

# TERAPIA MANUALNA RAKOWSKIEGO

KURS PODSTAWOWY

---



INSTYTUT RAKOWSKIEGO

# PROGRAM KURSU PODSTAWOWEGO TERAPII MANUALNEJ RAKOWSKIEGO

## Wprowadzenie

Terapia Manualna Rakowskiego (TMR) obchodzi w 2019 roku czterdziestolecie powstania i rozwoju. W swojej koncepcji uznaje niepodważalne znaczenie nauk medycznych jako podstawy w badaniu, diagnozie oraz leczeniu. Zajmuje się terapią odwracalnych (pochodzenia pierwotnego) zaburzeń czynności narządu ruchu. Za jego pośrednictwem może kontynuować leczenie dolegliwości i chorób pochodzenia czynnościowego także narządów wewnętrznych, jeśli w dodatkowych badaniach medycznych specjaliści nie stwierdzili obecności choroby organicznej jako ich źródła. Ponadto może zajmować się również leczeniem zaburzeń funkcji jako następstw, konsekwencji chorób organicznych. W tej sytuacji może wspomagać leczenie choroby głównej, ale decyzję o tym podejmuje lekarz prowadzący.

Przyczyny pierwotne chorób czynnościowych to, jak obliczono, ok. 80% przyczyn wszystkich chorób gnębiących człowieka. Ponadto, jak już wyżej wspomniano, chorobom organicznym towarzyszą także zaburzenia czynności. Dysfunkcyjność więc jest zjawiskiem powszechnym!

Jej istotą, główną przyczyną, jest chroniczne przeciążenie statyczne. Ono zmienia stan tkanek. Dotyczy to przede wszystkim struktur łącznotkankowych. Co ważne, zmiany tej **nie** rejestrują stosowane obecnie obiektywne badania medyczne! Chory cierpi, a medycyna nie znajduje przyczyny. Zmiana ta roboczo została nazwana w Terapii Manualnej Rakowskiego patologiczną czynnościowo aktywnością tkankową (czynnościową zmianą stanu tkanek). Ta patologiczna czynnościowo aktywność tkankowa towarzyszy poznanym stanom chorobowym naszego organizmu. Przy jej pomocy można wytłumaczyć dysfunkcje rozpoznawane różnymi technikami badania manualnego przez prowokowanie, ale także badaniem ruchomości fizjologicznej, parafizjologicznej w kombinacji z oceną zmian strukturalnych i biomechanicznych. Tą drogą można także wytłumaczyć przenoszenie się zaburzeń czynności z narządu ruchu na układ wegetatywny. W dysfunkcjach narządu ruchu jest to zjawisko bardzo częste. Dzięki niemu można zobaczyć i usprawiedliwić wpływ zaburzeń czynności na generowanie objawów praktycznie we wszystkich dziedzinach medycyny, w większości specjalności medycznych. Ponadto, co bardzo ważne, czynnościowa zmiana stanu tkanek, reaguje zmianą swojego stanu na stres psychiczny. Dzięki temu reakcje narządu ruchu na bodźce psychogenne stają się czytelne także biomechanicznie. Można je skutecznie wykorzystać w procesach poznawania indywidualnej patogenezы oraz w skutecznej terapii chorób czynnościowych, a także we wspomaganiu leczenia chorób organicznych. Jej niezwykle cechy wykorzystujemy w praktyce terapeutycznej, dzięki ich poznaniu i dalszemu poznawaniu system Terapii Manualnej Rakowskiego stał się niezwykle skuteczny w rozwiązywaniu problemów ludzkich pochodzenia pierwotnego. Program ten jest więc wynikiem obserwacji sposobów, rodzajów reagowania chorych na przeciążenia statyczne (cywilizacyjne) oraz na zadawane bodźce lecznicze. Zweryfikowała go bezwzględnie codzienna, wieloletnia praktyka terapeutyczna, liczona w dziesiątkach tysięcy udokumentowanych zabiegów. W drodze naturalnej selekcji pozostały w nim tylko takie sposoby myślenia oraz techniki diagnostyczne i zabiegowe, które dynamicznie inicjowały i dalej stymulowały indywidualne procesy lecznicze. Realizuje autorski program oparty o znajomość cech patologicznej czynnościowo aktywności tkankowej, co ją zasadniczo wyróżnia z wszystkich pozostałych szkół terapii manualnej. Terapia Manualna Rakowskiego rozpoczęła swój rozwój w oparciu o takie szkoły i takich twórców medycyny manualnej jak: Robert Maigne (Francja), Karel Lewit (Czechy), Karl Sell, Hans P. Bischoff, Herbert Frisch (Niemcy), Freddi Kaltenborn (Norwegia) i in. Na program ten pewien wpływ wywarła także osteopatia - Lauri Hartman (Anglia) oraz medycyna czaszkowo-krzyżowa (E. Upledger).

TMR rozwija się dalej samodzielnie. To, co ją wyróżnia to to, iż fizyczność oraz sferę psychiczno-duchową traktuje jako integralną całość. Wzajemne zależności pomiędzy nimi widać w oparciu o aktualną wiedzę fizjologiczną (Selye, Traczyk i inni) oraz o wiedzę i doświadczenie praktyczne. Zależności te wykorzystuje w pracy z pacjentami, co okazało się niezbędne do osiągnięcia pełnych sukcesów leczniczych!

W rezultacie takiego połączenia powstał spójny, samodzielny, bardzo skuteczny system, w którym terapeuta jest wyposażony w teoretyczne i praktyczne możliwości całościowego oddziaływania nie tylko na narząd ruchu, ale na całą osobowość. System ten niejako wymusza rozwój merytoryczny, a także osobisty ludzi biorących udział w procesie leczniczym. Mamy tutaj na myśli zarówno terapeutę jak i chorego! Zrealizowanie zatem niniejszego programu wyposaży uczestników w rzeczywiste, a przede wszystkim skuteczne i bezpieczne, umiejętności badania, diagnozy i efektywnego leczenia manualnego zaburzeń czynności i ich skutków.

Integralną częścią Terapii Manualnej Rakowskiego jest osobiste zaangażowanie pacjenta w proces leczniczy. Wdrażamy zatem edukację w zakresie autoterapii. Jej celem jest: po rozpoznaniu patogenezy i zaprzestaniu negatywnego stymulowania, samodzielne uczestniczenie w procesie zdrowienia i dalej podtrzymywania zdrowia.

***Terapia Manualna Rakowskiego to dynamiczny system leczenia zaburzeń czynności narządu ruchu. Do nieustannej zmienności organizmu system ten dostosowuje swoje procedury diagnostyczne i lecznicze. Narząd ruchu ujmowany jest jako sfera integrująca osobowość. W następstwie dysfunkcji pojawia się czynnościowa zmiana stanu tkanek, które przyjmują patologiczną aktywność biologiczną i mogą generować objawy chorobowe. Bodźcami normalizującymi są zabiegi biomechaniczne, odruchowe, a także słowo. Ich zadaniem jest pozytywne stymulowanie do uruchomienia, a następnie podtrzymywania procesów zdrowienia.***

Częścią autoterapii jest w TMR jest **Terapia Edukacyjna**. Przedmiotem jej zainteresowania są reakcje psychogenne narządu ruchu. Pokażemy praktycznie związki pomiędzy nimi, a także podstawowe formy Terapii Edukacyjnej. Ich celem jest rozpoznawanie, a następnie redukcja negatywnych wzorców reagowania narządu ruchu na stres psychiczny.

***Terapia Edukacyjna to zespół procedur psychiczno-fizycznych służących korygowaniu przeciążających, niekorzystnych wzorców reagowania tkankami narządu ruchu na stres.***

Program opracowany został dla czterech modułów podstawowych. Codziennie pracujemy ponad 8 godzin: 7,5 godziny przeznaczamy na terapię manualną oraz podstawy Terapii Edukacyjnej. Następne 1 godzinę i 45 minut poświęcamy nauczaniu autoterapii zaburzeń czynności narządu ruchu wraz z ich skutkami.

**Andrzej Rakowski**

## Moduł I kursu podstawowego

### Wprowadzenie do Terapii Manualnej Rakowskiego

1. Rys historyczny medycyny manualnej.
2. Powstanie i rozwój Terapii Manualnej Rakowskiego (TMR).
3. Modele rozumienia patogenezy oraz terapii zaburzeń czynności narządu ruchu:
  - zaburzenia czynności narządu ruchu pochodzenia pierwotnego
  - model mechanistyczny
  - model mechanistyczny rozwinięty
  - model dynamiczny
4. Sfery osobowości – dynamika wzajemnych interakcji:
  - psychiczno-duchowa
  - środowiskowo-społeczna
  - parietalna (narząd ruchu)
  - narządów wewnętrznych
  - płynów ustrojowych
  - filogenetyczno-ontogenetyczna
5. Narząd ruchu jako sfera integrująca osobowość.

### Podstawowe pojęcia w modelu dynamicznym rozumienia procesów chorobowych oraz procesów zdrowienia – cechy czynnościowej zmiany stanu tkanek.

1. Czynnościowa zmiana stanu tkanek (CZST):
  - generuje ból i inne objawy chorobowe, w tym wegetatywne
  - przypomina stany zapalne
  - wytwarza dostęp do aferencji
  - pamięć tkankowa
  - przenoszenie informacji różnymi drogami
  - przez czynnościową aktywność tkankową można wytłumaczyć wpływ stresu na reakcje zmianami biomechanicznymi oraz odruchowymi
  - może wywierać wpływ na zmianę obrazu krwi
  - wykazuje związki z układem wegetatywnym
2. Aktywność biologiczna tkanek w patologii czynnościowej:
  - cechy CZST w obrazie klinicznym
  - cechy CZST w badaniu palpacyjnym
  - stany „zapalne”, stany „miejscowo zapalne”
  - nadmierna wrażliwość na ucisk
3. Trzy fazy rozwoju biologicznej aktywności CZST:
  - faza ukrytych zaburzeń czynności narządu ruchu
  - faza stanów subklinicznych CZST

- faza stanów klinicznych CZST
  - problem zwiastunów dolegliwości.
4. Dlaczego nie możemy się wyleczyć?
  5. Strukturalne następstwa CZST.
  6. Bólowe następstwa CZST.
  7. Wegetatywne następstwa CZST.
  8. Rodzaje aktywności CZST w patologii czynnościowej:
    - punkty maksymalnie bolesne
    - punkty spustowe
    - punkty swoiste dla dysfunkcji stawowych
    - czynnościowe zmiany stanu tkanki podskórnej
  9. CZST a zaburzenia czynności stawowych:
    - CZST a „odblokowanie”, „nastawianie”, „przestawianie”, „wciskanie” itd.
    - cele TMR w zaburzeniach czynności narządu ruchu
    - organizm leczy się przez wykorzystanie zasobów własnych do normalizacji - zdrowienia:
      - ✓ chiropraktyka
      - ✓ osteopatia – sukcesy lecznicze
      - ✓ nomenklatura w medycynie manualnej
      - ✓ techniki i filozofia medycyny ludowej
      - ✓ zasoby własne osobowości
    - skrajne obszary na skali percepcji w dostępie do aferencji
    - CZST w stanach przed i pooperacyjnych
    - CZST jako reakcja na bodźce zarówno chorobowe jak i lecznicze
    - CZST w tkankach okołostawowych:
      - ✓ odbiorcy informacji
      - ✓ odbiorcy – nadawcy informacji.
  10. Inne cechy czynnościowej zmiany stanu tkanek:
    - interakcje pomiędzy strukturami anatomicznymi cechującymi się CZST
    - łańcuchy przyczynowo-skutkowe zaburzeń czynności narządu ruchu
    - refleks biograficzny
    - pamięć tkankowa w wywiadzie oraz badaniu palpacyjnym
    - droga choroby czynnościowej.
  11. Dostęp do aferencji.
  12. Test kontrolny.
  13. Szlak migrenowo–wegetatywny.
  14. Stymulowanie negatywne.
  15. Przeciążenie statyczne.



## **Bodźce zabiegowe stosowane w Terapii Manulanej Rakowskiego: biomechaniczne, odruchowe oraz słowne.**

### 1. Zakresy ruchu w stawie i zależne od nich techniki zabiegowe:

- ruch czynny – charakterystyka i zastosowanie w terapii zaburzeń czynności:
  - ✓ mobilizacje czynne
  - ✓ trening siłowy
- ruch bierny:
  - ✓ mobilizacje bierne własne
  - ✓ mobilizacje bierne
  - ✓ badanie i mobilizacje gry stawowej
  - ✓ granica fizjologiczna ruchu - mobilizacje z impulsem
  - ✓ granica anatomiczna ruchu.

### 2. Techniki zabiegowe stosowane w TMR:

- techniki biomechaniczne:
  - ✓ mobilizacje bierne z impulsem (manipulacje)
  - ✓ mobilizacje bierne pulsowane
  - ✓ mobilizacje bierne własne
  - ✓ mobilizacje czynne
  - ✓ zasada bezbolesności i ruchu przeciwnego
- techniki odruchowe:
  - ✓ mobilizacje uciskowe punktów maksymalnie bolesnych
  - ✓ mobilizacje uciskowe punktów spustowych jako próba terapii oraz element diagnozy różnicującej
  - ✓ terapia łuku atlasu wg Arlena
  - ✓ terapia odruchowa zaburzeń czynności narządu żucia
  - ✓ igłoterapia
  - ✓ mobilizacje struktur dna miednicy z dostępu per rectum
- techniki tkanek miękkich:
  - ✓ poizometryczna relaksacja mięśni
  - ✓ techniki powięziowe
  - ✓ mobilizacje uciskowe stref komórkowo-bólowych
  - ✓ trening wzmacniający mięśnie fazy
- techniki słowne:
  - ✓ znaczenie jatrogenne przekazu werbalnego
  - ✓ znaczenie jatrogenne przekazu niewerbalnego
  - ✓ sugestie werbalne do procesu zdrowienia w oparciu o fizjologiczne reakcje w teście kontrolnym oraz edukację

## **Zespół segmentu ruchowego kręgosłupa (srk)**

1. Stawy międzywyrstkowe kręgosłupa i ich zadanie w przenoszeniu informacji.
2. Czynności biomechaniczne segmentu ruchowego kręgosłupa.
3. Czynności nerwowo-odruchowe srk.
4. Wpływ czynnościowej zmiany stanu tkanek na ww. czynności srk.
5. Przednia gałąź nerwu rdzeniowego.
6. Tylna gałąź nerwu rdzeniowego.
7. Strefy komórkowo-bólowe tkanki podskórnej.
8. Więzadła międzykolcowe i więzadło nadkolcowe.
9. Blokada śróddyskowa.
10. Wypuklina oraz przepuklina pierścienia włóknistego i wypadnięcie jądra miazdżystego jako przypadek szczególny (informacje podstawowe, rozwinięcie na trzecim module podstawowym).
11. Konflikt dyskowo-korzeniowy aktywny i nieaktywny, stany mieszane (informacje podstawowe, rozwinięcie na trzecim module podstawowym).
12. Znaczenie zaburzeń dyskowych dla czynności stawu międzywyrstkowego (informacje podstawowe, rozwinięcie na trzecim module podstawowym).

## **Wskazania i przeciwwskazania do zastosowania Terapii Manualnej Rakowskiego**

1. Wskazania:
  - edukacja w zakresie profilaktyki zdrowia w wymiarze teoretycznym oraz praktycznym
  - zaburzenia czynności narządu ruchu (w tym psychogenne) i ich następstwa
  - wspomaganie leczenia w chorobach strukturalnych i chorobach organicznych
  - terapia zaburzeń czynności narządu ruchu po wyleczeniu choroby organicznej (w tym zmian strukturalnych).
2. Przeciwwskazania:
  - bezwzględne w stosowaniu technik biomechanicznych w niektórych chorobach organicznych (nowotwory, gruźlica, choroby reumatyczne, inne stany zapalne, osteoporoza)
  - bezwzględne w stosowaniu technik biomechanicznych w niektórych chorobach strukturalnych (aktywny konflikt dyskowo-korzeniowy – „wypadnięcie jądra miazdżystego”, kręgozmyk, neoartroza unkowvertebralna, artrozy)
  - względne w stosowaniu technik biomechanicznych przy nadruchomości ogólnej i miejscowej
  - względne do stosowania technik odruchowych.

## **Techniki badawcze dla segmentów ruchowych kręgosłupa, stawów krzyżowo-biodrowych, stawów biodrowych, więzadeł stawu krzyżowo-biodrowego.**

1. Punkty orientacyjne kręgosłupa.
2. Anatomia palpacyjna.
3. Miednica
  - stawy krzyżowo-biodrowe jako rejon kluczowy ciała

- ruchomość stawu krzyżowo-biodrowego:
    - ✓ ruchy ślizgowe
    - ✓ ruchy wokół osi strzałkowej
    - ✓ nutacja
    - ✓ kontrnutacja
    - ✓ ruchy kontralateralne.
  - badanie równowagi statycznej miednicy:
    - ✓ ocena statyki miednicy
    - ✓ ocena czynności statycznych miednicy - objawy wyprzedzania
    - ✓ biomechaniczna analiza uzyskanych danych dla wyboru kierunku zabiegowego stawów krzyżowo-biodrowych.
4. Badanie zaburzeń czynności stawów miednicy:
- badanie stawów krzyżowo-biodrowych (sskb):
    - ✓ badanie palpacyjne gry stawowej stawu krzyżowo-biodrowego
    - ✓ topografia punktów swoistych dla dysfunkcji stawu krzyżowo-biodrowego (skb) wg K. Sell`a, badanie
    - ✓ zastosowanie zasady bezbolesności i ruchu przeciwnego
    - ✓ zapis topografii i zapis funkcji
  - badanie stawów biodrowych (ssb):
    - ✓ dystrakcja w stawie biodrowym
    - ✓ punkty swoiste dla dysfunkcji stawu biodrowego
    - ✓ test Patrick`a – Kubis`a.
5. Badanie prowokowaniem struktur segmentu ruchowego kręgosłupa:
- mobilizacje uciskowe więzadła nadkolcowego
  - mobilizacje uciskowe więzadeł międzykolcowych
  - mobilizacje uciskowe tkanek okołostawowych stawu międzywyrastkowego
  - badanie srk przez wyrostki kolczyste
  - badanie przez strefy komórkowo-bólone tkanki podskórnej.

**Techniki zabiegowe dla: stawów krzyżowo-biodrowych, dolnego odcinka piersiowego (Thi) kręgosłupa, odcinka lędźwiowego (L) kręgosłupa oraz więzadeł stawu krzyżowo-biodrowego.**

1. Techniki zabiegowe dla stawów krzyżowo-biodrowych:
  - mobilizacje uderzeniowe niespecyficzne
  - mobilizacje uderzeniowe uspecyficznione: S1, S3 brzusznie
  - kołysanie stawu krzyżowo-biodrowego
  - zabieg krzyżowo-brzusny dla S3 brzusznie
  - technika z wysokoku dla S1 brzusznie
  - mobilizacje obwodzeniem w stawie biodrowym dla potrzeb równowagi statycznej miednicy.
2. Techniki zabiegowe niespecyficzne dla segmentów ruchowych kręgosłupa piersiowego dolnego (Thi) oraz lędźwiowego (L):
  - kołysanie
  - oscylacja.



3. Techniki wykonywania mobilizacji uciskowych pól punktów spustowych struktur łącznotkankowych i tkanki podskórnej:
- cele stosowania mobilizacji uciskowych
    - ✓ należą do technik badawczych przez prowokowanie
    - ✓ zawsze pokazują na stan aktualny tkanek, który zmienia się nieustannie
    - ✓ w kombinacji z testem kontrolnym pokazują tkankę generującą objaw i wytwarzającą dostęp do aferencji
    - ✓ wydajnie służą w autoterapii
  - test na znikanie bólu
  - mobilizacje uciskowe pól punktów spustowych i pól punktów maksymalnie bolesnych struktur łącznotkankowych
  - mobilizacje uciskowe pól punktów spustowych i pól punktów maksymalnie bolesnych tkanki podskórnej
  - częstotliwość i czas wykonywania zabiegu – autoterapia
  - „impuls skórny”
  - przeciwwskazania do stosowania mobilizacji uciskowych.

## Klinika

### 1. Nierównowaga statyczna miednicy

- patogeneza
- znaczenie dla całego organizmu
- objawy
- badanie
- terapia.

### 2. Zespoły więzadeł stawu krzyżowo-biodrowego:

- **zespół więzadeł krzyżowo-biodrowych (wwkb):**
  - ✓ patogeneza CZST więzadeł krzyżowo-biodrowych
  - ✓ objawy CZST więzadeł krzyżowo-biodrowych:
    - bóle miejscowe
    - zaburzenia miesiączkowania, trudności z zachowaniem w ciąży, samoistne poronienia, inne
    - zasłabnięcia, omdlenia, gwałtowne utraty przytomności
    - zawroty głowy
    - migreny
    - inne
  - ✓ badanie CZST więzadeł krzyżowo-biodrowych
  - ✓ terapia CZST więzadeł krzyżowo-biodrowych
  - ✓ interakcje CZST więzadeł krzyżowo-biodrowych
- **zespół więzadła krzyżowo-guzowego (wkg)**
  - ✓ patogeneza CZST więzadła krzyżowo-guzowego
  - ✓ objawy CZST więzadła krzyżowo-guzowego:

- stany ostre
  - bóle kończyny dolnej (szczegółowa topografia)
  - objawy pseudo neurologiczne kończyny dolnej
  - bóle rejonu L/S oraz L
  - objawy w zespołach dna miednicy (urologiczne, proktologiczne, seksualne, dermatologiczne inne)
  - inne
- ✓ badanie CZST więzadła krzyżowo-guzowego
- ✓ terapia CZST więzadła krzyżowo-guzowego
- ✓ interakcje CZST więzadła krzyżowo-guzowego
  
- **zespół więzadła biodrowo-lędźwiowego (wbl)**
  - ✓ patogeneza CZST więzadła biodrowo-lędźwiowego
  - ✓ objawy CZST więzadła biodrowo-lędźwiowego
    - bóle jądra u mężczyzny
    - bóle pachwiny
    - bóle uda w rzucie m. prostego uda czasem obejmujące kolano
    - bóle L/S w rzucie wbl
    - bóle pośladka
    - bóle uda w rzucie m. dwugłowego uda
    - inne
  - ✓ badanie CZST więzadła biodrowo-lędźwiowego
  - ✓ terapia CZST więzadła biodrowo-lędźwiowego
  - ✓ interakcje CZST więzadła biodrowo-lędźwiowego

## Terapia edukacyjna

1. Mechanizmy reagowania anatomicznych struktur narządu ruchu na stres psychiczny:
  - wzorce rodzicielskie:
    - ✓ reakcje strukturami dna miednicy (zespół matki nękająco-wikłającej)
    - ✓ reakcje strukturami systemu żuchwowo-gnykowo-czaszkowego (zespół ojca tyrana)
  - postawy ciała niskiej samooceny (postawa dyrektorska, kogucia, postawa rezygnacji)
    - ✓ reakcje strukturami brzuszno-mechanizmu wspomaganego prostowania i stabilizacji tułowia (BMWPST)
    - ✓ zaburzenia w oddychaniu
  - typy zawieszenia emocji w ciele wg Lowena, zmodyfikowane („hak na mięso”, „wieszak”, „stryczek”, „strach na wróble”):
    - ✓ reakcje odcinkiem szyjnym kręgosłupa
    - ✓ reakcje odcinkiem piersiowym i piersiowo/lędźwiowym kręgosłupa
  - nadmierne napięcie spoczynkowe – („opancerzenie”)
  - brak umiejętności ruchu biernego
  - chorobowe następstwa psychogennych dysfunkcji narządu ruchu.
2. Cele korekcji przeciążających wzorców reagowania na stres:
  - osiągnięcie optymalnej sprawności ciała

- osiągnięcie optymalnej sprawności umysłu
  - osiągnięcie optymalnej sprawności ducha
  - osiągnięcie równowagi pomiędzy wszystkimi sferami osobowości
3. Neurofizjologiczne podstawy przeżywania stresu:
- oparte o odruch bezwarunkowy (funkcja ciała migdałowatego)
  - oparte o odruch warunkowy (funkcja hipokampa i kory sensorycznej).

## Autoterapia

### 1. Cel zajęć :

- nauka umiejętności nauczania chorych autoterapii:
  - ✓ program indywidualny, mający na celu wspomaganie bieżącego procesu terapeutycznego, ułatwiającego wyjście z fazy ostrych dolegliwości bólowych i/lub wegetatywnych
  - ✓ program całościowy mający za zadanie doprowadzić układ mięśniowo -szkieletowy do równowagi statycznej
- profilaktyka dolegliwości narządu ruchu
- rozpoznawanie własnych mechanizmów negatywnego stymulowania przeciążających statycznie narząd ruchu, a pochodzących z różnych sfer osobowości
- rozwój osobisty terapeuty – rozpoznawanie zasobów własnych, doskonalenie tych cech osobowości, które są niezbędne do pracy w systemie TMH dr. A. Rakowskiego.

### 2. Omówienie metod wykorzystywanych w autoterapii:

- nauka ruchu biernego – normalizacja napięcia spoczynkowego mięśni
- pozycje rozciągające tkanki okołostawowe stawu biodrowego – „program biodro”
- poizometryczna relaksacja mięśni
- stretching
- mobilizacje uciskowe pól punktów spustowych oraz pól punktów maksymalnie bolesnych
- mobilizacje skóry i tkanki podskórnej
- mobilizacje czynne
- mobilizacje bierne własne
- techniki powięziowe
- techniki pracy z przeponą
- trening wzmacniający mięśnie fazowe
- trening autogenny Schultza jako metoda obniżająca napięcie spoczynkowe mięśni oraz jako przygotowanie do pracy z wzorcami reagowania na stres.

### 3. Ruch bierny, jego rola dla zdrowia i zdrowienia, przyczyny braku umiejętności ruchu biernego.

Sposoby nauczania ruchu biernego:

- wg Jakobsona (świadome napięcie mięśni oraz rozluźnienie)
- kołysanie (zapamiętywanie stanu rozluźnienia)
- wykorzystanie pamięci rozluźnienia i przeniesienie na określoną partię ciała
- inne w zależności od potrzeb indywidualnych pacjenta.

### 4. Mięśniowa równowaga statyczna.

### 5. Przyczyny powstawania mięśniowej nierównowagi statycznej:

- czynniki antygravitacyjne
  - psychogenne
  - korzeniowe
  - pseudokorzeniowe
  - odruchowe
  - strukturalne
  - mieszane
  - inne.
6. Podstawy anatomiczno–fizjologiczne układu mięśniowego: mięśnie toniczne, fazowe, posturalne, odruch na rozciąganie, mechanizm hamowania wtórnego - klasycznie i według najnowszych badań.
  7. Zasady poizometrycznej relaksacji mięśni wykonywane z osobą pomagającą oraz samodzielnie – praktyczny trening odpowiedniego przekazu słownego oraz pracy z pacjentem.
  8. Program „biodro” pozycje rozciągające tkanki okołostawowe stawu biodrowego (siady) we wszystkich zakresach ruchomości fizjologicznej, nauczanie zasad wykonywania siadów:
    - siad szeroki
    - siad rozkroczny krótki
    - siad płotkarski
    - siad kompensacyjny
    - siad turecki
    - pozycja: śruba
    - pozycja: piorun
    - pozycja: żaba
    - pozycja skrętna
    - pozycja krakowiak.
  9. Mięsień dwugłowy uda – anatomia, funkcja, badanie, objawy CZST, techniki autoterapii.
  10. Mięsień trójgłowy łydki – anatomia, funkcja, badanie, objawy CZST, techniki autoterapii.
  11. Techniki autoterapii dla rozciągniętego podeszwowego.
  12. Trening autogenny Schultza – techniki dyrektywne, elementy treningu wg Jacobsona.

## Moduł II kursu podstawowego

### Seans zabiegowy

1. Rytuał.
2. Wywiad.
3. Dokumentacja z dotychczasowego leczenia.
4. Interpretacja badań obrazowych i innych badań dodatkowych.
5. Badanie manualne.
6. Planowanie procesu terapeutycznego.
7. Umowa terapeutyczna.
8. Rokowania.
9. Test kontrolny.
10. Wybór techniki zabiegowej.
11. Próba zabiegowa.
12. Zabieg.
13. Test kontrolny.
14. Zabieg twórczy.
15. Edukacja w zakresie autoterapii.
16. Edukacja w zakresie czynników negatywnego stymulowania – wprowadzenie do Terapii Edukacyjnej.

### Reakcje pozabiegowe

1. Natychmiastowe – test kontrolny.
2. Zagrożenie reakcją wegetatywną.
3. Przystymulowanie.
4. Reakcje pozabiegowe późne.
5. Stymulowanie negatywne.
6. Wyjście ze strefy zagrożenia nawrotem – ze strefy subklinicznej CZST.
7. Zmiana topografii bólu.
8. Zmiana rodzaju objawu.
9. Refleks biograficzny.
10. Rodzaje przebiegów reakcji pozabiegowych:
  - po zabiegu poprawa, po kilku godzinach, dniach gwałtowne pogorszenie
  - po zabiegu poprawa utrzymuje się jakiś czas (minuty, godziny dni) potem nawrót do stanu wyjściowego
  - bez żadnych reakcji
  - szybka poprawa do zniknięcia objawu włącznie
  - „poprawiło się na tyle, że z takim bólem mogę już żyć”
11. Obserwacje reakcji pozabiegowych i ich znaczenie

### **Techniki badawcze segmentu ruchowego kręgosłupa (srk) c.d.**

1. Badanie srk przez prowokowanie:
  - badanie punktów swoistych dla dysfunkcji (psd) segmentów ruchowych kręgosłupa: lędźwiowego oraz piersiowego (wg Karla Sell`a za Bischoff`em)
2. Badanie objawów wyprzedzania srk Thi i L.
3. Badania wykorzystywane w zespołach czynnościowego przejścia Th/L:
  - ✓ badanie palpacyjne okrężnicy
  - ✓ test Patrick`a - zmodyfikowany
  - ✓ badanie nadmiernej wrażliwości palpacyjnej punktu grzebieniowego tylnego i bocznego
  - ✓ badanie nadmiernej wrażliwości palpacyjnej części biodrowej m. biodrowo-lędźwiowego w dole biodrowym
  - ✓ badanie koniuszka 12-tego żebra
  - ✓ badanie kwadrantów m. prostego brzucha
4. Badanie stawów żeber przez psd.

### **Techniki badawcze w zespołach łuku atlasu**

1. Połączenie głowowo-szyjne jako rejon kluczowy ciała (rozwiniecie podczas kursu specjalistycznego).
2. Biomechanika połączenia głowowo-szyjnego
  - ✓ badanie palpacyjne ruchomości atlasu
  - ✓ badanie palpacyjne ruchomości obrotnika.
3. Badanie symetrii położenia atlasu względem łuski kości potylicznej.
4. Badanie aktywności tkankowej opukiwaniem wyrostków poprzecznych C1.

### **Techniki zabiegowe segmentów ruchowych kręgosłupa c.d.**

1. Wskazania i przeciwwskazania do wykonywania technik manualnych oraz czynniki zwiększające ryzyko zabiegowe: długa dźwignia, krótka dźwignia – zasady bezpieczeństwa.
2. Osiągnięcie granicy fizjologicznej ruchu poprzez budowanie bariery - komponenty.
3. Techniki zabiegowe dla odcinka lędźwiowego (L) i piersiowego dolnego (Thi) kręgosłupa:
  - technika na boku
  - mobilizacje przez wyrostki kolczyste.
4. Techniki zabiegowe dla odcinka piersiowego środkowego (Thm) kręgosłupa:
  - pchnięcie kranialne
  - mobilizacje przez wyrostki kolczyste

### **Techniki zabiegowe dla stawu krzyżowo-biodrowego (skb) c.d.**

1. Techniki poziome:
  - S3 doczaszkowo
  - S1 doogonowo.
2. Mobilizacje sskb przez rotacje talerza biodrowego w przód i w tył.



## **Techniki zabiegowe dla stawów żeber**

1. Mobilizacje poszczególnych żeber doczaszkowo z wdechem.
2. Mobilizacje poszczególnych żeber doogonowo z wydechem.
3. Terapia dysfunkcji stawów żeber 2-10.
4. Terapia dysfunkcji stawu 1-go żebra.
5. Terapia dysfunkcji stawów żebra 11-go i 12-go.

## **Techniki zabiegowe w dysfunkcjach struktur połączenia głowowo-szyjnego**

1. Mobilizacje opukiwaniem przez wyrostki poprzeczne C1.
2. Technika „jednego palca” za Arlenem.
3. Ślizgi grzbietowe i brzuszne Oo/C1.
4. Mobilizacje brzuszne C1.

## **Klinika**

### **Zespół łuku atlasu wg. Arlena, zespół połączenia głowowo-szyjnego jako rejon kluczowy (rozwińcie podczas kursu specjalistycznego)**

1. Struktury anatomiczne połączenia głowowo-szyjnego.
2. Patogeneza dysfunkcji połączenia głowowo-szyjnego.
3. Objawy chorobowe generowane przez czynnościową zmianę stanu tkanek struktur połączenia głowowo-szyjnego.
4. Badanie połączenia głowowo-szyjnego.
5. Terapia dysfunkcji połączenia głowowo-szyjnego.

### **Zespół zaburzeń czynności odcinka piersiowego środkowego kręgosłupa (Thm)**

1. Struktury anatomiczne odcinka piersiowego środkowego kręgosłupa:
  - segmenty ruchowe odcinka piersiowego środkowego kręgosłupa (ssrk Thm)
  - stawy żeber
  - m. biodrowo-żebrowy
  - mięśnie międzyłopatkowe
  - powięź piersiowo-lędźwiowa.
2. Patogeneza zaburzeń czynności struktur Thm:
  - przyczyny antygravitacyjne
  - psychogenne wady postawy ciała
  - zaburzenia czynności brzuszno-mechanizmu wspomaganego prostowania i stabilizacji tułowia
  - zmiany strukturalne
  - przyczyny mieszane.
3. Objawy czynnościowej zmiany stanu struktur odcinka piersiowego środkowego kręgosłupa

- stany ostre – dorsalgia
  - bóle międzyłopatkowe odczuwane w linii pośrodkowej
  - bóle łopatk
  - bóle przedniej ściany klatki piersiowej
  - bóle przesywające klatkę piersiową
  - bóle opasujące klatkę piersiową
  - zaburzenia oddychania
  - czynnościowe zaburzenia akcji serca
  - mdłości, odruchy wymiotne, wymioty
  - bóle i inne objawy „żołądkowe”
  - uczucie ciężaru na klatce piersiowej
  - udział w objawach chorobowych CZST struktur czynnościowego przejścia szyjno-piersiowego
  - udział w generowaniu objawów innych struktur szlaku migrenowo-wegetatywnego
  - objawy mieszane
  - inne
4. Badanie struktur odcinka piersiowego środkowego kręgosłupa:
- wywiad
  - analiza dokumentacji medycznej z dotychczasowego leczenia
  - analiza rtg
  - badanie segmentów ruchowych Thm
  - badanie stawów żeber
  - badanie aktywności pól punktów spustowych m. biodrowo-żebrowego
  - badanie pól punktów spustowych pierwszych kwadrantów m. prostego brzucha
  - interakcje
  - psychogenność.
5. Terapia zaburzeń czynności struktur odcinka piersiowego środkowego kręgosłupa:
- postępowanie w stanach ostrych
  - postępowanie po opanowaniu stanu ostrego i w stanach chronicznych
  - terapia struktur pozostających w interakcjach
  - autoterapia dysfunkcji struktur zespołu ssrk piersiowego środkowego
  - reakcje pozabiegowe.
6. Podsumowanie.

### **Zespół czynnościowego przejścia piersiowo-lędźwiowego (Th/L)**

1. Struktury anatomiczne czynnościowego przejścia piersiowo-lędźwiowego.
2. Patogeneza dysfunkcji czynnościowego przejścia piersiowo-lędźwiowego:
  - zespół hiperlordozy lędźwiowej
  - niewydolność brzuszego mechanizmu wspomagania prostowania i stabilizacji tułowia (BMWPST)
  - psychogenność jako ważna przyczyna dysfunkcji Th/L
  - nabyte i wrodzone zmiany strukturalne czynnościowego przejścia Th/L

3. Objawy chorobowe generowane przez czynnościową zmianę stanu tkanek struktur Th/L
  - objawy chorobowe CZST segmentów ruchowych Th8 - L2, w tym zespół Th12 i L1
  - objawy CZST stawów żeber 8 - 12
  - objawy CZST tkanki podskórnej z unerwienia grzbietowego i brzuszno-powięzowego ssrk
  - objawy CZST poszczególnych kwadrantów (szczególnie środkowych i dolnych m. prostego brzucha)
  - objawy CZST okostnej koniuszka żebra 12-go
  - objawy CZST m. biodrowo-lędźwiowego
  - objawy CZST m. czworobocznego lędźwi
  - objawy CZST m. prostownika grzbietu
  - znaczenie struktur brzuszno-mechanizmu wspomaganego prostowania i stabilizacji tułowia (BMWPST)
  - inne.
4. Badanie czynnościowego przejścia Th/L:
  - wywiad
  - analiza dokumentacji z dotychczasowego leczenia
  - ocena zdjęć rtg
  - badanie segmentów ruchowych czynnościowego przejścia Th/L
  - badanie stawów żeber
  - badanie palpacyjne okolicy
  - badanie m. prostego brzucha
  - badanie punktu grzebieniowego tylnego i bocznego
  - badanie zespołu Th12, L1
  - badanie zespołu hiperlordozy lędźwiowej
  - badanie czynnościowej zmiany stanu skóry tkanki podskórnej
  - badanie cech psychogenności w czynnościowym przejściu Th/L
  - badanie dowolnego sterowania oddychaniem
  - typy zawieszenia emocji w ciele – badanie
  - interakcje ssrk Th/L z wrażliwymi na psychogenność innymi zespołami struktur
  - badanie równowagi statycznej miednicy
  - badanie mięśni znamionowych dla czynnościowego przejścia Th/L
  - badanie w zespole koniuszka żebra 12-go
  - badanie indywidualnych związków przyczynowo-skutkowych struktur Th/L
  - badanie testem kontrolnym.
5. Terapia dysfunkcji czynnościowego przejścia piersiowo-lędźwiowego:
  - zabiegi typu odruchowego
  - mobilizacje stawów żeber
  - zabiegi poprzez mięśnie związane z czynnościowym przejściem Th/L
  - zabiegi biomechaniczne.

## Terapia edukacyjna

1. Nieumiejętność porozumiewania się jako główna przyczyna psychogennych zaburzeń czynności narządu ruchu i ich następstw.
2. Elementy porozumiewania zewnętrznego:
  - nadawca
  - odbiorca
  - komunikat
  - terytorium: strefa intymna, osobista, socjalna, otwarta
  - zakłócenia
  - język
  - inne.
4. Zasady porozumiewania zewnętrznego.
5. Świadomość prosperująca i świadomość ubóstwa (wg N. Zacharewicz)
  - wzorce rodzicielskie widoczne w sposobie funkcjonowania jednostki
  - inicjujące znaczenie myśli.
6. Cykle energetyczne (wg N. Zacharewicz):
  - inspiracja - entuzjazm, optymizm
  - kryzys – oczyszczanie, rozwój
  - świadome osiągnięcie.

## Autoterapia

1. Mięsień biodrowo-łędźwiowy - anatomia, funkcja, badanie, objawy CZST, techniki autoterapii.
2. Mięsień czworoboczny łędźwi - anatomia, funkcja, badanie, objawy CZST, techniki autoterapii.
3. Mięsień prostownik grzbietu - anatomia, funkcja, badanie, objawy CZST, techniki autoterapii.
4. Przepona oddechowa - anatomia, funkcja, badanie, objawy CZST, techniki autoterapii.
5. Mięsień gruszkowaty - anatomia, funkcja, badanie, objawy CZST, techniki autoterapii.
6. Mięsień naprężacz powięzi szerokiej - anatomia, funkcja, badanie, objawy CZST, techniki autoterapii.
7. Mięśnie podpotyliczne - anatomia, funkcja, badanie, objawy CZST, techniki autoterapii.
8. Mięśnie piersiowe większe - anatomia, funkcja, badanie, objawy CZST, techniki autoterapii.
  - łączenie technik rozciągających z mobilizacjami uciskowymi na przykładzie mięśnia piersiowego większego
9. Trening autogenny Schultza – techniki dyrektywne.

## **Moduł III kursu podstawowego**

**5 dni - 60 godzin dydaktycznych Terapii Manualnej Rakowskiego, w tym: terapia manualna, terapia edukacyjna, autoterapia.**

### **Stawy krzyżowo-biodrowe (skb)- celowane techniki zabiegowe**

1. Mobilizacje z impulsem (manipulacje) skb:
  - technika w leżeniu na boku dla S1
  - technika w leżeniu na boku dla S3.
2. Mobilizacje bierne-własne stawów krzyżowo-biodrowych.

### **Segmenty ruchowe kręgosłupa lędźwiowego i dolnego piersiowego - celowane techniki zabiegowe**

1. Celowane techniki zabiegowe w pozycji siedzącej chorego
  - ✓ wskazania i przeciwwskazania
  - ✓ mobilizacje pulsowane
  - ✓ mobilizacje z impulsem (manipulacje).
2. Celowane wykonanie zabiegu na dany segment techniką oscylacji i kołysania.

### **Kręgosłup piersiowy środkowy i górny - celowane techniki zabiegowe**

1. Chwyt skrzyżno-kranialny z impulsem dla odcinka piersiowego środkowego (Thm).
2. Technika z impulsem dla Thm w leżeniu na plecach.

### **Czynnościowe przejście szyjno-piersiowe (C/Th)**

1. Badanie segmentów ruchowych kręgosłupa (ssrk) kręgosłupa C przez prowokowanie:
  - badanie punktów swoistych dla dysfunkcji (psd) segmentów ruchowych kręgosłupa szyjnego (wg Karla Sell'a za Bischoff'em)
  - badanie psd z kresy karkowej
2. Techniki zabiegowe dla czynnościowego przejścia szyjno-piersiowego (C/Th):
  - technika rotacyjno-trakcyjna dla C7 – Th4
  - mobilizacje uciskowe pps i ppmb na kresie karkowej (jako reprezentantów poszczególnych segmentów ruchowych kręgosłupa C/Th)

## **Klinika**

**Różnicowanie pomiędzy przyczynami odkorzeniowymi i pozakorzeniowymi dolegliwości bólowych rejonu L, L/S, kończyn dolnych:**

- czerwone flagi: zaburzenie funkcji zwieraczy odbytu i cewki moczowej
- zgodność poziomu przepukliny z topografią bólu wypromieniowanego

- cechy w badaniu ruchomości fizjologicznej odcinka lędźwiowego kręgosłupa
- badanie funkcji kończyny dolnej w staniu i chodzie (mięśni znamionowych dla korzeni L4,L5,S1)
- porażenie, niedowład lub osłabienie zginaczy grzbietowych i / lub podeszwowych stopy – sposoby kontrolowania postępów w leczeniu
- próba Laseque'a zmodyfikowana za Rakowskim
- próba leczenia

### Zespoły lędźwiowe (L) oraz lędźwiowo-krzyżowe (L/S)

1. Struktury Lm, Li, S.
2. Patogeneza zaburzeń czynności oraz CZST struktur związanych z segmentami ruchowymi kręgosłupa lędźwiowego środkowego (Lm), lędźwiowego dolnego (Li) oraz kości krzyżowej (S):
  - nierównowaga statyczna miednicy
  - mięśniowa nierównowaga statyczna
  - zespół dna miednicy
  - niewydolność brzuszno-mechanizmu wspomaganego prostowania i stabilizacji tułowia
  - niekongruencje naturalnych krzywizn kręgosłupa z typem miednicy
  - zaburzenia czynności stawu biodrowego
  - zmiany strukturalne nabyte i wrodzone
  - psychogenność – negatywne stymulowanie ze sfery psychiczno-duchowej
  - czynnościowa zmiana stanu tkanek struktur pozostających w ścisłych interakcjach z rejonem L/S.
3. Objawy chorobowe CZST segmentów ruchowych kręgosłupa L2 – S1 oraz struktur z nimi związanych:
  - objawy wspólne, niespecyficzne dla segmentów ruchowych L2 – S1
  - zespół L5/S1
  - zespoły L3 oraz L4 (segmenty L3/L4, L4/L5)
  - zespół pseudośluzkowy kolana
  - rwa udowa
  - objawy zespołów więzadeł stawu krzyżowo-biodrowego (powtórka)
  - objawy generowane przez czynnościową zmianę stanu tkanek mięśni kończyn dolnych i tułowia znamionowych dla odcinka L2 – S1
  - zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (informacje podstawowe, rozwinięcie podczas kursu specjalistycznego)
  - konflikt dyskowo-korzeniowy (wypuklina oraz przepuklina pierścienia włóknistego i wypadnięcie jądra miazdżystego, konflikt dyskowo-korzeniowy aktywny i nieaktywny, stany mieszane).
4. Badanie segmentów ruchowych L2 – S1 oraz struktur z nimi związanych:
  - wywiad
  - analiza dokumentacji z dotychczasowego leczenia
  - interpretacja wyników badań RTG, MR, TK
  - diagnoza różnicująca pomiędzy aktywnym a nieaktywnym konfliktem dyskowo-korzeniowym



- slump test
  - ubytki neurologiczne i pseudo neurologiczne
  - badanie segmentów ruchowych L2 – S1 technikami przez prowokowanie
  - badanie mięśni kończyn dolnych
  - analiza zebranych danych – diagnoza.
5. Terapia zaburzeń czynności struktur przejścia L/S:
- postępowanie w stanach ostrych spowodowanych aktywnym konfliktem dyskowo-korzeniowym
  - postępowanie w stanach ostrych zespołów pozakorzeniowych
  - terapia czynnościowej zmiany stanu więzadeł stawów krzyżowo-biodrowych oraz więzadła nadkolcowego kości krzyżowej
  - terapia czynnościowej zmiany stanu tkanek mięśni kończyn dolnych i tułowia znamionowych dla struktur czynnościowego przejścia L/S
  - mięśnie tułowia, ich znaczenie w zespołach L/S
  - zaburzenia czynności stawu biodrowego, ich znaczenie w zespołach L/S
  - równowaga statyczna miednicy – stan końcowy, po terapii
  - autoterapia
    - ✓ w stanie ostrych dolegliwości bólowych
    - ✓ po wyjściu ze stanu ostrego
    - ✓ w stanach chronicznych
    - ✓ profilaktyki nawrotu dolegliwości.

### **Zespoły czynnościowego przejścia szyjno-piersiowego (C/Th)**

1. Struktury czynnościowego przejścia szyjno-piersiowego (C5 – Th4).
2. Patogeneza pierwotnych dysfunkcji czynnościowego przejścia szyjno-piersiowego
  - zniekształcenia naturalnych krzywizn kręgosłupa szyjnego
  - zespół hiperlordozy szyjnej
  - przeciążenia statyczne antygravitacyjne
  - przeciążenia statyczne psychogenne:
    - ✓ zawieszenie emocji w ciele typu wieszak
    - ✓ zawieszenie emocji w ciele typu hak na mięso (za Lowenem, zmodyfikowane).
3. Objawy chorobowe generowane przez struktury czynnościowego przejścia szyjno-piersiowego:
  - zespoły szyjne dolne:
    - ✓ cierpięcia, mrowienia, obrzęki, osłabienie chwytu rąk
    - ✓ bóle i zniekształcenia stawów międzypaliczkowych rąk
    - ✓ zaburzenia ruchomości czynnej kończyn górnych
    - ✓ zaburzenia koordynacji rąk
    - ✓ bóle kończyn górnych
    - ✓ inne
  - zespoły bólowe okolicy stawu ramiennego, ramienia, obręczy barkowej, łopatki
  - rwa ramienna (rozwinęcie na kursie K4)

- zespoły bólowe stawów łokcia (w tym epikondylalgie – łokieć tenisisty, łokieć golfisty) i przedramienia
- zespoły bólowe i dolegliwości w rejonie nadgarstka
- objawy pól punktów spustowych (pps) torebki stawowej stawu barkowo-obojczykowego:
  - ✓ bóle stawu ramiennego
  - ✓ bóle karku w rzucie linii wyrostków poprzecznych
  - ✓ bóle ucha, przeduszne, zauszne
  - ✓ inne
- objawy pps okostnej wyrostka kruczego łopatki:
  - ✓ bóle ramienia w rzucie m. dwugłowego ramienia
  - ✓ bóle stawu ramiennego
  - ✓ inne
- objawy pps przyczepów m. biodrowo-żebrowego na kątach 4 – 6 żebra i okolicznej okostnej:
  - ✓ bóle międzyłopatkowe
  - ✓ bóle nadgrzebieniowe łopatki
  - ✓ bóle podstawy czaszki
  - ✓ bóle stawu ramiennego
  - ✓ inne
- objawy pps stawu mostkowo-obojczykowego i okolicznej okostnej:
  - ✓ bóle w dole pachowym
  - ✓ bóle gruczołu piersiowego u kobiet
  - ✓ bóle mostka
  - ✓ bóle przedniej ściany klatki piersiowej
  - ✓ inne
- objawy pps przyczepu końcowego m. dźwigacza łopatki:
  - ✓ bóle głowy potyliczno-ciemieniowo-skroniowe
  - ✓ bóle nadgrzebieniowe łopatki
  - ✓ bóle stawu ramiennego
  - ✓ inne
- objawy pozorujące choroby narządów wewnętrznych klatki piersiowej
  - ✓ bóle przedniej ściany klatki piersiowej
  - ✓ bóle przeszywające klatkę piersiową
  - ✓ zaburzenia oddychania
  - ✓ zaburzenia akcji serca
  - ✓ depresyjność, lękowość
  - ✓ inne

### **Badanie struktur czynnościowego przejścia szyjno-piersiowego**

1. Wywiad.
2. Analiza dokumentacji z dotychczasowego leczenia.
3. Interpretacja zdjęć RTG, TK i MR.
4. Badanie manualne ssrk C/Th.
5. Testy kontrolne.
6. Interakcje w zespołach szyjnych dolnych.

7. Badanie mięśni czynnościowego przejścia C/Th.
8. Badanie typów zawieszzeń emocji w ciele i źródeł innych przeciążeń statycznych.
9. Analiza i ocena zmian strukturalnych nabytych i wrodzonych.
10. Badanie stawów żeber 1 – 4 wraz z mięśniami pochyłymi szyi.
11. Badanie struktur związanych z bólem i zaburzeniami czynności stawu ramiennego.
12. Badanie struktur związanych z bólem oraz zaburzeniami czynności stawu łokciowego i stawów przedramienia.
13. Badanie struktur związanych z bólem i zaburzeniami czynności stawów nadgarstka.
14. Analiza interakcji struktur czynnościowego przejścia szyjno-piersiowego.

### **Terapia CZST anatomicznych struktur czynnościowego przejścia C/Th**

1. Terapia CZST segmentów ruchowych kręgosłupa C/Th w zespołach szyjnych dolnych.
2. Terapia zespołów bolesnego barku.
3. Terapia zespołów bolesnego łokcia.
4. Terapia zespołów bólowych nadgarstka.
5. Terapia CZST mięśni znamionowych dla czynnościowego przejścia C/Th.
6. Terapia przeciążeń statycznych psychogennych i antygravitacyjnych.
7. Terapia dysfunkcji stawów żeber.
8. Terapia struktur pozostających w indywidualnych interakcjach z czynnościowym przejściem C/Th.

### **Techniki mobilizacji uruchamiających specyficzne elementy gry stawowej stawów kończyny górnej i obręczy barkowej**

1. Mobilizacje uruchamiające zaburzone elementy gry stawowej stawów nadgarstka.
2. Mobilizacje uruchamiające zaburzone elementy gry stawowej stawu łokciowego.
3. Mobilizacje uruchamiające zaburzone elementy gry stawowej stawu ramiennego.
4. Mobilizacje uruchamiające zaburzone elementy gry stawowej stawu mostkowo-obojczykowego.

### **Terapia edukacyjna**

1. Znaczenie myśli dla osobowości człowieka.
2. Cechy myśli przeciążających:
  - chaos myślowy
  - jedna powtarzająca się myśl
  - myśli oceniające
  - myśli krytykujące
  - skupianie myśli na przeszłości lub przyszłości.
3. Narzędzia do pracy z myślami:
  - pięć zasad zdrowego myślenia - opracowane przez psychiatrę dr Maxie C. Maultsbiego:
    1. Zdrowe przekonania są oparte na faktach.
    2. Zdrowe przekonania chronią nasze życie i zdrowie.

3. Zdrowe przekonania pomagają osiągnąć bliższe i dalsze cele.
4. Zdrowe przekonania pomagają rozwiązać nawet najbardziej niechciane konflikty z innymi oraz ich unikać.
5. Zdrowe przekonania pomagają nam się czuć tak jak chcemy się czuć.
  - afirmacje
  - wizualizacje
  - dyscyplina myślowa.
4. Cele życiowe, znaczenie dla zdrowia i równowagi osobowości człowieka:
  - ostateczne
  - pośrednie.
5. Cechy celów życiowych służących harmonii (równowadze):
  - zrównoważenie
  - konkretność
  - wymierność
  - adekwatność
  - marzenia.
6. Techniki ułatwiające realizację i osiągnięcie celów życiowych:
  - ustalenie hierarchii wartości, ważności
  - „uzdrowienie” cykli energetycznych
  - prawo przyciągania
  - rytuał osiągnięcia.
7. Prawo przyciągania - największe i najbardziej niepodważalne prawo, na którym opiera się cały system stworzenia (Charles Haanel 1912r.) „Dominująca myśl albo nastawienie mentalne jest magnesem, prawo zaś stanowi, że podobieństwa się przyciągają, a zatem nastawienie umysłowe przyciąga to, co odpowiada jego naturze” – Ch. Hannel.
8. Wykorzystanie prawa przyciągania dla procesów osiągnięcia – rytuał osiągnięcia.

## Autoterapia

1. Postępowanie w stanach ostrych dolegliwości bólowych odcinka L i L/S kręgosłupa:
  - w aktywnym konflikcie dyskowo-korzeniowym
  - w zespołach pozakorzeniowych
  - mobilizacje czynnościowego przejścia Th/L przez mięsień biodrowo-lędźwiowy
  - autoterapia powięzi kończyny dolnej: powięzi podkolanowej, szerokiej, pośladkowej.
2. Mięsień prosty uda – anatomia, funkcja, badanie, objawy CZST, techniki autoterapii.
3. Mięśnie przywodziciele – anatomia, funkcja, badanie, objawy CZST, techniki autoterapii.
4. Mięśnie pośladkowe - anatomia, funkcja, badanie, objawy CZST, techniki autoterapii.
5. Mięsień czworoboczny – część zstępująca – anatomia, funkcja, badanie, objawy CZST, techniki autoterapii.
6. Mięsień dźwigacz łopatki - anatomia, funkcja, badanie, objawy CZST, techniki autoterapii.
7. Mięsień prostownik grzbietu w odcinku szyjnym kręgosłupa - anatomia, funkcja, badanie, objawy CZST, techniki autoterapii.
8. Trening autogenny Schultza – techniki dyrektywne.

## Moduł IV kursu podstawowego

**5 dni - 60 godzin dydaktycznych Terapii Manualnej Rakowskiego, w tym: terapia manualna, terapia edukacyjna, autoterapia.**

### Istotne dla czynności statycznych elementy przeglądowych zdjęć RTG

#### Zadania diagnostyki radiologicznej w Terapii Manualnej Rakowskiego

#### Miednica – czynności statyczne, czynności dynamiczne w ocenie radiologicznej

1. Anatomia i biomechanika miednicy:
  - elementy kostne miednicy – topografia i ocena radiologiczna
  - budowa stawów krzyżowo-biodrowych (skb)
  - cechy ruchomości fizjologicznej skb
  - trudności interpretacyjne rtg w odniesieniu do stawów krzyżowo-biodrowych
  - położenie kości krzyżowej
  - budowa stawów biodrowych.
2. Typy miednicy wg Gutmanna za Lewitem i ich charakterystyka pod względem czynności statycznych
  - miednica pośrednia
  - miednica wysoko zasymilowana
  - miednica przeciążeniowa (koksartrotyczna).
3. Interpretacja rtg miednicy pod względem strukturalnym:
  - ocena strukturalna stawów krzyżowo-biodrowych
  - ocena strukturalna stawów biodrowych
  - ocena strukturalna pozostałych elementów kostnych miednicy.
4. Anomalie strukturalne wrodzone i nabyte miednicy
  - zwyrodnienie stawu biodrowego (koksartroza)
  - dysplazja stawu biodrowego
  - stan po endoprotezoplastyce stawu biodrowego
  - jałowa martwica głowy kości udowej u osoby dorosłej
  - choroba Perthes'a
  - ZZSK a ruchomość stawów krzyżowo-biodrowych
  - inne.
5. Ocena czynności statycznych miednicy:
  - cechy nierównowagi statycznej miednicy widoczne na rtg
  - cechy przeciążenia statycznego sskb
  - cechy przeciążenia statycznego stawów biodrowych
  - koksalgia i koksartroza a równowaga statyczna miednicy
  - cechy przeciążenia statycznego grupy kulszowo-goleniowej widoczne na rtg
  - cechy przeciążenia statycznego grupy mięśni przywodzicieli widoczne na rtg.
6. Miejsca o zmniejszonej odporności na przeciążenia – spodziewane objawy.

7. Przeciwwskazania do zabiegów biernych z impulsem.
8. Zgodności i niezgodności wyników badania manualnego z wynikami badania rtg, w oparciu o ocenę zmian strukturalnych w kombinacji z widocznymi zmianami czynności statycznych np. skb, staw biodrowy.

### **Kręgosłup lędźwiowy – czynności statyczne, czynności dynamiczne w ocenie radiologicznej**

1. Anatomia i biomechanika odcinka lędźwiowego kręgosłupa.
2. Interpretacja strukturalna odcinka lędźwiowego kręgosłupa.
3. Ocena czynności statycznych kręgosłupa lędźwiowego w projekcji bocznej i przednio-tylnej (a-p)
  - kształt i kongruencje naturalnej krzywizny odcinka L kręgosłupa.
4. Ocena czynności dynamicznych kręgosłupa lędźwiowego - badanie skłonu w przód i w tył - projekcja boczna:
  - radiologiczne cechy biomechaniki skłonu w przód
  - radiologiczne cechy biomechaniki skłonu w tył
  - cechy nadruchości i ograniczonej ruchomości w poszczególnych segmentach ruchowych kręgosłupa lędźwiowego
  - skłony do boków a rotacje w odcinku L kręgosłupa - prawa Lovett`a.
5. Anomalie strukturalne wrodzone i nabyte w odcinku lędźwiowym kręgosłupa:
  - kręgozmyk rzekomy i kręgozmyk rzeczywisty - diagnostyka różnicująca obydwa rodzaje ześlizgów
  - osteofitoza, syndesmofity
  - lubmalizacja, hemilubalizacja, sakralizacja i hemisakralizacja – ze stawami rzekomymi lub całkowite
  - niespojenia łuków.
6. Miejsca o zmniejszonej odporności na przeciążenia – spodziewane objawy.
7. Przeciwwskazania do mobilizacji biernych z impulsem.
8. Zgodności i niezgodności wyników badania ręcznego z wynikami badania rtg.

### **Kręgosłup piersiowy – czynności statyczne, czynności dynamiczne w ocenie radiologicznej**

1. Anatomia i biomechanika odcinka piersiowego kręgosłupa wraz z żebrami.
2. Interpretacja strukturalna elementów kostnych odcinka piersiowego kręgosłupa.
3. Ocena czynności statycznych kręgosłupa piersiowego w projekcji bocznej i przednio-tylnej (a-p):
  - kształt i kongruencje naturalnych krzywizn odcinka Th kręgosłupa.
4. Ocena czynności dynamicznych kręgosłupa piersiowego:
  - skłony do boków a rotacje w odcinku Th kręgosłupa - prawa Lovett`a.
5. Anomalie strukturalne wrodzone i nabyte w odcinku piersiowym kręgosłupa:
  - skoliozy czynnościowe:
    - ✓ fizjologiczne
    - ✓ paradoksalne
  - choroba Scheuermanna
  - żebra 12-te szczątkowe i 13-te dodatkowe.
6. Miejsca o zmniejszonej odporności na przeciążenia – spodziewane objawy.



7. Przeciwwskazania do mobilizacji biernych z impulsem.
8. Zgodności i niezgodności wyników badania ręcznego z wynikami badania rtg.

### **Kręgosłup szyjny w odcinku C2 - C7 – czynności statyczne, czynności dynamiczne w ocenie radiologicznej**

1. Anatomia i biomechanika odcinka szyjnego kręgosłupa
  - cechy anatomiczne:
    - ✓ wyrostki haczykowate
    - ✓ stawy unkowertebralne
    - ✓ dysk
    - ✓ stawy międzywyrostkowe
    - ✓ otwory tętnic kręgowych
    - ✓ pozostałe cechy.
2. Interpretacja strukturalna odcinka szyjnego kręgosłupa.
3. Ocena czynności statycznych kręgosłupa szyjnego w projekcji bocznej i przednio-tylnej (a-p):
  - kształt i kongruencje naturalnych krzywizn odcinka C kręgosłupa
  - podwójne szpary stawów międzywyrostkowych w odcinku C kręgosłupa.
4. Ocena czynności dynamicznych kręgosłupa szyjnego - badanie skłonu w przód i w tył - projekcja boczna:
  - radiologiczne cechy biomechaniki skłonu w przód
  - radiologiczne cechy biomechaniki skłonu w tył
  - cechy nadruchości i ograniczonej ruchomości w poszczególnych segmentach ruchowych kręgosłupa szyjnego
  - skłony do boków a rotacje w odcinku C kręgosłupa - prawa Lovett`a.
5. Anomalie strukturalne wrodzone i nabyte w odcinku szyjnym kręgosłupa:
  - żebra szyjne
  - zrosty kostne, bloki kostne
  - zmiany zwyrodnieniowo-zniekształcające
  - osteofitoza unkowertebralna
  - stany pourazowe, pooperacyjne
  - stany po przebytych chorobach organicznych
  - inne.
6. Miejsca o zmniejszonej odporności na przeciążenia – spodziewane objawy.
7. Przeciwwskazania do mobilizacji biernych z impulsem.
8. Zgodności i niezgodności wyników badania ręcznego z wynikami badania rtg.

### **Połączenie głowowo-szyjne (Cs) – czynności statyczne, czynności dynamiczne w ocenie radiologicznej**

1. Anatomia i biomechanika połączenia głowo-szyjnego.
2. Interpretacja strukturalna połączenia głowo-szyjnego.
3. Ocena czynności statycznych połączenia głowo-szyjnego:

- płaszczyzny:
  - ✓ otworu potylicznego wielkiego
  - ✓ atlasu
  - ✓ obrotnika.
- 4. Ocena czynności dynamicznych połączenia głowo-szyjnego:
  - radiologiczne cechy biomechaniki skłonu w przód Oo/C1
  - radiologiczne cechy biomechaniki skłonu w tył Oo/C1
- 5. Anomalie strukturalne wrodzone i nabyte w połączeniu głowowo-szyjnym:
  - cechy wgłobienia podstawnego
    - ✓ linia Chamberlain`a
    - ✓ linia Fischgold`a
  - cechy przeciążenia statycznego w stawach potyliczno-szczytowych, szczytowo-obrotowych
  - stany pooperacyjne, pourazowe, po przebytych chorobach organicznych.
- 6. Miejsca o zmniejszonej odporności na przeciążenia – spodziewane objawy.
- 7. Przeciwwskazania do mobilizacji biernych z impulsem.
- 8. Zgodności i niezgodności wyników badania ręcznego z wynikami badania rtg.

## **Kręgosłup szyjny (C2 – C6) - techniki badawcze oraz techniki zabiegowe**

### **Techniki badawcze**

1. Testy bezpieczeństwa dla zabiegów w odcinku szyjnym kręgosłupa:
  - testy położenia głowy (testy postawy) wg Maigne`a
  - test tętnicy kręgowej de Klejn`a
  - test błędniaka
  - test Hautant`a.
2. Celowane techniki badawcze przez prowokowanie dla srk C2 – C6
  - badanie przez wyrostki kolczyste
  - badanie przez punkty swoiste dla dysfunkcji srk
  - badanie przez psd z kresy karkowej (powtórka).
3. Celowane techniki badawcze dla połączenia głowowo-szyjnego (powtórka)
  - badanie przez psd z kresy karkowej
  - palpacyjne badanie ruchomości atlasu i obrotnika.
4. Najczęściej spotykane testy kontrolne.

### **Techniki zabiegowe**

1. Niespecyficzne techniki zabiegowe dla srk szyjnego C2 – C6
  - ślizgi dobowczne
  - ślizgi doczaszkowe (ręczny glisson).
2. Celowane mobilizacje pulsowaniem oraz z impulsem w leżeniu na plecach dla segmentów ruchowych C2 – C6
  - ryglowanie
  - budowanie bariery

- zasady wykonywania mobilizacji pulsowaniem oraz impulsu
  - ✓ bezpieczeństwo
  - ✓ skuteczność.

### **Techniki zabiegowe dla górnego odcinka piersiowego kręgosłupa**

1. Zabieg trakcyjny z impulsem przez kolano dla górnego odcinka piersiowego (Ths).
2. Technika rotacyjno-trakcyjna dla C/Th (powtórka).

## **Klinika**

### **Zespoły czynnościowego przejścia szyjno-piersiowego (C5-Th4 cd.)**

1. Różnicowanie pomiędzy przyczynami odkorzeniowymi i pozakorzeniowymi dolegliwości bólowych rejonu C, C/Th, kończyn górnych:
  - zgodność poziomu przepukliny z topografią bólu w kończynie górnej
  - związek dolegliwości bólowych z kierunkami ruchu fizjologicznego w odcinku szyjnym kręgosłupa
  - test Spurlinga
  - test kompresyjny
  - reakcje w mięśniach kończyny górnej (zaniki, drżenie włókienkowe, osłabienie siły, inne)
2. Konflikt dyskowo-korzeniowy w odcinku szyjnym kręgosłupa:
  - rwa barkowa
  - rwa ramienna
  - zespoły szyjne dolne: C6, C7, C8.
3. Postępowanie w stanach ostrych dolegliwości bólowych odcinka szyjnego kręgosłupa.
4. Zespoły bólowe po „urazach z bicza”.

## **Terapia edukacyjna**

1. Analiza transakcyjna – model funkcjonalny stanów Ja wg Erica Berne'a:
  - stan ja Rodzic
  - stan ja Dorosły
  - stan ja Dziecko.
2. Sposoby „doinwestowania” poszczególnych stanów „Ja”.
3. Rodzaje granic, sposoby ich ochrony.

## **Autoterapia**

1. Mięśnie pochyle – anatomia, funkcja, badanie, objawy CZST, techniki autoterapii.
2. Mięsień dwugłowy i trójgłowy ramienia – anatomia, funkcja, badanie, objawy CZST, techniki autoterapii.
3. Mięśnie zginacze dłoniowe i grzbietowe nadgarstka – anatomia, funkcja, badanie, objawy CZST, techniki autoterapii.
4. Mięsień poprzeczny brzucha - anatomia, funkcja, badanie, objawy niewydolności, techniki autoterapii - stabilizacja przez mięsień poprzeczny brzucha.
5. Odtwarzanie prawidłowego ustawienia i stabilizacji klatki piersiowej oraz łopatek.
6. Techniki globalne uzupełniające autoterapię obręczy kończyny górnej
7. Trening autogenny Schultza – techniki dyrektywne.

## **Podsumowanie kursu podstawowego**

### **Program opracowali:**

dr n. wf. Andrzej Rakowski

dr n med. Janina Słobodzian-Rakowska

Gorąco dziękujemy Zespołowi CTM za prace przy modyfikowaniu oraz aktualizacji przedstawionego powyżej programu.

Szczególne podziękowania kierujemy do Pani dr Bogumiły Dampc, która pełniła rolę koordynatora całości. Ponadto dziękujemy: Pani mgr Magdalenie Tomczak, Panu mgr Grzegorzowi Boczkowskiemu, Pani mgr Danucie Sokołowskiej, Pani mgr Justynie Sierackiej, Panu mgr Bartłomiejowi Kaczmarkowi i Panu Piotrowi Skowerze. Poświęcili czas, umiejętności i energię w zakresie dostosowania programu autoterapii do zmodyfikowanego programu ogólnego Kursu TMR, zarówno w modułach podstawowych jak i specjalistycznych.