центрировании разработаны схемы и протоколы коррекции этих

связей, которые могут быть основой не только всех психосоматических страданий, но и большинства “мясных” проблем. Эти техники приводят к серьезному “личностному апгрейду” и поэтому показаны не всем клиентам, а только тем, кто готов брать на себя ответственность за свою жизнь и поступки. Таких клиентов вы узнаете сразу. Если ошибетесь – будет потом ходить и нудить: “...верните все назад☹” А все – “поезд ушел”.

В практической работе я постоянно использую вспомогательные флуэдические инструменты и механизмы, такие как кастомные ножи, формулы и некроутилизаторы негативного флуэда (*кости мамонта, например*).



Рис. 46 – Вариант кастомного ножа – ручная работа, единственный экземпляр, дамаск, золото, вставки ископаемой органики- мамонт, дорого. Хотя, можно подобрать и недорогой рабочий нож – мне встречался нож из обработанного железнодорожного костыля за смешную цену и с неплохими рабочими характеристиками. Но дамасск – лучше всего, все равно!

Основные принципы работы ножей – это направленная организация флуэдического потока. Правильно подобранный и настроенный нож дает сильный, тонкий и длинный, практически в бесконечность, флуэдический луч. Куда он деваает дисфункциональный флуэд!? Скорее всего куда-то в другое измерение, так как при работе с ножами не происходит локального повышения давления флуэда, которое может возникать в ручных техниках и воспринимается как заложенность и звон в ушах – “накрывает”. Также не происходит и флуэдических откатов – то что при работе руками вызывает напруг S1-V1 у терапевта, при работе с такими же вариантами дисфункций ножом все проходит гладко, «без шума и пыли».

Если вы работаете по фотографии (*не важно, живого или умершего – механизмы одни*), по фантому или по родовой дисфункции – всегда работайте через нож! Во первых – очень легко и наглядно флуэдически «подсветите» все хитросплетения и связи дисфункций, а во вторых – сохраните себе здоровье.

NB! Работа «за гранью» всегда требует от терапевта использования специальных вспомогательных флуэдических артефактов!

Вариант из серии «очень эффективно, но очень дорого»:



Рис.47 – Механические флуэдические компенсаторы – МО символы и первоэлементы. Сам символ вращается и фиксируется относительно внешнего кольца. Белое/желтое золото 750 пробы, вставки бриллиантов в местах терапевтических позиций.

Каждому паталогическому состоянию на флуэдическом уровне соответствует своя позиция в пространстве МО символа либо их комбинации в виде первоэлемента. Путем тренировки перцептивных навыков можно уверенно определять позиции проблемы и необходимой компенсации.

Это применимо при всех личностно/напрягающих и психосоматических состояниях, а также для коррекции ситуационных актуальных рядов.

Более простые, но не менее эффективные флуэдические артефакты могут быть быстро изготовлены из доступных подручных средств, к примеру: чистая вода, одноразовый стаканчик, соль, салфетка, карандаш, лист бумаги формата А4, ветки осины или тополя и т.д.

Что же касается флуэдических формул – фактически языка общения с флуэдом и управления его потоками, то кроме вышеприведенного примера флуэдического утилизатора (на листе формата А4 для распечатки) в рамках этого руководства я больше ничего не привожу. В неумелых или «очумелых» руках это может оказаться нечто похожим на «обезьяну с гранатой» с весьма печальными последствиями для того, на ком эти формулы нарисовали. Летальных случаев не было, но очень плохо было – проверено!

Рекомендуемое к просмотру видео из моего канала на Ютубе. Это фрагменты проводимых мною семинаров на разные темы, в разных городах, с 2005 по 2014 года. В наличии около 100 видеороликов, я их регулярно добавляю. Ссылка на канал <https://www.youtube.com/user/ThePraktik01>

Ссылки на страницы в социальных сетях, где я регулярно размещаю интересные посты, информацию о семинарах, актуальных вопросах Биологического Центрирования и прочую полезную информацию. Присылайте заявки – принимаю всех кроме явных спамеров.

Фейсбук <https://www.facebook.com/yuchikurov>

ВКонтакте <https://vk.com/id139677998>

Твиттер <https://twitter.com/DrChikurov>

ПРИМЕЧАНИЯ И ДОПОЛНЕНИЯ

Опубликовано 04.09.2014.

О смысле жизни и причинах рецидивов зон V2-V3

Асимметричная проприоцептивная активность дистальных отделов конечностей и есть тот самый материальный информационный носитель человеческой ригидности мыслей, эмоций и поступков - основы рецидивов дисфункций зон V2-V3.

По всей видимости мы имеем дело с достаточно стойкими доминантами в нервной системе на уровнях дистальные проприорецепторы - базальные узлы - поясная извилина. Причем, асимметрия проприоцептивных состояний в формате «справа-слева», или другими словами - «афферентная анизотропия» и есть та самая информация, поддерживающая «программы жизни», находящиеся в базальных узлах и поясной извилине.

Это может быть "заразным" при неозознанном подражании жестам или походке или иными двигательными актами одного человека другому. Обычно ребенок подражает взрослому, или подчиненный начальнику, или поклонники кумиру. В итоге все они имеют сходные желания V2 и ограничения V3.

Мне удалось разработать протоколы диагностики и коррекции этих состояний. Материал будет показан на семинарах БЦ различного формата и на Терапевтической Дефрагментации.

В рамках озвученной идеи можно с полной уверенностью сказать, что целенаправленная стимуляция праворукости в детском возрасте для целей социальных коммуникаций (письмо) или чего иного (ложка, вилка, к примеру) и подавление леворукости гарантированно приводит к гипоафферентным состояниям со стороны левой кисти и соответственно подкорковых узлов правого полушария. А гипоафферентные состояния как раз и есть нейрофизиологическая основа патологических доминант.

Каждое наше повседневное движение питает наши дисфункции. Отсюда растут положительные эффекты йоги, Гурджиевских движений и прочих движений разрывающих эти социальные шаблоны.

Так вот, продолжаю идею - пишем и кушаем мы правой рукой, а ходим с левой ноги. В прошлом году я совершенно интуитивно нашел позиции для левой руки и правой ноги, которые моментально "уносили клиента в измененку" - вызывали феномен "внутренней пустоты", остановку внутреннего диалога, расслабление скелетных мышц, реакцию висцеры и вегетатики, успокоение эмоций.

Мы с успехом стали применять эту технику для коррекции актуальных и заявленных состояний психоэмоционального напряжения. Тогда мне были не совсем ясны механизмы этих эффектов. Теперь все уложилось "по полочкам".

Я выделяю два типа таких анизотропных афферентных программ. Первый тип явно привнесен извне различными социальными обусловленностями, такими как "ложка в правой руке", "водительское место слева (дает стабильно-анизотропный угол поворота головы и глаз вправо и влево по боковым зеркалам, а езда на мотоцикле утрывает эту программу)", "компьютерная мышь под правую руку" и тому подобное.

Второй тип программ возникает вследствие нисходящих ограничивающих влияний подкорковых образований на миофасциально-связочно-суставную систему в периоды высокой активности зон вентральной оси. Я имею в виду изменения тонуса мышц и связок, а также позы и движения в момент эмоциональных переживаний. Как правило, в каких-то отделах уже имеется разница в напряжении между правой и левой сторонами тела. Это может быть следствием травмы либо резидуальных (остаточных) перинатальных проблем. Поэтому изначально разные мышцы напрягаются по разному и дисфункция усиливается.

Если первый тип программ легко выявить и компенсировать, то со вторым типом дела обстоят сложнее – приходится выполнять специальные нагрузочные симметричные двигательные тесты, но получаемый результат того стоит!

На практике мы имеем (в глубоко упрощенном варианте) “сокращенную” мышцу и связку двигательного функционала, и “блокированный” сустав. Но, повторяю еще раз – диагностически значимые изменения обычно проявляются только во время активного произвольного движения клиента!

Для поддержания дисфункции в подкорковых узлах головного мозга крайне важна разница (относительная анизотропия) афферентной информации от проприорецепторов “полноценного” двигательного функционала и “ограниченного” первым или вторым типом анизотропной программы. Сами программы могут включаться как одновременно, так и по очереди.

Получается что информация, которая питает дисфункцию вроде есть, а на самом деле ее и нету. Очень коварное решение того, кто это придумал и воплотил “в теле”!