

dr Helga Pohl

NIEWYJAŚNIONE DOLEGLIWOŚCI?

Zrozumieć i uleczyć chroniczne bóle



vital
DYNAMICZNA ZDROWIA

NIEWYJAŚNIONE DOLEGLIWOŚCI?

dr Helga Pohl

NIEWYJAŚNIONE DOLEGLIWOŚCI?

Zrozumieć i uleczyć chroniczne bóle

Vital
SZKOLENIA DOKTORA

REDAKCJA: Irena Kloskowska
SKŁAD: Anna Plotko
PROJEKT OKŁADKI: Anna Plotko
TLUMACZENIE: Piotr Lewiński
KONSULTACJA MERYTORYCZNA: Michał Herba

Wydanie I
BIAŁYSTOK 2017
ISBN 978-83-65846-02-0

Original title: Unerklärliche Beschwerden? Chronische Schmerzen und andere Leiden
körpertherapeutisch verstehen und behandeln
Copyright © 2010 Knaur Verlag. An imprint of Verlagsgruppe Droemer Knaur GmbH & Co. KG,
München

© Copyright for the Polish edition by Wydawnictwo Vital, Białystok 2016
All rights reserved, including the right of reproduction in whole or in part in any form.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Żadna część tej publikacji nie może być powielana
ani rozpowszechniana za pomocą urządzeń elektronicznych, mechanicznych,
kopiujących, nagrywających i innych bez pisemnej zgody posiadaczy praw autorskich.

Ważna informacja:

Niniejsza książka nie zastąpi lekarskiej diagnozy ani terapii. Niejasne dolegliwości powinny zostać najpierw koniecznie wyjaśnione metodami medycyny akademickiej. Treść książki dotyczy tylko takich dolegliwości, w których przypadku gruntowne badania medyczne nie pozwoliły stwierdzić żadnych istotnych zmian chorobowych (poza nadmiernym napięciem mięśniowym). Opublikowane w książce rady zostały przez autorkę i wydawnictwo z największą starannością przygotowane i sprawdzone. Nie gwarantują oni jednak sukcesu ani nie biorą odpowiedzialności za skutki ich stosowania.



15-762 Białystok
ul. Antoniuk Fabr. 55/24
85 662 92 67 – redakcja
85 654 78 06 – sekretariat
85 653 13 03 – dział handlowy – hurt
85 654 78 35 – www.vitalni24.pl – detal
strona wydawnictwa: www.wydawnictwovital.pl
sklep firmowy: Białystok, ul. Antoniuk Fabr. 55/20

Więcej informacji znajdziesz na portalu www.odzywianie24.pl

PRINTED IN POLAND

*Z wyrazami wdzięczności niniejszą książkę poświęcam moim
pacjentom, od których dane mi było tak wiele się nauczyć.*

Spis treści

O książce.....	9
Część I	
Jak lepiej zrozumieć własny organizm i jego dolegliwości	
<i>1. Jak to wszystko się zaczęło i co z tego wynikło</i>	
Historia moich cierpień i sukcesów.....	15
<i>2. Wszystko to sprawa psychosomatyczna?</i>	
Jak można cierpieć mimo postawienia wielu diagnoz – a zarazem nie otrzymać żadnej.....	31
<i>3. Pojąć ciało zmysłami</i>	
Odkrycia na nieznanym łądzie.....	51
<i>4. Odczuwać i poruszać</i>	
Psychosomatyka człowieka zdrowego.....	85
<i>5. Jak powstają choroby wywołane przez nadmierne napięcie</i>	
Długotrwałe skurcze powodują chroniczne przykre odczucia	121
<i>6. Co można zrobić</i>	
Wiele dróg prowadzi do szczęścia – przede wszystkim te, na które wkroczy się w końcu samemu	143

Część II

Poszczególne dolegliwości od głowy do stóp

7. *Głowa i kark*

Nie zwieszaj głowy – ale tym bardziej nie odchylaj jej do tyłu! 167

8. *Twarz i szyja*

Nie wykrzywiał twarży, jakbyś miał kamień u szyi 219

9. *Klatka piersiowa i brzuch*

Główne siedlisko duszy – to znaczy oddechu, postawy i uczuć 263

10. *Rejon moczowo-płciowy*

Wstydliwie przemilczane, lecz szeroko rozpowszechnione:
doległości „tam na dole” 339

11. *Plecy i pośladki*

Odwrócić się plecami do bólu i wypiąć na niego..... 367

12. *Barki, ręce i dłonie*

Nie wszystko masz w ręku – wiele zależy też od barków i ciała 419

13. *Biodra, nogi i stopy*

Co ma się w głowie, trzeba też mieć w nogach..... 491

A jak może dalej iść? 547

Literatura 549

O książce

Drogi czytelniku!

Możliwe, że wzięłeś do ręki tę książkę, ponieważ ty sam lub ktoś z twoich bliskich od dawna doświadcza jakiegoś cierpienia: nieznośnych bólów pleców, karku, głowy czy jakiejś innej części ciała, dokuczliwych trudności w połykaniu, oddychaniu, a może dolegliwości ze strony serca, żołądka, jelit czy pęcherza, chronicznych zawrotów głowy albo szumów w uszach, dręczących lęków, depresji, wypalenia zawodowego czy wyczerpania, osobliwych przykrych odczuć, których nikt nie potrafi wyjaśnić. Może twoje dolegliwości są też aż tak indywidualne, że nie ma dla nich nawet nazwy. W każdym razie dałeś się gruntownie przebadać lekarzom (jeśli nie, powinienes to jak najprędzej nadrobić!), ale nawet najlepsza aparatura medyczna nie pozwoliła podać żadnej organicznej przyczyny twojego cierpienia. Może powiedziano ci, że to sprawa czysto psychosomatyczna, czyli istniejąca tylko w twojej głowie albo psychice, w co nie możesz uwierzyć, gdyż dolegliwości odczuwasz w ciele całkiem wyraźnie. Orzeczenie, że wszystko to jest tylko uwarunkowane stresem, tak naprawdę wcale ci nie pomogło. Albo też sprowadzono twoje dolegliwości do takich

nieodwracalnych przyczyn jak wiek, zużycie organizmu czy też ugruntowana w twoim mózgu pamięć bólu, co z góry skazuje na niepowodzenie wszelkie próby wyleczenia. A może wreszcie powiedziano ci: „No cóż, musi pani/pan z tym żyć!”

Musi ci się to wydawać dziwne wobec dzisiejszych możliwości nauki i terapii. Może wciąż uważasz się za przypadek wyjątkowy, ale gdy już raz zaczniesz opowiadać historię swoich cierpień innym, to stwierdzisz, że istnieje mnóstwo podobnych tobie ludzi. Nikt zapewne nie ma dokładnie takiego samego zestawu dolegliwości jak ty, ale w dzisiejszych czasach prawie każdy cierpi na coś, co wymyka się standardowym kategoriom diagnostyki i terapii. Twoje dolegliwości to coś, na co my, ludzie krajów rozwiniętych, w mniejszym lub większym stopniu cierpimy prawie wszyscy.

Mimo kiepskich perspektyw wypróbowałeś zapewne wszystkie dostępne środki lecznicze, musiałeś jednak sam doświadczyć, że przeciw twoim dolegliwościom nie pomoże chyba tak naprawdę ani medycyna, ani psychologia, ani ezoteryka. A wówczas z biegiem czasu albo kompletnie dałeś za wygraną, albo, jak wielu innych, w ostatnim przebłytku nadziei wyruszyłeś na poszukiwania: wyjaśnienia i zrozumienia, wyleczenia i uwolnienia od udręki.

Niniejsza książka ma na nowo podsyć twoją nadzieję. Przede wszystkim ma pomóc ci zrozumieć, dlaczego cierpisz, co ci dolega i jak funkcjonuje twoje ciało, a także wyrwać cię z dręczącego kręgu myśli i uwolnić od panicznego przekonania, że dręczy cię jakaś nieznana dotąd, okropna choroba. Ta wiedza przywróci twojemu myśleniu i działaniu jakąś intencję, kierunek w świecie i może stanowić pierwszy krok na drodze wyjścia z nieszczęścia. Ponadto dowiesz się, że twoje odczucia wcale cię nie zwodzą: twoje dolegliwości są rzeczywiście związane z zauważalnymi reakcjami somatycznymi (cielesnymi) i to nawet wtedy, gdy w pierwszym rzędzie reagujesz na obciążenia psychiczne. Te zmiany fizyczne nie są

jednak przejawem żadnej choroby organicznej, lecz tylko stanów nadmiernego napięcia, czyli nieuświadomionych, zakorzenionych nawyków. A te można zmienić. Dowiesz się, w jaki sposób.

Z lektury tej książki odniesiesz największe korzyści, jeśli nie tylko przyswoisz sobie jej treść na poziomie języka i intelektu, posługując się przodomózgowie, ale bezpośrednio cieleśnie dzięki własnemu postrzeganiu i działaniu za pośrednictwem tych obszarów mózgu, dzięki którym świadomie odczuwasz i poruszasz się. Z tego powodu w tekst główny wplotłam sugestie, abyś wykonał na sobie samym pewne obserwacje i próby. Z ich pomocą nauczysz się rozumieć siebie w nowy sposób bezpośrednio jako jedność ciała i duszy. Dodatkowo na końcu większości rozdziałów zachęcam cię do wykonywania ćwiczeń ruchowych i ćwiczeń odczuwania. Tekst główny został wprowadzie napisany w taki sposób, abyś mógł go zrozumieć także z pominięciem części praktycznej, ale dopiero gdy rzeczywiście wykonasz te ćwiczenia, pojmiesz ciałem i duszą, o co tu właściwie chodzi. A wówczas nie tylko będziesz rozumieć ciało w nowy sposób, ale też zaczniesz całkiem konkretnie odczuwać we własnym ciele źródło swoich dolegliwości. Znaczy to, że przypuszczalnie dojdiesz do przekonania, iż dolegliwości te nie są czymś, co masz (płaszczyzna medyczna) ani też wyrazem tego, czym jesteś (płaszczyzna duchowa), ale czymś, co bezwiednie robisz, i to całkiem konkretnie w życiu codziennym: prawdopodobnie utrzymujesz – nie chcąc sobie tego uświadomić – pewne partie swoich mięśni w stanie ciągłego napięcia. Jest to płaszczyzna psychofizyczna, czyli płaszczyzna twojego obdarzonego duszą ciała.

Stwierdzisz może, że nie jesteś w stanie wykonać niektórych ruchów z rozdziału, który cię akurat zainteresował, więc uznasz je za niemożliwe. Tak jednak nie jest. Prawdopodobnie twój mózg tylko przejściowo zapomniał, jak może odczuwać określone mię-

śnie i jak nimi poruszać. W ramach „pierwszej pomocy” spróbuj przyrzeć się, jak taki ruch wykonują inni, najlepiej małe dzieci. Chodzi tu o całkiem normalne codzienne ruchy i postawy jak oddychanie, chodzenie, stanie, siedzenie, chwytanie czy rozglądanie się, czyli o to wszystko, co stale robimy, nie zauważając tego ani o tym nie myśląc. A jednak właśnie stąd bierze się wiele naszych dolegliwości. Stwierdzisz może, że w porównaniu do naturalnych i swobodnych ruchów i postaw dzieci są w twoim ciele miejsca, które nieświadomie napinasz, nie mając takiego zamiaru. Wówczas możesz się nauczyć, jak w życiu codziennym mniej cierpieć, poruszając się odtąd z dziecinną swobodą.

Aby zrozumieć swoje poszczególne dolegliwości, nie musisz czytać całej książki od deski do deski. Równie dobrze możesz zacząć od rozdziału omawiającego tę część ciała, która ci szczególnie dokucza. Potem jednak dla zrozumienia całości dobrze byłoby, abyś zapoznał się z częścią ogólną, to znaczy pierwszymi sześcioma rozdziałami. Wówczas twoje zainteresowanie twoim obdarzonym duszą ciałem zostanie tak rozbudzone, że z chęcią poświęcisz uwagę rozdziałom omawiającym pozostałe obszary ciała.

Gdy przeczytasz uważnie niniejszą książkę, dowiesz się wielu rzeczy, które w głębi duszy zawsze wiedziałeś. To żaden problem. Chodzi tu o ukrytą wiedzę cielesną o sobie i własnych nawykach, której przypuszczalnie nie poddałeś dotąd świadomej refleksji. Dlatego dla twojej świadomości będzie to czymś zupełnie nowym. Wydobyłam dla ciebie tę wiedzę na światło dzienne. Gdy przyswoisz ją sobie w sposób świadomy, zaczniesz kierować uwagę na swoje doznania zmysłowe i ruchy fizyczne, co pozwoli ci inaczej postrzegać i odczuwać zarówno świat, jak i samego siebie.

Tego życzę sobie i tobie.

Helga Pohl

Część I

Jak lepiej zrozumieć własny organizm
i swoje dolegliwości

1. Jak to wszystko się zaczęło i co z tego wynikło

Historia moich cierpień i sukcesów

Jak to wszystko się zaczęło

Wiele lat temu jechałam samochodem do mieszkających w Dolnej Bawarii przyjaciół. Po drodze zaskoczyła mnie gwałtowna burza. Przebiłam się przez nią, a kiedy wysiadłam z auta, pierwszy raz w życiu poczułam, że bołą mnie plecy. Rozciągałam się i przeciągałam, sądząc, że szybko mi przejdzie. Ale w nocy zbudziły mnie nasilające się bóle. Odtąd ból już mnie nie opuszczał: tępo świdrujący, wszechobecny. Pierwszy raz w życiu zgłosiłam się do ortopedy i dostałam zastrzyk. No i po kłopotcie, pomyślałam.

Ale był to dopiero początek: przez następne miesiące dostałam jeszcze wiele zastrzyków o nieznanym mi zawartości. Jednak to albo wcale nie łagodziło bólów, albo pomagało tylko na chwilę. Zbierałam informacje, zmieniałam ortopedów i pozwalałam leczyć się każdą metodą, jaka tylko była dostępna: kolejnymi zastrzykami, lekami, błotem leczniczym fango, masażami, gimnastyką leczniczą, łóżkiem rehabilitacyjnym, zabiegami kręgarskimi, nastawianiem od wewnątrz kości guzicznej, podwieszaniem, rozciąganiem, wkładkami ortopedycznymi i podwyższaniem obcasów. Na koniec otrzymałam nawet wykonany na miarę gorset.

Odwiedzałam miejscowych koryfeuszy medycyny, a dodatkowo stosowałam się do uzyskanych poufnie wskazówek. Nikt i nic nie pomagało. Bóle nasilały się, zamiast słabnąć. Wieczorami często już tylko płakałam.

Stopniowo ból zawładnął mną całkowicie. Opanował wszystkie moje myśli i działania. Oglądając film, na którym ktoś wskazuje na konia, wzdragałam się bezwiednie, gdyż myślałam, ba!, nawet czułam: jak można robić coś takiego swoim plecami! Rano po przebudzeniu czułam się, jakby przytłaczał mnie ciężki kapтур. Nic mnie już nie bawiło, nikt i nic już mnie naprawdę nie interesowało. Codzienne sprawy załatwiałam jak automat. Jednym słowem: miałam depresję.

Taką diagnozę mogłam postawić sama, bowiem byłam psychoanalityczką. Jako osoba prywatna byłam przekonana, że moje dolegliwości muszą mieć charakter czysto fizyczny, więc dalej chodziłam po lekarzach. Jako przedstawicielka swojej profesji zaczęłam niebawem podejrzewać, że moje bóle pleców mają w rzeczywistości charakter psychosomatyczny. Było to dla mnie niezmiernie przykre. Na Boga, po siedmiu latach zgłębiania siebie w ramach psychoanalizy szkoleniowej powinnam być psychicznie zdrowa. Jako profesjonalistka dzielnie próbowałam rozeznąć się w swojej psychice, uświadomić sobie rzeczy, które mogły się za tym kryć. Ale ilekroć pytałam moje plecy, co właściwie chcą mi powiedzieć, jedyna odpowiedź brzmiała: „Ból!”. Nie mogłam też odkryć żadnej zmiany w mojej sytuacji życiowej, na którą mogłabym reagować w ten sposób duchowo–cieleśnie. Aluzje moich kolegów dały mi jednak do zrozumienia, że stopniowo przesuwają mnie na „szynę psychiczną” – co nie wydawało mi się sprawiedliwe. Czułam się gruntownie niezrozumiana.

Mimo to poddałam się terapii u wrażliwego kolegi, by celowo poszukać zagrzebanych uczuć, które mogły kryć się za bó-

lem pleców i depresją. Niestety także to zakończyło się fiaskiem. Niekiedy sądziłam wprawdzie, że coś znalazłam, ale nie miało to wpływu na moje bóle.

W owym czasie na skutek jakiegoś nieostrożnego ruchu musiałam dodatkowo nabawić się przepukliny jądra miazdżystego (zwanej potocznie wypadnięciem dysku). Niczym prąd w przewodzie ból biegł teraz w dół nogi aż do palców stóp. Niebawem doszło do tego, że nie byłam już w stanie siedzieć. Wsiadanie do samochodu stało się zupełnie niemożliwe. Zaokrąglenie pleców, by założyć buty, wydawało się czymś całkowicie nieosiągalnym.

To wszystko było straszne: dzięki wypadnięciu dysku miałam teraz przynajmniej oficjalne orzeczenie lekarskie; uznano, że cierpię na chorobę organiczną, ustały podejrzenia choroby na tle psychicznym.

Zauważyłam, że zwykłe chodzenie nieco łagodzi ból. Za to długie leżenie czyniło go nieznośnym, rano nie mogłam wstać z łóżka. Dlatego co noc nastawiałam budzik na trzecią rano i przez godzinę czytałam, chodząc tam i z powrotem. Także w dzień chodziłam, ile mogłam. Nawet swój zawód wykonywałam, stojąc i chodząc – to właściwie niemożliwe dla psychoanalityka. Błyskawicznie traciłam na wadze. To nie mogło tak dłużej trwać.

Odwiedziłam neurochirurga. Doktor postawiła gruntowną diagnozę i usilnie doradzała niezwłoczną operację uszkodzonego krążka międzykręgowego L5/S1. W przeciwnym razie miałam liczyć się z najgorszymi następstwami, łącznie z nieodwracalnym porażeniem nogi i pęcherza moczowego. To mnie przeraziło. Nie wyobrażałam sobie, że może być aż tak źle. Tuż potem miałam wizytę u ortopedy (chyba szóstego z kolei). Usilnie odradzał operację i przestrzegał przed możliwymi następstwami, łącznie z porażeniem poprzecznym. Napędziło mi to jeszcze większego stracha aniżeli groźby neurochirurga. Dlatego wolałam, żeby or-

topeda zrobił mi zastrzyk w kanał kręgowy (co nie uchodzi za ogromnie niebezpieczne). Przez pewien czas noga była jak sparaliżowana, poza tym nic to nie dało.

Jako środek ostateczny zalecono mi kurację na wyspie Ischia. Podczas lotu samolotem w tamtą stronę z trudem udało mi się przekonać stewardesy, by pozwoliły mi odbyć podróż na stojąco. W trakcie kuracji dałam się leczyć wszystkim, co proponowano: zastrzykami kortyzonu, masażami, naturalnym błotem fango, zasypywaniem w gorącym piasku, pływaniem w ciepłych źródłach termalnych, elektrostymulacją, gimnastyką leczniczą, naturalną sauną z gorącą parą ze źródeł. Podczas każdej przerwy w programie trzymałam się mojej prywatnej terapii chodzeniem. Po czterech tygodniach rzeczywiście poczułam się lepiej: lot powrotny mogłam już odbyć na siedząco. Próbowалам możliwie wiele elementów odbytej kuracji wprowadzić do codziennego życia, spełzło to jednak na niczym z powodu miejscowej pogody (nadszedł już październik) oraz tego, że miałam co innego do roboty poza dbaniem o własne plecy. Po trzech tygodniach wszystko wróciło do stanu poprzedniego: nie byłam w stanie siedzieć.

Teraz jednak pozwoliłam sobie operować uszkodzony dysk – mimo iż był to już inny neurochirurg, który mnie raczej uspokajał. Operacja przyniosła poprawę: nie odczuwałam już bólów i mogłam znów siedzieć. Jednakże noga pozostała nieco zdrętwiała i jakoś dziwnie się z nią czułam. Plecy także były raczej sztywne. Dowiedziałam się, że już nigdy nie będę mogła nisko się pochylić. Ale w porównaniu ze stanem poprzednim były to drobne bolączki, z którymi dało się żyć. Byłam bardzo wdzięczna chirurgowi.

Dziewięć miesięcy później nadeszło wielkie rozczarowanie. Po długim okresie siedzenia na przyjęciu u kolegi poczułam, jak w moich plecach zagnieżdża się znany tępy świder, a ból nie-

spiesznie, lecz pewnie znów bierze mnie w posiadanie. Teraz sytuacja wydawała się jeszcze bardziej beznadziejna niż poprzednio, bo nie pozostała mi już żadna opcja leczenia.

Popadłam w skrajne zwątpienie, mimo to nie opuszczała mnie wizja, że gdzieś na tym świecie musi istnieć rozwiązanie mego problemu. Rozpoczęłam poszukiwania terapii alternatywnych. Początkowo trafiłam tam na niedorzeczności, aż natknęłam się na metodę Feldenkraisa. Chodzi w niej o świadome odczuwanie ruchu i raczej zabawowe badanie własnego ciała. Wydało mi się to interesujące. Pochłonęłam książki Feldenkraisa, wykonywałam zalecane w nich ćwiczenia, chodziłam na indywidualne sesje lecznicze. Nagle nabrałam nadziei, że dzięki zrozumieniu własnego ciała znajdę drogę wyjścia z labiryntu cierpienia. W gruncie rzeczy nie rozumiałam nic z tego wszystkiego, co lekarze opowiadali mi o mojej „lumbalii” (o ile w ogóle coś opowiadali). Dzisiaj wiem też, że trudno to było zrozumieć.

Zaczęłam wówczas studiować samą siebie. Jako że mam w sobie żyłkę badacza, podejście to bardzo mi odpowiadało. Potem odkryłam książki i artykuły amerykańskiego terapeuty stosującego pracę z ciałem, Thomasa Hanny, i poznałam go osobiście. Hannę rozumiałam nawet lepiej niż Feldenkraisa. Od niego dowiedziałam się, że rodzaj dolegliwości, na jakie cierpiałam, jest wynikiem bezwiednego napięcia mięśni, co często daje się zauważyć od zewnątrz jako nieprawidłowa postawa ciała. Nieustanne podtrzymywanie napięcia mięśni pochodzi z dolnych (starszych ewolucyjnie), niedostępnych dla świadomości „pięter” mózgu.

W części mózgu, dzięki której możemy się świadomie poruszać i odczuwać, czyli w korze sensomotorycznej, występuje „amnezja sensomotoryczna”. Znaczy to, że świadoma część mózgu „zapomniała”, jak odczuwać dotknięte mięśnie i jak nimi poruszać. Na skutek tego człowiek przestaje zauważać bezwiedne nadmierne na-

pięcia i nie może ich tak po prostu rozluźnić. Istnieją jednak możliwości, by przejrzeć samego siebie i ponownie uwolnić te napięcia dzięki tzw. pandykulacjom (ruchom wykonywanym wspólnie z terapeutą; patrz: rozdział 6) oraz specjalnym ćwiczeniom.

Nareszcie wszystko stało się jasne. W owym czasie bóle w dolnej części pleców mniej mi dokuczały, za to gdy podawałam komuś prawą rękę, bolała mnie od przedramienia aż do barku. Nie mogłam już też całkowicie wyprostować prawego łokcia. A na dodatek coraz częściej cierpiałam na tak zwany ostry zespół kręgosłupa szyjnego. Oznacza to, iż często chwycił mnie nagle taki ból szyi, że praktycznie nie byłam w stanie poruszać głową. Pewien specjalista medycyny niekonwencjonalnej ratował mnie co prawda zabiegami kręgarskimi i stawianiem baniek, ale takie ostre ataki przytrafiały mi się coraz częściej. W końcu musiałam go odwiedzać raz na dwa tygodnie. Wówczas poszłam też siódmego z kolei do ortopedy. Prześwietlił rentgenem, pomierzył wszystkie stawy prawej ręki i oznajmił, że mam początki choroby zwyrodnieniowej. Miał to być objaw zużycia, które z biegiem czasu będzie coraz bardziej postępować. W takim przypadku nie da się zrobić niczego poza łykaniem środków przeciwbólowych. Lekarz co najwyżej mógł mi zalecić wieszanie ciężarków na prawej ręce, żeby ją znowu trochę naprostować. Zaprzeczył, jakoby historia z szyją miała cokolwiek wspólnego z ręką. „Ostry zespół kręgosłupa szyjnego” miał być zupełnie niezależny od zwyrodnienia ręki i barku. Kompletnie zdeprymowana, powlekłam się z gabinetu lekarskiego do domu. Zwyrodnienie stawów koło czterdziestki! Jak to będzie wyglądać za dziesięć lat? A za dwadzieścia? Za trzydzieści?

W pewnym momencie do głosu znów doszedł mój odurzony chwilowo rozum. Zaczęłam się zastanawiać: Jakim cudem, pracując jako psychoterapeutka, mogłam zużyć prawą rękę? I czy

mogłam coś zrobić, by jej dalej nie zużywać? Wieszac na niej ciężarki, żeby ją naprostować? Mieszkaliśmy podówczas na czwartym piętrze starej kamienicy bez windy. Jak wie każda kobieta, trudno się w tej sytuacji narzekać na brak obciążenia ręki. Coś tu nie pasowało w całej tej historii.

Położyłam się na kanapie i poruszyłam najpierw lewą ręką, a potem prawą. Lewą mogłam bez wysiłku ruszać i prostować. Prawa była jakaś niezdarła i oporna. Niespiesznie, wczuwając się, spróbowałam wykonać wszelkie ruchy ręką. Wreszcie to odkryłam: Gdy poruszyłam kilkakrotnie prawym barkiem do przodu i do tyłu, prawa ręka bardziej się wyprostowała! I trochę łatwiej było nią poruszać! Osłupiałam. Ale to nie wszystko. Zauważyłam, że gdy poruszam prawym barkiem, porusza się też moja miednica! Do tego obraca się ona w lewo w stronę podłoża. Jednocześnie poruszała się też moja lewa noga, tak że czubek stopy nie był już skierowany prostopadle do góry, tylko jak u lewej na zewnątrz! To było niewiarygodne! Nagle mi zaświtało: może wcale nie jest tak, że *mam* krzywo ustawioną miednicę (co stwierdzali u mnie zawsze ortopedzi), a tylko *trzymam* ją krzywo!!!

Podniecona podbiegłam do lustra: rzeczywiście mogłam wpływać na ustawienie miednicy! A to odbijało się na całym moim ciele! Trzymałam się krzywo. Miednica była z lewej strony wysunięta do przodu, za to górna część ciała wraz z barkiem była bardziej wysunięta do przodu z prawej strony. A to miało coś wspólnego z moją prawą ręką! Kiedy poruszałam miednicę do przodu i do tyłu, czułam to też całkiem wyraźnie w dolnej części pleców! Co z kolei wiązało się jakoś z moim karkiem! Miejsce, które tak często mnie bolało (z prawej strony na samym dole), było tym samym, gdzie tułów obracał się w jedną stronę, a głowa w drugą, tak że mimo skręcenia wciąż patrzyłam przed siebie.

Już nieraz zauważałam w lustrze, że zrobiłam się jakaś krzywa, nie mogłam jednak bezwarunkowo stwierdzić, o co dokładnie chodzi. Listwa guzikowa bluzki zawsze układała się nierówno. Ale dlaczego? Jedna nogawka spodni była zawsze dłuższa niż druga. Ale dlaczego? Pasek z jednej strony wydawał się położony wyżej niż z drugiej. Ale dlaczego? Teraz wreszcie rozumiałam: byłam skrzywiona i wykrzywiona. Utrzymywałam – wcale tego nie chcąc – część moich mięśni w stanie ciągłego napięcia. Przez to miałam skrzywioną miednicę i wygięty kręgosłup. Im dłużej i częściej spoglądałam w lustro, tym bardziej oczywisty stawał się ten wzorec: górna część tułowia i barki były zawsze skrzycone do przodu z prawej strony, natomiast miednica wysunięta do przodu z lewej. A na dodatek była ona z lewej strony podciągnięta do góry, więc stałam bardziej na lewej nodze. Lewa stopa była skierowana do przodu, za to prawa na zewnątrz. O to więc chodziło! Wszystkie moje defekty wynikały z nieprawidłowej postawy. Cała moja choroba nie była czymś, co *miałam*, ale czymś, co *robiłam!* Kiedy to rozumiałam, przez trzy dni pozostawałam w stanie euforii. Zaświtało mi: skoro jest to coś, co – choćby bezwiednie – robię, to mogłam to też kiedyś zmienić. Dawało mi to nadzieję!

Zapamiętałam i z wielką uwagą obserwowałam siebie i odkrywałam coraz więcej nieświadomie napiętych miejsc i osobliwych codziennych nawyków. Kiedy na przykład ręką zamykałam za sobą drzwi, to z lewej strony bark uczestniczył w tym ruchu, ale z prawej nie. Podczas pracy siedziałam skrzycona. Stopniowo zaczynałam też odczuwać, że postawa ciała wpływa z kolei na moje samopoczucie psychiczne. I na odwrót, w chwilach psychicznego obciążenia mocniej napinałam niektóre mięśnie. Przez wiele miesięcy wczuwałam się w moje nadmiernie napięte mięśnie i poruszałam nimi (Thomas Hanna był hen, daleko w Ameryce). Wtedy poczułam się zarówno fizycznie, jak i psychicznie lepiej niż kiedykolwiek.

Co z tego wynikło

Od ponad dwudziestu lat nie cierpię na żadne bóle pleców. Moja ręka prostuje się znów bez zarzutu. Nogę odczuwam normalnie. Ponownie mogę wykonać pełny skłon w przód. Nigdy więcej nie miałam „ostrego zespołu kręgosłupa szyjnego”. Znów jestem prosta. (Jeśli chcesz się dowiedzieć, dlaczego stałam się taka krzywa, przeczytaj o tym na stronie 192). Jestem teraz wprawdzie znacznie starsza, ale czuję się młodsza, sprawniejsza ruchowo i bardziej witalna niż przed moją chorobą. I chociaż zabrzmi to może osobliwie, cieszę się, że kiedyś dostałam tych okropnych bólów. Dzięki nim zdobyłam wiedzę, która odmieniła moje myślenie i działanie, całe moje życie. Bez owego bolesnego doświadczenia nigdy nie zajęłabym się zawodowo tym, czym się obecnie zajmuję i co najwyraźniej stanowi moje powołanie.

Wówczas ogarnęło mnie detektywistyczne uniesienie: co w takim razie robią inni, że odczuwają dolegliwości? Gdzie się usztywniają? W których miejscach nie poruszają się? Jak mogę ich uwolnić z więzienia ich ciał? Odbyłam szereg szkoleń w dziedzinie terapii pracy z ciałem – przede wszystkim kurs somatyki według Thomasa Hanny.

Spojrzałam na moich pacjentów nowymi oczyma. Przecież oni wszyscy byli jacyś przygięci, pokrzywieni, powykręcani, sztywni i ograniczeni w ruchach – każdy na swój sposób. A ja mogłam zaobserwować oznaki takich zmian fizycznych także u ludzi na ulicy. Tyle że wcześniej nie rzucało mi się to w oczy, dokładnie tak jak u mnie samej. Jak to się dzieje w przypadku wielu psychoanalityków, realne ciało z jego odczuciami i czynnościami stało mi się raczej obojętne. Interesował mnie co najwyżej tworzony przez każdego obraz własnego ciała. Jeśli przedtem w ogóle zauważałam u moich pacjentów zmiany w ciele lub głosie, stanowiły dla mnie jedynie wyraz ich wewnętrznego samopoczucia, które dla

mnie było właściwie czymś najistotniejszym. Teraz natomiast zaczęłam myśleć: może wewnętrzne samopoczucie pacjentów dlatego jest tak zmienione, że są wypaczeni i zeszywnieli cielesnie?

Zaczęłam więc badać ich i leczyć także na płaszczyźnie somatycznej. Na początku musiałam się przemóc, by dotykać pacjentów. W psychoanalizie uchodziło to za błąd w sztuce, a każdy kontakt fizyczny łatwo mógł nabrać posmaku napaści seksualnej. W gabinecie jednak bardzo szybko zauważyłam, że tabu związane z takim kontaktem istnieje tylko w mojej głowie. Pacjenci nie widzieli w tym żadnego naruszenia zasad metody leczenia. To, że ich dotykałam, traktowali jako rzecz zupełnie normalną.

Początkowo w mojej pracy największy nacisk kładłam jeszcze na analityczne zrozumienie i interpretację, ale z biegiem lat coraz istotniejsza stawała się terapia przez ciało, a coraz mniej ważne podejście werbalne. Zjawiało się bowiem coraz więcej pacjentów cierpiących na poważne dolegliwości fizyczne, nawet jeśli z punktu widzenia medycyny akademickiej uchodzili za zdrowych. Nie byli skłonni wnikać w swoje odczuwane cielesne problemy w sposób wyłącznie intelektualno-werbalny, czy wręcz doszukiwać się ich początków we wczesnym dzieciństwie. Podejście psychoterapii przez ciało okazało się tutaj dobrodziejstwem. Zmieniło też mój sposób patrzenia na psychosomatykę.

Wcześniej uważałam, że dolegliwości fizyczne są zawsze tylko objawem leżących u ich podłoża poważnych zaburzeń psychicznych spowodowanych przez złe doświadczenia psychiczne okresu dzieciństwa. Dzięki „somatyzacji” miały się one tylko zamianifestować, to znaczy ból cielesny pojawił się zamiast jeszcze trudniejszego do zniesienia bólu psychicznego, który w trakcie wieloletniego, uciążliwego procesu należało odkryć i przepracować. Z trudem przychodziło mi wyrwanie się z tych kolein

myślowych, ale potem zdałam sobie sprawę, że w przypadku wielu pacjentów wcale nie muszę brnąć przez długi padół łez. Przeważnie wystarczyło uwolnić ich tu i teraz od bólu i napięcia, bez względu na to, kiedy i w jaki sposób się one pojawiły. Nie dochodziło do żadnego „przesunięcia objawów”, to znaczy nie pojawiały się nowe dolegliwości, czego można by oczekiwać w myśl teorii psychoanalitycznych. Wręcz przeciwnie: zdarzało się często, że kiedy usuwałam problem somatyczny, to jakby ktoś rozwiązał węzły sieci. Także pod względem psychicznym pacjenci czuli się potem znacznie lepiej. Nawet przeniesienia lęków z dzieciństwa na osoby z terażniejszości rozpuszczały się, kiedy pozbawiało się je podstawy fizycznej. Krok po kroku żegnałam się z większością moich dawnych poglądów na temat psychosomatyki. Coraz częściej brałam po prostu dosłownie wszystko, co mi pacjenci opowiadali o swoim cierpieniu. W przypadku zaburzeń oddechowych nie zadawałam już sobie pytania, jakie może być ich znaczenie symboliczne (nieuświadomiony krzyk za matką?), ale co pacjent aktualnie przy tym odczuwa, które mięśnie bezwiednie utrzymuje w stanie stałego napięcia, co mu utrudnia oddychanie i niekorzystnie wpływa na jego nastrój. Ponieważ wychodziłam pacjentom na spotkanie tam, gdzie się ze swoimi przeżyciami znajdowali, to znaczy na płaszczyznę somatyczną, czuli się rozumiani lepiej niż dotychczas. A ja mogłam im pomóc znacznie skuteczniej. Często opuszczali mój gabinet rozpromienieni, a nie jak dawniej zadumani. Czasem po godzinie terapii ktoś rzucał mi się na szyję albo długo ścisnął z wdzięcznością rękę. Robiło mi się od tego ciepło na sercu. Tymczasem także w kręgach psychoanalizy odchodzono stopniowo od symbolicznego postrzegania dolegliwości psychosomatycznych. Stawało się bowiem coraz bardziej jasne, że związki między ciałem, uczuciami

i mózgiem zarówno u osób zdrowych, jak i chorych są znacznie bardziej bezpośrednie.

Wówczas – uskrzydłona moimi doświadczeniami – poszerzałam psychoterapię przez ciało na coraz bardziej zróżnicowane obrazy kliniczne. Także w przypadkach zaburzeń, które na początku uważałam jeszcze za czysto psychiczne, na przykład depresji, mogłam wyczuć, zobaczyć i leczyć zmiany cielesne. Nawet u pewnej pacjentki z anoreksją uzyskałam dzięki metodom pracy z ciałem ogromny sukces. W przypadku niektórych dolegliwości początkowo wahałam się. Leczyć lęk, zajmując się ciałem? Wydawało mi się to bardzo spekulatywne. Czy w oczach moich kolegów nie stanę się ostatecznie niepoważna? I czy moi pacjenci nie uznają mnie za pomyloną, kiedy przy ewidentnie psychicznych dolegliwościach zaproponuję im postępowanie kładące nacisk na ciało? Ale i tu nie doceniłam pacjentów. Okazali się znacznie bardziej ode mnie otwarci na nowe podejścia. Pewna kobieta zapytała mnie, czy mogę też coś zrobić z jej zaburzeniami koncentracji. Kiedy pojawiały się, odnosiła ona zawsze wrażenie, jakby jej głowa była całkiem „zatkana”, a kark nadmiernie napięty. Z wahaniem zgodziłam się zająć jej szyję i głowę oraz ich nieprawidłowym ustawieniem, a potem sama byłam zaskoczona uzyskanym sukcesem. Zaburzenia koncentracji faktycznie zniknęły. Mógł to być naturalnie efekt placebo, ponieważ pacjentka tak bardzo na to liczyła. A może tak jej się tylko wydawało? Niemniej uznałam to za rzecz niezwykłą.

Niedługo potem zgłosiła się do mnie przyjaciółka tamtej kobiety i opowiedziała o swoim przytępionym słuchu. Jako czterdziestoparolatka była jeszcze na to o wiele za młoda. Wyraźnie odnosiła wrażenie, że jest za bardzo napięta. Ponadto zauważyła, że jej zaburzenia słuchu nie zawsze są jednakowo nasilone. Kiedy czuła się bardzo napięta, słyszała zdecydowanie gorzej. W takich

chwilach była też subiektywnie wyczerpana i w złym humorze. Nie chciałam stać się cudowną uzdrowicielką, więc powiedziałam jej bardzo niepewnie, że mogę tylko spróbować. Właściwie w to nie wierzyłam, ale pomyślałam, że jeśli ona pozbędzie się swoich napięć, to też już będzie jakaś korzyść. Po jakimś czasie niedosłuch wprawdzie nie minął, ale wyraźnie się zmniejszył, co zostało też potwierdzone badaniem u laryngologa. Pacjentka znów mogła słyszeć gwizdanie czajnika, a w większym towarzystwie rozumiała poszczególne głosy. Jednocześnie zauważalnie poprawił jej się nastrój, czuła się teraz, jakby mogła przenosić góry. Byłam niezmiernie zdziwiona, lecz nauczyło mnie to, by coraz bardziej polegać na wypowiedziach pacjentów. Wprawdzie do dziś nie czuję się kompetentna, by zajmować się większością postaci niedosłyszenia, ale ten przypadek natchnął mnie odwagą, by brać pod uwagę nadmierne napięcia mięśni i zabiegi psychoterapii przez ciało także w dolegliwościach, przy których jeszcze nikt dotąd o tym nie pomyślał. Moje sukcesy w przypadkach wszelkich możliwych cierpień nabierały rozgłosu: coraz więcej pacjentów zgłaszało się specjalnie z uwagi na psychoterapię przez ciało. Najczęściej zjawiali się cierpiący na chroniczne bóle.

Naturalnie zgłębiałam też ortopedię. Początkowo sądziłam, że występują dwa rodzaje zaburzeń: czynnościowe (funkcjonalne), którymi powinni się zająć specjaliści od terapii pracy z ciałem, oraz czysto organiczne, pozostające domeną lekarzy medycyny (jak moje wypadnięcie dysku). Z czasem zauważyłam, że przynajmniej w początkowej fazie wszelkie zaburzenia mają charakter czynnościowy. W końcowym stadium zwyrodnienia stawów, kiedy na skutek ustawicznego nadmiernego napięcia mięśni również kości ulegają zużyciu, może pomóc tylko medycyna akademicka poprzez wszczepienie endoprotezy. Ale terapeuta stosujący pracę z ciałem może nie dopuścić do tego, by ten proces w ogóle zaszedł

tak daleko. Medycyna akademicka jest częścią naszego uwarunkowanego kulturowo sposobu myślenia, a on jest – przynajmniej w odniesieniu do ciała – redukcjonistyczny (w przeciwieństwie do całościowego) i statyczny. Kiedy występuje chroniczny ból kolana, uważamy, że jest ono zepsute i można je w prosty sposób naprawić niczym jakąś część naszego samochodu. A że kolano ma coś wspólnego z tym, co wyprawiamy ciągle sami ze sobą, to już nam do głowy nie przyjdzie. Specjaliście również nie. W ogóle nie zwraca on uwagi na to, jak się ktoś porusza i jaką utrzymuje postawę w polu siły ciężkości. Czynnościami układu nerwowo-mięśniowego interesuje się medycyna tylko w przypadku poważnych zaburzeń i nieomagań, jak udary mózgu i inne choroby neurologiczne. Są wprawdzie lekarze sportowi, ale nie ma specjalistów od codziennego poruszania się, a większość ortopedów martwi się w pierwszym rzędzie o kości. Uważają oni przeważnie, że na podstawie nieruchomego zdjęcia rentgenowskiego mogą orzekać o „aparacie ruchu” pacjenta.

Ale człowiek nie ma żadnego „aparatu ruchu”. Ruch nie prowadzi do zużycia się organizmu, ale utrzymuje go w zdrowiu. Nie chodzi o to, że poszczególni ortopedzi nie mają racji, to leżący u podstaw akademickiej ortopedii sposób widzenia wymaga moim zdaniem uzupełnienia, przynajmniej w przypadku chorób przewlekłych. Statyczne, redukcjonistyczne myślenie przenika całą naszą kulturę, jest częścią zaburzenia, które w mniejszym lub większym stopniu dotyka nas wszystkich. Sama myślałam w ten sposób i bardzo prawdopodobne, że przyczyniło się to do mojej choroby. Dziś uważam, że w rzeczywistości człowiek stanowi żywą jedność funkcjonalną, w której wszystkie części ze sobą współdziałają. I również jako całość nie jest on izolowany: pozostaje zawsze w interakcji zarówno ze środowiskiem fizycznym, jak i społecznym. A przede wszystkim: jest układem samo-

organizującym się. Może sam siebie postrzegać, poruszać sobą, kontrolować się, rozumieć i zmieniać.

Przyjąwszy taką perspektywę, wkroczyłam na nieznane terytorium, niepodzielone na ciało i duszę, względnie: medycynę i psychologię. Jest to terytorium sensomotoryki, doznań zmysłowych i ruchu, przeżywanego i ożywionego ciała. Nie jest to skostniałe ciało medycyny akademickiej, wobec którego można się zdystansować jak wobec przedmiotu, by go „bezsronnie” i „obiektywnie” obejrzeć, zmierzyć i ostatecznie wpływać nań środkami chemicznymi albo oddać do naprawy u chirurga. Nie jest to też ciało psychologii, które jako pewien konstrukt, symbol czy przedstawienie wiedzie nędzną, beczynną i bezkrwistą egzystencję w umyśle lub mózgu, zamiast odczuwać i działać w realnym życiu. Nie jest to też ciało sportu, z którego można uczynić supersprawną maszynę, hartować je, poddawać dopingowi i bez opamiętania męczyć. Nie jest to blade i przezroczyste ciało astralne ezoteryki, podporządkowane monstrualnemu duchowi obdarzonemu nieograniczoną mocą rozkazywania, ani abstrakcyjnym świętym naczyniem nadprzyrodzonej mocy.

Jest to natomiast powszechne ciało dnia i nocy, dni powszednich i świąt, pracy i czasu wolnego, ciało podległe sile przyciągania ziemskiego, mające swoją część górną i dolną, przednią i tylną, prawą i lewą. Jest to ciało ożywione, odczuwane, poruszane, obdarzone umysłem, dręczone i zażywające rozkoszy, zdrowe i poszkodowane, cierpiące i wybawione od cierpienia, marznące i pocące się, smutne i radosne, wpadające w gniew i kochające. To jest „moje” ciało. To ciało jest doskonale znane nam wszystkim z codziennego doświadczenia, mimo to prawie nic o nim nie wiemy, ponieważ go nie obserwujemy. Thomas Hanna nazwał je „somą”, ciałem doświadczanym od wewnątrz. Ten ożywiony organizm wzbudzał odtąd moje zainteresowanie. Pełna zacieka-

wienia zaczęłam go badać u siebie i u innych. Nie mogłam przy tym sięgnąć po żaden podręcznik. Musiałam się za to nauczyć wykorzystywać własne zmysły: intensywnie i dokładnie obserwować, przysłuchiwać się i odczuwać dotykiem – stawać się bez reszty okiem, uchem, wczuwającą się dłonią.

Tymczasem od wielu lat prowadzę gabinet psychoterapii przez ciało. W oparciu o inne procedury opracowałam własną metodę: sensomotoryczną terapię pracy z ciałem według dr Pohl (niem. *Sensomotorische Körpertherapie nach Dr. Pohl*), w której szkole też innych.

Z biegiem lat bardzo wiele dowiedziałam się o obdarzonym duchem ciele ludzkim i mogących go dotykać zaburzeniach: trochę z książek i czasopism fachowych, więcej podczas praktycznych szkoleń, jeszcze więcej na podstawie osobistych doświadczeń, najwięcej jednak od własnych pacjentów. Zdobytą w ten sposób wiedzę chciałabym podzielić się z czytelnikiem.

3. Pojąć ciało zmysłami

Odkrycia na nieznanym lądzie

Inni pacjenci w innej perspektywie

To nowe skupienie uwagi na aspekcie fizycznym nie oznacza, że przestałam okazywać moim pacjentom empatię. Wręcz przeciwnie: doświadczenie własnej choroby umożliwiło mi bezpośredni z nimi kontakt. Naturalnie prowadzę też z nimi rozmowę, jednak na początku niemal wyłącznie o ich dolegliwościach. Inne podejście w przypadku silniejszych cierpień nie byłoby też możliwe. Pozostałe problemy poruszam w rozmowie później tylko wtedy, gdy pacjenci sami tego zechcą. Pozostaję jednak z nimi w ciągłym dialogu słownym i dotykowym na temat ich odczuć. To, czego inni nie chcą słyszeć, interesuje mnie najbardziej. Im dokładniej bowiem dowiaduję się, jak i gdzie ktoś odczuwa od wewnątrz swoje dolegliwości, tym lepiej mogę sobie wyobrazić, jak i gdzie mogę je leczyć. Także gdy ktoś mówi: „To jest takie odczucie, jakby gąsienica przegryzała się przez tkankę” albo „Kolana swędzą mnie wewnątrz, to jest paskudne. Na zewnątrz mógłbym się przynajmniej podrapać”, albo „Chociaż nic tam nie ma, mam wrażenie, jakby w prawym uchu był nabrzmiąły cyzrak. Boli tak, że rano ledwie mogę unieść głowę”, uznaję to

za bardzo interesujące i z ciekawością dopytuję się dalej. Jestem przekonana, że wypowiedzi pacjentów to najlepszy możliwy opis problemu. Jak coś jest odczuwane we własnym ciele, może wiedzieć tylko sam chory. On jako jedyny może stwierdzić, jak i gdzie odczuwa ból, mdłości lub lęk, czy i gdzie dokucza mu mrowienie, drętwienie lub swędzenie. Tylko on może zauważyć, co mu pogarsza samopoczucie, a co poprawia. Dlatego każdego uważam za specjalistę od jego dolegliwości – i to jedynego na świecie.

Wszystkich moich specjalistów proszę w pierwszej kolejności, aby możliwie dokładnie i wyczerpująco opisali mi swoje dolegliwości. Dzięki temu znika jak kamfora cały problem komunikacji. Pacjenci czują zdumienie i ulgę: „Więc jednak ktoś się mną interesuje!”. Zaczynają się dokładniej wczuwać, uważniej siebie obserwować, zastanawiać się. Ochoczo udzielają wszelkich informacji i często z własnej inicjatywy opowiadają, że ich cierpienie ma komponent psychiczny. Odbija się ono na psychice albo też nasila w sytuacjach psychicznego stresu.

Jeśli sam miewasz bóle albo wrażenie napięcia w barkach lub karku, to czy zauważyłeś już, jak nasilają się one nie tylko po długim okresie siedzenia w określonej pozycji albo pod wpływem zimna lub przeciągu, ale również gdy odczuwasz wewnętrzną presję albo czeka cię coś nieprzyjemnego? Innymi słowy czy zauważyłeś, że twoje dolegliwości barków i karku mają również charakter psychosomatyczny?

Pacjenci uważani za „ciężkich” okazują się ludźmi nadzwyczaj sympatycznymi, otwartymi, skłonny do współpracy i wdzięcznymi, takimi, z którymi wspaniale można razem pracować. Współ z nimi mogłam dokonać wielu nowych odkryć.

Każdy przypadek jest odmienny

W miarę prowadzenia dokładnego wywiadu, otwiera się cały świat najrozmaitszych dolegliwości, których dotąd nie znałam. Kiedy na przykład pytam kogoś z diagnozą „ból głowy”, jak i gdzie dokładnie odczuwa ów ból, jeden powie: „To jest jak obręcz uciskająca głowę”. Kogoś innego dręczy ustawiczny kłujący ból z lewej strony czoła. Trzeci informuje o pulsującym bólu w skroniach. Czwarty opisuje, jak ból promieniuje od barków przez kark ku potylicy, przypomina to wtedy umieszczoną na głowie siatkę. U piątego jest to raczej hełm albo imadło. Szósty odczuwa to znów całkiem inaczej. U jednego ból głowy idzie w parze z nudnościami, u innego towarzyszy mu niewyraźne widzenie. Jeszcze inny zawsze nosi czapkę, ponieważ wrażenie zimna na potylicy wyzwała od razu ból głowy. Dla następnego zupełnie nie stanowi to problemu, za to szkodzi mu każdy dzień spędzony przed komputerem. Żaden ból głowy nie przypomina innego.

Skoro nawet pojedyncze cierpienie u każdego pacjenta ma indywidualny charakter, tym bardziej dotyczy to kombinacji różnych dolegliwości. U większości chorych lista jest długa. Nie spotkałam jeszcze dwóch osób z dokładnie takim samym obrazem klinicznym.

Żaden przypadek nie przypomina innego

Kobieta dobiegająca sześćdziesiątki już od dziesięcioleci skarży się na ogólne bóle kończyn, bolesność i sztywność karku, bóle stóp, bóle z boku prawej pachwiny, poranną

sztynność palców, zaburzenia snu, zawroty głowy z wrażeniem wirowania otoczenia, częste parcie na mocz, bóle w dolnej części pleców. Czuje się wyczerpana i bez życia.

Mężczyzna między czterdziestką a pięćdziesiątką skarży się na natręctwa myślowe i nerwicę lękową (na przykład chce rzucić się na kogoś z nożem). Na dodatek czuje się przygnębiony, wyczerpany, lękliwie pobudliwy, zdekoncentrowany, ma skłonność do zapominania. Cierpi na szumy w uszach, bóle w lewym ramieniu, dokuczliwe swędzenie prawej stopy, kurcze w przedniej części ud.

Kobieta dobiegająca pięćdziesiątki od wielu lat uskarża się na problemy z zębami i żuchwą. Ma silne bóle w rejonie głowy, karku i prawego barku, wrażenie ucisku w klatce piersiowej, odczucia napięcia, kurcze w obrębie brzucha, częste ostre bóle pleców. Czuje się wyczerpana, skonana, wymęczona, zdeprymowana.

Każdy przypadek okazuje się fascynująco odmienny. Dlatego rezygnuję ze stawiania sumarycznej diagnozy, odnotowuję po prostu wszystkie dolegliwości i rozważam współzależności konkretnego przypadku.

Każdy może dokładnie wskazać,
gdzie odczuwa dolegliwości

Jeśli dolegliwości mają być poddane leczeniu od zewnątrz, powinny dać się zlokalizować w ciele. Wynika z tego, że najważniejsze pytanie – na które mogą odpowiedzieć tylko pacjenci

– brzmi: „Gdzie?”, to znaczy „Gdzie pan/pani to czuje?”. Na początku sądziłam, że wystarczy po prostu pozwolić choremu nazwać odpowiednie miejsce. Ale często okazywało się, że jest to nieprecyzyjne i prowadzi od nieporozumień. Każdy jednak może dokładnie *wskazać*, gdzie odczuwa dolegliwości. Nawet gdy ktoś mówi niepewnie: „Nie wiem dokładnie, gdzieś tutaj”, pokazuje przy tym całkiem ściśle miejsce, w którym później mogę od zewnątrz wyczuć dotykiem nadmierne napięcia. Palcami rozpoznam je znacznie lepiej niż słowami. Wskazywanie jest tak zdumiewająco precyzyjne, ponieważ nie jest kierowane przez abstrakcyjnie myślące przodomózgowie, lecz bezpośrednio przez sensomotoryczną część mózgu, która jest też siedliskiem uczuć. Zawsze bacznie obserwuję, gdy ktoś umyślnie wskazuje miejsce swoich dolegliwości albo bezwiednie dotyka się tam, gdzie odczuwa coś nieprzyjemnego. Które to są dokładnie punkty na plecach? Którędy konkretnie przebiega ta odczuwana na głowie obręcz? Gdzie dokładnie leży ten kamień na piersi? Wszystko to chorzy mogą bez trudu wskazać. Tyle że nikt ich o to nie pytał.

Pytanie „gdzie” obowiązuje dla wszelkich dolegliwości. Jednak w naszym kręgu kulturowym przywykliśmy pytać o miejsce tylko w przypadku bólu. „No więc gdzie to boli?” – to standardowe pytanie. Natomiast do sformułowania „Gdzie odczuwa pan lęk?” trzeba się przyzwyczaić. Niektórzy pacjenci źle mnie początkowo rozumieją i odpowiadają: „W samochodzie” albo „W zamkniętych pomieszczeniach”. Kiedy się jednak dopytuję, gdzie *na ciele* odczuwają lęk, potrafią ten obszar lęku wskazać.

Także pytanie: „Gdzie jest pan zmęczony?” wydaje się zrazu osobliwe. „Gdzie dokładnie odczuwa pan swoje zmęczenie?” brzmi już trochę lepiej. Kiedy pada odpowiedź: „Nie potrafię powiedzieć”, pomagam czasem: „Przecież musi pan coś gdzieś

odczuwać, żeby móc powiedzieć: »Jestem zawsze zmęczony«”. Albo podaję przykłady: »Niektórzy czują zmęczenie głównie w oczach, inni w głowie, na plecach albo to przede wszystkim nogi są zmęczone”. W końcu pacjent kojarzy, o co mi chodzi, i wskazuje miejsce swego zmęczenia. Wtedy mogę prowadzić indywidualną terapię: oczu, głowy i karku czy pleców.

Gdzie to odczuwasz, kiedy jesteś zmęczony? A gdzie, gdy jesteś głodny? Gdzie odczuwasz parcie na mocz? Gdzie czujesz, gdy połyskasz? Gdzie czujesz ucisk, kiedy jesteś przygnębiony? A gdzie odczuwasz przenikające cię uczucie szczęścia?

Musiałam też pozbyć się własnych wyobrażeń. Uważałam, że kiedy pacjenci skarżą się, na przykład, na dolegliwości sercowe, to muszę leczyć obszar, w obrębie którego znajduje się anatomiczne serce. Na pytanie: „Gdzie”? odpowiadają, jakby to było równie oczywiste: „No tam, gdzie jest serce”. Kiedy jednak każę im wskazać od zewnątrz miejsce występowania dolegliwości, wielu wskazuje miejsce położone wyżej, bardziej z boku, niżej, ba!, niektórzy dotykają nawet miejsca po prawej stronie tułowia albo na brzuchu. Nie znaczy to, że pacjenci ci mają serce w niewłaściwym miejscu, ale że nieprzyjemne wrażenia czuciowe związane z sercem mogą pojawiać się w najróżniejszych punktach tułowia. Dla leczenia ważne jest tylko to, gdzie są one odczuwane, a nie gdzie znajduje się odpowiadające subiektywnym odczuciom miejsce anatomiczne.

Przez długi czas sądziłam, że chroniczne nudności każdy odczuwa w nadbrzuszu, bo sama tam to czułam, gdy mnie mdliło. Byłam bardzo zaskoczona, kiedy pierwsza pacjentka wskazała jako miejsce odczuwania nudności szyję. Nauczyło mnie to, aby

nigdy, przenigdy nie pomijać pytania „gdzie” i zawsze kazać sobie wskazać odpowiednie miejsce.

Dotyczy to szczególnie dolegliwości, których nie znam z własnego doświadczenia. Na przykład wiele osób ma wrażenie „guli w gardle”. Naturalnie w żadnym podręczniku anatomii nie przeczytamy, gdzie można znaleźć gulę w gardle. No ale gdzie mam jej szukać i leczyć? Pacjenci to wiedzą. Potrafią wskazać od zewnątrz, w którym dokładnie miejscu to odczuwają. Jak się dowiedziałam, wszyscy czują gulę w przedniej części szyi, ale jedni niżej, inni wyżej, niektórzy pośrodku, czasem gulę czuje się tylko z jednej strony.

Konkluzja: W sensomotorycznej terapii pracy z ciałem podstawową sprawą jest trzymać się tego, co pacjent mówi o odczuwanych przez siebie dolegliwościach i – to bardzo ważne! – także je wskazuje, nawet jeśli nie mieści się to w ramach żadnych gotowych kategorii medycznych czy psychologicznych.

W rejonie występowania dolegliwości zawsze można wyczuć dotykiem twarde, nadmiernie napięte miejsca

Następnie staram się od zewnątrz dotknąć miejsce na ciele pacjentów, które mi opisali i wskazali. No i proszę: bez względu na to, czy dolegliwości odczuwane są w szyi, małym palcu u nogi, szczęce czy miednicy, we wskazanym miejscu zawsze występuje stwardnienie. To jest właśnie zmiana somatyczna, która uszła uwagi innych! Może tu chodzić o pojedyncze punkty albo o mniej lub bardziej rozległy obszar. Wyczuwa się twarde mięśnie lub pasma mięśniowe, węzłaste i punktowe zgrubienia albo stwardnienia na skórze i w tkance podskórnej. Są to miejscowe ośrodki nadmiernego napięcia. Te wyczuwalne zgrubienia to

„miogelozę” Langego. W nowszej literaturze od czasu publikacji fundamentalnych prac Travella i Simonsa (1983 i 1992) nazywa się je punktami spustowymi.

Te chore miejsca są często chłodniejsze w dotyku niż reszta ciała. Pacjenci informują, że partner, z którym sypiają w jednym łóżku, zwrócił już wcześniej uwagę na ich zimną pupę, zimne stopy czy zimny brzuch. Jeśli te miejsca występują na nogach i stopach, są też czasem bardziej wilgotne. Zawsze są twardsze niż ciało naokoło i bolesne na ucisk, to znaczy kiedy nieco mocniej uciśnie się je punktowo, sprawiają ból. Podobny ucisk ledwie kilka milimetrów obok nie jest bolesny.

Często mówię pacjentom, by sami ucisnęli swoje stwardnienia i miękkie miejsca obok nich, dzięki czemu zauważą różnicę. Każdy może stać się ekspertem dotykowym, wszyscy mamy po temu zdolności.

Jeśli miałeś już kiedyś bóle lub odczucia napięcia w górnej części barków, uciśnij jednym palcem lewej dłoni prawy bark od góry (pośrodku między szyją i jego bocznym brzegiem). Przesuwaj też palcem w tej okolicy. Co czujesz? Czy ten obszar jest miękki czy twardy? Czy występują zróżnicowane miejsca? Czy dają się wyczuć jakby sztywniejsze węzły lub guzki? Uciśnij mocniej te miejsca. Czy sprawia to ból? Porównaj to z barkami innych osób. Jakie odczucia daje ich dotykanie? Jakie są podobieństwa? Jakie występują różnice? Przypuszczalnie u większości innych ludzi także znajdziesz twarde miejsca, choć nieco inaczej rozmieszczone niż u ciebie.

Stwardnienia w miejscu występowania dolegliwości można stwierdzić nie tylko w przypadku bólu, ale też wielu innych dotkliwie przykrych odczuć, takich jak lęk, przygnębienie, częste parcie na mocz czy chroniczne mdłości. I to dokładnie w miej-

scach, gdzie także u osoby zdrowej występuje reakcja w postaci przejściowego zwiększenia napięcia i odczuwany jest lęk, przygnębienie, parcie na mocz czy mdłości. Żaden zdrowy i żaden chory nie odczuwał nigdy lęku czy mdłości w dużym palcu u nogi, każdy odczuwa to z przodu tułowia. Dlatego także u pacjentów z chronicznym lękiem i mdłościami miejsca nadmiernego napięcia można znaleźć z przodu ciała. Konkretne miejsce występuje jednak u każdego gdzie indziej.

Także u pacjentów z orzeczeniami „ortopedycznymi” mogłam stwierdzić stwardnienia, gdy uciskałam od zewnątrz bolesne miejsca. W wielu przypadkach ból powstaje nie w miejscu dających się stwierdzić na zdjęciu rentgenowskim zmian w kościach i stawach (zwyrodnienia stawów, skrzywienie kręgosłupa, zmiany w krążku międzykręgowym, uszkodzenia łękotki i tak dalej), ale w mięśniach. To, co widać na rentgenie, może być następstwem nadmiernego napięcia. Gdy uda mi się je złagodzić, dolegliwości znikają. Znikają też linie podziału między tym, co „psychiczne”, psychosomatyczne”, „czynnościowe” i „ortopedyczne”.

Przy bliższym badaniu odkryłam subtelniejsze zmiany. Dziś już czasem udaje mi się nie tylko wyczuć dotykiem dolegliwości z zewnątrz, ale nawet je zobaczyć. Klatka piersiowa pełna lęku robi wrażenie zwężonej; na nadmiernie napiętej twarzy oczy, nos i usta mogą wydawać się skurczone; bolące stopy i palce u nóg bywają widocznie zdeformowane.

Także te wyniki mogę pokazać pacjentom. Kamień spada im z serca, gdy wspólnie udaje nam się znaleźć źródło ich dolegliwości. Rozumieją oni wówczas, że nie mają żadnej strasznej, nierozpoznanej choroby ani nieodwracalnych uszkodzeń ciała. Nareszcie wiedzą, co im dolega! Nareszcie ktoś im wierzy! Nareszcie nie muszą wątpić we własny rozum! To nie urojenie! To są nadmierne napięcia. Dają się wyczuć od zewnątrz. W końcu

pacjenci mają uzasadnioną nadzieję, że można jakoś przeciwdziałać ich cierpieniu.

Niektórzy jednak początkowo reagują rozczarowaniem i niedowierzaniem. Całymi latami znosili niewypowiedziane katusze, wierząc, że mają jakąś tajemniczą, okropną chorobę, odwiedzali koryfeuszy medycyny – a teraz okazuje się, że przyczyną ma być coś tak prostego? Albo też przez długi czas zajmowali się blokadami energetycznymi, doświadczeniami duchowymi, problemami z wcześniejszego życia i tym podobnymi przyczynami, więc te nadmierne napięcia wydają im się początkowo czymś bardzo banalnym.

Później jednak, gdy odczuwają poprawę i sami odzyskują zdolność doświadczania własnego ciała, godzą się z tą pozornie trywialną przyczyną. Sami zaczynają prowadzić mnie w terapii. „Proszę przejść trochę bardziej w lewo, tam musi coś jeszcze być”. Trudno o bardziej komfortową sytuację, gdy się kogoś leczy.

Odczuwalne wewnątrz zaburzenia często mają swoje źródło na zewnątrz

Podczas uciskania wskazanych miejsc pacjenci często rozpoznają swoje dolegliwości. „Tak” – mówią – „to jest to! Zupełnie tak, jakby pani tu dźgała nożem”. „To jest dokładnie mój ból menstruacyjny”, „Tak, dokładnie tu bolą mnie plecy”, „Zgadza się, stąd się biorą moje mdłości”. A na dodatek są też początkowo zdumieni, bo podobnie jak wszyscy badający ich dotąd lekarze i psychologowie sądzili, że ich dolegliwości wychodzą z wnętrza ciała.

Najwyraźniej postrzeganie własnego ciała jest wprawdzie dokładne w zakresie prawy/lewy oraz górny/dolny, ale w za-

kresie wewnętrzny/zewnętrzny już nie. Wszyscy często odczuwamy dolegliwości wychodzące z obrzeży ciała jako wewnętrzne. Przy bólu głowy uważamy na przykład, że rozsadza nam od środka czaszkę. „W głowie siedzi mi ktoś, kto strasznie głośno bębni” – stwierdził synek mego kolegi, gdy jako czterolatek po raz pierwszy poczuł ból głowy. Inni odczuwają ból głęboko wewnątrz stawu, *w* kolanie, *w* łokciu, *w* stawie ramiennym. Kiedy się jednak uciśnie przyczepy mięśni na potylicy, na kolanie, na łokciu, na stawie ramiennym, mówią: „Tak, dokładnie, to jest ten ból!”. Podobnie jest przy guli w gardle: doznanie wychodzi z zewnątrz. Nawet w przypadku tego, co jest odczuwane jako ból żołądka albo ucisk na żołądek, można dokładnie we wskazanym rejonie zlokalizować od zewnątrz stwardniałe miejsca. Kiedy się rozluźnią, znikają dolegliwości żołądka. To, co ktoś przez długi czas odczuwał jako bóle nerek, okazuje się nadmiernym napięciem muskulatury pleców albo tkanki łącznej okolicy nerek. To samo dotyczy dolegliwości pęcherza, jelit, macicy, płuc i serca, kiedy medycznie nie da się w danym narządzie niczego stwierdzić. Ponieważ odczucie wewnętrzne ma dla pacjenta jakość bezpośredniego doznania zmysłowego, mogą go tylko prosić: „Niech mi pan wskaże od zewnątrz, gdzie pan to wewnątrz odczuwa”. Czasem dopiero gdy dolegliwości „wewnętrzne” znikają po zewnętrznym postępowaniu leczniczym, także oni dają się przekonać, że wychodziły one z zewnątrz.

Nie jest dla mnie dotąd jasne, jakie jest znaczenie biologiczne tej rozbieżności percepcji własnego ciała. W każdym razie być może dzięki temu nie odczuwamy siebie jako pustych wewnątrz, także w miejscach, gdzie znajdują się narządy, których nie możemy poczuć, jak mózg czy wątroba, ponieważ nie ma w nich komórek czuciowych. Jeśli mimo to występują bóle wątroby, to

dlatego że bolesne miejsca znajdują się w okolicy wątroby na zewnątrz. Możliwe też, że ucisk od zewnątrz przenosi się aż do narządów wewnętrznych.

Także postrzeganie zewnętrznego jako wewnętrzne można przypuszczalnie przypisać wielu naszym, nie zawsze adekwatnym strukturom myślowym dotyczącym własnego organizmu. Możliwe, że to przesunięcie postrzegania ciała do wewnątrz doprowadziło do fiksacji medycyny akademickiej (nie wyłączając psychosomatycznej) na narządach wewnętrznych. Jeśli ktoś ma zaburzenia oddychania, to zarówno on sam, jak i specjaliści myślą natychmiast wyłącznie o płucach. Istnieją rzecz jasna zaburzenia oddychania na podłożu zmian organicznych w płucach, ale w większości przypadków przyczyna leży na zewnątrz, w postaci nadmiernie napiętych mięśni oddechowych. Ponieważ najwyraźniej mało kto o tym wie albo uważa to za istotne, pacjenci po wykonaniu badania płuc słyszą często: „Fizycznie nic panu nie jest” i nie są już dalej badani.

Także nasze wyobrażenia duszy są przypuszczalnie ukształtowane przez odczuwanie zewnętrznego jako wewnętrzne. Wprawdzie uważamy duszę za coś czysto niematerialnego i niemającego siedziska, jeśli już jednak przyznajemy jej jakieś miejsce w ciele, to we wnętrzu. Mówimy na przykład: „Nikogo nie obchodzi, co czuję w środku”. Albo „ktoś się wynętrza”, gdy wyjawia swoje najskrytsze uczucia. Swoje uczucia odczuwamy wewnątrz. A teraz mają być sprowadzone do wrażeń z mięśni szkieletowych i skóry? Wydaje się to nazbyt prozaiczne, wręcz bluźniercze. Przeczy to całemu naszemu zachodniemu sposobowi myślenia. A jednak: lęk i przygnębienie można skutecznie leczyć od zewnątrz. Wraz ze zmianami fizycznymi znikają „wewnętrzne” odczucia.

Zaburzenia dotyczą zawsze zarówno sfery sensorycznej, jak i motorycznej

Ponieważ człowiek stanowi jedność i porusza się w polu siły ciężkości, nadmierne napięcia nie są ograniczone do miejsca występowania dolegliwości, ale rozciągają się na całe ciało. Chodzi tu o różne wady postawy, które wcześniej zwróciły moją uwagę i które z biegiem czasu coraz dokładniej zauważałam. Dzisiaj stawiam pacjentów przed ścianą, na której wyrysowano kratkę z linii poziomych i pionowych, dzięki czemu jeszcze wyraźniej widzę nieprawidłowości ich postawy. Oni sami są równie niewrażliwi z przyzwyczajenia jak ja dawniej i zauważają własne wady postawy dopiero, gdy dokładnie im się pokaże poszczególne ich aspekty. W skrajnych przypadkach nawet wtedy tego nie dostrzegają.

Krzywe drzwi

U pewnej pacjentki całe ciało było – od czasu nieudanych operacji biodra w dzieciństwie – mocno pochylone w lewo. Ponieważ nosiła ona długi sweter w szerokie poprzeczne pasy, było to aż nadto widoczne: wszystkie paski biegły ukośnie w lewo ku dołowi. Kiedy pokazałam jej to w lustrze, wcale tego nie widziała. Uważała, że stoi prosto. Wreszcie wpadłam na zbawienny – jak sądziłam – pomysł: wskazałam jej futrynę drzwi, którą mogła zobaczyć w lustrze ponad swoją głową, i poprosiłam, aby porównała z nią paski swetra. Ku memu wielkiemu zdumieniu odparła: „No tak, ta futryna jest krzywa!”. Aż tak egocentryczne bywa ludzkie postrzeganie.

8. *Twarz i szyja*

Nie wykrzywiaj twarzy, jakbyś miał kamień u szyi

Czy znasz to?

- Twoje oczy są tak zmęczone, że same się zamykają.
- Masz wrażenie, że twoja twarz jest sztywna jak maska.
- Boli cię dolna szczęka, połykanie stało się udręką.
- Wbrew woli wciąż mrugasz jednym okiem.
- Masz stale zapchany nos.
- Często się przeziębiasz, często bolą cię też zatoki szczękowe.
- Bardzo wyraźnie czujesz, że masz coś w szyi. Coś cię nieprzyjemnie uciska i utrudnia połykanie – ale żaden lekarz niczego nie stwierdza.
- Mówienie sprawia ci trudność, czasem ledwo możesz wydać głos.

Czynnościowe dolegliwości tego rodzaju wynikają przeważnie z nadmiernego napięcia mięśni i tkanki łącznej twarzy oraz przedniej strony szyi. Twarz i szyja są pod względem anatomicznym i funkcjonalnym wzajemnie powiązane z nosem, ustami i językiem, tchawicą i przełykiem. Aby oddychać, mówić, jeść czy kaszleć, potrzebujemy zarówno mięśni twarzy, jak i szyi. Ta zależność rozciąga się na przednią część tułowia, a więc klatkę piersiową i brzuch. Również nasze reakcje emocjonalne jak śmiech i płacz, radość, lęk i depresja rozgrywają się jednocześnie na twarzy, szyi i przedniej stronie tułowia.

Co warto wiedzieć o twarzy

Na twarzy znajdują się narządy zmysłów głowy, przyjmujemy też tędy powietrze i pożywienie. A na dodatek twarz jest tą częścią ciała, którą najbardziej prezentujemy innym, dzięki której rozpoznajemy, jesteśmy rozpoznawani i komunikujemy się. Twarz wyraża również nasze reakcje emocjonalne.

Odrobina anatomii

Na twarzy znajdują się wielkie, silne mięśnie żuchwy oraz bardzo liczne drobne mięśnie, wzajemnie między sobą powiązane i niezbyt silne. Nie poruszają one żadnymi kośćmi, tylko częściami miękkimi: ustami, nosem, okolicą oka, czołem, policzkami i podbródkiem. Razem zwane są mięśniami wyrazowymi (mimicznymi), chociaż oczywiście wykonujemy z ich pomocą także inne czynności jak mówienie, ssanie, gwizdanie czy mruganie.

Dla każdego ruchu mimicznego istnieją na twarzy specjalne mięśnie. Unoszą one kącki ust, by przywołać uśmiech. Obniżają je, by wyrazić zniechęcenie. Albo odciągają na boki, by wyszczerzyć zęby. Także dzięki mięśniom nosa, oczu i czoła można uzyskać odmienny wyraz twarzy: wzdargliwie krzywimy nos, ściągamy czoło w bruzdy zatroskania, mrużymy nieufnie oczy.



Pod skórą twarzy znajduje się bardzo dużo mięśni.

Mimika a nastrój

Wyraźnie występuje wzajemna zależność między napięciem pewnych mięśni twarzy a określonymi uczuciami. Na co dzień wychodzimy z założenia, że najpierw pojawia się wewnętrzne uczucie szczęśliwości, a dopiero potem zewnętrzny uśmiech. Jednak w ostatnich dziesięcioleciach nauka znajduje coraz więcej dowodów na istnienie zależności odwrotnej. Amerykański psycholog Paul Ekman, który całą karierę naukową poświęcił badaniu mięśni twarzy, sprawdzał na sobie samym, jak wiele różnych wyrazów twarzy można przybrać dzięki działaniu określonych mięśni. Zwrócił przy tym uwagę, że jednocześnie zaczynał też nagle odczuwać te uczucia, których wyraz w ten sposób uzyskał. Wraz z kolegami dowiódł, że umyślne przybranie określonego wyrazu twarzy przywołuje w autonomicznym układzie nerwowym odpowiedni, specyficzny emocjonalnie wzorzec. Tymcza-

sem wiele badań tzw. mimicznego sprzężenia zwrotnego (ang. *facial feedback*), na przykład Adelmanna i Zajonca z 1989 roku wykazało, że napięcie określonych mięśni twarzy wpływa na samopoczucie emocjonalne. Najprościej mówiąc: człowiek czuje się lepiej, gdy się uśmiecha, a gorzej, gdy utrzymuje negatywny wyraz twarzy. Szczególnie często badano w związku z tym mięśnie uśmiechu (podciągające kąćki ust ukośnie ku policzkom) oraz mięśnie marszczące brwi, dzięki którym możemy utworzyć na czole pionowe bruzdy i ściągnąć je ku dołowi. Przybiera się wtedy zawzięty lub zatroskany wyraz twarzy.

To, jakie mięśnie twarzy napinamy, wpływa na nasze postrzeganie świata. I tak profesor Strack z Würzburga i jego współpracownicy odkryli, że osoby badane, które trzymały ołówek między przednimi zębami, nie dotykając go wargami (uśmiechnięty wyraz twarzy) uznawały dowcipy rysunkowe za bardziej śmieszne niż ci, którzy ołówek trzymali między wargami (co przeszkadza się uśmiechać) albo trzymały go w ręku. I odwrotnie,



*Mięsień marszczący brew (u góry)
i mięsień zamykający oko z prawej strony.*

nie, osoby z napiętymi mięśniami marszczącymi brwi oceniały przedstawione na rysunkach postaci jako mniej sławne niż badani o gładkim czole. Można sobie wyobrazić, jak się czuje i jak postrzega świat ktoś, kto ma kąćki ust nieustannie ściągnięte ku dołowi, nos zmarszczony, a czoło ułożone w pionowe bruzdy.

Mimika a oddech

Dzięki obserwacji pewnego pacjenta odkryłam zależność między stanem napięcia mięśni twarzy a oddechem.

Nadmierne napięcie twarzy prowadzi do depresji i jąkania się

Mój pacjent cierpiał na zagadkowe silne kurcze lewej brwi. Botoks nie pomagał. Wreszcie wysunięto przypuszczenie, że przyczyną jest płasawica Huntingtona. Na dodatek mężczyzna był mocno przygnębiony i jąkał się. Z powodu swego cierpienia w wieku 42 lat przeszedł na rentę, a ostatnie trzy lata, jak się wyraził, spędził bardziej w szpitalach psychiatrycznych, psychosomatycznych i neurologicznych niż w domu. Nie pomogły ani psychoterapie farmakologiczne, ani werbalne, w końcu próbował popełnić samobójstwo. Z tego powodu liczyłam się z koniecznością długiego, wytrwałego leczenia.

Stało się jednak inaczej. Pacjent okazał się doskonałym obserwatorem. Na moje pytanie, czy czuje, gdzie się to wszystko odbywa, wskazał bez wahania przyśrodkową część lewego mięśnia marszczącego brew. Zaczęłam w tym miejscu zabiegi, a później usłyszałam dokładniejszy komentarz na temat tej zależności: Pacjent zauważył, że gdy mięsień ściąga się szczególnie silnie, odbija się to na oddychaniu. To z kolei doprowadzało go do takiego przygnębienia i osłabienia, że musiał się położyć. Nasilało to też jąkanie, zajęłam się więc gruntownie mięśniem marszczącym brew i pokrywającą go

tkanką łączną, a potem mięśniami oddechowymi. No i proszę: po zaledwie jedenastu dwugodzinnych sesjach pacjent pozbył się nie tylko kurczów, depresji i jąkania, ale wydawał się odmieniony: nowy, pogodny i rzutki człowiek. Zrezygnował z renty i wrócił do pracy.

Ta obserwacja zależności między napięciem twarzy a oddychaniem zafascynowała mnie. Jak zawsze sprawdziłam to na sobie. I rzeczywiście także w moim przypadku napinanie mięśni marszczących brew utrudniało oddychanie brzuszne.

Zwróć uwagę na swoje oddychanie i poczuj, jak brzuch się przy tym porusza. A teraz zmarszcz czoło w pionowe fałdy, byś wyglądała naprawdę ponuro. Utrzymuj napięcie czoła i zaobserwuj, jak głęboki jest teraz twój oddech i jak długie są pojedyncze oddechy. Zmień kilkakrotnie wyraz twarzy, przechodząc od czoła zmarszczonego do gładkiego, i zwróć uwagę na zmianę napięcia w rejonie brzucha.

Zaintrygowana, sprawdziłam też wszystkie inne mięśnie twarzy. Stwierdziłam, że w przypadku wszystkich mięśni, które formują negatywny wyraz twarzy, ich napięcie utrudnia oddychanie.

Wypróbuj po kolei tego samego:

- *ze ściągniętym kącikami ust*
- *z wąskimi, zaciśniętymi wargami*
- *z wykrzywionym nosem*
- *z zaciśniętymi oczami*
- *z uniesioną górną wargą (bez kącików ust)*
następnie zwróć uwagę na oddech

Natomiast przy pozytywnym wyrazie twarzy brzuch rozluźnia się, a wdech staje łatwiejszy.

Zwróć uwagę na to, jak oddychasz, gdy się uśmiechasz.

Możliwe więc, że w eksperymentach z mimicznym sprzężeniem zwrotnym (ang. *facial feedback*) to nie samo napięcie mięśni twarzy przywoływało pozytywne bądź negatywne uczucia, ale współregujące przy tym mięśnie oddechowe.

Ta zależność między twarzą a oddechem wydaje się też sensowna biologicznie: dzięki stanowi napięcia mięśni brzucha i klatki piersiowej sami czujemy swoje uczucia i możemy ocenić: „To jest dla mnie dobre, to jest dla mnie złe” (patrz: rozdział 9). Dzięki ruchom z daleka widocznych mięśni twarzy możemy zakomunikować innym nasz nastrój i ocenę sytuacji. Dlatego w obecności innych osób nasza mimika pogłębia się.

Niestety wydaje się, że na twarzy jest mniej mięśni wyrażających uczucia pozytywne niż negatywne. Stwierdziłam, że tylko rozszerzanie nozdrzy i uśmiech sprzyjają lepszemu oddechowi.

MOC OCZU

Praca z mięśniami marszczącymi brwi rozbudziła na nowo moje zainteresowanie oczami i ich ruchami. Ruchy te odgrywają wielką rolę już w samym procesie widzenia. Nie oglądamy obrazu sztywno jak kamera, lecz przesuwamy po nim spojrzeniem. Na gałkach ocznych mają swoje przyczepy zewnętrzne mięśnie oczu, za pomocą których możemy nimi poruszać w górę i dół, w prawo i lewo, a nawet po okręgu. Ruchy oczu w działaniu bardzo trudno śledzić nawet za pomocą szybkich kamer i innych no-

woczesnych technik. Spojrzenie przeskakuje od trzech do pięciu razy na sekundę, co 200–300 milisekund skupiamy wzrok na innym fragmencie pola widzenia (Düweke, 2007). Efektywność tych błyskawicznych spojrzeń jest ogromna. W mig oceniamy prędkość samochodów na szosie.

Kiedy patrzymy nieruchomymi oczyma, nie tylko pole widzenia zacieśnia się, ale słabnie również szybkość reakcji i ostrość widzenia. Tylko ruchliwe oczy dobrze widzą.

Wystaw przed siebie kciuk w odległości około 30 centymetrów i utkwij spojrzenie w paznokciu. Spróbuj w ogóle nie poruszać oczami. Nawet jeśli nie uda ci się to całkowicie, zauważysz, że stopniowo widzisz paznokieć kciuka coraz mniej wyraźnie.

Im dłużej się w coś wpatrujemy i im to coś jest mniejsze, tym mniej ruchliwe stają się nasze oczy. Już okulary zawężają ich zakres ruchu, a praca przed ekranem tym bardziej: przebiegamy spojrzeniem tylko mocno ograniczone ramy. Ponieważ nastawiliśmy nasze oczy na wciąż tę samą odległość, nie poruszamy już nawet mniejszymi mięśniami we wnętrzu gałki ocznej. Akomodacja szybko ulega pogorszeniu. Zesztywnienie mięśni oka upośledza orientację i ostrość wzroku. Na skutek sprzężenia z mięśniami karku sztywnieje również szyja, a w następstwie tego całe ciało (patrz: strona 168).

Poza patrzeniem nasze oczy spełniają jeszcze wiele innych funkcji, na przykład kierowanie drobnymi ruchami dłoni. Kiedy coś robimy, często spoglądamy sobie na palce. Podczas pisania nasze oczy i głowa śledzą naturalnie poczynania dłoni, podobnie jak podczas nawlekania nitki czy wbijania gwoździa.

Związek między okiem a ręką w poniższym przypadku wydaje się nieomal magiczny.

Weź do ręki wahadełko (wystarczy łyżka na sznurku). Pokońsz nim w wyobraźni w prawo i lewo albo od siebie i do siebie, najlepiej poruszając przy tym oczyma. Mimo iż trzymasz rękę nieruchomo i z zewnątrz nie dają się zauważyć żadne jej ruchy, niebawem wahadło zacznie kołysać się w rytm ruchów twoich oczu w prawo i w lewo albo do przodu i do tyłu.

Uwaga skierowana za pośrednictwem oczu na rękę najwyraźniej wywołuje mikropobudzenia mięśni dłoni, co staje się widoczne jako zewnętrzne ruchy (patrz też: rozdział 12, strona 437 i następne).

Zainteresowanie otoczeniem także znajduje wyraz w naszym spojrzeniu. Za pomocą ruchów oczu wchodzimy w bezpośredni kontakt z ludźmi, nie tylko podczas flirtu. Osobiste spotkanie bez kontaktu wzrokowego jest wybitnie irytujące, ba!, nawet obraźliwe („Traktuje mnie jak powietrze!”). Po spojrzeniu poznaje się kierunek naszego zainteresowania i nasze zamiary. Dlatego ruchami oczu można wprowadzać w błąd – na przykład na boisku piłkarskim.

Ruchy oczu to część naszej mimiki. Kiedy mówimy oczami, kiedy spoglądamy pełni nadziei, zakłopotani, przygnębieni, zrezygnowani, z tęsknotą i na wiele innych sposobów, poruszamy nie tylko samymi oczami, ale też mięśniami wokół nich. Przy serdecznym spojrzeniu ściągamy oczy ukośnie ku górze, a mięśniami dźwigaczami górnej powieki unosimy górne powieki. Przy „spojrzeniu powitalnym” szeroko otwieramy oczy, mięśniami czoła unosimy brwi i uśmiechamy się. Każda matka pozdrowia w ten sposób swoje niemowlę – jest to uniwersalne dla wszystkich kultur. Kiedy z nieśmiałości, poczucia niższości i na znak poddania spuszczaamy spojrzenie, opuszczamy jednocześnie górną część kolistych mięśni zamykających oko. Z szeroko rozwartymi oczami wpatrujemy się w niebezpieczeństwo zmartwiali ze strachu niczym królik w węża. Odczuwając nieufność, dzięki

napięciu okrężnemu mięśni zamykających oko, ścieśniamy przestrzeń między powiekami do szparki.

Tutaj także współreaguje oddychanie. Kiedy zwracamy się z zainteresowaniem ku czemuś lub komuś, zapoczątkowujemy ten ruch oczami i robimy spontaniczny wdech.

Obróć się z zainteresowaniem do tyłu, by zobaczyć tam coś konkretnego. Może uda ci się zauważyć, że robisz przy tym wdech.

I odwrotnie, nie poruszając oczami i/lub mięśniami zamykającymi oko, utrzymujemy w napięciu mięśnie brzucha, a przez to ograniczamy wdech.

Utkwij znów spojrzenie w swoim kciuku i zwróć przy tym uwagę na oddychanie. Zauważysz, że jest ono bardzo płytkie i prawie nie możesz poruszać brzuchem. To samo dzieje się, gdy wpatrujesz się w niewielki fragment ekranu.

W kinie wpatrujemy się ze sztywno wyprostowanym ciałem i wstrzymanym oddechem w obraz niebezpieczeństwa, w jakim znalazł się bohater. Jeśli zostanie on uratowany, wydechamy z ulgą, ponownie opadamy na fotel i całkiem odprężeni znów zaczynamy poruszać oczami.

Przy trwale unieruchomionym spojrzeniu maleje nasze zainteresowanie otoczeniem, jak również inicjatywa i kontaktowość. W końcu spoglądamy na innych apatycznie i bez zainteresowania, wcale ich nie widząc. Do takiego zastygnięcia spojrzenia może dojść na skutek długotrwałego napięcia okolicy oczu, a więc mięśni marszczących brwi i zamykających oko (patrz: ilustracja na stronie 222). Na przykład, obie partie mięśni napinamy gdy źle widzimy, oślepia nas słońce, bardzo się wyteżamy,

by coś zrobić poprawnie, ale także czując lęk, nieufność i zatroskanie, czasem już przy silnej koncentracji uwagi. Jeśli warunki te utrzymują się stale, sztywnieją też kark i brzuch, a to sprzyja nastrojowi depresyjnemu (patrz: rozdział 9, strony 263–338).

Poruszaj swobodnie oczami tam i z powrotem, Następnie zaciśnij powieki, ale tak, żebyś jeszcze mógł widzieć. Poruszaj znów oczami tam i z powrotem i porównaj odczucia. Zmarszcz czoło w pionowe fałdy i ściągnij je ku dołowi. Jak ci się teraz porusza oczami? Co się dzieje z twoim karkiem? A co z brzuchem?

Ponieważ poruszamy oczyma także podczas myślenia, zastygnięcie oczu może też sprawić, że nasze myślenie stanie się kulawe i nietwórcze.

Dolegliwości twarzy i oczu

Bóle, drętwienie i mrowienie w obrębie twarzy

Bóle twarzy wiążą się często ze skrajną nadwrażliwością na zimno i bywają dokuczliwe. Nierzadko na skutek nadmiernego napięcia twarz jest też wykrzywiona, a osoba dotknięta tą przypadłością czuje się zniekształcona. Jeśli lokalizacja bólów nie pasuje do przebiegu nerwu trójdzielnego, medycyna akademicka diagnozuje „atypowy ból twarzy”. Często dolegliwości takie przypisuje się traumom (na przykład urazowi na skutek wypadku). Przeważnie dają się one skutecznie leczyć zabiegami terapii sensomotorycznej wykonywanymi na tkance łącznej. Także wiele neuralgii nerwu trójdzielnego, jak również wrażenia odrętwienia lub

mrowienia twarzy, uchodzące za objaw uszkodzenia nerwu, bardzo dobrze poddają się zabiegom leczniczym na tkance łącznej.

Ból twarzy po wypadku

Pewien młody mężczyzna dwa lata wcześniej został pobity. Od tego czasu lewą stronę twarzy odczuwał, „jakby pozostało znieczulenie po wizycie u dentysty”: był to pełny ból, ale nie całkiem obecny, raczej zdrętwienie i ścierpięcie. Na chłódzie twarz ściągała się boleśnie i sztywniała. Nos był od tego czasu trochę krzywy, a uśmiech jednostronny. Tłumaczono mu, że podczas napadu doszło do uszkodzenia jakiegoś nerwu. Nie da się z tym nic więcej zrobić. Ale już po trzykrotnym zabiegu na tkance łącznej lewego policzka i nosa dolegliwości zniknęły jak ręką odjął.

Skurcze drgawkowe

Mimowolne drgawki twarzy (tiki albo tiki nerwowe) występują najczęściej w mięśniu zamykającym oko i w okolicy ust. Osoby cierpiące na takie tiki często same już tego nie zauważają, choć doskonale wiedzą, że mają je. Czują się z tego powodu skrępowane albo boją się, że ktoś je uzna za obłąkane czy nienormalne. Kobiety z tikiem mrugania odczuwają zażenowanie, gdy mężczyźni biorą to za próbę nawiązania znajomości i odpowiadają tym samym. Niektórzy ludzie zupełnie wycofują się z życia i izolują. Członkowie rodziny i inni bliscy po jakimś czasie przestają zauważać tik, podobnie jak osoba nim dotknięta.

Zdaniem niektórych psychologów osoby, u których występują takie drgania, nieświadomie pragną w ten sposób coś wyrazić (nie chcą czegoś widzieć, okazują odrazę wobec kogoś i tak dalej). Tiki jednak są bardzo odporne wobec takich interpretacji, *nie mają* bowiem charakteru środka wyrazu. Często nasilają się jednak w sytuacjach obciążających jak lęk czy pobudzenie, gdy wzmagają się wszelkie formy napięcia.

Tik i jego następstwa

Pewien 19-letni młody człowiek zgłosił się do mnie na leczenie z powodu dolegliwości oczu i nadmiernych napięć w obrębie twarzy, które zdominowały całe jego życie. Zaczęło się od trzepotania bocznej części prawej górnej powieki. Było to dla niego bardzo krępujące w kontaktach z ludźmi. Ponieważ żaden lekarz nie mógł mu pomóc, sam wyćwiczył się w tym, by usztywniać prawą powiekę i czoło. Przez to powieka tak się skróciła, że nie mógł domknąć oka. Wówczas wyćwiczył się w podciąganiu do góry prawej dolnej powieki. W wyniku tego zesztyniały prawy policzek i usta, a oko znieruchomiało. Właściwie nie mógł on już się śmiać, a mówienie stawało się coraz trudniejsze. Wiedział, że ma teraz raczej zły wyraz twarzy, ale nie mógł tego zmienić. Kiedy ktoś się do niego odzywał, prędko kończył rozmowę, by rozmówca nie oczekiwał, że na niego spojrzy.

Gdy w trakcie leczenia rozluźniły się nadmierne napięcia, a tik zniknął, zachowanie mężczyzny w towarzystwie samoistnie znów stało się normalne. Jednak zabiegi mu-

siały objąć nie tylko otoczenie oka i prawą połowę twarzy, lecz całą prawą stronę ciała aż do brzucha.

Depresja na twarzy

Twarze osób z depresją wyglądają często jak skamieniałe i nie-
rzadko przez samych pacjentów są odczuwane jak sztywna maska.
W podręcznikach można czasem przeczytać, że twarze te są obwi-
słe, ponieważ ludzi z depresją ogólnie uważa się za „sflaczałych”.
W dotyku jednak ich twarze, podobnie jak przyległe rejony ciała,
są sztywne i twarde. Tkanka łączna tworzy tam często sztywną ma-
skę. Szczególnie napięte są partie policzkowe i mięśnie ściągające
kąciki ust ku dołowi. Przez to uśmiech wydaje się wymuszony.

Wymuszony uśmiech

Gdy pacjent od lat cierpiący na depresję chciał wzbudzić
pozór uśmiechu, zawsze odciągał uszy do tyłu. Dopiero kie-
dy rozluźniłam sztywną masę tkanki łącznej jego ust i po-
liczków, uśmiechnął się spontanicznie w normalny sposób.
Zaczął więcej mówić i wyznał, że na skutek zeszywnienia
ust i policzków był przedtem „mrukliwy”.

Samo leczenie twarzy zwykle nie wystarcza przy depresjach,
znacznie istotniejsza jest przednia strona tułowia oraz kark
(patrz: rozdział 7 i 9).



Dr Helga Pohl jest profesjonalną psychoterapeutką i prowadzi szkolenia oraz terapie indywidualne. Do opracowania własnej metody terapeutycznej nakłonił ją silny ból pleców, którego nie eliminowały leki, ćwiczenia, gorset ani masaże. Skuteczna okazała się dopiero opracowana przez nią metoda, która zyskała sobie ogromną popularność na całym świecie.

Czy należysz do tych osób, które cierpią na:

- przewlekłe bóle pleców, szyi czy brzucha?
- zaburzenia funkcjonalne, takie jak szum w uszach, zawroty głowy, „gula” w gardle, arytmia serca, choroby żołądka lub pęcherza?
- lęki, depresję czy ataki paniki?

**Czy masz już dosyć słuchania, że nie powinieneś przesadzać,
że nic Ci nie jest, że każdego coś boli, a w Twoim wieku
tak już jest i musisz z tym żyć?**

Autorka udowadnia jednak, że istnieje fizyczna przyczyna takiego bólu, a Ty możesz ją wyeliminować. Są nią ciągłe skurcze mięśni i tkanki łącznej, które powstały przez urazy fizyczne, stres psychiczny czy złe nawyki. W tej książce znajdziesz autorską, rewolucyjną metodę terapeutyczną, dzięki której zrozumiesz co powoduje odczuwany przez Ciebie ból i poznasz ćwiczenia, które skutecznie wyzwolą Cię od niego, i to bez leków.

Każdy ból można wyleczyć.

Patroni:



Cena: 59,90 zł

ISBN: 978-83-65846-02-0



9 788365 846020