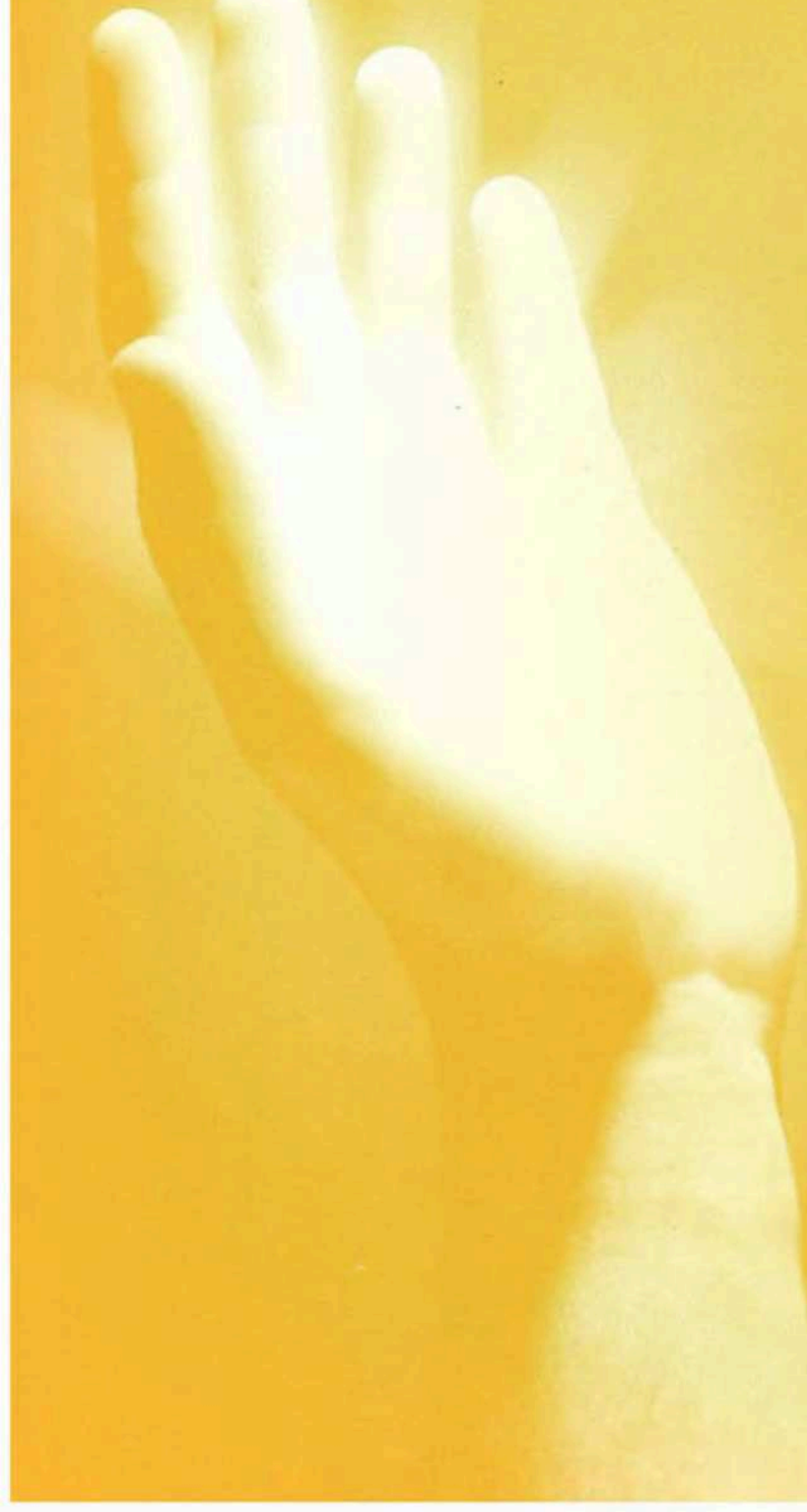
Энергетическая кинезиология

Принципы и практическое применение

Чарльз Т. Кребс Таня О'Нил МакГоуан



Институт кинезиологии, 2018

ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ:
ПРИНЦИПЫ И ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ

To the memory of
Richard Utt (1950–2011)
Energetic Kinesiologist and originator of Applied Physiology

Памяти

Ричарда Атта (1950–2011)

Энергетического кинезиолога и создателя Прикладной физиологии

ENERGETIC KINESIOLOGY – PRINCIPLES AND PRACTICE

Charles T Krebs PhD
Applied physiologist, kinesiologist and research scientist; founder of LEAP
(Learning Enhancement Acupressure Enhancement Programme)

and

Tania O'Neill McGowan BSc Grad DipEd
Kinesiologist and Managing Director of O'Neill Kinesiology College,
Perth, Western Australia

Foreword by
James L Oschman PhD

HANDSPRING
PUBLISHING

ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ:
ПРИНЦИПЫ И ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ

Чарльз Т. Кребс PhD
Прикладной физиолог, кинезиолог, ученый,
автор метода LEAP (Улучшение обучения через программу акупрессуры)

и

Таня О'Нил МакГоуан BSc Grad DipEd
Кинезиолог, управляющий директор Колледжа кинезиологии О'Нил,
Перт, Западная Австралия

Предисловие
Джеймса Ошмана и **Марко Радо**

Институт кинезиологии, 2018

УДК 615.85
ББК 53.58
К79

Кребс Ч. Т., О'Нил МакГоуан Т.

К79 Энергетическая кинезиология: принципы и практическое применение. Пер. с англ. Давыдовой Н. О. под общей ред. Чобану И. К. — М. Институт кинезиологии, 2018. — 528 с., илл. — ISBN 978-5-8493-0417-5

Данная книга посвящена теме научного обоснования кинезиологии — нового направления в оздоровлении. Авторы подробно разбирают различные техники, объясняя их воздействие с точки зрения биологии, физики, химии. Также затрагиваются вопросы истории развития направления, основных мишеней воздействия, взаимодействия с медициной и психологией.

Книга содержит более 100 иллюстраций, схем и таблиц.

Книга будет интересна кинезиологам, врачам, психологам, и всем, кто интересуется современными способами поддержания здоровья и благополучия.

HANDSPRING PUBLISHING LIMITED The Old Manse, Fountainhall, Pencaitland, East Lothian EH34 5EY, United Kingdom Tel: +44 1875 341 859 Website: www.handspringpublishing.com

First published 2014 in the United Kingdom by Handspring Publishing

Copyright ©Handspring Publishing Limited 2014
Figure 6.8 copyright © Tania O'Neill McGowan

All rights reserved. No parts of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, recording, or any information storage and retrieval system, without either the prior written permission of the authors and publisher or a license permitting restricted copying in the United Kingdom issued by the Copyright Licensing Agency Ltd, Saffron House, 6-10 Kirby Street, London EC1N 8TS.

Commissioning Editor, Mary Law, Handspring Publishing Limited Text design by Pete Wilder, Designers Collective Cover design Bruce Hogarth, Kinesis Creative Artwork by Rich Prime, Designers Collective Typeset by Palimpsest Book Production Limited, Falkirk, Stirlingshire Printed in the United Kingdom by Bell & Bain Limited Cover Hand of Light image by Seth Chwast sethchwastart.com

British Library Cataloguing in Publication Data A catalogue record for this book is available from the British Library

Внимание: *практик несет полную ответственность за любое использование техник, описанных в книге, за обращение к любым источникам информации, к личному опыту и пониманию особых потребностей клиента в определении лучшего варианта помощи.*

Ни автор, ни издатель ни в коей мере не несут юридической ответственности при нарушениях любой природы, при применении или не применении каких-либо действий в результате чтения этой книги.

Все права защищены. Ни одна часть данного издания не может быть воспроизведена или использована в какой-либо форме, включая электронную, фотокопирование или какие-либо иные способы хранения и воспроизведения информации, без предварительного письменного разрешения правообладателя.

Copyright ©Институт кинезиологии, 2018

Редактор *И. К. Чобану*
Компьютерная верстка *А. В. Башлыковой*

Подписано в печать 20.08.18. Формат 84×108 1/16. Бумага офсетная.
Гарнитура CharterITC. Печать офсетная. Уч.-изд. л. 33. Тираж 1000 экз.
Москва, ЧУ ДПО «Институт кинезиологии» www.i-kines.ru, e-mail: i-kines@mail.ru, +7(499)110-24-68

Отпечатано в ОАО «Можайский полиграфический комбинат» 143200, г. Можайск, ул. Мира, 93.
www.oaompk.ru, www.оломпк.рф тел.: (495) 745-84-28, (49638) 20-685

ISBN 978-5-8493-0417-5

УДК 615.85
ББК 53.58

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ИНСТИТУТ КИНЕЗИОЛОГИИ

В нашем Институте кинезиологии вы можете познакомиться и углубиться в мир энергетической кинезиологии! И главное — получить новую специальность и диплом о профессиональной переподготовке.

Наш Институт кинезиологии — единственное в России образовательное учреждение, предлагающее дополнительное профессиональное обучение по кинезиологии. Есть короткие курсы обучения и долгосрочные программы. Интересующиеся могут начать обучение «с нуля», более опытные кинезиологи выбирают углубленные курсы по своим интересам.

Наши программы:

Целебное прикосновение — подход, нацеленный на балансировку энергетических систем организма через мышечное тестирование и телесные воздействия.

Психотерапевтическая кинезиология — направление кинезиологии, включающее работу со стрессом, эмоциональными реакциями, негативными убеждениями и личностными проблемами. Единственное официально признанное в России направление кинезиологии (кроме медицинской кинезиологии). После обучения в течение двух лет вы становитесь специалистом кинезиологом и получаете диплом о профессиональной переподготовке.

Детская кинезиология — это кинезиология обучения, включает в себя методы помощи учащимся разных возрастов. Прекрасно подходит для родителей, желающих помочь своим детям, и профессионалов, занимающихся детьми.

Мы сотрудничаем с Международным колледжем кинезиологии (IKC). Наш Институт признан Международной Ассоциацией специализированных кинезиологов (IASK).

У нас представлены все современные направления энергетической кинезиологии: СИПС, Прикладная физиология, Интегративная физиология, Гипертон-Х, Бломберг терапия ритмичными движениями, Испанская школа кинезиологии, система LEAP — Интеграция мозга Чарльза Кребса, Образовательная кинезиология, Кинезиология благополучия Вейна Топпинга.

Мы приглашаем учиться психологов, психотерапевтов, врачей, педагогов, логопедов, а также всех, кто хочет познакомиться и освоить кинезиологию. Для поступления надо иметь диплом о любом образовании — высшем или среднем специальном.

Добро пожаловать в мир кинезиологии!

Подробно смотрите на нашем сайте www.i-kines.ru
Пишите нам: i-kines@mail.ru
Звоните: +7(499)110-24-68

Содержание

Предисловие к английскому изданию. Джеймс Ошман. США 10
Предисловие к первому изданию на русском языке. Марко Радо. Италия 14
Краткое описание книги 18
Раздел I Понимание кинезиологии 22
Глава 1 Понимание кинезиологии 24
Глава 2 Историческое развитие кинезиологии 30
Раздел II Энергетические структуры человека 46
Глава 3 Историческая перспектива 48
Глава 4 Уровни ауры и наше многомерное тело 56
Глава 5 Система чакры — нади 64
Глава 6 Акупунктурная система меридианов 70
Глава 7 Тибетская энергия восьмерки или фигуры 8 106
Раздел III Понимание и применение мышечного мониторинга 114
Глава 8 Мониторинг мышечной физиологии 116
Глава 9 Проприоцепция: контроль мышечной функции 126
Глава 10 Состояния мышечного дисбаланса 144
Глава 11 Эмоциональный контроль мышечного ответа 156
Глава 12 Работает ли мышечный мониторинг? 166
Раздел IV Основные инструменты в кинезиологии 206
Глава 13 Закладка в контур 208
Глава 14 Уровни стресса 218
Глава 15 Пальцевые пробы 228
Глава 16 Специальные индикаторные точки 236
Глава 17 Методика форматирования по точкам акупрессуры 242
Глава 18 Методы сбора информации 260
Раздел V Оценка состояния клиента 264
Глава 19 Работа с клиентами 266
Глава 20 Сбор истории клиента 270
Глава 21 Проведение оценки клиента 276
Глава 22 Проведение предварительных проверочных действий 282
Глава 23 Определение контекста 306
Глава 24 Оценка болевых ощущений 310

Раздел VI Подготовка: сбор информации 314
Глава 25 Подготовка: сбор информации 316
Глава 26 Находим эмоции 328
Глава 27 Возвращение по возрасту 344
Глава 28 Определение дополнительных задействованных факторов 352
Глава 29 Проработка миндалевидного тела и подсознательных эмоций выживания 354
Раздел VII Ключевые методики коррекции 362
Глава 30 Применение методик коррекции 364
Глава 31 Нейролимфатические рефлексы 368
Глава 32 Нейрососудистые рефлексы 378
Глава 33 Балансировка мышц 386
Глава 34 Реактивность 394
Глава 35 Центрирование 404
Глава 36 Рассеивание эмоционального стресса 416
Глава 37 Эссенции 422
Глава 38 Акупрессура 428
Глава 39 Энергия фигуры 8 442
Глава 40 Голограммы 450
Глава 41 Чакры 464
Глава 42 Звук 474
Глава 43 Применение света и цвета 478
Раздел VIII Итоговые сеансы 484
Глава 44 Завершение балансировки 486
Глава 45 Поддержка клиента 490
Раздел IX Модель энергетического исцеления 496
Глава 46 Стандартная модель квантовой механики 500
Глава 47 Наука метафизика: новая модель физики 508
Глава 48 Теория хаоса и балансировка биологических систем 512

Предисловие

к английскому изданию.
Джеймс Ошман, США

Есть медицина та и эта, метод такой
и метод другой, а есть истинное состояние
и устройство организма.
Керри Вайнштейн

Это высказывание символизирует значительный сдвиг в сфере оздоровления и предваряет книгу, чей вклад в эти изменения невозможно недооценить. Возникает новый способ рассмотрения тех методик, которые поддерживают наше здоровье и помогают восстановиться после болезни или травмы. Современные исследования и клинический опыт освещают путь сквозь пучину хаоса, в котором мы оказались, где сомнительная наука используется в качестве «доказательства» того, как работает человеческий организм, причем первичной целью является продать какой-нибудь очередной продукт. В результате чего создается неверное впечатление о том, что наше тело очень уязвимо, и никто не видит оптимистичной перспективы — врожденной способности организма самого себя исцелять.

В работе «Как показывают исследования» Джон Фенник описывает, как на нас постоянно сыпятся результаты исследований, которые якобы доказывают, что то или иное лечение, образ жизни или диетический продукт для нас полезны или, наоборот, вредны. Обычному человеку, врачу или даже бывалому исследователю довольно сложно оценить такие заявления, в результате чего многие люди просто не верят никаким утверждениям об излечении.

Истинное функционирование организма представлено в данной книге в виде полностью обоснованной информации о совместной работе нервов, мышц, движения и энергии — это те модели, которые были подтверждены обширными исследованиями и клинической практикой. Будущее медицины больше не опирается на эксперименты, проводимые в биохимических лабораториях или центрах молекулярной биологии. Напротив, мы знаем, что ученые-терапевты, такие как доктор Чарльз Кребс и его коллега Таня О'Нил МакГоуан, занимаются новейшими разработками в области биомедицины, где открытия альтернативной, дополнительной и интегративной медицины объединены с результатами фундаментальных исследований, чтобы показать, как в действительности функционирует организм, и представить успешную систему заботы о здоровье в будущем.

Теоретики биомедицины знают, что основной объем важных и надежных данных дают наблюдения внимательных специалистов, кто ежедневно соприкасается с пациентами и отмечает и вновь и вновь тестирует малозаметные явления, происходящие в состоянии пациентов. Довольные пациенты могут на своем успешном опыте подтвердить действенность энергетической кинезиологии.

Чарльз и Таня входят в число ведущих терапевтов нашего времени. Благодаря им, современная медицина пополнилась рядом открытий, которые были возможны только в том случае, когда их

авторы сочетают в себе скрупулезность научных знаний с опытом преподавания и практики новой и весьма занятной области терапевтики. Чарльз учился вместе с великими учителями и основателями предыдущего поколения энергетических кинезиологов (Джордж Гудхарт, Гордон Стоукс, Брюс Дью, Ричард Атт и Шелдон Дил), которые, в свою очередь, являлись последователями ученых-кинезиологов (Роберт и Чарльз Ловетт, а также Флоренс и Генри Кендалл). Обратите внимание, как мы их называем, — *учеными-кинезилогами*, потому что они стремились узнать и подтвердить, а не просто доказать; зрелый ученый знает, что даже самая лучшая наука дает приблизительные данные, но никак не доказательства.

Чарльз посетил разные страны мира, преподавал, работал с пациентами и занимался исследованиями, постоянно расширяя горизонты своих знаний и разделяя свои открытия с терапевтическим сообществом, которое растет и развивается во многом благодаря его работе. Чарльз также разработал программу акупрессуры для улучшения обучаемости.

Этот метод применяет биологическую обратную связь и акупрессурные методики для коррекции определенных проблем в обучении. В результате человек не только избавляется от боли — методика позволяет ему исполнить свою судьбу, что, собственно, и было причиной обращения за помощью.

Чарльз занимался научными исследованиями в области нейронаук, преподавал в университетах и имеет более двадцати лет опыта клинической работы. Глубокое и многогранное понимание мозга и его взаимосвязей в организме объясняют уникальные подходы Чарльза к лечению.

Чарльз является автором двух других всемирно известных и признанных книг. *«Революционный способ мышления: от катастрофы к новой науке исцеления»* — удивительная история о том, как Чарльз восстановился после аварии, в результате которой у него были парализованы все четыре конечности. Впереди его ждала смерть или, по крайней мере, пожизненная физическая и умственная инвалидность. Имея глубокие знания по анатомии и физиологии человека и удивительно сильную волю, Чарльз решил, что снова будет ходить, и добился этого. В процессе он совместил мудрость древних медицинских текстов Востока с последними достижениями западных нейронаук. Книга послужила неоценимым вкладом в область кинезиологии. Она содержит самое подробное описание истории развития этой области на момент публикации. Вторая важная книга, *«Питание для мозга»*, раскрывает глубокое понимание Чарльзом биохимии и питания.

Таня — физик по образованию, а в настоящий момент она владеет и руководит Колледжем энергетической кинезиологии в Западной Австралии. Колледж предлагает комплексное обучение, включая диплом по кинезиологии повышенного уровня.

Когда специалисты такого масштаба решают запечатлеть работу всей своей жизни в книге, такой как та, что вы держите сейчас в руках, то это событие первостепенной важности. Мне выпала честь быть в числе друзей и коллег этих уди-

вительных людей, и я благодарен за возможность написать предисловие к сему мастерскому труду. Студенты и преподаватели всех областей комплементарной, альтернативной, интегративной и энергетической медицины найдут на страницах этой замечательной книги ценные мысли и полезные методики. Истории из личного опыта пациентов и рассказы о встречах с удивительными целителями наполняют эту работу жизнью и делают ее более приятной для чтения и восприятия. Также в ней множество отличных иллюстраций. С моей точки зрения, хорошие рисунки чрезвычайно важны для работы, и в этой книге их достаточно.

Помимо прочего, в данной книге вы найдете информацию по следующим темам:

- Полноценное понимание структуры и функции древних и современных энергетических систем организма, позволяющее специалистам применять новые модели из физики и квантовой физики к лечению и к разъяснению полученных результатов довольным клиентам.
- Новое понимание гомеостаза, хаоса и стресса, а также того, каким образом компенсирующие действия организма накапливаются, стабилизируются и, следовательно, сопротивляются изменениям, а также как решить эту проблему.
- Практическое применение этого понимания в решении широкого спектра физиологических и эмоциональных вопросов.
- Обсуждение удивительного механизма биологической обратной связи при мышечном мониторинге, который позволяет специалистам непосредственно связываться с подсознанием и заставлять его раскрывать свои секреты.
- Критическое научное описание мышечного мониторинга, который ранее назывался мышечным тестированием — что он может и чего не может делать.
- Признание, что организм знает, как исцелять самого себя, но иногда он нуждается в мягкой помощи извне.
- Признание, что каждый человек уникален и, следовательно, каждое лечение должно быть совершенно индивидуальным.
- Пояснение, почему случайные клинические исследования малоценны при изучении энергетической кинезиологии, но, тем не менее, высококлассные научные исследования и проверки могут осуществляться такими учеными, как Чарльз Кребс и Таня О'Нил МакГоуан.
- Описание более широкого применения кинезиологии вне ее привычного использования в качестве прекрасного средства решения проблем опорно-двигательного аппарата. Кинезиология может использоваться в лечении большого числа заболеваний по той причине, что в кинезиологии подтверждается взаимосвязь между костно-мышечной системой, лимфатической системой и функциями внутренних органов.

- История о том, как возникли взаимосвязи с патофизиологией благодаря работам Чапмана, Беннетта, Гудхарта, проводивших систематические исследования взаимосвязей между слабостью конкретных мышц и конкретными нарушениями.
- Дерзновение Чарльза и Тани рассмотреть столь противоречивые понятия, как аура, астральное тело и чакры, но с практической точки зрения, чтобы эти явления стали понятны даже наиболее скептически настроенному читателю.
- Описание взаимосвязей между древними и современными представлениями о человеческой энергетике, что наверняка будет интересно всем специалистам.

Книга *«Энергетическая кинезиология»* Чарльза и Тани оставляет новый, удивительный и неизгладимый след в данной области и в системе оздоровления в целом. И эта книга — гораздо больше, чем просто терапевтическое руководство. Она будет изучаться нынешними и будущими поколениями целителей из каждой области терапии.

Я поздравляю авторов и издателя с выпуском книги, которая поможет бессчетному количеству пациентов со всех стран мира прожить более комфортную и радостную жизнь.

Джеймс Л. Ошман, д. н.
Автор книги «Энергетическая медицина: научное обоснование»
Довер, Нью-Гэмпшир, США
Декабрь 2013 г.

Литература

1. Fennick, JH 1997, Studies Show: A Popular Guide to Understanding Scientifi c Studies, Prometheus Books, Amherst.

2. Krebs, C 1998, A Revolutionary Way of Thinking: From a Near Fatal Accident to a New Science of Healing, Hill of Content Publishing, Melbourne.

4. Krebs, C 2006, Nutrition for the Brain: Feeding Your Brain for Optimum Performance, Michelle Anderson

Предисловие

к первому изданию на русском языке.
Марко Радо. Италия

Выход этой книги — большое достижение; она ознаменовала ключевую историческую веху в развитии кинезиологии.

Кинезиология — наука достаточно новая, она возникла в середине 1960-х годов благодаря работе одного мануального терапевта и группы его коллег, и, несмотря на то, что они организовывали семинары по всему миру, эта наука много лет оставалась неизвестной широкой публике. В самом начале она представляла собой дополнительный инструмент, которым пользовались мануальные терапевты, чтобы поставить более точный диагноз и оценить эффективность методики лечения. Постепенно, с конца 1970-х и начала 1980-х годов, кинезиология начала распространяться и вышла за рамки использования лишь в хиропрактике. Но только в 1988 году, когда Дэвид С. Уолтер издал книгу под названием «Прикладная кинезиология: краткий обзор», кинезиология заняла свое место среди областей науки. Та книга стала первой вехой в истории кинезиологии и сыграла решающую роль в распространении и популяризации прикладной кинезиологии. В ней давалось точное описание того, как правильно проводить кинезиологическое тестирование многих мышц, и приводились стандарты рабочих процедур.

В то же самое время, в середине 1970-х годов, один из создателей кинезиологии решил написать еще одну книгу — простым языком, с простыми методиками, чтобы ей мог воспользоваться лично для себя любой человек, необязательно профессионал в прикладной кинезиологии. Называлась эта книга «Целебное прикосновение» и явилась еще одним поворотным пунктом, поскольку положила начало энергетической кинезиологии и имела в этом всемирный успех.

Со времени выхода в свет книги по «Целебному прикосновению» началось стремительное развитие различных вариантов энергетической кинезиологии, зачастую с отличной основой, теориями и разъяснениями. Книга «Энергетическая кинезиология. Принципы и практика» за авторством Чарльза Кребса и Тани О'Нил МакГоуан, впервые приводит научное изложение общих исходных понятий, которые используются во всех различных аспектах энергетической кинезиологии, таких как мышечное тестирование, механизм закладки в контур, пальцевые пробы, тибетские восьмерки, а также приводит понятное описание меридианов и чакр.

Чтобы понять задачу написания данной работы, необходимо, прежде всего, взглянуть на биографию Чарльза Кребса. Как и у многих терапевтов, его интерес к новой модели лечения основан на личной потребности. В начале 1982 года он столкнулся с серьезной угрозой своему здоровью и жизни в целом. Будучи биологом моря и исследователем в Австралии, он часто нырял с аквалангом, но однажды, после погружения на глубину 65 метров, он вынырнул на поверхность со всеми симптомами эмболии. Это привело к параличу всех четырех конечностей, спастичности конечностей и позво-

ночника. Раньше он профессионально занимался карате и потому знал, как контролировать энергию своего тела (ци), а поскольку до этого преподавал анатомию и физиологию в Мэрилендском университете, он знал, куда направить эту энергию. Он воспользовался своими знаниями, навыками восточных единоборств и подключил свою сильную волю, чтобы запустить каждый неврологический проводящий путь, блокированный в результате закупорки сосудов. Поэтому ему удалось быстро восстановиться, но оставались трудности при ходьбе, и он продолжал испытывать сильную боль.

Через два года после этого случая друг Чарльза записал его на прием к доктору Брюсу Дью из Новой Зеландии, который применял своеобразную методику лечения — кинезиологию. Сразу же после приема Чарльз не смог встать из-за сильнейшего головокружения, но через 15 минут он уже мог стоять так, как не мог несколько лет, и ходить ему стало намного легче. В неврологии Чарльза произошли серьезные изменения, нечто глубокое и основательное, совершенно противоположное тому, что говорили ему врачи: никаких улучшений не будет. Это событие перевернуло всю его жизнь и бросило ему вызов. Для западного ученого, исследователя, преподавателя анатомии и физиологии все случившееся не имело объяснений. Его модель (западное понимание) функционирования тела была неполной и уже недействительной.

Чарльз начал задаваться вопросами: «Что же со мной произошло? Что произошло в моей неврологии? Насколько может быть возможно, что массаж каких-то определенных точек мог привести к таким значительным изменениям за такой короткий срок? Как же на самом деле функционирует тело?»

Так вот, эта книга «Энергетическая кинезиология. Принципы и практика» представляет собой результат тридцатилетнего поиска ответов на эти и прочие вопросы. Это не удовлетворение интеллектуальной заинтересованности, не просто догадки об энергиях тела; это глубокое желание и стремление узнать правду о пережитом глубоком личном опыте. Ответы, которые Чарльз нашел на свои вопросы, могут оказаться весьма интересными и полезными каждому профессиональному кинезиологу, каждому студенту, изучающему кинезиологию, каждому человеку, который пользуется услугами кинезиолога, и, разумеется, любому, кто хотел бы понять энергетическую модель человеческой реальности. Эта книга показывает, что модель причинноследственной взаимосвязи в западной медицине является далеко не полной. Чарльз, совместно с соавтором Таней О'Нил МакГоуан, подарил нам возможность проникнуть в суть не только кинезиологии, но также принять возможность объединения западной науки с энергетикой человека, разъяснив нам новую модель понимания нашей реальности.

Я хочу выразить глубокую благодарность Чарльзу Кребсу, потому что, сам того не подозревая, он сыграл важную роль в моей жизни. В 1995 году я присутствовал на международной кинезиологической конференции, и один американский кинезиолог — Ричард Атт — рассказывал о методике применения тибетских восьмерок, и в качестве добровольца на демонстрации был Чарльз.

Через 20 минут балансировки Чарльз ходил намного лучше, чем, когда поднимался на сцену для демонстрации. То есть был достигнут огромный результат за короткий промежуток времени. Я был настолько заворожен этой демонстрацией, что захотел посвятить себя изучению прикладной физиологии, области кинезиологии, разработанной Ричардом Аттом. Для этого мне потребовалось несколько лет, но в итоге, в 1999 году, я отправился в город Тусон в штате Аризона, США, учиться в Международном институте прикладной физиологии, где Чарльз Кребс оказался в числе моих преподавателей. Долгое время Чарльз занимался прикладной физиологией, прежде чем разработал собственную кинезиологическую методику — LEAP — Интеграция мозга (акупунктурная программа для улучшения обучаемости). В своей первой книге «Революционный способ мышления», где он описывает произошедшее с ним и представляет свою работу с мозгом, Чарльз отметил, что в ходе поиска ответов на свои вопросы он встретился с прикладной физиологией, в которой четко разъясняется мышечное тестирование и задействованные при этом неврологические пути, благодаря чему он узнал логическую модель, поясняющую кинезиологию и энергетику человека в целом, — голографическую теорию. Вот почему в данной книге вы встретите много упоминаний о прикладной физиологии и о работах Ричарда Атта.

Вклад Чарльза в развитие и распространение кинезиологии не ограничивается написанием этой книги, исторической по своей значимости. В 2007 году в ходе международной кинезиологической конференции в Чапел-Хилл, Северная Каролина, США, проводилась встреча «отцов кинезиологии», то есть всех тех, кто внес значимый вклад в формирование кинезиологии. Среди таковых были Джордж Гудхарт, создатель кинезиологии, Уолтер Шмидт и Шелдон Дил, два мануальных терапевта из числа «Грязной дюжины», группы специалистов, помогавших Гудхарту разработать кинезиологию в середине 1960-х годов; Джон Ти, создатель «Целебного прикосновения»; Ричард Атт, основатель прикладной физиологии; Брюс Дью, основатель профессиональной кинезиологической практики; Пол Деннисон, создатель «Гимнастики мозга», а также Чарльз Кребс. Так, его поиски объяснения того, чем же является кинезиология, возвели его в ранг одного из отцов кинезиологии.

Однако его желание найти научное объяснение кинезиологии и соединить западные знания с энергетической моделью привело к тому, что в 2015 году Чарльз принял участие в многомиллионном исследовательском проекте по нейрофизиологии в Гарвардском университете. Чарльз является не просто одним из основателей кинезиологии, но также и уважаемым, ведущим исследователем. Благодаря возможности работать на современном, усовершенствованном и дорогом оборудовании участники проекта смогут изучить несколько аспектов функционирования мозга, в частности, будет проведена оценка мозга до и после кинезиологического сеанса. Возможно, в скором будущем нам посчастливится прочитать еще одну книгу за авторством Чарльза Кребса.

Марко Радо,
Февраль 2015 г.

Краткое описание книги

Энергетическая кинезиология представляет собой область комплементарной валеологии, получающую все больше научной поддержки и признания во всем мире. Энергетическая кинезиология быстро развивается и преподается в профессиональных учебных заведениях во всем мире. Тем не менее, в настоящее время существует мало опубликованной литературы, раскрывающей принципы и методики этой удивительной отрасли кинезиологии. При написании данной книги наша задача состояла в том, чтобы заполнить этот пробел и внести больше ясности и связности в теорию и практику.

Цель этой книги — свести воедино большое количество информации, исследований и клинических знаний, чтобы разработать доступный в использовании и полезный материал для кинезиологов, других специалистов в области валеологии и студентов-кинезиологов. Она включает в себя исчерпывающее описание истории развития области, а также характеристику фундаментальных методик, используемых в ней, и физиологических и энергетических основ этих методик. Для тех, у кого есть некий опыт в кинезиологии, эта книга послужит теоретической базой, необходимой для более глубокого понимания, а также разъяснения другим применения методик и обоснования их эффективности.

Принципы, исследуемые в данной книге, ввиду своего характера, быстро изменяются, поскольку сама область развивается. Мы выбрали темы, составляющие данную книгу, ввиду комментариев студентов и специалистов-практиков о том, насколько сложно найти исчерпывающие, полноценные объяснения кинезиологических методик и механизмов, на которых они основаны. Важно понимать, что эта работа была написана не для того, чтобы охватить всю область энергетической кинезиологии, но, скорее, в качестве первого шага в исследовании этой новой и перспективной области. Многие идеи и клинические применения, включенные сюда, еще не выдержали критической проверки научными исследованиями. Тем не менее, они были включены на основании наблюдений их клинической эффективности, сделанных нами и тысячами врачей по всему миру за последние тридцать лет.

Уникальный аспект данной книги — ее историческое содержание. Доктор Чарльз Кребс лично знал многих из создателей методик энергетической кинезиологии и сам слышал разработки этих методик или же активно участвовал в их исследование или разработку.

В книге записано множество реальных историй, благодаря которым читать ее интересно не только специалистам, но и новичкам в этой области.

Мы включили исторический обзор принципов, связанных с развитием эмоций, потому что выяснили, что слишком часто связь между клинической наукой и эзотерической работой человеческого разума становится взаимоисключающей в подходах к пониманию того, каким образом мысли и эмоции влияют на все аспекты деятельности нашего организма. Одна из уникальных черт Энергетической кинезиологии заключается в ее целостном подходе к телу и разуму как динамичной единице, влияние на которую

оказывает не только наше физическое и физиологическое состояние, но и эмоциональное и психодуховное состояние.

Помимо этого, подробно обсуждаются энергетические структуры человека, и как они взаимодействуют с нашей физиологической, эмоциональной и психодуховной деятельностью. Этот раздел, наряду с последней главой о научной модели энергетического исцеления, предоставляет ценные материалы для всех, практикующих энергетическую медицину.

В процессе написания данной книги нам пришлось выбирать и решать, какие методики являются основополагающими для практики и применения современной энергетической кинезиологии. Эта книга не является энциклопедией *всех* понятий и идей, используемых в Энергетической кинезиологии, поскольку модальности в этой области в настоящий момент очень разнообразны. Мы постарались включить основные методики и способы работы, которые используются в Энергетической кинезиологии во всем мире и регулярно демонстрируют клиническую эффективность. Если мы опустили методики, которые некоторые считают центральными в своей кинезиологической работе, то мы поступили так по той причине, что ограничены своими знаниями и определенным объемом книги.

Мы хотим поблагодарить всех студентов и специалистов, кто читал наши черновики и предлагал поправки для прояснения некоторых вопросов. Мы также выражаем большую благодарность мастерам нашей области, через свои творческие взгляды и упорство заложившим основы этой работы. Мы получили исключительное удовольствие при работе над этим проектом и надеемся, что читатели найдут содержание книги и идеи, в ней изложенные, столь же интересными.

Как пользоваться данной книгой

Эта книга была написана в такой последовательности, которая позволяет читателю усвоить принципы и методологию, необходимые для понимания Энергетической кинезиологии. Тем не менее, главы также независимы друг от друга, поскольку дают справочную информацию по конкретным темам.

Авторы полагают, что эта публикация будет интересна разнообразной аудитории читателей, среди прочих:

- студентам, изучающим кинезиологию;
- специалистам-практикам кинезиологии;
- хиропрактикам;
- мануальным терапевтам;
- специалистам по психоэмоциональным вопросам;
- специалистам-практикам энергетической медицины.

Книга подразделена на несколько частей

Раздел I, *Понимание кинезиологии*, дает определение энергетической кинезиологии и знакомит с историей развития энергетической кинезиологии.

Раздел II, *Энергетические структуры человека*, начинается с описания исторических взглядов человека на здоровье и лечение. Далее в ней подробно обсуждаются многомерные тела и первичные энергетические системы организма: система чакр — нади,

система акупунктурных меридианов и тибетская система энергии восьмерки.

Раздел III, *Понимание и применение мышечного мониторинга*, представляет собой всестороннее обсуждение мышечной физиологии, включая контроль мышечной функции, состояния мышечного дисбаланса и эмоциональный контроль мышечного ответа. Также в ней говорится о различных типах мышечного мониторинга и действенности мышечного мониторинга.

В Разделе IV, *Ключевые инструменты кинезиологии*, обсуждаются основополагающие методики, необходимые для практики современной энергетической кинезиологии.

В Разделе V, *Оценка клиента*, описывается процесс работы с клиентами для обеспечения эффективного кинезиологического лечения.

Раздел VI, *Начало работы: сбор информации*, описывает серию методик, которые используются для того, чтобы проработать сознательную и подсознательную информацию, а также дополнительные факторы, необходимые для эффективного выявления проблемы клиента.

Раздел VII, *Ключевые методики коррекции*, рассматривает разнообразные методики коррекции, обычно используемые в современной энергетической кинезиологии.

Раздел VIII, *Завершение работы*, включает описание факторов, необходимых для эффективного завершения кинезиологического лечения, включая постоянную поддержку клиента.

И, наконец, в Разделе IX, *Модель энергетического лечения*, рассматривается научная модель энергетического лечения, включая роль в излечении специалиста-практика.

Кинезиологи и студенты, изучающие кинезиологию, вероятнее всего, будут использовать все разделы данной книги. А специалисты-практики из других модальностей могут выбрать конкретные разделы, чтобы лучше понять определенные темы.

Разъяснения терминологии в книге

Авторы изложили материал, используя терминологию, общую для всей области энергетической кинезиологии. При обсуждении мышечного мониторинга в общем, а не клиническом контексте, термин *тестирующий* относится к тому человеку, который осуществляет мышечный мониторинг. Однако при обсуждении людей, задействованных в процесс лечения, мы говорим, что *специалист* проводит работу с *клиентом*.

В книге будет использоваться термин *мышечный мониторинг*, а не *мышечное тестирование*, который использовался с самого зарождения кинезиологии. Причина такой смены терминологии подробно разъясняется в Главе 8, *Физиология мышечного мониторинга*.

При обсуждении невербальных механизмов, задействованных в работе, мы использовали термин *ключевые инструменты кинезиологии*, к каковым относятся определенные ручные (пальцевые) пробы и акупунктурные точки. Эта группа методик используется совместно с мышечным мониторингом для проведения кинезиологической работы и может считаться инструментами для работы в данной области. Напротив, раздел, посвященный *ключевым методикам кор-*

рекции, включает действия, которые мы совершаем для того, чтобы устранить дисбалансы, выявленные с помощью этих ключевым кинезиологическим инструментам.

В кинезиологической балансировке выделены четкие фазы, но в программах обучения различным модальностям кинезиологии о таком разделении не всегда явно говорилось. В данной книге мы присвоили этим фазам индивидуальные названия: 1, выявление контекста; 2, начало работы: сбор информации; 3, применение методик коррекции; и 4, проверка коррекций. Далее в книге каждую из этих фаз мы рассматриваем подробнее.

Предупреждение для читателей

В настоящее время можно встретить огромное количество специалистов-практиков разного уровня. Просто потому, что специалист называет себя кинезиологом или специалистом по кинезиологии, нет совершенно никакой гарантии, что он прошел должное обучение и умело применяет все методики, представленные в настоящей книге. Если вы хотите пройти лечение у кинезиолога, вам нужно посвятить достаточно времени поиску и проверять специалистов, чтобы найти квалифицированного кинезиолога, официально работающего в вашей стране, который грамотно может применить свои навыки и знания и добиться долгосрочных клинических результатов.

Чарльз Кребс
Кембридж, Массачусетс, США
Таня О'Нил МакГоуан
Перт, Западная Австралия
Декабрь 2013 г.

Часть I

ПОНИМАНИЕ КИНЕЗИОЛОГИИ

Энергетическая кинезиология — одна из наиболее эффективных модальностей, занимающихся лечением, сочетающая в себе древнее восточное искусство целительства с западными науками физиологического лечения. Основной инструмент, используемый в энергетической кинезиологии, — это мышечная биологическая обратная связь, благодаря которой подсознательные стрессы и дисбалансы в организме становятся видимыми. В последующих разделах данной книги мы будем обсуждать мышечный мониторинг и физиологические механизмы, задействованные в этом процессе, где подсознательный мышечный ответ используется как инструмент обратной связи. В настоящем разделе представлены характеристики энергетической кинезиологии, и это описание исполняет роль некоего предисловия к этой новой и развивающейся области оздоровления.

Для того чтобы понять энергетическую кинезиологию, столь же важно узнать ее историю развития. В данном разделе мы рассматриваем развитие науки с самого начала — с академической кинезиологии в начале XX века до Прикладной кинезиологии в 1960-х годах и до энергетической кинезиологии, которая возникла в конце XX века и продолжает активно развиваться до сих пор. Изложенная здесь история — лишь краткое обобщение развития модальностей Энергетической кинезиологии, которое привело в итоге к разработке кинезиологических инструментов и методик, описанных в денной книге.

Глава 1

ПОНИМАНИЕ КИНЕЗИОЛОГИИ

Что такое Энергетическая кинезиология?

Буквальное значение слова *кинезиология* — «наука о движении», и в своей первоначальной форме она действительно представляла собой научную дисциплину, которая изучала движения тела и как движется тело человека. Затем несколько кинезиологов-теоретиков сосредоточили свое внимание на вопросе того, каким образом можно оценить мышцы, совершающие движения, с точки зрения их функции с использованием мануальных методик, которые, хотя и не количественные, могут дать качественную информацию.

В 1940-х годах супруги Флоренс и Генри Кендалл, занимавшиеся теоретической кинезиологией, начали изучать движение мышц, и каким образом возможно это движение оценить с помощью мануального мышечного тестирования. По итогам их исследований в 1949 году была опубликована книга *«Мышцы: тестирование и функции»*.[1] Последняя редакция этого труда была выпущена в 2010 году и остается основным справочным пособием в академической кинезиологии.[2]

В 1964 году доктор Джордж Гудхарт включил мануальное мышечное тестирование в хиропрактику, а в конце 1960-х гг. он нашел связь между мышечным тестированием и энергетическими системами китайской акупунктуры. Гудхарт назвал эту систему *Прикладной кинезиологией*. Другие специалисты-хиропрактики, обучавшиеся по этой системе, начали разрабатывать свои варианты практического применения, с успехом сместив акцент с более механических применений на энергетические, таким образом заложив основы *Энергетической кинезиологии*.

Изучая ее истоки, можно сказать, что энергетическая кинезиология — наука и искусство в одном. Несмотря на то, что у нее есть свой метод, правила, принципы и логические методики, большую роль в ней также играет прямое взаимодействие между специалистом и клиентом. При таком взаимодействии подключаются другие основные компоненты, характерные для формы Энергетической кинезиологии как искусства, — интуиция и ощущения.

Многообещающая наука излечения

Кинезиология — удивительная и действенная система, позволяющая специалисту-практику работать с обширным спектром проблем. Давая прекрасные результаты при рассеивании эмоционального стресса, она также помогает в устранении мышечной боли и слабости. Она столь же эффективна при устранении аллергии и чувствительности к пищевым продуктам, а также помогает справиться с саморазрушающими привычками, такими как одержимость и зависимость. [3]

Кинезиология оказывает столь обширное воздействие по нескольким при-

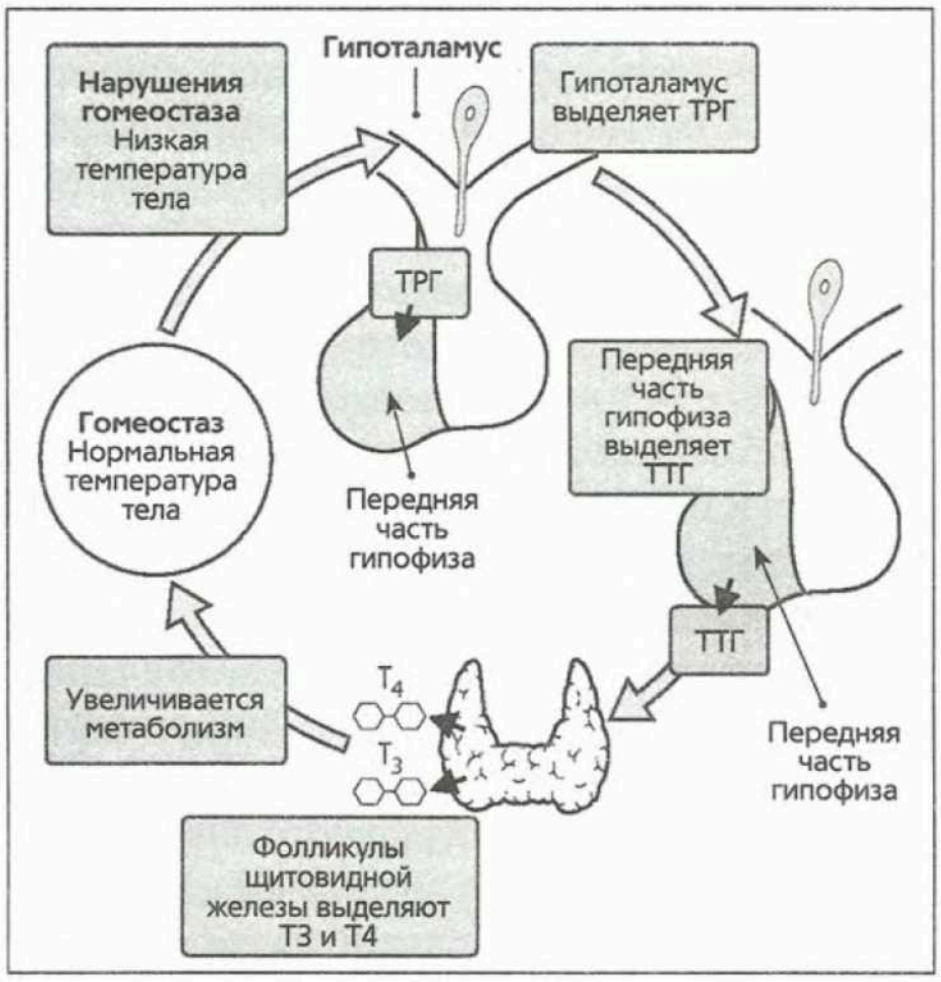


Рис. 1.1. **Пример системы негативной биологической обратной связи: контроль температуры тела.**

Температурные датчики в гипоталамусе отмечают понижение температуры тела; в аденогипофизе вырабатывается тиролиберин (ТРГ); он выделяет тиреотропный гормон (ТТГ); ТТГ перемещается в крови к щитовидной железе; она выделяет в кровь трийодотиранин (Т3) и тироксин (Т4); Т3 и Т4 усиливают клеточный метаболизм в клетках тела, в результате вырабатывается тепло; благодаря этому повышается общая температура тела до тех пор, пока температурные датчики в гипоталамусе не отметят повышенную температуру тела; тогда отключается выделение ТРГ; вследствие отключается выработка ТТГ, что прекращает выделение щитовидной железой Т4; в результате замедляется клеточный метаболизм, что приводит к первоначальному состоянию (температура тела слишком низкая), и весь цикл негативной биологической обратной связи повторяется заново.

чинам. Во-первых, это энергетическая модель, в которой утверждается, что энергия отражает физиологию и что энергия влияет на физиологию. Во-вторых, она основана на такой модели здоровья, в которой тело и разум стремятся к внутреннему чувству баланса, но иногда они нуждаются в помощи для восстановления этого баланса. В-третьих, единство тела и разума ведут специалиста к источнику или причине проблем, вызывающих стресс. Именно благодаря удивительному механизму биологической обратной связи при мышечном тестировании можно напрямую обратиться к подсознанию и столь же непосредственно раскрыть его тайны.[4]

Таким образом, кинезиолог не раздает клиентам информацию об излечении, а помогает организму клиента самому излечиться и вернуться к полноценному состоянию. Самое увлекательное в профессии кинезиолога — это осознание того, что каждый человек уникален, и что каждый вид лечения полностью индивидуален. Всякий процесс лечения — это личное, особое путешествие как для специалиста-кинезиолога, так и для клиента.

Поэтому можно сказать, что специалист больше напоминает детектива, чем диагностика. В кинезиологии мы не ставим диагнозов, мы просто следуем по той тропинке, которую показывает нам тело посредством мышечных ответов. Важнее то, что ответы мышц человека не только направляют нас к причинам проблем, но также указывают специалисту на тот метод, который наиболее эффективно решит эти проблемы.

С возникновением в конце XX века Энергетической кинезиологии искусство оздоровления вернулось к исходной

точке. Искусство древнего восточного энергетического целительства срослось с западными науками физиологического лечения. Тело и разум воссоединяются, и человек, жаждущий исцеления, теперь несет ответственность за свое собственное здоровье.

Будущее кинезиологии таит в себе безграничный потенциал. В настоящее время кинезиология как наука исцеления все еще развивается, но несет величайшую надежду на то, что сможет излечить многочисленные заболевания комплексно и неинвазивно. Главный инструмент в кинезиологии — это мышечный мониторинг, форма прямой биологической обратной связи.

Система биологической обратной связи

Кинезиология представляет собой систему биологической обратной связи, которая использует подсознательный мышечный ответ как инструмент обратной связи. Биологическая обратная связь передает информацию о состоянии биологической системы самой этой системе, чтобы ее регулировать. К примеру, когда температура тела слишком понижается, в гипоталамус посылается сигнал о выбросе тиреотропного гормона — Р-фактора, который, через последовательную активизацию гормонов, увеличивает выработку энергии в каждой клетке организма, повышая температуру тела. Но как только выработка клеточной энергии восстанавливает нормальную температуру тела, гипоталамус отключает выброс гормонов. Со временем температура тела снова понижается, и этот цикл повторяется благодаря биологической обратной связи. См. рис. 1.1.

При мышечном мониторинге биологическая обратная связь принимает форму изменения мышечного ответа. Мышечный ответ может показывать как тип необходимой информации, так и факторы, блокирующие этот поток информации. Информационная обратная связь может выступать в форме вербального содержания, структурного дисбаланса, питательного дисбаланса, энергетического дисбаланса, психоэмоционального дисбаланса и даже духовного дисбаланса.

Вероятно, самым значимым компонентом мышечной обратной связи является тот факт, что благодаря ей подсознательные стрессы и дисбалансы внутри тела становятся заметными на физическом и психоэмоциональном уровнях. То есть как клиент, так и кинезиолог-практик ощущают и замечают изменение состояния мышцы.

Безусловно, обработка большей части нашей физической, эмоциональной и умственной информации происходит за пределами нашего сознания, и, следовательно, дисбалансы в этих системах остаются по большей части неизвестными нашему сознанию. [5]

Таким образом, кинезиология дает нам инструмент преодоления пропасти между сознанием и подсознанием, раскрывая и показывая подсознательные стрессы.

Кроме мышечного ответа, не существует иной прямой биологической обратной связи, поскольку мышцами, прежде всего, руководит серия подсознательных систем, взаимодействующих на

различных уровнях вашего организма. Совершенно очевидно, что мышечная функция осуществляет основной контроль над нашей структурой, на которую непосредственное влияние оказывает наш пищевой статус. Энергетические системы организма также прямо взаимодействуют с работой мышц, хотя специалисты еще не столь хорошо понимают эти взаимодействия, и дисбалансы внутри этих энергетических систем могут прямо изменять мышечную функцию.

Точно также наше эмоциональное состояние напрямую воздействует на нашу мышечную функцию таким образом, что изменения в эмоциональном состоянии приводят к изменениям в тонусе и напряжении мышц.

Мышечная биологическая обратная связь также может давать наглядную информацию о наших умственных процессах и даже уровне нашего духовного осознания, хотя в настоящее время нет полного понимания работы таких механизмов. Благодаря такому многофакторному взаимодействию с основными системами организма, мышечная биологическая обратная связь дает ключ к пониманию физических явлений, таких как скелетно-мышечные проблемы, а также эмоциональных, ментальных и духовных проблем.

Философская база кинезиологии подтверждает принцип Гиппократа «не навреди» путем использования только неинвазивных методик на основании биологической обратной связи от самого клиента. Гиппократ понимал поток *физиса*, естественной жизненной силы, текущей внутри каждого человека, как «целительную силу» или «саморегулирующуюся силу» в организме, которая, «без указаний и научений делает все должное для сохранения совершенного равновесия».

Но иногда эта саморегулирующаяся и целительная сила снижена по причине блокировок в естественном течении физиса ввиду событий, нарушающих нормальную обратную связь, которая необходима и предоставляет информацию для работы этих целительных сил. Поэтому нужна некая внешняя система, которая будет давать эту информационную обратную связь системе, имея которую, система сможет самостоятельно отрегулироваться. С уверенностью можно сказать, что мы не знаем иной лучшей системы биологической обратной связи, кроме мышечного мониторинга, применяемого в энергетической кинезиологии.

Терапия, направляемая клиентом

По своему характеру, кинезиология — это терапия, полностью направляемая клиентом, поскольку она полностью полагается на биологическую обратную связь от клиента. К примеру, после выявления стресса через мышечную обратную связь можно прояснить природу фактора, вызывающего стресс, опять же с помощью мышечной обратной связи, и необходимый метод работы со стрессом также определяется с помощью мышечной обратной связи. Потому очевидно, что клиент полностью и абсолютно направляет лечение посредством обратной связи через мышечный мониторинг.

Когда кинезиолог начинает работать с клиентом, у него есть информация, которую клиент уже предоставил по текущей проблеме, но он *изначально* не знает причинных факторов этой проблемы. Но мышечная биологическая обратная связь клиента может достаточно быстро выявить тип задействованного стрессора и методики, требуемые для эффективного устранения этого стрессора. Таким образом, каждый прием индивидуален и зависит от того человека, с которым работает кинезиолог, не основываясь на знаниях специалиста и применении стандартной методики или выполнения определенной последовательности процедур.

Кинезиолог не «лечит» и не «решает» проблемы клиента применением своих знаний; скорее, он участвует вместе с клиентом в путешествии в поисках одного или нескольких факторов, вызывающих симптомы, с которыми клиент пришел. Несомненно, кинезиологу нужно обладать значительными знаниями и навыками, чтобы обнаружить эти факторы и затем применить эффективную методику для разрешения сложившейся проблемы. То есть чем более глубокими знаниями и навыками наделен кинезиолог, тем полнее он может понять информацию, поступающую через мышечный мониторинг, и тем больше методик будет в его распоряжении, чтобы выбрать коррекцию в соответствии с полученной обратной связью.

Литература

1. Kendall, HO & Kendall, FP 1949, Muscles: Testing and Function, Williams & Wilkins, Baltimore.
2. Kendall, FP, Kendall McCreary, E, Provance, PG, McIntyre Rodgers, M & Romani, WA 2010, Muscles: Testing and Function With Posture and Pain, Fifth Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore.
3. Holdway, A 1995, Kinesiology, Element Books, Shaftesbury. Levy, SL & Lehr, C 1996, Your Body Can Talk, Hohm Press, Prescott. Scott, J & Goss, K 1988, Cure Your Own Allergies in Minutes, Health Kinesiology Publications, San Francisco. Barton, J 1983, Allergies—How to Find and Conquer, Third Edition, Biokinesiology Institute, Shady Cove. Stokes, G & Whiteside, D 1985, Structural Neurology, Three In One Concepts, Burbank. Dewe, BAJ & Dewe, JR 1992, Professional Kinesiology Practice, Volumes I–IV, Professional Health Publications International, Auckland.
4. Levy, SL & Lehr, C 1996, Your Body Can Talk, Hohm Press, Prescott.
5. Noback, CR, Strominger, NL & Demarest, RJ 1991, The Human Nervous System, Fourth Edition, Lea & Febiger, Philadelphia.

Глава 2

ИСТОРИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ КИНЕЗИОЛОГИИ

Академическая кинезиология

Если рассказывать о кинезиологии, то совершенно необходимо упомянуть о ее происхождении. Науку мануального мышечного тестирования в первой половине XX века впервые начал разрабатывать хирург-ортопед из Бостона Р.У. Ловетт, который также изобрел стяжной корсет для исправления сколиоза. Ловетт использовал мышечное тестирование для анализа нарушений в результате полиомиелита и повреждения нервов. Он применял мышечное тестирование для того, чтобы проследить повреждения спинномозговых нервов, поскольку мышцы, при тестировании дававшие слабый ответ, зачастую относились к одному и тому же спинномозговому нерву.

Система мышечной классификации, разработанная Ловеттом, была впервые опубликована в 1932 году, в соответствии с которой было предложено пять уровней тестирования мышц, что остается базовой формулой в сегодняшней физиотерапии. Вначале он использовал только три уровня тестирования мышц против силы тяжести, но позднее добавил четвертый и пятый, более субъективные, включающие давление со стороны терапевта в дополнение к силе тяжести.[1]

Генри и Флоренс Кендалл, которые также работали с пациентами, восстанавливающимися после паралитического полиомиелита, изменили и систематизировали идеи Ловетта и в 1949 году опубликовали свою фундаментальную работу *«Мышцы: Тестирование и функции»*.[2] Мышечное тестирование стало новой наукой в рамках академической кинезиологии, глубокого анализа точного движения мышц и того, каким образом они двигают суставы.

У каждой мышцы — своя уникальная задача, которую она может выполнять наилучшим образом только в положении максимального выигрыша в силе. То есть мышцы, суставы и кости представляют собой систему рычагов, использующих выигрыш в силе оси для увеличения механической силы сокращения мышцы. Благодаря этому короткое сокращение мышцы может дать сильный энергетический импульс и большую амплитуду движений. Когда мышца находится в положении максимального выигрыша в силе, она называется *инициатором* или *агонистом*.

Если мышцу изолировать в позиции тестирования как инициатора, затем проводить ее мониторинг, и она полностью сохранит свою функцию и уверенно «заблокируется», то такой ответ оценивается как плюс пять. Если же при уверенном надавливании мышца поддается в направлении давления, то такой ответ считается *плюс четыре*. Если мышца поддается при среднем надавливании, то такой ответ приравнивается к *плюс три*. Если тестируемый может принять положение тестирования мышцы, преодолев

силу тяжести, но легкое надавливание приводит к тому, что мышца поддается, то такой ответ приравнивается к *плюс два*. Если тестируемому трудно принять положение тестирования мышцы, преодолевая силу тяжести, или сложно удерживать положение тестирования, то такой ответ приравнивается к *плюс один*. Ноль по этой шкале соответствует такой ситуации, когда мышца не может двигать конечностью в преодоление силы тяжести, и такое состояние называется *периферическим параличом*.

Поскольку сила мышц различна у каждого человека, эта шкала не является абсолютным мерилом силы, а, скорее, мерилом относительной целостности мышечной функции.

Доктор Джордж Гудхарт, хиропрактик из Детройта, заинтересовался работой супругов Кендалл. Будучи очень внимательным, он был одним из тех редких людей, кто мог совершать удивительные открытия, посмотрев на исследования с другой точки зрения и иначе синтезировав информацию. Зачастую к открытию приводит не новое, а новый взгляд на уже известное.

Начав применять мышечное тестирование в своей работе, Гудхарт заметил, что у некоторых клиентов конкретные мышцы давали слабый ответ и отличались пониженным тонусом, если имелось определенное заболевание. К примеру, он отметил, что ключичная часть большой грудной мышцы обычно имела пониженный тонус у тех клиентов, кто жаловался на язву желудка. Затем он проводил процедуры для лечения язвы и вновь проверял состояние ключичной части большой грудной мышцы. После процедур мышца становилась неожиданно сильной, что подтверждало, что есть взаимосвязь между язвой и реакцией мышцы и что лечение эффективно. Изменение в ответе мышцы было незамедлительным и видимым.

Гудхарт всегда очень любил читать и интересовался совершенно разнообразными областями знаний, и он замечал, что его методики оказывались действенными для укрепления мышц у одних людей, но другим не помогали вообще. Поэтому он стал искать другие ответы. Ему в руки попала работа первых американских остеопатов Франка Чапмана и Чарльза Оуэна, утверждавших, что многие патологии или симптомы заболеваний происходят в результате вялого течения лимфы. Лимфа — это физиологическая жидкость, которая переносит питательные вещества к тканям и органам и забирает токсины. Вялое течение лимфы означает, что со временем ткани наполняются токсинами и становятся менее функциональными.[3]

Чапман выяснил, что на теле человека, у которого проявляются различные симптомы заболеваний, существует множество точек, которые при пальпировании или массировании весьма болезненны. Чапман обнаружил, что при продолжении массирования этих точек боль становилась все слабее и даже исчезала совсем. При последующей проверке боли при надавливании не точку не ощущалось, и это связывалось с улучшением состояния здоровья. Чапман и Оуэн предположили существование новых, ранее неизвестных рефлексов, которые они

назвали нейролимфатическими рефлексами, и в 1930-х годах они издали работу со своими открытиями.[4]

Методом проб и ошибок Гудхарт определил взаимосвязь некоторых мышц с нейролимфатическими рефлексными точками Чапмана и заметил при тестировании, что относительно слабая мышца, по-видимому, была связана с проблемами в работе какого-либо органа. Исходя из таких первоначальных наблюдений, Гудхарт сделал вывод, что многие заболевания, описанные Чапманом как связанные с конкретной рефлексной точкой Чапмана, точно также ассоциировались со слабостью конкретной мышцы, и наоборот, каждый раз, когда он замечал слабый орган или орган с нарушениями, всегда находилась соответствующая слабая мышца. После этого он начал систематически изучать взаимоотношения между рефлексными точками Чапмана и слабостью мышц, которые, как он выяснил, связаны с теми же заболеваниями. Он установил, что массаж рефлексной точки, приписанной Чапманом какому-либо заболеванию, зачастую укреплял мышцу, связанную с тем же патологическим состоянием. *Главный синтезатор был за работой.*

Несмотря на то, что Гудхарт добился больших успехов в использовании вновь им открытых рефлексов Чапмана, некоторые заболевания и связанные с ними слабые мышцы никак не реагировали на эти методики. Поэтому Гудхарт не остановился на достигнутом. В 1930-х годах еще один американский хиропрактик, Теренс Беннетт, предложил свою собственную модель восстановления здоровья на основании кровотока. Как и в случае с лимфатической системой, при застое крови в кровеносной системе ткани не получают достаточного количества кислорода и питания. Беннетт утверждал, что при этом создаются наилучшие условия для развития заболеваний. Как и Чапман, Беннетт разработал свою собственную систему рефлексных точек. Он назвал их *нейрососудистыми рефлексами*, а саму систему — *нейрососудистой динамикой*. Большинство рефлексных точек Беннетта расположены на голове и в верхней части туловища, еще несколько точек расположены ниже пояса и на ногах.

Беннетт обнаружил, что легкое надавливание на эти точки стимулирует и повышает приток крови к связанным с этими точками тканям и органам. Как и в работе Чапмана, стимуляция этих рефлексных точек Беннетта в большинстве случаев приводила к улучшению состояния человека. В 1930-х годах Беннетт основал Фонд неврологических исследований, где он преподавал свою методику. Беннетт выяснил, что легкое надавливание на эти точки стимулировало повышенный приток крови к взаимосвязанным тканям и органам, и функция органа улучшалась или восстанавливалась.

Во времена Беннетта об опасности радиации было почти ничего не известно, потому некоторые его эксперименты включали процедуры, которые сегодня посчитались бы небезопасными. Один из экспериментов заключался в следующем: он вводил добровольцам внутривенно рентгеноконтрастные вещества, благодаря которым кровь становилась видимой при рентгеновском облучении.

Затем добровольцы ложились под рентгенографический сканер в полный рост, а Беннетт, удерживая различные рефлексные точки, мог наблюдать за изменениями кровотока. Его добровольцы подвергались рентгеновскому облучению на протяжении коротких периодов, а сам Беннетт подвергался воздействию рентгеновских лучей в течение многих часов, пока проводил свои исследования, и впоследствии умер в раннем возрасте от рака, но до смерти он успел оставить нам в наследие свои ценные знания, известные сегодня как рефлексные точки Беннетта.[5]

Как и с рефлексными точками Чапмана, Гудхарт начал систематически изучать взаимосвязь между рефлексными точками Беннетта и теми мышцами, которые не укреплялись через использование других его методик.[6] Он с радостью отметил, что во многих случаях эти точки и являлись недостающим звеном.

Работая, в основном, с рефлексными точками Беннетта на голове и верхней части грудной клетки, он смог соотнести конкретные точки Беннетта с определенными мышцами и их слабостью. Он выяснил, что при «пульсирующем воздействии» на эти нейрососудистые точки «происходила стимуляция, и к мышцам возвращалась их нормальная функция».

Метод диагностики и лечения в Прикладной кинезиологии возник в 1964 году, когда двадцатичетырехлетний пациент, которого лечил Гудхарт, попросил помочь ему с давним заболеванием. Молодой человек не мог успешно пройти медицинский осмотр для приема на работу, потому что не мог выполнить упражнение, в котором ему нужно было выполнить руками толкающее движение вперед, поскольку его лопатки выступали почти под углом 90°. Такое заболевание называется крыловидная лопатка. Тем не менее, обследование, проведенное Гудхартом, не выявило никаких нарушений, связанных с выступающей лопаткой, даже несмотря на то, что пациент страдал от этого заболевания уже 15—20 лет, и, как ни странно, атрофии также выявлено не было.

Гудхарт вспомнил, как читал в книге супругов Кендалл, что выступающая лопатка связана с передней зубчатой мышцей, которая начинается у верхних ребер под рукой и прикрепляется к средней границе лопатки. При сокращении передней зубчатой мышцы лопатка притягивается к спине, следовательно, выступающая лопатка свидетельствовала о слабости передней зубчатой мышцы. Гудхарт нашел время в своем плотном графике, чтобы дополнительно поработать в своей клинике с этим клиентом, и, как и предвидел, передняя зубчатая мышца у клиента была слабой. Затем он начал прощупывать и уверенно массировать места начала и прикрепления этой мышцы и обнаружил несколько твердых мышечных узелков. Он стал массировать мышцу еще увереннее, и узелки исчезли. Гудхарт проработал мышцу со стороны начала и прикрепления и надавливал на все узелки до полного их исчезновения. Затем он попросил молодого человека снова надавить руками на стену. На этот раз лопатка приняла естественное положение. Позднее, когда Гудхарт тестировал переднюю зубчатую мышцу, она

заблокировалась на плюс пять. Но что более важно, функция мышцы полностью восстановилась.[7] То есть мышечное тестирование оказывалось не только инструментом диагностики, но и обладало оздоравливающими качествами.

Гудхарт увидел очевидную связь между органами и мышцами, но он не мог понять сам механизм работы этой взаимосвязи. Один его друг дал ему книгу по акупунктуре Феликса Манна, и Гудхарт заинтересовался описанием Манна взаимосвязи между внутренними органами и акупунктурными точками. Гудхарт исследовал взаимосвязь акупунктурных точек снижения и повышения тонуса с мышечной функцией, а также то, каким образом эти акупунктурные точки могли использоваться для восстановления нормальной мышечной функции. В 1966 году он опубликовал работу на эту тему, но в то время интереса к ней не было. Гудхарт увидел в этом еще один диагностический и оздоровительный инструмент, подтвердить действенность которого можно было с помощью мышечного тестирования, и обратил внимание, что в то время, как китайцы активно использовали акупунктуру, другие азиатские специалисты, в частности, те, кто занимался японской акупунктурой, использовали не иглы, а различные способы стимуляции акупунктурных точек, включая надавливание пальцами. Гудхарт предположил, что надавливание пальцами было достаточным для диагностики и лечения различных заболеваний, поскольку он обнаружил связь со стимуляцией акупунктурных точек с помощью мышечного тестирования.

Включив акупунктурную систему меридианов и взаимоотношения органов и меридианов в контекст мышечного тестирования, Гудхарт сделал эпохальное открытие, которое до сих пор остается базовым для всех модальностей энергетической кинезиологии: шаблон мышца — меридиан — орган (и позднее из его же исследований — железа). Таким образом, испытанная и проверенная тысячелетиями китайская система была встроена в современную западную физиологию, и обращение к ней стало возможным благодаря уникальной системе обратной связи мышечного тестирования.

Сложив свои открытия, Гудхарт ввел систему, объединившую работу его предшественников: точки Чапмана (для лимфатической функции); точки Беннетта (для сосудистой функции); его собственная методика воздействия на начало и прикрепление мышцы (для мышечных проблем); работа с костями черепа на основании исследований Уильяма Сазерленда; находки Леона Льюиса Траскотта при работе с верхним шейным отделом позвоночника, на которой основана его статья *«Методы проверки реакции позвонков»*, опубликованная в 1972 году; и его изучение взаимоотношений мышц — акупунктурных меридианов — органов при помощи мышечного тестирования как для диагностики, так и для лечения. С этого и началась новая наука — Прикладная кинезиология.

Прикладная кинезиология

По мере того, как лекции Джорджа Гудхарта пробудили у публики интерес к Прикладной кинезиологии, в различных частях США начали возникать учебные группы под руководством лучших его учеников. Изначально шестеро его учеников собирались с ним для практики, а позднее они основали свои собственные группы.

В 1973 году руководители этих учебных групп собрались вместе, и их позднее стали называть «грязной дюжиной». Со временем их стало уже 28, но они все также оставались «грязной дюжиной».[8]

В конце 1960-х годов, когда на западе стали уделять больше интереса различным идем, пришедшим с востока, Гудхарт увлекся китайской медицинской литературой, подробно излагавшей древние знания акупунктурной системы меридианов, которая, как утверждали китайцы, отражает ток энергии по всему организму.[9]

Гудхарт выяснил, что, когда мышцы не реагировали ни на стимуляцию мест начала-прикрепления, ни на рефлексные точки Чапмана или Беннетта, удерживание конкретной акупунктурной точки зачастую укрепляло слабую мышцу. Опять же была взаимосвязь между конкретным мышечным ответом и конкретным меридианом. В 1966 году он написал научный справочник об укреплении мышц удерживанием акупунктурных точек, названных *точками повышения тонуса*.[10]

Гудхарт начал убеждаться, что существует исключительный комплекс взаимоотношений, связывающих мышечный ответ с дисбалансами мышечной системы, лимфатической системы, сосудистой системы и даже более скрытых энергетических систем китайской медицины. Поскольку каждая мышца и рефлексная точка отражают состояние баланса определенной системы органа (например, большой грудной мышцы ключичной части и ее отношения к желудку) и поскольку китайцы назвали свои меридианы именами органов, с которыми те связаны, Гудхарт понял, что орган первостепенен в этих отношениях.

Когда система органа находится в стрессе (или поражена болезнью), в мышце развивается дисбаланс (слабость), рефлексные точки Чапмана становятся болезненными при прикосновении, рефлексные точки Беннетта активируются, и ток энергии по связанному с этим органом меридиану может быть нарушен. Гениальное соединение всех этих наблюдений — система мышца — орган/железа — меридиан — является ключевым понятием Прикладной кинезиологии.

По сути, Гудхарт начал с чисто физической плоскости — забитых мышц и чувствительных рефлексных точек — и перешел к менее явным ответам рефлексных точек, для получения которых достаточно легкого прикосновения. Затем он открыл путь в еще менее понятную сферу энергии. На этом уровне добиться изменений возможно, лишь прикоснувшись к меридиану.

Китайская система дала Гудхарту выкладку нескольких тысяч лет эмпирических наблюдений энергетической

системы и принципов ее работы. К этим знаниям Гудхарт добавил связь с мышечным ответом, то есть показал, что энергетический баланс этих меридианов и связанных с ними органов можно быстро определить каждый раз с использованием непосредственной мышечной обратной связи. Как говорил Гудхарт, этот вклад состоит в числе немногих западных дополнений к восточным теориям в плане применения энергетических методик. Китайский метод проработки энергетических дисбалансов в организме был описан во «*Внутреннем Каноне Желтого Владыки*» (*Хуан Ди Нэй Цзин*) в 1 в. до н. э. — 1 в.н. э. и базировался на знаниях, накопленных в течение тысячелетий.[11] Тем не менее, поскольку система основывалась на толковании едва различимых энергетических состояний пульса на запястье, она была полностью интуитивной, и, чтобы владеть ею как искусством диагностики, требовалось много лет. Гудхарт получил доступ к тем же энергетическим системам, но теперь мог достаточно быстро их прорабатывать посредством мгновенной обратной связи через мышечное тестирование как инструмент диагностики.

Целебное прикосновение

Еще одним участником «грязной дюжины» был хиропрактик доктор Джон Ти, для которого синтез западных и восточных знаний таил в себе большой потенциал. Он укрепился в вере, что у людей должна быть возможность самим позаботиться о своем здоровье и что западная система здравоохранения должна поменять свои принципы и заниматься не решением кризисных ситуаций, а профилактикой и предотвращением таковых. Он также интересовался китайской системой и понял, что если каждый сможет регулярно балансировать свою собственную энергию, то получит возможность эффективно поддерживать свое здоровье. Джон Ти взял за основу базовые методики, разработанные в Прикладной кинезиологии, и разработал новую систему, которую назвал *Целебным прикосновением*.[12]

Его мнение заключалось в том, что в западном обществе к нам редко прикасаются целебным прикосновением, поскольку зачастую любое прикосновение несет в себе негативный либо сексуальный подтекст. В действительности же прикосновение является одним из самых целительных действий одного человека для другого. Если я сижу в противоположном конце комнаты и выслушиваю вашу историю или ваши проблемы, я вам сочувствую. Но сколь безопаснее почувствуете вы себя и насколько больше вы ощутите мое сочувствие, если я буду держать вас за руку? Если я прикасаюсь к вам, вы чувствуете искренность моих слов. Вы можете ощутить мое сочувствие и мою энергию. Каждый знает, что прикосновение реально. В современном мире считается, что прикосновение целительно и высвобождает окситоцин, гормон исцеления.[13]

В рамках западной медицины, существовавшей в то время, когда доктор Ти предложил свою систему, врачи должны были быть безучастными людьми в белых халатах, которые вели себя официально

и отстраненно. Разумеется, им не полагалось прикасаться к пациентам, в частности, в плане поддержки и выражения сочувствия, поскольку потенциально эти прикосновения могли снизить их способность ставить объективный диагноз. Поэтому Целебное прикосновение считалось в начале 1970-х годов альтернативной и даже несколько маргинальной терапией.

Несмотря на значительное противостояние, доктор Ти хотел научить простых людей, не имеющих особых знаний в медицине, проводить балансировку своего собственного здоровья, а также здоровья своей семьи и друзей. Поэтому он начал преподавать базовые принципы Целебного прикосновения на семинарах, проводившихся в рамках нескольких недель. По сути, он преподавал методику, известную как баланс четырнадцати мышц, которая помогала оценить баланс энергии в четырнадцати основных меридианах, связанных с конкретными органами.

В балансе четырнадцати мышц вручную проводилась оценка каждой отдельной мышцы, представляющей один из меридианов, на предмет сбалансированности ее функции. Если мышца оказывалась слабой, тогда для ее укрепления применялись базовые методики, разработанные Джорджем Гудхартом (начало — прикрепление, рефлексные точки Чапмана и Беннетта и прослеживание меридиана). После балансировки всех четырнадцати мышц также проводилась балансировка энергии меридианов, в результате которой восстанавливался баланс Инь и Ян в организме человека. Зачастую такие простые действия производили удивительное положительное воздействие на здоровье.

Джон Ти начал преподавать свою систему в Калифорнии, и она очень быстро распространилась по всем штатам Америки и другим странам мира. На сегодняшний день миллионы людей в более чем 50 странах знают о «Целебном прикосновении» и могут применять его на практике, добиваясь прекрасных результатов. И, что немаловажно, благодаря «Целебному прикосновению» базовые методики Прикладной кинезиологии стали доступны обычным людям.

Клиническая кинезиология

Один из талантливейших учеников Джорджа Гудхарта, доктор Алан Бирдалл, совершил несколько важнейших открытий, благодаря которым развивающаяся область кинезиологии приобрела дополнительные инструменты для работы. Помогая известному марафонцу, Бирдалл обнаружил, что отдельные мышцы не функционируют как единое целое, но у многих мышц есть функционально индивидуальные категории. Он выяснил, что, несмотря на то, что мышца при тестировании может дать сильный ответ, при тестировании одной мышцы или комбинации мышц из той же категории, что и эта мышца, отдельные взаимосвязанные группы могут при тестировании дать слабый ответ или «разблокироваться».[14]

Начиная с 1975 года, Бирдалл занялся анатомическими изучениями, проводил клинические наблюдения и тесты, благодаря чему смог определить такие

функциональные группы мышц, разработал мышечные тесты для каждой группы и отдельные рефлексные точки, разделявшие эти мышечные группы на индивидуальные функциональные категории. Он разработал более 250 отдельных мышечных тестов, изолирующих группы основных мышц тела, и опубликовал свои увлекательные открытия в 1980 году.[15] В итоге он опубликовал пять книг с инструкциями по мышечному тестированию,[16] и на основании этих знаний Бирдалл разработал новую модальность кинезиологии — *клиническую кинезиологию*.

Именно Бирдаллу принадлежит определение организма человека как «биокомпьютера». Это понятие оказалось очень важным для многих аспектов подсознательных функций, которые можно проработать с помощью мышечного мониторинга.[17] По всей вероятности, подсознание обрабатывает информацию двоичным способом. Нейроны, управляющие мышцами, могут либо запускать работу мышцы, либо не запускать, заблокироваться или разблокироваться. Заблокировка при мышечном тесте показывает: «Да, я нахожусь в сбалансированном состоянии; стресс недостаточно значителен, чтобы помешать моему функционированию». Разблокировка, в свою очередь, означает: «Нет, я нахожусь в дисбалансе; стресс слишком велик, и я не могу функционировать должным образом».

Что важно, эти простые ответы мышцы «да» и «нет» представляют собой совокупность *всех* факторов, влияющих на мозг и центральную нервную систему — от структуры тела до диетологического и эмоционального статуса. Кроме того, подсознательное считывание мышечной функции — это взаимосвязь с другими энергетическими системами организма, включая систему меридианов. Как таковые, эти ответы «да» и «нет» также могут показывать состояние энергетических балансов.

Бирдалл также разработал несколько других оригинальных концепций, ставших основополагающими в применении всех систем энергетической кинезиологии, появившихся к настоящему времени. В 1983 году он открыл для себя *мудры*, как их называли йоги, и дал им свое название — *пальцевые пробы*. Йоги утверждали, что если удерживать большой палец руки, прикасаясь им к отдельным пальцам и конкретным частям пальцев, то создавалась определенная частота колебаний, связанная с конкретным психоэмоциональным состоянием. Бирдалл выяснил, что пальцевые пробы связывали конкретные комбинации большого пальца и других пальцев с конкретными видами или сферами дисбаланса в физическом теле. На основании своих исследований он показал, что если прижимать каждый палец к большому пальцу подушечками друг к другу, то это действие символизирует основную модель потока: большой палец к указательному реагирует на структурные стрессы, большой палец к среднему реагирует на питательные стрессы, большой к безымянному — на эмоциональные стрессы, а большой к мизинцу реагирует на энергретические стрессы, такие как дисбалансы меридианов ци.

Бирдалл также разработал еще одну методику, ключевую в современной энергетической кинезиологии, а именно способ сохранения и запоминания энергетической информации в течение некоторого промежутка времени на основании чувственной информации от сенсоров в бедренных суставах. Изначально он назвал этот процесс *заблокировкой и продолжением*, сейчас он называется *заблокированной приостановкой, режимом запоминания информации, режимом закладки в контур* или просто *закладкой дисбаланса в контур*. Описание работы этого механизма приводится в Главе 13 данной книги.[18]

Поэтому теперь каждый раз, когда Бирдалл выявлял дисбаланс через тестирование мышцы, он мог сразу же определить природу проблемы, являвшейся причиной дисбаланса, с помощью своих новых пальцевых проб. Была ли проблема эмоциональной, питательной, структурной или энергетической? Пальцевые пробы, которые так и называют в других модальностях кинезиологии, наряду с дополнительной техникой сохранения энергетической информации в течение некоторого промежутка времени путем занесения ее в контур, являются одними из важнейших инструментов современных систем энергетической кинезиологии.[19]

Когда мышечное тестирование и информация о рефлексных точках и понятиях, разработанных в прикладной и клинической кинезиологии, сфере хиропрактики, стали достоянием общественности благодаря «Целебному прикосновению», начали появляться новые системы кинезиологии, разрабатываемые людьми, творчески и прогрессивно настроенными, имевшими совершенно разнообразные специальности и опыт.

Энергетическая кинезиология

Таковым было начало кинезиологии, и с тех пор в результате ее успешного развития и на ее основе возникло множество различных видов оздоровления. Эти новые системы разрабатывались людьми, которые видели удивительный потенциал этих методик, поскольку они не были ограничены жесткими рамками западных медицинской и физиологической моделей.

В то время как в академической кинезиологии мышцу действительно тестируют на силу, в недавних кинезиологических системах мышечный ответ используется, в основном, как форма обратной связи. Поэтому в этих системах осуществляется мониторинг, а не тестирование мышечной функции. Изменение термина с *мышечного тестирования* на *мышечный мониторинг* отражает тот факт, что мы оцениваем только полноту и надежность мышечного ответа, а не силу мышцы.[20]

Поистине, удивительный аспект мышечного мониторинга заключается в том, что ответ может показывать совершенно различные возможные стрессоры. Мышца, мониторинг которой мы проводим, может разблокироваться по причине физического фактора (например, чувствительность или болезненность мышцы), по причине нарушения функции системы связанного с этой мышцей

органа (блокированный или ограниченный поток лимфы или крови), из-за нарушений во взаимосвязанном меридиане (блокированный поток энергии) или из-за беспокоящих эмоций или мыслей.[21]

Когда же мы проводим мониторинг мышцы, и она дает сильный ответ и заблокируется, и после этого мы просим человека подумать о своей матери, то мышца может внезапно разблокироваться. Для кинезиолога это свидетельствует о том, что что-то помешало непрерывности неврологической циркуляции между мышцей и центральной нервной системой и воспрепятствовало нормальному функционированию мышцы. Такое препятствие могло возникнуть по причине какого-либо стресса, заложенного в разуме и теле этого человека матерью. Ваш сознательный разум может говорить вам, что вы с матерью превосходно ладите. Но если принять во внимание, что стрессор не всегда бывает сознательным и зачастую хранится в подсознании, которое также непосредственно связано с мышцами, то такой ранее незамеченный подсознательный стресс может заблокировать неврологическую циркуляцию, нарушая целостность мышечной функции. Таким образом и клиент, и специалист понимают, что у клиента есть стресс в отношении своей матери, вполне вероятно связанный с неразрешенной проблемой, возникшей в период взросления клиента, скорее всего, в раннем детстве.

Такой доступ в обычно недоступные сферы подсознания является одним из самых действенных аспектов современной энергетической кинезиологии. Вы можете незамедлительно определить в качестве стрессора в себе на физическом или эмоциональном уровне то, о чем ваш сознательный разум никогда не подозревал до тех пор, пока эту информацию не показал мышечный ответ. Более того, использование пальцевых проб позволяет кинезиологу определить точную природу этого подсознательного стресса. Таким образом, энергетическая кинезиология дает нам возможность подслушивать свое подсознание.

Биокинезиология

Первым, кто отметил этот аспект энергетической кинезиологии, был Джон Бартон, врач из Южной Калифорнии. После смерти одного из своих детей Бартон понял, что западная медицина не дает все ответы, и отказался от стипендии в Массачусетском технологическом институте. Вместо этого он начал карьеру в области холистической медицины, занявшись рефлексотерапией ступней, акупрессурой, травами и естественными родами.

В середине 1970-х годов Джон Бартон увидел телепередачу, в которой рассказывалось о Прикладной кинезиологии, и чрезвычайно ей заинтересовался. Кинезиология стала для него тем инструментом, с помощью которого он мог определить, каким образом можно было сбалансировать организм через массаж, акупрессуру, положение тела для высвобождения стресса, питание и эмоции. Из этих знаний возникла новая область — биокинезиология.[22]

Образовательная кинезиология и гимнастика мозга

Подобным образом кинезиология изменила в 1970-х годах жизнь Пола Деннисона, который страдал ярко выраженной дислексией и не мог обучаться в традиционной системе образования. Как и многие другие, он начал с посещения курса «Целебного прикосновения».

Инструктор показал ему *перекрестные движения и упражнения*, которые заключаются в ходьбе на месте, где одновременно поднимаются противоположные руки и ноги. Затем он продемонстрировал Полу *односторонние упражнения*, ходьбу на месте, когда одновременно поднимаются рука и нога с одной стороны тела. Деннисон получил огромную пользу от этих методик и от применения еще одной методики «Целебного прикосновения» — *высвобождения эмоционального стресса* (ВЭС).

При ВЭС клиент думает о стрессовой ситуации, легонько прижимая пальцами лобные бугры. Таким образом стимулируется приток крови к передним долям головного мозга, центрам мышления и новых познаний. Когда человек находится в состоянии стресса, кровь отливает от этих областей и направляется к подсознательным центрам выживания. Но если прикоснуться к этим точкам до появления пульсации, то эмоциональный заряд в ситуации, которая ранее вызывала стресс, сокращается или уходит полностью.

В то время Деннисон работал с детьми с нарушением обучаемости, и когда он применил те же самые методики к своим пациентам, он обнаружил, что их обучаемость улучшилась. Вдохновленный этими изменениями, Деннисон занялся разработкой дальнейших применений кинезиологии и создал новую кинезиологическую систему, которую изначально назвал образовательной кинезиологией или кинестетикой, для работы с детьми и взрослыми с нарушениями обучаемости.[23]

Деннисон определил, что причина проблем в обучении — неправильная координация мозговой деятельности, и потому он разработал ряд упражнений, многие из которых основывались на стандартных *асанах* или позах йоги, направленных на реинтеграцию мозговой функции. К этим упражнениям он добавил несколько методик акупрессуры и стандартных методик коррекционного обучения. Эту систему он назвал гимнастикой мозга (Brain Gym).[24] При регулярном выполнении упражнений гимнастики мозга стимулируется интеграция функции мозга, благодаря чему возрастает потенциал обучения.

Кинезиология «Три в одном»

Благодаря последующим открытиям, из системы Деннисона возникла еще одна форма кинезиологии, разработанная Гордоном Стоксом, Кэндис Кэллоуэй и Дэниэлом Вайтсайдом. Гордон Стокс был инструктором-преподавателем по «Целебному прикосновению» в США, и через плодотворное сотрудничество с Кэллоуэй и Вайтсайдом ему удалось создать сплав понятий нескольких модальностей кинезиологии, а именно обра-

зовательной кинезиологии, «Целебного прикосновения», Прикладной кинезиологии и психотерапевтических практик. Создатели назвали свою систему «Три в одном» или кинезиология Единого мозга и применяли ее в отношении дислексии, проблем с обучением и эмоционального стресса, что не удавалось разрешить с помощью других методов.[25]

В модели Единого Мозга неразрешенный эмоциональный стресс является причиной большинства проблем с обучением, поскольку, как было показано, непроясненные эмоции способны блокировать нашу способность к обучению, равно как и наш личностный рост и эмоциональное и духовное развитие. Создатели модели разработали более детальные и всесторонние методики снятия эмоционального стресса на основании ВЭС, которые они назвали *рассеиванием эмоционального стресса*.

Смена названия была необходима по той причине, что новый метод способствовал не только высвобождению эмоций, но и служил для их рассеивания и последующем включении накопившихся эмоций в нашу жизнь. Что было наиболее важным в этой методике, так это то, что она давала больше выбора. Чтобы проработать проблему на более глубоком уровне и точнее выяснить природу неразрешенных эмоциональных вопросов, коллектив также добавил в свою методику возврат по возрасту, поскольку многие из наших самых сокровенных эмоциональных проблем начались еще в детстве, в частности, в период между восемнадцатью месяцами и пятью годами.

Прикладная физиология

В начале 1980-х годов Ричард Атт, специалист в области электронных систем наведения летательных аппаратов, пополнил растущие ряды кинезиологических систем своей Прикладной физиологией. Прикладная физиология основывалась на глубоком понимании как западной физиологии, так и закона пяти элементов китайской акупунктуры. Атт разработал акупрессурное применение закона пяти элементов на основе кинезиологии и акупрессурную методику Семь ключей Ци для коррекции дисбалансов в энергетических центрах, которые йоги называют *чакрами*.[26]

Система Атта позволяет специалисту-практику определить, какой из двух равнозначных энергетических путей в рамках системы пяти элементов сможет наиболее эффективно уравновесить энергию и высвободить стресс, тем самым способствуя оздоровлению клиента. Атт также сформулировал Голограмму семи элементов, основанную на голографической теории картины мира физика Дэвида Бома и нейропсихолога Карла Прибрама.[27] Это единая интегрированная кинезиологическая система, способная прорабатывать все уровни голограммы человека от физического уровня, включая мышцы, отдельные клетки и внутриклеточные функции, вплоть до уровня эмоций и мыслей, мнений и сущностных убеждений.

Другие виды кинезиологии

Вы наверняка обратили внимание, какими темпами развивается эта удивительная целительная наука, сколько ответвлений ее было разработано и продолжает возникать по всему миру. Мы

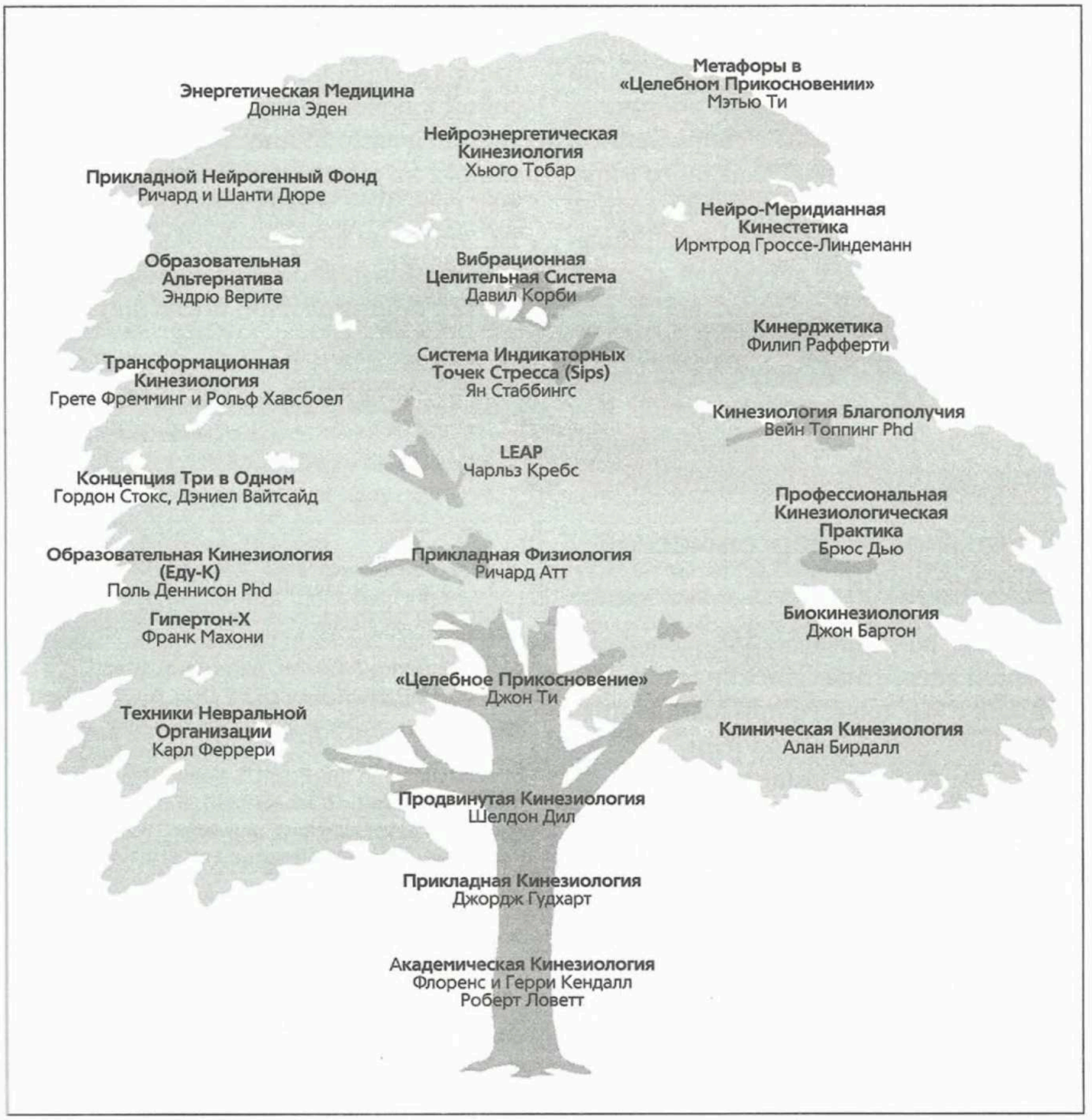


Рис. 2.1. **Схема модальностей энергетической кинезиологии.**

С тех пор, как Джордж Гудхарт провел свое первое кинезиологическое мышечное тестирование и связал мышечную обратную связь с китайской системой акупрессурных меридианов в середине 1960-х годов, область энергетической кинезиологии развивалась быстрыми темпами, появлялись совершенно новые модальности. Схема, представленная здесь, не является исчерпывающим списком современных модальностей энергетической кинезиологии, а, скорее, выборкой ключевых видов энергетической кинезиологии, на основе которых были разработаны другие модальности.

видим удивительное развитие знаний. Эта наука, которая представляет собой уникальное слияние древних восточных эзотерических учений с современной физиологией и физикой западного мира, в настоящий момент находится в состоянии многообещающего брожения. Кинезиология открывает двери для доступа к организму во всей его целостности: разуму, духу, эмоциям и физическому телу — по сути, всем сферам естества, которые могут повлиять на наше здоровье. Как таковая она является поистине необычайным инструментом оздоровления.

Модальности энергетической кинезиологии

В период, последовавший за ранней разработкой энергетической кинезиологии, начиная с «Целебного прикосновения» и клинической кинезиологии, произошло стремительное развитие различных модальностей кинезиологии на основе энергетических методик. На сегодняшний день насчитывается более 40 кинезиологических модальностей. Многие из них имеют крепкое научное основание, но не все.

В то время как многие модальности кинезиологии преподаются на практических семинарах неформального типа, возникла тенденция к полноценному интегрированному долгосрочному обучению. На данный момент кинезиология — это новая профессия, и направленность в сторону более тщательного изучения предмета необходима, если кинезиологии суждено стать эффективной моделью здравоохранения.

Схема модальностей кинезиологии, изображенная на рис. 2.1, представляет собой ключевую группу модальностей энергетической кинезиологии, разработанных на основе работ докторов Джорджа Гудхарта, Алана Бирдалла и Джона Ти. Эта схема не претендует на полноценную презентацию современных модальностей кинезиологии, поскольку постоянно добавляются все новые.

Литература

1. Legg, AT & Merrill JB 1932, Physical therapy in infantile paralysis. In: Legg, AT & Merrill JB, eds. Principles and Practice of Physical Therapy, Volume II, Mock Pemberton & Coulter, Hagerstown, p. 45.

2. Kendall, HO & Kendall FP 1949, Muscles: Testing and Function, Williams & Wilkins, Baltimore. Kendall, HO & Kendall, FP 1938, Case during recovery period of paralytic polio myelitis, US Public HealThBulletin, no.242. Kendall, HO & Kendall, FP 1946, Physical therapy for lower extremity amputation, War Department Technical Manual, Government Printing Offi ce, Washington, pp. 8–294.

4. Guyton, AC 1991, Textbook of Medical Physiology, EighThedition. WB Saunders, Philadelphia, pp. 170–184.

4. Owen, C 1937, An Endocrine Interpretation of Chapman's Refl exes, Based on Chapman and Owen's Research at the Kirksville College of Osteopathy and Surgery, privately published. Walther, DS 1981, Applied Kinesiology, Volume I: Basic Procedure and Muscle Testing, Systems DC, Pueblo, pp. 220–224.

5. Martin, RJ, ed., 1977, Dynamics of Correction of Abnormal Function from Terence Bennett Lectures, privately published, RJ Martin DC, Sierra Madre.

6. Goodheart, GJ 1981, Applied Kinesiology, FourThEdition, privately published, Detroit. Walther, DS 1981, Applied Kinesiology, Volume I: Basic Procedure and Muscle Testing, Systems DC, Pueblo, pp. 234–239.

7. Goodheart, GJ 1986, You'll Be Better: The Story of Applied Kinesiology, AK Printing, Geneva, pp.

2. Walther, DS 1988, Applied Kinesiology: Synopsis, Second Edition, Systems DC, Pueblo.

8. Gin, RH & Green, BN 1997, George Goodheart, Jr., D.C., and a history of Applied Kinesiology, Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics, Vol. 20(5), pp. 331–337.

9. Mann, F 1962, Acupuncture: The Ancient Chinese Art of Healing and How it Works Scientifi cally, Random House, New York.

10. Goodheart, GJ 1966, Chinese lessons for Chiropractic, Digest of Chiropractic Economics, Vol. 8(5), pp. 10–11.

11. Chang, ST 1976, The Complete Book of Acupuncture, Celestial Arts, Berkeley, p. 4. Xinnong, C, ed., Chinese Acupuncture and Moxibustion, Foreign Language Press, Beijing, pp. 1–2.

12. Thie, JF 1979, Touch for Health, De Voross, Marina del Rey.

14. Siegel, B 1990, Love, Medicine and Miracles, HarperCollins Publishers, New York.

14. Levy, SL & Lehr, C 1996, Your Body Can Talk, Hohm Press, Prescott, pp. 4–5.

15. Beardall, AG 1980, 'Diff erentiating the muscles of the lower back and abdomen', selected paper of the International College of Applied Kinesiology, International College of Applied Kinesiology.

16. Beardall, AG 1985, Clinical Kinesiology, Volumes I–V, Beardall, DC, Lake Oswego.

17. Beardall, AG 1982, Clinical Kinesiology, Volume III: TMJ, Hyoid Muscles and Other Cervical Muscles Including Cranial Manipulation, Beardall DC, Lake Oswego, pp. 2–4.

18. Utt, R 1997, Stress: The Nature of the Beast, Applied Physiology Publishing, Tucson, pp. 43–44. Dickson, GJ 1990, What is Kinesiology?, IHK Publishing, Melbourne, p. 58.

19. Beardall, AG 1982, Clinical Kinesiology, Volume III: TMJ, Hyoid Muscles and Other Cervical Muscles Including Cranial Manipulation, Beardall DC, Lake Oswego, pp. 2–4. Dickson, GJ 1990, What is Kinesiology?, IHK Publishing, Melbourne, pp. 58–60.

20. Walther, DS 1981, Applied Kinesiology, Volume I: Basic Procedure and Muscle Testing, Systems DC, Pueblo, pp. 1–5. Utt, R 1997, Stress: The Nature of the Beast, Applied Physiology Publishing, Tucson, pp. 23–28.

21. Krebs, CT 1997, 'The emotional control of muscle response: why your arm goes weak when you think a negative thought' in Proceedings of the FourThInternational Kinesiology Conference, Zurich.

22. Barton, J 1986, Encyclopedia of Mind and Body, Volumes I–VI and VIII, Biokinesiology Institute, Shade Cove.

24. Parker, A & Cutler-Stuart, J 1986, Switch on Your Brain, Hale & Ironmonger, Petersham. Hannaford, C 1995, Smart Moves, Great Ocean Publishers, Arlington.

24. Dennison, P & Dennison, GE 1994, Brain Gym, Teachers' Edition, Revised, Edu-Kinesthetics,Ventura. Hannaford, C 1995, Smart Moves, Great Ocean Publishers, Arlington, pp. 108–129.

25. Stokes, G & Whiteside, D 1984, One Brain: Dyslexia Learning Connection and Brain Integration, Three in One Concepts, Burbank. Stokes, G & Whiteside D 1985, Structural Neurology, Three in One Concepts, Burbank.

26. Utt, RD 1989, The Law of Five Elements, International Institute of Applied Physiology, Tuscon. Utt, RD 1985, The Seven Chi Keys, Applied Physiology Printing, Tucson.

27. Wilber, K, ed. 1982, The Holographic Paradigm and Other Paradoxes, New Science Library, Massachusetts, pp. 68–79. Talbot, M 1991, The Holographic Universe, Grafton Books, London.

Часть II

ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ ЧЕЛОВЕКА

Для понимания энергетической кинезиологии необходимо рассмотреть основные энергетические системы организма и взаимодействие этих систем, в результате которого функционирует наша физиология, действуют наши мысли и чувства, а также более высокие уровни духовного осознания. Безусловно, каждый аспект нашего опыта проявляется на всех этих уровнях. К примеру, когда вам приходит какая-либо мысль, она автоматически производит чувственное состояние, которое выражается как эмоция, а она, в свою очередь, создает определенное физиологическое состояние, способное изменить ваш мышечный тонус и даже осанку.

С точки зрения современного западного подхода, люди считаются исключительно физическими существами, обладающими физиологическими особенностями, эмоциями и мыслями, производимыми нашей сложной нервной системой.

Отмечено, что люди обладают духовными убеждениями, эти убеждения, как считается, находятся за рамками научных исследований. В противоположность этому взгляду в давних западных традициях в прошлом, а во всех восточных традициях и по сей день человек воспринимается как многомерное существо, состоящее не только из физического тела, но также и из энергетических тел, взаимопроникающих и простирающихся за границы физического тела. Такая многомерная сущность и есть Человек.

По традиции, это многомерное тело состоит из очень плотного энергетического тела, называемого *эфирным телом*, которое полностью сопряжено с нашим физическим телом. Далее, *астральное тело*, более всего подверженное влиянию эмоций и эмоциональных состояний, проникает сквозь физическое-эфирное тело и простирается за его пределы. *Ментальное тело*, на которое наибольшее воздействие оказывают наши мысли, проникает сквозь физическое тело и распространяется еще дальше за его пределы. В восточных и давних западных традициях присутствует еще более обширное энергетическое тело, называемое *каузальным* или *духовным* телом, которое, проникая сквозь физическое тело, простирается далеко за его пределы. В зависимости от каждой традиции, уровни нашего многомерного тела делятся и сгруппированы по-разному. В данном разделе мы предлагаем вашему вниманию упрощенную, но связную модель многомерных тел человека, которые собирательно называются *аурой*.

Во многих традициях считается, что эти различные тела обладают сообразной структурой, поддерживаемой различными энергетическими системами организма. В аюрведической традиции, сложившейся в Индии, первичной энергетической системой считалась *система чакры-нади*, которая проникает сквозь все тела ауры. Для сравнения, в Китае основное внимание уделялось энергетической системе эфирного тела, или *акупунктурной системе меридианов*. Жители Тибета использовали китайскую акупунктурную систему и создали свою собственную уникальную форму акупунктуры; также они использовали другую традиционную энергетическую систему, называемую *энергией восьмерок*. Энергия восьмерок — это сопряжение эфирного и последующих энергетических тел человека. В данном разделе мы более подробно разберем каждую из этих энергетических структур и систем.

Первой из этих энергетических систем, введенных в кинезиологию, стала китайская акупунктурная система меридианов. В Прикладной кинезиологии доктор Гудхарт, используя мышечный мониторинг, начал применять сигнальные точки меридианов в качестве механизма для определения системы органов и взаимосвязанных с ней мышц, задействованных в определенном дисбалансе. Специалисты Прикладной кинезиологии также предложили способ применения Закона Пяти элементов, базисных правил течения энергии по системе меридианов, через использование мышечной обратной связи, а не точек пульса, как в традиционной китайской акупунктуре.

Со временем все развивающиеся модальности кинезиологии больше фокусировались на взаимодействии мышечного мониторинга с этими различными энергетическими системами, и в них были разработаны механизмы распознавания через мышечный мониторинг стрессоров, воздействующих на эти энергетические системы.

Итак, что же такое *Энергетическая кинезиология*? Это сочетание мышечного мониторинга и различных методик для оценки традиционных энергетических систем организма. Поэтому в настоящем разделе мы предлагаем вашему вниманию краткий обзор традиционных энергетических систем, а также правил и принципов, по которым они работают. Данные знания важны для понимания представляемых впоследствии в этой книге методик и механизмов, лежащих в основе их использования.

Глава 3

ИСТОРИЧЕСКАЯ ПЕРСПЕКТИВА

Человек давно стремился понять, каким образом функционирует мир вокруг него, и в каждой культуре развился определенный взгляд или мировоззрение, в современном мире называемое *парадигмой*. Древнее мировоззрение появилось приблизительно 150 000 лет назад с появлением современного человека, *Homo sapiens*. Этот подход продолжает жить и по сей день во многих самобытных культурах, и он заключается в том, что наш мир наполнен энергией, что у всех вещей есть энергетический аспект, и не только у растений и животных, но также у земли и воздуха.

Раннее западное мировосприятие

Западное восприятие нашего мира складывалось в ходе двух стадий: раннее восприятие и современное мировоззрение. Раннее западное восприятие, как и восточное, было во многом феноменологическим и основывалось на наблюдении природного мира. Наши предки прекрасно понимали, что мир полон сил, производящих действия, и что особая жизненная сила оживляет живые организмы, отсюда и возник термин *анимизм*.

Однако в западном мировоззрении человек всегда выделялся и даже в некоторой степени отделялся от других животных и растений, поскольку только он обладал навыком коммуникации с помощью речи и мог осознавать себя, таким образом будучи способным контролировать окружающую его среду так, как никакой из других живых организмов не имел способности. И, что важнее всего, он способен иметь личные взаимоотношения с высшей силой, или силами, контролирующими его и весь мир.

Изначально в западном мировоззрении существовало множество богов с относительно человеческими личностями, но обладающих сверхчеловеческими силами; человечество должно было их умилостивить, чтобы не испытать на себе гнев этих зачастую мстительных и гневных богов, таящихся в невидимом мире. У этих богов была своя иерархия — во главе обычно стоял верховный бог, более могущественный, чем остальные. У греков таким высшим богом был Зевс, а у римлян — Юпитер. Этот мир считался по большей части таинственным, населенным невидимыми силами, управлявшими человечеством. В Европе и на Ближнем Востоке такие политеистические взгляды уступили место монотеистическим после жизни Иисуса Христа и, позднее, Мухаммеда.

Размышления о природе мира и месте Человека в нем древние греки превратили в науку — *философию*. И вся последующая западная мысль основывалась на работе этих ранних греческих философов и их дедуктивном мыслительном процессе. Одним из самых известных философов являлся Платон, и платонизм господствовал с древности вплоть до раннего Возрождения. Основное убеждение платонизма заключалось в том, что мир

формы, материальный мир пяти органов чувств является неточным материальным воплощением идеальных форм, или *плат*, существующих в нематериальном и вневременном измерении.

Нематериальные платы в теории Платона являются источником *реальных* вещей в нашем мире, поскольку форма материальных объектов зависит от информации, содержащейся в платах, и физический объект есть не что иное, как лишь несовершенная их копия. Если пользоваться современными терминами, то можно сказать, что платы представляют собой энергетический шаблон, на основе которого создается физический объект или вещь.

Более поздний современник Платона, великий целитель и философ Гиппократ развил в древнем мире теорию витализма до наивысшей его формы. Школа Гиппократа полагала, что исцеление происходит от естественных адаптивных сил организма, *физиса*. С точки зрения Гиппократа, физис воспринимался как целительная сила или самовосстанавливающаяся сила организма, которая, «хотя и необученная и невразумленная, творит должное для сохранения совершенного равновесия». Слово «врач» произошло именно от физиса, и, с точки зрения Гиппократа, врач является хранителем физиса, его роль — во многом поддерживающая: «Не правитель или осквернитель природы, но он готов поддержать целительную силу, присущую самому организму».[1]

В более поздних школах западной мысли физис назывался живительной, жизненной энергией, то есть подчеркивалась его роль как свойства, необходимого для жизни. Состояние здоровья поддерживается и сохраняется в том случае, если имеется достаточно физиса или жизненной энергии. Причиной нездоровья становится, в первую очередь, ослабленный приток этой важной субстанции. И снова нематериальный, энергетический физис оказывался энергетическим шаблоном, необходимым для поддержания физиологического здоровья, а блокада этой «телесной энергии» была главной причиной нездоровья.

Раннее восточное мировосприятие

На Востоке мировоззрение также было феноменологическим и основывалось на наблюдениях, но мир рассматривался с более интуитивной, целостной точки зрения. Как и на Западе, на Востоке считали, что человек окружен таинственными силами, контролирующими жизнь людей, и, как и на Западе, эти силы обычно возвышались до мифического статуса богов. С возникновением комбинированного китайского общества император обожествлялся и считался земным представителем высшей силы, обладающим властью над всеми людьми. Тем не менее, такая вера не была монотеистической, как на Западе, а являлась единой космологией, в которой человек играл важную роль, но не был отделен от остального мира, а, скорее, отражал мир. Это четко выражено в древней китайской поговорке: «В макрокосме — микрокосм, а в микрокосме — макрокосм».

На Востоке мир воспринимался как наполненный энергией, но эта энергия простирается и на само человечество, и, по сути, именно эти потоки энергии, проходящие через физическое тело, поддерживают физическую структуру и функцию. И, по аналогии с Западом, именно эти энергетические потоки поддерживают здоровье, и именно их необходимо балансировать, когда приходит болезнь. Болезнь в этой модели рассматривалась как результат нарушения энергетических потоков неизвестными силами, но приписываемыми порочным энергиям и демонам.

Существовало две великие восточные традиции — йогическая система, основанная на течении пранической энергии по системе чакры-нади, и потоки энергии ци по системе акупунктурных меридианов, — которые вместе контролировали то, что мы сейчас на Западе называем *физиологическим гомеостазом*. В восточной философии мир пяти органов чувств не считался первичным и основным, как на Западе, а, скорее, иллюзией, созданной нашими чувствами, в то время как первичный мир был представлен потоками энергии, проявлявшимися в физической материи, которую мы видим и ощущаем, и в физиологии живых организмов.

Следовательно, когда физиология нарушена, как показано шаблонами дисгармонии, прежде всего необходимо выяснить, где блокирована энергия, лежащая в основе этих шаблонов. Затем для снятия этих блокад использовались методики, задействующие травы и продукты питания, а также непосредственное энергетическое воздействие. Когда энергетический блок снят, энергетические потоки, поддерживающие нормальную функцию гармонии, как в модели Гиппократа, восстанавливаются естественным образом.

Следовательно, основа как восточного, так и западного раннего мировоззрения относительно человека и Вселенной заключалась в том, что физический мир наших органов чувств проявляется благодаря невидимым энергиям Вселенной, и, проявившись как материя, они следуют природным законам в отношении структуры и функции. Человеческое тело следует этим природным законам, контролирующим проявление материи лежащих в основе энергетических систем. Болезнь случается тогда, когда эти проявляющиеся энергии блокированы, а излечение в этих моделях происходит через устранение таких блокад, что позволяет энергиям течь в соответствии с законами природы, которые, «хотя и необученные и невразумленные, творят должное для сохранения совершенного равновесия».

Основное различие между восточным и ранним западным восприятием человека во Вселенной заключалось в различных положениях человека по отношению ко Вселенной и в роли человека во Вселенной, что базировалось на определении места человека в теологии и космологии. На Востоке толкование феноменологических наблюдений основывалось на индуктивном мышлении по моделям гармонии и симметрии, согласно которым человек крепко встроен в структуру Вселенной. Но человек также отражает структуру Вселенной и находится под контролем законов природы, которые руководят Вселенной. Такой восточный взгляд, хотя и не аналитический, был не менее логичным, чем западный, поскольку полно-

стью базировался на правилах и был внутренне непротиворечивым.

С космологической перспективы Востока, человек рассматривался как составная единица, состоящая одновременно из нематериального духа и разума и его материального проявления — физического тела, связанных друг с другом постоянными потоками энергии в системе тело — разум — дух. Болезнь, таким образом, воспринималась как искажение или блокировка потоков энергий, связывающих тело с разумом и духом, поэтому излечение наилучшим образом достигалось через восстановление этих потоков энергий и их возвращение к изначальным гармоничным шаблонам.

Развитие современного западного взгляда

Для сравнения, со времен древних греков до наших дней изначальные феноменологические наблюдения за нашей Вселенной на Западе оценивались с точки зрения дедуктивного мышления, чтобы понять, каким образом законы природы действуют при создании того мира и той Вселенной, что мы видим вокруг себя. Поэтому доминирующее восприятие Вселенной и того, каким образом наш мир содержится внутри нее, основывалось на логике. На основании этой дедуктивной линейной перспективы мир следует математическим правилам и законам, которые могут объяснить не только, как он работает, но и также предсказывать то, что еще ненаблюдаемо или неизвестно.

В то же самое время, нематериальный разум рассматривался отдельно от материального, физического тела, то есть позволяя разделять тело на части, чтобы понять его с дедуктивного взгляда на более мелкие части, составляющие единое целое. Болезнь все более воспринималась как состояние, причиной которого являлись особые опознаваемые болезнетворные организмы, которые мы сегодня называем микробами (бактерии и вирусы), или физические нарушения микросистем, составляющих человеческое тело. Излечение происходило в результате применения средств, считавшихся логическими и рациональными на основании действовавшей медицинской модели.

С западной теологической точки зрения, человек был сотворен отдельно от Вселенной его личным творцом. Следовательно, предназначение человека — править миром, созданным для него, и контролировать не только свою судьбу, но и судьбу окружающего его мира. С разделением разума и тела в конце Средневековья нематериальные разум и душа стали промыслом организованных религий, а тело стало промыслом физических наук.

Между XIII и XV веками научные дедуктивные принципы стали все больше применяться к пониманию мира. К XVII–XVIII веку, в результате применения развивающихся наук физики и математики к решению практических задач началась промышленная революция. Технология и наука все более применялись для решения физических задач выращивания и сбора урожая и для производства материальных благ, а также для транспортировки продуктов питания и товаров на рынки, находящиеся на большом расстоянии от места производства.

Табл. 3.1. Обзор различных картин мира: парадигмы Человека и вселенной*

	Ранние западные воззрения (~5000 г. до н. э. — 1200 г. н. э.)	Восточное понимание (~5000 г. до н. э. — настоящее время)	Современное западное понимание (~1200 г. н. э. — начало 1900 г. н. э.)
Парадигма мировосприятия	Феноменологический взгляд, основанный на наблюдении, с тенденцией видеть мир с более логической, причинно обусловленной точки зрения. Человек рассматривается отдельно от других живых существ, имеет взаимоотношения с личными богами. Живая сила оживляет живых существ — анимизм или витализм. Взгляд греческих философов основан на принципах идеальных форм и потоков физиса или живительной энергии. Этот взгляд появился в 500—400 гг. до н. э. и закрепился в работах Платона, Аристотеля, Гиппократа и Демокрита в период между 400 г. и 100 г. до н. э. В западных странах учение Платона и Гиппократа определяло доминирующее мировосприятие вплоть до эпохи Возрождения.	Феноменологический взгляд, основанный на наблюдении, с тенденцией видеть мир с более интуитивной, холистической точки зрения. Космологическая модель отражена в Человеке: «В макрокосме — микрокосм». • Йогическая теория: основана на потоках праны (космической энергии) из воздуха. Этот взгляд сформировался в период между 5000 г. — 1500 г. до н. э. и закрепился в сутрах Патанджали примерно к 1500 г. до н. э. • Китайская теория: основана на потоках ци, шен и цзин из космической энергии. Этот взгляд возник в период между 3000 г. и 300 г. до н. э. и закрепился в Нэй Цзин между 100 г. до н. э. и 100 г. н. э.	Основано на наблюдаемых физических объектах и их свойствах. Считается, что мир возник только из физической материи и не включает никаких энергетических составляющих. Живые организмы, включая Человека, являются только продолжением этих физических измерений, и поддержание жизни обеспечивается благодаря биохимическим системам. Развитие этого взгляда началось в период Возрождения и эволюции научного метода. На основании повторных наблюдений ограниченного числа факторов (редукционизм) были разработаны описанные в математике модели, и, исходя из этих моделей, делались прогнозы относительно будущих результатов (с помощью математики). Когда итог совпадает с прогнозом, модель верна.
Основа парадигмы	Существуют нефизические и ментальные формы, идеальные формы, которые являются абсолютной и вечной реальностью, а явления сего мира — лишь несовершенные и временные ее отражения.	Данные древние модели физического мира, проявляющегося из сознания, подтверждались посредством индуктивного размышления от целого к пониманию частей. Такая система качественных стандартов сохранялась на востоке в прошлом веке и пережила возрождение в нашем веке.	Основывается на атомистической теории Демокрита, которая заключается в том, что существуют только физические атомы и пустое пространство. Физические науки развивались согласно дедуктивным правилам и принципам рационального мышления, с использованием точных измерений для понимания того, каким образом из частей составилось целое.

Происхождение материального мира	Теория Платона: материальный мир берет начало от идеальных форм, существующих только в нематериальном мире, но проявляющихся в материальном мире в виде несовершенных копий.	Материальный мир — это майя (йогическая теория) или иллюзия (дзэн) и воплощается из энергетических шаблонов. Йогическая теория: материальный мир происходит из чистого сознания или Логоса в виде монад, которые затем проявляются в виде материи. Учение дзэн: материальный мир происходит из отсутствия формы (чистый светлый разум) и из взаимодействия двух великих противоположностей — инь и ян, следующих закону пяти элементов, воплощающих и поддерживающих физическую материю.	Теория Демокрита: существуют только мельчайшие неделимые единицы физической материи в форме атомов и пустое пространство. В период Возрождения эта идея приобрела популярность, затмив теорию Платона, доминировавшую со времен Древней Греции. Теория Ньютона: описывает чувственный мир «реальной» физической материи, который следует базовым ньютоновским линейным и логическим законам движения и притяжения. В конце XVII века сформулировал три закона механики.
Философия здоровья и исцеления	Физический мир рассматривался как отображение нематериальных энергетических шаблонов, при этом состояние тела поддерживается за счет потока физиса. Физис считался целительной силой или силой саморегуляции самого тела, которое, «хотя и ненаученное и ненаставленное, совершает, что надлежит, для сохранения совершенного равновесия». От греческого корня *физис* происходит слово *врач*. Достаточное количество физиса или живой энергии поддерживает состояние здоровья. Неполноценное здоровье является следствием недостаточности этой важнейшей составляющей.	Физическое тело рассматривалось как воплощение глубинных потоков энергии, структурирующих и поддерживающих целостность тела, его гомеостатическую функцию. Йогическая теория: прана течет по системе чакр-нади, поддерживая гомеостаз посредством контроля эндокринной системы и автономной нервной системы. Китайская теория: ци течет по акупрессурно-акупунктурной системе и обеспечивает гомеостаз, контролируя системы органов и эндокринную и автономную нервную системы. Поддержание здоровья обеспечивается за счет распределения питающей ци или праны по энергетическим системам.	Вера только в трехмерный мир наших органов чувств. Все основывается на атомах, электронах и пространстве, которое является пустым вакуумом. Здоровье и болезнь связаны только с физической анатомией и физиологией, а также с наличием или отсутствием болезнетворных форм. В случае наличия болезнетворных форм при возникновении и лечении болезни учитываются только физические элементы.

* Древнее мировосприятие, берущее начало примерно 150 000 лет назад с появлением современного человека, Homo sapiens, и до сих пор сохраняющееся во многих самобытных туземных культурах, заключается в том, что мир живой и наполнен энергией: все имеет энергетическую составляющую, не только растения и животные, но также воздух и земля. На протяжении примерно 700–800 лет преобладало современное западное понимание, однако, с началом 20 века — под влиянием теории относительности и квантовой механики — западная точка зрения начинает меняться.

Затем, в 1687 году, Исааку Ньютону, равно как и Копернику, Кеплеру и другим великим людям незадолго до него, пришло откровение: Вселенная управляется несколькими физическими, механическими и математическими законами. При таких достижениях ранний западный взгляд уступил место развивающемуся современному западному восприятию мира и Вселенной, в которых мы живем.

Этот новый взгляд стоял на двух столпах: первый — человек может раскрыть секреты Вселенной, потому что они были заложены авторитетным и всемогущим Богом, чье совершенное творение ждало того момента, когда человек раскроет законы, управляющие этим творением, включая самого человека; и второй — творец дал человеку рациональный разум и науки для понимания Вселенной. Это и есть привитая огромная уверенность в том, что все имеет рациональный смысл, что все должно совмещаться и что все может быть доказано и улучшено наукой.

Почему этот взгляд столь быстро укоренился на Западе? Причина именно в христианстве, поскольку оно дало человеку рационального Бога, сотворившего понятную Вселенную и даровавшего человеку способность понимать Его законы природы, в отличие от других религий в других частях мира, где не было последовательного и рационального творца и Вселенная оставалась необъяснимой и непредсказуемой. На протяжении последующих двух веков, на основании открытий Ньютона и дальнейшего развития современной науки, современное западное научное восприятие Вселенной развилось до такой степени, что к концу XIX столетия физики заявляли, что никаких открытий уже не осталось и все, что можно было сделать, так это лишь доработать детали.

Такая самоуверенность в отношении понимания человеком Вселенной ярко проявилась в начале XX века, сначала с возникновением и математическим подтверждением теории относительности Эйнштейна, странными и подчас невразумительными прогнозами о поведении Вселенной на макроуровне, а затем и с развитием квантовой механики, которая описывала еще менее понятный микроуровень, в котором действовали таинственные гипотетические субатомные частицы и царили неизвестность

и случай. Высокорациональная и понятная, точная Вселенная Ньютона была заменена Вселенной более странной, чем мы думаем, даже более странной, чем мы могли бы подумать![2]

В Таблице 3.1 кратко изложено развитие восприятия и понимания человеком себя и Вселенной, в которой он живет. Интересно отметить, что и восточный взгляд, и западные взгляды произошли от единого примитивного мироощущения, в котором мир был полон невидимых сил во Вселенной, одновременно непредсказуемой и непостижимой. Также в них схожим образом представлялась структура мира: первое — физический мир проявляется из нематериальных энергетических шаблонов, представляющих собой совершенную форму вещей; второе — гармоничное функционирование человека происходит в результате энергетических потоков, следующих природным законам, а нарушения этих энергетических потоков приводят к заболеваниям и физиологической дисфункции, которая может быть устранена через восстановление этих потоков; и третье — человеческое сознание и намерение являются важными составляющими при воздействии на эти целительные потоки энергии и их восстановление.

Начиная с развития западной науки и математики в конце средних веков, современное западное мировоззрение, регулируемое рациональными законами и моделями, предсказывающими, как функционирует мир, быстро вытеснило ранний западный взгляд на человека как энергетическое существо, поддерживаемое потоками нематериальной энергии и внутренней мудростью тела. Его место занял человек — физическое, механическое существо с измеряемыми физиологическими параметрами, исправлять нарушение которых следовало извне и, с точки зрения современной медицины, с помощью лекарств и механических хирургических вмешательств. Что любопытно, современное квантовое восприятие сил и работы Вселенной начинает все более походить на изначальный восточный взгляд, только для его выражения используются другие слова и выражения. Главное различие заключается в том, что квантовый взгляд основан на западных математических моделях, протестированных экспериментально, а не на более интуитивных моделях «знания», возникших на Востоке.

Литература

1. Maxwell, H & Selwyn, S 1947, A History of Medicine, Alfred A. Knopf, New York, p. 178.

2. Heisenberg, W 1975, Across the Frontiers, Harper & Row, New York.

Глава 4

УРОВНИ АУРЫ И НАШЕ МНОГОМЕРНОЕ ТЕЛО

Физическое тело

Тогда как физическое тело очевидно для наших физических органов чувств, поскольку его можно увидеть, ощутить его запах, к нему можем прикоснуться как мы сами, так и другие, то тонкие тела, создающие уровни нашей ауры, не определяются пятью нашими физическими органами чувств. Тем не менее, можно измерить многие едва заметные эффекты, которые, как представляется, не имеют никакого физического источника, такие как исцеляющая энергия рук целителя или мгновенная сверхъестественная передача мыслей от одного человека другому.

Как только мы включаем тонкие тела человека в его физическое тело, мы начинаем видеть многомерное существо. В то время как на Западе признают наличие только физического тела, на Востоке тонким телам, связанным с физическим, были даны очень хорошие определения.[1]

На Востоке считается, что люди обладают физическим телом, которое окружено, по меньшей мере, четырьмя тонкими телами, через него проникающими.[2] Другие тонкие тела существуют на других частотах тонких вибраций. К примеру, электромагнитное излучение существует в спектре частот от микроволн до гамма-лучей, магнитоэлектрическое излучение также существует в большом спектре вибраций — от самых низких вибраций эфирного тела до самых высоких каузального или духовного тела. Приведем аналогию. Представьте клавиши пианино с низкой нотой «до», средней нотой «до» и высокой нотой «до»; все ноты — «до», но каждая — различной частоты. Если сильно ударить по высокой «до», нижняя тоже будет вибрировать из-за частотного резонанса. Но если измерять энергию вибрации на низкой частоте ноты «до», то

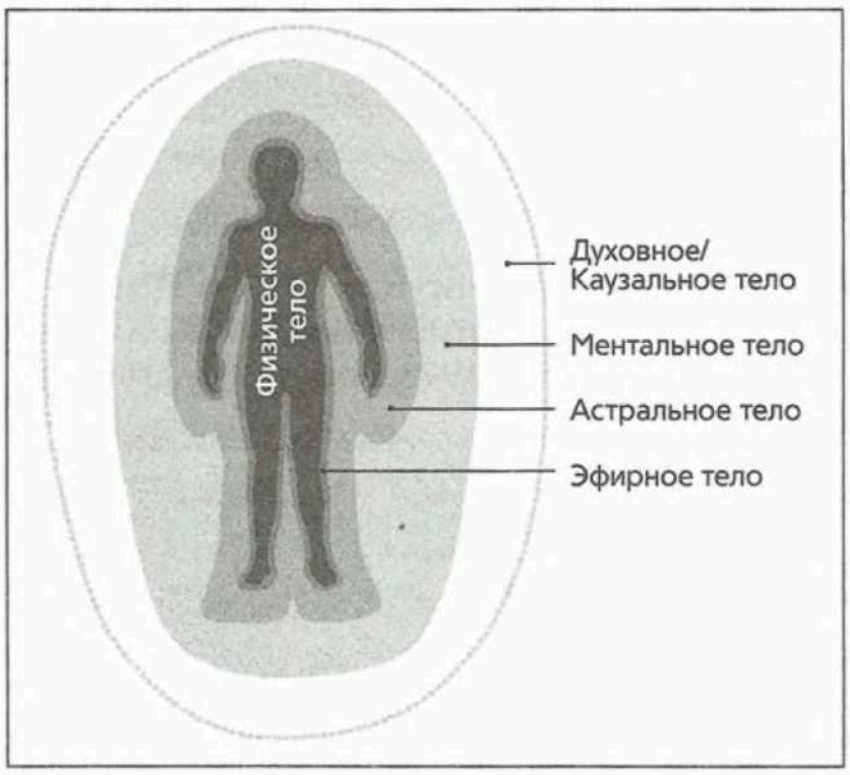


Рис. 4.1. Многомерное человеческое тело. Через физическое тело человека проходят и распространяются за его пределы несколько тонких энергетических тел. Эфирное тело прилегает к физическому телу как перчатка, а астральное тело распространяется далеко за пределы эфирного, но обладает менее отчетливой формой, а ментальное и духовное тела становятся овальными полями, окружающими другие тонкие тела.

можно ощутить лишь небольшой объем энергии, изначально вложенной в высокую «до».

На рисунке 4.1 изображено четыре основных тонких тела за пределами физического. Следует признать, что эта иллюстрация весьма упрощенная, поскольку каждое из тонких тел может иметь свои уровни с особенными уникальными свойствами. Также обратите внимание, что в то время как каждый уровень распространяется дальше предыдущего, он не существует просто как уровень вокруг тела, а, скорее, проникает сквозь все нижележащие уровни и простирается дальше от физического тела, чем предыдущее тонкое тело.

Эфирное тело

Эфирное тело, проходящее сквозь физическое тело и прилегающее к нему как перчатка, является самым плотным из всех тонких тел. [3] Эфирное тело — это область действия акупунктурной системы меридианов и тонкое тело, наиболее прямо сообщающееся с физическим телом. Именно в акупунктурной системе преобразуются (меняют форму) магнитоэлектрические энергетические потоки, такие как ци, превращаясь в электромагнитную энергию физического тела. Так создается первичная граница взаимодействия между электромагнитными потоками физического тела и тонкими энергетическими потоками других тонких тел. Тогда как акупунктурные точки обладают реальными электрическими свойствами, они также являются порталами и регуляторами потока живительной энергии ци в эфирном теле.

Астральное тело

Астральное тело, проходящее сквозь физическое тело и распространяющееся за пределы эфирного тела, является сферой действия эмоций. [4] Тонкая материя астрального тела вибрирует на более высокой частоте, чем эфирное тело, и на уровне этих частот «подобное притягивается подобным». Замечали ли вы когда-нибудь, что если вы разозлились, то ваш гнев притягивает еще больше гнева, и если вы радуетесь, то вы замечаете больше радости вокруг себя? Такая эмоционально притягивающая тенденция является основой многих известных утверждений, таких как «беда не приходит одна», «великие умы мыслят одинаково». Противоположности притягиваются только на физическом уровне.

На уровне астральной материи эмоции существуют как вибрационные шаблоны, которые затем предлагаются к взаимодействию с мозгом. Считается, что это происходит через преобразование в электромагнитно-электрохимическую энергию нервной проводимости в центрах жизнеобеспечения мозга, околожелудочковом центре выживания и мозжечковой миндалине, которая является центром эмоционального контроля нашего выживания и подсознательной обработки информации.

Традиционные йогические тексты и Декарт предполагали, что эпифиз мозга является главным местом, где происходит преобразование наших мыслей. Называются именно эти области, поскольку миндалевидное тело является эмоциональным центром, контролирующим наши подсознательные эмоции, а эпифиз выделяет гормоны, управляющие нашим настроением и физиологией.[5]

Эти эмоции затем становятся физическими чувствами через посредство нервных сигналов из миндалевидного тела в гипоталамус, управляющий вегетативной нервной системой, и гипофиз, главную железу эндокринной системы. Иными словами, чувства представляют собой познание физическим телом того, что, в реальности, является вибрационной моделью тонкого тела в астральном теле.

Ментальное тело

Ментальное тело, проходящее сквозь физическое тело и распространяющееся за пределы астрального тела, состоящее из более высоких по частоте и более тонких вибрационных энергий, является сферой мыслей.[6] Именно здесь проявляется *я* или *эго*, именно здесь выражается наш реальный интеллект. Интеллект — это способность выводить абстракции о физической реальности и принимать решения. Слово *интеллект* само по себе означает «выбор».

Как и другие тонкие тела, ментальное тело обладает несколькими уровнями. Нижнее ментальное тело занимается ментальными образами, полученными через прямое сенсорное восприятие, и аналитически мыслит о реальных объектах. Высшее ментальное тело занимается более абстрактными образами и концептами, зачастую связанными с другими мыслями. Эта сфера посвящена высшему абстрактному мышлению и концептуализации.

Тогда как астральное тело производит эмоции, ментальное тело создает мысли в виде вибрационных моделей, которые можно назвать *мысленными формами*. Эти мысленные формы могут создавать шаблоны в астральном теле, которые затем могут быть преобразованы в нейронную активность, которая переживается как чувство: «Мне только что пришла в голову очень приятная мысль». Точно так же неприятные мысли могут создавать неприятные чувства.

Таким образом, посредством мысленных форм нижнее ментальное тело может создавать и передавать конкретные идеи в мозг для выражения и проявления. Эти идеи затем могут превратиться в действия, поскольку области мозга, отвечающие за движения, активируются сознательным намерением. Таким же образом высшее ментальное тело, посредством контакта с вашим духовным телом, может создавать абстракции, такие как трансцендентное я и непосредственное исцеляющее намерение в отношении другого человека, но они остаются высоко субъективными и внутренними состояниями.

Также на уровне высшего ментального тела мы можем обратиться к нашим трансцендентным эмоциям и выразить их: принятие, сострадание, эмпатию, расположение, а также высшие и самые трансцендентные эмоции — безусловную любовь и прощение.

Мы называем эти эмоции *трансцендентными*, потому что, для того чтобы обратиться к ним, нам необходимо выйти за пределы своего эго. На уровне нижнего разума человек воспринимает себя как отдельное *я* или *эго*. Это эго никогда не может отказаться от своих нужд в пользу нужд другого; потребности

нашего эго всегда намного важнее, чем потребности другого человека. С высоты своего эго мы никогда не можем простить, потому что «они» поступили с нами нечестно и должны за это заплатить; месть и желание расквитаться всегда берут верх над принятием и искренним прощением. Но, с точки зрения нашего высшего я, мы можем по-настоящему простить другого человека, вне зависимости от того, что он нам сделал, через доступ к высшему разуму и безусловной любви. В истинном искреннем прощении — свобода.

Уильям Тиллер, почетный профессор Стэнфордского университета, вместе с коллегами провел ряд любопытных экспериментов и показал, что, используя лишь намерение, люди могут изменить свой физический мир измеряемым образом. К примеру, их намерение может повышать или понижать кислотность воды на целую единицу pH или на один фактор из десяти, причем делать это регулярно со значительной статистической значимостью. Направленное намерение может также повышать и понижать скорость ферментативных реакций или повышать и понижать темпы развития личинки плодовой мушки, опять же со значительной статистической значимостью.[7]

Исследования, проведенные Институтом математики сердца и Уильямом Тиллером, показали, что, используя высшее ментальное тело для направления мыслей о любви и сострадании, сердце активизирует нервный путь, «замыкающий» сердечный ритм, дыхательный ритм и мозговые волны в модель, схожую с медитацией. Это действие значительно изменяет физиологию тела, понижая уровень кортизола, гормона стресса, и в целом расслабляя тело.[7]

Линда Руссек и Гари Шварц из Университета Аризоны также показали, что при простом фокусировании любви и сострадания на другом человеке электрокардиограмма отправителя появляется в электроэнцефалограмме получателя, даже несмотря на то, что они сидели на расстоянии двух метров друг от друга без какого-либо физического контакта.[9] Все эти эксперименты и методики требуют фокусировки сознательного намерения, активации высшего ментального тела, по восточной философии, для получения таких результатов, которые не поддаются объяснениям в современной западной научной парадигме.

Каузальное или духовное тело

Каузальное или духовное тело, проходящее сквозь физическое тело и распространяющееся за пределы ментального тела, состоит из наиболее высоких по частоте и более тонких вибрационных энергий.[10] Это сфера духа, высшего я и нашей связи с Богом, чем бы он для нас ни был. Это тело занимается сущностью вещей и истинными причинами, лежащими в основе иллюзии внешности. Здесь покоится трансцендентное сознание. Отсюда происходит *воля*, и появляется сила добиваться целей в жизни. В эзотерических традициях воля берет начало из очень высокого уровня каузального тела. При задействовании она производит преобразование в мысленные

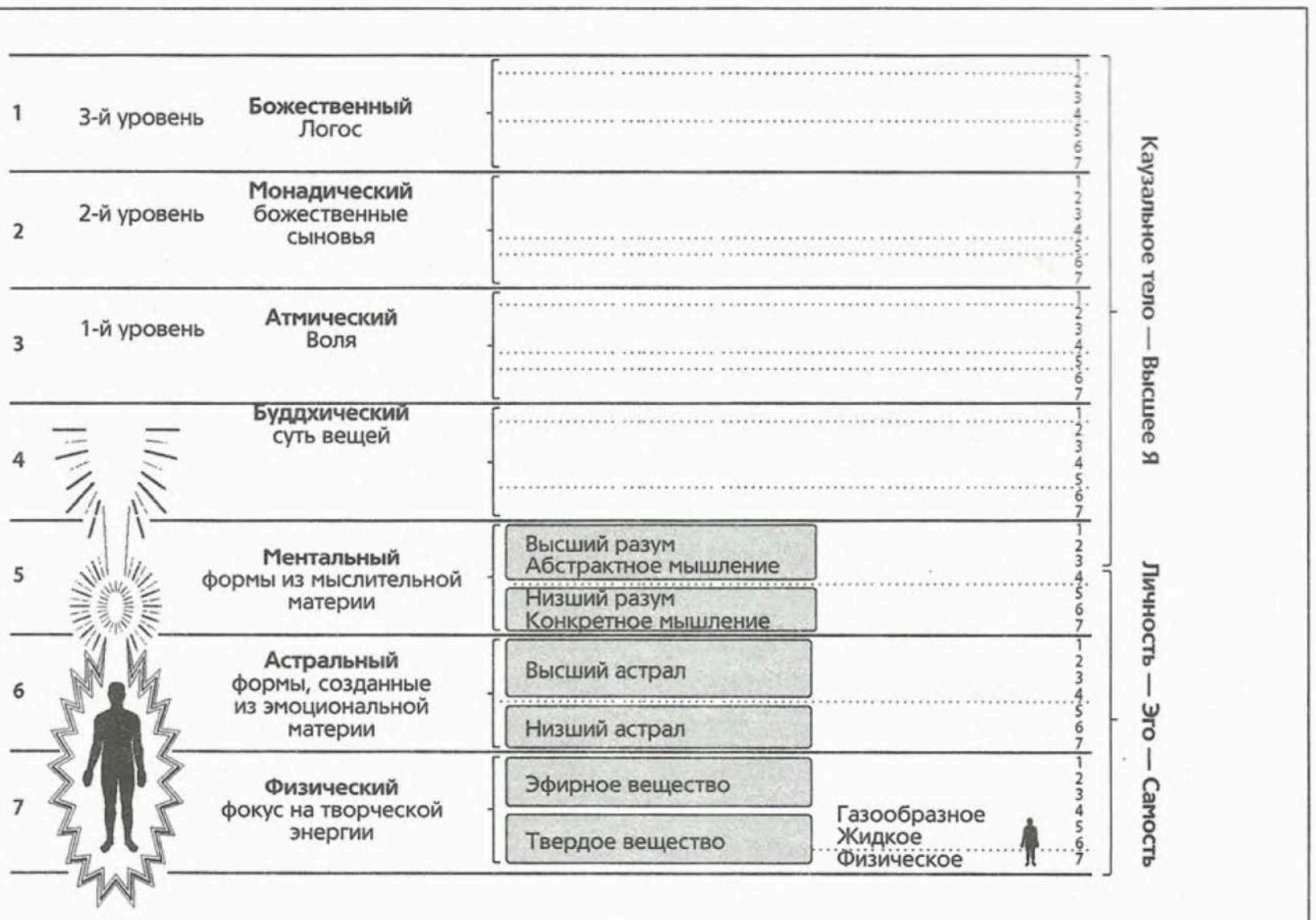


Рис. 4.2. **Уровни Человека.** Если рассматривать уровни ауры как вертикальный столб, то становится очевидно, что физическое тело представляет собой лишь малую часть того, чем мы являемся. В традиционных восточных системах физическое и эфирное тела считаются нашей бренной оболочкой, к которой прикреплены другие вневременные тонкие тела. Сознание может выражаться либо посредством нижнего разума чувственного восприятия и интеллекта, сферы нашей личности, либо через высший разум абстрактности и концептуализации, заключающий в себе наше высшее я.

формы действия, которые разум затем использует для активации физического тела: «Да исполнится воля твоя».

Также это сфера посвящения, закрепления связи с вселенским сознанием, которое некоторые называют Богом. На уровне ментального тела проявляется «я». На уровне каузального тела проявляется душа, и упраздняются ограничения физического времени и пространства.

Одна из причин, по которой йоги назвали духовное тело *каузальным*, заключается в том, что, с их точки зрения, многое из того, что происходит в физическом теле, берет начало в этом теле, поэтому оно — истинная причина (кауза) всего испытываемого и переживаемого. Преобразование цели нашей души производит мысленные формы, которые, в свою очередь, производят астральные состояния эмоций, создающие эфирные модели ци и пранические потоки, которые затем преобразуются в физиологические состояния наших физических тел.

Многие люди верят, что, когда мы сонастроены с целью нашей души, наша жизнь течет более гармонично и наши тело и разум более здоровы. Подобным образом, *реальная* причина физического недомогания и болезней с высшей перспективы — это блокировка потоков ци и праны, которая происходит в результате того, что мы не следуем цели нашей души, а это вызывает расстройство нашего ментального, эмоционального и физического тела.

Метафизический и физический миры

Границы физического мира и нижний разум

С точки зрения нижнего разума, который вмещает интеллект, все существующее — это то, что воспринимают наши пять органов чувств, а также то, что может быть измерено электронными приборами. Также в нем располагается эго или восприятие, заключающееся в следующем: «Я отделен от мира и нуждаюсь в выживании в этом отделенном мире».

Физиологически нижний разум соединен с нашими реакциями выживания «борьба-бегство», которые продуцируются и контролируются страхом. Когда человек отрицает, что все, за исключением физического мира, по-настоящему существует, то он действует, только исходя из нижнего разума. Хотя те же самые люди, будучи учеными, могут раскрывать в себе великую способность использовать абстракцию и концептуализацию (свойства высшего разума), они не имеют доступа к высшим способностям высшего разума, который действует как посредник с каузальным или духовным телом и с содержащейся в нем информацией (см. рис. 4.2).

Неразрывность метафизического мира и высшего разума

Чтобы преодолеть ограничения физического мира, нам необходимо задействовать высшие уровни высшего разума, который затем обращается непосредственно к нашему духовному телу и всей содержащейся в нем информации. Именно через взаимосвязь с высшим разумом дух, душа и божественное могут проявиться в нашем сознании (см. рис. 4.2).

Через высший разум каждый человек получает доступ, прежде всего, к воле — одной из первичных энергий. Воля активируется сознательным намерением, но появляется вне физического тела, хотя и побуждает его идти за пределы привычных физических границ. Вторая энергия — сострадание, когда мы искренне, от всего сердца сочувствуем другому человеку или животному. А самая значительная энергия — это, разумеется, любовь, когда становится возможным истинное слияние с другим человеком и даже своей Вселенной, и разделение исчезает.

Только через портал высшего разума можем мы скрепить прямую, личную связь с нашей божественной природой и испытать духовную запредельность, в которой исчезает всякое ощущение отделенности и вместо него приходит ощущение единства, неразрывности со Вселенной. Это — вневременное пространство Дзен и конечная точка всех систем медитации, где «все суть одно» и видимость разделения исчезает.

Литература

1. Lockhart, M 2010, The Subtle Energy Body: The Complete Guide, Inner Traditions, Vermont.

2. Gerber, R 1996, Vibrational Medicine, Bear, Santa Fe. Brennan, BA 1988, Hands of Light: A Guide to Healing Through the Human Energy Field, Bantam Books, New York. Bailey, AA 1953, Esoteric Healing, Lucis, New York. Saraydarian, T 1981, The Psyche and Psychism (2 Volume Set), Aquarian Educational Group, Cave Creek. Tiller, WA 1997, Science and Human Transformation: Subtle Energies, Intentionality and Consciousness, Pavior, Walnut Creek. Swanson, C 2010, Life Force, The Scientifi c Basis, Poseidia Press, Tucson.

3. Gerber, R 1996, Vibrational Medicine, Bear, Santa Fe. Brennan, BA 1988, Hands of Light: A Guide to Healing Through the Human Energy Field, Bantam Books, New York. Bailey, AA 1953, Esoteric Healing, Lucis, New York. Saraydarian, T 1981, The Psyche and Psychism (2 Volume Set), Aquarian Educational Group, Cave Creek. Tiller, WA 1997, Science and Human Transformation: Subtle Energies, Intentionality and Consciousness, Pavior, Walnut Creek. Swanson, C 2010, Life Force, The Scientifi c Basis, Poseidia Press, Tucson. Powell, AE 1997, The Etheric Double, Theosophical Publishing House–Quest Books, Wheaton.

4. Gerber, R 1996, Vibrational Medicine, Bear, Santa Fe. Brennan, BA 1988, Hands of Light: A Guide to Healing Through the Human Energy Field, Bantam Books, New York. Bailey, AA 1953, Esoteric Healing, Lucis, New York. Saraydarian, T 1981, The Psyche and Psychism (2 Volume Set), Aquarian Educational Group, Cave Creek. Tiller, WA 1997, Science and Human Transformation: Subtle Energies, Intentionality and Consciousness, Pavior, Walnut Creek. Swanson, C 2010, Life Force, The Scientifi c Basis, Poseidia Press, Tucson. Powell, AE 1996, The Astral Body, Theosophical Publishing House–Quest Books, Wheaton.

5. LeDoux, J 1996, The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life, Simon & Schuster, New York. Tortora, GJ & Grabowski, SR 1996, Principles of Anatomy and Physiology, EighThEdition, Harper Collins, New York. Pert, CB 1997, Molecules of Emotion: Why You Feel the Way You Feel, Scribner, New York.

6. Gerber, R 1996, Vibrational Medicine, Bear, Santa Fe. Brennan, BA 1988, Hands of Light: A Guide to Healing Through the Human Energy Field, Bantam Books, New York. Bailey, AA 1953, Esoteric Healing, Lucis, New York. Saraydarian, T 1981, The Psyche and Psychism (2 Volume Set), Aquarian Educational Group, Cave Creek. Tiller, WA 1997, Science and Human Transformation: Subtle Energies, Intentionality and Consciousness, Pavior, Walnut Creek. Swanson, C 2010, Life Force, The Scientifi c Basis, Poseidia Press, Tucson. Powell, AE 2004, The Mental Body, Theosophical Publishing House, Wheaton.

7. Tiller, WA, Dibble, WE & Kohane, MJ 2001, Conscious Acts of Creation, Pavior, Walnut Creek.

8. Childre, DL & Martin, H 2000, The Heartmath Solution, Harper Collins, New York. Tiller, WA 1997, Science and Human Transformation: Subtle Energies, Intentionality and Consciousness, Pavior, Walnut Creek.

9. Schwartz, GE & Russek, LG 1999, Living Energy Universe: A Fundamental Discovery that Transforms Science and Medicine, Hampton Roads, Charlottesville.

10. Gerber, R 1996, Vibrational Medicine, Bear, Santa Fe. Brennan, BA 1988, Hands of Light: A Guide to Healing Through the Human Energy Field, Bantam Books, New York. Bailey, AA 1953, Esoteric Healing, Lucis, New York. Saraydarian, T 1981, The Psyche and Psychism (2 Volume Set), Aquarian Educational Group, Cave Creek. Tiller, WA 1997, Science and Human Transformation: Subtle Energies, Intentionality and Consciousness, Pavior, Walnut Creek. Swanson, C 2010, Life Force, The Scientifi c Basis, Poseidia Press, Tucson. Powell, AE 2003, Causal Body and the Ego, Theosophical Publishing House, Wheaton.

Глава 5

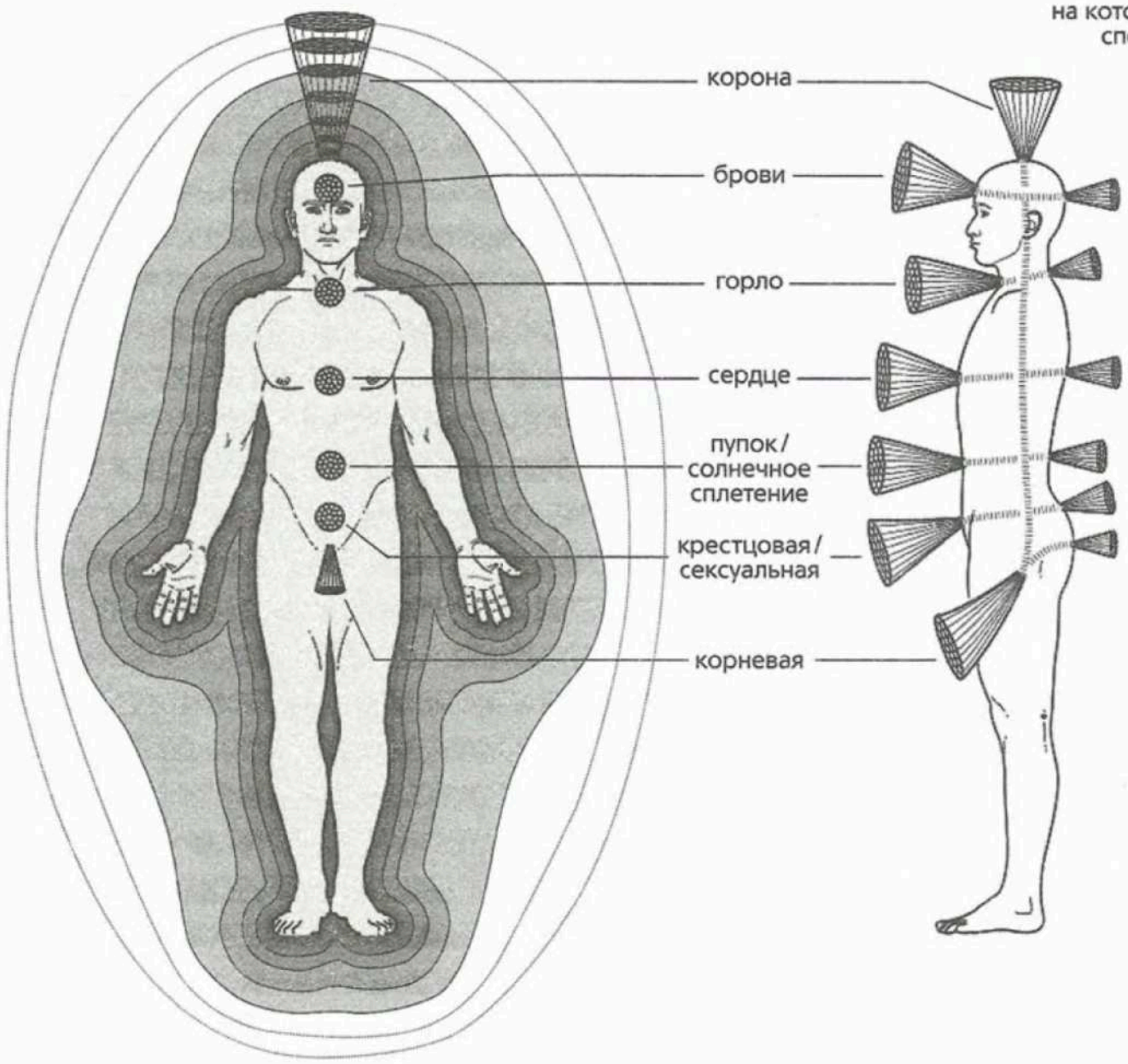
СИСТЕМА ЧАКРЫ — НАДИ

Чакры

Чакры — это тонкие энергетические структуры, упоминающиеся во многих эзотерических традициях, но наиболее полно на протяжении последних пяти тысячелетий их изучали и описывали йоги Индии. Несмотря на то, что присутствуют значительные различия в названиях и деталях, существует общее согласие в отношении основополагающей структуры и функций чакр и связанной с ними энергетической системы — системы нади.[1]

Название «чакра» представляет собой последние пять букв слова на санскрите из 25 букв, означающего «вращающееся колесо света». Если смотреть спереди, то, как говорят ясновидящие и йоги, они похожи на крутящиеся колеса или диски света, которым приписываются различные цвета.[2] Сбоку они, как говорят, похожи на конусы света, выступающие наружу от точки на коже.

Рис. 5.1. **Расположение главных чакр**



Обратите внимание, что существует центральный канал (сушумна), соединяющий чакру короны с корневой чакрой, с которой также связаны все чакры. Основной конус каждой чакры состоит из множества меньших конусов. Каждый основной конус выступает наружу спереди и сзади, причем передний конус обычно больше. Также важно помнить, что каждая основная чакра проникает сквозь все уровни тела человека — от физического до духовного.

Система чакр является одной из первичных систем тонкой энергии тела. Эта система состоит из семи основных чакр и множества малых чакр. По сути, с каждым суставом связана малая чакра, и в теле человека может быть более 360 отдельных чакр.[3]

Выделяют семь основных чакр. Чакра короны расположена на макушке головы и выступает вверх. Лобная чакра выступает вперед от точки между бровями. Чакра горла выступает вперед от яремной ямки. Сердечная чакра выступает вперед от нижней границы грудины. Чакра пупка или солнечного сплетения выступает вперед от пупка. Сакральная, или сексуальная, чакра выступает вперед как раз над лобковой костью, а корень, или основание, чакры направлен вниз и вперед от промежности под углом около 80°. Небольшие конусы чакры также выступают со спины в точке, противоположной точке входа каждого из основных передних конусов (см. рис. 5.1).[4]

Каждый конус чакры составлен из множества маленьких конусов, каждый из которых постоянно раскачивается по и против часовой стрелки. Но, потому что каждый конус в каждой из основных чакр поворачивается больше по часовой стрелке или больше против часовой стрелки, про большой конус чакры говорят, что он крутится. У каждой чакры есть свое характерное вращение, начиная с чакры короны, которое чередуется, сначала по часовой стрелке, затем против часовой стрелки, и направление зависит от пола человека и его психоэмоционального состояния.

Чакры проникают сквозь все уровни тонкого тела от каузального до эфирного и преобразуют энергии тонких тел в электромагнитную энергию, которая используется на физическом уровне. Это преобразование упорядочивания или организации энергии — один из первостепенных механизмов, обеспечивающих связность эфирного шаблона, который, в свою очередь, отвечает за функции физического тела.

Чакры действуют как понижающие трансформаторы тонкой энергии, понижая вибрации более высокой частоты каузального тела до ментального тела, частоты ментального тела — до более низких вибраций астрального тела, а эмоциональные вибрации астрального тела — до плотной тонкой энергии эфирного тела.[5] Энергетические вибрации каждого уровня могут воздействовать на тонкое тело, расположенное уровнем выше или ниже, а чакры, следовательно, являются основными точками слияния тонких тел.

Изменения тонкой энергии в любом из тонких тел посредством чакр могут проявляться в виде физиологических процессов на клеточном уровне. Таким образом, различные тонкие тела взаимодействуют со структурой и функциями физического тела и воздействуют на него. На уровне эфирного тела система чакр и акупунктурная система, взаимодействуя, совместно создают энергетический шаблон, который затем проявляется как физическое тело.

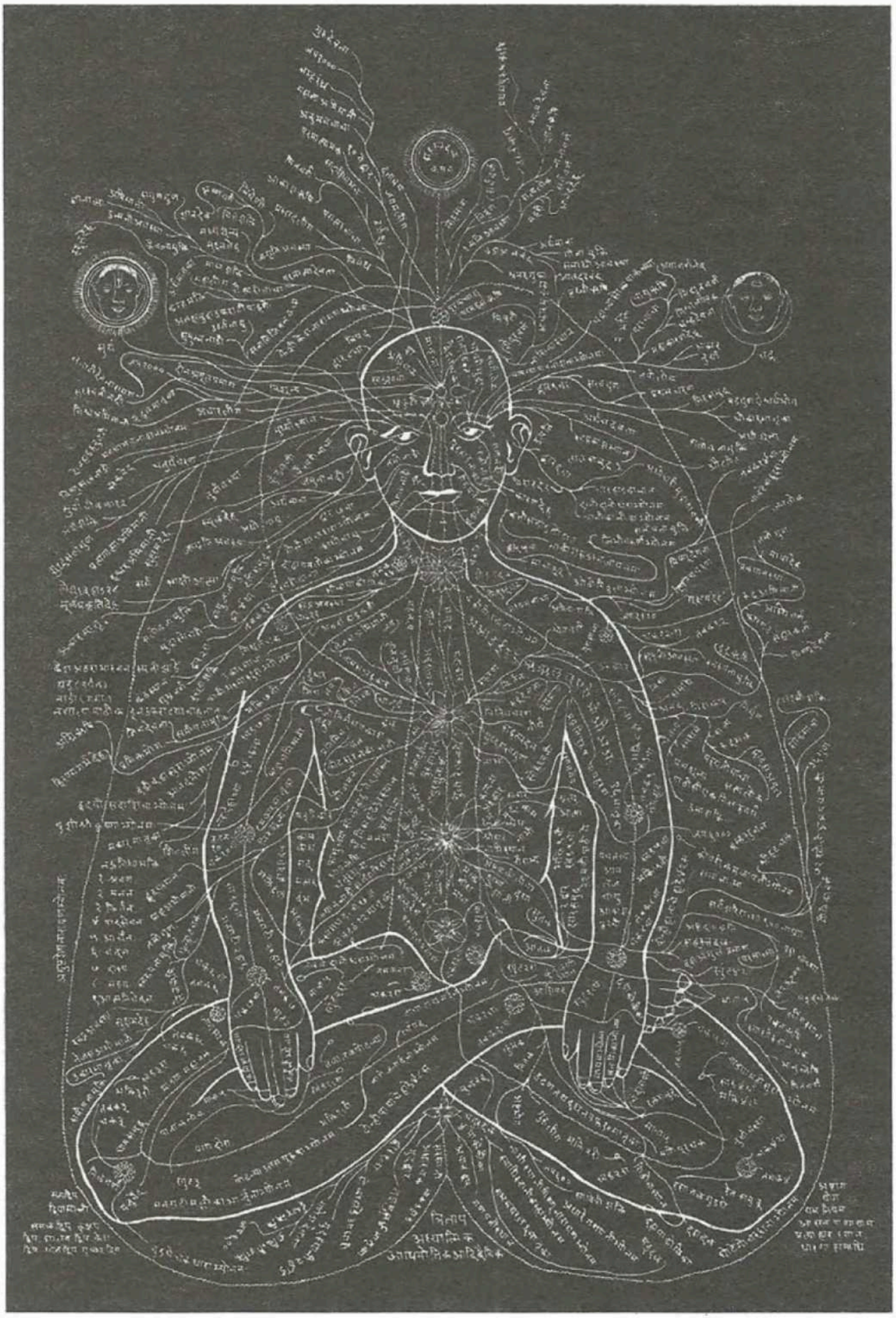


Рис. 5.2. **Система нади.** Первоначальный рисунок системы чакры-нади из йогической литературы, на котором чакры показаны как энергетические центры, расположенные на средней линии, а большие и малые каналы нади окружают физическое тело. Большие каналы нади, называемые *мармы*, оказывают более значительное влияние на нашу физиологию и функции, чем малые каналы нади.

Взято из книги Мукерджи Э. «Искусство йоги», 1975 г., Лондон, рис. 9, с разрешения правообладателей.

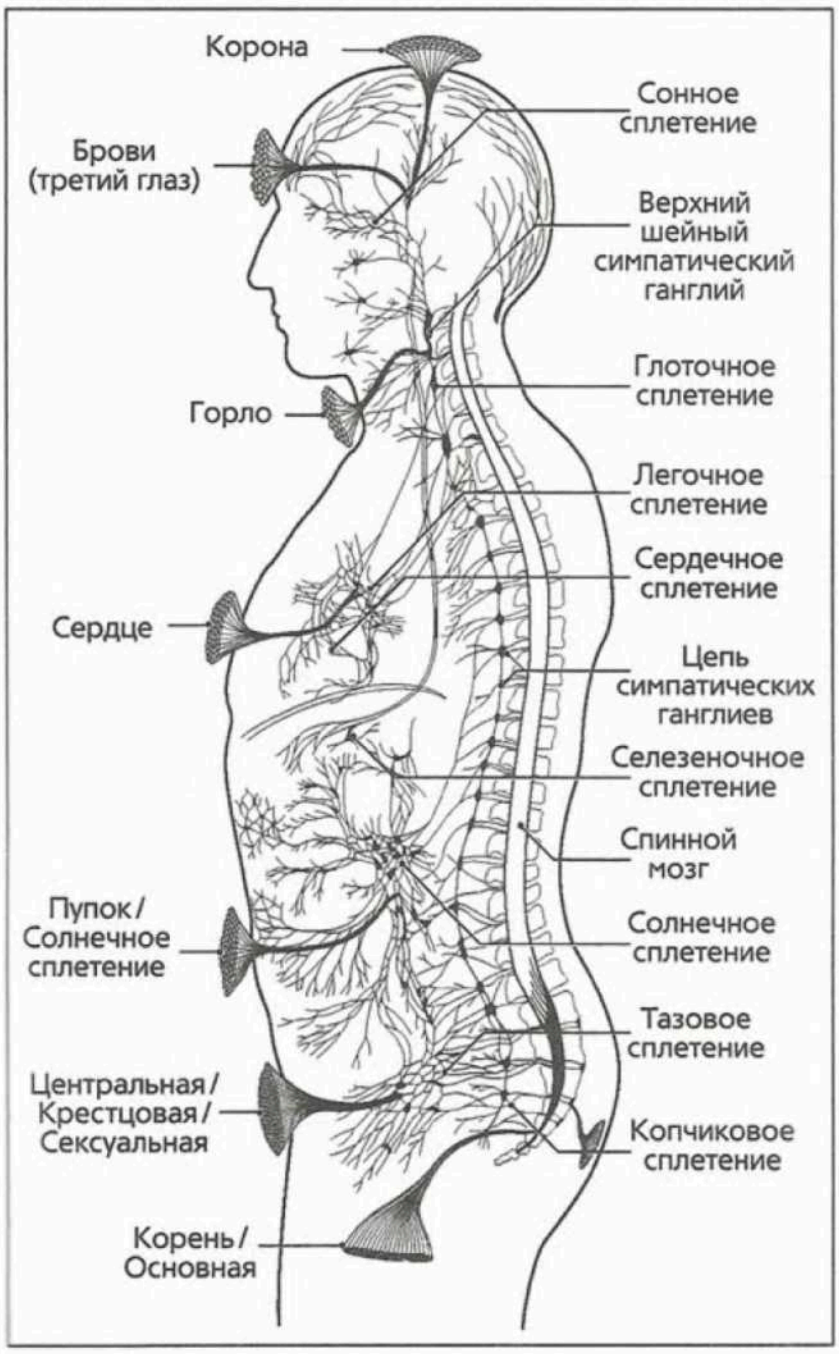


Рис. 5.3. **Расположение чакр относительно основных автономных нервных сплетений.**

Каждая из семи основных чакр связана с одним из крупнейших автономных нервных сплетений. Таким образом, каждая чакра может оказывать непосредственное воздействие на автономные функции, контролируемые каждым нервным пучком. Из книги Ч. Ледбитера «Чакры», 1927 г., Уитон, с. 40—41.

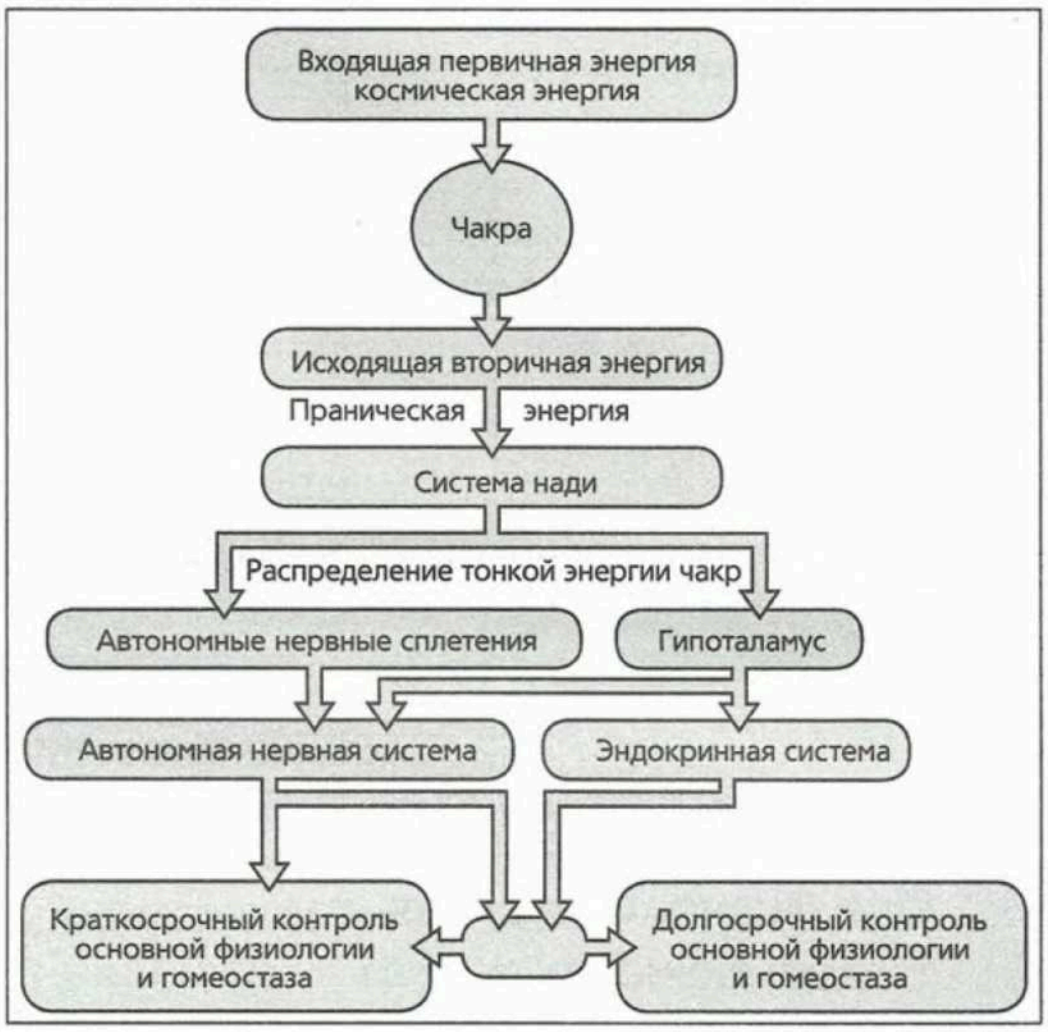


Рис. 5.4. **Источник пранической энергии в чакрах и механизм их физиологического действия.**

Космическая энергия, входящая через чакры, трансформируется в пригодную физиологическую праническую энергию при проходе по конусу чакры и затем распределяется по системе нади к автономным нервным сплетениям и связанным с ними эндокринным железам, способствуя краткосрочному и долгосрочному поддержанию и регуляции физиологического гомеостаза.

Нади

Многочисленные каналы тонкой энергии, соединяющие основные и малые чакры, называются *нади*. Они распределяют праническую энергию, впитанную чакрами. Каналы нади соединяют чакры не только друг с другом, но и с конкретными частями физической клеточной структуры. Нади можно считать маленькими протоками или тончайшими канальцами тонкой энергетической материи, которые схожи с меридианами в акупунктурной системе меридианов. Как и в этой системе меридианов, существуют каналы нади больших и меньших размеров, связанные с физиологическими структурами тела (см. рис. 5.2).[6]

В различных источниках описано до 72000 нади, переплетенных внутри физического тела, в частности, в нервной системе. Некоторые из этих нади связаны непосредственно с эндокринными железами, а другие взаимосвязаны с автономной нервной системой, а именно со сплетениями пучков вегетативных нервных волокон.[6] Благодаря таким прямым соединениям с эндокринными автономными нервными системами, чакры могут непосредственно влиять на физиологическую фунукцию организма (см. рис. 5.3).

Система чакры-нади и физиологическая деятельность

Каждая чакра, на уровне своего местоположения в физическом теле, связана с определенной эндокринной железой и конкретным нервным сплетением (см. табл. 5.1).[7]

Чакры обеспечивают приток космических энергий, которые йоги называют *праной* или жизненной силой. Прана, как говорят, берет начало в космической энергии или свободной энергии вселенной, которая проходит в тело через конусы чакр. Этот процесс можно назвать *первичным излиянием*. Как только прана проходит по конусам чакр, по системе нади она распределяется в соответствующие эндокринные органы и нервные сплетения.[6]

В большей степени чакры выступают в роли понижающего трансформатора для преобразования космической энергии в праническую энергию, которая затем распределяется через систему каналов нади. Праническая энергия, в свою очередь, преобразуется затем в физиологию в автономной нервной и эндокринной системах для поддержания гомеостаза. Один из основных центров преобразования тонких потоков пранической энергии в физиологическую деятельность расположен в гипоталамусе. И автономная нервная система, и эндокринная система контролируются гипоталамусом, который поддерживает базовый гомеостаз.

Автономная нервная система контролирует краткосрочный гомеостаз нашего организма, обеспечивая быстрые нейронные реакции на изменяющиеся внешние условия, а эндокринная система задействована в обеспечении долгосрочного гомеостаза через выброс гормонов, поддерживающих более долговременную физиологическую адаптацию (см. рис. 5.4).

Таким образом, когда праническая энергия чакр переходит на уровень эфирных потоков вместе с эфирной акупунктурной системой, эти эфирные потоки преобразуются в электромагнитную и электрохимическую энергию, варьируют и регулируют нашу физиологическую деятельность. Йоги отмечали, что праническая энергия открывает источник самоорганизующейся энергии, которая помогает сохранить эфирный шаблон. Ведь именно эфирный шаблон, в конечном итоге, поддерживает физиологическую деятельность.

Таб. 5.1. Эндокринная система, автономные нервные сплетения и физиологические системы, связанные с каждой чакрой

Чакра	Эндокринная система	Нервные сплетения	Физиологические системы
Корневая	Половые органы	Сакрально-копчиковое сплетение	Репродуктивная
Крестцовая	Клетки Лейдига	Крестцовое сплетение	Урогенитальная
Пупок	Надпочечники	Солнечное сплетение	Пищеварительная
Сердце	Тимус	Сердечное сплетение	Кровообращение
Горло	Щитовидная железа	Шейные ганглии	Дыхательная
Брови	Гипофиз	Гипоталамус- гипофиз	Автономная нервная система
Корона	Шишковидная железа	Мозг кора эпифиз	Центральная нервная система (центральный контроль)

Литература

1. Leadbeater, CW 1927, The Chakras, Theosophical Publishing House, Wheaton. Swami Satyananda Swaraswati 1985, Kundalini Tantra, Yoga Publications Trust, Bihar. Brennan, BA 1988, Hands of Light: A Guide to Healing Through the Human Energy Field, Bantam Books, New York. Gerber, R 1988, Vibrational Medicine, Bear, Santa Fe. Judith, A 2004, Eastern Body, Western Mind: Psychology and the Chakra System As a PaThto the Self, Random House, New York. Myss, C 1996, Anatomy of the Spirit, Crown, New York. Bruyere, RL 1989, Wheels of Light, Simon & Schuster, New York. Dale, C 2009, The Subtle Body: An Encyclopedia of Your Energetic Anatomy, Sounds True, Boulder.

2. Leadbeater, CW 1927, The Chakras, Theosophical Publishing House, Wheaton. Swami Satyananda Swaraswati 1985, Kundalini Tantra, Yoga Publications Trust, Bihar. Brennan, BA 1988, Hands of Light: A Guide to Healing Through the Human Energy Field, Bantam Books, New York.

3. Gerber, R 1988, Vibrational Medicine, Bear, Santa Fe. Tansley, DV 1972, Radionics and the Subtle Anatomy of Man, CW Daniel, Saff ron Walden.

4. Swami Satyananda Swaraswati 1985, Kundalini Tantra, Yoga Publications Trust, Bihar. Brennan, BA 1988, Hands of Light: A Guide to Healing Through the Human Energy Field, Bantam Books, New York.

5. Gerber, R 1988, Vibrational Medicine, Bear, Santa Fe.

6. Swami Satyananda Swaraswati 1985, Kundalini Tantra, Yoga Publications Trust, Bihar. Gerber, R 1988, Vibrational Medicine, Bear, Santa Fe.

7. Leadbeater, CW 1927, The Chakras, Theosophical Publishing House, Wheaton. Gerber, R 1988, Vibrational Medicine, Bear, Santa Fe.

Глава 6

АКУПУНКТУРНАЯ СИСТЕМА МЕРИДИАНОВ

Краткая история китайской акупунктуры

Вторая из важнейших систем тонкой энергии тела человека — это акупунктурная система меридианов, разработанная в древнем Китае и являющаяся частью традиционной китайской медицины. Практика иглоукалывания существовала еще до китайской письменности, поскольку в местах археологических раскопок по всему Китаю были найдены каменные и костяные иглы, сходные с теми, что используются сегодня, и они датировались несколькими тысячелетиями до н. э.[1]

Описание китайского метода проработки энергетических дисбалансов организма появилось в письменных источниках в период с 300 по 100 годы до н.э., и тогда была отмечена 161 двусторонняя точка.[2] Знания по акупунктуре, накопленные за тысячелетия, были систематизированы и записаны в «Хуанди нейцзин» или «Классике внутренней медицины Желтого императора» между 1 веком до н. э. и 1 веком н. э.[3] К тому времени в классической теории признавалось около 360 акупунктурных точек на поверхностных меридианах; 54 располагались на средней линии, представляя собой управляющий и центральный меридианы; а 308 располагались по 12 двусторонним линиям акупунктурных точек по обеим сторонам тела. Средняя линия и двусторонние акупунктурные точки в сумме давали 670 меридианных акупунктурных точек.[4] К 1100 году н. э. у китайцев были анатомически точные фигурки, показывающие расположение этих акупунктурных точек.[5]

В западной науке понятие энергетических точек на коже, направляющих поток невидимой силы, которую китайцы назвали ци, давно считалось примитивным суеверием или системой убеждений, поскольку не было возможности или какого-либо способа подтвердить или доказать существование энергетических точек, либо же убедиться, что эта таинственная сила была реальной. Но около 50 лет назад было обнаружено, что акупунктурные точки обладают уникальным электрическим свойством: электрически они являются нулевыми точками.[6] Нулевые точки — это точки на поверхности кожи с минимальным электрическим сопротивлением. Обычно кожа обладает очень высоким электрическим сопротивлением, поэтому, после того как было сделано это открытие, был изобретен датчик для электрического распознавания этих нулевых точек. Когда датчик соприкасается с акупунктурной точкой, то из-за более низкого сопротивления повышенный электрический поток преобразуется в звук или свет. Эти электрические нулевые точки назвали электродермальными акупунктурными точками.

Что примечательно, электрическое обозначение этих электродермальных точек было в значительной степени взаимосвязано со схемами расположения

китайских акупунктурных точек.[7] Акупунктурные точки являются не только токами наименьшего электрического сопротивления на поверхности кожи, но и обладают также уникальной гистологической микроструктурой, а клетки непосредственно под ними обладают несколько иной структурой по сравнению с окружающими их клетками.[8] Большинство акупунктурных точек располагается в небольших углублениях кожи, распознаваемых наощупь, и обладает повышенной чувствительностью. Под этими поверхностными углублениями эпидермис тоньше и имеет характерную структуру с измененными коллагеновыми волокнами.[9] Сенелар утверждает, что такая уникальная структура присуща более 80% известных изученных акупунктурных точек.[10]

Но почему только чуть более 80% акупунктурных точек соотносятся с электродермальными акупунктурными точками? Потому что существует два совершенно различных типа акупунктурных точек: электродермальные точки и точки для иглоукалывания. Электродермальные акупунктурные точки — это точки наименьшего электрического сопротивления, что определяется электрическими измерениями, и их также прокалывают иглами. Что же касается точек для иглоукалывания, то они являются точками на коже, которые используются для проработки более глубоких потоков меридианной энергии, но они не располагаются в точности на электродермальных точках. В некоторых случаях электродермальная точка располагается непосредственно над небольшой артерией или нервом, поэтому прокалывание иглой в этой точке приведет либо к кровотечению, либо к сильной боли. Поскольку меридианы фактически пролегают под поверхностью кожи, они связаны с электродермальными точками небольшими каналами различной длины, в зависимости от того, насколькоглубоко под поверхностью кожи располагается меридианный канал.

Чтобы избежать проблем в связи с электродермальными точками, китайцы отметили точки для иглоукалывания чуть в стороне от фактической электродермальной точки, но прокалываться иглой они должны под таким углом и на такую глубину, чтобы кончик иглы проходил сквозь меридиан под электродермальной точкой на пересечении с каналом от электродермальной точки на коже (см. рис. 6.1). Таким образом, достаточная стимуляция достигалась без кровотечения или боли. Но в таком случае электродермальная точка уже не совпадает с точкой для иглоукалывания.

Природа ци

Китайцы утверждали, что тонкая энергия, которую они называли ци или ки, циркулирует по каналам, которые французы позднее назвали меридианами, когда изучали акупунктуру в конце XIX — начале XX века.[11] Китайцы предположили, что эта энергия ци является динамической силой, находящейся в постоянном движении, циркулирующей по телу, и следует определенными путями — по меридианам, повинуясь особым правилам.[12]

Акупунктура или акупрессура состоит либо в стимулировании или рассеива-

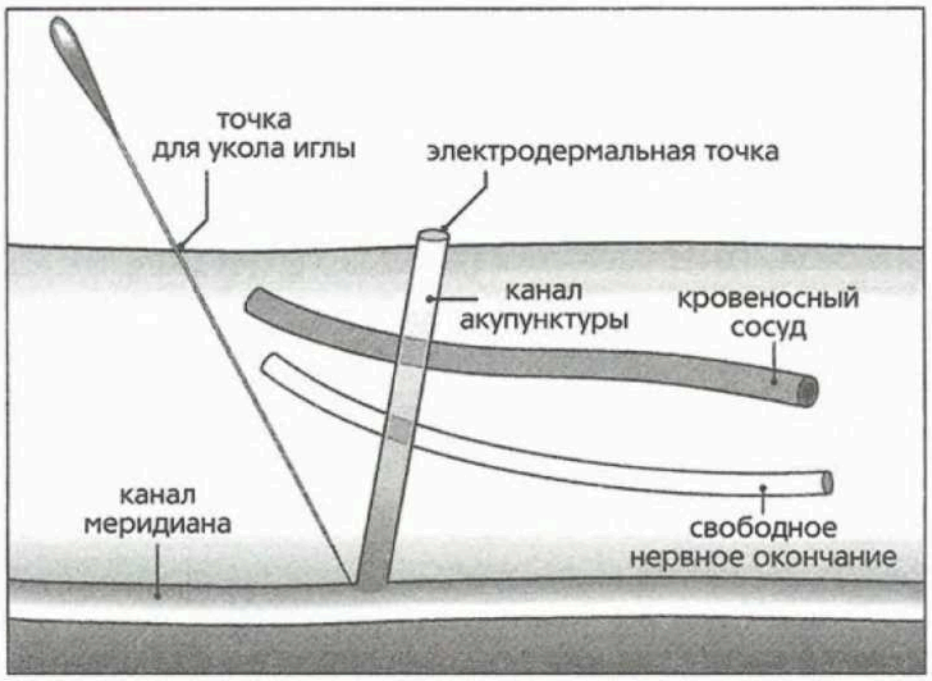


Рис. 6.1. **Электродермальные точки в сравнении с акупунктурными точками для иглоукалывания.**

Все акупунктурные точки являются электродермальными, точками наименьшего сопротивления на поверхности кожи. Электродермальные акупунктурные точки связаны коротким акупунктурным каналом с глубже залегающим основным меридианом. Если мелкие кровеносные сосуды и/или свободные нервные окончания проходят сквозь акупунктурный канал, то иглоукалывание этой электродермальной точки может привести к кровотечению или сильной боли. Во избежание этого точки для иглоукалывания смещены в сторону от электродермальной акупунктурной точки, но прокалываются под таким углом и на такую глубину, чтобы кончик иглы активировал поток ци в меридиане.

нии потока ци посредством активации конкретных акупунктурных точек на поверхности тела. Один из принципов как энергетической медицины на Западе, так и традиционной китайской медицины заключается в том, что для каждого энергетического дисбаланса существуют соответствующие или взаимосвязанные симптомы, или нарушение функции, на одном или всех уровнях тела.[13]

Западная наука еще не обладает нужными инструментами для непосредственного измерения того, что китайцы называют ци, или «энергией». Но ци не приравнивается к западному понятию энергии как явления, сходного с электричеством. Ци обладает иными качествами в сравнении с более грубой физической энергией и более схожа с древними греческими и римскими терминами *жизненной энергии* и тонкой энергией современных моделей вибрационной энергии.[13] В то время как на Западе понятие сокрытых невидимых сил, движущихся по телу, постоянно используется уже на протяжении нескольких тысяч лет, к концу Средневековья в западном мире эти понятия были полностью стерты.

Западная наука может утверждать, что ци не существует и что она представляет собой гипотетическую силу, придуманную китайцами для объяснения действия акупунктуры на физиологию тела, но «научно» подтвердить ее невозможно. Единственное, что можно заявить с научной уверенностью, так это то, что западная наука не знает о ци, поскольку не может ее измерить. Не имея возможности что-либо измерить, нельзя говорить, что этого не существует, и сам по себе факт невозможности что-либо измерить не отменяет возможности его существования! К примеру, люди получали солнечные ожоги до того, как наука могла измерить или даже выявить ультрафиолетовое излучение; неосведомленность науки о существовании ультрафиолетового излучения не отменет его существования!

На настоящий момент западная наука не обладает подходящими инструментами для измерения и подтверждения существования акупунктурных точек

китайской системы меридианов, даже их электрических свойств, точно так же и потоки ци по каналам тонкой энергии, называемым меридианами, не были бесспорно установлены. В своей замечательной книге *«Вибрационная медицина»* Ричард Гербер приводит данные нескольких исследований, доказывающих, что некого рода тонкая энергия течет по каналам на поверхности кожи, сходным с меридианами в китайской акупунктуре.[14]

Более того, в 1960-х годах группа ученых под руководством доктора Бон Хан Кима, провела обширную экспериментальную работу с акупунктурными меридианами кроликов и других животных. При проведении этих исследований в акупунктурные точки вкалывали радиоактивный фосфор-32 (32P, изотоп фосфора), и его поглощение тканями затем отслеживалось с помощью микроавторадиографии. К немалому удивлению исследователей, они обнаружили, что 32P активно поглощался системой тонких канальцев, повторявших классические акупунктурные меридианы. В то же время концентрации 32P в тканях, непосредственно окружавших меридианы, или введенного рядом с акупунктурными точками, были незначительными. Когда 32P вводился в ближайшие вены, в меридианной системе отмечалось совсем незначительное количество или полное отсутствие 32P, что показывало отсутствие взаимосвязи системы меридианов с кровеносной системой.[15]

Более современная работа французских исследователей подтвердила результаты Кима. Они работали с людьми и использовали радиоактивный технеций-99m (99mTc), вводя его в акупунктурные точки добровольцев, и поглощение изотопа отслеживалось с помощью сцинтиграфии. Технеций-99m за 4—6 минут передвигался на 30 сантиметров по пути меридиана, а при введении технеция-99m в произвольные точки на коже его передвижение наблюдалось с гораздо меньшей скоростью.[16]

Более того, Ким обнаружил, что протоки меридианов разделяются на еще более мелкие канальцы, и самые мелкие, конечные, достигают ядер тканевых клеток. Таким образом раскрывается механизм того, каким образом изменения в потоках ци могут оказывать влияние на проявления генов и, действительно, могут выступить в роли эпигенетических факторов, воздействующих на наше развитие и функции. Дальнейшие исследования Кима показали, что существует две системы канальцев. Первая — *внешняя система канальцев*, она включает поверхностную канальцевую систему меридианов, которая идет параллельно традиционной китайской системе меридианов; вторая — глубоко залегающая канальцевая система, называемая *внутренней системой канальцев*, которая связана с органами. Эти две системы соединены в одну неразрывную систему, связывающую органы китайской акупунктуры с меридианами.[15]

Недавно Шлебуш с коллегами, используя инфракрасную термографию, показали наличие тепловых потоков, возникающих после акупунктурного воздействия на конкретные акупунктурные точки.[17] Эти тепловые потоки следовали точно по меридианным путям, причем на многих акупунктурных точках на меридиане тем-

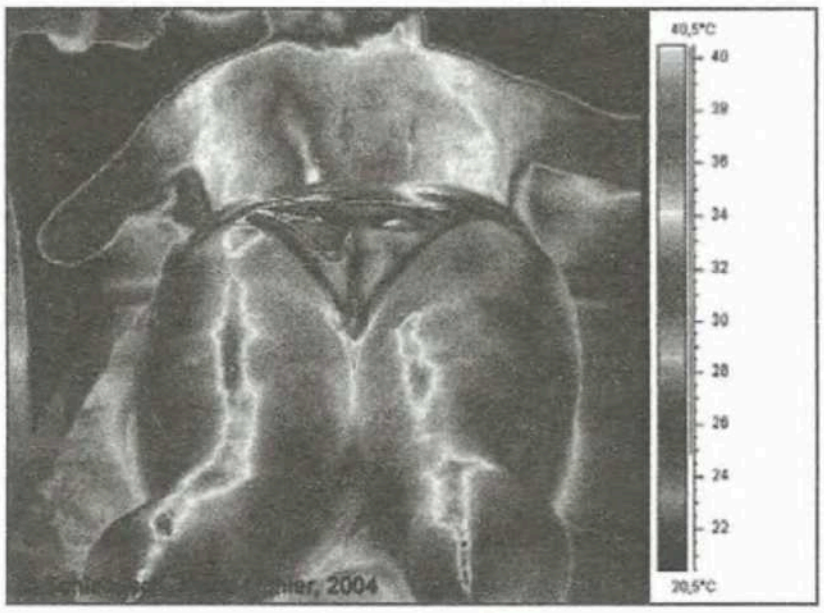


Рис. 6.2. **Инфракрасная термография стимуляции акупунктурной точки иглоукалыванием.** На иллюстрациях показаны потоки света, формирующиеся по поверхности кожи после того, как конкретные акупунктурные точки меридиана мочевого пузыря активируются иглоукалыванием в течение нескольких минут. Эти потоки инфракрасного света в точности следуют меридиану мочевого пузыря от центра поясницы вверх к плечу и вниз от крестца к ступням. Акупунктурные точки меридиана мочевого пузыря светятся еще ярче, чем сами потоки (более темные точки вдоль линий на ногах). По материалам из работ Шлебуша.[17]

пература была выше, чем на самом меридиане. На рис. 6.2 это наглядно показано. Насколько нам известно, не существует неврологических или физиологических механизмов, которые могли бы воспроизвести такую модель распределения температур.

Тем не менее, до сих пор наблюдается некое разногласие в отношении значения тепловых потоков, высвечивающихся при записи на инфракрасный термограф. К примеру, Литшер опровергает утверждение, что инфракрасная термография простимулированных акупунктурных точек или меридианов может выявить меридианные структуры, и в своей работе, опубликованной в 2005 году, заявил, что «эти инфракрасные модели являются лишь технически искаженными отражениями».[18] Вопреки его заключениям, есть несоответствия в его толковании данных, на которые он не обратил внимания. Прежде всего, он не опубликовал инфракрасные термограммы участников исследования перед воздействием на акупунктурные точки прижиганием, и, следовательно, у него не было контрольных инфракрасных изображений для сравнения изображений, где тепло шло по обеим ногам и ступням при применении моксотерапии или тепло шло только к одной ступне или ноге. Потому причина двустороннего повышения температуры на инфракрасных термограммах на обеих ногах и ступнях в работах Литшера остается неизвестной.[18] Приложение тепла к одной ноге или ступне не должно оказывать никакого эффекта на температуру аналогичных областей на противоположной ноге или ступне, равно как и не должно создавать «технически искаженных отражений» в обеих половинах тела, за исключением тех случав, когда существует взаимосвязь между двумя областями. В работе Поппа и его коллег о проведении света именно это и наблюдалось.[19] Воздействие прижиганием на акупунктурные точки на одной ноге привело к тому, что в другой ноге были зарегистрированы аналогичные потоки света в виде биофотонов.

В китайской акупунктуре меридианы билатеральны и соединены часовыми каналами, по которым передается энергия, в том числе и тепло, из одной половины тела в другую и наличием которых объясняется двустороннее повышение

температуры аналогичных областей на противоположной ноге или ступне, что наблюдалось в работе Литшера, также применявшего прижигание к тем же или ближайшим акупунктурным точкам. Во-вторых, выводы Литшера о том, что активация акупунктурных точек с помощью иглоукалывания или лазерной иглы не приводила к появлению наблюдаемых инфракрасных потоков, прямо противоречат выводам группы Шлебуша[17] и группы Поппа[19], показавших наблюдаемые инфракрасные потоки, соотносящиеся с активацией акупунктурных точек с помощью банок, иглоукалывания и прижигания. В двух других исследованиях также приводятся инфракрасные изображения похожих на меридианы структур, включая горячие точки в местах расположения акупунктурных точек на соответствующем меридиане после активации точек иглоукалыванием или акупрессурой.[20] В отличие от результатов Литшера, Шлебуш с коллегами показали инфракрасные общие изображения двух участников исследования, сначала без симптомов головной боли или боли в спине, а затем с симптомами этих состояний.

При отсутствии симптомов не было никаких признаков инфракрасных изображений или технически искаженных отражений по меридианным путям, но при проявлении этих симптомов у участников исследования инфракрасные изображения ясно показывали соответствующие структуры, подобные меридианным. Поэтому вполне вероятно, что в отсутствие явной активации меридиана физическим или физиологическим заболеванием или воздействием, таким как применение банок, акупунктура, акупрессура или моксотерапия, заметных инфракрасных потоков в теле не наблюдается. Но как только акупунктурная или акупрессурная терапия активирует поток энергии в меридианах, этот поток приводит к наблюдаемым меридианным инфракрасным структурам и протокам в теле.

Другой пример из работы Шлебуша и коллег: у участницы исследования наблюдалась головная боль в височной области, и на инфракрасных изображениях проявилось интенсивное потепление, в частности, по бокам головы и вдоль меридиана Желчного пузыря вниз по телу. Действительно, в традиционной китайской медицине височная головная боль соответствует переизбытку энергии или тепла в меридиане Желчного пузыря.[21] По сути, во всех данных Литшера технически искаженные отражения были ориентированы не беспорядочно, а в том же направлении, что и меридианные структуры в тех областях тела. К примеру, инфракрасные искаженные отражения в его работе 2005 года расположены параллельно с меридианом Желчного пузыря либо на передней, либо на задней поверхности ноги, а не в случайных направлениях, как ожидалось бы от искаженных изображений. И это вопреки тому факту, что в исследованиях Литшера моксотерапия применялась в течение всего 5 минут в отличие от традиционных 15—20 минут, после которых эти меридианные тепловые потоки были бы более ярко выраженными.

Подобным образом, в исследовании Шлебуша и его коллег при работе с участниками исследования наблюдалась следующая картина: при отсутствии боли

в пояснице у участника инфракрасные изображения не показывали никаких тепловых потоков или, используя термин Литшера, технически искаженных изображений. Тем не менее, когда у того же участника *была* боль в пояснице, и он получал лечение в виде банок или иглоукалывания, инфракрасные изображения показывали обширные искажения, подобные меридианам, точно совпадавшие со структурой меридиана Желчного пузыря, включая горячие точки в местах расположения конкретных акупунктурных точек желчного пузыря. По сути, эти потоки начинались в верхней части спины и шли до щиколоток, то есть распространялись более чем на метр от источника стимуляции.

Необоснованное обобщение Литшера о том, что каждое кажущееся инфракрасное изображение тепловых потоков в теле после акупунктурного воздействия является лишь технически искаженным изображением и потому подобные меридианам структуры не существуют, не подтверждается более поздними исследованиями с использованием инфракрасных изображений, которые подтверждают и углубляют выводы группы Шлебуша о существовании путей энергетических потоков, указывающих на подобные меридианам структуры в теле человека.[20]

Подводя итоги, отметим следующее: представляется, что существуют пути, указывающие на наличие меридианов на поверхности тела человека, наблюдаемых после активации акупунктурных точек на инфракрасных термограммах или измеряемых электрической записью сопротивления. Более того, отмечается, что эти пути и связанные с ними акупунктурные точки обладают электрическими свойствами более низкого полного и удельного сопротивления, чем кожа вокруг точек. Однако электрические характеристики меридианов и акупунктурных точек неоднозначны — некоторые исследования показывали наличие особенностей меридианов и акупунктурных точек, а другие — нет.[22]

В своем систематическом обзоре акупунктурных точек и меридианов Ан заявляет, что утверждения об отличительных чертах акупунктурных точек воспринимались традиционным научным сообществом со значительной долей скептицизма по причине наличия искажающих факторов, таких как увлажнение кожи, давление электродов и другие. Любые отличительные электрические характеристики приписываются внешним факторам и/или искажениям, а не акупунктурным точкам или меридианам.[23]

Тем не менее, Ан пришел к выводу, что, несмотря на отсутствие неоспоримых доказательств, большинство имеющихся доказательств все-таки поддерживают утверждение, что акупунктурные точки и меридианы имеют отличительные электрические признаки. Более того, в своей работе 2011 года Литшер изучал электрические свойства акупунктурных точек и меридианов, используя технически сложные инструменты для измерения, и обнаружил, что акупунктурные точки действительно являются точками на коже, которые обладают низким сопротивлением и связаны с другими акупунктурными точками путями низкого общего сопротивления.[24]

Что интересно, в обзоре специфики акупунктурных точек Чой и коллеги

заявили, что эта специфика противоречива, поскольку во многих исследованиях акупунктуры по воздействию на боль с использованием контрольных точек было установлено, что ложные точки обладают сходными свойствами с настоящими акупунктурными точками. Кроме того, результаты исследования природы боли, основанные на визуальной аналоговой шкале, не подтвердили принцип специфики акупунктурных точек.

В то же время, гемодинамические функциональные магнитно-резонансные и нейрофизиологические исследования, оценивающие реакцию на стимулирование множественных акупунктурных точек на поверхности тела, показали, что проявились присущие акупунктурным точкам действия. В заключение своей обзорной статьи, Чой подтверждает, что исследования по нейровизуализации продемонстрировали, что стимуляция различных акупунктурных точек вызывает уникальные паттерны мозга, даже несмотря на то, что эти исследования не показывают пути, по которым эти изменения проходят.[25]

Несмотря на недостаток абсолютных доказательств существования системы меридианов и потоков ци, удивительная взаимозависимость между акупунктурными точками, обозначенными китайцами еще несколько тысяч лет назад, местоположение которых подтверждалось современным электрическим оборудованием, мечеными изотопами и инфракрасной термографией, дает основания предполагать, что у китайцев была надежная методика распознавания и подтверждения акупунктурных точек. И если они могли безошибочно распознать местоположение акупунктурных точек, то почему же мы им не верим, когда они утверждают, что эти акупунктурные точки контролируют и направляют силу, текущую сквозь эти точки?

Сначала западная наука утверждала, что не существует никаких акупунктурных точек и никаких потоков ци. Затем: «Вот оплошность! Акупунктурные точки все-таки существуют и именно там, где китайцы и говорили». Но наука до сих пор полагает, что нет никаких потоков ци. А поскольку не существует потоков ци, которые давали бы результат, то либо акупунктура неэффективна, либо действует только через посредство нервной системы, к примеру, теория «входных ворот» Мельзака и Уолла по акупунктурной анестезии или эффект плацебо.[26]

Тем не менее, недавние исследования со сканированием мозга с использованием функциональной магнитно-резонансной томографии показали несомненную взаимосвязь между стимуляцией конкретной акупунктурной точки на поверхности тела и особыми паттернами корковой и подкорковой стимуляции.[27] Особый интерес представляет тот факт, что паттерны корковой и подкорковой стимуляции не имеют известной связи по нервной системе со стимулируемыми точками на коже и, более того, стимулирование различных акупунктурных точек показывает различные паттерны корковой и подкорковой стимуляции. Также в настоящий момент уже есть несколько исследований, показывающих, что активация ложных точек не дает устойчивых паттернов стимуляции мозга.[28]

Так как же древние китайцы знали расположение всех 670 акупунктурных

точек, составляющих единую акупунктурную систему меридианов? И почему они утверждали, что эти точки контролируют бегущие по телу потоки ци?

Короткий, хоть и ненаучный ответ, таков: некоторые монахи и практикующие врачи в Китае, которые провели много лет в медитации и размышлениях, стремясь развить высшие уровни тонкого восприятия, действительно могли видеть или чувствовать эти акупунктурные точки и движение ци по телу. К примеру, в *Лин Шу* говорится о продольных сосудах Ло: «Меридианы, плавающие и зачастую видимые невооруженным глазом, являются связывающими меридианами».[29] У Чарльза Кребса есть друг, который провел семь лет в Азии и Индии в роли дзенского монаха, а также пробыл три года в китайском монастыре, чтобы овладеть искусством акупунктуры. Через два года обучения акупунктуре в монастыре он мог, неожиданно для себя, видеть не только акупунктурные точки, но и энергию ци, бегущую по меридианным путям, соединяющим акупунктурные точки.

Эти тонкие энергии и пути были столь же очевидны для монахов, практиков китайской медицины и друга Чарльза Кребса, как если бы они смотрели на рисунок на куске ткани. Что любопытно, даже в монастыре, где обучались 300 студентов и десятки инструкторов, способность видеть акупунктурные точки и потоки ци была дана не каждому. Во время того, как друг Кребса находился в этом монастыре, только он, настоятель монастыря и старший учитель акупунктуры, мог это видеть!

На Западе, если человек вдруг начинает видеть акупунктурные точки и потоки, текущие по меридианам, видимые только небольшому числу людей, то эта информация не будет считаться надежными знаниями, на которых может строиться система лечения. Но поскольку люди, которые видят точки и потоки энергии, достигли определенного уровня просветления, на Востоке допускалось, что они обладали способностью достоверно видеть то, что не видят другие, кто еще не развил в себе высшего уровня тонкого восприятия.

Поскольку эти мастера видели энергетические шаблоны, они могли определить, какие шаблоны гармоничны и сбалансированы, свидетельствуя о здоровье, а какие были негармоничными, указывая на дисбаланс или заболевание. Отсюда произошел и Закон пяти элементов, один из центральных принципов акупунктуры.

Закон пяти элементов

Закон пяти элементов утверждает, что существуют определенные направления энергетического потока и акупунктурные точки на теле, которые, при их активации, приводят к перемещению энергии из одной точки в другую.[30] В теле каждого человека присутствует только определенное количество энергии или ци, лишь определенный объем, поэому переизбыток энергии в одном месте по определению означает, что в другом месте — недостаток энергии. Поскольку китайские диагностики пользовались индуктивными рассуждениями (они смотрели на целое), они не называли болезни как таковые; они были более заинтересованы в совокупности моделей, составляющих единой целое. Именно на основании этих

моделей они могли диагностировать дисбалансы.[31]

Китайская медицина не менее логична, чем западная система, она просто менее аналитическая.[31] Все, что китайцам нужно было знать для восстановления баланса, так это местонахождение переизбытка и недостатка энергии. Имея эти знания, они могли применить Закон пяти элементов для определения нужных акупунктурных точек. Стимуляция этих акупунктурных точек убирала преграду, блокировавшую свободный поток энергии. После разблокировки переизбыток энергии естественным образом перетекал в место недостатка энергии. Когда энергия возвращалась в состояние баланса, теоретически восстанавливалось здоровье.

Одна из причин, почему западные специалисты так долго считали восточный взгляд на тело человека столь путаным и сложным, заключалась в древнем языке, на котором была изложена вся информация. Китайские пояснения относились к космологии таоистского и затем конфуцианского аграрного общества более чем две тысячи лет назад. Индуктивный, эмоциональный язык с использованием аллегорий и метафор, передает опыт, по большей части, сельского мира. Потому потоки энергии сравнивались с реками, залитыми рисовыми полями и переполненными каналами. Органы назывались императорами или министрами, а законы назывались законами взаимоотношений, например, бабушка — сын или мать — сын. Пять элементов описываются свойствами Земли, Огня, Металла, Дерева или Воды. Потому и неудивительно, что, когда Запад впервые познакомился с этими идеями, из-за отсутствия технических терминов и использования метафор информация оказалась, в лучшем случае, недоступной, а в худшем — абсурдной и бессмысленной.

Несмотря на наше непонимание этой системы и на то, что китайцы мало внимания уделяли внутренней анатомии, им были прекрасно известны функции органов. Они назвали меридианы по именам органов не потому, что они относились к самим органам, а потому, что часть энергетического потока каждого меридиана поддерживала функцию конкретного органа.[32] Поэтому они и говорили об энергии легких, энергии сердца и энергии почек, имея в виду совокупную энергетическую структуру, лишь незначительную часть которой составлял сам физический орган.

Для западной философии такое описание автоматически обозначает только физический орган с определенной функцией. Но в китайских описаниях сердце не означало только лишь мышечный орган, качающий кровь. Они, скорее, говорили о понятии сердца: император, как источник влияния в системе, которая не только гонит кровь, но и является источником таких эмоций, как любовь, ненависть и гнев. А когда китайцы описывают меридиан, они не описывают статическую физическую единицу, а шаблон энергетических взаимодействий, влияющих на все грани бытия. Китайцы не воспринимают физическое тело и разум как отдельные структуры. Они воспринимают тело — разум — дух как одну комплексную сущность.[33]

Приведем слова историка-китаиста Джозефа Нидэма: «В соответствии

с характером всей китайской мысли, человек представляет собой организм, который по своей природе не является ни полностью духовным, ни полностью физическим».[34] Разум и эмоции не менее влиятельны в своем взгляде на здоровье, чем состояние физического тела — той нашей составляющей, что можно увидеть, пощупать и почувствовать.

Тело с разумом и духом соединяет не что иное, как эфирная энергия ци, связующее звено между физическим телом и тонкими энергетическими телами разума и духа.[35] Эти тонкие тела распознавались еще тысячелетия назад в эзотерических традициях Китая, Индии и Тибета. Древнее китайское изречение гласит: «Нет между небом и землей ничего, кроме ци и законов, ею управляющих».[36]

Переплетение Инь и Ян

В Древнем Китае возникло понятие о том, что существует два фундаментальных свойства вселенной: Инь и Ян. Считалось, что эти диаметральные противоположности присутствуют во всем и связаны энергией ци. Как говорится в «*Хуанди нейцзин*»: «Вся вселенная суть колебания сил Инь и Ян». Хотя Инь и Ян являются взаимодополняющими противоположностями, они не выступают ни как конкретные формы проявления энергии, ни как материальные вещи; они, скорее, есть качества, используемые для описания того, как сущности функционируют по отношению друг ко другу и ко вселенной.[37]

Инь и Ян, по сути, представляют собой тип мышления, в котором все вещи — часть целого. Ничто не может существовать в себе и само по себе и может быть определено лишь его противоположностью. К примеру, тепло — это отсутствие холода, тьма — отсутствие света, влажность — отсутствие сухости и так далее. Инь и Ян, таким образом, — это противоположные свойства, определяющие друг друга. В первоначальной метафоре Инь — это «тенистый склон горы», а Ян — «солнечный склон горы». Инь связан с качествами холода, темноты, материи, пассивности и отдыха и считается женским. Ян связан с качествами тепла, света, энергии, активности и движения и считается мужским.[38]

В теории Инь — Ян эти два качества находятся в постоянном взаимодействии и отношениях. У всех сущностей есть два аспекта — аспект Инь и аспект Ян, и Инь и Ян взаимно создают друг друга и контролируют или балансируют друг друга. Кипящая вода иллюстрирует эти абстракции. Нагреваясь, вода становится более теплой (то есть обладает большими свойствами Ян), но когда каждая молекула воды вылетает из воды в воздух в виде пара, она охлаждается и обладает большими качествами Инь из-за скрытой теплоты испарения воды. Вот почему выделение пота (Ян) охлаждает (Инь).

Известный символ *тайцзи* или Инь-Ян, изображенный на рис. 6.3, отражает отношения и взаимозависимость между Инь и Ян. Белая точка в черном и черная точка в белом означают, что в Инь (черном) всегда присутствует семя Ян (белая точка), и наоборот. Ничто не может быть полностью Инь или Ян. Инь и Ян — это взаимодополняющие свойства, составляющие целое, а изогнутая линия между ними выражает движение Инь, преобра-

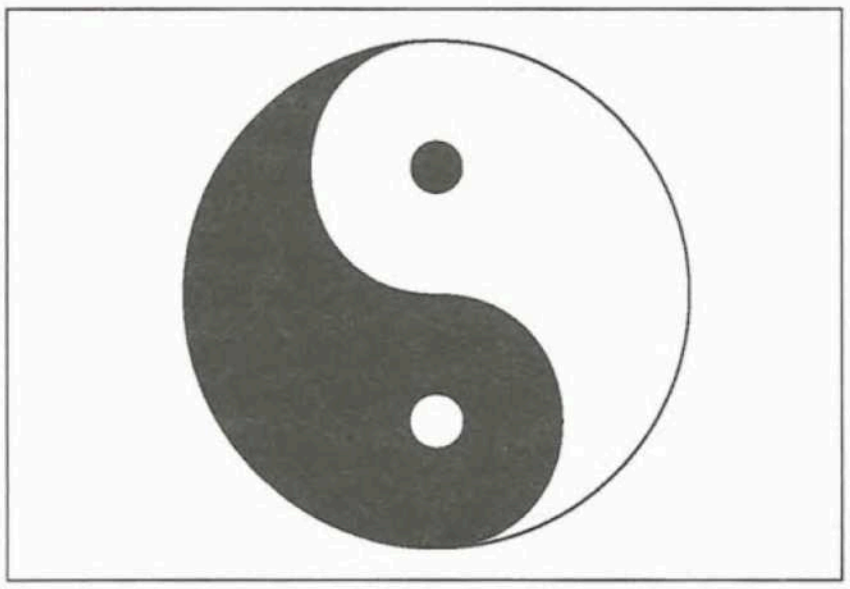


Рис. 6.3. **Тайцзи — символ взаимодействия Инь и Ян.** Символ представляет собой динамическое взаимодействие между двумя взаимодополняющими свойствами или полярностями, составляющими все сущее. Белая точка на черном и черная точка на белом показывают, что ничто не может быть полностью Инь или Ян, а изогнутая линия между Инь и Ян показывает, что Инь всегда преображается в Ян, а Ян — в Инь, и баланс Инь и Ян есть не что иное, как состояние гармонии.

зующегося в Ян, и Ян, преобразующегося в Инь. То, что черная и белая сторона равны, наглядно показывает баланс Инь и Ян при наличии гармонии.

Что интересно, существует система уравнений, называемых *уравнения предельного цикла*, которые описывают взаимодействие двух динамически взаимодействующих факторов, так что выражение одного фактора синхронно изменяет выражение другого. На рис. 6.4 представлено графическое выражение предельного цикла. Замечаете какие-либо сходства с символом Инь-Ян?

Можно сказать, что всю китайскую медицину — ее физиологию, патологию, диагностику и лечение — можно свести к фундаментальной теории Инь и Ян. Эта теория поясняет органическую структуру, физическую функцию и патологические изменения в теле человека и направляет постановку клинического диагноза и лечение.[39] Энергия ци, текущая по меридианам и подчиняющаяся Закону пяти элементов, представляет собой механизм, посредством которого Инь и Ян выражаются внутри тела.

Когда китайцы говорят о меридиане, они описывают каналы из тонкой материи, по которым течет ци. Ци обладает различными свойствами или качествами, которые скрепляют тело — разум — дух в динамический комплексный организм, и эту мысль западная медицина только начинает принимать.

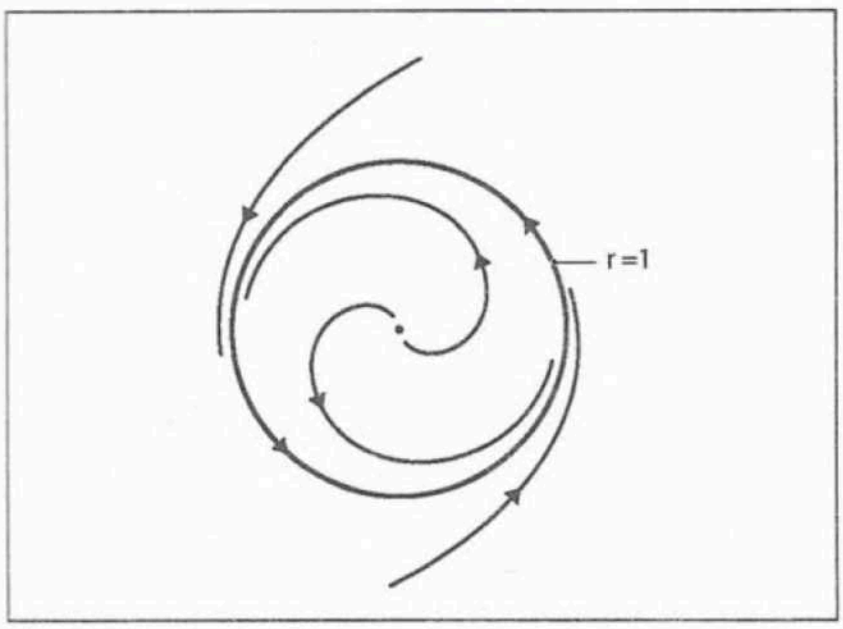


Рис. 6.4. **Графическое выражение предельного цикла.** Сходство с символом *тайцзи* возникло еще за тысячелетия до изобретения исчисления, и графическое выражение предельного цикла может показаться пророческим, поскольку и символ, и цикл описывают динамическое взаимодействие между двумя динамически взаимодействующими факторами, при котором выражение одного фактора синхронно изменяет выражение второго фактора. Из книги Янзци Лиу *«Базовая книга китайской медицины, том 1: Теория»*, Нью-Йорк, 1988, с. 46.

Основные или первостепенные меридианы

Китайцы говорят, что в теле человека есть 14 важнейших меридианов, на каждом из которых есть свои собственные акупунктурные точки. Два из них — Управляющий и Центральный меридианы — идут вверх от области паха. Центральный меридиан идет вверх по средней линии с передней стороны тела от точки на промежности до точки непосредственно под нижней губой. Он несет энергию Инь. Управляющий меридиан идет от кончика копчика вверх по позвоночнику и через макушку головы к точке на уздечке верхней губы. Он несет энергию Ян. Другие двенадцать меридианов двусторонние, то есть один идет вверх или вниз по правой, а другой — вверх или вниз по левой стороне тела. Из этих двенадцати двусторонних меридианов шесть меридианов Инь и шесть меридианов Ян.[40]

В китайской анатомической позиции руки подняты над головой, и, таким образом, все меридианы Ян (за исключением Управляющего) идут от неба к земле, а все меридианы Инь — от земли к небу. С помощью Закона пяти элементов Инь, текущая от земли, соединяется с Ян, текущей с неба. Соответственно, древнюю поговорку можно переформулировать: «Ничего нет между Инь и Ян, кроме ци и Закона пяти элементов, который ею управляет».

Чтобы проще было понять эту систему, представьте двенадцать основных меридианов в виде двенадцати высоких цилиндров, установленных в круг, и наполненных до определенного уровня жидкостью (ци), как показано на рис. 6.5. Обратите внимание, что Центральный и Управляющий меридианы, хотя и входят в расширенную систему меридианов, но не являются частью Закона пяти элементов. Каждый из двенадцати цилиндров непосредственно связан большими трубками со следующим цилиндром по кругу. Каждый цилиндр также связан с каждым другим цилиндром меньшими добавочными трубками, которые называются *командными сосудами*, начинающимися и оканчивающимися командной точкой Закона пяти элементов (см. пронумерованные круги на рис. 6.6). Они называются командными точками, поскольку действуют как клапаны на этих добавочных каналах или меридианах, контролирующих поток ци между меридианами.

Эти цилиндры (меридианы), в свою очередь, соединены бесчисленным множеством трубок различных диаметров (первостепенные, второстепенные, третьестепенные и т. д.), по которым циркулирует жидкость. Некоторые из этих трубок соединяются с другими трубками, но каждый раз, когда трубка присоединяется к цилиндру или другой трубке, там есть клапан, акупунктурная точка (см. рис. 6.7). Жидкость постоянно движется в направлении по часовой стрелке. При условии, что все клапаны должным образом отлажены, жидкость во всех цилиндрах остается на одинаковом уровне, они содержат одно и то же количество энергии или баланс Инь и Ян.

Однако китайцы представляли себе меридианы сгруппированными не в круг, как изображено на рисунке, а в пять элементов, где каждый элемент представ-

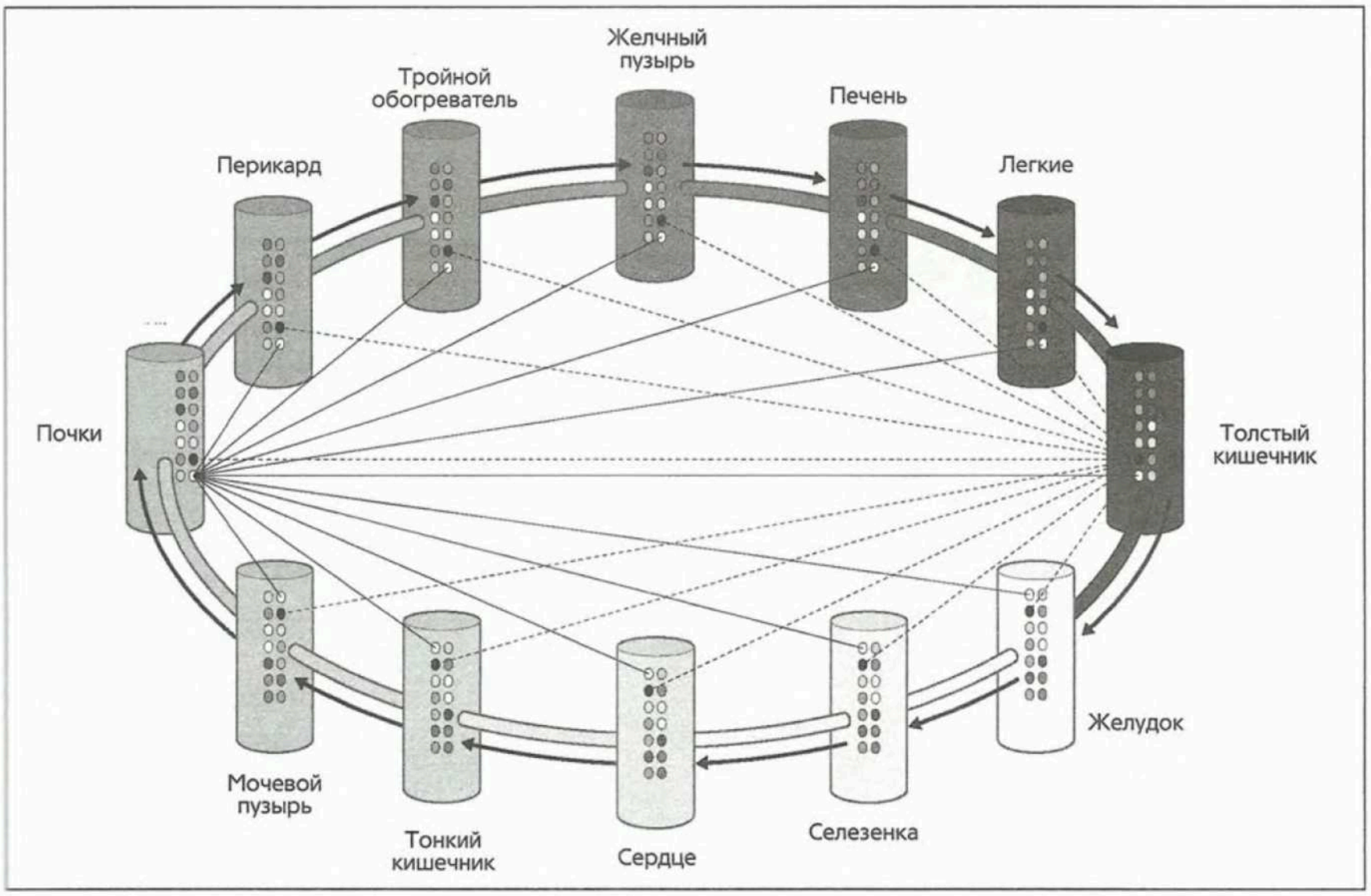


Рис. 6.5. **Цилиндры.** Если представить каждый меридиан в виде цилиндра с потоками жидкости к другим цилиндрам, исходящим из его командных точек к таким же точкам других цилиндров, эти потоки создают сеть или матрицу. Примечание: эти связи показаны только для двух меридианов; если нарисовать все связи, то они в действительности будут напоминать паутинку или множественную сферу взаимосвязей.

лен сдвоенной парой, в которой один меридиан Инь, а другой — Ян. Каждый элемент олицетворял некое первичное качество, и эти качества именовались со ссылкой на элементы из мира природы, которые, для китайцев, отражали эти качества. Таким образом, у них есть элемент Огня, элемент Земли, элемент Металла, элемент Воды и элемент Дерева (см. рис. 6.6).

Эти пять элементов связаны друг с другом потоком энергии ци, текущей по сложным путям, которые называют *каналами* или *сосудами*, но французские исследователи перевели их как *меридианы*. У сосудов или меридианов имеются основные проводящие пути, вдоль которых расположены акупунктурные точки. Акупунктурные точки можно представить в виде клапанов, контролирующих или перенаправляющих поток ци, чтобы ци равномерно распределялась по телу. Главный принцип акупунктурной теории заключается в том, что все дисбалансы в функционировании тела связаны с дисбалансом ци. Поэтому, когда в одной системе слишком много энергии, то есть переизбыток энергии, это приводит к физиологическим нарушениям, которые в западной физиологии называются

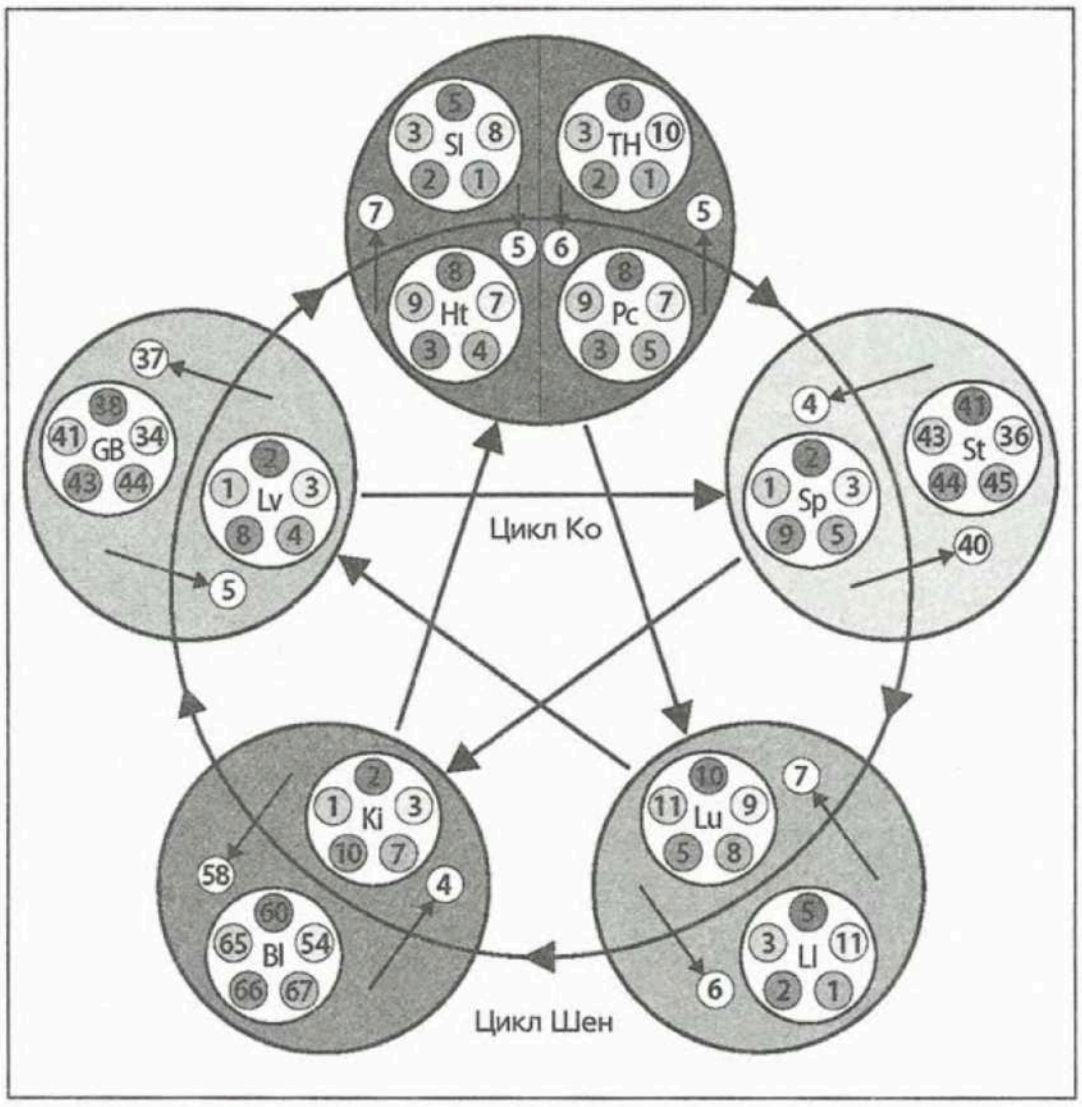


Рис. 6.6. **Закон пяти элементов акупунктуры.** На рисунке изображен поток ци по системе меридианов. Каждый элемент — это пара, состоящая из меридианов Инь и Ян, двух основных потоков, балансирующих друг друга: Ян Шен или цикл активации, поток от элемента к элементу по часовой стрелке, и Инь Ко или контрольный цикл, регулирующий или контролирующий поток ци от меридиана, следующего за этим меридианом в потоке цикла шен. BI — Мочевой пузырь; GB — Желчный пузырь; Ht — Сердце; Ki — Почки; LI — Толстый кишечник; Lv — Печень; Lu — Легкие; Pc — Перикард; SI — Тонкий кишечник; Sp — Селезенка; St — Желудок; TH — Тройной обогреватель.

физиологическим структурам. И, несмотря на то, что в книгах по акупунктуре обычно показаны лишь основные меридианы, существует достаточно много различных сосудов, соединяющих эти главные меридианы друг с другом, отчего они становятся похожи на сообщающуюся сеть энергетической структуры. Таким образом, поток энергии ци регулируется посредством активации или стимуляции акупунктурных клапанов.

Но что происходит, если клапан опущен, ограничивая или блокируя поток жидкости? Тогда в предыдущем цилиндре уровень жидкости поднимается, потому что в него приходит больше жидкости, чем уходит. В этом цилиндре образуется переизбыток жидкости (ци) в сравнении с остальными цилиндрами. Поскольку каждый меридиан обладает свойствами либо Инь, либо Ян, то в одной составляющей системы теперь образуется переизбыток Инь или Ян (см. рис. 6.7).

Уровень жидкости в следующем цилиндре упадет в сравнении с остальными, поскольку жидкость из него будет уходить быстрее, чем прибывать. В этой части системы образуется недостаток Инь или Ян. В китайской медицинской системе для решения этой проблемы необходимо найти заблокированный клапан и отрегулировать его. Как только блок снят, уровень жидкости автоматически восстано-

воспалительными. Когда в системе слишком мало энергии ци, ее недостаток, то эти физиологические нарушения в западной системе называются *конгестивными* или *застойными*.

Каждая из акупунктурных точек является точкой входа или выхода при присоединении основных сосудов или меридианов друг ко другу или ко второстепенным или третьестепенным сосудам, направляя потоки ци к конкретным

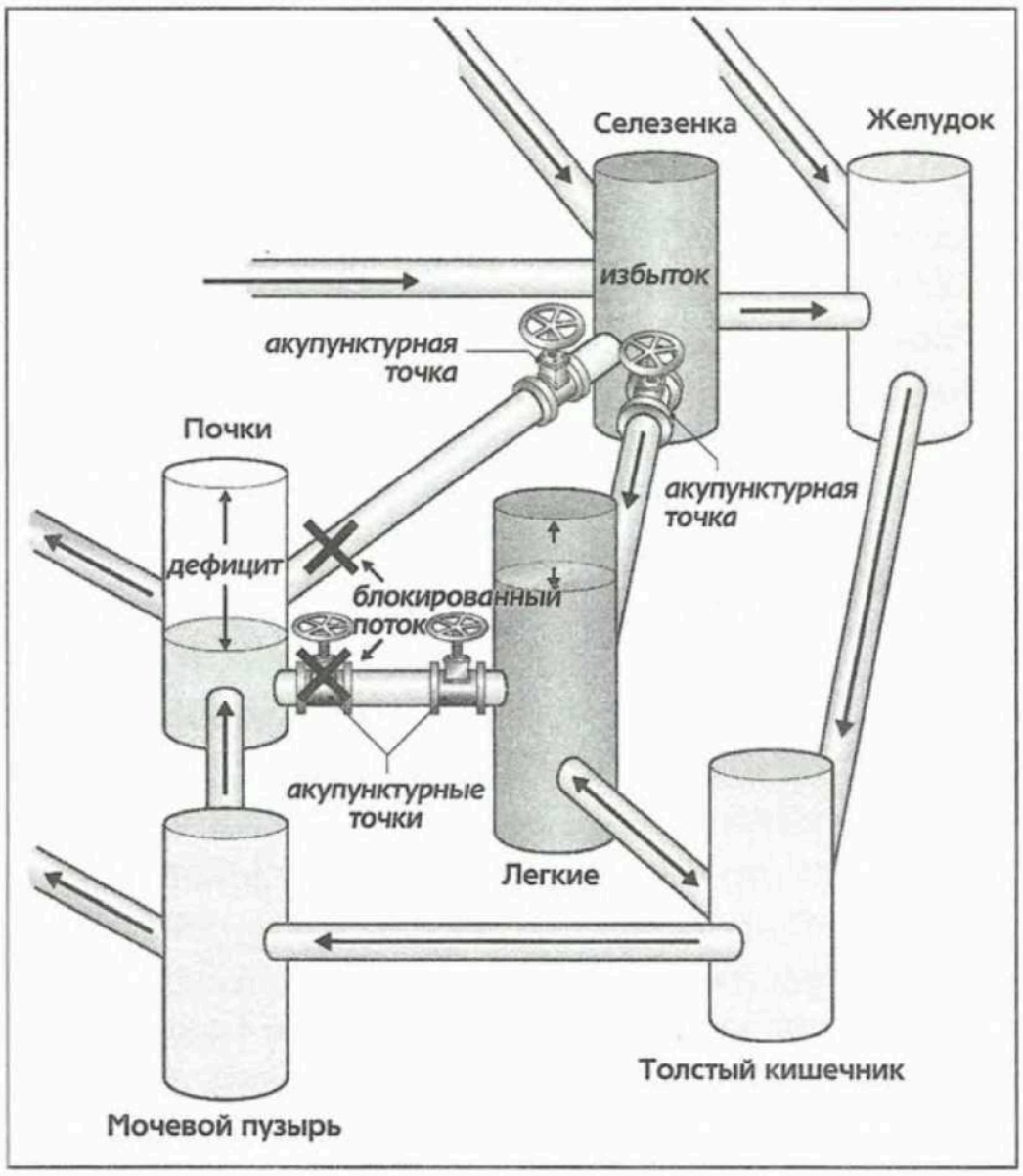


Рис. 6.7. **Блокированный клапан.** Каждый основной меридиан можно представить, как цилиндр в цепочке цилиндров в модели Закона пяти элементов. Каждая трубка, приходящая в цилиндр, соединяется с ним клапаном, акупунктурной точкой, которая контролирует поток жидкости (ци). Уровни жидкости в цилиндрах почек и легких символизируют классическую проблему акупунктуры — переизбыток и недостаток энергии. Чтобы ее решить, нужно настроить клапаны в направлении потока, и тогда уровень жидкости выровняется, следуя законам природы.

гии в определенном месте, и если отвести избыточную энергию, то боль также уйдет. Именно такие результаты специалисты по акупунктуре и акупрессуре видят в своей практике каждый день, и клиенты часто восклицают: «Боль же была прямо вот здесь!», ощупывая себя и пытаясь найти, где затаилась боль, которая исчезла, будто по волшебству.

Эта система эффективна и убедительна, с простыми принципами, но ее применение может вызывать трудности, а результаты ее применения многообещающи и значительны. Ведь именно применение этих древних знаний вкупе с западной методикой прямой подсознательной биологической обратной связи, получаемой посредством мониторинга мышцы, позволило кинезиологии приобрести такую популярность.

Следует отметить, что в традиционной китайской философии фактически существует семь элементов, но первый элемент — управляющий Огонь, представленный двумя из восьми Чудесных меридианов — Управляющим и Центральным, — более относится к области Духа, отождествляясь больше с нашей *душой*, нежели физиологией, и поэтому не является частью акупунктурной системы пяти элементов, которая занимается физиологией тела.

Традиционно (по крайней мере, в западном представлении) пять элементов и показаны как таковые, но элемент Огня состоит из четырех, а не из двух

вится, равно как и восстановится баланс Инь и Ян.

Что же произойдет в теле? После устранения энергетической блокировки и восстановления баланса физиологическая функция, поврежденная предыдущей энергией или нарушением течения ци, мгновенно исчезает. В китайской системе боль — лишь признак переизбытка энер-

меридианов, как остальные четыре элемента. Китайцы всегда рассматривали элемент Огня как обладающий двумя аспектами, представленными двумя сдвоенными парами меридианов: верховный элемент Огня (меридианы Сердца и Тонкого кишечника) и вспомогательный элемент Огня (Перикард и меридиан Тройного обогревателя). Совместно эти две сдвоенные пары Инь-Ян охватывают все аспекты качеств, относимых китайцами к огню.

Структура акупунктурной системы меридианов

Тогда как многие люди полагают, что система меридианов — это двухмерная система линий, нарисованных на теле человека, этот аспект символизирует лишь главные энергетические проводящие пути этой огромной системы (см. рис. 6.8). Как было отмечено выше, китайцы выделяют 14 основных меридианов с присущими каждому акупунктурными точками, которые распределяют ци по всему телу. Эти 14 главных меридианов называются основными или первостепенными, но представляют собой лишь самые явные потоки энергии. На каждом из этих главных меридианов расположены специальные акупунктурные точки, регулирующие и направляющие поток энергии по этим каналам, связывая 14 основных потоков множеством более мелких каналов различных размеров. Подробное обсуждение полной структуры акупунктурной системы меридианов выходит за рамки настоящей книги, но при желании читатели могут больше узнать об этих второстепенных сосудах из прекрасного разъяснения, которое дается в работе Ройстона Лоу *«Второстепенные сосуды акупунктуры»*.[41] Доступное для понимания изложение китайской философии, лежащей в основе китайской медицины, приведено в книге Теда Капчука *«Сеть, не имеющая ткача»*.[42]

Второстепенные сосуды

После основных меридианов самыми важными меридианами являются второстепенные сосуды, которые соединяют основные меридианы друг с другом и с различными составляющими функции тела. Поскольку в западной литературе чаще всего использовался французский термин *меридиан*, по традиции мы будем его использовать только при упоминании основных сосудов акупунктуры, а термин *сосуд* мы будем употреблять в отношении всех второстепенных каналов.

Акупунктурные точки на каждом основном меридиане, расположенные в месте входа или выхода в эти второстепенные сосуды, называются точками цзин, точками входа или выхода, командными точками, часовыми точками, точками Ло, точками источника и точками юань; они контролируют и регулируют не только поток энергии в меридиане, но и между меридианами, а также между меридианами и связанными с ними органами. Поэтому для каждого меридиана, не прямого линейного потока, существует сеть или сфера взаимосвязанных энергетических путей, соединяющих каждый меридиан со всеми остальными меридиана в теле.

Командные точки

Акупунктурные точки, открывающие доступ к второстепенным сосудам, обычно называются по имени этого второстепенного сосуда. К примеру, точка Ло открывает доступ к сосуду Ло, командная точка Огня — к второстепенному сосуду, присоединяющему каждый меридиан к элементу Огня, и т.д. Командные точки называются именно так, потому что являются точками входа или выхода в главные второстепенные каналы, присоединяющие основные потоки меридианов друг к другу. Стимулирование командной точки направляет поток энергии в одном основном меридиане к другому основному меридиану, обеспечивая перераспределение энергии в системе меридианов и балансируя поток энергии в системе в целом.

К примеру, если присутствует недостаток ци в меридиане Селезенки и переизбыток ци в меридиане Сердца, то стимулирование точки Sp 2 (второй точки на меридиане Селезенки) «перетянет» избыток ци из меридиана Сердца, чтобы восполнить недостаток в меридиане Селезенки, открыв вход или клапан на второстепенном командном сосуде Sp 2, на том конце канала, который присоединяется к Селезенке. Энергия похожа на воду — она всегда течет сверху вниз, всегда стремится к самовыравниванию и всегда ищет кратчайший путь. Поэтому, как только командный сосуд у селезенки откроется, энергия потечет в меридиан Селезенки до тех пор, пока уровень энергии в обоих меридианах не выровняется.

Часовые точки

Каждый из двусторонних меридианов на правой стороне тела больше обладает свойствами Ян, а на левой стороне тела — свойствами Инь, отражая полярность тела. Поэтому один вид дисбаланса Инь-Ян заключается в том, что с одной стороны в меридиане больше энергии, чем с другой, даже несмотря на то, что в меридиане в целом присутствует гомеостатический объем энергии. Командная точка элемента меридиана, на котором расположена точка (к примеру, командная точка Земли на меридиане Селезенки) называется часовой точкой. Стимулирование часовой точки на стороне меридиана с недостатком энергии открывает часовой канал. Это второстепенный сосуд, соединяющий один и тот же меридиан на обеих сторонах тела, что позволяет переизбытку энергии на одной стороне перетечь к недостатку энергии на другой стороне. К примеру, если в меридиане Селезенки слишком много энергии с правой стороны (дисбаланс Ян), тогда стимулирование точки Sp 3 на левой стороне меридиана даст возможность этой избыточной энергии Ян перетечь на сторону Инь с недостатком энергии, выравнивая баланс энергии между правым и левым меридианами Селезенки.

Точки Ло

Мы вкратце охарактеризуем роль некоторых основных командных точек и их второстепенных сосудов. Тогда как командные точки соединяют основные меридианы непосредственно друг с другом,

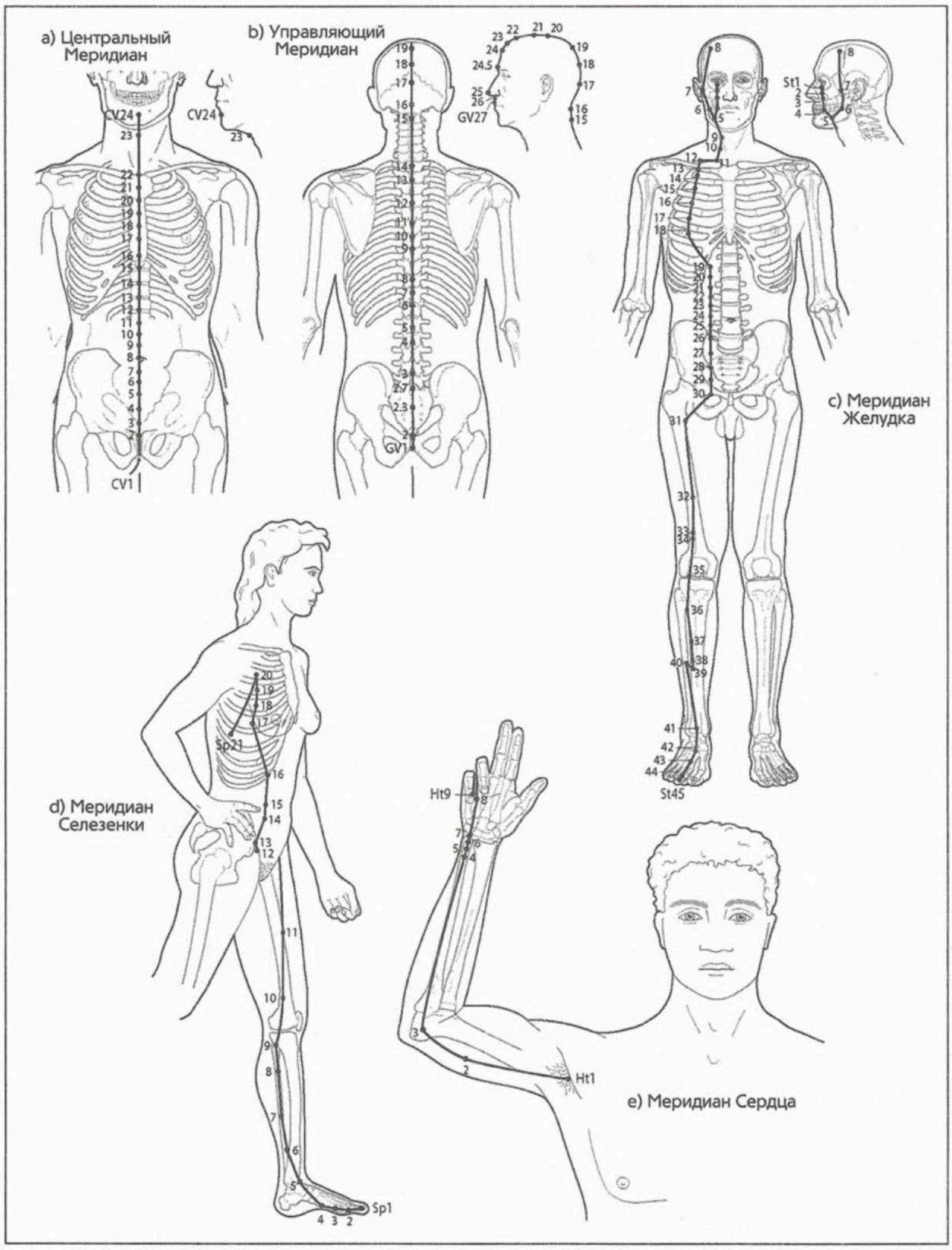
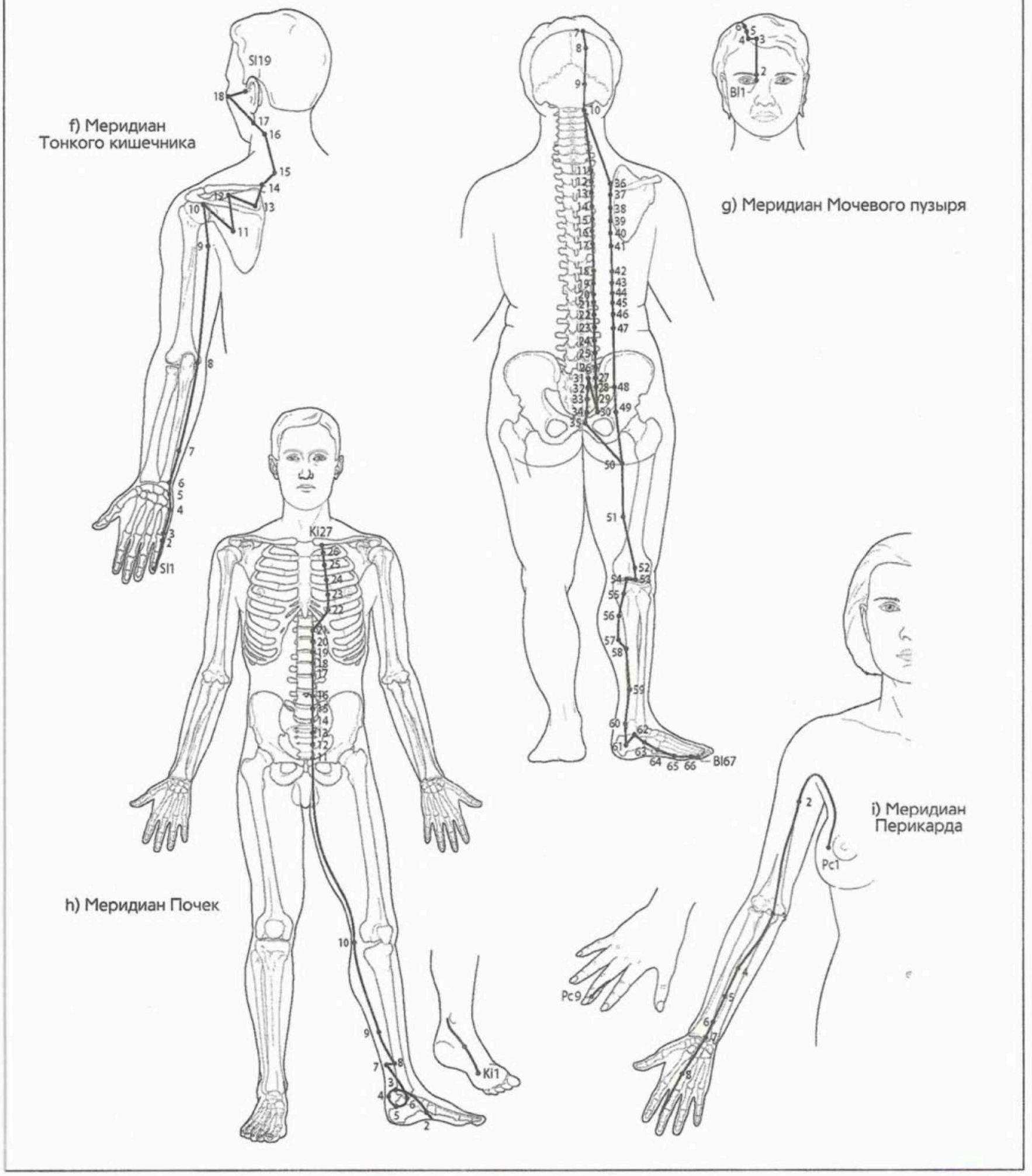
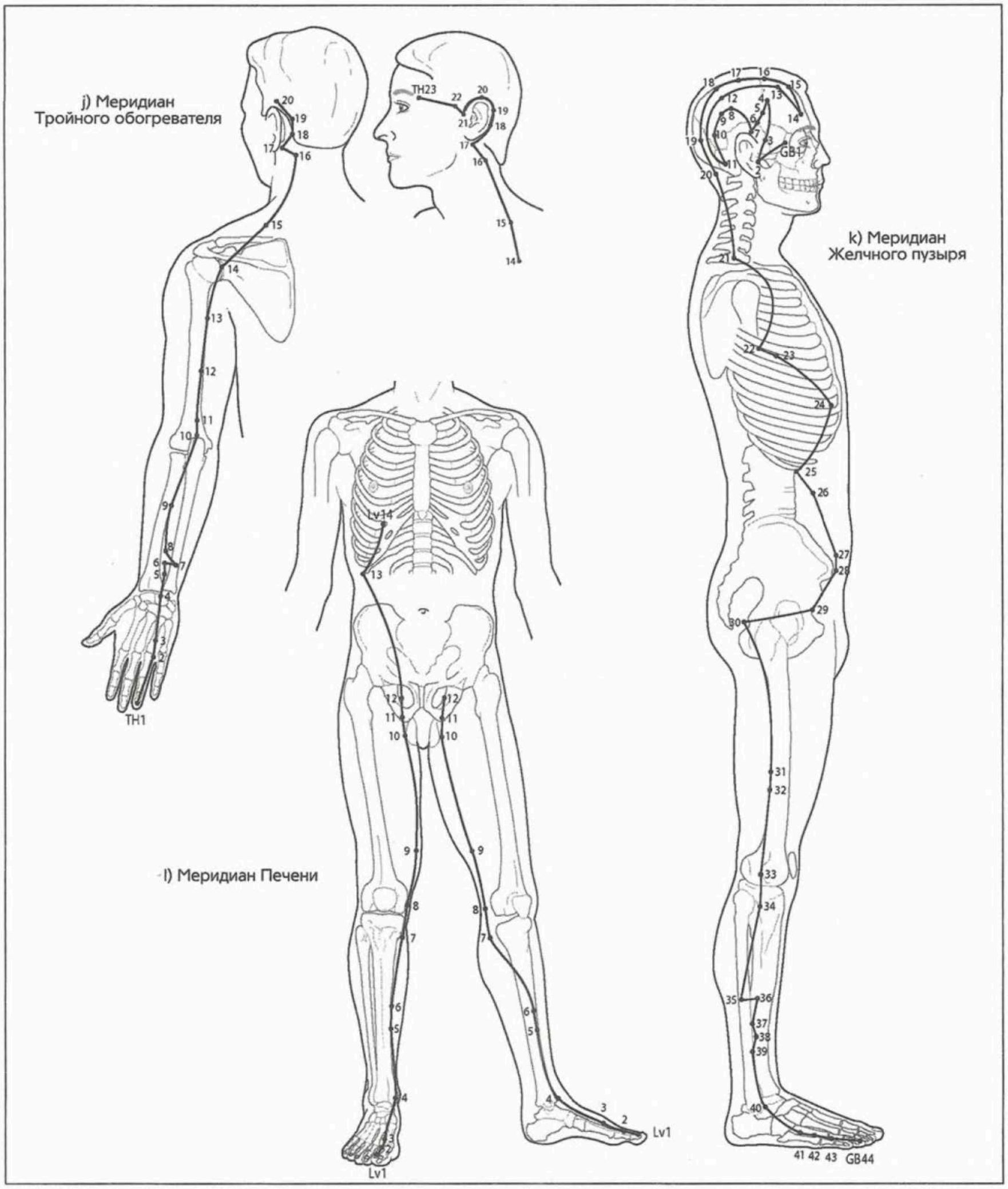


Рис. 6.8 **14 основных меридианов китайской акупунктурной системы.**

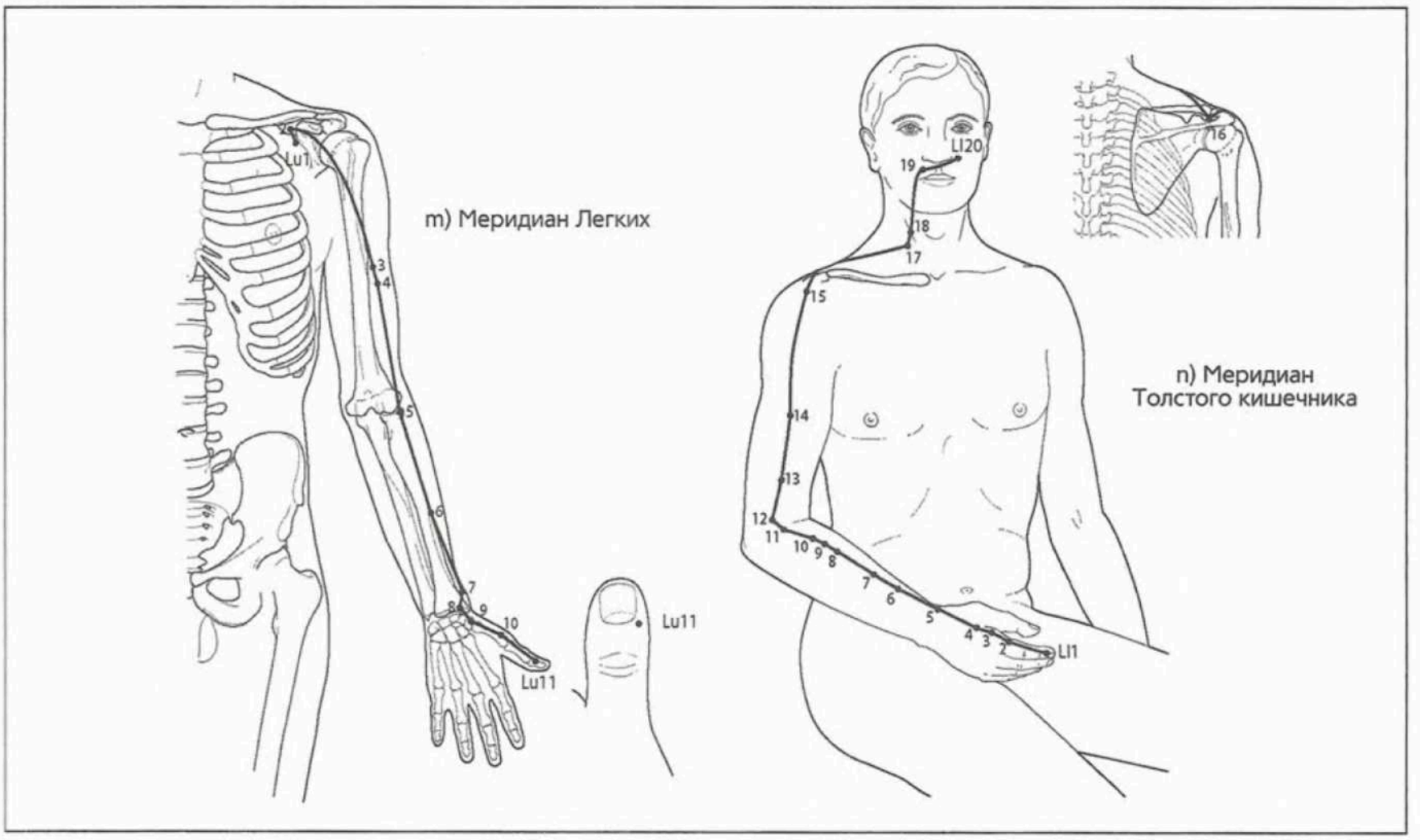
a) На *Центральном меридиане* расположено 24 акупунктурных точки, и путь меридиана идет вверх по средней линии спереди от точки CV 1 на промежности до нижней губной борозды (срединная точка под центром нижней губы), CV 24.



b) На *Управляющем меридиане* находится 28 акупунктурных точек, и он идет вверх по средней линии сзади от точки GV 1 на кончике копчика через макушку и вниз по лбу и носу к уздечке верхней губы (полоска кожи, соединяющая верхнюю губу с серединой десны), GV 28.



c) *На меридиане Желудка* расположено 45 акупунктурных точек, и он идет от точки St 1 на подглазничном отверстии (впадина в центре нижней кости глазницы), вверх и затем снова вниз по окружности лица, вниз по передней стороне туловища, вниз по боковой поверхности ноги и ступни до точки цзин на боковинке ногте второго пальца ноги со стороны мизинца), St 45.



d) *На меридиане Селезенки* расположена 21 акупунктурная точка, и он идет от точки цзин на медиальной поверхности ногтя большого пальца, Sp 1, вверх по внутренней поверхности ноги, вверх по туловищу к акупунктурной точке в пятом межреберном промежутке непосредственно на средней подмышечной линии (линии от середины подмышки к талии), Sp 21.

e) *На меридиане Сердца* расположено девять акупунктурных точек, и он идет вниз от точки Ht 1 в центре подмышки по внутренней поверхности руки к точке цзин на боковинке ногтя мизинца со стороны безымянного пальца, Ht 9.

f) *На меридиане Тонкого кишечника* расположено 19 акупунктурных точек, и он идет от точки цзин SI 1 на боковинке ногтя мизинца вверх по внешней поверхности руки по плечу, затем вверх по шее к акупунктурной точке на боковой окружности лица непосредственно перед козелком ушной раковины (небольшой треугольничек в основании уха), SI 19.

g) *На меридиане Мочевого пузыря* расположено 67 акупунктурных точек, и он идет от точки BI 1 на внутреннем кантусе глаза (где оба века соединяются у носа) вверх через макушку, и затем разделяется на два отдельных пути по спине до крестца, где они снова соединяются и идут по боковой стороне ступни к точке цзин на внешней стороне ногтя мизинца, BI 67.

h) *На меридиане Почек* находится 27 акупунктурных точек, и он идет вверх от точки непосредственно в центре подошвы стопы, Ki 1, делает оборот вокруг внутренней таранной кости и идет вверх по внутренней поверхности ноги, вверх по передней поверхности туловища по бокам от средней линии и оканчивается у впадинки сразу под ключицей у грудины, Ki 27.

i) *На меридиане Перикарда* расположено девять акупунктурных точек, и он идет от точки рядом с соском, Pc 1, вверх к плечу и вниз по середине внутренней поверхности руки к точке цзин на боковинке ногтя среднего пальца со стороны большого пальца, Pc 9.

j) *На меридиане Тройного обогревателя* находится 23 акупунктурных точки, и он идет от точки цзин на боковинке ногтя безымянного пальца со стороны мизинца, TH 1, вверх по тыльной поверхности кисти и руки, затем вверх по шее и заканчивается во впадине у окончания брови, точка TH 23.

k) *На меридиане Желчного пузыря* располагается 44 акупунктурных точки, и он начинается с точки GB 1 у внешнего кантуса глаза (где оба века соединяются у внешнего угла глаза), вверх к макушке голо-

вы, а затем назад и вперед по виску, вниз по боковой стороне туловища, ноги и ступни и оканчивается точкой цзин на боковинке ногтя четвертого пальца на ноге со стороны мизинца, GB 44.

l) *На меридиане Печени* расположено 14 акупунктурных точек, и он идет от точки цзин на боковинке ногтя большого пальца ноги со стороны мизинца, Lv 1, вверх по центру стопы и ноги, вверх по передней поверхности туловища к точке Lv 14 в пятом межреберном промежутке на средней сосковой линии (от соска непосредственно вниз к талии).

m) *На меридиане Легких* расположено 11 акупунктурных точек, и он идет вниз по внутренней поверхности руки от точки Lu 1, во впадинке под ключовидным отростком лопатки, до точки цзин на боковинке ногтя большого пальца руки, Lu 11.

n) *На меридиане Толстого кишечника* располагается 20 акупунктурных точек, и он идет от точки цзин на боковинке ногтя указательного пальца руки со стороны большого пальца, LI 1, вверх по боковой поверхности руки, по плечу, вверх по шее и оканчивается непосредственно во впадинке у боковой поверхности внешней ноздри, LI 20.

точки Ло являются точками входа и выхода во второстепенные сосуды, которые соединяют сдвоенные основные меридианы Инь и Ян каждого меридиана в Законе пяти элементов друг с другом (см. рис. 6.9). Эти второстепенные каналы называются *сосудами Ло* или *поперечными сосудами*. Поэтому, если присутствует слишком много энергии в основном меридиане Ян элемента и слишком мало энергии в основном меридиане Инь элемента, тогда стимулирование точки Ло откроет сосуд Ло, связывающий эти меридианы, перетягивая излишнюю энергию из меридиана с переизбытком в меридиан с недостатком.

К примеру, если в меридиане Толстого кишечника элемента Металла переизбыток энергии, а в меридиане Легких элемента Металла недостаток энергии, тогда стимулирование точки Ло Lu 7 откроет сосуд Ло, связывающий меридиан Толстого кишечника с меридианом Легких, оттягивая излишек энергии из меридиана Толстого кишечника в меридиан Легких, для того чтобы восполнить и сбалансировать недостаток энергии.

Точки источника

Точка источника — это клапан во второстепенный сосуд, который соединяет каждый основной меридиан с взаимосвязанным с ним органом. Не забывайте, что китайцы представляют энергию ци как питательную, укрепляющую энергетический шаблон, необходимый для поддержания физической структуры и функции органа, взаимосвязанного с этим меридианом. В некотором смысле поток ци поддерживает энергетический шаблон органа или обеспечивает информацию, необходимую для поддержания физического органа. Поэтому если взаимосвязанный орган нуждается в более мощном потоке питательной ци для укрепления и поддержания его функции, то стимулирование точки источника направит питательную ци во взаимосвязанный орган. Стимулирование точки источника также привлечет энергию в меридиан в целом, поскольку они выступают в качестве точек преобразования космической энергии в тонкую энергию. Точки источника влияют на весь поток энергии в меридиане и в четыре раза более активны, чем любые другие точки на меридиане.

Точки входа и выхода

Точки входа и выхода на каждом меридиане являются окончаниями второстепенных сосудов, соединяющих поток ци в одном меридиане с другим меридианом, так чтобы ци текла непрерывно и постоянно по всей системе меридианов. Таким образом, точка входа — это акупунктурная точка на меридиане, где энергия входит в меридиан, а точка выхода — это акупунктурная точка, где она выходит из меридиана и течет в следующий меридиан в поверхностном цикле течения ци по телу. Точка входа и точка выхода зачастую являются, соответственно, первой и последней точками на меридиане (см. рис. 6.10).

Существует интегративная схема течения ци по системе меридианов через соединение точек входа и выхода. Традиционно она начинается с меридиана Желудка, затем переходит к Селезенке, сердцу, Тонкому кишечнику, Мочевому пузырю, Почкам, Перикарду, Тройному обогревателю, Желчному пузырю, Печени, Легким и Толстому кишечнику, возвращаясь снова к Желудку. В этой схеме течения поток движется от головы к ступням, затем от ступней к туловищу, от туловища к кистям, от кистей рук к голове, от головы к ступням, и цикл повторяется (см. рис. 6.11). В некоторых случаях точки входа и выхода не являются первой и последней точками на меридиане, и второстепенный сосуд, объединяющий следующие друг за другом в цикле ци меридианы не соединяются в конечных точках, хотя эти точки обычно расположены близко к началу и окончанию основного меридиана.

Рис. 6.9. **Сосуды Ло или поперечные сосуды.** Точки Ло — это акупунктурные точки, обеспечивающие вход и выход из каналов или сосудов Ло, непосредственно соединяющих основные меридианы Инь и Ян в паре в рамках каждого элемента, и используются для того, чтобы уравновесить энергию Инь и Ян в каждом элементе.

Тем не менее, оставшийся отдаленный участок меридиана до или после точки входа или выхода не является тупиковым, поскольку есть еще один второстепенный сосуд, соединяющий конечные точки следующих друг за другом меридианов, но он выполняет вторичную функцию по отношению к второстепенному меридиану, соединяя точки входа и выхода на меридиане. Стимулирование этих акупунктурных точек помогает перенести энергию из одного меридиана в следующий в случае блокировки потока ци.

Точки цзин

Точкой цзин называется точка на каждом меридиане, первая или последняя, которая располагается на кистях или стопах (например, у ложа ногтя на ноге или руке); иногда в японской акупунктуре они также называются *ногтевыми точками* или *точками Акабане* (см. рис. 6.12). Энергия, как правило, накапливается у конечных и начальных точек, и эти точки зачастую являются и началом

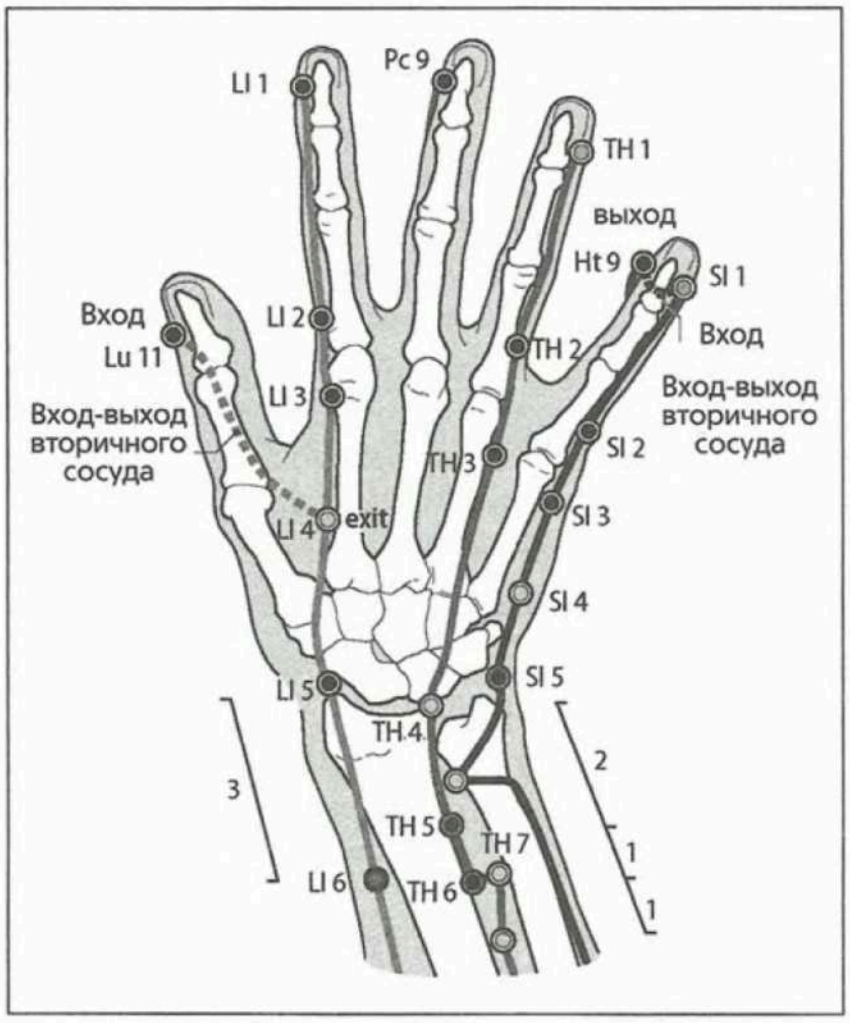


Рис. 6.10. **Точки входа и выхода на меридиане.** Поток ци течет в меридиан через точку входа и вытекает из меридиана через точку выхода, проходя по второстепенному сосуду, который называется сосудом входа-выхода. Если точка входа или выхода меридиана представляет собой глухой конец, то поток перенаправляется к акупунктурной точке, к которой и от которой идет прямой поток от предыдущего меридиана и к последующему меридиану по часовому распорядку. Сравните поток между точками Lu 11 и LI 4 с потоком между Ht 9 и SI 1. Pc, Перикард; TH, Тройной обогреватель.

других важных второстепенных сосудов — мышечно-сухожильных меридианов.

Эти мышечно-сухожильные меридианы — второстепенные сосуды, соединяющие основной меридиан с взаимосвязанными поверхностными областями тела, включая мышцу (или мышцы), взаимосвязанную с основным меридианом в кинезиологии. Мышечно-сухожильные меридианы переносят защитную разновидность ци — вэй ци, получаемую из меридианной ци, действующую как первая линия защиты против вторжения негативной энергии. Стимулирование точки цзин может сбалансировать поток энергии в мышечно-сухожильных меридианах (см. рис. 6.13).

Ассоциативные точки (задние точки шу)

Ассоциативные точки — это акупунктурные точки на спине вдоль среднего участка меридиана Мочевого пузыря с каждой стороны позвоночника. Излишняя энергия из каждого меридиана хранится в ассоциативной точке. Они также известны как *универсальные точки* меридиана. Точка Ki 27 (меридиана Почек) считается ассоциативной точкой всех ассоциативных точек, отсюда и обобщенное влияние акупунктурных точек Ki 27 на полярность, к примеру, переключение, и даже интегративные нейронные потоки по всему мозолистому телу, обусловливающие интеграцию мозга. Ассоциативные точки — это все акупунктурные точки меридиана Мочевого пузыря, расположенные на спине. Они выступают в роли конденсаторов, забирая кратковременные переизбытки энергии в меридианном потоке и выпуская эту избыточную энергию по мере того, как мимо проходит волна энергии.

Применение акупрессуры по этим точкам во многих случаях приводит к мгновенному облегчению боли во взаимосвязанном органе или мышцах спины, на которых расположена точка. Более того, одна из причин, по которой эти точки изначально были болезненными,

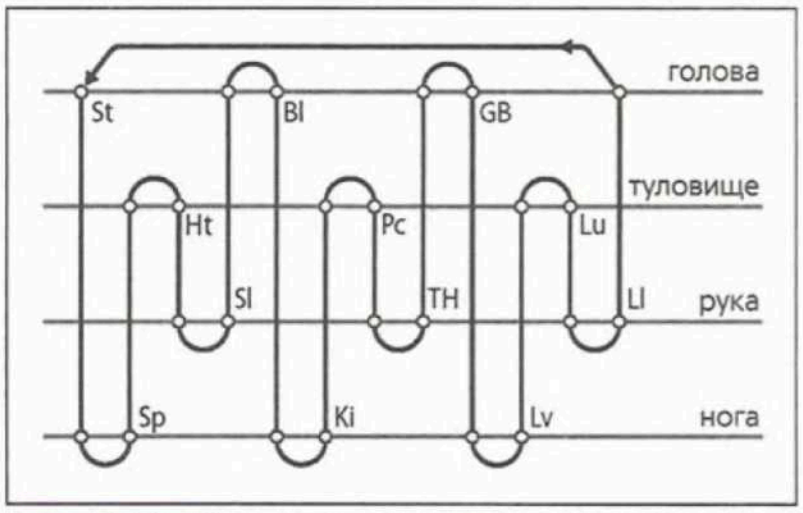


Рис. 6.11. **Колесо меридианов или часовые потоки по двенадцати основным меридианам.** Поток ци по меридианам непрерывен и идет от одного меридиана к другому в особой последовательности, но не следует глубоким потокам Закона пяти элементов. Это последовательное движение энергии называется *часовыми потоками* или *колесом потоков* и представляет собой двухчасовые энергетические пиковые периоды в каждом меридиане. Энергия перетекает в следующий меридиан с повторяющейся последовательностью, от головы к ступням, от ступней к туловищу, от туловища к кистям рук, от кистей рук к голове, создавая 24-часовой цикл. Bl — Мочевой пузырь; GB — Желчный пузырь; Ht — Сердце; Ki — Почки; Ll — Толстый кишечник; Lv — Печень; Lu — Легкие; Pc — Перикард; Sl — Тонкий кишечник; Sp — Селезенка; St — Желудок; TH — Тройной обогреватель.

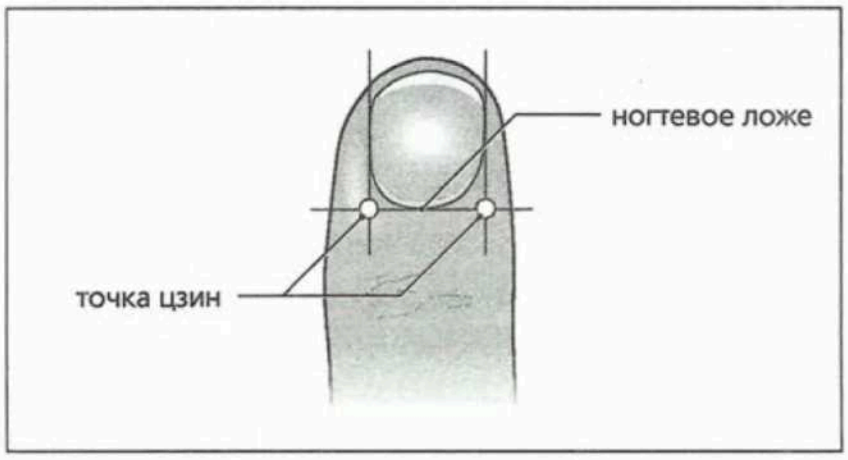


Рис. 6.12. **Точки цзин или точки Акабане.** Начало или окончание каждого меридиана китайцы называют *точкой цзин*, а японцы — *точкой Акабане*. Эти точки расположены по обеим сторонам ложа ногтя на каждом пальце рук и ног. Точки цзин находятся на пересечении линии, проведенной от угла кончика ногтя руки или ноги прямо вверх по пальцу, с линией, проведенной поперек ложа ногтя.

Рис. 6.13. **Сухожильно-мышечные меридианы.** Сухожильно-мышечные меридианы начинаются в точке цзин и направляются в поверхностные ткани ближайшей области тела, неся в себе производную меридианной цзин ци, которая называется вэй ци и, по китайской философии, блокирует негативную энергию.

заключается в том, что накопившаяся в ассоциативной точке энергия выплеснулась в окружающую мышечную ткань, создавая состояние переизбытка энергии, что в китайской системе приравнивается к боли.

Все эти точки расположены вдоль позвоночника по меридиану Мочевого пузыря на расстоянии полтора цуня (телесного дюйма) от средней линии от точки Bl 13 по обеим сторонам от третьего грудного позвонка вниз до точки Bl 27 на крестце.

Сигнальные точки
(передние точки му)

Сигнальные точки — это особые индикаторные точки, которые указывают на наличие переизбытка или недостатка энергии во взаимосвязанном меридиане. Только сигнальные точки Центрального и Управляющего меридианов, а также меридианов Легких, Печени и Желчного пузыря располагаются на соответствующих меридианах; другие сигнальные точки, хоть и не расположены на своих меридианах, фактически располагаются над органом, с которым они взаимосвязаны. К примеру, сигнальная точка меридиана Сердца находится над обла-

стью сердца, а сигнальная точка Толстого кишечника находится над толстым кишечником. Шесть сигнальных точек двенадцати меридианов располагаются на Центральном меридиане, две точки на меридиане Желчного пузыря, две точки на меридиане Печени и по одной точке на меридианах Легких и Желудка. Сигнальные точки Центрального и Управляющего меридианов — CV 24 и GV 26 — находятся на соответствующих меридианах.

Сигнальные точки — это точки на второстепенных сосудах, соединяющие основной меридиан с взаимосвязанным органом, следовательно, они свидетельствуют о нарушениях питательного потока ци, который несет организующую информацию к органу, поддерживая его структуру и функцию и обеспечивая гомеостаз в системе этого органа. Именно по той причине, что сигнальные точки расположены на этих второстепенных сосудах, их местоположение зачастую не совпадает с акупунктурными точками на меридиане, дисбаланс в котором они показывают.

Тонкая структура системы меридианов

Тогда как первостепенные и второстепенные сосуды акупунктурной системы меридианов обладают, несомненно, наибольшим общим воздействием на распределение ци по телу, существует и несколько других уровней распределения этих каналов ци по телу.

Существуют третьестепенные сосуды, четвертичные сосуды и т. д., причем каждый присоединяется к различным акупунктурным точкам, и ци, текущая по этим тонким каналам, имеет отношение к конкретным аспектам структуры и функции тела. Утверждается, что в акупунктурной системе меридианов существует 64 уровня распределения, последний из которых несет энергию к индивидуальным клеткам. Это поистине сложная система. Подробное рассмотрение акупунктурной системы меридианов и ее исторических и философских истоков заинтересованные читатели могут найти в замечательной книге Манфреда Поркерта «Теоретические основы китайской медицины».[43]

Происхождение меридианной энергии ци

Меридианная энергия ци или цзин ци состоит из нескольких типов ци, получаемых из различных источников. Когда человек ест пищу, как говорили и китайцы, он получает основные питательные вещества и энергию из пищи, но они также говорили, что из пищи человек получает и особый вид ци, ку ци. Сегодня мы ее называем тонкой энергией или жизненной энергией пищи. По китайской теории, ку ци — это тонкая питательная энергия из пищи, укрепляющая структуру и функции органа.

Точно так же, когда мы дышим, мы вдыхаем воздух со всеми его химическими компонентами, такими как азот, кислород и углекислый газ, но с восточной точки зрения, мы также вдыхаем тонкую разновидность космической энергии, которую йоги называют *праной*, а китайцы — та ци. Соединяясь вместе, ку ци и та ци порождают другой вид ци — цзун ци, которая должна объединиться с третьим типом ци — юань ци, чтобы превратиться в активную чжэнь ци, теку-

щую к органам Инь и высвобождающую цзин ци, которая течет по меридианам, или меридианную ци (см. рис. 6.14).

Третий компонент меридианной ци — юань ци — происходит от базисной наследственной энергией или сянь дянь ци, которая накапливается в энергетической структуре почек, не в почках как в органе. Эта наследственная ци не является активной энергией, но в потенциале может проявиться при рождении с первым вдохом. Первый вдох активирует меридиан Тройного обогревателя, и потенциал сянь дянь ци проявляется в виде активной энергии или юань ци. Юань ци также необходима для выделения ку ци из пищи. Только в тот момент, когда юань ци задействует цзун ци, производное от та ци из воздуха и ку ци из пищи, возникает чжэнь ци.

Чжэнь ци затем передается из легких к органам Инь пяти элементов, при этом каждый орган удерживает немного этой питательной ци для себя и преобразует остаток в цзин ци и вэй ци. Цзин ци движется по основным сосудам системы меридианов, в то время как вэй ци движется по лежащим ближе к поверхности сухожильно-мышечным меридианам и представляет собой первую линию защиты от вторжения негативной энергии, поэтому ее зачастую называют *защитной* или *предохранительной* ци.

В западной литературе вэй ци считается разновидностью функции цзин ци, и обе эти энергии совместно называют просто *меридианной ци*. Именно благодаря активному потоку меридианной ци, движущейся по нашей системе меридианов, организующая энергия распределяется по физическому телу, обеспечивая энергетический шаблон для поддержания нашего физического и физиологического бытия.

Вот почему в китайской системе так важно есть хорошую пищу для того, чтобы обеспечить высокий уровень качества энергии ку ци, и дышать чистым воздухом, чтобы улучшить качество и увеличить количество та ци, чтобы не пришлось слишком много черпать юань ци, извлекаемой из наследственной энергии.

В соответствии с китайской философией, каждый человек рождается с определенным количеством наследственной сянь дянь ци, источником юань ци, необходимой для формирования та ци и ку ци в активную функциональную меридианную ци. Таким образом, когда юань ци полностью использована, производить меридианную ци тело больше не может, следовательно, нет больше питательной ци для обеспечения и сохранения эфирного шаблона органов, и энергетический шаблон распадается. Как только исчезает эфирный шаблон, тело начинает следовать второму закону термодинамики — закону энтропии, и состояние тела начинает ухудшаться, что ведет к болезни и, в конечном итоге, к смерти.

Если качество пищи или воздуха плохое, то вы начинаете испытывать недостаток ку ци и та ци и вынуждены для выживания больше черпать юань ци. С точки зрения западной философии, юань ци можно представить, как энергию, питающую способность адаптироваться в стрессовых обстоятельствах, равносильную адаптационной энергии, как ее описывал Ганс Селье.[44] С западной физиологической перспективы физиологическая адаптация к стрессу во многом

зависит от нашей адреналиновой энергии, которая в некоторой степени исполняет роль, аналогичную юань ци в китайской системе.

Поэтому китайцы всегда понимали, что продолжительность жизни людей всегда будет разная, и реагировать на стресс они всегда будут по-разному. Люди с большим количеством наследственной ци на своем «банковском счете» потенциально могут прожить долгую и здоровую жизнь, даже если они будут чрезмерно увлекаться едой, курением и алкоголем — главными грехами с медицинской точки зрения; а вот тем, кто вступает в жизнь с ограниченным количеством наследственной ци, суждено прожить более короткую жизнь, несмотря на то, сколь хорошо они будут о себе заботиться. Наследственная ци как счет в банке, с которым мы рождаемся: мы можем снимать с него деньги, но класть деньги на него невозможно, и как только он пустеет, мы становимся банкротами.

Китайцы выяснили, что, выполняя определенные упражнения, основу ци или цигун и тайцзы, можно постепенно накопить другой тип ци — *хэ юань ци*, которая, хоть и не заменяет юань ци, является дополнительным источником энергии для адаптации к стрессу. Поэтому можно растянуть количество юань ци, необходимой для того, чтобы справиться с жизненными стрессами, и тем самым продлить свою жизнь. Хэ юань ци можно представить в виде дополнительного банковского счета, который вы, работая, пополняете и с которого вы можете снимать необходимые средства на некоторые жизненные траты, снижая таким образом объем месячных расходов по основному счету, увеличивая срок его действия.

Помимо меридианной ци по системе меридианов текут еще два вида тонкой энергии: *шень* и *цзин*. И тот, и другой прямо не переводятся, и для них сложно подобрать подходящие термины из западной культуры, но обычно *шень* переводят как «дух», а *цзин* не имеет перевода как такового, поскольку относится к энергии в основе воплощения.

Также существует множество других видов ци, каждый из которых вносит свой уникальный вклад в физиологическое и энергетическое функционирование нашего тела, но их рассмотрение не входит в цели данной книги. Если читатели заинтересованы в более подробном изучении, мы советуем изучить монографию Манфреда Поркерта «Теоретические основы китайской медицины»[43] или книгу Ройстона Лоу «Второстепенные сосуды акупунктуры».[41]

Меридианные потоки ци и здоровье

В соответствии с китайской теорией, при условии, что поток ци в каждом меридиане сбалансирован в отношении Инь и Ян и нет нигде ни переизбытка, ни недостатка, взаимосвязанный орган получает достаточно питательной ци для поддержания целостности своей структуры и функции. Любое нарушение этого потока незамедлительно скажется на функции или физиологии взаимосвязанного органа, вызывая некоторый дисбаланс в его физиологии.

Если энергетический дисбаланс значителен или продолжается уже на протяжении определенного периода времени, блокировка потока ци проявится в структуре и функции, которые этим потоком обеспечиваются. Как только под-

Рис. 6.14. Формирование меридианной ци. Для китайцев пища состоит из двух отдельных компонентов: биохимическая физическая материя и энергетическая составляющая, или ку ци. По китайской теории, вдыхаемый нами воздух также содержит тонкую энергию — та ци. Когда ку ци из пищи соединяется с та ци из воздуха, формируется предшественник цзин ци или меридианная ци, которая называется цзун ци. Для того чтобы ку ци выделилась из пищи, а цзун ци преобразовалась в активную чжэнь ци, цзин ци должна быть активирована с помощью юань ци или наследственной ци, которая хранится в энергетической структуре почек.

крепляющий питательный поток ци нарушен, ткани начинают дегенерировать по второму закону термодинамики, закону энтропии.

Степень структурного или физиологического дисбаланса прямо зависит от степени энергетического нарушения потока ци в меридиане: чем больше нарушение или блокада энергетического потока, тем больше будет физиологический дисбаланс. Следовательно, незначительная энергетическая блокада во второстепенном или третьестепенном сосуде может и не осознаваться на уровне сознания, поскольку на подсознательном уровне были выстроены эффективные компенсации. Но если блокируется основной меридиан, то возникает мгновенная явная физиологическая реакция, очевидная как самому человеку, так и окружающим.

Один из подходов при нарушении физиологии — лечить симптомы, возникающие в результате этого нарушения физиологии, чтобы нейтрализовать физиологическое нарушение. Другой подход — определить энергетическую блокаду и факторы, ее создающие, и затем применить акупунктурную или акупрессурную стимуляцию одной или более акупунктурных точек, чтобы устранить энергетическую блокаду, позволяя переизбытку энергии автоматически перетечь в область с недостатком энергии. Как только уровень энергии выравнивается, физиологическое нарушение автоматически возвращается к гомеостазу, по мере того как питательная ци снова начинает нести организующую информацию в поврежденную ткань, и этот процесс мы называем *исцелением*.

С точки зрения общего адаптационного синдрома в западной психологии, первая реакция на блокированный поток энергии — это *тревожная реакция* или *первая стадия стресса* (см. рис. 6.15). Становятся очевидными физиологические

нарушения, некоторые физиологические функции превышают нормальный гомеостатический уровень. Если бы наблюдаемой физиологической функцией была температура тела, то она проявлялась бы в форме жара или озноба. С точки же зрения китайской медицины, такая реакция рассматривается как энергетический дисбаланс, возникший в результате переизбытка Инь или Ян, соответственно. Это приводит к активации ряда энергетических и соответствующих физиологических компенсаций для восстановления нормальной температуры тела. Если для снятия энергетической блокады и для того, чтобы вернуть температуру тела к нормальным гомеостатическим условиям, этих первоначальных быстрых кратковременных компенсаций достаточно, то первая стадия стресса устранена.

Например, мне становится холодно, потому что я спокойно сижу и дует прохладный ветерок. От этого снижается температура моего тела, и меня начинает знобить. Поэтому я начинаю энергично идти, и тепло, произведенное в результате мышечной активности, быстро поднимает температуру тела, восстанавливая гомеостаз, и озноб прекращается. Обратите внимание: пассивное сидение — Инь, озноб — тоже Инь, поэтому я начинаю автоматически компенсировать движением, повышая свой Ян, чтобы повысилась температура тела для противодействия потере тепла при прохладном ветре, который обладает качеством Инь.

Но если эти первоначальные компенсации оказались безуспешными и не могут вернуть температуру тела к нормальным гомеостатическим границам, тогда начинается выполнение дополнительных более сложных и длительных компенсаций, которые приводят к *второй стадии стресса, стадии сопротивления* или *компенсации*. В этом случае я чувствую необходимость двигаться более энергично, чтобы повысить выделяемое в процессе сокращения мышц тепло, и мое тело адаптируется к этому постоянному стрессору — холоду, и гипоталамус выделяет тиреотропный гормон, в результате чего щитовидная железа выделяет тироксин, который, в свою очередь, заставляет все клетки организма повысить интенсивность основного обмена веществ, что со временем повышает температуру тела.

Компенсации второй стадии стресса всегда весьма затратны энергетически, *но, если они дают нужный эффект, они остаются вне нашего сознания*. Вторая стадия стресса, стадия компенсации, не может продолжаться бесконечно, поскольку зависит от значительных энергетических затрат на эту функцию, гораздо больших, чем требуется гомеостазом. То есть для обеспечения этих компенсаций необходимо выбирать энергию из других энергетических ресурсов тела. Поясним более наглядно: чтобы избежать финансового кризиса, мне нужно занять деньги, поэтому я беру в долг у Петра, чтобы заплатить Павлу. Но, поскольку некоторые компенсации начисляют на первоначальный энергетический займ сложные проценты, в скором времени Петр уже не может давать мне в долг достаточно денег, поэтому я еще больше занимаю у Федора, чтобы выплатить проценты, которые я должен Павлу, и со временем мне еще больше придется занимать у Геннадия и Ивана. Что произойдет, если Петр потребует возврата займа,

потому что ему нужны деньги (энергия), которые я у него занимал, чтобы выжить? Мой карточный домик рушится, и я вдруг оказываюсь банкротом!

Во многих отношениях это точная модель того, что происходит в теле, если вторая стадия стресса продолжается слишком долго. По мере того как все больше энергетических/физиологических систем требуется для поддержки системы, находящейся в стрессе, наступает определенный момент, когда у систем, дающих энергию, больше не остается лишней энергии, и они отменяют свою энергетическую поддержку системы в стрессе, что приводит к обвалу перегруженной системы и, далее, к *третьей стадии стресса, стадии истощения*.

В третьей стадии стресса компенсации, поддерживавшие перегруженную систему, уже больше не могут обеспечиваться и выходят из строя, в результате чего человек заболевает. Теперь он страдает от распознаваемой болезни или физиологического нарушения. Если физиологию человека нельзя вернуть во вторую стадию сопротивления различными способами, такими как лекарства, хирургическое вмешательство, хорошее питание и полезные травы, тогда окончание стресса третьей стадии — это смерть.

Первая и вторая стадии стресса отражены в Законе пяти элементов через дисбаланс меридианной ци в результате энрегетической блокады. Меридианы, расположенные перед блокадой, зачастую накапливают излишнюю ци, то есть в них образуется переизбыток, а несколько меридианов после блокады недостаточо наполнены энергией, то есть в них образуется недостаток ци (см. рис. 6.7). Различие между стрессом первой и второй стадиями заключается в том, что первая стадия представляет собой явный некомпенсированный стресс: в одном меридиане присутствует переизбыток энергии, в другом — недостаток энергии, и пока не началось заимствование компенсирующей энергии. Если блокировка энергии снята, к примеру, человек просто больше спит и лучше высыпается, тогда первая стадия стресса уходит по мере того, как восстанавливается сбалансированный поток энергии.

С другой стороны, при стрессе второй стадии энергетическая блокировка сохраняется, и тело начинает его компенсировать, перераспределяя изначальный переизбыток и недостаток энергии по второстепенным акупунктурным сосудам. Получается, что несколько меридианов одалживают энергию меридиану с недостатком энергии, в результате мы имеем уже несколько меридианов с недостатком энергии, но их недостаток меньше по объему, чем недостаток первоначального меридиана. Таким же образом, благодаря компенсационному перераспределению избыточной энергии, несколько меридианов получили больше энергии, и в них наблюдается переизбыток, но меньший, чем в изначальном меридиане с переизбытком энергии. В итоге система меридианов в целом получается более сбалансированной.

Одна из причин, почему может сохраняться энергетический дисбаланс, заключается в том, что одна или более акупунктурных точек заблокировались и больше не могут обеспечивать необходимый поток энергии для поддержания гомеостаза. Используем аналогию с клапанами:

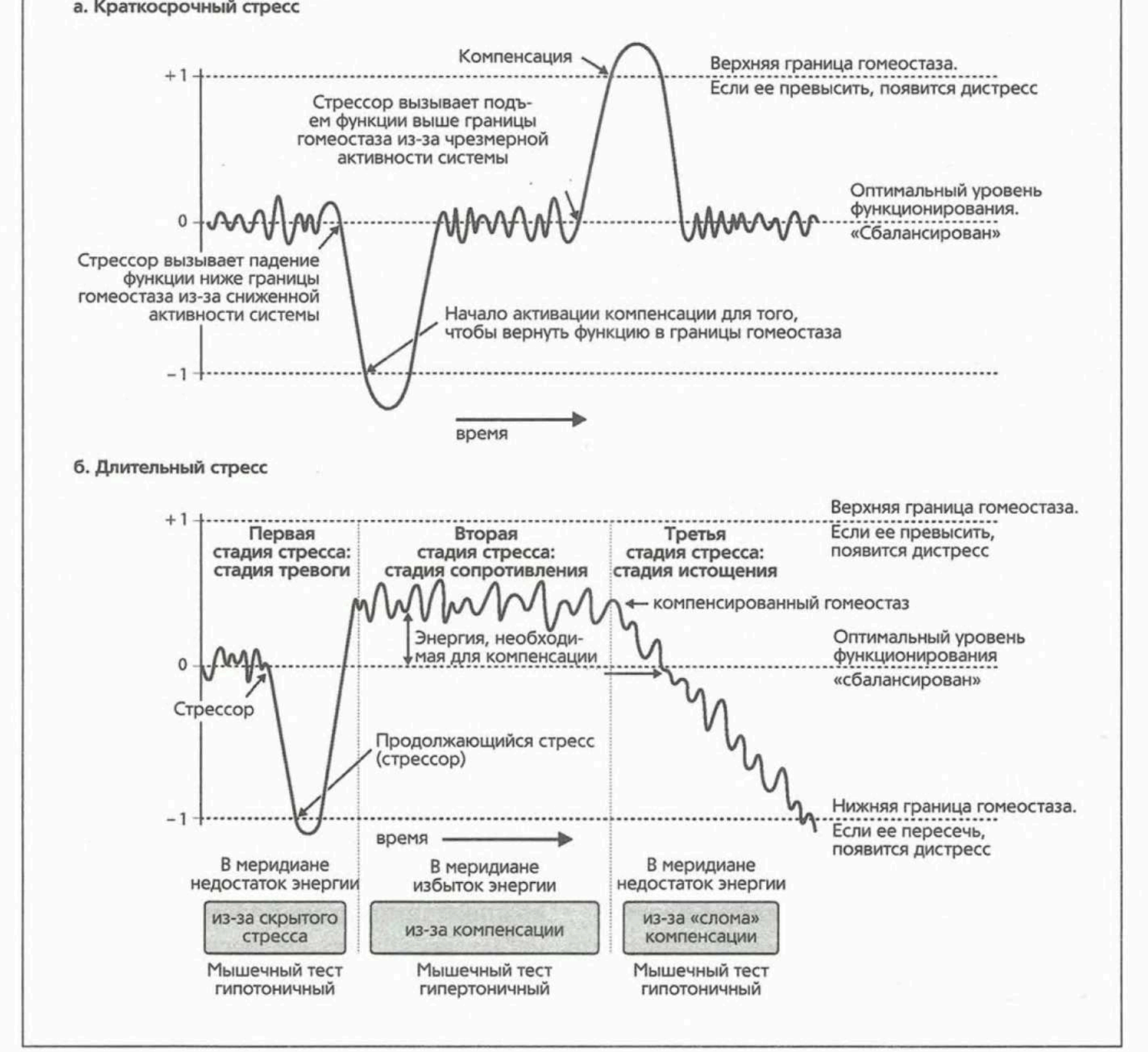


Рис. 6.15. **Стадии стресса и состояние энергии в меридиане. а, Краткосрочный стресс, первая стадия, стадия тревоги.** Стрессор приводит к нарушению притока ци к органу, и в органе наблюдается недостаток энергии. С потерей потока организующей ци орган не может поддерживать свою нормальную гомеостатическую функцию и функционирует менее эффективно. **б, Долгосрочный стресс, вторая стадия.** В ответ на продолжающееся действие стрессора тело начинает компенсировать сложившееся состояние, забирая энергию из других органов или меридианов, и создает компенсированное состояние сбалансированного дисбаланса, стадию сопротивления. По той причине, что требуется дополнительная энергия для поддержания постоянных компенсаций, в компенсированной системе органа наблюдается переизбыток энергии. Если стрессор оказывает воздействие на протяжении слишком длительного времени, то компенсации начинают выходить из строя, и система входит в 3-ю стадию стресса, стадию истощения, и вновь возникает первоначальный стресс, так как в органе или меридиане снова оказывается недостаточно энергии.

один клапан заклинило, как часто бывает с ржавыми клапанами, и его нельзя полностью открыть или закрыть, чтобы обеспечивался гомеостатический поток ци. Поэтому заблокированным акупунктурным точкам нужно произвести некую компенсацию для обеспечения должного функционирования. Для поддержания состояния компенсации перегруженная акупунктурная точка будет тянуть энергию из другого меридиана, с которым она соединена второстепенным, третьестепенным или иным малым сосудом.

Поэтому, если наблюдается недостаток энергии Инь, питающей точку, все больше энергии Инь будет притягиваться к точке из другого меридиана, для того чтобы сбалансировать динамику акупунктурной точки. И именно такие компенсации, возникшие в результате заклинивания акупунктурных точек, зачастую являются причиной хронических недостатков и переизбытков энергии в целом меридиане. Следовательно, отрегулировать эти заевшие акупунктурные точки необходимо еще до того, как воздействовать на акупунктурные точки в соответствии с Законом пяти элементов. В противном случае компенсированное состояние снова со временем возникнет по причине блокирования потоков из-за заклинивших точек. Более подробно зафиксированные акупунктурные точки будут рассмотрены в главе 38.

Литература

1. Mann, F 1972, Acupuncture: The Ancient Chinese Art of Healing and How It Works Scientifi cally, Random House, New York. Academy of Traditional Chinese Medicine 1975, An Outline of Chinese Acupuncture, Foreign Language Press, Beijing, pp. 3–7. Xinnong, C (chief ed.) 1990 Chinese Acupuncture and Moxibustion, Foreign Language Press, Beijing, pp. 1–7.

2. Unschuld, PU 1989, History of Acupuncture and Chinese Medicine, Medical Acupuncture Publishers, Berkeley.

3. Lu, HC 1978, The Yellow Emperor's Classic of Internal Medicine and the Diffi cult Cases, Academy of Oriental Heritage, Vancouver.

4. Kaptchuk, TJ 1983, The Web That Has No Weaver: Understanding Chinese Medicine, Ryder, London. Xinnong, C (chief ed.) 1990 Chinese Acupuncture and Moxibustion, Foreign Language Press, Beijing Deadman, P, Al-Khafaji, M & Baker, K 1998, A Manual of Acupuncture, Eastland Press, Vista.

5. Xinnong, C (chief ed.) 1990 Chinese Acupuncture and Moxibustion, Foreign Language Press, Beijing, p. 5.

6. Grall, Y 1962, Contribution à l'Étude de la conductibilité Électrique de la Peau, Thesis, Algiers.

7. Niboyet, JEH 1963, La Moindre Resistance à l'Electricite de Surfaces Punctiformes et de Trajets Catanes Concordant Avec les Points et Meridiens, Bases de l'Acupuncture, Thesis, Marseille. Reichmanis, M, Marino, AA, & Becker RO 1975, Electrical 203GG_ tx.indb 59 14/10/2013 13:41 60 The energetic structures of Man correlates of acupuncture points, IEEE Transactions on Biomedical Engineering, Vol. 22, pp. 533–535. Roppel, RM & Mitchell, F, Jr 1975 Skin points of anomalously low electric resistance: current voltage characteristics and relationships to peripheral stimulation therapies, Journal of the American Osteopathic Association, Vol. 746, pp. 877–878. Hyvarien, J & Karlson, M 1977, Low resistance skin points that may coincide wiThacupuncture locations, Medical Biology, Vol. 55, pp. 88–94. Helms, JM 1995, Acupuncture Energetics: A Clinical Approach for Physicians, Medical Acupuncture Publishers, Berkeley, pp. 20–21.

8. Niboyet, JEH 1938, Nouvelles constalations un les proprietés électrique des points chinois, Bulletin de la Société de'Acupuncture, Vol. 4(30). Bossey, J & Sambuc, P 1989, Acupuncture et systeme nerveux: les acquis. Acupuncture et Médecine Tranditionnelle Chinois, Paris. Encyclopedic des Médecine Naturelles, 1B-1. Helms, JM 1995, Acupuncture Energetics: A Clinical Approach for Physicians, Medical Acupuncture Publishers, Berkeley, pp. 26–27.

9. Senelar, R 1979, Caractéristiques morphologiques des points chinois. In: Niboyet, JEH, ed. Nouveau Traité d'Acupuncture, Moulins-les-Metz, Maisonneuve, pp. 247–277. Auziech, O 1984, Étude Histologique des Points Cutanés de Moindre Resistance à l'Électricite et Analzse de Leurs Implications Possibles Dans la Mise en Jeu des Mécanismes Acupuncturaux, Thesis, Montpellier.

10. Senelar, R & Auziech, O 1989, Histophysiologie du point d'acupuncture. Acupuncture et Médecine Traditionnelle Chinois, Paris. Encyclopédie des Médecines Naturelles, 1B-2C.

11. Bossy, J 1982 The history of acupuncture in the west: exoticism, esoterism and opposition to Cartesian rationalism, complementarity to the occidental medical system. Nihon Ishigaku Zasshi (Journal of Japanese History of Medicine), Vol. 28(1) Supplement. Souillé de Morant, G 1972, L'Acupuncture Chinoise. Maloine Éditeurs, Paris.

12. Porkert, M 1978, The Theoretical Foundations of Chinese Medicine, MIT Press, Cambridge. Maciocia, G 1989, The Foundations of Chinese Medicine, Churchill Livingstone, London, pp. 15–34. Helms, JM 1995, Acupuncture Energetics: A Clinical Approach for Physicians, Medical Acupuncture Publishers, Berkeley. Deadman, P, Al-Khafaji, M & Baker, K 1998, A Manual of Acupuncture, Journal of Chinese Medicine Publications, East Essex, p. 671.

13. Gerber, R 1988, Vibrational Medicine, Bear, Santa Fe, p. 127. Oschman, JL 2003, Energy Medicine, Elsevier, London.

14. Gerber, R 2000 Vibrational Medicine for the 21st Century, Harper Collins, New York, pp. 151–158.

15. Rose-Neil, S 1967, The work of Professor Kim Bong Han, The Acupuncturist, Vol. 1, p. 15. Gerber, R 1988, Vibrational Medicine, Bear, Santa Fe, pp. 122–125.

16. Darras, JC, de Vernejoul, P & Albarède P 1987, Visualisation isotopique des méridiens d'acupuncture, Cahiers de Biothérapie, Vol. 95, pp. 13–22. Darras, J-C, Albarède P & de Vernejoul, P 1993, Nuclear medicine investigation of transmission of acupuncture information, Acupuncture in Medicine, Vol. 11(1), pp. 22–28. Darras, J-C 1989, Isotopic and cytologic assays in acupuncture. In: Energy Fields in Medicine, John E. Fetzer Foundation, Kalamazoo, pp. 44–65.

17. Schlebusch, KP, Maric-Oehler, W & Popp, F-A 2005, Biophotonics in the infrared spectral range reveal acupuncture meridian structure of the body, Journal of Alternative and Complementary Medicine, Vol. 11(1), pp. 171–173.

18. Litscher, G 2005, Infrared thermography fails to visualize stimulation- induced meridian-like structures, Biomedical Engineering Online, Vol. 4(1). p. 38.

19. Popp, FA, Maric-Oehler, W, Schlebusch, KP & Klimek, W 2005, Evidence of light piping (meridian-like channels) in the human body and nonlocal EMF eff ects, Electromagnetic Biology and Medicine, Vol. 24(3), pp. 359–374.

20. Narongpunt, V, Datcu, S, Ibos, L, Adnet, F, Fontas, B, Candau, Y & Alimi, D 2004, Monitoring acupressure stimulation eff ects by infrared thermography, Quantitative InfraRed Thermography Journal, Vol. 1(2), pp. 185–204. Yang, HQ, Xie, SS, Hu, XL, Chen, L & Li H 2002 Appearance of human meridian-like structure and acupoints and its time correlation by infrared thermal imaging, American Journal of Chinese Medicine, Vol. 35(2), pp. 231–240.

21. Hseuh, CC & O'Connor, J (translator) 1981, Acupuncture: A Comprehensive Text, First Edition, Eastland Press, Vista. Deadman, P, Al-Khafaji, M & Baker, K 2007, A Manual of Acupuncture, Journal of Chinese Medicine Publications, East Sussex.

22. Brewitt B 1996, Quantitative analysis of electrical skin conductance in diagnosis: historical and current views of bioelectric medicine, Journal of Naturopathic Medicine, Vol. 6(1), pp. 66–75. Ahn, AC & Martinsen, Ò G 2007, Electrical characterization of acupuncture points: technical issues and challenges, Journal of Alternative and Complementary Medicine, Vol. 13(8), pp. 817–824.

23. Ahn, AC, Colbert, AP, Anderson, BJ, Martinsen, OG, Hammerschlag, R, Cina, S, Wayne, PM, Langevin, HM 2008, Electrical properties of acupuncture points and meridians: a systematic review, Bioelectromagnetics, Vol. 29(4), pp. 245–256.

24. Litscher, G, Niemtzow, RC, Wang, L, Gao, X & Urak, CH 2011, Electrodermal mapping of an acupuncture point and a nonacupuncture point, Journal of Alternative and Complementary Medicine, Vol. 17(9), pp. 781–782.

25. Choi, EM, Jiang, F & Longhurst, JC 2012, Point specifi city in acupuncture, Chinese Medicine, Vol. 7, p. 4.

26. Melzack, R & Wall, P 1965, Pain mechanisms: a new theory, Science, Vol. 150, pp. 971–979.

27. Hui, KK, Liu, J, Makris, N, Gollub, RL, Chen, AJ, Moore, CI, Kennedy, DN, Rosen, BR & Kwong, KK 2000, Acupuncture modulates the limbic system and subcortical gray structures of the human brain: evidence from fMRI studies in normal subjects, Human Brain Mapping, Vol. 9, pp. 13–25. Yan B, Li K, Xu J, Wang, W, Li, K, Liu, H, Shan, B & Tang, X 2005, Acupoint-specifi c fMRI patterns in human brain, Neuroscience Letters, Vol. 383, pp. 236–240. Yuanyuan Feng, Lijun Bai, Wensheng Zhang, Yanshuang Ren, Ting Xue, Hu Wang, Chongguang Zhong, Jie Tian 2011, Investigation of acupoint specifi city by whole brain functional connectivity analysis from fMRI data. In: Conference Proceedings: Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society, pp. 2784–2787.

28. Fang, JL, Krings, T, Weidemann, J, Meister, IG, & Thron, A 2004, Functional MRI in healthy subjects during acupuncture: 203GG_tx.indb 60 14/10/2013 13:41 The acupuncture meridian system 61 diff erent eff ects of needle rotation in real and false acupoints, Neuroradiology, Vol. 46(5), pp. 359–362. Zhang, W-I, Jin, Z, Luo, F, Zhang, L, Zeng, Y-W, & Han, J-S 2005, Evidence from brain imaging wiThfMRI supporting functional specifi city of acupoints in humans, Neuroscience Letters, Vol. 382, pp. 1–4. Hu KM, Wang CP, Xie HJ & Henning J 2006, Observation on activating eff ectiveness of acupuncture at acupoints and nonacupoints on diff erent brain regions [in Chinese], Zhongguo Zhen Jiu, Vol. 26, pp. 205–207.

29. Low, RH 1984, The Secondary Vessels of Acupuncture: A Detailed Account of Their Energies, Meridians, and Control Points, HarperCollins, New York.

30. Maciocia, G 1989, The Foundations of Chinese Medicine, Churchill Livingstone, London, pp. 15–34. Xinnong, C (chief ed.) 1987, Chinese Acupuncture and Moxibustion, Foreign Languages Press, Beijing, pp. 18–24. Porkert, M 1974, The Theoretical Foundations of Chinese Medicine, MIT Press, Cambridge, pp. 43–76.

31. Kaptchuk, TJ 1983, The Web That Has No Weaver: Understanding Chinese Medicine, Ryder, London, pp. 1–33.

32. Porkert, M 1974, The Theoretical Foundations of Chinese Medicine, MIT Press, Cambridge, p. 46.

33. Kaptchuk, TJ 1983, The Web That Has No Weaver: Understanding Chinese Medicine, Ryder, London, pp. 77–114. Gerber, R 1988, Vibrational Medicine, Bear, Santa Fe, pp. 176–177. Xinnong, C (chief ed.) 1987, Chinese Acupuncture and Moxibustion, Foreign Languages Press, pp. 22–24. Connelly, DM 1975, Traditional Acupuncture: The Law of the Five Elements, Centre for Traditional Acupuncture, Columbia, p. 15.

34. Needham, J 1974, Science and Civilisation in China, Volume 5, Part 2, Cambridge University Press, Cambridge, p. 92.

35. Kaptchuk, TJ 1983, The Web That Has No Weaver: Understanding Chinese Medicine, Ryder, London, pp. 34–49. Gerber, R 1988, Vibrational Medicine, Bear, Santa Fe, pp. 188–189.

36. Rogers, C 1986, An Introduction to the Study of Acupuncture. The Five Keys, Acupuncture Colleges Publishing, Sydney, p. 6.

37. Kaptchuk, TJ 1983, The Web That Has No Weaver: Understanding Chinese Medicine, Ryder, London, pp. 7–15.

38. Rogers, C 1986, An Introduction to the Study of Acupuncture, Acupuncture Colleges Publishing, Sydney, pp. 7–8. Gerber, R 1988, Vibrational Medicine, Bear, Santa Fe, p. 176.

39. Xinnong, C (chief ed.) 1987, Chinese Acupuncture and Moxibustion, Foreign Languages Press, pp. 15–18. Maciocia, G 1989, The Foundations of Chinese Medicine, Churchill Livingstone, Edinburgh, p. 7.

40. Xinnong, C (chief ed.) 1987, Chinese Acupuncture and Moxibustion, Foreign Languages Press, pp. 108–244.

41. Low, RH 1984, The Secondary Vessels of Acupuncture: A Detailed Account of Their Energies, Meridians, and Control Points, HarperCollins, New York.

42. Kaptchuk, TJ 1983, The Web That Has No Weaver: Understanding Chinese Medicine, Ryder, London.

43. Porkert, M 1978 The Theoretical Foundations of Chinese Medicine, MIT Press, Cambridge 44. Selye, H 1976, Stress in HealThand Disease, Butterworth-Heinemann, Oxford.

Глава 7

ТИБЕТСКАЯ ЭНЕРГИЯ ВОСЬМЕРКИ ИЛИ ФИГУРЫ 8

Взаимосвязь ауры и тела

Аура, или энергетическая оболочка, окружающая тело человека, соединена с физическим телом посредством трех основных энергетических систем: системы меридианов точек иглоукалывания, системы чакр и потоков энергии Тибетской восьмерки. Из этих трех энергетических потоков, одной, наиболее тесно связанной с физическим телом, является акупунктурная система меридианов. Ци (энергия), протекающая по меридианам, преимущественно является эфирной и, следовательно, оказывает прямое воздействие на физиологию организма, поскольку каждый меридиан доносит естественную энергию ци в отдельную систему органов и мышц тела (основа балансировки мышц в кинезиологии).

Чакры пронизывают все уровни ауры, от духовного до физического уровня, предоставляя канал для космической энергии в виде праны. Он преобразовывается или же снисходит к физиологическим уровням через их взаимосвязи с эндокринной системой и автономным нервным сплетением. Каждая из семи основных чакр также функционально поддерживается двумя из четырнадцати акупунктурных меридианов. В системе йоги энергии тела балансируют через потоки праны чакр и нади, с сопутствующим воздействием на эндокринную и автономную нервные системы. В свою очередь, это помогает сбалансировать меридианы, соединенные с каждой чакрой, а также помогает регулировать систему органов, напрямую поддерживаемую каждым меридианом. И напротив, чакры могут быть сбалансированы с помощью точек акупунктуры, которые связаны с сопряженными меридианами, и являются основой балансировки Семи ключей ци, относящейся к Прикладной физиологии. Об этом речь будет идти ниже в данном пособии.

Происхождение энергетической системы фигуры 8

Третья основная энергетическая система организма — это энергетическая система восьмерки. Поскольку происхождение энергетической системы фигуры 8 остается окутанным мифами и догадками, представление об этих внетелесных энергетических потоках часто относят к Тибетской медицине, и, следовательно, эти потоки обычно называют энергия Тибетской фигуры 8. Есть история, описывающая происхождение восьмерки, она относится к представлению данных энергетических потоков в Пяти Тибетских обрядах, системе упражнений для восстановления организма и сохранения молодости и здоровья. Обряды впервые были опубликованы в буклете Питера Кельдера в 1939 году. Как говорится, буклет был основан на опытах, проведенных уволившимся из сухопут-

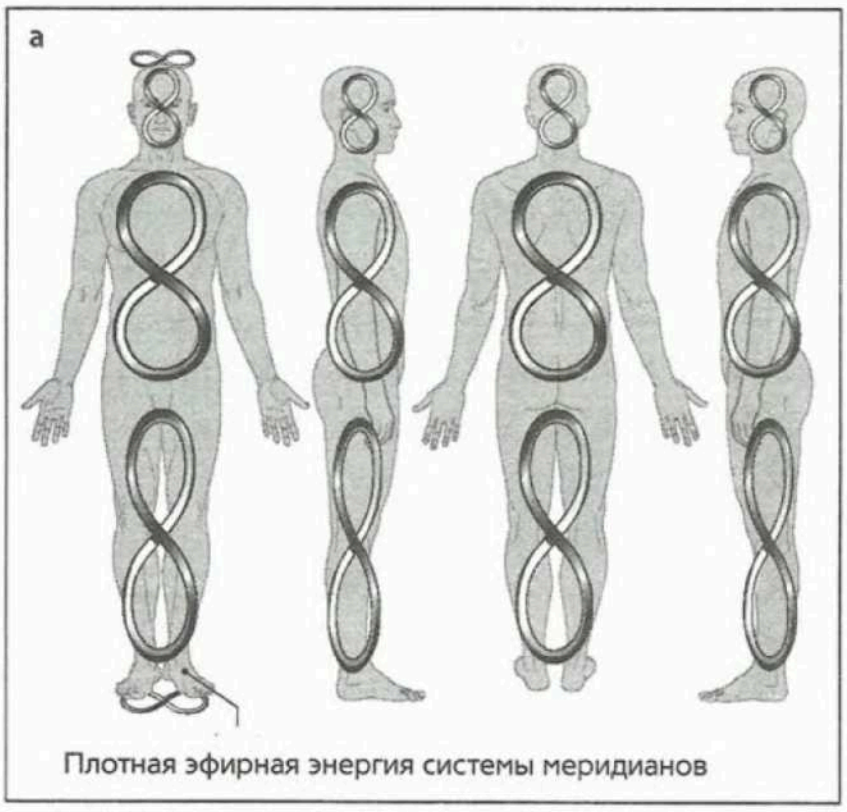
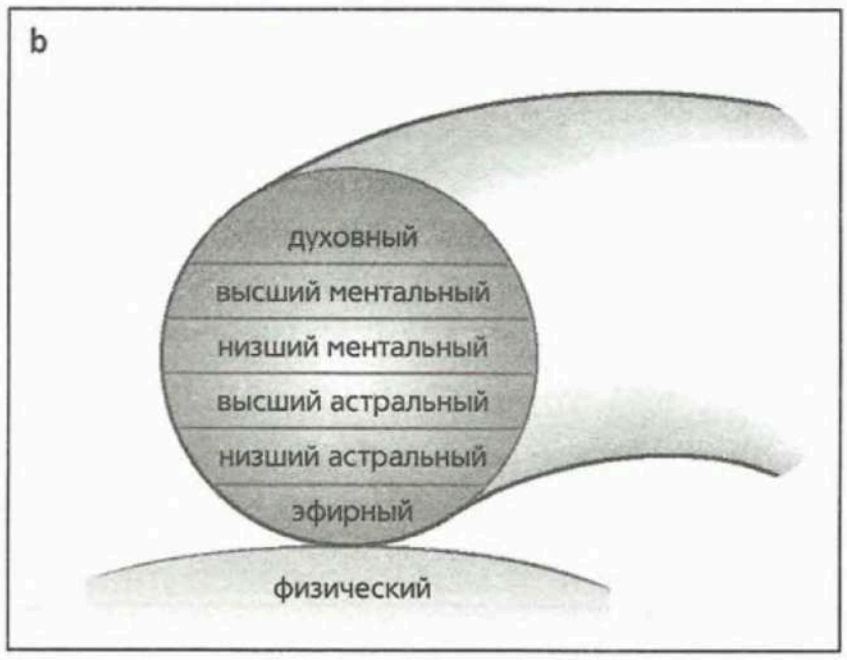


Рисунок 7.1. **Энергетическая система фигуры 8 тела. а. Четырнадцать основных энергетических потоков фигуры 8.** Энергетические потоки фигуры 8 появляются над поверхностью каждого участка тела: голова, туловище и ноги, над головой и под ступнями. Центральная точка, в которой пересекаются потоки фигуры 8, называется точкой пересечения, и является тороидом, она способствует беспрепятственному течению потоков из противоположных направлений.

б. Слои ауры энергетических потоков фигуры 8. В действительности, энергетические потоки фигуры 8 проходят от эфирного уровня через все уровни тела. Сужение потока может быть преимущественно в одной области частоты, при ограничении эфирного потока с различным выражением ограничения направления на ментальном уровне.



ных войск британским полковником, которого он встретил в Калифорнии. Находясь в расположении части, полковник слушал истории от тибетских лам об упражнениях для омолаживания тела, учение о которых преподавали в тибетском монастыре. После увольнения со службы полковник нашел тот монастырь, о котором рассказывали ламы, и обнаружил, что Пять Тибетских обрядов смогли омолодить его, несмотря на то, что в то время он уже был в преклонном возрасте. В своем рассказе полковник упоминал о пяти энергетических вихрях (традиционная Тибетская система чакр), а также другом спектре энергетических потоков, которые есть в примере энергии фигуры 8. Эти энергетические системы оказались явными механизмами, доступ к которым осуществляется с помощью Пяти Тибетских обрядов, и которым он приписывал значительные изменения в состоянии здоровья и энергичности. Большая часть его описания посвящена пяти вихрям, но мало сказано о направлениях фигуры 8. Однако, нельзя отрицать, что фигура 8, как символ, имеет древнее тибетское происхождение, что доказывает тибетское наскальное искусство (датируемое от 600 года до н.э. до 600 года н.э.).[2] Хотя фигура 8 может и не быть исключительно тибетского происхождения, все же она является древним гималайским символом, который может служить вдохновением для современных энергетических методик. Несмотря на то, что происхождение фигуры 8 покрыто вуалью мифов, клиническая практика

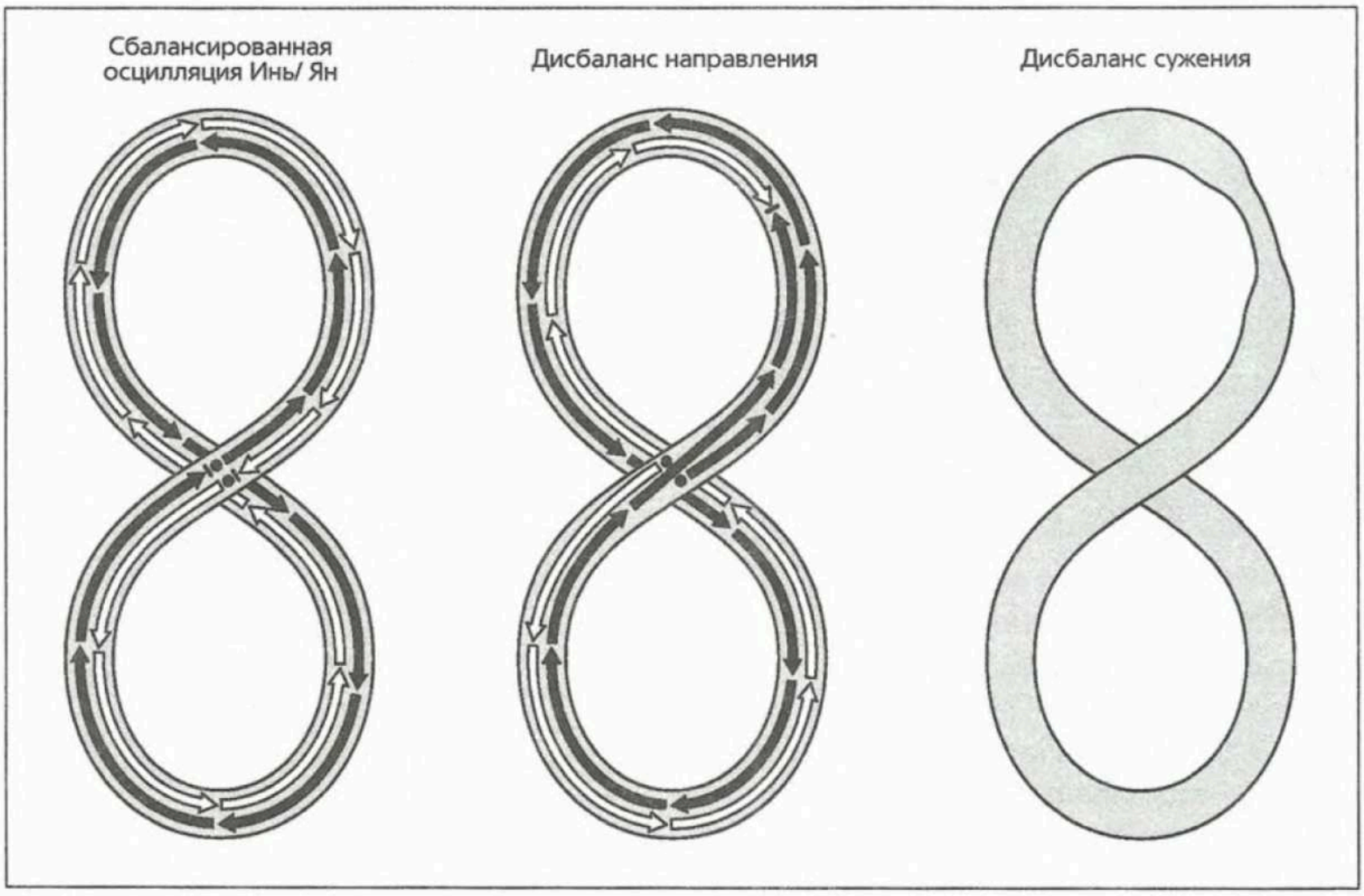


Рисунок 7.2. **Баланс и дисбаланс энергетических потоков фигуры 8**

Энергетические потоки фигуры 8 в сбалансированном состоянии проходят сначала по часовой стрелке, а потом против часовой стрелки, как конусы чакры (слева). Нарушение этих ровных вибраций в результате ограничений направлений приводит к нарушениям ровных вибраций (посредине), что часто происходит в результате избыточных вибраций, как по часовой стрелке, так и против часовой стрелки, создавая явный дисбаланс энергетического потока фигуры 8. Другой вид дисбаланса потока фигуры 8 состоит в сужении участка направления (справа).

показала, что балансирующие потоки фигуры 8 оказывают мощное воздействие на физиологические системы, например, снижают или полностью снимают боль при разрывах мышц или сухожилий, при солнечных ожогах, устраняют симптомы простуды.

В отличие от чакр и систем меридианов иглоукалывания, энергетическая система фигуры 8 не взаимодействует напрямую с физическим телом, но, преимущественно, с системой меридианов, по большей части ниже нее, и с системой чакр-нади, расширяясь от тела к высшим духовным слоям ауры. Однако, благодаря своему расположению и прямому взаимодействию с другими двумя основными энергетическими системами дисбалансы в энергетической системе фигуры 8 могут значительно воздействовать на балансировку этих энергетических систем. Таким образом, балансируя напрямую энергетическую систему фигуры 8, можно быстро сбалансировать одну или обе другие энергетические системы. Через их прямую связь с более плотным физическим телом можно напрямую влиять на физиологическую функцию.

Структура энергетической системы фигуры 8

На теле энергия фигуры 8 направляется от одного бедра к расположенному напротив плечу, разворачивается к плечу, расположенному напротив, и, впоследствии, направляется вниз по диагонали, пересекая тело по направлению к противоположной части бедра; снова изгибается и направляется назад к месту, откуда изначально вышла, завершая фигуру 8. Данные восьмерки пересекаются в средней точке, как раз в середине каждого сегмента тела. Потоки фигур 8 проходят повторно над каждой плоскостью головы, туловища и ног, производя двенадцать основных направлений фигуры 8 над плоскостями тела.

Существует два дополнительных потока фигуры 8: один — над головой, и один — под подошвой ступней. В общем, выходит четырнадцать основных потоков фигуры 8 (см. рис. 7.1 a).

Существуют также второстепенные энергетические потоки фигуры 8 над каждым суставом тела, включая те, что находятся на пальцах рук и ног. Таким образом, в прямом смысле, существуют сотни потоков фигуры 8, окружающих тело.

Однако, подобно системе чакр, основные потоки энергетической системы фигуры 8 доминируют над этой системой и оказывают наибольшее влияние в случае дисбаланса, а также больше всего они воздействуют тогда, когда они возвращаются в состояние баланса. Находясь в состоянии баланса, энергетические потоки фигуры 8, в действительности, не курсируют в обычном значении этого слова, но скорее вибрируют, направляясь сначала по часовой стрелке, а потом против нее, создавая восьмерку при медленной вибрации в верхней и нижней половинах фигуры.

Точку, в которой потоки фигуры 8 пересекаются по центру, мы назвали *точкой пересечения*. Точки пересечения появляются в виде тороида, самоподдерживающегося спирального потока, способного поддерживать два потока, пересекающихся из разных направлений. Вероятно, одним из наиболее известных (к счастью, на сегодня менее известный) примеров тороидального потока является кольцо дыма, которое часто выпускают курильщики, чтобы удивить самих себя или окружающих. Другим, совсем недавно обнаруженным примером, являются круглые пузырьки, которые надувают дельфины, а потом с ними играются. Эти пузырьки могут проходить путь в несколько метров, а после исчезают. Такова самоподдерживающая природа данных тороидальных направлений, и это происходит в воде — среде, которая в 800 раз гуще воздуха![3]

Поток фигуры 8 появляется на всех уровнях ауры и, таким образом, существуют потоки на эфирном, астральном, ментальном и духовном уровнях (см. рис. 7.1 b).

Следовательно, можно отдельно воздействовать на каждый уровень потока фигуры 8 вне связи с другими уровнями.

В норме один или несколько факторов, вызывающих дисбаланс, оказывают воздействие, преимущественно, на один уровень ауры. Несмотря на это, разрыв гомеостатического потока на одном уровне ауры будет влиять на поток фигуры 8 в целом.

Несбалансированные энергетические потоки фигуры 8

Основа осциллирующих дисбалансов потоков фигуры 8 — это нарушения внутри слоев ауры, которые ограничивают поток на его пути, как показано на рис.7.2. Эти дисбалансы обычно появляются с одного уровня ауры, например, если поток меридиана акупунктуры был нарушен из-за блокировки, то, таким образом, эфирный поток соответствующей восьмерки будет нарушен. Однако, время от времени, дисбаланс потока фигуры 8 может иметь более сложное происхождение, например, психоэмоциональное состояние, которое нарушает поток на двух взаимодействующих уровнях: астральном и ментальном. При крайне травматических событиях все слои ауры могут быть нарушены одновременно, нарушая потоки фигуры 8 в целом.

Одним из наиболее частых примеров, когда в энергетических потоках фигуры 8 нарушается баланс — это потеря ее равномерной вибрации, создающая поток, при котором импульс в одном направлении более выражен, чем в другом, будь то по часовой стрелке, или против нее. Следовательно, эти нарушенные потоки представляют избыточный поток энергии (Ян) по часовой стрелке, или (Инь) против часовой стрелки.

Потоки фигуры 8 можно представить в виде ряда сегментов. Если восьмерка расположена в вертикальном направлении, то существует сегмент от точки пересечения вверх к начальной точке на изгибе слева, второй сегмент изгибается на конце дуги на противоположной стороне, и третий сегмент — прямо позади от точки пересечения. Этот пример сегментов повторяется в нижней половине фигуры 8.

Эти сжатия, появившиеся однажды, остаются в одной части потока сегмента, поскольку причинный стресс-фактор, нарушающий поток, обычно сопряжен с дисбалансом определенной точки акупунктуры, органа или железы, чакры и т.д., расположенной в, на или над отдельными плоскостями тела. Таким образом, дисбаланс потока фигуры 8 может сохраняться длительное время. Нарушение, создаваемое в результате дисбаланса точки акупунктуры, может непрерывно нарушать отдельную чакру, орган или железу из-за данного текущего нарушения восьмерки.

Физиологическое влияние дисбалансов энергетических потоков фигуры 8.

Несмотря на то, что энергетические потоки фигуры 8 не соприкасаются напрямую с физическим телом, они находятся в близком контакте с точками иглоукалывания и энергетическими чакрами, которые взаимодействуют с физиологией тела. Таким образом, дисбаланс энергетических потоков фигуры 8 может создавать дисбалансы внутри как акупунктурного меридиана, так и системы чакр, что, таким образом, может проявиться как физиологические нарушения в физическом теле.

Ввиду того, что потоки фигуры 8 располагаются в менее плотной эфирной среде (высшие вибрационные энергии) вне

поверхности физического тела, они представляют собой первоначальные энергии, которые разбалансирует физиологический стресс внутри организма. Следовательно, их можно представить в виде системы раннего оповещения энергетических систем организма, поскольку дисбаланс потоков фигуры 8 проявится до появления основных нарушений в чакре и системах акупунктуры, и задолго до проявления какого-либо физиологического нарушения. Например, когда у вас начинается грипп, вы часто чувствуете себя плохо, возможно немного сонливо, но без проявления определенных симптомов. Если проверить ваши энергетические потоки фигуры 8, они почти наверняка будут находиться в состоянии дисбаланса.

И даже более того, если ваши энергетические потоки фигуры 8 в этот момент снова сбалансировать, наиболее вероятно, что у вас не будет гриппа. Пример силы фигуры 8 для балансировки физиологии представлен в следующем рассказе. Когда Кребс работал главным химиком-аналитиком в Викторианской лаборатории по контролю качества воды, его случайно привлекли в суд по обвинению в создании таблеток с содержанием токсинов. Ввиду присутствия законного основания и ряда доказательств, инспектор, который брал образец по месту происшествия, должен был отдать его напрямую химику для проведения анализа. В противном случае, если бы другой химик делал анализ образца, не было бы прямого доказательства соответствия образца оригиналу, и, следовательно, данную улику суд счел бы неосновательной. Кребс проходил по серьезному разбирательству, а его главный технолог Лиза заболела гриппом, у нее начались носовые выделения, боль в теле и появилось чувство сонливости, то есть классические гриппозные симптомы. Так, она пришла к Кребсу и сказала, что ей нужно раньше уйти. Однако, если бы она ушла раньше, она не смогла бы закончить анализ образцов, которые Кребс должен был предоставить в суде на следующий день. Таким образом, он попросил ее пройти в офис. Он проверил дисбаланс потоков фигуры 8, которые всегда разбалансированы на ранних этапах прогрессирования гриппа. Удивительно, что спустя 20 минут, после того, как он скорректировал каждое нарушение в фигуре 8, одно за другим, у Лизы прошли все симптомы гриппа. Вначале ее мышцы начали болеть еще больше, у нее появился жар, потом он исчез, и она начала сильно потеть, и в итоге она начала чувствовать себя вполне нормально! При этом Кребс сказал ей: «Возвращайся и выполни анализ того образца!» Примечательно то, что она больше никогда не болела гриппом.

Коррекция или активация потоков фигуры 8 могут быть в равной степени эффективны для лечения мышечно-скелетных болей в напряженных сухожилиях или связках. Много раз Кребс применял эти методики фигуры 8 при растяжениях в суставах или при беспокоящих болях в мышцах, через несколько минут после таких техник боли полностью исчезали, особенно если технику применяли сразу после получения повреждения!

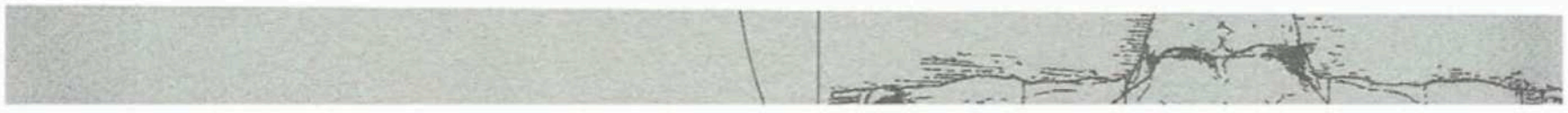
Другое уникальное применение энергетических потоков фигуры 8 заключается в снижении или полном исчезновении болей при солнечных ожогах.

Пасынок Кребса был белокурым и голубоглазым немцем, а австралийское солнце имеет гораздо большую активность, чем в Европе в летнюю пору. Поэтому, он не знал, что можно так быстро сгореть. После дня удовольствия на пляже, кожа на его спине из розовой превратилась в красную, и через час начала сильно жечь, так что у него от боли чуть не покатились слезы.

Кребс положил его вниз животом и, используя мышечный мониторинг, определил направление, в котором двигать руками над спиной и плечами своего пасынка, и затем промахивал рукой по направлению восьмерки в нужном направлении в течение 45 минут. Когда Кребс остановился, спина пасынка была лишь немного розовой, и он уже не чувствовал боли. Наиболее невероятное, что уже на следующее утро у него не болела спина, и на ней остался лишь незначительный загар, а волдыри и шелушение на коже не появились!

Литература

1. Kelder, P 1939, The Eye of Revelation.
2. Baker, I 1997, The Tibetan Art of Healing, Thames & Hudson, Singapore, p.53. Beer, R 1999, The Encyclopedia of Tibetan Symbols and Motifs, Shambhala Press, Boston, pp.15 & 30.
3. Dolphin Bubble Rings: http://www.youtube.com/watch?v=TMCf7SNUb-Q&feature=player_detailpage, or http://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=wuVgXJ55G6Y (accessed August 13, 2013)



Часть III

ПОНИМАНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ МЫШЕЧНОГО МОНИТОРИНГА

Определяющей методикой энергетической кинезиологии является применение мышечного мониторинга в качестве инструмента биологической обратной связи. Мышечный мониторинг, как подтверждается опытом, представляет собой удивительно эффективную форму биологической обратной связи благодаря прямой связи с подсознанием, которое, главным образом, контролирует мышечную функцию. Подсознательный контроль мышечной функции взаимодействует со всеми уровнями нашего тела. Следовательно, мышечный мониторинг дает доступ не только к физической плоскости мышц, но и к физиологической, эмоциональной, ментальной и психодуховной плоскостям нашего тела.

В данной книге есть целый раздел, посвященный пониманию механизмов и способов применения мышечного мониторинга в клинической практике, благодаря его ведущей роли в энергетической кинезиологии. В настоящем разделе мы подробно рассмотрим физиологию мышечного мониторинга, в том числе контроль мышечной проприоцепции. Также мы рассмотрим различные типы состояний мышечного дисбаланса, причем некоторые из них западная физиология пока не воспринимает и не признает. Понимание таких «скрытых» состояний мышечного дисбаланса объясняет, почему различные физические и мышечные состояния часто сохраняются даже после проведения очевидно эффективного лечения, о чем свидетельствует отсутствие какого-либо текущего мышечного дисбаланса.

Также важно понимать, как возможно, чтобы незначительная информация от наших эмоций и мыслей влияла на нашу физическую мышечную функцию и приводила к формированию состояний дисбаланса в наших скелетной и мышечной системах. Подобным же образом эти дисбалансы в нашей мышечной системе могут отражать неизвестные состояния дисбаланса в других системах нашего тела, включая физиологию, чувства и душевное состояние. Именно эта двусторонняя связь между наблюдаемыми состояниями мышечного дисбаланса и ненаблюдаемым состоянием наших чувств и эмоций и может превратить мышечный мониторинг в настолько эффективный инструмент биологической обратной связи, а также оказать сопутствующее влияние на наше мышление и ощущение благополучия.

Для полноты объяснения мы включили описание всех типов мышечного мониторинга, сложившихся в различных модальностях кинезиологии. Тогда как в Энергетической кинезиологии используется преимущественно один тип мышечного мониторинга — изометрический концентрический мышечный мониторинг, тем, кто пользуется кинезиологией, важно понимать, что существуют и другие действенные и эффективные виды мышечного мониторинга. Эти виды могут применяться в особых обстоятельствах или в сочетании с данным изометрическим концентрическим мышечным мониторингом.

В заключении данного раздела приводится анализ данных, подтверждающих способность мышечного мониторинга предоставить достоверную и надежную информацию о состоянии дисбалансов в нашем теле на многих уровнях. Также мы включили пояснения к вопросу о том, что мышечный мониторинг может и не может нам сообщить. И этот вопрос важен, поскольку многие заблуждаются в отношении того, какого рода информацию может предоставить мышечный мониторинг, а также в отношении механизмов получения такой информации.

Глава 8

МОНИТОРИНГ МЫШЕЧНОЙ ФИЗИОЛОГИИ

Что такое мониторинг мышц?

Основа всей энергетической кинезиологии изначально состояла в тестировании мышц, находящихся в одном положении. Она была разработана Кенделл и Кенделл, и ее видоизменил доктор Гудхарт. При тестировании мышцы, размещенной в одном положении, первичная мышца (ПМ) находилась в полностью сокращенной позиции, прилагалась умеренно увеличивающаяся нагрузка по направлению к растяжению. Если мышца удерживала прилагаемую нагрузку, считалось, что она *сильная*. Но, если, с другой стороны, мышца не могла удерживать нагрузку и опускалась в направлении прилагаемой нагрузки, ее называли *слабой*. Ввиду того, что сильную мышцу легко ощутить, ее количественной характеристике нелегко дать описание. Слабую мышцу может быть даже сложнее определить до тех пор, пока у вас не появится достаточный практический опыт в ощущении ряда возможных реакций. Поэтому, можно часто услышать, что люди описывают это как «искусство мышечного тестирования». Несмотря на это, как только у вас появился навык в ощущении слабых мышц, каждый может провести точное тестирование целостности мышечной реакции с применением мануального мышечного тестирования.

Мышечная сила: сильные и слабые мышцы

Для того, чтобы понять концепцию сильных и слабых мышц, в первую очередь мы должны кратко изложить неврологию мышечного тестирования и рассеять общепринятые мифы о том, что это значит, и что это не значит. Первым делом, мышечное тестирование — это *не* оценка мышечной силы. Когда мышца удерживает нагрузку, ее нельзя называть сильной. Подобно этому, когда мышца не может удерживать нагрузку на протяжении тестирования, ее нельзя называть слабой. Даже если в сегодняшней кинезиологии множество людей продолжают использовать термины *слабая* и *сильная* для описания реакции мышц, в неврологическом плане это на самом деле не является точным описанием происходящего процесса. Если мышца удерживает нагрузку на протяжении тестирования, она «запирается», поскольку уровень потока неврологической информации между мышцей и центральной нервной системой достаточен для поддержки сокращения мышц, в противовес прикладываемой динамической нагрузке. Если мышца не может удерживать нагрузку на протяжении тестирования, она «расслабляется», или же просто не может находиться в состоянии запирания ввиду недостаточного неврологического потока между мышцей и центральной нервной системой, или же ввиду прямого ингибирования другой составляющей структуры мышцы, или другой части нервной системы. С другой стороны, мышечная сила основывается на количестве и размере мышечных волокон в мускуле. Обычно их меряют по весу, который может поднимать дан-

ная мышца, или по силе, которую может прилагать данная мышца (т. е. согласно измерениям динамометром). Сильная мышца — это та, которая, будучи запертой, способна удерживать большой вес, в то время как слабая мышца пересилена тем же самым весом даже в случае, если все волокна мышцы заперты. Таким образом, слабая мышца может быть запертой, то есть, поддерживать достаточный неврологический поток в противовес всем нагрузкам вплоть до той, которая ее пересиливает. Однако, расслабленная мышца не может поддерживать достаточный неврологический поток для того, чтобы удерживать свое положение, даже при нагрузке, которая гораздо меньше необходимой для того, чтобы ее пересилить. Это происходит не потому, что она слабая, но, скорее ингибирована сигналами отдельных частей нервной системы. Следовательно, использование терминов *слабая* и *сильная* по отношению к мышце абсолютно ошибочно в концептуальном плане, и некорректно в отношении нейрофизиологии.

Человек, проходящий тестирование, в действительности ощущает то, как прилагается бóльшая нагрузка на мышцу тогда, когда она расслабляется, и после, когда запирается. Однако, это чувство усиления прилагаемой силы — всего лишь субъективная иллюзия. На самом деле, применялась меньшая действительная нагрузка, но, ввиду чувства мышечного ингибирования на уровне подсознания, появляется ощущение большей нагрузки. Когда на мышцу прилагается усилие, появляется рефлекс нагрузки, который автоматически противопоставляет сокращение мышцы прилагаемой нагрузке вне сознания. Все, что ваше сознание говорит, это: «Удерживайте и уравнивайте напряжение», на месте которого включается подсознательный рефлекс нагрузки, который способствует увеличению сокращения мышцы, что удерживает ее положение.

Когда мышца находится в ингибированном состоянии, несколько мышечных волокон также могут сокращаться для выравнивания прилагаемого усилия и, следовательно, рука начинает двигаться в направлении прилагаемой нагрузки. Ввиду того, что клиент пытается противодействовать усилию, они теперь вынуждены сознательно оказывать сопротивление, и это дает ощущение того, что монитор прижимает сильнее. Однако, ввиду ингибирования мышцы, они теряют такую возможность. Даже при дополнительном сознательном усилии мышца все еще находится в расслабленном состоянии, и именно это состояние дает ощущение, будто бы монитор прижимает сильнее.

Мышечный мониторинг и мышечное тестирование

Проводя мышечное тестирование, в действительности вы *тестируете* не мышцу. Тестирование — значит измерение по определенному стандарту (т. е. силы, измеряемой поднимаемым весом). Вы скорее проводите мониторинг обратной связи по направлению к мышце и от нее, с тем, чтобы проверить целостность неврологического потока между мышечными рецепторами (веретенообразными клетками и нервно-сухожильными веретенами) и центральной нервной системой.

Следовательно, мониторинг мышц более точно отражает аспект биологической обратной связи мышечной реакции. Для распознавания мышцы как инструмента биологической обратной связи, как это указывается в энергетической кинезиологии, преимущественно будет использоваться данный термин, а не ранее используемый — *мышечное тестирование*.

Реципрокное возбуждение или ингибирование: мышечное запирание и расслабление

Перед тем, как продолжить дальнейшую дискуссию о сущности мониторинга мышц, важным элементом является краткое общее описание функций мышц, а также неврологию запирания и расслабления мышц.

Тот факт, что мышцы возбуждены, или находятся в состоянии запирания, или же в состоянии ослабления или расслабления, является основой всех движений, и случается миллионы раз в день, когда человек делает какие-либо движения. Все мышцы тела, кроме некоторых исключений (одно из них — диафрагма), собраны в *пары мышц-антагонистов*, которые противодействуют движениям друг друга. Данный набор мышц называется *реципрокным возбуждением или ингибированием*, так как когда к одной из пар применяется нагрузка, или же она возбуждена, ее мышца-антагонист (или мышцы-антагонисты, и их может быть несколько) автоматически ингибируется, или ослабляется. Таким образом, применение нагрузки, или запирание, и ослабление или расслабление представляют собой два нормальных состояния функциональности мышц, в которых они находятся постоянно.

Что же случается, когда мышца запирается в процессе мониторинга мышц? В неврологическом смысле, сигналы посылаются к агонисту ПМ для удержания положения части тела с помощью сознательной нагрузки (возбуждения) агониста ПМ. Впоследствии, когда нагрузка на часть тела (т. е. при удержании руки в горизонтальном положении) увеличивается в ходе мышечного мониторинга, мышечные рецепторы (веретенообразные клетки) агониста ПМ отвечают на сигналы рефлексов спинномозговой дуги, которая называется *рефлекс нагрузки*. Рефлекс нагрузки увеличивает степень сокращения агониста ПМ, в то же самое время, ингибируя его мышцы-антагонисты, и подавая нагрузку на их мышцы-синергисты. Мышцы-синергисты — это мышцы, которые помогают агонисту ПМ удерживать руку в положении вверх, но они не находятся в оптимально удобном положении в механическом плане, поэтому оказывают намного меньшее влияние, чем агонист ПМ на расположение и удержание в данной позиции. Впоследствии, структура мышцы, агонист ПМ и других мышц, является и мышцей-синергистом, и мышцей-антагонистом, с которым она «соединена» как на уровне мозга, так и на уровне спинномозговых рефлексивных дуг (см. рис. 8.1). Более подробное описание концепции структуры мышц приведено ниже.

Информация по данному ответу передается также в подсознание мозга, например, в мозжечок, базальное ядро и таламус, которая движет предварительно записанные мышечные программы, при

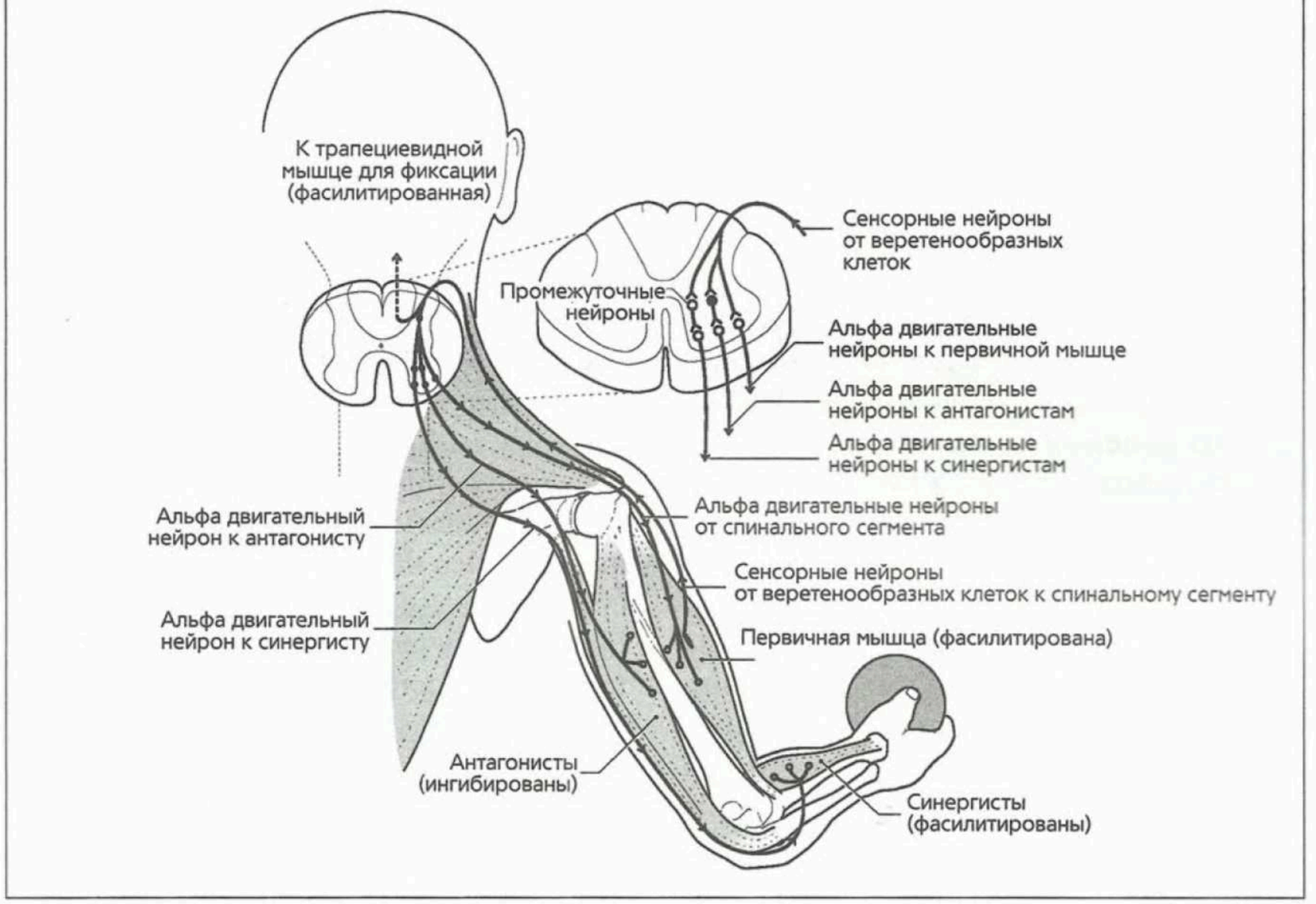


Рис. 8.1. **Упрощенная мышечная структура.**

Мышечная структура состоит из агониста, или первичной мышцы (бицепса), мышцы-антагониста (трицепса) или мышц-антагонистов, и одного или более синергистов (плечелучевых мышц). Веретенообразные клетки агониста ПМ присоединяются как к мышцам-антагонистам, которые он ингибирует, так и к его синергистам, которые он возбуждает. На рисунке не показана структура реципрокной веретенообразной клетки для мышцы-антагониста (трицепса). Согласно Вальтеру ДС, 1988, Прикладная кинезиология: краткое содержание, издание второе, Системы ДС, Пуебло.

котором мозжечок постоянно делает сравнения подразумеваемых и действительных действий.[4] Если подразумеваемое действие было направлено на удержание руки в горизонтальном направлении, но в действительности движется вниз ввиду увеличивающейся нагрузки в ходе тестирования, мозговые центры подсознания наращивают автоматический рефлекс спинномозговой нагрузки и посылают команду для дополнительного сокращения агониста ПМ для компенсации силы движения, и рука останется в горизонтальном положении. Поскольку данный поток информации из мышечных рецепторов, подающаяся в мозг и из него, остается ясной и непрерывной, мышца запирается и удерживает свое положение при продолжительной нагрузке, пока не достигнет полного сокращения. Если подача нагрузки выше данного уровня, рука опускается, поскольку давление вниз превышает силу агониста ПМ.

Восстановление

Следует отметить, что при почти полном 80% м сокращении агониста ПМ, она является единственной мышцей, на которую подается (возбуждается) любая нагрузка. Когда нагрузка агониста ПМ приближается к лимиту своего сокращения, ее мышцы-синергисты получают значительное возбуждение. Этот процесс называется *восстановление.* Однако, при проведении должного мышечного мониторинга, нагрузка на агонист ПМ не должна превышать 1/3 силы мышцы, и, таким образом, восстановление мышц-синергистов является минимальным. Это также объясняет то, почему легче восстанавливать мышцы вместе с агонистом ПМ тогда, когда мышечный мониторинг выполняется слишком активно, что может сделать невозможным проведение оценки действительных функций мышц.

Когда человек, проходящий мониторинг, начинает восстанавливать мышцы-синергисты, монитор лишь освещает прилагаемую нагрузку, так как чем она меньше, тем сложнее мышцам восстанавливать мышцы-синергисты вместе с агонистом ПМ. Ввиду того, что у агониста есть оптимальное механическое преимущество при правильном положении в ходе мониторинга, прилагаемая нагрузка являет собой намного меньшую силу, которая требуется для пересиливания агониста ПМ, а мышца с абсолютной целостностью полностью замыкается в процессе мышечного мониторинга. То есть, пока нет вмешательства в неврологический информационный поток между мышцами и центральной нервной системой, мышца будет получать достаточную нагрузку для удержания своего физического положения, даже при увеличивающейся нагрузке. *Это запирание показывает, что мышца находится в сбалансированном состоянии в своей структуре.*

Недостаточная фасилитация, не слабость

Если какой-либо фактор нарушен или вовлечен в свободный поток информации между мышцами и центральной нервной системы, мышца не будет иметь возможности координировать и удерживать уровень возбуждения по отношению к увеличивающейся нагрузке, которая прилагается в процессе мышечного мониторинга. В таком случае, рука будет опускаться вниз под давлением мониторинговой нагрузки, в результате чего мышца расслабляется. Таким образом, мышца, проходящая процесс мониторинга и, которая расслабляется, получает *недостаточное возбуждение* по отношению к прикладываемой нагрузке. Следует учесть, что в то время, когда мышца ослабевает (т. е. расслабляется под влиянием мониторинговой нагрузки), она не становится слабой, а ингибируется, и, следовательно, получает недостаточное возбуждение для сопротивления мониторинговой нагрузки, то есть, она недостаточно возбуждена.

Ослабление, которое относится к состоянию мышцы, не имеет отношения к понятию расслабления мышцы, как описывается в энергетической кинезиологии. Оно относится скорее к усилию, которое необходимо для пересиливания полностью возбужденной мышцы, как описано выше. Благодаря должному мышечному мониторингу, в процессе которого мышца полостью никогда не возбуждается (и,

конечно, *никогда, никогда не должно прилагаться чрезмерное усилие на мышцу*) проведенному должным образом, расслабление мышцы не является ослаблением, это всего лишь ее недостаточное возбуждение! В действительности, расслабляющаяся мышца напрямую ингибируется с помощью обратной связи из веретенообразных волокон, сухожилий и рецепторов суставов, или ингибирующих импульсов из мозговых эмоциональных центров подсознания.

Специальная методика мышечного мониторинга

При проводимом специальном мышечном мониторинге степень возбуждения (запирание сокращения) мышцы противопоставляется между центральной нервной системой и увеличивающейся нагрузкой, которая не превышает 1/3 мышечной силы. Если мышца способна удерживать достаточное когерентное возбуждение для удержания руки в нужном положении в условиях *медленного* повышения нагрузки, мышца будет запираться и удерживать положение, противодействуя этой увеличивающейся нагрузке. С другой стороны, если бы информационный поток между мышцами и центральной нервной системой не мог поддерживать возбуждение, равное степени его увеличения, при подаче нагрузки в процессе мониторинга, мышца будет выполнять пассивное движение в направлении нагрузки, или будет расслабляться. Однако, если мышечный мониторинг проводится неправильно, и прилагается сильная и быстрая нагрузка на расслабленную мышцу, она будет запираться для восстановления ее мышц-синергистов и, таким образом, будет пребывать в состоянии гомеостаза.

Мышечные контуры

При проведении мониторинга мышцы, находящейся в одном положении, вы можете определить только два пункта: 1) находится ли мышца в состоянии возбуждения, или запирается, и 2) находится ли мышца в состоянии недостаточного возбуждения, или расслаблена. Ввиду того, что эта информация может быть полезной, она является лишь частью описания того, что может показать характеристика мышцы. Ее остальное описание может быть приведено только после проведения исследования остальной мышечной структуры.[5] У каждой мышцы в организме есть мышца-антагонист (обычно не одна), которая противодействует ее движению. Мышца-агонист или ПМ, и ее мышца-антагонист имеют неврологическую взаимосвязь через веретенообразные клетки внутри этих мышц. В данной неврологической связке агонист ПМ приводит в состояние возбуждения (подает нагрузку), посылает сигналы для машинального ингибирования (запирания) его мышцы-антагониста с эквивалентной степенью возбуждения. В то же время, если нагрузка достаточно большая, она возбуждает мышцы-синергисты. Таким образом, конечность осуществляет движение для сокращения, без противодействия ее мышц-антагонистов, способствуя выполнению легкого и быстрого движения конечности. Таким образом, ослабление мышцы-антагониста ингибирует ПМ, поскольку веретенообразные волокна мышц-антагонистов ингибируют ПМ для того, чтобы двигать конечность

в направлении, обратном агонисту ПМ. Следовательно, полная мышечная структура включает агонист ПМ, его мышцы-синергисты, и ее мышцы-антагонисты с обеих сторон тела (см. рис. 8.1).

Почему с обеих сторон тела? Потому, что мышцы рук и ног взаимосвязаны множеством спинномозговых рефлексов, таких как, например, походка. Поэтому, когда агонист ПМ с одной стороны тела возбуждается, его аналог на противоположной стороне ингибируется. Представьте себе процесс ходьбы! Если передняя дельтовидная мышца возбуждается для того, чтобы поднять правую руку вверх, левая дельтовидная мышца ингибируется, обеспечивая опускание левой руки вниз при помощи ее мышц-антагонистов.

Следовательно, благодаря этим взаимосвязанным двусторонним частям мышечной структуры для ее исследования, важно провести оценку целостности одинаковых мышц на обеих сторонах тела.

Мониторинг сокращений и растяжений

Для того, чтобы больше узнать об описании того, что могут нам рассказать мышцы, следует провести мониторинг агониста ПМ не только при сокращении, но и при растяжении. То есть, для начала следует провести мониторинг мышц при оптимальном сокращении (нагрузка от сокращения к растяжению), впоследствии, из положения наибольшего растяжения в положение сокращения (нагрузка от растяжения к сокращению).[5] Данная концепция впервые была введена в кинезиологию Ричардом Аттом, и представлена на конференции в Международном колледже Прикладной кинезиологии в 1986г. В процессе мониторинга сокращений проводится оценка баланса неврологического потока по направлению к рецепторам и от них к агонисту ПМ, в то время как мониторинг растяжения проводит оценку баланса неврологического потока к мышцам-антагонистам, контролируемым рецепторами агониста ПМ. Поскольку потоки по направлению к агонисту ПМ и от него, а также к его мышцам-антагонистам являются частью одной и той же структуры, состояние баланса внутри агониста ПМ, и должна быть проведена оценка взаимосвязи ПМ с его антагонистами с тем, чтобы знать является мышечная структура сбалансированной.

При проведении мониторинга растяжения мышцы-антагонисты могут запираться или расслабляться. Однако, в данном случае расслабление не означает, что мышцы-антагонисты находятся в состоянии недостаточного возбуждения, а скорее то, что агонист ПМ чрезмерно ингибирует свою мышцу-антагонист. Когда ПМ активно сокращается, он вынужден сильно ингибировать мышцу-антагонист, как указано выше. Тем не менее, даже если агонист ПМ находится в состоянии полного растяжения, он имеет незначительную степень сокращения, чтобы быть в тонусе. Это градационное сокращение агониста ПМ при растяжении создает незначительную степень ингибированного выхода к его мышцам-антагонистам, но этого недостаточно для предотвращения состояния полного возбуждения мышц-антагонистов и, следовательно, запирания при проведении мониторинга

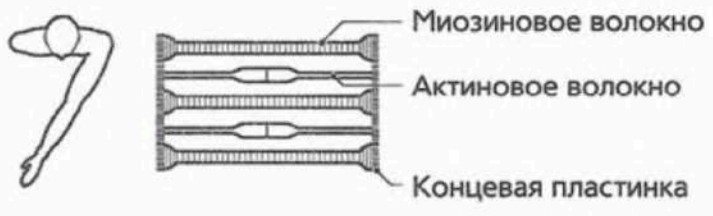
мышцы в процессе растяжения. Мониторинг мышц-антагонистов не проводится тогда, когда они находятся в оптимальном положении сокращения, но в положении растяжения агониста ПМ мышцы-антагонисты должны иметь возможность полного запирания, поскольку ингибированный выход агониста ПМ находится в пределах границ. В случае если степень сокращения агониста ПМ в позиции растяжения превышает нормальные гомеостатические границы, агонист ПМ, при этом, начнет чрезмерно ингибировать свои мышцы-антагонисты. Впоследствии, мышцы-антагонисты расслабляются в процессе мониторинга с агонистом ПМ при растяжении. Поскольку ПМ может находиться в состоянии баланса в положении сокращения, он все же, может чрезмерно ингибировать свои мышцы-антагонисты, создавая значительный дисбаланс мышечной структуры в целом. Следовательно, мониторинг растяжения в действительности представляет собой «данные» стрессора, скрытого в части структуры агониста ПМ, который *не* выявляется одним обычным мониторингом сокращения. Тем не менее, эти скрытые стрессоры могут оказывать влияние на функции агониста ПМ, а также на целостность мышечной структуры.

Что происходит внутри мышц при сокращении и растяжении?

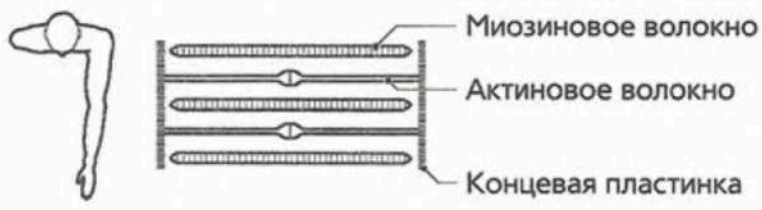
Мышечное волокно состоит из волоконных мешочков, которые содержат два типа волокон: тонкие актиновые волокна и толстые миозиновые волокна. Каждое мышечное волокно представляет собой длинное трубчатое образование, разделенное на множество сегментов посредством волоконных стенок, которые называются *концевыми пластинками*. Каждый сегмент называется *саркомером*, что значит «сегмент мышцы» в переводе с латыни. Актиновые волокна входят в концевые пластинки и расширяются по направлению к середине саркомера. Напротив, миозиновые волокна расположены между актиновыми волокнами, и удерживается свободно между концевыми пластинами с помощью тонких эластичных волоконец. Каждая молекула миозина содержит стержнеобразный кончик, который удерживается между двух шаровидных головок. Эти головки могут цепляться к тонким актиновым волоконцам, формируя поперечные мостики в процессе сокращения мышц. Когда нервный импульс приводит к высвобождению ионов кальция в саркомер, миозиновые головки на каждом конце волоконца активно захватывают волоконца актина и движут их по направлению друг к другу, сокращая, таким образом, саркомер. Активация миозиновых головок, их захватывание и вытягивание актиновых волоконец осуществляется с помощью энергии в виде АТФ, то есть энергии распространения клеток. Когда это происходит вдоль мышечного волокна, маленькие отростки каждого саркомера могут вызывать существенное сокращение каждого мышечного волокна, в результате чего происходит мышечное сокращение.

Сухожилия на каждом конце мышцы, которые прикрепляют мускул к костям, в действительности являются концами мышечного волокна без актиновых и миозиновых волокон.

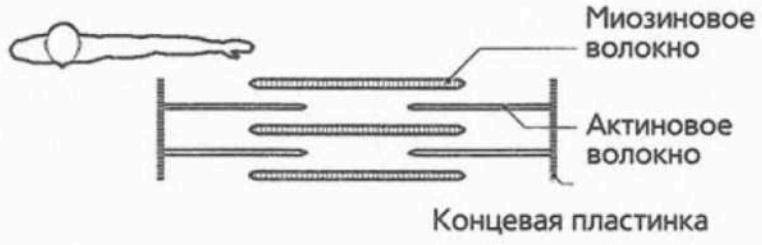
Что происходит с мышечными волокнами при сокращении и растяжении мышц? И как это относится к положению частей тела, например, руки? Мышцы грудной клетки, которые двигают руку по направлению к центральной линии тела, называющиеся грудными *основными ключичными мышцами*, показаны в различных положениях сокращения и растяжения в виде схемы на рисунке 8.2.



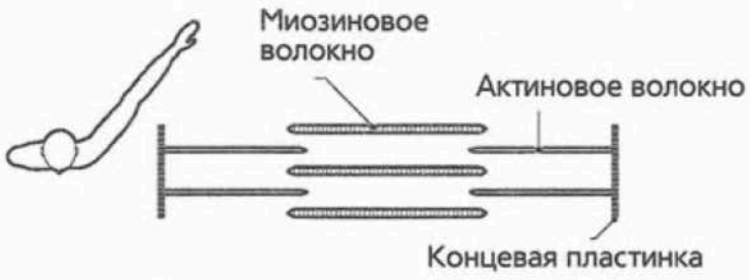
а) БГК находится в состоянии чрезмерного сокращения: актиновые волокна спадают одно на другое, и миозиновые волокна мешают концевым пластинам. Мышечная сила потеряна и «боль» может привести к рефлексивному ингибированию БГК.



б) Оптимальное сокращение БГК: актиновые волокна прикасаются одно к другому и миозиновые волокна почти касаются концевых пластинок. Это обеспечивает максимальную силу сокращения, и называется «запирание».



в) БГК мониторинг при полном растяжении: актиновые и миозиновые волокна перекрываются, но на конце своего «пути», поскольку мониторингу подвергаются не волокна БГК, а волокна мышц-антагонистов в положении их оптимального перекрывания, то есть, как указано выше в В.



г) БГК чрезмерно растягивается: актиновые и миозиновые волокна перекрываются как раз на концах, и дальнейшее растяжение может повлечь разрыв мышечных волокон. Вот почему чрезмерное растяжение мышцы вызывает «боль», и приводит к рефлексивному ингибированию мышцы-антагониста во избежание дальнейшего мышечного растяжения.

Рисунок 8.2. **Что происходит внутри мышцы при сокращении: а)** чрезмерное сокращение ключичной части большой грудной мышцы (БГК); **б)** оптимальное сокращение; **в)** мониторинг при полном растяжении; и **г)** чрезмерное растяжение.

Сокращающаяся часть мышцы называется *саркомер*. Она состоит из двух концевых пластинок саркомера, из которых тонкие актиновые волокна выступают по направлению друг к другу, посредине саркомера располагаются большие миозиновые волокна, которые перекрывают тонкие фиксированные актиновые волокна. Нервный импульс способствует тому, что миозиновые поперечные мостики захватывают фиксированные актиновые волокна на каждом конце, и связывают их вместе, уменьшая саркомер путем притягивания концевых пластинок одна к другой. Это и есть основой мышечного сокращения.

Литература

1. Goodheart, GJ 1964, Applied Kinesiology, privately published, Detroit.
2. Walther, DS 1988, Applied Kinesiology: Synopsis, Second Edition, Systems DC, Pueblo.
3. Tortora, GJ & Grabowski, SR 1993, Principles of Anatomy and Physiology, SevenThEdition, Harper & Row, New York.
4. Guyton, AC 1986, Textbook of Medical Physiology, SevenThEdition, WB Saunders, Philadelphia.
5. Utt, RD 1986, Applied Physiology I–Workshop Manual, Applied Physiology Publishing, Tucson.

Глава 9

ПРОПРИОЦЕПЦИЯ: КОНТРОЛЬ МЫШЕЧНОЙ ФУНКЦИИ

Для понимания того, что происходит в процессе мышечного мониторинга на нейрофизиологическом уровне, для начала нам нужно понять сущность контроля мышечной функции. Контроль мышечной функции происходит с помощью ряда различных рецепторов в самих мышцах, в их сухожилиях и связках сухожилий. Все вместе эти рецепторы, отвечающие за чувство расположения, длины и растяжения мышц, называются *проприоцепторами.*

Существует несколько видов проприоцепторов, которые обеспечивают обратную связь в центральную нервную систему (ЦНС), посылая сигнал о том, что происходит в мышцах, при расположении тела, и в состоянии равновесия. Сигнал из этих рецепторов, исходящий из нервных окончаний, проходит к позвоночному столбу и участкам подсознания мозга, например, к сегментам позвоночника, мозговому стволу, базальным ганглиям, таламусу и мозжечку. Это дает организму информацию о состоянии сокращения мышцы, напряжения мышцы и сухожилия, о ее положении и работе суставов, а также об удержании равновесия. В процессе стимуляции многие из этих проприоцепторов быстро адаптируются и посылают информацию о мгновенном изменении и скорости изменения мышечной активности и расположении тела. Остальные адаптируются медленно для стимуляции и, таким образом, посылают стабильные информационные сигналы о состоянии мышц и расположении тела. В процессе взаимодействия, они предоставляют ту информацию, которая необходима для скоординированных действий и движения, а также удержания осанки. Мониторинг мышечной активности и состояния стресса мышц происходит, в основном, с помощью двух видов проприоцепторов: нервно-мышечных веретенообразных клеток (или просто веретенообразных клеток) и нервно-сухожильных веретен или сухожильного органа Гольджи (СОГ).

Информация о положении суставов и стрессовой нагрузке на них обеспечивается дополнительными проприоцепторами. Они бывают трех видов: тельца или окончания Руффини (ТР), тельца Пачини и связочный орган Гольджи (аппарат Гольджи в связках суставов). Боль фиксируют свободные немиелинизированные нервные волокна. Описание и краткое рассмотрение структуры и функций проприоцепторов суставов будет предложено ниже, после полного описания и рассмотрения функций веретенообразных волокон и СОГ. На рисунке 9.1 показаны типы суставов и мышечные проприоцепторы, а также их типичное расположение.

Проприоцепторы суставов

Тельца Руффини

Тельца Руффини, которые показаны на рисунке 9.1 д, представляют собой осумкованные рецепторы разветвленного типа, расположенные в поверхностных слоях волокнистой соединительной

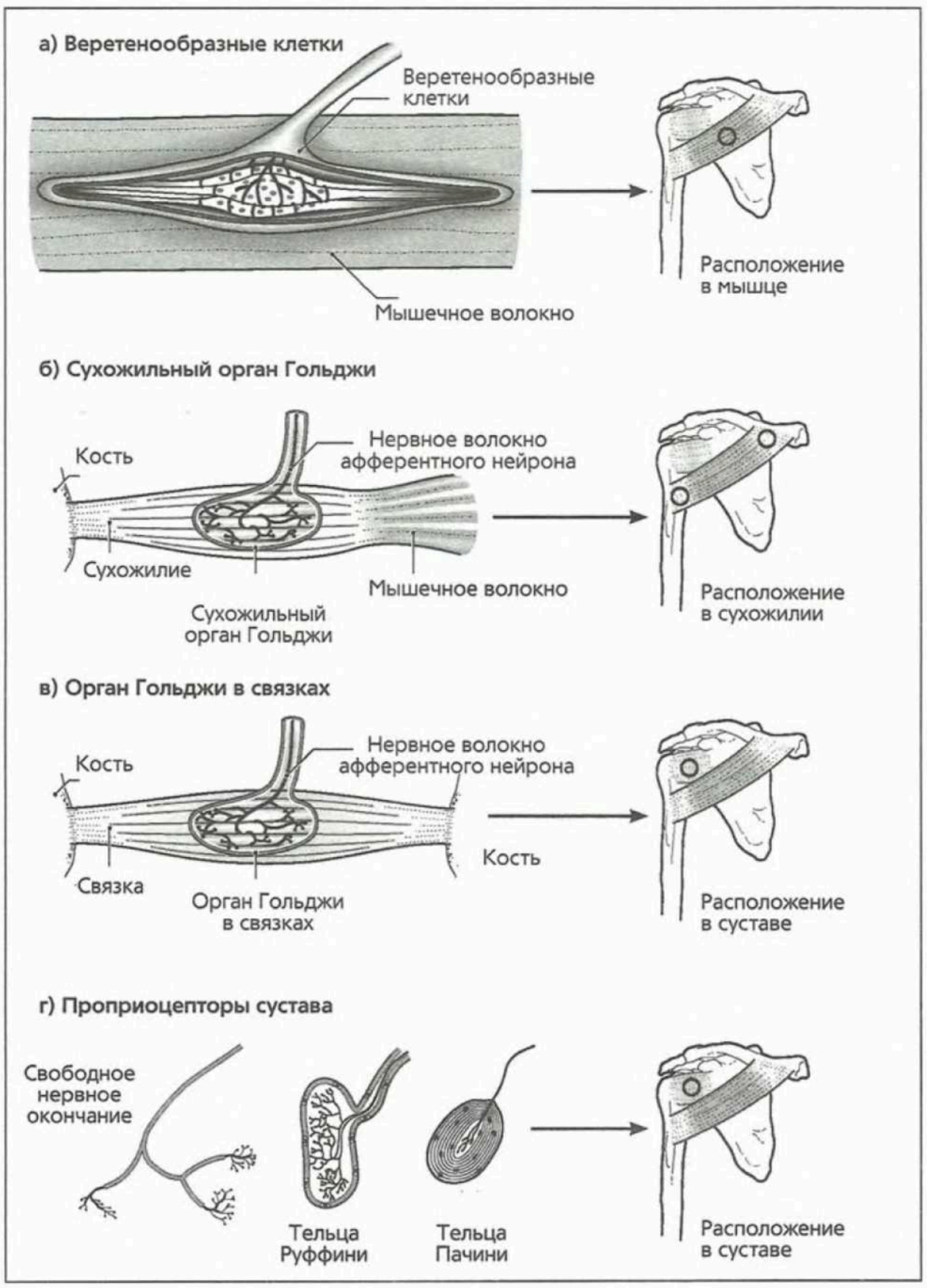


Рис. 9.1. Виды суставов и мышечных проприоцепторов, их типичное расположение: а) веретенообразные клетки; б) сухожильный орган Гольджи; в) орган Гольджи в связках; и г) проприоцепторы сустава. Основные мышечные проприоцепторы — это веретенообразные клетки и нервно-сухожильные веретена, в которых веретенообразные клетки расположены внутри мышцы, и сухожилия находятся в мышечно-сухожильном сочленении. Основные проприоцепторы суставов: тельца Руффини, тельца Пачини, орган Гольджи в связках и свободные нервные окончания, расположенные в волокнистой соединительной ткани суставной капсулы и сухожилиях сустава.

ткани капсулярных суставов.[1] Особенно часто они встречаются в капсулярных суставах с капсулярными сочленениями, подобно тазобедренным суставам, в которых ощущение статического расположения играет важную роль при контроле

положения осанки. Тельца Руффини (ТР) обычно располагаются вокруг суставов в совмещенных образцах таким образом, что различные вращательные движения инициируют возбуждение только некоторых ТР, но не всех.[2] Следовательно, те из рецепторов ТР, которые получили возбуждение, дают обратный импульс в соответствии с силой вращения или движения сустава. Несмотря на то, что ТР есть во всех капсулярных суставах, наибольшее их количество находится в тазобедренных суставах, и множество их также присутствует и в других основных суставах, таких как плечевой и височно-нижнечелюстной. Тельца Руффини — это необычные рецепторы с двухфазной (двухстепенной) реакцией. Начальное движение сустава стимулирует ТР в самом суставе для их быстрого возбуждения, сообщая ЦНС о скорости и направлении движения. Этот сигнал быстро адаптируется в новом положении. Все же, помимо этого, тельца Руффини обладают состоянием медленной текущей адаптации импульса в ЦНС, который указывает на характеристики движения сустава.[2] Ввиду того, что площадь активации каждого ТР перекрывает соседний рецептор, последующее возбуждение каждого ТР в процессе движения сустава показывает дугу, или направление движения, и передается в ЦНС. После прекращения движения следует постоянный, непрерывный выходящий сигнал из последующих ТР, который посылает обратный импульс о характеристиках движения.

Тельца Пачини

Тельца Пачини, показанные на рисунке 9.1д, представляют собой многослойные осумкованные проприоцепторы.

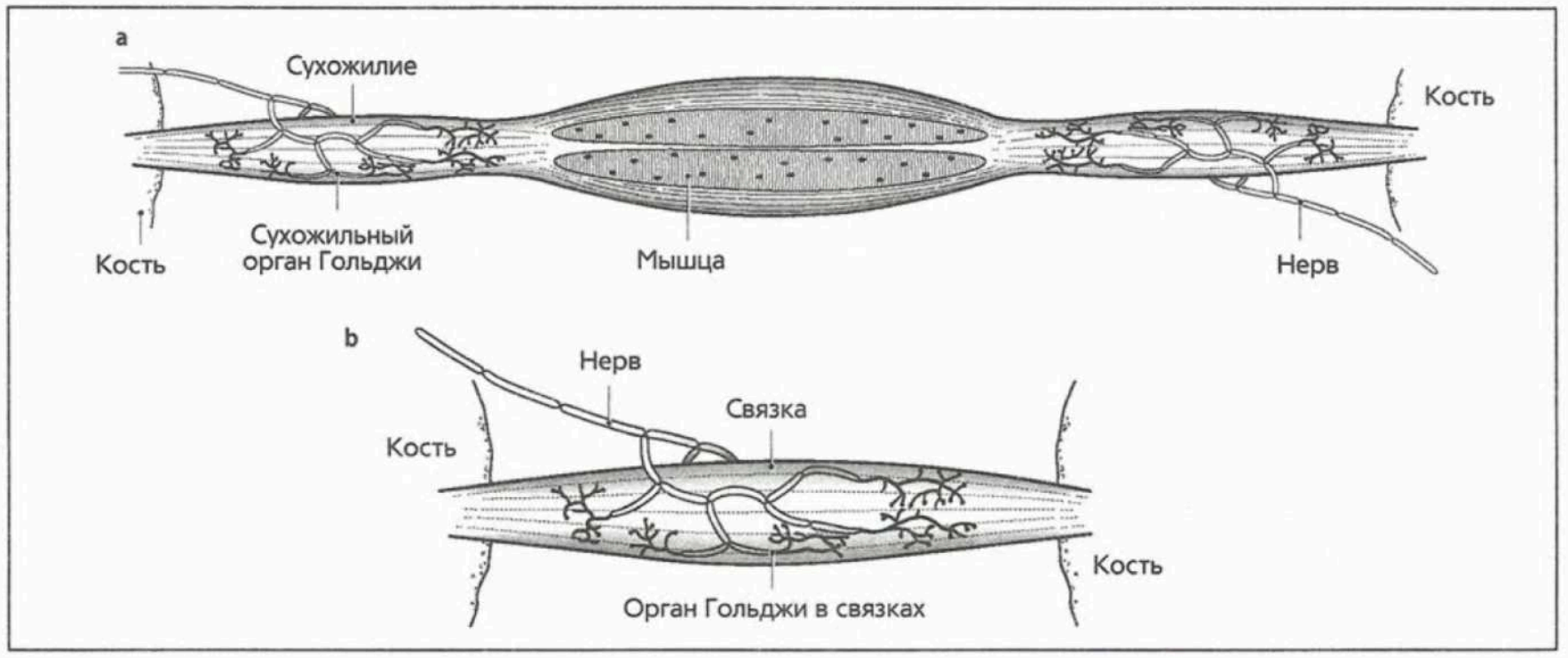


Рисунок 9.2. **Аппарат Гольджи, сухожилия мышц и связки суставов.**
Рецепторы аппарата Гольджи по своей структуре идентичны с их нервными окончаниями, которые разветвлены между коллагеновыми волокнами сухожилия или связки. Они оба посылают мгновенный сигнал о нагрузке, и пороговые величины инициируют рефлекс ингибирования мышц. **а) Сухожильный орган Гольджи.** Они расположены в мышечно-сухожильных соединениях отдельных мышц. **б) аппарат Гольджи в связках.** Они расположены только в отдельных связках суставов.

Они очень чувствительны к изменению движения и нагрузки.[1] В структурном плане, существует центральное нервное окончание, окруженное многослойными мембранами. Они больше похожи на шелуху луковицы. Их количество небольшое, и они располагаются небольшими группами в слоях соединительной ткани сустава. Тельца Пачини представляют собой быстро адаптирующиеся рецепторы с низкой пороговой величиной, что обеспечивает фиксирование преходящих нагрузок на связки и капсулярные соединительные ткани[2]. Когда суставы находятся в движении, эти рецепторы быстро приводятся в стадию возбуждения, и как только их движение останавливается, прекращается и их возбуждение. Этот импульс посылает часть данных, на которых основывается осознание ощущений движения и нагрузки на суставы на уровне подсознания.

Аппарат Гольджи

Аппарат Гольджи суставных капсул, показанный на рисунке 9.1 c, по своей структуре и функциональности является практически идентичным с сухожильным органом Гольджи в мышцах (СОГ). Веретена присутствуют только в отдельных связках суставов, но не в самих суставных капсулах.[1] Аппарат Гольджи суставов имеет высокую пороговую величину, и содержит рецепторы медленной адаптации, которые наряду с тельцами Руффини посылают информацию о скорости и направлении движения сустава. Однако, в отличие от ТР аппарат Гольджи приходит в возбуждение только тогда, когда скорость или характер движения является очень быстрым, и может повлечь за собой чрезмерную нагрузку на суставы. Когда скорость их возбуждения достигает определенной пороговой величины, они вызывают ингибирование рефлекса мышц, которые расположены вокруг сустава, с тем, чтобы избежать повреждения связок сустава и суставной капсулы.[2]

Свободные миелинизированные и немиелинизированные нервные окончания

Проприоцепторы, которые изображены на рисунке 9.1 d, имеют разветвления в суставной капсуле, жировых тканях и синовиальных оболочках. Они представляют собой рецепторы с медленной адаптацией и высокой пороговой величиной. Они чувствуют чрезмерную нагрузку на сустав, которая может его повредить. Когда они активны, они дают возможность осознанно ощущать боль в суставе. Это ограничивает дальнейшее движение и позволяет защитить сустав.

Мышечная проприоцепция

Сухожильный орган Гольджи

Несмотря на то, что мышцы обладают лишь двумя видами проприоцепторов, эти рецепторы отвечают за большую долю, в процентном соотношении, подсознательного импульса, посылаемого в ЦНС. Рецепторы СОГ, показанные на рисунке 9.1 b, расположены на мышечно-сухожильном соединении, и состоят из капсулы, заполненной жидкостью. Эти капсулы окутаны малым количеством сухожильных волокон, и переплетаются с высокоскоростными миелинизированными нервными окончаниями, которые

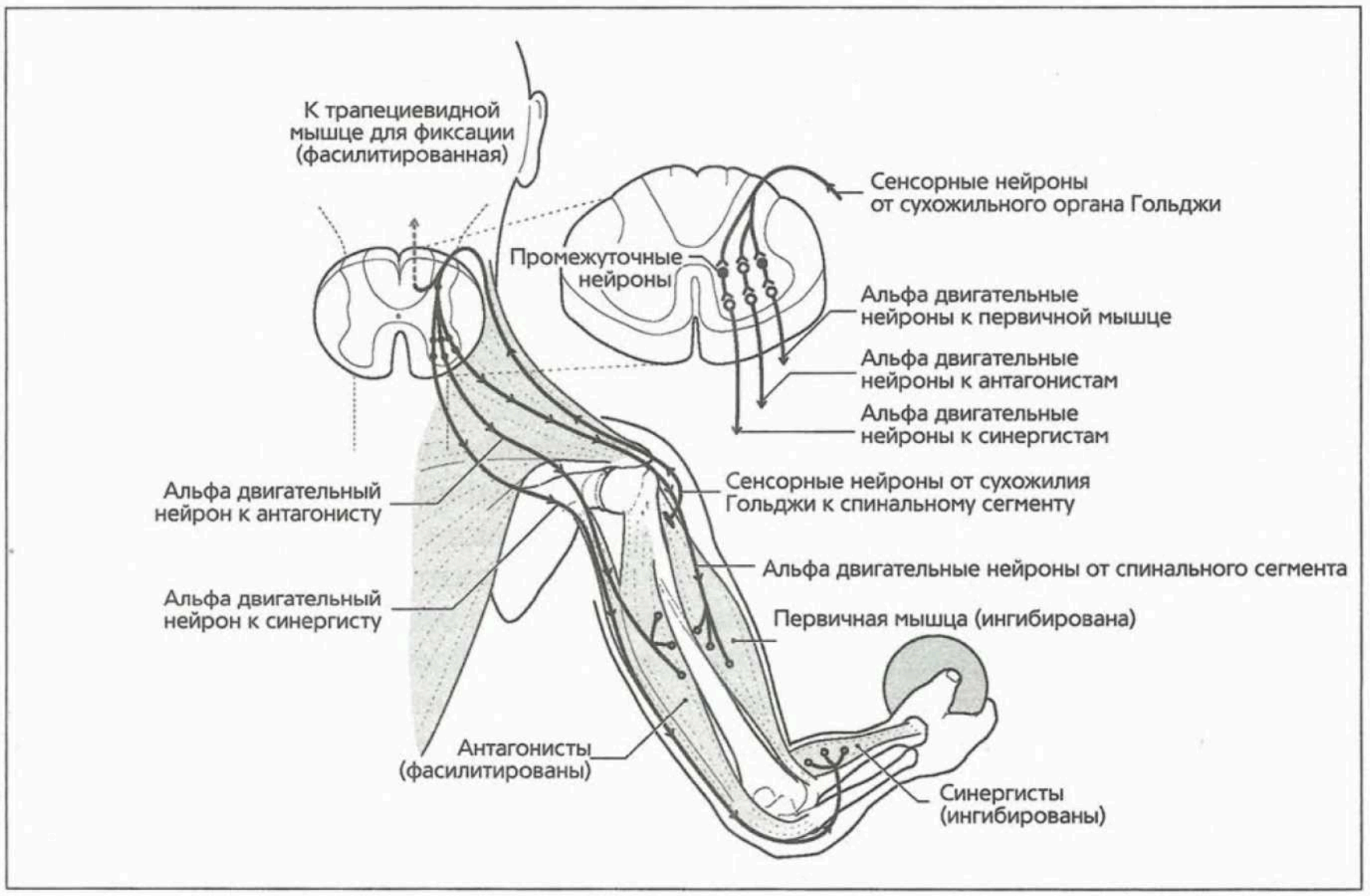


Рис. 9.3. Пути нервно-сухожильных веретен для ингибирования и расслабления. Нервно-сухожильные веретена вызывают ингибирование рефлекса мышцы-агониста и ее синергиста (ов), и ослабление ее антагониста (ов) сразу после достижения пороговой нагрузки. Порог нагрузки определяется нейтронами из мозгового ствола или расслаблением, или же ингибированием промежуточных нейронов, разделяя афферентный рецепторный входящий сигнал от эфферентного двигательного выходящего сигнала из позвоночной области. Расслабление данных промежуточных нейронов понижает порог ингибирования рефлекса, в то время как ингибирование этих нейронов увеличивает порог ингибирования сухожилия.

разветвляются по волокнам сухожилия (см. рис. 9.2)[1]. При увеличении нагрузки на мышцу волокна сухожилия тесно прижимаются друг к другу. Это позволяет сжимать капсулы с жидкостью и увеличивать нагрузку на нервные окончания, что увеличивает сигнал из рецепторов СОГ в ЦНС. При сокращении мышцы рецепторы СОГ определяют мгновенный уровень нагрузки внутри сухожилия. Когда сигнал достигает определенного порога, рецепторы СОГ значительно ингибируют свою мышцу, и в то же самое время, приводят в действие ее мышцу-антагониста, чтобы избежать чрезмерной нагрузки на сухожилие и его возможное повреждение.[2,3] Рецепторы СОГ проверяют и реагируют только на мышечную нагрузку. Эта информация бывает двух видов: мгновенное определение состояния нагрузки, и ингибирование рефлекса сухожилия агониста, а также его синергистов.

1. Мгновенное определение состояния нагрузки связано с постоянным сигналом в ЦНС, мониторингом нагрузки, которая подается на мышцу в какой-нибудь опре-

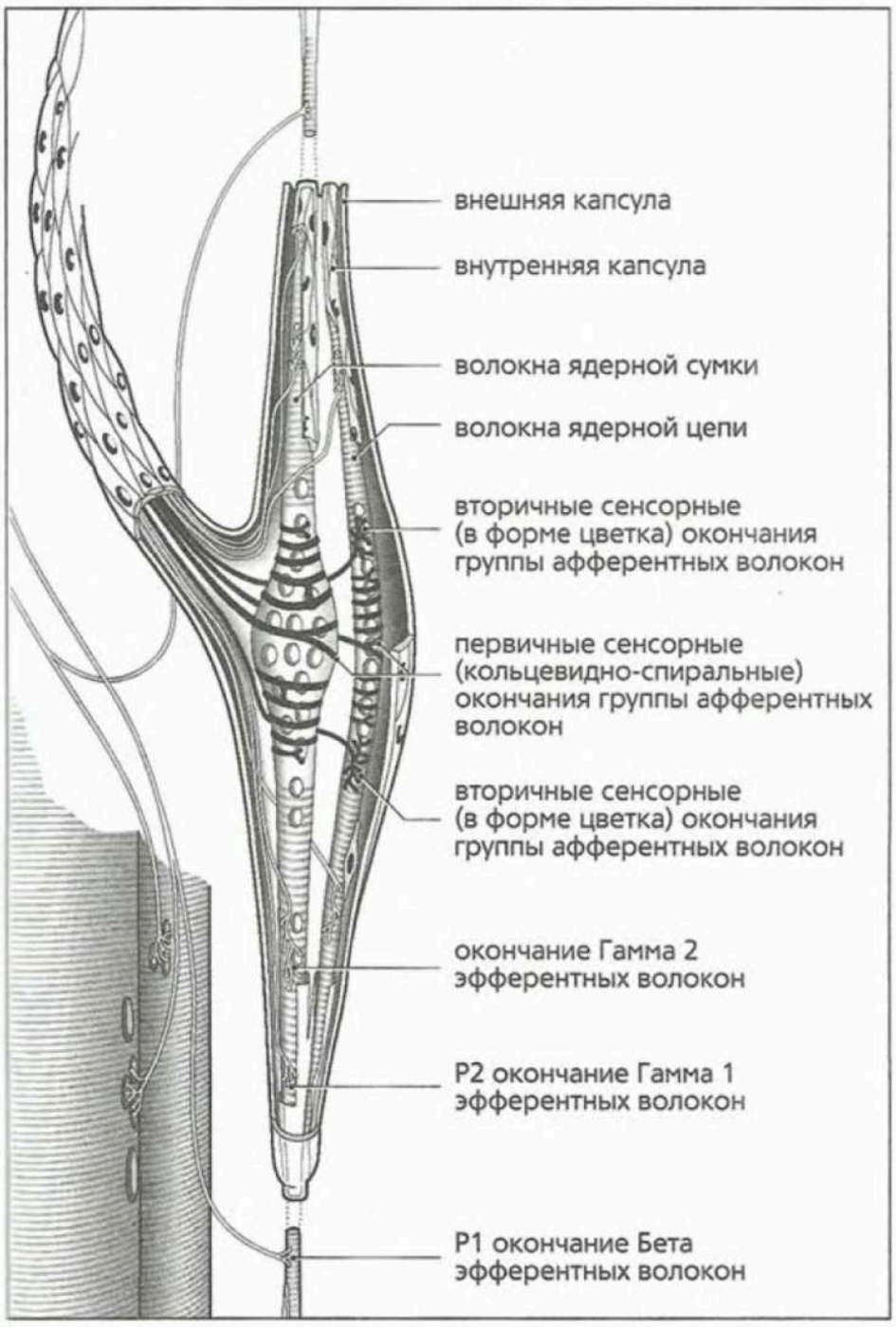


Рис. 9.4. **Нервно-мышечные веретенообразные клетки.** Три трехмерные схемы нервно-мышечных веретенообразных клеток показывают веретенную капсулу, волокна сумки ядра и нуклеарной цепочки. Веретенообразные клетки имеют два типа афферентных нервных окончания (черного цвета): первичные и вторичные. *Первичные нервные окончания*, которые называют *кольцевидно-спиральными окончаниями* ввиду того, что они наматываются вокруг несокращающейся промежуточной области, как волокон сумки, так и цепочки, отвечают за мониторинг изменения длины и скорости ее изменения. *Вторичные нервные окончания* называют *цветочнообразными ответвленными окончаниями* потому, что они распространяются по нескольким саркомерам. Они расположены только в волокнах нуклеарной цепочки на соединении между несокращающейся и сокращающейся областью.

деленный момент, а также с изменениями данной нагрузки за определенное время посредством импульсов, которые поступают в ЦНС в секунду. Чем больше нагрузка, тем большее количество импульсов в секунду поступает в ЦНС.

2. Ингибирование рефлекса сухожилия агониста и его синергистов значит, что как только определена заданная точка, или же достигнута пороговая величина запаздывания рефлекса, рецепторы СОГ посылают ингибирующие импульсы в мышцу-агонист, или оппозитную мышцу и его синергисты, генерирующие нагрузку на сухожилие с тем, чтобы их деактивировать. В то же самое время, импульсы ослабления направляются в мышцы-антагонисты, подают им сигналы для сокращения, и быстро снижают нагрузку на сухожилия мышцы-агониста (см. рис. 9.3).

Сигнал стационарной фазы нагрузки очень важен для контроля мышечной функции при движениях с разными силовыми уровнями, например, в игре на пианино. Мгновенная нагрузка и память такой нагрузки — это то, что позволяет пианисту играть *фортиссимо* (энергично и с силой), или *дольчементе* (легко и мягко). Должный уровень корректировки и фактического мгновенного контроля на местном уровне, который осуществляется рецепторами СОГ, является абсолютно естественным при выполнении четких двигательных функций данного вида, которые варьируют только на уровне применяемой силовой нагрузки.[3] Важной особенностью при активации рецепторов СОГ с точки зрения мышечного мониторинга, является

заданная точка, или пороговая величина ингибирования. Когда эта величина или заданная точка устанавливается слишком медленно, ингибирование рефлекса активируется задолго до того, как происходит фактическое повреждение сухожилия или мышцы, и она ограничивает пределы движения мышцы. Если этот порог установлен слишком высоко, ингибирование происходит слишком поздно. Это не дает возможности предотвратить повреждение сухожилия, мышцы или даже кости.

Вторичные окончания отвечают за мониторинг длины мышц. Как основные, так и второстепенные нервные окончания посылают импульсы в позвоночную область, иннервируя мышцу, которая содержит веретенообразную клетку. *Веретенообразные клетки* также иннервируются с помощью трех видов двигательных волокон (серого цвета). Эфферентные волокна Гамма 1 заканчиваются на окончаниях пластинки P2 на конце волокон сумки ядра, как раз на выходе из капсулы. Экстрапирамидная кортикально-позвоночная подсознательная иннервация окончаний гамма 1, P2 определяет порог волокон сумки ядра для растяжения мышцы, или *рефлекса нагрузки.*

Эфферентные волокна гамма 2 заканчиваются гроздью в середине сокращающихся областей на обоих концах волокон сумки ядра и цепочки. Пирамидальная сознательная кортикально-позвоночная иннервация стелющих нервных окончаний контролирует протяженность волокон митотического веретена. *Эфферентные волокна бета* появляются как добавочная ветвь двигательного нейрона альфа, который иннервирует поступальную мышцу вблизи с веретенообразной клеткой и заканчивается у окончаний пластинки P1 веретенной капсулы на конце области сокращения, на обоих концах волокна сумки ее сухожильного соединения. Эфферентные волокна бета являются основой рефлексивного восстановления окружающих экстрафузальных мышц.

Веретенообразные клетки

С другой стороны, веретенообразные клетки представляют собой истинный мышечный «мозг», как показано на рисунке 9.1 а. Они имеют два вида рецепторного выходящего сигнала в ЦНС (кольцевидно-спиральные и цветочно-образные окончания), и три вида двигательных входных сигналов из ЦНС (гамма 1, гамма 2, и бета эфферентных входящих сигналов (см. рис. 9.4).[1] Нервные окончания посылают информацию в ЦНС о протяженности мышцы, изменении ее длины и скорости изменения растяжения. Эфферентный двигательный входящий сигнал контролирует действительную скорость и степень сокращения, координирует движение мышцы с планируемым действием. Таким образом, в то время как рецепторы СОГ проводят мониторинг напряжения и выполняют функцию прерывания импульса во избежание повреждения мышцы от чрезмерного напряжения, и могут посылать обратный импульс для поддержки координации мышцы, веретенообразные клетки активно контролируют действительную работу мышцы, то есть, сокращение или же укорочение при выполнении движения.

В структурном отношении, веретенообразные клетки представляют собой высоко модифицированные мышечные волокна, которые состоят из наполненных жидкостью капсул с 3—12 интрафузальными волокнами или волокнами митотического веретена, которые бывают двух видов: волокна сумки ядра и нуклеарная цепочка.[1]. Волокна митотического веретена проходят параллельно к основным или экстрафузальным мышечным волокнам, и они обычно прикрепляются к этим волокнам (см. рис. 9.4 и 9.5). Оба вида волокон веретенообразной клетки содержат промежуточную область. Она несокращающаяся и эластичная, с двумя сокращающимися областями на концах. Структура и функции сокращающихся окончаний идентичны типичным скелетным мышечным волокнам, и окружены веретенообразными клетками.

Мышечные волокна сами по себе необычны, поскольку они многоядерные, то есть образуют много ядер. Волокна сумки ядра называются так потому, что большинство ядер собраны в расширенную и заполненную жидкостью сумку в несокращающейся, эластичной промежуточной области волокна. Сокращающиеся окончания волокна сумки распространяются за веретенную капсулу и прикрепляются к сухожилиям волокон основной мышцы. С другой стороны, у волокон нуклеарной цепочки большинство окончаний ядер заканчиваются цепочкой посередине волокна, и они соединяются напрямую с концами веретенной капсулы. Все волокна цепочки полностью содержатся внутри веретенной капсулы и не выходят за ее пределы как, например, те, которые имеют более длинные волокна сумки.[1]

Кольцевидно-спиральные основные окончания: измерения изменений длины и скорость изменения изменений длины.

Кольцевидно-спиральные окончания перекрывают несокращающуюся промежуточную область волокон и сумки, и цепочки, в то время как цветочно-образные ответвленные окончания почти полностью закрыты в волокнах цепочки (см. рис. 9.4).[1] При внезапном изменении длины мышцы, кольцевидно-спиральные окончания сумочных волокон на сумке реагируют очень активно, превалируя над рефлексом внезапного растяжения, и вызывают рефлекс сокращения соседней мышцы. Однако, если мышца растягивается медленно, кольцевидно-спиральные окончания как волокон сумки, так и цепочки реагируют увеличением выходящего сигнала в ЦНС, пропорционально степени сокращения.[2] Чем больше степень сокращения, тем выше выходящий сигнал в ЦНС.

Таким образом, волокна сумки, в основном, отвечают за растяжение мышцы, и осуществляют мониторинг скорости изменения (быстродействия), и изменений скорости изменения (изменения быстродействия). Превалирующий сумочный рефлекс мышечного растяжения контролирует рефлекс нагрузки, который инициирует рефлекс сообщения (сокращения) соседних экстрафузальных мышечных волокон для автоматической подачи усиленной нагрузки на конечность. И напротив, если мышца внезапно

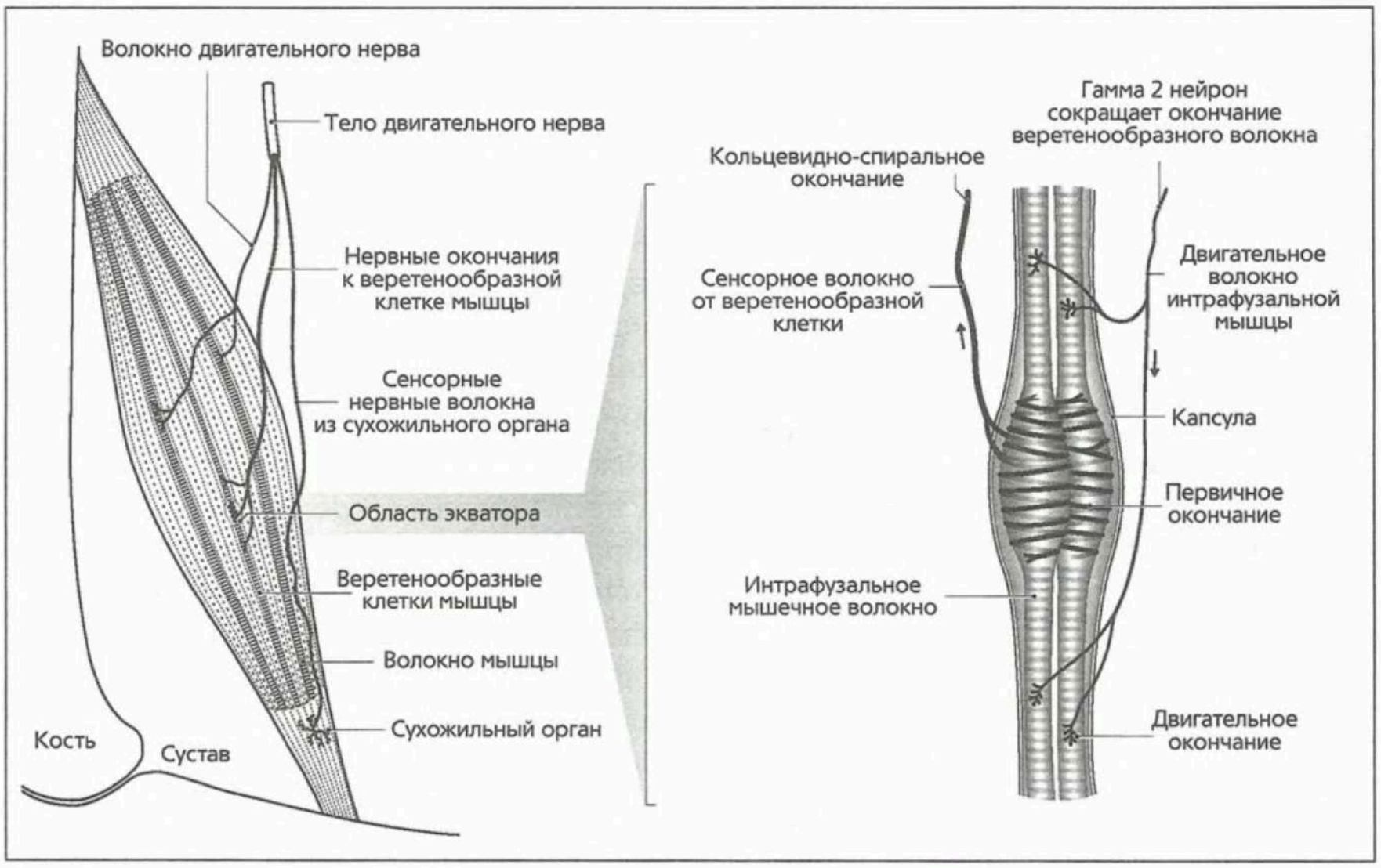


Рис. 9.5. **Расположение и порядок веретенообразных клеток и аппарата Гольджи в типичных мышцах.**

Аппарат Гольджи расположен в сухожилиях, возле мышечно-сухожильного сочленения, а веретенообразные клетки — это образования с маленьким диаметром, сильно измененные мышечные волокна, которые растягивают длину мышцы от сухожилия к сухожилию (слева). Увеличенный вид экваториальной веретенной капсулы (справа), которая содержит волокна двух сумок ядра с кольцевидно-спиральными окончаниями, окружающие расширенную несокращающуюся промежуточную область. На этой схеме показаны только две веретенообразные клетки сумки ядра: реальная веретенообразная клетка состоит из дюжины элементов, и более. (Волокна цепочки ядра и двигательные нервы веретенообразных клеток исключены из рисунка для большей ясности).

сокращается, выходящий сигнал сумки ядра быстро уменьшается или вовсе прекращается, и ЦНС отвечает на потерю этой информации путем ингибирования рефлекса соседних экстрафузальных волокон для того, чтобы остановить сокращение и позволить мышце увеличиться в длине, чтобы снова восстановился выходящий сигнал сумки ядра.

Цветочно-образные вторичные афферентные ответвленные окончания: измерение длины мышц

И напротив, когда сокращающиеся области мышцы или сокращаются, или же находятся в состоянии расслабления, цветочно-образные ответвленные окончания волокон цепочки «возбуждаются» и посылают выходящий сигнал о сиюми-

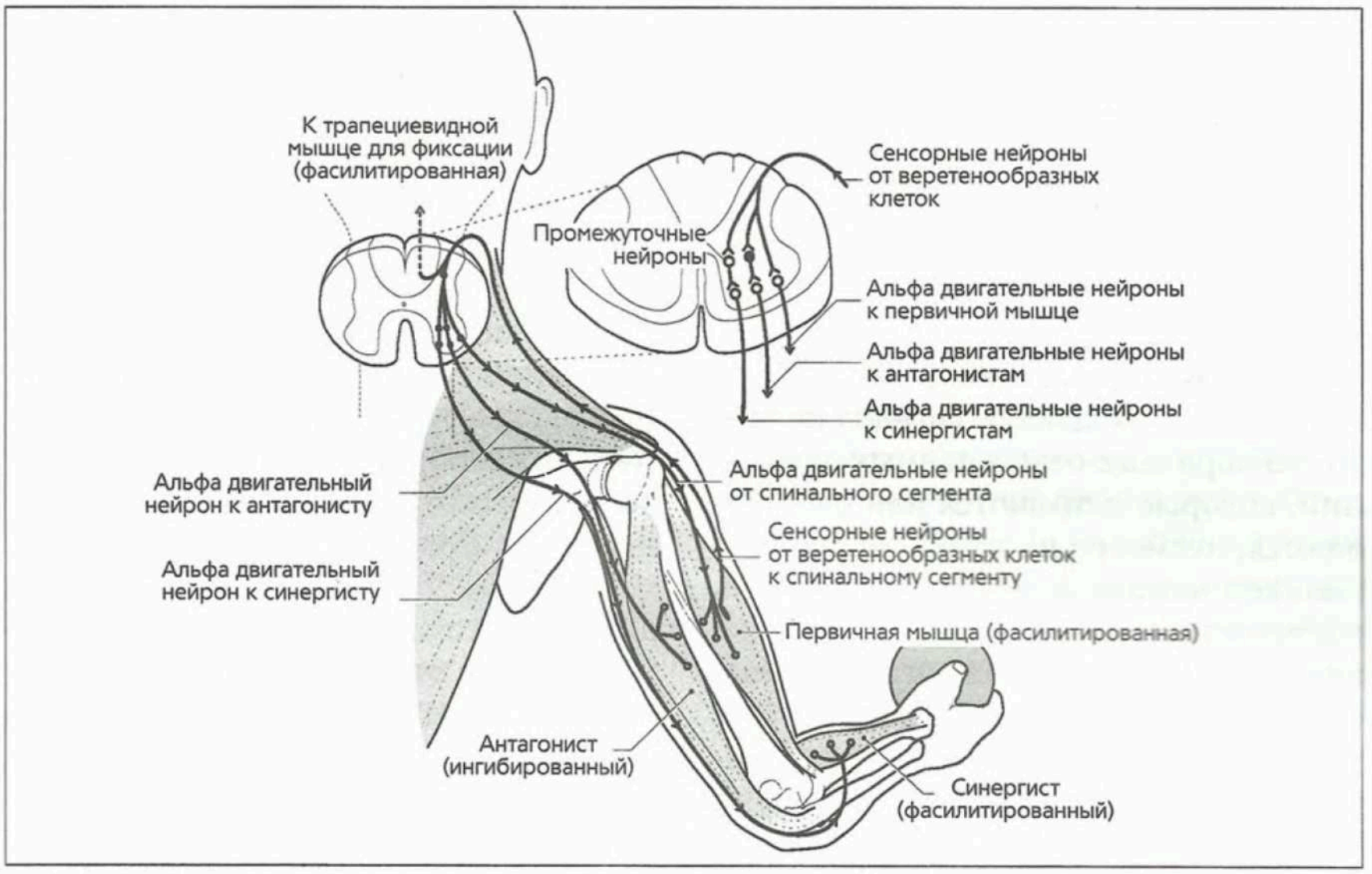


Рис. 9.6. Пути веретенообразной клетки для ингибирования и расслабления. Веретенообразные клетки способны подавать как афферентный входящий сигнал в, так и эфферентный выходящий сигнал из центральной нервной системы, и, следовательно, из «мозга» мышц, в процессе интеграции рецепторного входящего и двигательного выходящего сигнала. Следует учесть, что существует моносинаптическое соединение между входящим сигналом афферентных веретенообразных волокон, и выходящим сигналом двигательных нейронов альфа, которое иннервирует основные экстрафузальные волокна мышцы. Таким образом, когда бы ни происходило резкое растяжение волокон сумки ядра, они побуждают волокна соседней мышцы к более сильному сокращению. Это называется *позитивное мышечное растяжение*, или *рефлекс нагрузки*.

нутном изменении длины мышцы в ЦНС и области подсознания мозга. Ввиду того, что цветочно-образные ответвленные окончания покрывают несколько саркомеров (сокращающиеся элементы), любое сокращение или расслабление мышцы изменяет уровень сигнала, исходящего из этих рецепторов, и посылает информацию об изменениях длины в мозг. Таким образом, цветочно-образные ответвленные окончания волокон цепочки, в основном, выполняют мониторинг длины мышц.

Все вместе кольцевидно-спиральные и цветочно-образные ответвленные окончания посылают в ЦНС информацию о том, какие действия выполняет мышца, и как быстро она это делает.

Двигательный сигнал из ЦНС в мышцу

Волокна сумки имеют три типа эфферентных (двигательных) нервных волокон, в то время как волокна цепочки имеют лишь один тип.[1] Волокна и сумки, и цепочки получают на окончаниях

грозди входящий сигнал гамма 2. Они иннервируют область сокращения волокон митотического веретена на обеих сторонах несокращающейся промежуточной области (см. рис. 9.5 и 9.6).

Входящий сигнал гамма 2 определяет длину веретенообразных клеток. ЦНС получает информацию о длине мышцы с помощью выходящего сигнала из цветочно-образных ответвленных окончаний, которые сжимаются или растягиваются, несмотря на изменения длины волокон мышцы вокруг них. Степень сокращения волокон митотического веретена напрямую зависит от уровня стимуляции гамма 2. Чем выше импульс уровня сокращения подается от эфферентных волокон гамма 2, тем больший стимул получают цветочно-образные ответвленные окончания для сигнала в ЦНС, посылая ей информацию об изменении длины мышцы.

Взаимодействие эфферентных волокон сумки ядра гамма 2: детекторы отклонения и рефлекс автоматической нагрузки

Веретенообразные клетки также могут выполнять функцию рецепторов отклонения между фактической реакцией мышцы, и реакцией, подаваемой мозгом. Если мозг посылает сигнал о том, чтобы определенная мышца, к примеру, удерживала предплечье в горизонтальном положении, его импульсы направляются к двигательным альфа нейронам главных мышечных экстрафузальных мышц, которые окружают веретенообразные клетки бицепсов, чтобы произошло максимальное <—> сокращение.

В то же самое время, посредством коактивации, он посылает идентичный сигнал волокнам веретенообразных клеток через волокна гамма 2 так, чтобы они также, таким образом, максимально сократились <—>. Поскольку и основные мышцы, и волокна веретенообразных клеток сокращаются эквивалентно, подразумеваемое действие *является* действием фактическим.[2] Когда основные экстрафузальные волокна поднимают тяжесть, они, таким образом, могут только сильно сокращаться <—>, ввиду нагрузки, в то время как волокна митотического веретена действительно находятся в состоянии сильного <—> сокращения из-за этого, согласно заданному импульсу из ЦНС. Разница между двумя удлинениями появляется благодаря вытягиванию гибкой, несокращающейся центральной области веретенообразных клеток. Это именно то резкое растяжение, которое инициирует мышечное чувство, или рефлекс мышечного растяжения, которое лежит в основе рефлекса мышечной нагрузки. Так как волокна сумки наиболее чувствительны к растяжению, при их вытягивании посылаются сильные сигналы к двигательным альфа нейронам, расположенным вокруг экстрафузальных волокон для выполнения *сокращения*. Это приводит к тому, что задействуется больше двигательных элементов для восстановления, чтобы достичь такого уровня сокращения, который был задан мозгом, то есть <—> сильного.

Следовательно, когда бы ни происходило сокращение волокон митотического веретена сильнее, чем окружающие его волокна основной мышцы, гибкая несокращающаяся промежуточная область волокон сумки растягивается, позволяя достичь разницы длины между волокнами основной мышцы, и волокнами

веретенообразной клетки. Этот процесс инициирует рефлекс нагрузки, который снова побуждает мышечные волокна к действию и заданной обратной реакции, то есть, выравниванию длины веретенообразных клеток, в соответствии с сигналами ЦНС.

В действительности это входящий сигнал гамма 2. Он подразумевает длину и выходящий сигнал из растянутых кольцевидно-спиральных окончаний, которые выполняют функцию детекторов отклонения между подразумеваемой и фактической мышечной реакцией. Если эти две реакции не совпадают, он инициирует сокращение волокон основной мышцы, чтобы автоматически компенсировать изменяющиеся нагрузки (см. рис. 9.4 и 9.5).[2,3] Остальные две проводят мониторинг входящих сигналов в веретенообразные клетки, эфферентные волокна гамма 1 и бета, иннервирует только волокна сумки ядра. Бета эфферентные волокна заканчиваются на пластинах P1 в сокращающейся области волокон сумки. Они распространяются за капсулы веретена перед сочленением с сухожилиями волокон сумки.

Бета эфферентные импульсы исходят от парааксонов (ответвлений) из двигательных нейтронов альфа соседних мышц и, частично, постуральных мышц (см. рис. 9.6).[1] Когда данным соседним мышцам необходима дополнительная мышечная поддержка, чтобы выполнить это движение, то скорость бета эфферентного импульса в волокна сумки увеличивается. Эти бета эфферентные сигналы, идущие в волокна сумки, вызывают их сокращение, и инициируют рефлекс мышечного растяжения, восстанавливая окружающие экстрафузальные волокна основной мышцы, что позволяет удерживать положение, или выполнять необходимое действие.

Восстановление: почему не прилагаются большие нагрузки, и не делаются быстрые движения при мышечном мониторинге

Бета эфферентные сигналы являются основой восстановления окружающих мышц, и почему нет точных результатов, если не прилагаются большие нагрузки, а в процессе мышечного мониторинга не делаются резкие движения. Бета эфферентные волокна играют роль вспомогательных ответвлений Двигательного Нейрона Альфа, иннервируя медленные подергивания постуральной мышцы в соседней веретенообразной клетке (см. рис. 9.4). Высокий уровень стимуляции соседних постуральных мышц увеличивает Бета эфферентный выходящий сигнал, сокращая волокна сумки ядра, что, в свою очередь, растягивает «сумку» и приводит к рефлексу «восстановления» соседних экстрафузальных волокон мышцы, инициируя позитивное растяжение мышцы. Это и называется «рефлексом нагрузки».

Таким образом, если вы прилагаете усилие на мышцу слишком быстро, и с чрезмерной силой, то результатом ваших достижений будет лишь то, что бета эфферентные волокна этой мышцы, которая должна восстановить соседние мышцы, лишь поспособствуют ее активизации. Таким образом, восстановление соседних мышц способствует замыканию даже недостаточно расслабленных мышц. Несмотря на это, если вы не прилагаете быстрой или чрезмерной нагрузки, бета эфферентный, выходящий в сосед-

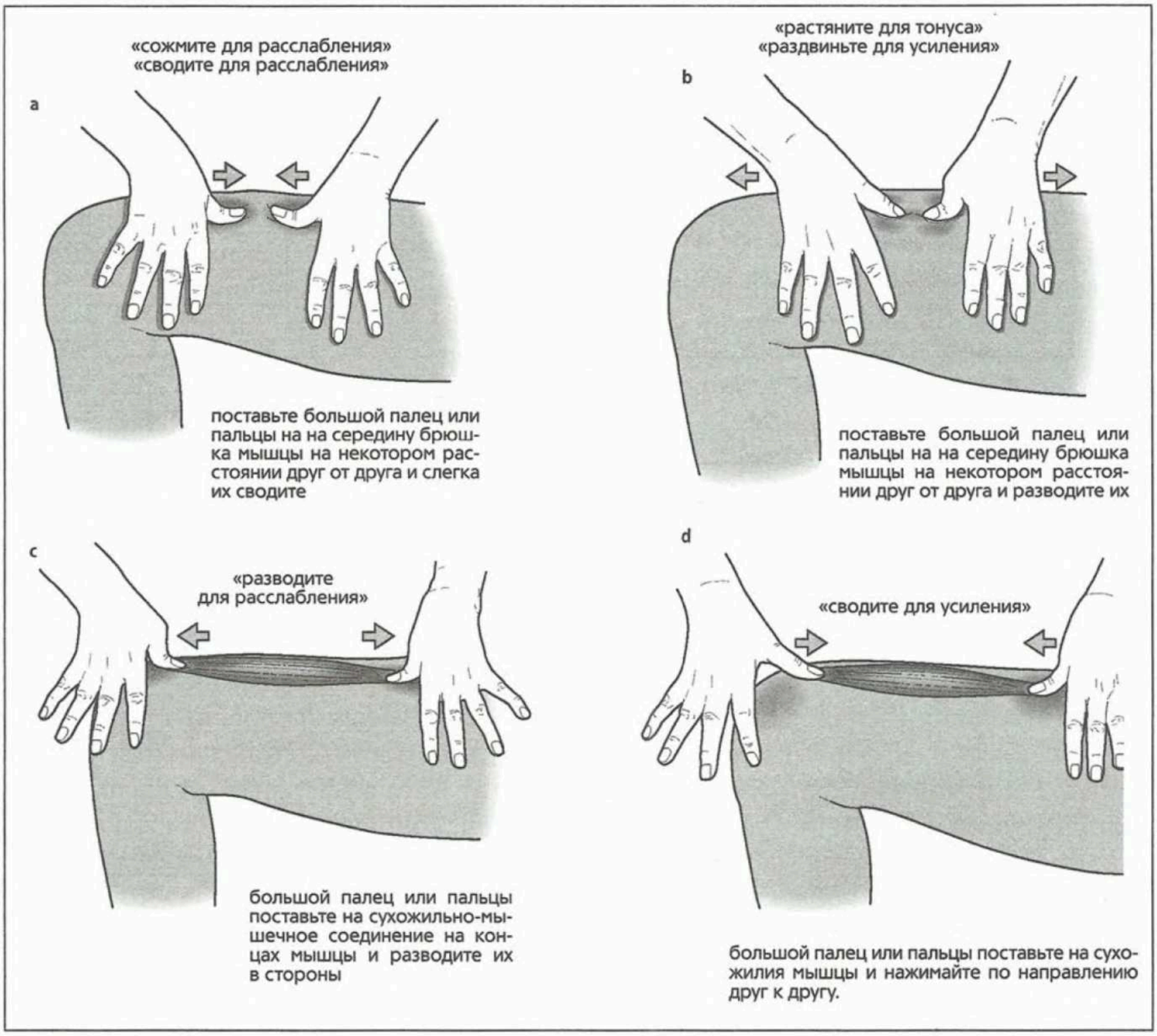


Рисунок 9.7. **Расслабление и тонификация мышцы с помощью веретенообразной клетки и стимуляции сухожильного органа Гольджи (СОГ).**

а) Расслабление путем стимуляции веретенообразной клетки.

Специалист проводит сокращение внутренней части мышцы резким сведением больших пальцев вместе, что приводит к резкой потере обратного импульса из веретенообразных клеток. Это случается только в случае, если экстрафузальные волокна чрезмерно сократились, ослабив волокна сумки и, таким образом, инициируется рефлекс негативного мышечного растяжения. Это приводит к моментальному ингибированию экстрафузальных волокон основной мышцы.

б) Процесс тонификации путем стимуляции веретенообразной клетки.

Удлинение внутренней части мышцы, которые выполняет специалист путем быстрого отведения больших пальцев в разные стороны, растягивает волокна сумки, инициируя рефлекс нагрузки, моментально тонифицирует, или же приводит в действие мышцу.

в) Расслабление мышцы путем стимуляции рецепторов СОГ.

Специалист прикладывает большие пальцы на мышечно-сухожильное сочленение по оба конца мышцы, затем резко разводит их в стороны. Этот процесс инициирует позитивный рефлекс сухожилия, поскольку резкое повышение напряжения посылает сигнал о необходимости ингибирования сокращения мышцы, чтобы защитить сухожилие от повреждения.

г) Проведение тонификации путем стимуляции рецепторов СОГ.

Специалист размещает большие пальцы на концах сухожилий, и быстро сводит их вместе. Этот процесс инициирует негативный рефлекс сухожилия, который появился в результате потери выходящего сигнала от рецепторов СОГ. Это инициирует рефлекс тонификации мышцы для возобновления выходящего сигнала из рецепторов СОГ, поскольку постоянный выходящий сигнал из рецепторов СОГ необходим для того, чтобы понимать, какие действия выполняет мышца.

ние мышцы, является минимальным, и та мышца, которая находятся в процессе мониторинга, не способна восстановить свои мышцы-синергисты, чтобы ей помочь. Следовательно, вы можете наблюдать правильную реакцию: мышца ослаблена недостаточно!

Роль, которую играют эфферентные сигналы гамма 1: они устанавливают порог сумки для рефлекса мышечного растяжения

Эфферентные сигналы гамма 1 заканчиваются у концов сокращающейся области внутри веретенной капсулы на пластинах Р2 (см. рис. 9.4). Когда окончания Р2 стимулируются мозгом, они устанавливают пороговую нагрузку волокон сумки, при которой активируется порог рефлекса мышечного напряжения.[2,3] Если входящий сигнал гамма 1 высокий, сумка затянута, и кольцевидно-спиральные окончания получают предстрессовую нагрузку, при которой даже незначительные изменения длины будут инициировать рефлекс растяжения. Однако, если входящий сигнал гамма 1 низок, сумка находится в относительно расслабленном состоянии, и для инициации такой же реакции потребуется более высокий уровень, и более быстрое растяжение. Таким образом, эфферентный сигнал гамма 1 контролирует характер рефлекса динамического растяжения, скорость и уровень рефлекса нагрузки. С позиции мышечного мониторинга, когда входящий сигнал гамма 1 высокий, и сумка сжата, практически вся нагрузка автоматически инициирует сокращение мышцы путем активации рефлекса мышечного растяжения, что, естественно, происходит на уровне подсознания. В этом состоянии мышца расслаблена, по отношению к гомеостазу, и даже над мануальным расслаблением веретенообразных клеток будет преобладать рефлекс чрезмерно активного мышечного растяжения, что приводит к замыканию мышцы и удержанию ее в состоянии напряжения. И напротив, если входящий сигнал гамма 1 является низким, сумка будет расслаблена настолько, что потребуется большое растяжение для того, чтобы инициировать рефлекс мышечного растяжения. Если мышечный мониторинг проходит должным образом, с медленной, равномерной подачей нагрузки примерно до 2 кг, то для инициации рефлекса мышечного растя-

жения нагрузки недостаточно, и мышца будет расслаблена, она раскроется, или ослабнет под влиянием нагрузки.

Таким образом, веретенообразные клетки контролируют активацию и координацию мышечной функции и работы по всему организму посредством их комплексного рецепторного выходящего сигнала и эфферентного двигательного сигнала из ЦНС.

Применение проприоцепции в кинезиологии

Расслабление и тонификация мышцы с помощью проприоцепции

В энергетической кинезиологии для проверки обоих состояний мышечного дисбаланса — чрезмерной фасилитации и недостаточного ингибирования — мышцы регулярно приводятся в состояние расслабления и тонификации с помощью мышечной проприоцепции. Эти методики расслабления и тонификации имеют преимущество над ингибированием рефлекса и тонификацией, как описано выше. Нагрузку необходимо прилагать вдоль волокон мышцы, а не поперек нее, поскольку веретенообразные клетки располагаются параллельно мышечным волокнам. Способ расслабления мышцы заключается в быстром сжимании внутренней части мышцы (см. рис. 9.7 a).

Это позволяет уменьшить напряжение несокращающихся областей сумки ядра и волокон цепочки, а также резко уменьшает все выходящие сигналы из кольцевидно-спиральных окончаний. На самом деле, это показывает ЦНС, что мышца превысила необходимую степень своего сокращения, в результате чего появилось ингибирование рефлекса окружающих экстрафузальных волокон, и остановка сокращения мышцы. В результате этого появилось моментальное ослабление, и благодаря ее повторному удлинению посылается выходящий сигнал в ЦНС.

Напротив, для тонификации мышцы ее внутреннюю часть резко растягивают (см. рис. 9.7 b). Это позволяет растянуть волокна сумки ядра, инициируя рефлекс позитивного мышечного растяжения, что, в действительности, приводит к сокращению окружающих экстрафузальных волокон, расслабляя мышцу.

Сразу после физического расслабления или тонификации волокон мышцы, рецепторный выходящий сигнал из веретенообразных клеток возвращается в обычное состояние, и мышца в гомеостазе замыкается после повторного мониторинга в течение нескольких секунд. Следовательно, как при расслаблении, так и при тонификации, реакция веретенообразных волокон длится только несколько секунд, поскольку ЦНС ведет постоянный мониторинг рецепторных выходящих сигналов веретенообразных клеток, и проводит настройку функциональности основываясь новые выходящие сигналы.

Таким образом, для того, чтобы успокоить мышцу с веретенообразными клетками, следует удерживать большие пальцы на расстоянии около дюйма (2—3 см.) от середины мышцы, и потом быстро свести их вместе. Это вызывает ингибирование рефлекса, что успокаивает мышцу. Мышца разблокируется, если проводится ее мониторинг в течение нескольких секунд после расслабления. Подобным образом, если кончики больших пальцев

удерживать вместе по центру мышцы, и их резко раздвинуть, в результате рефлекса растяжения на короткое время будет выполнена тонификация мышцы.

Таким образом, когда бы ни происходило внезапное растяжение волокон сумки ядра веретенообразных клеток путем их развода в разные стороны, они активируют «рефлекс нагрузки», или «рефлекс позитивного растяжения», стимулируя окружающие экстрафузальные волокна основной мышцы к «более сильному» сокращению. В этом и заключается сущность «тонификации» мышцы с помощью стимуляции веретенообразных клеток. С другой стороны, если волокна основной мышцы, расположенной вокруг веретенообразных клеток, резко прижимают друг к другу, снимая напряжение с сумки ядра и волокон цепочки, резкое снижение рецепторного выходящего сигнала в спинномозговую область приводит к ингибированию рефлекса окружающих волокон основной мышцы. Это называется «рефлекс негативного растяжения». В этом и состоит сущность «успокаивания» мышцы путем стимуляции веретенообразной клетки. Как и было описано выше, рецепторы СОГ также могут рефлексивно ингибировать, или тонифицировать мышцу, с которой они соединены. Если разместить большие пальцы на мышечно-сухожильное сочленение с обеих сторон мышцы, и резко развести их в стороны, то такое движение моментально приведет к резкому повышению напряжения сухожилия, в результате чего мышца расслабится (см. рис. 9.7 c). В этом смысле, такое действие дает повод ЦНС считать, что сухожилие может быть повреждено, и если мышца находится в состоянии гомеостаза, последует реакция защиты сухожилия путем деактивации мышцы. Мышца будет находиться в состоянии расслабления, и специалист расслабляет ее на короткое время.

И напротив, если большие пальцы расположены на мышечно-сухожильном сочленении по обе стороны мышцы, при их резком смещении друг с другом, напряжение на сухожилие резко снизится. Это приведет к сильному понижению выходящего сигнала рецепторов СОГ в ЦНС (рис. 9.7 d). При этом, ЦНС теряет связь с нагрузкой на сухожилие, и в результате происходит рефлексивная тонификация волокон соседней мышцы, восстанавливая нагрузку на сухожилие. В действительности, это расслабит или возбудит мышцу, что приводит к ее замыканию при повторном мониторинге в течение короткого времени после мануальной тонификации.

Расслабление и тонификация недоступных мышц

Некоторые мышцы в организме имеют места, или области, которые физически недоступны, если конечно, не искать доступ к ним, доставляя существенный дискомфорт клиенту. В таких случаях, важно использовать альтернативные методики для проведения расслабления и тонификации с помощью веретенообразных клеток и рецепторов СОГ. В качестве двух примеров может служить подлопаточная мышца, которая находится под лопаткой, и ее внутренняя часть недоступна для проведения процедуры расслабления веретенообразной клетки;

и поясничная мышца, которая начинается в брюшной области позвоночного столба, а значит — ниже всех внутренних органов. В этих случаях, их расслабление и тонификацию можно проводить с помощью методики защемления.

Для того, чтобы расслабить мышцу с помощью методики защемления, вам следует привести мышцу в состояние полного сокращения, затем резко сдвинуть ее на несколько сантиметров далее по направлению к области сокращения, и резко возвратить в исходное положение. Таким образом, мышца проходит повторный мониторинг в этом положении. Быстрое движение для дальнейшего сокращения приводит к ингибированию рефлекса первично мышцы из-за потери выходящего сигнала веретенообразной клетки, позволяя нам достичь чрезмерного расслабления мышцы-агониста. Чтобы тонифицировать мышцу-агонист, мышцу приводят в положение полного растяжения. Затем резко передвигают ее на несколько сантиметров в направлении области растяжения, и резко отпускают назад в исходное положение. Таким образом, мышца проходит повторный мониторинг в этом положении. Это инициирует процесс тонификации мышцы-агониста и ингибирование рефлекса ее мышцы-антагониста(ов), оценивая степень недостаточного ингибирования мышцы-антагониста(ов).

Литература

1. Williams, PL & Warwick, R 1980, Gray's Anatomy, Thirty-sixThEdition, WB Saunders, Philadelphia.

2. Guyton, AC 1986, Textbook of Medical Physiology, SevenThEdition, WB Saunders, Philadelphia.

3. Juhan, D 1987, Job's Body, A Handbook for Bodywork. Station Hill Press, New York.

Глава 10

СОСТОЯНИЯ МЫШЕЧНОГО ДИСБАЛАНСА

Семь состояний мышечного ответа

Понятие мышечного контура, которое включает мониторинг как в сокращении, так и в растяжении, впервые появилось в Прикладной физиологии. Ее автор Ричард Атт выяснил, что существует не два состояния мышечного отклика («заблокированный» и «разблокированный» ответ), а семь, и их возможно оценить посредством мышечного мониторинга. Семь состояний мышечного дисбаланса представлены в таблице 10.1.

Гомеостаз, неполная фасилитация и чрезмерная ингибиция

Состояние 1: *гомеостаз*

Первое состояние — сбалансированное или гомеостатическое (Г) состояние мышечной функции, в котором мышца имеет четкую неврологическую связь с центральной нервной системой и может заблокироваться при мониторинге в сокращении и заблокирована при мониторинге в растяжении. Кроме того, мышца в гомеостазе также может быть разблокирована или ослаблена через воз-

Таблица 10.1 Семь состояний мышечного отклика (ОДМ = основная движущая мышца)

МОНИТОРИНГ В СОКРАЩЕНИИ (фасилитация ОДМ)	МОНИТОРИНГ В РАСТЯЖЕНИИ (ингибиция антагонистов ОДМ)
Состояние 1: ОДМ в гомеостазе • Агонист и антагонист(ы) могут заблокироваться и быть разблокированными через ослабление • Северный полюс магнита на ОДМ разблокирует ОДМ • Южный полюс магнита на ОДМ разблокирует антагонистов ОДМ	
Состояние 2: Неполная фасилитация ОДМ • ОДМ не может заблокироваться	**Состояние 5:** Неполная ингибиция ОДМ • Антагонисты ОДМ не могут быть разблокированы через укрепление • Южный полюс магнита на ОДМ не привОДМит к разблокировке
Состояние 3: Чрезмерная ингибиция ОДМ • Антагонисты ОДМ не могут заблокироваться	**Состояние 6:** Вялый паралич • ОДМ не может привести к движению мышцы, и потому нет возможности выполнить ее мониторинг
Состояние 4: Чрезмерная фасилитация ОДМ • ОДМ заблокирована и не может быть разблокирована через ослабление • Северный полюс магнита на ОДМ не разблокирует ОДМ	**Состояние 7:** Спастический паралич • ОДМ нахОДМится в состоянии гиперфасилитации, и потому нет возможности выполнить ее мониторинг

действие либо на мышечные веретена, либо на сухожильный аппарат Гольджи. Затем ее снова можно заблокировать или усилить при воздействии на те же проприоцепторы.

Состояние 2: *неполная фасилитация*

Вторым типом мышечного отклика является неполная фасилитация (НФ), в которой стрессор нарушает неврологическую связь между основной движущей мышцей и центральной нервной системой. В этом состоянии, когда проводится мониторинг мышцы в состоянии полного сокращения, она пассивно поддастся или разблокируется при мониторинге при обычном надавливании.

Состояние 3: *чрезмерная ингибиция*

Третьим типом мышечного отклика является чрезмерная ингибиция (ЧИ), в которой стрессор вызвал переизбыток ингибиторных сообщений от основной движущей мышцы к ее антагонисту (или антагонистам). В этом состоянии, когда проводится мониторинг мышцы в состоянии полного растяжения, антагонист (или антагонисты) ингибированы и разблокируются при мониторинге при обычном надавливании. Помните, что мы говорим об обратном отклике, и именно мышечные веретена основной движущей мышцы контролируют мышцы-антагонисты, когда основная движущая мышца находится в состоянии растяжения, а не собственные проприоцепторы антагонистов. Следовательно, отклик является результатом чрезмерной ингибиции основной движущей мышцы, а не неполной фасилитацией антагониста.

Другие состояния мышечного отклика

Остальные типы мышечного отклика — чрезмерная фасилитация (ЧФ) и неполная ингибиция (НИ) — являются наиболее сложными для оценки и открыто не признаются специалистами западной физиологии. В обоих случаях мышца кажется сбалансированной, потому что заблокируется в сокращении и растяжении. Но оба этих состояния являются скомпенсированными состояниями отклика ввиду хронических дисбалансов.

Состояние 4: *чрезмерная фасилитация*

В состоянии чрезмерной фасилитации понижение тонуса основной движущей мышцы посредством воздействия на мышечные веретена или сухожильный аппарат Гольджи не приводит к разблокировке мышцы. Следовательно, мышца кажется заблокированной и субъективно в гомеостазе, когда фактически она находится в скомпенсированном состоянии сбалансированного дисбаланса. То есть состояние заблокированной мышцы может иметь два различных значения — гомеостаз или чрезмерная фасилитация.

Состояние 5: *неполная ингибиция*

При неполной ингибиции повышение тонуса основной движущей мышцы посредством воздействия на мышечные веретена или сухожильный аппарат Гольджи не приводит к ингибиции мышцы-антагониста (антагонистов) основной движущей мышцы, и антагонисты остаются заблокированными в растяжении. Аналогично вышеуказанному состоянию,

это состояние является скомпенсированным состоянием сбалансированного дисбаланса в отношении ингибиции основной движущей мышцей своего антагониста. То есть заблокированная мышца в состоянии растяжения не полностью подавляется своей основной мышцей.

Паралич

Два других типа мышечного отклика являются следствием непосредственного повреждения нервной системы, которое приводит к состояниям вялого паралича или спастического паралича основной движущей мышцы или ее антагонистов. Проводить мышечное тестирование нет возможности ни при вялом, ни при спастическом параличе.

Состояние 6: *вялый паралич*

В случае вялого паралича не представляется возможным задействовать ни основную движущую мышцу, ни ее антагонистов, чтобы привести к движению конечности или иной части тела и поместить их в позицию для мониторинга. Более того, состояние вялого паралича — в сокращении и растяжении — оценивается именно по неспособности поместить конечность или соответствующую часть тела в позицию для мониторинга.

Состояние 7: *спастический паралич*

Причиной спастического паралича также является повреждение нервной системы, но оно приводит к спастическому состоянию, в котором мышца остается в состоянии чрезмерно повышенного тонуса. В этом случае также невозможно провести мышечный мониторинг, поскольку мышца не активируется или же ее возможно задействовать только с большим трудом.

Терминология

Изначально состояния чрезмерной фасилитации и неполной ингибиции мышечного дисбаланса использовались только в Прикладной физиологии, но сейчас они более широко применяются во многих направлениях энергетической кинезиологии. Тем не менее, для их описания используются и другие термины, такие как застывшие мышцы, скованные мышцы, блокированные мышцы, гипертоничные мышцы. Однако, с физиологической точки зрения они находятся в состоянии чрезмерной фасилитации и представляют собой скомпенсированное состояние мышечного дисбаланса.

Взаимоотношения мышца — орган/железа — меридиан

Тогда как мы обсуждаем только физиологию мышечных состояний, не стоит забывать, что мышца является точкой входа в матрицу мышца — орган/железа — меридиан, принцип которой был открыт доктором Джорджем Гудхартом. Следовательно, мышечный дисбаланс не только символизирует физиологическое состояние мышцы, но также и дисбаланс в связанных с ней органе/железе или меридиане. Специалисты прикладной кинезиологии определили взаимосвязи между определенными мышцами тела и соответствующими органами и железами и энергией меридианов, которые влияют на эти органы и железы и которые находятся под их влиянием.

В китайской медицине меридианы обозначаются названиями органов (например, меридиан Сердца), поскольку энергия меридианов обладает определен-

ными качествами, благодаря которым поддерживает функцию взаимосвязанных физических органов тела.[1]

В китайской медицине, равно как и в западной физиологии вплоть до 1950-х годов, не выделяли эндокринную систему, хотя китайские врачи лечили заболевания, которые западная физиология считает эндокринными. Эндокринные функции рассматривались теоретически и метафорически, но, при этом, точно. Например, меридиан Тройного обогревателя в китайской системе был связан с понятием трех обогревателей, контролирующих энергию тела. Благодаря своему открытию взаимоотношений функции и структуры, Гудхарт отметил, что меридиан Тройного обогревателя связан с функцией щитовидной железы и надпочечников, тех желез, которые контролируют энергию тела. Следовательно, когда мы говорим о «взаимоотношениях меридиана и органа/железы», необходимо понимать, что концепт железы в этих взаимоотношениях, существующих в китайской медицине, появился благодаря мышечной биологической обратной связи в прикладной кинезиологии. Гудхарт добавил к этим взаимосвязям определенные мышцы, вследствие чего состояние баланса в этой системе взаимоотношений и функций (включая функцию органов, рассматриваемых в западной медицине) отражается в состоянии баланса определенных мышечных контуров. Таким образом, баланс меридиана Желудка не только отражает баланс энергетических потоков, одновременно влияя на него, но и физиологические функции органа желудка и баланс нескольких мышц тела, например, ключичного отдела большой грудной мышцы, двуглавой мышцы (бицепса), сгибателей и разгибателей шеи. Джордж Гудхарт заметил наличие этих взаимосвязей еще в начале развития прикладной кинезиологии; например, когда ключичный отдел большой грудной мышцы (КБГ), при мониторинге разблокировался или показывал состояние неполной фасилитации, Гудхарт отмечал наличие дисфункции желудка (напр., гастрит). Аналогичным образом, когда напрягатель широкой фасции бедра при мониторинге показывал неполную фасилитацию, наблюдалась дисфункция толстого кишечника (напр., диарея). Соответственно, мышечный контур, оценка которого производится при мышечном мониторинге, может показать нам стрессоры, влияющие на взаимосвязанные орган/железу или меридиан, а также дисбалансы в самом мышечном контуре.

Если мышца разблокируется в результате физиологического стресса в рамках комплекса мышца — орган/железа — меридиан и этот стресс сохраняется на протяжении длительного времени, то тело начнет компенсировать этот стресс, максимально пытаясь восстановить равновесие. С энергетической точки зрения такая разблокирующаяся мышца символизирует состояние недостатка энергии, которое компенсируется системой меридиана, подверженного стрессу, — он заимствует энергию из одного или более других меридианов, чтобы компенсировать недостаток. Эта энергия, заимствованная для компенсации, заблокирует мышцу, переводя ее в состояние переизбытка энергии, и в результате мы получаем чрезмерно фасилитированный

мышечный отклик. В конечном итоге, мы имеем состояние компенсации, в котором мышца находится в состоянии сбалансированного дисбаланса, более функционального, чем явно несбалансированное состояние, проявляющееся в неполной фасилитации, но для поддержания такой компенсации требуется больше энергии.

Гомеостаз и стресс

Гомеостаз: сбалансированное состояние

Чтобы понять смысл и значение чрезмерной фасилитации или неполной ингибиции в состоянии мышечного дисбаланса, необходимо рассмотреть понятие гомеостаза и природы компенсаций в теле в ситуации хронического стресса. Гомеостаз представляет собой интегрированный отклик тела для поддержания всех функций тела в узких рамках оптимального уровня функционирования (рис. 10.1 а).[2] Когда стрессор вызывает отклик, близкий к этим пограничным показателям (в сторону увеличения или уменьшения), тело отвечает, изменяя некоторые физиологические функции, чтобы вернуть отклик к оптимальным значениям. Поскольку все системы тела находятся в состоянии динамического равновесия, фактический уровень каждого физиологического отклика тела варьируется в рамках этого оптимального уровня (см. рис. 10.1 б). При условии, что уровень отклика остается в этих ограниченных пределах, считается, что система находится в истинном состоянии гомеостатического равновесия и тело функционирует нормальным образом. Периодически сильный стрессор выводит уровень отклика за пределы значения гомеостаза, приводя к расстройству этой системы (см. рис. 10.1 в). Тело мгновенно отвечает, изменяя физиологические функции, чтобы вернуть отклик в стандартный диапазон гомеостаза. Если это действие успешно, то стрессовое состояние снимается, и тело возвращается к нормальному функционированию и гомеостазу. К примеру, в норме секреция желудочного сока поддерживается на определенном уровне, таким образом, чтобы вырабатывалось достаточно сока для пищеварения, но недостаточно, чтобы повредить слизистую оболочку желудка. Но иногда многие люди ощущают дискомфорт по той причине, что выработка сока в желудке превышает нормальный гомеостатический уровень. Стрессором, приводящим к такой повышенной секреции, может стать волнение или тревога в связи с финансовой ситуацией или проблемами во взаимоотношениях (эмоциональная причина), а также прием неподходящей пищи или напитков. Теперь мы знаем, что непосредственной причиной является инфицирование желудка бактериями хеликобактер пилори. Затем эти бактерии начинают выделять ферменты, разрушающие мукополисахаридную оболочку желудка, в результате чего желудочный сок начинает омывать расположенные под этой оболочкой мышцы желудка, вызывая жжение и боль. Однако фактором, приведшим к размножению бактерий хеликобактер пилори в желудке, является недостаточное выделение желудочного сока, поскольку желудочный сок с кислотностью 1,5 pH убивает бактерии хеликобактер пилори. С большой долей вероятности можно сказать, что психо-

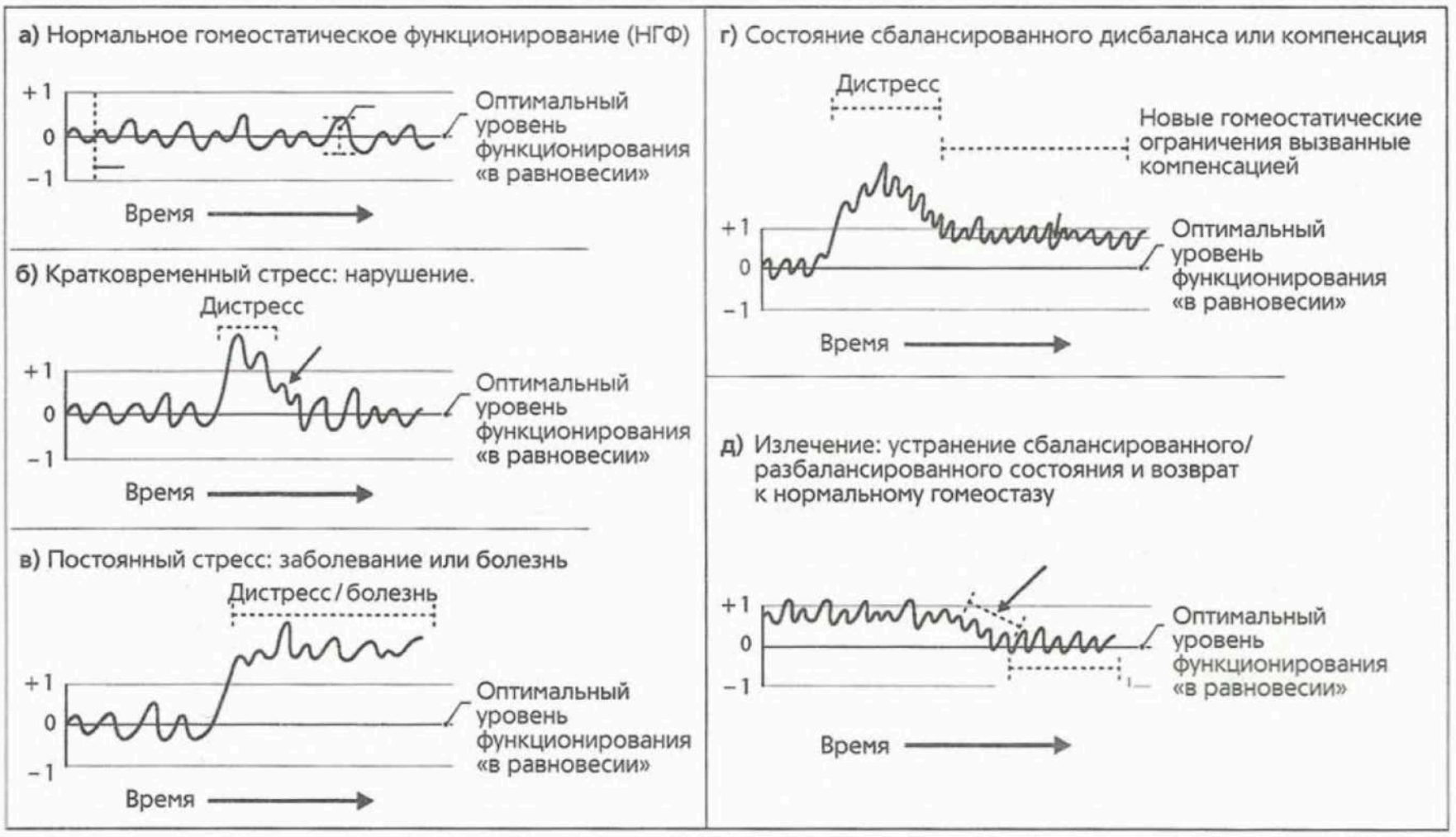


Рис. 10.1. Гомеостаз и стресс. а) Нормальное гомеостатическое функционирование (НГФ). Все физиологические функции организма варьируются в пределах нормы благодаря динамическому взаимодействию различных систем отрицательной обратной связи, участвующих в поддержании жизни. Существуют предельные гомеостатические значения (ПГЗ), интервал колебаний в пределах значений нормы, которые не нарушают гомеостаза и обычно обозначаются как +1 и –1. Каждый раз, когда какая-либо функция отходит от нормального значения для этой функции, то автоматически активирующиеся компенсации возвращают нарушенную функцию к оптимальному значению гомеостаза. В результате формируется нормальная степень изменчивости (НСИ). **б) Кратковременный стресс: нарушение.** Когда кратковременный стрессор приводит к дисбалансу функции, выводя ее показатели за верхнюю или нижнюю границу ПГЗ, равновесие системы нарушается, вызывая незамедлительные компенсации, направленные на то, чтобы вернуть показатели функции в пределы ПГЗ, устраняя нарушение и восстанавливая гомеостаз. **в) Постоянный стресс: заболевание или болезнь.** Когда стрессор приводит к дисбалансу функции за пределами ПГЗ, причем, если стрессор влияет на систему на протяжении длительного времени или достаточно сильный и противостоит различным компенсациям, то организм автоматически активируется, чтобы вернуть показатели функции в пределы ПГЗ. Заболевание, например, ОРВИ, обычно возникает достаточно быстро, тогда как болезнь (например, болезнь сердца) обычно развивается на протяжении длительного времени и является следствием обрушения системы компенсаций. **г) Состояние сбалансированного дисбаланса или компенсация.** В случае длительного нарушения организм выстраивает ряд компенсаций, направленных на то, чтобы вернуть показатели функции в пределы ПГЗ, но, при этом, устанавливает новый уровень гомеостаза за границами оптимальных значений, ближе либо к верхней, либо к нижней границе ПГЗ, в результате постоянной активности стрессора. Такое скомпенсированное гомеостатическое состояние часто называется состоянием сбалансированного дисбаланса и представляет собой постоянную компенсацию, которая хотя и функциональна, но энергетически высоко затратна. **д) Излечение: устранение сбалансированного/разбалансированного состояния и возврат к нормальному гомеостазу.** Когда факторы, вызывавшие стресс, были проработаны и устранены, функция снова может вернуться к более эффективному состоянию нормального гомеостаза, близкого к оптимальному уровню функционирования.

эмоциональные факторы и выбор питания, влияние которых было выявлено еще давно, являются причиной пониженной секреции желудочного сока и, в конечном итоге, возникновения язвы желудка. Если устранить стрессоры, приводящие к нарушению функции (например, вы выигрываете в лотерею, обретаете свою истинную любовь или разводитесь), тогда восстанавливается нормальный уровень желудочного сока, устраняя бактерии хеликобактер пилори, происходит заживление слизистой оболочки, и от боли остаются только воспоминания. Если проводить постоянный мониторинг КБГ, связанной с функцией и энергией желудка, то можно отметить, что мышца находится в состоянии гомеостаза, когда уровень желудочного сока находится в пределах гомеостаза. Как только стрессор приводит к нарушению функции, КБГ будет разблокироваться или показывать состояние неполной фасилитации до тех пор, пока не будут устранены стрессоры, и тогда она снова заблокируется, поскольку объем секреции желудочного сока снова окажется на уровне гомеостаза. Если стрессор приводит к значительному отклонению от пределов нормы или продолжает действовать на протяжении длительного времени, то телу не удается компенсировать такой дисбаланс, и в результате возникает сознательное интенсивное нарушение — заболевание или болезнь (см. рис. 10.1в). Заболевание часто является следствием нарушения, которое быстро выходит за пределы гомеостатического состояния и сохраняется на этом уровне на протяжении длительного времени. Болезнь, с другой стороны, обычно означает неспособность организма поддерживать компенсации в результате длительного стресса и обрушение системы. Следовательно, неконтролируемая вирусная или бактериальная инфекция вызывает заболевание, тогда как развитие болезни сердечно-сосудистой системы может идти годами.

Перенастройка гомеостатических показателей: состояние сбалансированного дисбаланса

Если за короткий промежуток времени не удается устранить стрессоры и их воздействие продолжается, то организм часто компенсирует такой долговременный стресс, перенастраивая гомеостатические показатели посредством ряда физиологических компенсаций, которые возвращают нарушенную функцию к гомеостатическому уровню, только ниже или выше оптимального показателя (см. рис. 10.1г). Следовательно, то, что считалось значительным нарушением в краткосрочной перспективе, теперь скомпенсировано через изменение гомеостатических показателей на менее оптимальные, но при этом в долгосрочной перспективе уровень стресса снижается. Конечный результат компенсации и перенастройки гомеостатических показателей на менее оптимальные — менее эффективное физиологическое функционирование и повышение стресса в соответствующих системах, обеспечивающих энергию для перегруженной системы. Если снова взять в качестве примера нарушение секреции желудочного сока, то пока уровень выделяемого сока находится вне гомеостатического диапазона нормальных значений, обеспечивая размножение бактерий хеликобактер пилори, также

должны произойти изменения в функционировании взаимосвязанных систем желудка, чтобы максимально снизить ущерб. Например, необходимо повысить количество формируемых клеток слизистой оболочки желудка и значительно увеличить объем выделяемых ими мукополисахаридов. При этом мы еще не говорим о постоянной инфекции бактериями хеликобактер пилори и влиянии недостатка желудочного сока на пищеварение. Соответственно, компенсация инфекции бактериями хеликобактер пилори и нарушения пищеварения требует дополнительной энергии от взаимосвязанных систем по всему телу. По сути, организм формирует состояние сбалансированного дисбаланса как компенсации долговременного нерешенного стресса. Если гомеостатический интервал значений был заново установлен недалеко от оптимального, то такое состояние сбалансированного дисбаланса может поддерживаться на протяжении многих лет. Организм человека продолжает достаточно хорошо функционировать, все симптомы скрыты (например, вы о них знаете, но не заболеваете). Как только организм достиг состояния сбалансированного дисбаланса в условиях низкой секреции жеудочного сока и эрозии слизистой оболочки желудка в результате выделения бактериями хеликобактер пилори своих ферментов, ключичная часть большой грудной мышцы снова при мониторинге даст заблокированный ответ, несмотря на то, что симптомы язвы сохраняются. Такая заблокировка отражает не истинное гомеостатическое равновесие, а, скорее, скомпенсированное состояние сбалансированного дисбаланса. Также понятно, что такая заблокировка является, по сути, чрезмерной фасилитацией. То есть, если воздействовать на КБГ для понижения ее тонуса, она останется заблокированной. Также можно обнаружить, что, хотя КБГ заблокируется в растяжении, повышение тонуса КБГ не разблокирует ее антагонистов. Таким образом, состояния чрезмерной фасилитации и неполной ингибиции отражают способ тела сообщить тестирующему, что оно прикладывает все усилия, чтобы скомпенсировать долговременный дисбаланс, возникший в результате активности стрессора. Если проверить мышечный контур КБГ у клиента с язвенной болезнью желудка, то КБГ будет в состоянии чрезмерной фасилитации и одновременно неполной ингибиции, что означает, что долговременные хронические стрессы в желудке привели к дополнительным компенсациям в других взаимосвязанных системах. Именно по этой причине в случае использования мониторинга в одной позиции в сокращении невозможно отличить заблокировку, обозначающую гомеостаз, от заблокировки в результате чрезмерной фасилитации, состояния сбалансированного дисбаланса.

Возврат к гомеостатическому балансу: устранение стресса

Если не проводить мониторинг всего мышечного контура КБГ, то мы упускаем ценную информацию о состоянии баланса системы мышца — орган / железа — меридиан желудка. Гораздо важнее то, что скорректировать можно только выявленные дисбалансы. Когда вы определите и скорректируете все дисбалансы

в мышечном контуре КБГ, например, сбалансируете все состояния неполной фасилитации, чрезмерной фасилитации, чрезмерной ингибиции и неполной ингибиции, вы отметите сопутствующую положительную динамику язвы желудка. По мере устранения состояний сбалансированного дисбаланса, организм перенастраивается и возвращается к исходным оптимальным показателям гомеостаза. И это вполне разумно, если учитывать, что изначально именно и только нерешенный стресс привел к смещению гомеостатического интервала от оптимальных показателей и мешал его восстановлению. (См. рис. 10.1 д)

Значение состояния сбалансированного дисбаланса

Ганс Селье был номинирован на Нобелевскую премию за свою гипотезу общего адаптационного синдрома (ОАС). Селье выяснил, что тело реагирует на широкий спектр стрессоров (например, температура, кислота, психологический стресс и инфекция) общим откликом, не зависящим от природы конкретного стрессора. Он отметил, что динамика общего адаптационного синдрома делится на три четкие стадии: стадия 1, стадия тревоги; стадия 2, стадия сопротивления; стадия 3, стадия истощения. На стадии 1 (тревога) тело испытывает стресс, поскольку различные параметры выходят за пределы нормальных значений гомеостаза. Если стресс сохраняется на протяжении длительного времени, то организм адаптируется, чтобы противостоять стрессору, за счет дополнительной энергии и потери эффективности. Но организм не может бесконечно обеспечивать такую дополнительную энергию и, в итоге, перейдет в стадию истощения, когда компенсации, обеспечивающие сопротивление, начнут обрушиваться. Стадия истощения заканчивается летальным исходом. Эти стадии стресса и соответствующие им мышечные состояния графически представлены на рис. 10.2. Данные стадии стресса характеризуются определенными типами мышечных дисбалансов. 1-я стадия стресса характеризуется неполной фасилитацией и чрезмерной ингибицией. Несмотря на то, что стадия сопротивления представляет собой успешную адаптацию к постоянному присутствию стрессора, что проявляется в сбалансированном дисбалансе мышцы-индикатора, следует признать, что это скомпенсированное состояние, а не истинное равновесие. Все компенсации требуют энергии и менее эффективны с физиологической точки зрения, чем естественное гомеостатическое равновесие. Если 2-я стадия стресса продолжается слишком долго, то системы, поддерживающие компенсации, необходимые для сопротивления стрессу, начинают обрушиваться, приводя к стадии истощения. 3-я стадия стресса, истощение, снова представляет собой нескомпенсированный мышечный отклик и характеризуется неполной фасилитацией и чрезмерной ингибицией. Тем не менее, несмотря на то, что и стадия тревоги, и стадия истощения представлены мышечным состоянием неполной фасилитации и чрезмерной ингибиции, их отличия очевидны. На стадии тревоги мышцы находятся в состоянии неполной фасилитации и чрезмерной ингибиции, и человек обнаруживает признаки стресса, который может быть

Рис. 10.2. **Стадии стресса общего адаптационного синдрома и соответствующие им состояния мышечного дисбаланса. а) 1-я стадия стресса: стадия тревоги.** В теле происходят изменения, характерные для первого контакта со стрессором, с нарушением нормальной гомеостатической функции. Одновременно снижается сопротивляемость организма стрессору, проявляется стресс. О стадии тревоги свидетельствует неполная фасилитация или чрезмерная ингибиция мышцы. **б) 2-я стадия стресса: стадия сопротивления.** Если продолжающееся воздействие стрессора сравнимо с адаптацией, тогда сопротивление приводит к формированию различных компенсаций физиологической функции. Физические симптомы, характерные для тревожной реакции, исчезли, но теперь для поддержания нового скомпенсированного гомеостаза — состояния сбалансированного дисбаланса — требуется больше энергии. О стадии сопротивления свидетельствует чрезмерная фасилитация или неполная ингибиция мышцы. **в) 3-я стадия стресса: стадия истощения.** Длительное воздействие стрессора, к которому организм адаптировался с помощью различных компенсаций, для которых со временем требовались все новые компенсации, в конечном итоге истощает энергию, используемую для адаптации. Снова появляются признаки тревоги, но теперь они становятся необратимыми, и, если ситуация не изменится, человек умрет. О стадии истощения также свидетельствует неполная фасилитация или чрезмерная ингибиция мышцы.

краткосрочным. На стадии истощения состояния неполной фасилитации и чрезмерной ингибиции отражают состояние обрушения системы, и человек выглядит больным. Следовательно, если возможно непосредственно провести мониторинг стадии сопротивления, определив состояния чрезмерной фасилитации и неполной ингибиции мышцы, то мы можем сбалансировать эти компенсации в теле. Таким образом, становится возможным приблизить состояние организма к оптимальному гомеостазу, снижая энергетическое давление на взаимосвязанные системы и, по возможности, не допуская стадии истощения. Очевидно, что такая работа играет чрезвычайно важную роль — помочь людям вернуться к оптимальному здоровью!

Точный мониторинг мышцы-индикатора

Мышца может показывать стресс двумя различными способами. Во-первых, мышца может являться непосредственным индикатором стресса в рамках контура мышца — орган/железа — меридиан. В этом случае мышечный дисбаланс напрямую отражает дисбаланс во взаимосвязанном органе/железе — меридиане. Во-вторых, мышца может выступать независимой мышцей-индикатором общего стресса в любой части тела. Когда мышца используется в качестве индикатора сугубо в отношении взаимосвязанных с ней органа/железы — меридиана, то любое явное состояние мышечного

дисбаланса (неполная фасилитация, чрезмерная ингибиция, чрезмерная фасилитация или неполная ингибиция) означает дисбаланс в одном из компонентов этой энергетической системы. Также она может отражать явный дисбаланс во взаимосвязанной физиологической системе. Мышца также может быть использована в качестве инструмента общей биологической обратной связи, показывая стресс или стрессор, оказывающий влияние на любой компонент всей системы тело-разум. При этом мышца, используемая в качестве общего индикатора стресса, не может находиться в состоянии явного дисбаланса (неполная фасилитация, чрезмерная ингибиция, чрезмерная фасилитация или неполная ингибиция), в противном случае не будет уверенности в локализации дисбаланса — в контуре мышцы-индикатора или в проверяемой системе. Следовательно, прежде чем использовать мышцу в качестве общего индикатора, необходимо устранить все дисбалансы контура этой мышцы.

Значение мониторинга мышцы чистого контура

Чистый, сбалансированный мышечный контур — это контур, в котором: 1) мышца заблокируется при мониторинге как в сокращении, так и в растяжении; 2) заблокированную мышцу возможно разблокировать посредством воздействия на основную движущую мышцу для снижения ее тонуса при мониторинге в сокращении; и 3) заблокированные мышцы-антагонисты возможно разблокировать посредством воздействия на основную движущую мышцу для повышения ее тонуса при мониторинге в растяжении. Если мышца находится в одном из несбалансированных состояний (например, неполная фасилитация, чрезмерная ингибиция, чрезмерная фасилитация или неполная ингибиция), то она не может использоваться в качестве общей мышцы-индикатора. Что важнее, мышца не сможет показать дисбалансы, скрытые в таком состоянии чрезмерной фасилитации, неполной ингибиции или чрезмерной ингибиции, если не проводится непосредственного тестирования этих состояний. Следовательно, если мышечный мониторинг применяется в единственной позиции сокращения, то наличие одного или всех состояний мышечного дисбаланса может скрыть значимую информацию. Например, КБГ в качестве мышцы-индикатора может быть сбалансирована в чистом контуре, когда тестируемый ни о чем особенном не думает. Но как только его просят подумать о своей матери, КБГ может перейти (и часто переходит) в состояние чрезмерной фасилитации, а не в более привычное состояние неполной фасилитации. Этот отклик останется незамеченным при применении мышечного мониторинга в единственной позиции сокращения, и тестирующий неверно предположит, что мысль о матери не вызвала стресса, поскольку мышца осталась заблокированной. Мышечный мониторинг в единственной позиции сокращения изначально использовался в прикладной кинезиологии. В «Энциклопедии прикладной кинезиологии» Дэвида Уолтера автор пишет: «Взаимосвязь мышцы — органа/железы не должна считаться абсолютной. У человека может быть язвенная болезнь желудка, подтвержден-

ная рентгенологическим исследованием, но при этом КБГ может не давать слабого отклика».[4] Тем не менее, поскольку не проводилось мониторинга КБГ тестируемого на предмет чрезмерной фасилитации, сильный ответ мышцы необязательно будет показывать сбалансированное состояние, а, скорее, состояние скомпенсированного дисбаланса. В нашей работе ни разу не было случая, чтобы у тестируемого с подтвержденной язвенной болезнью желудка не было отмечено минимум одно, а чаще несколько из следующих состояний: неполная фасилитация, чрезмерная ингибиция, чрезмерная фасилитация или неполная ингибиция. В большинстве случаев мышца дает отклик чрезмерной фасилитации или неполной ингибиции, причем нередко оба этих отклика, тогда как в состоянии неполной фасилитации или чрезмерной ингибиции, которое представляется более очевидным, мышца была в очень редких случаях. Почему? Потому что язвенная болезнь желудка представляет собой хроническое длительное состояние, на компенсацию которого у организма достаточно времени, и он переходит во 2-ю стадию стресса — стадию сопротивления. Исходя из приведенного выше примера становится понятно, что заблокированная мышца-индикатор может показывать два достаточно отличных друг от друга состояния мышечного отклика. Первое — гомеостаз, при котором мышца заблокирована, показывая, что энергетическая и физиологическая системы находятся в гомеостазе. В таком состоянии возможно понизить тонус основной движущей мышцы, то есть разблокировать ее. Второе — чрезмерная фасилитация мышцы, при этом она заблокирована, но не может быть разблокирована, следовательно, находится в скомпенсированном состоянии чрезмерной фасилитации и свидетельствует об активном стрессоре. Поскольку задача мышечного мониторинга состоит в том, чтобы выявить и устранить стрессоры в системе мышцы — органа/железы — меридиана, то большая часть информации, которую дает мышечный мониторинг, может быть потеряна, если не будут сбалансированы все дисбалансы мышцы-индикатора во всех четырех позициях мышечного мониторинга — сокращение и растяжение с обеих сторон тела. Почему с обеих сторон тела? Потому что существует несколько двусторонних неврологических контуров, которые связывают каждую мышцу на одной стороне тела с такой же мышцей на другой стороне тела. Посредством таких двусторонних контуров дисбаланс в мышце на одной стороне тела может нарушить сбалансированное состояние мышечного контура на другой стороне тела. Следовательно, для чистого мышечного контура необходимо, чтобы выбранная мышца-индикатор находилась в состоянии гомеостаза на обеих сторонах тела.

Литература

1. Black, D 1989, Chinese Healing Principles–Can They Work for Us? Issue in the Healing Current Series, Spectrum Marketing Services, Toorak.
2. Tortora, GJ & Grabowski, SR 1993, Principles of Anatomy and Physiology, SevenThEdition, Harper & Row, New York.
3. Selye, H 1936, A syndrome produced by diverse nocuous agents, Nature, Vol. 138, p. 32.
4. Walther, DS 1988, Applied Kinesiology: Synopsis, Second Edition, Systems DC, Pueblo. p. 14.

Глава 11

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ МЫШЕЧНОГО ОТВЕТА

Порядок работы подсознания

Благодаря методикам мышечного мониторинга в кинезиологии мы можем задавать телу прямые вопросы. Под *телом* мы понимаем совокупность физиологической, эмоциональной, ментальной и духовной сфер сущности человека — каждого из нас. Хотим подчеркнуть, что этот доступ возможен потому, что мышечный ответ контролируется, в первую очередь, подсознанием и, таким образом, может послужить средством связи с другими сферами вашего существа.

Многие из нас думают, что мы руководим своим телом сознательно, однако, если посмотреть с физиологической точки зрения, даже в тот момент, когда вы стоите и не двигаетесь, сотни мышц находятся в разном состоянии сокращения, чтобы поддержать ваше тело в вертикальном состоянии. Сознательно вы никоим образом не участвуете в этом процессе, но каждую секунду в вашем подсознании обрабатываются миллионы единиц информации.

Вы не осознаете эти 5—10 миллионов импульсов в секунду по той причине, что большая часть информации направляется сразу в подсознательный отдел ствола головного и мозжечок, подсознательные компоненты базальных ядер и подсознательные компоненты лимбической системы. Лишь небольшой объем сенсорной информации поступает в сознательные лимбическое и корковое поля, и именно ее вы воспринимаете. В некотором смысле, то, что вы воспринимаете сознательно, является лишь краткой сводкой всего, что происходит подсознательно.

Вы говорите своему телу встать. Это простое указание состоит из сознательного ввода информации в подсознательные области мозга, управляющие двигательной системой; затем они отдают указания мышцам, которые сокращаются и синхронно работают для того, чтобы вы встали. Для выполнения этого действия требуются миллионы единиц сенсорной информации, но все, что вашему сознанию необходимо знать, это то, что вы встаете.

Когда вы идете, решение двигаться сознательное. Но как только вы начинаете идти, вы можете начать думать совершенно о другом. Тело может перейти на автопилот, подсистему подсознательных программ, до некоторой степени взаимодействующих с сознанием, но, по большей части, предоставляющих сознанию свободу думать о других вещах. Такое подсознательное программирование чрезвычайно эффективно, поскольку иногда может и должно вытеснять сознательные указания. Исследуя мышечные ответы, мы видим, что механизм устроен таким образом, что, в конечном итоге, эти подсознательные схемы управления

преобладают над сознательными. Когда речь заходит о более важной программе выживания или защите нашего тела от вреда, господствует подсознание.

Если, к примеру, вы сознательно хотите совершить глупость и поднять вес, который перегрузит ваше физическое тело вплоть до того, что мышцы и сухожилия порвутся, а кости сломаются, то подсознательные сенсоры, измеряющие возрастающий коэффициент натяжения, начинают передавать в подсознательные контрольные центры информацию о том, что возможно повреждение. Эти подсознательные контрольные центры затем посылают тормозящие сигналы, отключая мыщцы, тем самым блокируя и перекрывая ваши сознательные указания.

Такое можно увидеть в любом соревновании по поднятию тяжестей. Когда финалист толкает штангу вверх, поднимая ее над головой, его тело начинает дрожать, и он роняет штангу. Чтобы уберечь целостность физического тела штангиста, его подсознательные контрольные центры и сенсоры просто блокировали его сознательное желание побить мировой рекорд. Подсознание не позволило ему повредить свою структуру даже для достижения сознательно желаемой цели.

Несмотря на то, что мы уверены, будто заведуем своими физическими действиями, по сути, мы очень мало о них знаем. Подсознание руководит преобладающим большинством, и у него своя программа — выживание.

Выживание прежде всего

Научные эксперименты доказали, что активация нейронных проводящих путей происходит в результате простого вспоминания события, и неудивительно, что это те же самые нейронные проводящие пути, которые сработали в тот момент, когда само событие происходило в действительности.[1] Несмотря на то, что вызывание в памяти событий, нацеленных на выживание, полезно для нашего физического благосостояния, оно также может стать столь же большим препятствием в нашем личностном росте.

Источник этих механизмов кроется в нашей эволюции. Традиционный образ жизни коренных народов указывает на ту мысль, что человечество возникло как социальный вид, представители которого жили в небольших группах, объединенных родственными связями, большую часть времени с большим трудом поддерживая свое существование в среде со значительным физическим риском. В доисторические времена окружающая среда несла в себе намного больше опасностей, чем сейчас. Реальные физические опасности преследовали человека каждый день, и в этих условиях мозг эволюционировал таким образом, что всегда обеспечивал выживание, равно как и поддерживал эмоциональную гармонию, модели взаимодействия и сотрудничества в небольших, зависимых друг от друга социальных группах, потому что в группе у человека больше шансов выжить. Здесь выходит на первый план эмоциональная структура, построенная вокруг физического и социального выживания. Появились табу и ритуалы, направленные на содействие нашему социальному выживанию, точно так же как реакции на угрозу возникли в целях нашего физического выживания. В то время как физической угрозы было достаточно, чтобы запустить программы

физического выживания, с целью обеспечения культурного выживания появились механизмы, помогающие противостоять эмоциональной угрозе. Главным механизмом социального выживания является чувство вины, стыд и осуждение.

Эмоция вины запрограммирована в нас в социальном контексте еще до того, как мы становимся способными рационально мыслить, и потому становится базовой программой выживания. Когда вы делаете что-либо, что выходит за рамки норм вашей группы, вам говорят или заставляют чувствовать себя так, будто вы нехороший. Дети очень рано узнают, что, когда они нехорошие, их не любят, им отказывают в любви. Потому они рано понимают, что, если они делают что-то плохое, они чувствуют себя виноватыми. В этом — суть программы вины. Сколько вы знаете взрослых людей, включая вас самих, кто часто действует по своей программе вины?

Мы видим, что в нас заложены мощные подсознательные эмоциональные программы, обусловливающие наше поведение. Вина — лишь одна из них, но очень важная. В то время как вид несущегося на вас быка запустит программу физического выживания («Беги!»), невысказанное осуждение может столь же действенно запустить программу эмоционального выживания (вина!).

Наиболее часто такая ситуация проявляется в случае с детьми, потому что они живут на более интуитивном уровне, уровне чувств. Молчаливые жесты и тон голоса более эффективны и значимы, чем произносимые слова, которые дети, по большей части, не понимают. Влияние этих сигналов заключается в том, что они активируют или запускают сильные эмоции, связанные с подобными негативными эмоциональными переживаниями, имевшими место в прошлом. Когда это происходит, ребенок начинает реагировать не на текущие обстоятельства, а, скорее, на свой эмоциональный опыт подобных событий в прошлом. Прошлое становится для них настоящим, и эмоции прошлого доминируют над их теперешним состоянием.

Для мозга воспоминание о событии ничем не отличается от переживания события в реальном времени. Воспоминание, в настоящий момент возникшее в вашей памяти, для вашего мозга является действительной реальностью. Ситуация, о которой вы думаете, даже та, которая может случиться когда-то в будущем, может оказывать то же воздействие на мозг и нести для него тот же эмоциональный заряд. Мозг отвечает, как на реальные, так и на вспоминаемые или воображаемые импульсы точно так же, как если бы они имели место прямо сейчас. Время мозга — сейчас.

Это программирование «настоящего времени», запущенное прошлыми переживаниями, и приводит к «разблокировке» мышцы, к ее угнетению, когда мы всего лишь думаем о прошлом переживании или событии. Если при мониторинге мышцы человек открывает негативное воспоминание, вина или иные негативные эмоции активируют стволовые ядра, которые посылают ингибирующие сигналы в позвоночные сегменты, блокирующие рефлекс нагрузки, и мышца разблокируется.

Взаимосвязь мышц и эмоций

Каким образом то, что я всего лишь подумал или ощутил, особенно что-то из прошлого или то, что может произойти в будущем, влияет на мои мышцы в настоящий момент? Подсознательные области мозга, которые контролируют или извлекают наши эмоции, расположены в лимбической коре и стволе, древних центрах мозга, появившихся в ходе нашего эволюционного развития. Между этими нервными центрами и путями, контролирующими наш мышечный тонус и натяжение мышц, существуют прямые неврологические связи. Почему, как вы думаете, вы чувствуете напряжение в шее, когда вы обеспокоены и взволнованы? Почему вас мутит? Почему чисто ментальные события оказывают такое явное физическое воздействие?

Все потому, что отделы нашего мозга, контролирующие эмоциональные и физические программы нашего выживания, столь же подсознательно задают тонус нашей мышечной системы. Следовательно, эмоциональный тонус человека непосредственно отражается на его мышечном тонусе. Если вы видите на улице человека, который идет, опустив голову и плечи, с раскисшим видом и потупленным взором — все состояния мышечного тонуса, — то вы наверняка точно сможете предположить, что этот человек несчастлив или находится в депрессии.

Любопытно отметить, что иногда западная медицина слепо упускала то воздействие эмоций на мышечный тонус, которое замечали даже дети: «Мамочка, ты расстроена?» Наше эмоциональное состояние очень наглядно отражается в нашей физической позе и осанке.

Безусловно, поскольку кинезиология отслеживает подсознательный мышечный тонус, он прямо связан с эмоциональными центрами, которые и задают этот тонус. При мониторинге мышцы вы непосредственно взаимодействуете со связью между неврологическим физическим телом и эмоциями и мыслями, воздействующими на это тело. Более того, мышца также отслеживает взаимосвязь между физическим телом и энергети-

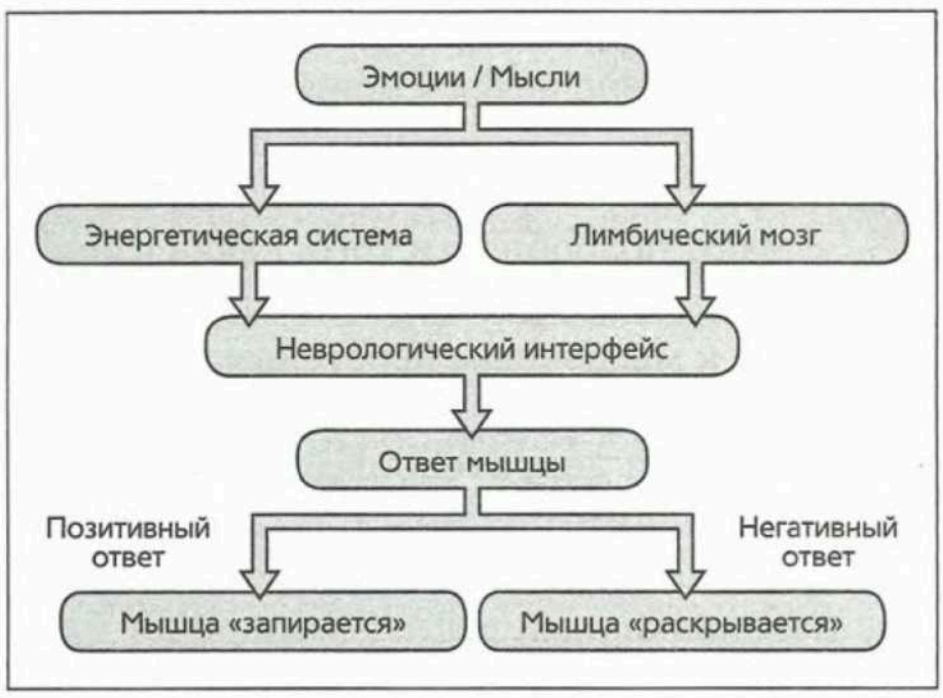


Рис. 11.1. Взаимосвязь мышц и эмоций. Эмоции и мысли могут оказывать воздействие на мышечную функцию двумя путями. Один путь — посредством лимбической системы и воздействия ретикулоспинальных путей на мышечный тонус. Другой путь — посредством энергетических систем, поскольку каждый меридиан, чакра и энергетический поток восьмерки резонансной частотой связаны с конкретной эмоцией. Эти связи оказывают воздействие на баланс этих энергетических систем, что, в свою чередь, преобразуется в воздействие на физиологию мышечного ответа.

ческими системами китайской акупунктуры. Как вы помните, китайцы считали, что каждый энергетический поток находится под воздействием конкретного эмоционального состояния. В кинезиологии добавляется физический ответ, связывающий энергетические потоки с эмоциями. Рис. 11.1 показывает эти взаимоотношения.

Первый шаг — это преобразование эмоционального и ментального полей, формирующих наши чувства и мысли, в нервные импульсы, которые представляют состояния этих чувств и мыслей в виде паттернов нейронов, которые возбуждаются в различных лимбических областях, или с помощью этих эмоциональных и ментальных полей создаются искажения, либо же они нарушают потоки ци или праны в энергетических системах, и эти искажения преобразуются в паттерны нейронов, которые возбуждаются в различных лимбических областях или иных неврологических областях стволовой части мозга или автономной нервной системы.

Недавние исследования продемонстрировали, что над теми областями мозга, которые ассоциируются с конкретными типами интеллектуальной работы, которую попросили проделать человека, находящегося в камере томографа, спонтанно возникают небольшие магнитные вихри. Эти вихри появляются как раз перед активацией этих областей, как видно на изображениях функциональной магнитно-резонансной томографии, означая, что представлено именно преобразование этих магнитных вихрей.

Контроль гамма 1 сигналов в лимбической области и стволе головного мозга

В кинезиологии всем известен один удивительный эксперимент — человека просят подумать о негативной эмоции или эмоциональной ситуации, одновременно проводя мониторинг, и вдруг рука разблокируется. Но почему это происходит? Очевидно, что мышечный ответ — это нейрофизиологическое явление, а эмоция — это психоэмоциональное явление. Как же они взаимосвязаны?

Поскольку конечное явление — физическое, ослабшая или разблокирующаяся рука, то должна иметь место неврологическая цепь, лежащая в основе этого явления, но изучение литературы по традиционной анатомии и физиологии дает слишком мало полезной информации. Однако после изучения подробных неврологических цепей мышечных веретен и сухожильных органов Гольджи и их связи со стволом головного мозга и с мозгом, нам удалось систематизировать полученные данные и составить разумное объяснение, согласующееся с современными знаниями в области нейрологии. Затем мы идем дальше и выдвигаем предположение о существовании взаимосвязи между интеллектуальным явлением и эмоциями и физиологическим ответом на эти психоэмоциональные явления — разблокирующейся мышцей.

Современные учебники по анатомии и физиологии достаточно неясно обрисовывают подробности того, какая именно область мозга контролирует гамма 1 сигналы к мышечным веретенам. Соединяя очевидные и возможные связи между верхними двигательными нейронами, нисходящими из мозга, и гамма 1 нижними двигательными нейронами, устанавливающими рефлексный порог натя-

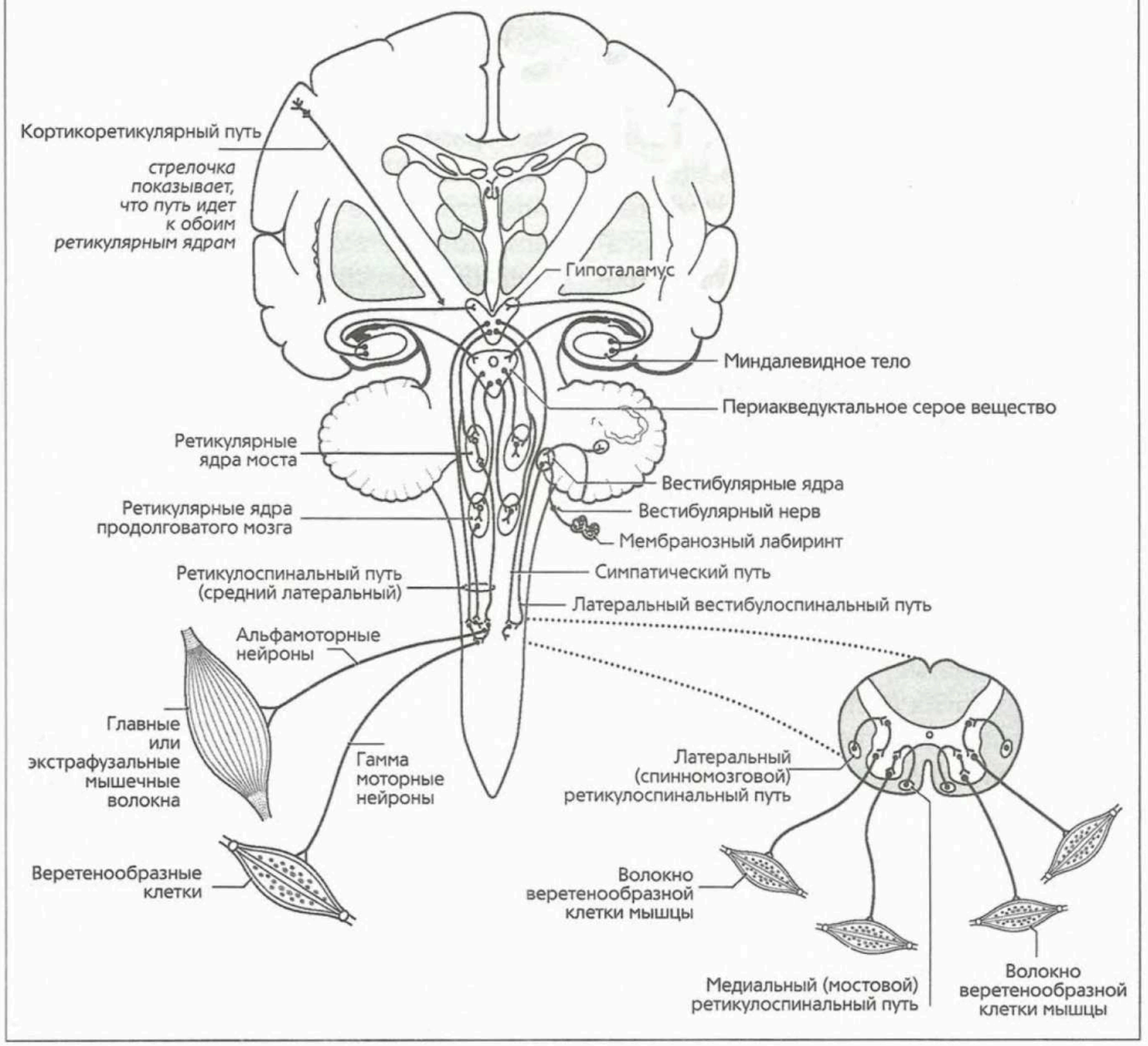


Рис. 11.2. Эмоциональный контроль мышечной функции: нисходящие двигательные пути. Пучки нервов от подсознательных эмоциональных центров лимбического и стволового эмоциональных центров выживания идут напрямую к понтинным и медуллярным ретикулярным центрам. Они непосредственно меняют мышечный тонус через промежуточные нейроны к гамма 1 двигательным нейронам, в соответствии с типом активированных эмоций выживания. Таким образом, эти экстрапирамидные пути контролируют главный мышечный тонус и задают мышечную функцию, контролирующую рефлекс перегрузки.

жения мышц, мы получаем следующий сценарий.

Гамма 1 двигательные нейроны связаны с нисходящими двигательными нервными пучками не непосредственно, а, скорее, посредством промежуточных нейронов, получающих сигналы из нескольких источников. Наиболее возможные источники —медиальные (понтинные) ретикулоспинальные пути

и латеральные (медуллярные) ретикулоспинальные пути (см. рис. 11.2).[1] И те, и другие пути оканчиваются на всех уровнях в спинном мозге в медиальных областях передних рогов серого вещества, прилегающих к гамма 1 двигательным нейронам, и связаны с гамма 1 двигательными нейронами посредством промежуточных нейронов обоих этих путей, а также прямыми проводящими путями спинного мозга, выходящими из стволовых центров сетчатой формации. Мы полагаем, что эти многочисленные связи с подсознательными ретикулярными центрами и являются нейрологической взаимосвязью для эмоционально-мышечного ответа.

Медиальные (понтинные) и латеральные (медуллярные) ретикулоспинальные пути выходят из нескольких основных сетчатых центров, которые непосредственно получают данные из тех областей мозга, которые, как известно, участвуют в формировании и выражении наших эмоций выживания: миндалевидное тело, гипоталамус и периакведуктальное серое вещество головного мозга (ПСВ), а также из лимбических центров, таких как фронтальная часть поясной извилины, центра мозга, который отвечает за чувство вины — стыд — осуждение. Миндалевидное тело представляется одним из основных подсознательных эмоциональных центров головного мозга, отвечающим за ответы типа «борись — беги» для выживания, и порождает наши первичные эмоции страха, наказания, бегства, ярости и удовольствия. Пучки идут прямо из миндалевидного тела к гипоталамусу, в котором затем формируется наша физическая и физиологическая реакция на эти сильные эмоции, к примеру, сухость во рту, ощущения скованности в животе, сжатые челюсти и потение ладоней. Пучки идут также непосредственно из центрального отдела миндалевидного тела к ПСВ, в котором запускаются наши поведенческие реакции на страх — расширение зрачков, затруднение дыхания и сгибательный рефлекс (рефлекс отдергивания).

Это происходит за счет того, что центры автономной нервной системы в гипоталамусе и ПСВ распространяют свое влияние непосредственно на уровнь спинного мозга через латеральные (медуллярные) ретикулоспинальные пути. Затем эмоциональное содержание этих сигналов передается по промежуточным нейронам сразу гамма 1 двигательным нейронам. Аналогичным образом пучки нервов идут напрямую от миндалевидного тела, гипоталамуса и ПСВ к другим ретикулярным центрам, включая понтинные и медуллярные центры, которые по медиальным (понтинным) ретикулоспинальным, латеральным (медуллярным) и другим ретикулоспинальным путям передают эмоциональное содержание гамма 1 двигательным нейронам по соединительным промежуточным нейронам (см. рис. 11.2). В зависимости от характера этого эмоционального содержания, гамма 1 двигательные нейроны будут либо активироваться, что потенциально может привести к перегрузке, либо подавляться, что теоретически может привести к недостаточной задействованности взаимосвязанных мышц.[1]

Взаимосвязь мозга и эмоций [3]

В то время как можно предположить, что сигналы из эмоциональных областей мозга (миндалевидное тело, гипоталамус,

ПСВ и т.д.) запускают неврологический ответ на эмоциональный стресс, а все остальное представляет собой не что иное, как каскадный неврологический процесс в мозге от лимбических и ретикулярных областей к гамма 1 двигательным нейронам и его воздействие на сумчато-ядерный мышечно-волоконный контроль рефлекса растяжения мышц, возникает вопрос: «Каким образом тонкая энергия астрального и ментального тел, в которых создаются эмоции и мысленные формы, взаимодействуют с физиологическими эмоциональными зонами головного мозга?»

Представленные далее умозаключения полностью теоретические, но, по крайней мере, дают нам когнитивную модель, с помощью которой мы можем понять мышечный ответ на эмоциональные состояния. Мысленные формы (явления ментального тела) и вибрационные схемы, связанные с эмоциями (явления астрального тела), формируются в тонких вибрационных телах человека, но затем они трансформируются в эфирные энергетические модели, в свою очередь преобразуемые в физиологические модели нервов, возбуждающихся в эмоциональных центрах головного мозга, таких как миндалевидное тело и ПСВ. Нейронные сигналы из этих эмоциональных центров следуют затем неврологическим каскадным путем, описанным выше, к гамма 1 двигательным нейронам, что в итоге приводит к перегрузке или недостаточной задействованности проверяемой мышцы.

Надеемся, что достаточно детальное описание, данное выше, станет очевиднее на примере. Вы провели проверку на чистую мышцу-индикатор и выполнили все предварительные тесты. Затем вы просите клиента: «Подумайте о своей матери [или о своем отце]!», одновременно проводя мониторинг мышцы-индикатора.

Рис. 11.3. **Схема взаимодействия эмоций и мозга.** В энергетической модели, представленной здесь, отрицательные эмоции и мысли сначала представлены как вибрации в астральном и ментальном полях. Затем они искажают эфирное поле. Эти искажения передаются в изменения возбуждения нейронов в миндалевидном теле или в других лимбических или стволовых эмоциональных центрах. выход из этих центров проецируется в ретикулярные стволовые ядра и их нисходящие ретикулоспинальные пути к спинномозговым сегментам. Через промежуточные нейроны этот вход в ретикулярные стволовые ядра нарушает гамма-1 проводящие пути к ядерным волокнам, изменяет тонус ядерно-сумчатых волокон и нарушает рефлекс. Это в свою очередь приводит или к недостаточной фасилитации, если ядерно-сумчатые волокна были ингибированы, или к чрезмерной фасилитации, если ядерно-сумчатые волокна были фасилитированы.

Возможны следующие три ответа: 1) мышца заблокируется, при седативном воздействии разблокируется, демонстрируя гомеостаз и, следовательно, отсутствие стресса на оцениваемые мысленные формы; 2) мышца заблокируется, но при седативном воздействии не разблокируется, демонстрируя тем самым перегрузку, то есть состояние компенсированного стресса; или 3) мышца разблокируется, символизируя явный некомпенсированный стресс.

В данном случае мышца-индикатор разблокируется. В соответствии с приведенной выше моделью, мысленная форма вызвала реакцию астрального тела на соответствующий раздражитель, то есть Мать (или Отца). Эта астральная эмоциональная модель исказила более плотное эфирное тело акупунктурной системы, и это искажение, в свою очередь, преобразовалось в электромагнитную модель, изменившую схему нейронного возбуждения в миндалевидном теле. Эта схема нейронной активности в миндалевидном теле передается в гипоталамус, ПСВ, другие стволовые центры и т.д., а также напрямую в ретикулярные центры ствола головного мозга. Ретикулярные центры, в свою очередь, передали эту схему по медиальным и латеральным ретикулоспинальным и прочим ретикулярным пучкам нервов промежуточным нейронам спинального сегмента, включающим гамма 1 двигательные нейроны, которые возбуждают сумчато-ядерные волокна мышечных веретен мышцы-индикатора. Такое изменение гамма 1 сигнала к ядерно-сумчатым волокнам быстро тормозит или блокирует напряжение ядерно-сумчатых волокон. Быстрое ослабление ядерно-сумчатых волокон привело к тому, что порог рефлекса натяжения мышцы опустился ниже натяжения проверяемой мышцы, и поэтому мышца просто поддалась под надавливанием при мониторинге; мышца-индикатор разблокировалась. См. рис. 11.3.

Разблокированный индикатор, таким образом, показал наличие у этого человека некоторого эмоционального стресса на мать или отца. Человек может даже сказать: «У меня хорошие отношения с моей матерью [или моим отцом], и мы любим друг друга!» Таковым вполне может быть его сознательное понимание своих взаимоотношений с этим родителем, но мышца-индикатор только что продемонстрировала наличие стрессовой реакции, информируя самого клиента и специалиста, с ним работающего, что где-то в подсознании этого человека кроются некие неразрешенные проблемы.

Неудивительно, что мы отмечаем, что мышечный ответ контролировался не сознательной частью мозга, которая говорила: «Держи руку!», а подсознательными эмоциональными центрами, находящимися вне нашего сознательного знания или понимания, которые задают тонус мышечных веретен, контролирующих мышечный ответ.

Хотя характер взаимодействия тонкого тела с миндалевидным телом и ПСВ еще неизвестен, эфирное воздействие стимуляции акупунктурных точек на скорость возбуждения нейронов и нейронные модели в миндалевидном теле было наглядно продемонстрировано. Было показано, что стимуляция конкретных акупунктурных точек изменяет пропускную способность и модель возбуждения

конкретных нейронов в миндалевидном теле кролика. Стимуляция другой акупунктурной точки привела к запуску иной модели нейронной активности в тех же нейронах миндалевидного тела, в то время как такая же стимуляция неакупунктурных (или ложных) точек не оказала никакого воздействия на скорость нейронных разрядов в этих нейронах миндалевидного тела.

Взаимосвязь эмоций и мышц для сухожильных органов Гольджи

На рис. 9.3 показано, что у СОГ также есть промежуточные нейроны между сигналами от чувствительных волокон капсулы СОГ и двигательными нейронами, контролирующими мышечный ответ. Те же ретикулоспинальные пути, которые несут эмоциональное содержание реакции миндалевидного тела на мысленную форму, могут изменить заданное значение порога СОГ для блокировки мышцы. Если реакция миндалевидного тела, переданная по ретикулоспинальным путям, значительно подавляет цепи промежуточных нейронов СОГ, тогда сигналы СОГ должны быть очень мощными, того чтобы вызвать хоть какую-либо блокировку рефлекса, поэтому при седативном воздействии на СОГ мышца покажется перегруженной. Седативное воздействие на сухожилие не приведет к подавлению мышцы. Если, с другой стороны, эмоциональное содержание в значительной мере стимулировало цепи промежуточных нейронов СОГ, то даже незначительная активация СОГ приведет к сильному подавлению рефлекса мышцы, поэтому мышца покажется слабой и разблокируется.

В представленной модели предполагается, что мысли и эмоции формируют искажения тонкого тела, в свою очередь преобразующиеся в модели активации в подсознательных центрах головного мозга, которые отвечают за эмоции и реакции выживания. Сигналы этих подсознательных центров головного мозга идут к гамма 1 нейронам по ретикулоспинальным путям и переключают порог рефлекса перегрузки, в результате чего меняется мышечный ответ, который наблюдается при мониторинге мышцы. Если порог для подавления установлен слишком высоким, то мышца покажется перегруженной, а если порог установлен слишком низко, то мышца покажется слабой.

Литература

1. Guyton, AC 1991, Textbook of Medical Physiology, EighThEdition, WB Saunders, Philadelphia, p. 646. Kosslyn, SM, Alpert, NM, Thompson, WL, Maljkovic, V, Weise, SB, Chabris, CF, Hamilton, SE, Rauch, SL & Buonanno, FS 1993, Visual mental imagery activates topographically organized visual cortex: PET investigations, Journal of Cognitive Neuroscience, Vol. 5, pp. 263–287. Damasio, H, Grabowski, T, Damasio, A, Tranel, D, Boles-Ponto, L, Watkins, GL & Hichwa, RD 1993, Visual recall wiThthe eyes closed and covered activates early visual cortices, Society for Neuroscience Abstracts, Vol. 19, 1603.
2. Noback, CR, Strominger, ML & Demarest, RJ 1991, The Human Nervous System, FourThEdition, Lea & Febiger, Philadelphia.
3. Williams, PL & Warwick, R 1980, Gray's Anatomy, Thirty-sixThEdition, WB Saunders, Philadelphia. Guyton, AC 1991, Textbook of Medical Physiology, EighThEdition, WB Saunders, Philadelphia. Juhan, D 1987, Job's Body, Station Hill Press, New York.
4. Zhongfang, L, Qingshu, C, Shuping, C & Zhenjing, H 1989, Eff ect of electro-acupuncture of 'Neiguan' on spontaneous discharges of single unit in amygdaloid nucleus in rabbits, Journal of Traditional Chinese Medicine, Vol. 9, No. 2, pp. 144–150.

Глава 12

РАБОТАЕТ ЛИ МЫШЕЧНЫЙ МОНИТОРИНГ?

Является ли мышечный мониторинг полезным инструментом биологической обратной связи?

Чарльз Кребс обладает значительным научным опытом, поэтому, когда он впервые познакомился с мануальным мышечным мониторингом, он сразу же захотел обосновать свои действия, но, как оказалось, сделать это не так-то просто! В первый раз он решил использовать законы физики, поместив силовой преобразователь между своей рукой и рукой или другой частью тела клиента, мониторинг которой он проводил. К его большому удивлению, результаты были противоречивы, нелогичны и не имели никакого смысла. Хармс и Рингдал обнаружили, что электромиографы и динамометры зачастую дают ложные позитивные и негативные результаты при сравнении с мануальным мышечным тестированием, поскольку эти инструменты измеряют другие аспекты мышечной активности, а не те, которые оцениваются с помощью мануального мышечного мониторинга. Кроме того, незначительные изменения положения меняют динамику силы, измеряемой силовым преобразователем.[1]

Как выше обсуждалось в данной книге, мы проводим различие между мануальным мышечным тестированием и мануальным мышечным мониторингом, потому что в каждом из них при оценке мышечной функции используется свой протокол. В существующей литературе, по большей части, описывается анализ процедур оценки мышц физиотерапевтом или мануальным терапевтом из прикладной кинезиологии (ПК), и эти процедуры значительно отличаются от процедур оценки мышц в энергетической кинезиологии, и используются они по-разному. Потому и предсказуемо, что они могут дать относительно отличные друг от друга результаты.

Технически, ПК является формой энергетической кинезиологии, так как задействует различные аспекты китайской теории меридианов, и в ней присутствуют коррекции, основанные на акупрессуре,[2] на практике же она более структурно ориентирована, чем другие модальности энергетической кинезиологии. В ПК также используется вариант более традиционной формы мануального мышечного тестирования из других видов физической терапии (таких как физиотерапия, академическая кинезиология и ортопедическая терапия). В энергетических же модальностях кинезиологии используется другой подход, отличный от мануального мышечного тестирования, который мануальные терапевты ПК называют *мышечным мониторингом*. Он нужен для того, чтобы проработать все области нашего многомерного тела, зачастую уделяя больше внимания обратной связи от областей скопления тонкой энергии, чем от физической сферы.

Но прежде чем более подробно рассматривать мануальное мышечное тестирование в ПК и мышечный мониторинг в энергетической кинезиологии, необходимо учитывать определенные факторы, лежащие в основе обоих типов мануальной мышечной обратной связи и которые могут оказать влияние на применение, толкование и результаты, когда используется один из этих типов мануального мышечного тестирования.

Факторы, влияющие на ответ мышцы в ходе мышечного тестирования или мониторинга

В простом, казалось бы, действии — мануальном тестировании мышцы — задействовано несколько факторов. Два основных фактора — многокомпонентность физической основы простейшего мануального мониторинга мышцы и сложность скрытого подсознательного контроля нашей мышечной функции. Даже при условии, что мышца установлена в правильном положении для точного мониторинга конкретной мышцы и что давление оказывается точно в правильном направлении и с правильным усилием, фактическое взаимодействие между рукой человека, проводящего мониторинг, и конечностью клиента является достаточно сложным. Тем не менее, эта сложность сокрыта от нашего сознания, поскольку возникает в результате взаимодействия различных подсознательных сенсорно-двигательных цепей, причем некоторые из них являются спинальными рефлексами и не включают совершенно никаких сознательных действий!

Именно это и отделяет наше субъективное восприятие того, что происходит, от того, что *в действительности* происходит, и почему наше субъективное восприятие происходящего является, по большей части, объективно неверным. Наше сознание не подозревает, что оно обычно активирует только подсознательные автоматические связи, а не распоряжается всем происходящим. Это случается по той причине, что наши мышцы контролируются двумя совершенно раздельными проводящими путями: один подсознательный, задающий базальный мышечный тонус, который контролирует основные спинальные рефлексы, такие как рефлекс перегрузки (который, в свою очередь, фактически контролирует наши первичные мышечные функции), и второй полностью сознательный, благодаря которому мы можем сказать своим мышцам, что делать и как мы хотим это сделать.

Подсознательные экстрапирамидальные проводящие пути идут от групп стволовых ядер, в основном от ретикулярных ядер варолиева моста и костного мозга, которые контролируют наш базальный мышечный тонус, и от вестибулярных ядер, контролирующих равновесие и баланс.[3] Эти ретикулоспинальные и вестибулоспинальные пути идут вдоль позвоночника в первую очередь к альфа-двигательным нейронам, контролирующим базальный тонус постуральных мышц тела, и к гамма 1 двигательным нейронам, контролирующим мышечное растяжение или рефлекс перегрузки.[4] Имея стволовую природу, они полностью подсознательны и управляются рефлексами. Тем не менее, эти подсознатель-

ные ядра и пути представляют собой основу, на которой действуют вторичные сознательные пути. Пирамидальные корково-спинномозговые проводящие пути идут от двигательной зоны коры головного мозга к сегментам спинного мозга и синапсам по промежуточным нейронам с альфа-двигательными нейронами, сокращающими отдельные мышцы тела, и координируют мышцы, предоставляя нам прямой сознательный контроль за нашими движениями.[5]

Таким образом, когда подсознательные экстрапирамидальные сигналы блокируют мышечный тонус, включая рефлекс перегрузки, который, в свою очередь непосредственно контролирует ответы наших мышц, а также другие спинальные рефлексы, наше сознание больше не может заставить наши мышцы сделать то, что соответствует его инструкциям! Как бы вы ни пытались всеми силами своего сознания, вам никогда не удастся заставить «заблокироваться» мышцы, чьи подсознательные рефлексы подавлены. Но вам субъективно кажется, что вы изо всех сил стараетесь удержать ногу или руку, потому что вы посылаете потоки сигналов от коры своего головного мозга по пирамидальным путям, говоря: «Держи!», но все тщетно, поскольку именно подсознательные субстраты в действительности контролируют способность ваших мышц заблокироваться и повиноваться вашим сознательным командам.

Приведем пример для разъяснения, по какой причине наше сознательное восприятие мышечного тестирования/мониторинга настолько расходится с происходящим. Представьте свои мышцы в виде электрических лампочек: большие мышцы — это лампочки на 100 ватт. Ваше сознание может только повернуть выключатель. Обычно, когда вы решаете повернуть выключатель, включается яркий свет (мощностью 100 ватт). Но подвох в том, что ваше подсознание контролирует регулятор, уменьшающий силу света. Поэтому не важно, сколько ватт в лампочке, если подсознательный регулятор уменьшил силу света в вашей лампочке, то, когда ваше сознание поворачивает выключатель, вы получаете лишь тусклый свет. Лампочка остается лампой мощностью 100 ватт, но вы получаете лишь 20 ватт ее мощности.

Прибавьте к этому сложный комплекс физических явлений, и вы поймете, почему сознательное восприятие мануального мышечного тестирования/мониторинга мало похоже на происходящее в действительности! Человеку неподготовленному может показаться, что физическая сторона мануального мышечного тестирования/мониторинга вполне проста и понятна: «Давите на руку в этом направлении!» Мышечный ответ будет либо слабым («разблокируется»), и рука пойдет в направлении надавливания, либо сильным («заблокируется»), и рука сохранит свое положение, не поддаваясь прилагаемому давлению. Но с физической и математической точки зрения, происходящее является достаточно сложным процессом, предназначенным для того, чтобы обмануть ваше сознательное восприятие. Когда я надавливаю на вашу руку, одновременно происходит два независимых друг от друга явления — одно физическое, другое математическое. Первое — я надавливаю на рычажную систему, поэтому возникают векторы сил,

изменяющиеся в зависимости от того, что происходит с рукой, — она заблокируется или разблокируется. И второе — мануальный мышечный мониторинг представляет собой взаимодействие двух отдельных нервных систем, каждая со своими автоматическими рефлексами и сознательными импульсами, формирующими дифференциальные зависимости второго и третьего порядка.

Следовательно, результат мышечного мониторинга вне зависимости от того, заблокируется мышца или разблокируется, является решением этих векторов и подвекторов сил с дифференциальными взаимодействиями второго и третьего порядка, так как мозжечок занимался расчетами еще задолго до того, как Ньютон или Лейбниц записали свои уравнения.

При проведении мышечного тестирования/ мониторинга клиенты очень часто заявляют: «Вы надавливаете по-другому! Вот почему моя рука поддалась!» По ощущениям все происходит именно таким образом из-за природы векторов. Когда я надавливаю на рычаг вашей руки и мышца плеча заблокировалась, направление силы (что в физике называется вектором) идет прямо вдоль стержня вашей руки в плечевой сустав. Но когда мышца разблокируется, рука начинает двигаться по дуге к столу. Прилагаемое давление направлено вертикально вниз к столу, но из-за механической природы сустава рука не может двигаться вертикально вниз к столу, а описывает дугу. Это означает, что один вектор силы, идущий по руке в сустав заблокированной мышцы, начинает делиться на несколько подвекторов. Подвекторы быстро меняются по мере того, как рука описывает дугу, следуя движению, возможному по механике сустава, при разблокировке мышцы.

Поэтому, тогда как тестирующий надавливал совершенно одинаково в обоих случаях, клиент явно ощущал, что тестирующий надавливал по-разному на заблокировавшуюся и разблокировавшуюся мышцы. Хотя объективно это не так, но по ощущениям именно так! Кроме того, также кажется, что тестирующий на разблокировавшуюся мышцу давил сильнее, чем на заблокировавшуюся. Опять же, объективно это не соответствует истине и даже полностью противоречит объективной истине!

Ощущение, что тестирующий надавливал по-разному, является прямым следствием изменения векторов, когда рука двигалась по дуге сустава. А ощущение, что тестирующий надавливал сильнее, когда мышца разблокировалась, в сравнении с тем, когда мышца заблокировалась, является прямым следствием подсознательного подавления базального мышечного тонуса, необходимого для активации рефлекса перегрузки, заблокирующего мышцу. После подавления рефлекса перегрузки уже невозможно заблокировать мышцу, но при попытке удержать руку в позиции тестирования/ мониторинга клиент использует все возрастающие сознательные усилия к активации той мышцы или группы мышц, которые в этот момент явно угнетаются подсознанием!

До недавнего времени ученые в большинстве случаев с пренебрежением относились к мануальному мышечному тестированию/мониторингу, считая его субъективным, а потому неэффективной

и ненадежной методикой, не заслуживающей дальнейшего научного исследования. Эта точка зрения возникла вследствие отсутствия эффективного инструментария, способного точно оценить все аспекты сложного взаимодействия двух нервных систем в ходе мануального мышечного тестирования/мониторинга. Она также подкреплялась ложным субъективным восприятием того, что в действительности происходило в ходе мышечного тестирования/мониторинга.

Каким образом выполняется мышечное тестирование/мониторинг?

Техники, используемые при мануальном мышечном тестировании в большинстве видов физиотерапии, в частности, при ортопедическом тестировании, в достаточной степени соответствуют своему наименованию — мануальный мышечный тест (ММТ), поскольку надавливание производится быстрым движением, а сила надавливания — от средней до значительной, в зависимости от особенностей тестирующего и тестируемой мышцы. Первоначально физиотерапевты, структурные кинезиологи и мануальные терапевты ПК прилагали умеренную силу, поскольку для них это был тест относительной силы мышцы, который они использовали для выявления слабости мышцы.

С годами многие мануальные терапевты ПК начали прилагать меньше усилия при мышечном тестировании и стали рассматривать его как искусство, при котором давление, прилагаемое для работы с мышцей-индикатором клиента, постоянно возрастает до тех пор, пока тестирующий не почувствует, что мышца *начинает* поддаваться, а затем просто следует этому движению. Как отмечает Уолтер: «Как только мышца приходит в движение, мышечный тест заканчивается, поскольку именно величина приложенной силы, необходимой, чтобы запустить движение, и есть измеряемый параметр в точном ММТ».[2] Классический тест нагрузкой, применяемый физиотерапевтами, также проверяет тот же параметр, но оценивает его по шкале от 1 до 5 (где 5 представляет собой полностью заблокированную мышцу),6 а не по двухкомпонентной шкале энергетической кинезиологии, в которой мышца заблокируется и кажется сильной или разблокируется и поддается или кажется слабой. Такое более современное мануальное мышечное тестирование представляет собой подход, более соответствующий типу мышечной активации, которому учат сегодня в различных системах энергетической кинезиологии.

Следовательно, основное различие между механоэлектрическими измерениями динамометров и мануальным мышечным тестированием/мониторингом заключается в том, как это тестирование/мониторинг осуществляется. В биомеханических областях применения, например, при ортопедическом тестировании, мышцы тестируют на способность удерживать изначальное положение при линейно возрастающей нагрузке, приводящей мышцу к ее максимальному пределу.

Аналогичным образом, сила, прилагаемая динамометром, относительно линейна и постоянна, и возрастает она

относительно быстро. Следовательно, динамометрическое тестирование в значительной степени активирует дифференциал первого порядка, линейную скорость реакции мышцы на изменение, и поэтому осуществляет тестирование различных аспектов нервно-мышечного контроля, а не изменяющееся сопротивление, тест на которое используется в энергетической кинезиологии, включая ПК.

Прежде чем оценить, насколько действенно мышечное тестирование/мониторинг в энергетической кинезиологии, мы для начала рассмотрим мануальное мышечное тестирование в ПК и исследовательскую литературу ПК. Затем мы представим обсуждение мышечного мониторинга в энергетической кинезиологии и исследовательскую литературу энергетической кинезиологии.

Что прорабатывается с помощью мышечного тестирования в ПК, и в чем его значимость?

Как в ПК, так и в энергетической кинезиологии мышцы используются в качестве инструмента биологической обратной связи, чтобы определить, где в теле присутствует активный стрессор. В ПК же специалисты больше ориентируются на нейромышечное взаимодействие с костно-мышечной структурной системой. Поэтому в ПК используется мышечный ответ, ММТ ПК, для того чтобы определить, влияют ли какие-либо стрессоры на мышечную и скелетную функции. Поскольку обеспечение целостности скелетной системы зависит от согласованной мышечной функции, то мышечный дисбаланс приведет к потере скелетно-структурной целостности и искажению нормальной осанки и функции. В частности, это важно потому, что спинальная система обеспечивается напряженной целостностью, то есть согласованной активностью межпозвоночных мышц, натягивающих позвоночник вертикально от черепа, — межпозвоночные мышцы каждого позвонка поднимают позвонок, расположенный ниже, вверх, таким образом обеспечивая прямоту позвоночника.[7]

Следовательно, мышечный дисбаланс приводит к скелетно-постуральным дисбалансам, когда отдельные мышцы становятся либо перенапряженными, находясь в разбалансированном состоянии чрезмерной активации, или, что встречается чаще, в состоянии угнетения (подавления), зачастую в результате воздействия другой мышцы или другого элемента опорно-двигательной системы (например, это могут быть сухожильные органы Гольджи, рецепторы растяжения фасции и ноцирецепторы). Общепринятое убеждение о том, что мышечная боль и скелетные деформации, по большей части, являются результатом некоей тонической мышечной гиперфункции, которая приводит к возникновению хронической боли и дисфункции, уступает место взгляду, что истинным виновником является мышечное подавление, при котором угнетенную мышцу компенсируют другие мышцы, зачастую синергист(ы) первичного двигателя или другие мышцы.

Тем не менее, каждая мышца в теле является первичным двигателем для конкретного действия и прикрепляется к скелету таким образом, чтобы иметь макси-

мальное механическое преимущество для конкретного действия при сокращении. Поэтому, если по какой-либо причине первичный двигатель конкретного движения блокируется, то другая мышца, обычно синергист подавленного антагониста, должна взять на себя всю работу угнетенных мышц, равно как и выполнять свою собственную! Что важнее, привлеченная или компенсирующая мышца находится в явно неблагоприятном механическом положении, и ей необходимо упорно трудиться, чтобы поддерживать положение мышцы, обычно с легкостью обеспечиваемое блокированным первичным двигателем. Известно, что замена угнетенных мышц по модели синергист — антагонист является самой распространенной нейромышечной дисфункцией.[8]

Для разъяснения этой модели приведем пример. Наше тело создано таким образом, что удобнее всего нам носить ведра с песком сбоку, и таким образом нетрудно носить даже тяжелые ведра. Но представьте, насколько тяжелее было бы нести те же самые ведра с песком, если бы вы их несли в вытянутых горизонтально вперед руках. То же самое происходит, когда мышца, к примеру, межпозвоночная мышца, блокируется, и ее синергист(ы) должен взять на себя всю работу. Это может привести к тому, что синергист(ы), находящийся в механически невыгодном положении, приходит в состояние перенапряжения или переизбытка энергии, с энергетической точки зрения. А перенапряженная мышца зачастую угнетает своего антагониста, создавая аналогичную обратную проблему.

Но что же приводит к такой блокировке и угнетению? Данные нескольких исследований показывают, что реакция тела на ушиб или повреждение и боль заключается не в повышенном мышечном напряжении и скованности, а в подавлении мышц.[9] Такая защитная реакция иногда называется сухожильным или связочным защитным рефлексом. Если вы растянули сухожилие или порвали мышцу, нервная система активирует цепь компенсационных реакций для защиты поврежденной структуры от дальнейших повреждений и обеспечения заживления. Подавление порванной мышцы или мышцы с растянутым сухожилием снижает механическую нагрузку на поврежденное сухожилие или мышцу, давая ткани восстановиться. Однако при активном подавлении мышцы, при оказании дальнейшего воздействия на мышцу она не только запускает процесс дальнейшего подавления сухожильного и связочного рефлекса, но потеря сокращаемости мышцы приводит к увеличению физического давления или нагрузки на сухожилия и связки, что, в свою очередь, запускает ноцирецепторы (болевые рецепторы), возникает боль и последующее подавление мышцы.

Лунд и коллеги полагают, что старую модель боль — спазм — боль, в которой мышечное напряжение возрастает при наличии боли, и именно боль подавляет мышцу, приводя к ее слабости, необходимо заменить моделью боль — адаптация.[10] То есть не боль приводит к повышению давления, когда боль присутствует в различных скелетно-мышечных повреждениях, а сниженная активация или явное подавление мышц во время

движений, в которых они участвуют как агонисты, и повышенная активация во время движений, в которых они являются антагонистами. Именно такую модель выявил Эджертон с коллегами, изучая пациентов, страдающих от хронической боли в шее в результате хлыстовой травмы. Они наблюдали недостаточную задействованность мышц-агонистов и чрезмерную задействованность мышц-синергистов. Эта модель подавленных и перенапряженных мышц позволила им отличить людей с хронической болью в шее от тех, кто уже восстановился после травмы, с точностью до 88%.[11]

В настоящее время уже имеется подтверждение, что ослабление силы в результате мышечного подавления возникает в тесном взаимодействии с развитием специфической суставной дисфункции, воспалением или повреждением, причем происходит постоянное подавление мышечной функции.[12] Также большинство других параметров дисфункции, выявленных у пациентов с болью в пояснице и шее, проявлялись не перед возникновением боли, а только сопровождали ее. Важным исключением является мышечная сила, которая может предугадать боль в пояснице и в шее в будущем у клинически здоровых людей.[13]

Но как же мануальному терапевту ПК узнать о мышечной слабости, которая является результатом мышечного подавления? Столь же необходимо понимать, откуда идет это подавление, и, следовательно, какое наиболее эффективное лечение применить, либо же какие дальнейшие обследования помогут предотвратить в будущем появление боли, дискомфорта и дисфункции. Одним из наиболее очевидных и эффективных подходов является использование ПК ММТ в мануальной терапии или мышечного мониторинга в энергетической кинезиологии. Шмитт и Катберт отмечают: «Если диагностические методы могут указать вид необходимой терапии или дать прогноз на длительное течение заболевания или дисбаланса, то этот диагноз тем больше ценен».[14]

Таким образом, ММТ обладает диагностической ценностью как для выявления функционального расстройства (мышечное подавление), так и для определения мануальной манипулятивной методики для коррекции выявленного подавления. Столь же важно, что ММТ может использоваться еще раз для подтверждения того, что изначальное мышечное подавление, лежащее в основе постурального или структурного дисбаланса, было устранено. Это соотношение клинически подтверждается незамедлительным улучшением состояния мышцы, ее силы и ковариации с дисфункциями клиента после применения мануальной манипуляции.[15]

Краткий обзор исследования мануального мышечного тестирования, используемого в ПК

Основной вопрос, который необходимо решить для определения, являются ли мануальное мышечное тестирование, используемое в ПК, и мышечный мониторинг, используемый в других модальностях энергетической кинезиологии, эффективными инструментами получения обратной связи о различных состояниях тела в целях диагностики и лечения,

таков: «Насколько это действенно?». Для этого важно оценить ММТ на предмет его надежности и валидности. Надежность метода диагностики или лечения представляет собой степень постоянства изменения при повторении. В зависимости от типа осуществляемого измерения можно вычислить различные типы показателей надежности, такие как коэффициент каппа Коэна, и чем он ближе к 1, тем выше надежность.

Следует рассматривать два типа надежности. Первый — интраисследовательская (или интраэкспертная) надежность: способность одного и того же тестирующего или наблюдателя последовательно получать похожие результаты при исследованиях типа тест — повторный тест. Второй — межисследовательская (или межэкспертная) надежность: способность двух или более тестирующих или наблюдателей получать похожие результаты при исследованиях, проводимых несколькими специалистами. Интраэкспертная надежность нужна для оценки воспроизводимости и последовательности теста, а межэкспертная надежность нужна для оценки значимости или применимости теста, поскольку она измеряет относительную изменчивость одного и того же теста, выполняемого различными тестирующими.

Чтобы определить применимость как интраэкспертной, так и межэкспертной надежности, необходим еще один способ измерения оцениваемого фактора или проблемы, как ориентир или стандартное измерение, с которым сравниваются полученные результаты. Такой ориентирный показатель может быть количественным, например, сколько килограмм силы было приложено, или же качественным, к примеру, использование боли или шкалы субъективного усилия, где 0 приравнивается к отсутствию боли, а 10 — к максимальной боли этого типа, которую человек когда-либо испытывал, или к максимальному усилию, какое он может приложить. Как правило, в качестве ориентирного показателя использовалось механическое тестирующее устройство динамометр, инструмент для непосредственного измерения механической силы, где давление оказывается на силовой преобразователь — электрическое устройство, преобразующее давление или силу в электрический сигнал, который можно записать и проградуировать. Использование динамометра в мануальном мышечном тестировании иногда называют количественным мышечным тестированием (КМТ).

Динамометрическое тестирование в сравнении с мануальным мышечным тестированием

В то время как может показаться, что динамометры представляют собой логический золотой стандарт ММТ, поскольку дают достоверные количественные данные, тем не менее, достаточно проблематично проводить непосредственные сравнения при использовании портативных динамометров (ПД) по причине сложности мануального мышечного теста, как описывалось ранее в этой главе. Также существуют данные, что динамометры измеряют иные аспекты мышечной активности, чем мануальное мышечное тестирование,[15] в частности, если мышца разблокируется, а не оказывает сопротивление прилагаемой линейной силе. Также

незначительные вариации в положении или угле расположения контактной поверхности динамометра на теле могут давать ложные отрицательные и положительные показатели по той причине, что до недавнего времени все силовые преобразователи по своей конструкции были, в значительной мере, направленного действия. Таким образом, незначительные изменения в угле приложения ПД на теле могут привести к искажению показаний.[16]

Именно это и обнаружил Чарльз Кребс, когда попытался применить простой однонаправленный силовой преобразователь для подтверждения применимости мануального мышечного мониторинга. Если мышца может с уверенностью заблокироваться, а устройство может быть расположено таким образом, что на мышцу может быть оказано линейное давление, то результаты, по большей части, последовательны. Но если мышца начинает разблокироваться по мере того, как угол применения постоянно меняется, то отображаемые показания, зачастую, в значительной степени варьируются. Из-за постоянно изменяющихся углов расположения контактной поверхности силового преобразователя относительно тела и направленности силового преобразователя он может зарегистрировать лишь малую долю фактически прилагаемой силы и, потому, не способен регистрировать всю фактически прилагаемую силу.

Несколько исследований в ПК было посвящено использованию ПД для измерения силы или давления, оказываемого на мышцу, и последующего сравнения этого количественного показателя с результатами ММТ; был ли показатель силы больше, когда мышца заблокировалась, и меньше, когда мышца разблокировалась? Но результаты этих исследований во многом разнятся: в одних показатели ПД и ММТ совпадают, в других — нет.[17] Сравнение двух исследований (одно провели Марино с коллегами18, другое — Вадсворт с коллегами19) показало значительную надежность показаний ПД и ММТ. В обоих исследованиях показатели измерений ПД систематически совпадали с определением слабости мышц тестирующими ($P < 0{,}001$). Однако, в других исследованиях были выявлены значительные различия между данными ПД и оценкой мышечной функции с помощью ММТ,20 а в исследовании, проведенном Кинни и партнерами, не было отмечено никакой взаимосвязи между оценкой мышечной силы с помощью КМТ и ММТ при тестировании питания.[21] Стоит отметить, что они применили такую схему проведения исследования, которая не отражала клиническую практику и принципы ПК, а само исследование не отражало ничего из того, что поддерживает и преподает Международный колледж прикладной кинезиологии. Другое исследование, проведенное Эсколаром и коллегами, показало, что КМТ более надежно, чем ММТ, выполняемое неопытными тестирующими. Тем не менее, при соответствующей подготовке таких новичков между КМТ и ММТ был достигнут коэффициент межгрупповой корреляции $> 0{,}75$.[22] А еще в одном исследовании, проводимом вслепую, в котором участники держали во рту сахар или таблетку плацебо, при компьютеризированном динамометрическом (КМТ)

тестировании не было выявлено никакой значительной корреляции, а ММТ показало высокое статистическое различие (P —0,006) между контрольной и экспериментальной группами.

В недавнем исследовании Фосанга и Бэйкера, хотя и присутствовало хорошее соотношение между КМТ и ММТ в целом, но динамометрические тесты не показывали изменений в силе или показателях силы ниже отметки 3 (по шкале 1—5), в то время как тесты ММТ показывали изменения на отметке 3 и даже ниже.[23] Человек в роли тестирующего остается самым чувствительным инструментом из имеющихся в нашем распоряжении для истолкования ММТ, и, как писал Уолтер: «На настоящий момент наилучшим «инструментом» для выполнения мануального мышечного тестирования является хорошо обученный тестирующий, использующий свое восприятие времени и силы со знанием анатомии и физиологии мышечной функции».[24]

Интраэкспертная и межэкспертная надежность

Вне зависимости от используемого метода или оборудования, для стандартизации ММТ в научной обстановке наиболее важно, чтобы протоколы испытаний были высоковоспроизводимыми как в случае, когда тот же тестирующий выполняет ряд тестов (интраэкспертная надежность), так и в случае, когда различные специалисты повторяют те же тесты, что и предыдущие специалисты (межэкспертная надежность). Здесь мы приведем краткие итоги двух недавних всесторонних обзоров исследования мануального мышечного тестирования ПК, где рассматривалась литература по интра- и межэкспертной надежности, и мы рекомендуем вам обратиться к этим прекрасным работам, где дается исчерпывающий анализ этой важной темы.[25]

Степень совпадения по межэкспертной надежности в 10 исследованиях, включая три рандомизированных контролируемых исследования (РКИ), на основании +/— одна отметка, была достаточно высокой, варьируясь от 82% до 97%, а также от 96% до 98% по межэкспертной надежности типа тест — повторный тест. Результаты этих исследований говорят о том, что для того, чтобы быть в полной уверенности относительно того, что произошло истинное изменение силы, показатели ММТ должны измениться минимум на одну полную отметку, измениться с угнетенной или слабой мышцы на напряженную или сильную мышцу, что является обычным результатом успешного воздействия.[26] Лейсман, Ценхаузерн и коллеги обнаружили значительные различия в результатах мышечного тестирования с показателем сильной/слабой мышцы и показали, используя измерения силы как тестирующего, так и пациента, что эти изменения не были обусловлены увеличением или сокращением силы, прилагаемой специалистом, выполняющим тестирование.[27]

Несколько исследований показали хорошие результаты интра- и межэкспертной надежности с обеими группами мышц верхних и нижних конечностей, а также при тестировании отдельных мышц конечностей.[28] Поллард с коллегами установили достаточную межэкспертную надежность при сравнении двух специалистов с различными навыками

при использовании повторяющегося тестирования на дельтовидной мышце (k 0,62) и поясничной мышце (k 0,67),[29] в то время как Джепсон и коллеги выявили межэкспертную надежность при сравнении двух тестирующих (причем от них была скрыта информация, относящаяся к пациенту), которые разделили четырнадцать мышц с правой и левой половины тела на мышцы с нормальной и сниженной силой, причем сниженная сила значительно ассоциировалась с наличием симптомов. Это исследование также продемонстрировало сопоставимую или более высокую надежность, чем в случае других диагностических тестов, обычно используемых при дисфункциях верхних конечностей.[30] В недавнем исследовании межэкспертной надежности ММТ мышц нижних конечностей тестирующий не видел идеомоторных сигналов, но надежность оказалась высокой, с совпадением в результатах специалистов в 70—90% случаев, в зависимости от конкретной тестируемой мышцы.[31]

В целом, исследовательская литература по мануальному мышечному тестированию в ПК предоставляет данные, поддерживающие значительный уровень интра- и межэкспертной надежности, и все больше научных работ поддерживают обоснованность применения ММТ в качестве инструмента диагностики для лечения ряда опорно-двигательных дисфункций. Обзор исследовательской литературы по ПК, проведенный в 2007 году Катбертом и Гудхартом, включал тщательно разработанные критерии для отбора более 100 работ по ПК и показал, что мануальное мышечное тестирование является одновременно наукой и искусством, но *имеются существенные научно-исследовательские данные, подтверждающие его надежность, межэкспертную последовательность и действенность*.[25]

Научные исследования, проведенные до сегодняшнего дня, поддерживают мнение, что мануальное мышечное тестирование действенно при конкретных состояниях, таких как боль в пояснице[25,32] и механическая боль в шее,[33] а также при различных специфических заболеваниях, таких как ювенильная идиопатическая воспалительная миопатия,[34] но во многих других сферах, где ММТ применялось, недостаточно точных научных РКИ.[25] В заключение Катберт и Гудхарт отмечают, что «ММТ, применяемое хиропрактиками, физиотерапевтами и неврологами, как показано, является клинически полезным инструментом, но для окончательного научного подтверждения его эффективности и применения необходимо тестирование, включающее комплексные экспериментальные модели, в области нейрофизиологии, биомеханики, РКИ и статистического анализа».[25]

Что оценивает мышечный мониторинг в энергетической кинезиологии, и в чем его значимость?

И в ПК, и в энергетической кинезиологии для оценки обратной связи от мануального мышечного тестирования или мониторинга используется надежность проприоцептивной обратной связи и относительная мышечная сила, а не абсолютная мышечная сила; это и есть *составляющая искусства* в искусстве и науке мануального мышечного тести-

рования или мониторинга. Но в энергетической кинезиологии тестирующий не только наблюдает за физической функцией мышцы, но и использует наблюдаемые мышечные ответы в качестве источника информации о местонахождении стрессоров или дисбалансов в подсознании и энергетических системах тонкого тела. Поэтому они, в сущности, используют мышечную функцию для отслеживания потенциальных дисбалансов или стрессоров, а не для тестирования мышцы на относительную силу.

Вероятно, главное различие между ММТ ПК и мышечным мониторингом энергетической кинезиологии заключается в том, каким образом будет использоваться тестируемая мышца. В ПК мышцы оцениваются с помощью ММТ для определения угнетенных мышц, которые представляются слабыми. Поэтому если тестируемая мышца не угнетена и не поддалась под надавливанием тестирующего, то он переходит к другой мышце, чтобы выяснить, какие мышцы находятся в состоянии дисбаланса или под явным воздействием какого-либо стрессора. То есть в ПК тестируемые мышцы оцениваются на наличие прямой взаимосвязи со стрессором, который приводит к дисбалансу мышцы. В мышечном мониторинге, напротив, выбирается мышца-индикатор как общий индикатор для выявления стрессоров (см. Главу 10) в сфере любой физиологической или энергетической функции.

Но прежде, чем мышцу можно использовать в энергетической кинезиологии в качестве индикатора, она должна пройти определенные предварительные тесты (описываются в Главе 22), для того чтобы убедиться, что она находится в состоянии физиологического гомеостаза и что в данный момент нет никаких внешних факторов, которые нарушали бы ее функцию. Затем эта сбалансированная мышца-индикатор используется в качестве инструмента мониторинга для оценки дисбалансов или стрессоров, воздействующих на подсознательные физические, эфирные, эмоциональные и ментальные процессы, или для определения дисбалансов в рамках тонких энергетических систем организма. Таким образом, мышца-индикатор находится в гомеостатическом состоянии и заблокируется, если контур тестирующего обнаружит акупунктурную точку. Если мышца-индикатор остается заблокированной, это показывает, что на данный момент не наблюдается никаких активных стрессоров, воздействующих на данную акупунктурную точку, или энергетических контуров или систем, с которыми она взаимодействует. Если мышца-индикатор разблокируется при прикосновении к акупункурной точке, это значит, что в настоящий момент активный стрессор приводит к дисбалансу в самой акупунктурной точке или энергетическом потоке в этом конкретном меридиане, а тип мышечного ответа дает тестирующему информацию о видах стрессоров и вероятных последствиях этого дисбаланса.

Помимо этого, имеются различия в том, как мышцы используются в ММТ ПК и мышечном мониторинге, и в самой процедуре мониторинга. Для проведения мониторинга мышцы в энергетической кинезиологии тестирующий оказывает надавливание медленно, постепенно

повышая давление силы только до двух килограммов, и удерживает это давление в течение примерно двух секунд, а затем медленно ослабляет давление. Надавливание в течение двух секунд уже давно является важной частью алгоритма мышечного мониторинга в энергетической кинезиологии, однако, недавние исследования показали, насколько важно сохранять давление на мышцу или конечность в течение как минимум двух секунд. Конабл провел пилотное исследование, чтобы изучить разницу между коротким (1 секунда) и длительным (3 секунды) мышечным тестом с задействованием сильных или активированных мышц в сравнении со слабыми или функционально подавленными мышцами. Он отметил, что более длительный тест обнаруживает мышечную слабость, не очевидную при коротких тестах в течение 1 секунды на тех же мышцах.[35] Следовательно, удерживание давления при мониторинге в течение двух полных секунд, прежде чем начать уменьшать давление, поможет добиться более точных результатов, чем при коротких тестах, и будет более эффективным при определении дисбалансов или стрессоров, воздействующих на гомеостаз организма.

Поскольку невозможно пересилить даже маленькие мышцы, даже мышцы ребенка, используя давление в два килограмма, в энергетической кинезиологии мы никогда не оцениваем силу мышцы, и также по этой причине используются термины *заблокированная* и *разблокированная*, а не основанные на тестировании термины *сильная* и *слабая*, традиционно применяемые в мануальном мышечном тестировании ПК. Мы оцениваем не силу, а подсознательные нейронные цепи как взаимосвязь со всеми уровнями нашего многомерного существа.

В энергетической кинезиологии сила к мышце применяется значительно медленнее и ограничивается силой намного ниже того уровня, который может привести к *полной* активации рефлекса перегрузки, то есть достаточно, чтобы *ощутить* блокировку мышцы. Как только мышца заблокировалась, тестирующий может в значительной степени увеличить надавливание на мышцу, но ответ останется таким же до тех пор, пока давление мониторинга не начнет пересиливать мышцу. У тестирующего нет необходимости прилагать слишком большое давление, чтобы четко определить заблокированную мышцу. Перефразируя Уолтера в ПК, скажем: «Как только мышца совершенно очевидно заблокировалась, тестирующему нет необходимости увеличивать давление на мышцу». В ПК основное внимание уделяется структуре и постуральной целостности, а в энергетической кинезиологии основное внимание направлено на мышечные ответы, помогающие раскрыть целостность и баланс подсознания и тонких энергетических тел.

Тем не менее, источник многих физических проблем кроется глубоко в подсознании, и этот источник, как правило, в обычном состоянии остается неизвестным, но в данном случае неожиданно нам открывается или, по меньшей мере, его воздействие становится заметным и ощущается при мониторинге мышцы. Нет необходимости в том, чтобы тестирующий говорил клиенту, что активировался некий стрессор, когда ранее заблоки-

рованная мышца клиента вдруг разблокировалась. Точно так же, когда ранее разблокирующаяся мышца вдруг возвращается к нормальной функции и заблокируется, клиент сознательно переживает положительное изменение в функции или состоянии.

Исследование в поддержку методов мышечного мониторинга и энергетической кинезиологии

Сам тот факт, что мышечный ответ может свидетельствовать об энергетических дисбалансах, выносит энергетическую кинезиологию далеко за пределы принятой научной и медицинской модели, которая сомневается в существовании — или, если быть более точными, — не осведомлена об энергетических системах тела. Ученый или врач не может сказать, что ци или прана не существуют, поскольку для этого потребовалось бы сначала измерить ци или прану, что в настоящее время невозможно сделать современным научным оборудованием, хотя в измерении биополей был уже сделан огромный шаг вперед.[36] Если человек не может нечто измерить, то о нем он не может и знать, следовательно, он не осведомлен об этом, а на основании отсутствия информации доказывать что-то бесполезно! Поэтому перед кинезиологией, как и всеми другими энергетическими системами (например, гомеопатией), стоит трудная задача — доказать, что она является надежным и эффективным методом успешной проработки физиологических, питательных, и/или психоэмоциональных дисбалансов тела человека.

Поскольку энергетическиая кинезиология находится на ранней стадии своего развития, было проведено лишь несколько научных исследований по использованию мышечного мониторинга и модели энергетической кинезиологии, представленной выше, по сравнению с многочисленными исследованиями, проведенными по мануальному мышечному тестированию в ПК. И, как и в исследовательской литературе в ПК, проведенные исследования мелкомасштабны, в них задействованы один или два исследователя, зачастую с небольшим объемом выборки, ограничивающим статистическую мощность исследования, и в большинстве случаев проводился узкий статистический анализ данных.

Одно из первых исследований, рассматривавших и обосновывавших использование мышцы-индикатора, было проведено Анной Ролфс в ее диссертации *«Феномен изменения состояния мышцы-индикатора. Пояснение его значения и обоснование»*.[37] Термин *изменение состояния мышцы-индикатора* используется в настоящей книге и в кинезиологической литературе в целом и означает изменение мышечного ответа либо с заблокированной мышцы на разблокированную, либо с разблокированной на заблокированную. Анна Ролфс рассмотрела два аспекта того, что она назвала «феноменом» изменения состояния мышцы-индикатора, что является основой всей области кинезиологии во всех ее проявлениях.

Эти два аспекта представляют собой сенсорные физические ощущения: временная потеря силы мышцы и каким образом эти физические ощущения обрабатываются разумом — то есть ощущаемый опыт и когнитивный опыт. Когнитивный опыт пытается умственно

осознать ощущаемый опыт, к примеру, причинно-следственную взаимосвязь между вмешательством и феноменом мышечного ответа, изменением состояния мышцы-индикатора, что подходит под количественное экспериментальное проектирование. Для сравнения, сенсорные физические ощущения изменения состояния мышцы-индикатора исследовались с помощью качественного проектирования с использованием структурированного опроса, при котором участника просили описать, что он ощущает и что эти ощущения для него значат.

Анна Ролфс изучила две области применимости мышцы-индикатора для точного ответа на специфические стрессоры в двух различных ситуациях: ответ для выявления дисбаланса или изменений в потоке ци в меридианах и ответ на негативные эмоциональные состояния в условиях проведения эксперимента. Такие важные контекстуальные параметры, как эмоциональная и интеллектуальная зависимость в ситуации клиент-терапевт, предубеждения терапевта и клиента и ожидания от результатов процедуры, были устранены через использование двойного слепого метода при тестировании акупунктурной системы и одностороннего слепого метода при эмоциональном тестировании. Все тестирование проводили сама Анна Ролфс и другой специалист по энергетической кинезиологии.

Качественные результаты структурированных опросов участников исследования помогают лучше понять восприятие клиентом опыта, который ранее никаким образом не рассматривался систематически. Ролфс воспользовалась находкой Гудхарта о том, что если приложить магнит к точке понижения тонуса традиционной китайской акупунктуры, то он также понизит тонус мышц, связанных с этим меридианом, или подавит их.[38] Исследование в ПК показало, что трехглавая мышца плеча и широчайшая мышца спины связаны с меридианом селезенки; поэтому если приложить магнит к точке понижения тонуса меридиана селезенки 5, то он ингибирует эти мышцы. В двойном слепом исследовании, когда трехглавая мышца плеча или широчайшая мышца спины были должным образом расположены для мониторинга, ассистент прикладывал редкоземельный магнит-таблетку с силой 3000 гаусс или плацебо — пуговицу для рубашки схожего размера, цвета и веса к точке меридиана селезенки 5. Затем проводился мониторинг каждой из этих мышц по очереди, и результаты протоколировались. Приложение северного полюса магнита к точке меридиана селезенки 5 неизменно подавляло обе связанные с меридианом мышцы со статистически значимыми показателями ($P < 0{,}001$ для трехглавой мышцы и $P < 0{,}01$ для широчайшей мышцы спины), с высокой межэкспертной надежностью. Этот результат был воспроизведен в более позднем исследовании Монкайо и Монкайо, где использовалась стимуляция точек понижения тонуса; измерение ответа взаимосвязанных с меридианом мышц было подтверждено поверхностной электромиографией (пЭМГ) и ММТ.[39]

В своем исследовании влияния негативного эмоционального состояния на мышечный ответ Ролфс использовала психические образы темы тревоги, когда участникам говорили, что они провалили важный экзамен (все участники на момент проведения исследования явля-

лись студентами), или темы плацебо, когда участники удобно лежали на массажном столе и отдыхали. Когда участникам сообщали их тему, их просили проанализировать те чувства, которые эта тема в них вызывала. Затем проводился мониторинг участников в ходе этой фазы анализа. При сравнении изменения состояния мышцы-индикатора по образам темы тревоги и темы плацебо было отмечено значительное различие ($P < 0{,}03$ для трехглавой мышцы и $P < 0{,}009$ для широчайшей мышцы спины). Интересно отметить, что тревога — это та эмоция, которая, как было выяснено, связана с меридианом селезенки, и эта взаимосвязь выражалась в мышцах, связанных с меридианом селезенки. Исследование, проведенное Монти и коллегами, подтвердило, что подсознательные эмоциональные ответы контролируют ответ мышцы-индикатора. Они изучили различия в результатах мануального мышечного тестирования после того, как участники подвергались воздействию согласованных и несогласованных семантических стимулов. Порядок, в котором повторялись утверждения, контролировался с помощью сбалансированного планирования. В общем, были отмечены значительные различия между мышечными ответами на согласованные и несогласованные семантические утверждения ($P < 0{,}001$).[40]

В систематизированных опросах, проведенных после исследования, Ролфс смогла оценить некоторые качественные воздействия на личное восприяие участников на основании их наблюдения за изменениями состояния мышцы-индикатора, происходившими в ходе экспериментов. Восприятие участников в отношении того, что они лично получили от участия в данном исследовании, можно выразить несколькими высказываниями. Во-первых, наблюдение за изменением состояния их мышцы-индикатора, физическим явлением, когда мышца становится слабой или остается сильной в различных обстоятельствах в ходе исследования, заставило их осознать взаимосвязь разума и тела, взаимосвязь со своим внутренним «я», включая, как говорили некоторые участники, обращение к своей интуиции. Во-вторых, изменение состояния мышцы-индикатора представляло собой физическое явление, ощущаемое и наблюдаемое клиентами, которому они приписывали «ощущение того, что тело отвечает» на ту часть реальности, на которую они обычно не обращали внимания, — повышенное осознание своих энергетических полей, их переплетение с телом, а также осознание проблемных областей или нарушений их энергетического поля; и это осознание открыло им ту информацию о них самих, которую они не могли открыть или получить умом.

Единственный недавний обзор кинезиологии, включающий специалистов по энергетической кинезиологии или мануальному мышечному тестированию, выполняемый в стиле мышечного мониторинга, был проведен Холлом и коллегами.[41] По существу, этот тип мышечного тестирования относился к числу их критериев включения. Они рассматривали исследования, проводимые, по большей части, в ПК, но в их обзор были включены и некоторые исследования на основе энергетической кинезиологии. Авторы обзора поставили перед собой

три задачи: 1, убедиться в обеспечении диагностической достоверности, включая интра- и межэкспертную надежность; 2, рассмотреть, имеются ли доказательства терапевтической эффективности; и 3, критически оценить качество соответствующих исследований.

В исследовании проводился электронный поиск соответствующих исследований по базам данных, затем их анализ и оценка на предмет методологической достоверности и качества передачи информации с использованием стандартных инструментов оценки качества. Они выяснили, что исследования, соответствовавшие критериям включения, в основном, были низкого качества, и, следовательно, их было сложно оценить на предмет эффективности. Тем не менее, авторы делают следующий беззастенчивый вывод: «На основании этого обзора исследований можно заявить, что нет достаточных оснований предполагать, что кинезиология (любого типа) оказывает какое-либо особое воздействие на любого рода заболевание ... или что была установлена действенность или обоснованность мышечного тестирования».

Такое утверждение в значительной степени выходит за рамки объема научных изысканий, проведенных авторами. Они провели обзор литературы, поэтому единственное научно верное утверждение, которое они могли бы сформулировать, сводится к следующему: «Проведенные и опубликованные к настоящему моменту исследования по кинезиологии не отвечают требованиям, необходимым для выявления положительной оценки при проверке инструментом оценки качества QUADAS (оценка качества диагностической достоверности исследований), по шкале Джадада, с помощью Стандартов изложения диагностической достоверности исследований и Единых стандартов представления результатов испытаний, методов оценки качества применяемых методов и представления результатов в этих исследованиях». Их вывод в заключение обзора о том, что нет достаточных доказательств терапевтической эффективности, ошибочен и неполноценен, поскольку если нет литературы по терапевтической эффективности, это не означает, что не имеется доказательств, что кинезиологическое лечение неэффективно, в то время как представлены клинические данные за период более тридцати лет, доказывающие, что оно действенно!

Несмотря на приведенный выше вывод Холла и коллег, три исследования, которые они указали как эффективные в Таблице 1 своего обзора, были проведены специалистами в области энергетической кинезиологии и показали высокие, статистически значимые результаты. Одно исследование показало значительное снижение уровня стресса и повышение способности бороться со стрессом, на основании оценки по шкале воспринимаемого стресса, со снижением по средней оценке $P < 0{,}0005$, а в более масштабном исследовании с участием 88 женщин с болезнью Купера было отмечено значительное уменьшение боли после первого сеанса лечения ($P < 0{,}00001$). Третье исследование было контролируемым с участием двадцати шести человек, страдавших от повторяющихся тревожных снов. В группе, проходившей лечение, средняя частота снов сократилась по срав-

нению с контрольной группой (дисперсионный анализ), с показателем $P < 0{,}006$. Следовательно, несмотря на невысокое методологическое качество и качество описания информации в этих исследованиях, они представляются достаточно успешными потому, что демонстрируют ощутимое и воспроизводимое воздействие на людей, получавших это лечение.

Исследование, проведенное в 2010 году Мюльбеком в Университете Зальцбурга, рассматривало воздействие кинезиологии с точки зрения клиентов и подтвердило, что клиенты ощущали положительные результаты по различным заболеваниям после консультаций у различных кинезиологов.[42] Двести клиентов прошли каждый по пять сеансов лечения у двадцати девяти специалистов по энергетической кинезиологии, практикующих в Зальцбурге, Австрия. Применялся следующий контрольный измерительный инструмент — дихотомический семантический дифференциал или анкета полярности, состоящая из тридцати восьми пар слов, описывающих физические, эмоциональные, ментальные и социальные свойства, к примеру, слабый—сильный, напряженный—расслабленный, больной—здоровый, уставший—бодрый или отдохнувший, обеспокоенный—беспечный, нервный—спокойный, застенчивый—смелый, разочарованный—мотивированный и несфокусированный—сфокусированный. Анкета полярности охватывала физические проблемы, эмоциональные и ментальные состояния, социальные взаимодействия и всеобщее благосостояние. Участники оценивали каждую пару слов, выбирая эмограммы (от очень счастливого смайлика до очень грустного смайлика) по шкале из семи смайликов, какие лучше всего отражали их текущее состояние в отношении этой пары слов.

Участников попросили оценить свое состояние, заполнив анкету полярности, прежде чем посетить пять сеансов лечения, а затем заполнить эту анкету после посещения пяти сеансов. Следует отметить, что участники приходили к специалистам с различными проблемами, от физической боли до вызванных стрессом проблем, социальным вопросам или личностным проблемам, психоэмоциональным и даже духовным вопросам. По семибалльной шкале благосостояния на основании анкеты полярности число «семь» в отношении любого качества означало, что в настоящий момент вы испытываете наиболее позитивное и максимально возможное состояние этого качества, а число «один» означало, что в настоящий момент вы испытываете наиболее негативное из возможных состояние этого качества. Тридцать восемь пар слов были выбраны в качестве различных аспектов того, как вы смотрите на жизнь, от физических факторов, воздействующих на вашу жизнь, до психоэмоциональных состояний, социальных взаимоотношений и индивидуальных факторов, укрепляющих или ослабляющих наше ощущение благополучия.

Среднее значение до лечения для каждого пункта анкеты полярности у всех участников варьировалось от 2,55 по психоэмоциональной паре (в стрессе — активный) до 4,57 по социальной паре (возмущенный — дружелюбный), причем

по всем показателям, за исключением семи из тридцати восьми показателей до лечения, значение было ниже 4. После пяти сеансов лечения методами энергетической кинезиологии значение варьировалось от 5,28 по психоэмоциональной паре (обеспокоенный — беспечный) до 6,20 по паре личностного состояния (отчаявшийся — уверенный), причем по всем парам показатели качеств были значительно выше 4. Среднее повышение показателей благосостояния всех пар качеств составило 2,4, то есть 34,3% в сравнении с показателями до лечения, и улучшение показателей варьировалось от 2,26 (32,2%) до 2,55 (36,4%). Среди участников также был проведен опрос после лечения — их просили описать свое восприятие любых изменений в своем общем благосостоянии, и они рассказали об ослаблении боли и улучшении физического и психоэмоционального благосостояния, но улучшения в социальном состоянии были не столь значительны.

В ходе опросов, проведенных после лечения, было выявлено два момента, которые явно говорили о восприятии участниками значимости этого кинезиологического лечения: во-первых, большинство участников заявили, что продолжат приходить на консультации к кинезиологам и порекомендуют друзьям и родственникам испробовать кинезиологию на себе; и во-вторых, участники стали чувствовать себя лучше, не только в отношении конкретной проблемы, с которой они изначально пришли к кинезиологу, но и в общем. Также интересно отметить, каким образом участники находили своего кинезиолога — по рекомендациям друзей, знакомых, членов семьи или коллег, что свидетельствует о том, что рекомендовавшие также получили положительное впечатление об энергетической кинезиологии.

По итогам проведения анализа методологического качества Холл и коллеги сделали следующий вывод: «Отсутствуют достаточные доказательства диагностической достоверности в кинезиологии, действенности мышечного ответа для любого состояния и эффективности для любого состояния». Тем не менее, в исследованиях Ролфс и Мюльбека *фактический* опыт людей, их личная встреча с кинезиологией и кинезиологические сеансы поддерживают ее эффективность, о чем говорит и удовлетворение клиента результатами его лечения. Причем их удовлетворение результатами настолько велико, что у них слово не расходится с делом, и они хотят продолжить лечение методами энергетической кинезиологии, а также рекомендовать это лечение членам своей семьи, друзьям и коллегам по работе! В настоящий момент Мюльбек начинает дополнительное клиническое исследование, чтобы более подробно описать взаимосвязь лечения методами энергетической кинезиологии и результатов.

Одна из главных проблем при научном обосновании методик энергетической кинезиологии заключается в видах исследований, которые сегодня считаются классикой клинического исследования: двойные слепые рандомизированные контролируемые исследования (РКИ). Они разработаны для того, чтобы оценивать, по большей части, отдельно взятые факторы, к примеру, лекарство или

иной фактор ограниченного контекста, и требуют применения к каждому участнику стандартизированного протокола лечения, утвержденного экспериментатором заранее. Этот способ может подойти для односторонних или однофакторных исследований, таких как исследования отдельных лекарств, действующих по одному ферментному или биохимическому пути. Но РКИ как план исследования не подходят для обоснования многофакторных и многозначных терапий, таких как протоколы энергетической кинезиологии и их применения на практике.

Уникальный и значимый компонент практики энергетической кинезиологии заключается в том, что эта терапия определяется клиентом, то есть в ней биологическая обратная связь от клиента направляет каждый шаг терапии. Применяя кинезиологический протокол, тестирующий следует за постоянной биологической обратной связью от мышцы клиента, используя мышечный мониторинг. Но эта обратная связь может поступать от одной или более областей нашего многомерного существа: физического, эфирного, эмоционального, ментального и даже духовного уровня. Это значит, что каждый сеанс лечения уникален, поскольку у каждого человека может быть несколько различных взаимодействующих друг с другом факторов, формирующих проблему и представленных в нескольких сферах. Следовательно, поскольку этот протокол свойственен структуре и методам энергетической кинезиологии, он не может соответствовать главному исследовательскому критерию, необходимому для РКИ, то есть стандартизированному протоколу лечения. Эти протоколы лечения в большинстве случаев ограничиваются одной сферой и зачастую включают только одну область тела, например, боль в шее или в пояснице.

С точки зрения энергетической кинезиологии, люди являются *многомерными существами*, результат воздействия стрессоров на которые может выражаться в их гомеостатической функции, в основном, на одном уровне или в одной сфере или же в двух или более взаимодействующих сферах. Энергетическая кинезиология может выявить и исправить дисбалансы во всех этих сферах, и многие сеансы или коррекции энергетической кинезиологии включают многочисленные факторы, лежащие в различных сферах. К примеру, один компонент лечения может включать стимуляцию акупунктурных точек в эфирной сфере; другой компонент может включать выявление словинициаторов в эмоциональной сфере, используя сигнальные точки в эфирной сфере; а заключительная коррекция может состоять в балансировке чакры в сфере ауры.

В последнее время западные ученые пытаются изолировать отдельные компоненты и роль каждого компонента, чтобы понять деятельность человеческого тела. Но являемся ли мы лишь сложением всех наших частей? Представляем ли мы собой лишь биомеханическую машину? В науке раз за разом всплывает одно и то же наблюдение — в сложных взаимодействующих системах (а человеческое тело и разум, вне сомнений, к таковым относятся) взаимодействие частей системы зачастую производит структуры и функции более высокого порядка, которые

невозможно предсказать или оценить на основании простого сложения отдельных частей этой системы. Отрицание западной наукой Человека как многомерного существа во многом было следствием разделения Декартом ума и тела на протяженную и мыслящую субстанции[43] и развития рационального редукционистского мышления, на основании которого возникла биохимико-биомеханическая парадигма. Это разделение разума и тела поддерживалось в своем развитии точной механической вселенной ньютоновской физики, разъяснявшей все, что мы видели и к чему могли прикоснуться, и следовавшей логическим, рациональным правилам.

Но главный фактор в отрицании энергетической парадигмы западной наукой заключался в том, что, в отличие от физического мира, столь хорошо описанного и легко подтверждаемого наблюдениями, энергетические системы Востока были невидимы и неизмеримы научными инструментами. Поэтому таинственный невидимый мир, в котором Человек представлен как многомерное существо, контролируемое неизвестными энергиями, такими как прана и ци, едва ли казался правдоподобным. Не имея средств объективно измерить эти невидимые поля и обосновать их существование, а, следовательно, и их потенциал исцелять или оказывать воздействие на наше физическое тело, Запад отбросил эти энергетические системы как миф, как примитивные системы убеждений, сравнив их с предрассудками, но никак не с наукой.

Безусловно, основная трудность, стоящая перед любой терапевтической системой, представляющей тело многоуровневым с постоянной взаимосвязью между этими уровнями: каким образом спланировать исследование, чтобы учесть все эти взаимодействующие факторы и выделить, какие факторы какое воздействие оказывают? Например, связи между функционированием иммунной системы, недостаточностью питания, балансом энергии меридиана слезенки и/или психоэмоциональным стрессом, причем каждый фактор участвует в наблюдаемой дисфункции, но влияние каждого фактора на эту дисфункцию разнится в зависимости от каждого индивидуального участника исследования. Поэтому достаточно сложно оценивать, какой вид терапии окажется наиболее подходящим для каждого участника. Но как разработать протокол исследования с такой степенью изменчивости в применении, не утратив при этом способность выявить, насколько наблюдаемый результат является следствием действия каждого из этих множественных факторов? Эта проблема решается в РКИ предварительной стандартизацией протокола лечения, что ограничивает число и виды применяемых методик и те сферы, в которых они могут применяться.

Вероятно, главная проблема при обосновании кинезиологии — это виды используемых в настоящее время экспериментальных проектов, которые считаются вполне надежными и подтверждающими научные доказательства. В относительно бесконтекстных системах или в ограниченно ситуативных системах, таких как тестирование односимптомных лекарств, двойные слепые исследования могут послужить эффективным средством определения результативности. Но

в комплексных контекстно-зависимых системах, таких как многофакторные, многоуровневые энергетические системы организма, двойная слепая модель, как она есть, неприменима, поскольку требует устранения контекста для удовлетворения критериев исследования, в то время как результат определяется именно контекстом. Очевидно, что в контекстуальном лечении убрать контекст означает убрать те механизмы, благодаря которым происходит исцеление![44]

Несомненно, недостаток РКИ заключается в том, что они *разработаны* для однофакторного лечения однофакторных причин, в то время как причина большинства физиологических проблем многофакторна, даже в случае на первый взгляд простых мышечных проблем. Любое РКИ, в котором специалист работает в многофакторной системе, использует многоуровневую терапию, выраженно контекстно-зависимую, вполне может дать ограниченные или неудовлетворительные результаты по причине ограничений плана исследования, а не из-за применяемого лечения. И этот факт сейчас открыто обсуждается в западной медицине.[45]

Все двойные слепые исследования можно оспорить исходя из допущения, что ни одна биологическая система или подсистема никак не может быть внеконтекстной. По самой своей природе биологические системы являются комплексными, динамически взаимодействующими группами равновесности, в которых практически невозможно устранить все контекстное участие. Следовательно, все двойные слепые исследования пренебрегают несколькими контекстуальными факторами, которые могут повлиять на результат, но поскольку, *считается*, что эти факторы обладают лишь незначительным влиянием, их не принимают в расчет. Тем не менее, как обсуждается в Разделе 9, биологические системы представляют собой самоорганизованные хаотические системы, в которых небольшое добавление в критическое время переходной фазы может привести к реорганизации всей системы. Безусловно, по этой причине, в числе прочих, результаты биологических исследований разнятся от случая к случаю, и для выявления результата необходим комплексный и тщательно продуманный статистический анализ.

Будущие направления исследований мышечного мониторинга в энергетической кинезиологии

Одним из ограничивающих факторов в кинезиологических исследованиях всегда было наличие контрольно-измерительного оборудования, способного точно измерить фактическую силу, прилагаемую тестирующим в ходе мышечного мониторинга, из-за сложности динамики взаимодействия мышца-мышца и изменения векторов в зависимости от поведения мышцы (блокировка или разблокировка). Оба этих фактора в совокупности создают ложное субъективное сознательное восприятие того, что происходит во время мышечного мониторинга: «Сейчас вы давите сильнее!» Не имея этого элемента данных, как ответить на вопрос — насколько сильно тестирующий в действительности давил на мышцу? Мышечное тестирование и мышечный

мониторинг навсегда останутся субъективными, даже несмотря на то, что пЭМГ сейчас дает обратную связь в реальном времени по степени объективного сокращения мышцы клиента в ходе мышечного тестирования и мышечного мониторинга.

Такие устройства были разработаны совсем недавно, например, мышечный измерительный прибор MicroFET-2 (производства компании «Хогган Сайентифик», Солт-Лейк-Сити, штат Юта) и NeuroPro Tester (Клиника спортивных травм и человеческих возможностей имени Бюлера, Кейсвилл, штат Юта). Эти новые устройства дают возможность использовать разнонаправленные силовые преобразователи для количественного определения объективной величины силы, приложенной тестирующим во время мануального мышечного теста. Если фактическую силу сложить с пЭМГ, то становится возможным объективно измерить оба компонента одновременно и непосредственно их сравнить. В настоящее время Чарльз Кребс с коллегами начинают серию экспериментов с использованием пЭМГ и количественных трехмерных силовых преобразователей, а также субъективной шкалы усилий. Нынешнее исследование проводится с использованием многомерных силовых преобразователей в лаборатории мышечной физиологии Колорадского университета в Боулдере, штат Колорадо, и Институте спортивной науки Майнцского университета Иоганна Гутенберга в Германии, чтобы изучить абсолютную силу, прилагаемую к мышцам в ходе мышечного мониторинга; также используются спектры мощности пЭМГ для оценки того, что происходит в мышцах, когда они заблокируются и разблокируются, а субъективная шкала усилий необходима для того, чтобы полностью осознать как объективный, так и субъективный аспекты мышечного мониторинга. Следовательно, все три компонента мануального мышечного мониторинга — объективная сила, прилагаемая тестирующим, степень объективного сокращения мышцы клиента и субъективное сознательное восприятие клиентом прилагаемой силы — регистрируются одновременно.

Таким образом, и у подсознательного контроля мышечной функции (мышца заблокируется или разблокируется), и у сознательного восприятия этого события («Вы надавливали сильнее», когда мышца разблокировалась, или «Вы не надавливали так сильно», когда мышца заблокировалась) существует внешняя контрольная точка: объективная фактически приложенная сила, позволяющая объективно обосновать результат мышечного мониторинга.

Существуют еще два других важных фактора, играющих не последнюю роль в обосновании эффективности мышечного мониторинга и тестирования как значимых и точных инструментов получения биологической обратной связи из различных сфер нашего многомерного существа. Первый — быстрое развитие методик для объективного выявления и измерения биополей человеческого тела, потоков ци и праны энергетических систем тела. Второй — разработка новых исследовательских методов для оценки методик и видов терапии, в высшей сте-

пени контекстуальных и многоуровневых по воздействию. С уверенностью можно сказать, что исследовательское будущее энергетической кинезиологии светлое и волнующее!

Использование мышечного мониторинга в энергетической кинезиологии: учитываем факторы

Что касается использования энергетической кинезиологии, необходимо рассмотреть и обсудить несколько факторов, чтобы понять, как они влияют на применение и результат этой широко используемой методики лечения. Непонимание этих факторов и ограничений, налагаемых природой мышечного мониторинга на то, что он может и не может рассказать, привело многих энергетических кинезиологов, действовавших из лучших побуждений, к заключениям о том, как он работает, что он может рассказать и о его результатах, которые неверны или явно не соответствуют действительности.

Мышечный мониторинг субъективен или объективен?

Одна из главных причин, по которым кинезиологию игнорируют и не принимают всерьез, состоит в том, что она основана на субъективных переживаниях людей в процессе мониторинга мышцы. Повсеместно люди сообщают о своих ощущениях от мониторинга по следующей схеме, подробно описанной выше. Во-первых, когда мышца разблокируется, клиент ощущает, что тестирующий как будто надавливает сильнее, чем когда мышца заблокируется, и во-вторых, клиенты раз за разом уверждают, что тестирующий надавливал по-другому, когда мышца заблокировалась, в сравнении с тем, когда она разблокировалась.

Насколько нам известно, проводимое в настоящий момент исследование Кребса и коллег — первое в истории кинезиологии исследование, в котором использована субъективная шкала усилий для непосредственной оценки субъективных ощущений тестируемых.[46] Эти изучения проводились в Институте спортивной науки Майнцского университета Иоганна Гутенберга в Германии и лаборатории моторной физиологии Колорадского университета в Боулдере, штат Колорадо, в течение прошлого года; сейчас исследование проводится повторно, а его результаты готовятся к публикации.

Участникам была дана субъективная шкала усилий, по которой им нужно оценить, сколько усилий они прилагали, для того чтобы удержать мышцу в позиции мониторинга, сопротивляясь давлению тестирующего. Субъективная шкала усилий находится в диапазоне от 0, что приравнивается к отсутствию усилий, до 10, то есть наибольшие возможные усилия. Участников просили оценить только их усилия по удерживанию руки в позиции мониторинга, а не происходящее в процессе мониторинга, к примеру, заблокировалась мышца или разблокировалась.

Как ни удивительно, когда мышца разблокировалась, участники отмечали, что прилагали усилия на отметке 7—10, чтобы удержать мышцу в положении мониторинга; они очень старались сопротивляться давлению мониторинга. Тем не менее, объективные данные пЭМГ по количеству задействованных двигательных единиц показали, что фактически было задействовано относительно

немного двигательных единиц, причем количество задействованных двигательных единиц возросло в тот момент, когда давление было изначально приложено, но затем резко уменьшилось до исходного уровня, когда мышца пассивно поддалась в направлении давления. Очевидно, что как только привлечение двигательных единиц мышцы начало снижаться, тестирующий не мог надавливать сильнее, поскольку степень сопротивления уменьшилась и продолжала снижаться до исходного уровня.

Когда была произведена коррекция этой же мышцы для выправления мышечного дисбаланса, мышца начала заблокироваться при мануальном мониторинге, участники сообщали, что прилагали усилия на отметке 2—4. Прямо противоположно их субъективному восприятию, результаты электромиографии показали значительное привлечение мышечных волокон, продолжавшееся до тех пор, пока давление не прекратилось. Таким образом, из этого следует, что единственным субъективным показателем в мышечном мониторинге является субъективное восприятие человеком давления мониторинга, которое оказывается совершенно неверным.

Как может субъективная оценка усилий быть такой неверной в отношении того, что фактически происходило в мышце? Не забывайте о том, что существуют два основных спинальных проводящих пути, контролирующих нашу мышечную функцию: подсознательные экстрапирамидальные спинальные пути и сознательные пирамидальные корково-спинномозговые пути, как описывалось выше. Экстрапирамидальные спинальные пути полностью подсознательны по своему характеру и задают базальный мышечный тонус и рефлекс перегрузки каждой мышцы, а пирамидальные корково-спинномозговые пути обеспечивают прямое сознательное произвольное управление тех же самых мышц. Когда импульс подсознательных экстрапирамидальных спинальных путей должным образом задает мышечный тонус и рефлекс перегрузки, все, что сознанию остается сделать, так это направить запрос для удержания мышцы в положении мониторинга по сознательным пирамидальным путям, чтобы переместить конечность или часть тела в определенное положение, а затем удержать ее в этом положении. Затем подсознательный рефлекс перегрузки автоматически усиливает сокращение, чтобы соответствовать повышению давления в ходе мониторинга (см. рис. 12.1).

Таким образом, фактическое увеличение сокращения мышцы, чтобы соответствовать повышению давления мониторинга, практически полностью является следствием действия подсознательных спинальных рефлекторных проводящих путей, то есть до тех пор, пока нагрузка не достигнет предела силы этой мышцы. На этом этапе тестируемому придется прилагать все больше и больше сознательных усилий для сопротивления увеличивающемуся надавливанию до тех пор, пока прилагаемая сила не превысит количество двигательных единиц, которые эта мышца может привлечь, и тогда мышца становится перегруженной и движется в направлении приложенного давления.

Но какая же часть мозга в действительности задает тонус мышцы и рефлекс перегрузки, контролируемый экстрапирамидальными путями? У подкорковых

центров выживания, таких как миндалевидное тело, стволовые ядра и лимбические эмоциональные области, есть свои пути, идущие непосредственно из этих центров выживания в ретикулярные и вестибулярные спинальные ядра, которые задают базальный мышечный тонус и рефлекс перегрузки. Поэтому импульс, поступающий от любого из подкорковых центров выживания, может изменить базальный мышечный тонус, переустановить рефлекс перегрузки и поменять стандартный мышечный ответ на повышенную нагрузку.

Если базальный мышечный тонус задан слишком низко, то аннулоспиральные нервные окончания сумчато-ядерных волокон не могут достаточно сильно растягиваться, чтобы активировать рефлекс перегрузки и полностью заблокировать мышцу, поэтому она и идет в направлении приложенного давления. Чтобы компенсировать отсутствие автоматического привлечения мышечных волокон через рефлекс перегрузки для сопротивления возрастающему давлению мониторинга, клиенту нужно сознательно увеличивать сокращение мышцы, говоря ей: «ДЕРЖИ!», что ведет к выраженному ощущению возрастающих усилий со стороны клиента и привлечению мышц-синергистов. Тем не менее, несмотря на эти возрастающие сознательные усилия, без поддержки со стороны подсознательных проводящих путей, фактически контролирующих мышечную функцию, невозможно обеспечить сопротивление и удержать мышцу в положении мониторинга, и мышца поддается в направлении приложенного давления. Так, вопреки убеждению, что мышечный мониторинг субъективен, *только восприятие тестируемого субъективно*. Мышца объективно привлекает меньше мышечных волокон, когда мышца разблокируется, и намного больше мышечных волокон, когда мышца заблокируется. Субъективным является восприятие человеком его сознательного усилия, необходимого для сопротивления давлению, а не фактическая величина приложенной силы.

Что мышечный мониторинг может и не может рассказать

Этот вопрос является одним из наиболее спорных в энергетической кинезиологии, как среди специалистов, практикующих в различных модальностях, так и в среде сторонних наблюдателей, оценивающих обоснованность кинезиологии. Он также является одним из самых больших камней преткновения при принятии энергетической кинезиологии в число массовых методов лечения. Существуют самые различные заявления о том, что кинезиология может рассказать, и варьируются они от очевидных до возвышенных и даже смехотворных.

К сожалению, одной из первых поистине «популярных» книг о кинезиологии в массовой культуре была книга доктора Джона Даймонда «Тело не лжет».[47] Заглавие истинно в абсолютном смысле, что тело никогда открыто не лжет. В этом случае тело используется в значении мышечных ответов от тестируемых мышц на задаваемые вопросы или, точнее, чтобы проанализировать подсознательную обработку информации от исходной мышечной функции, как было описано выше. По сути, тело никогда не знает правды и намеренно искажает эту истину

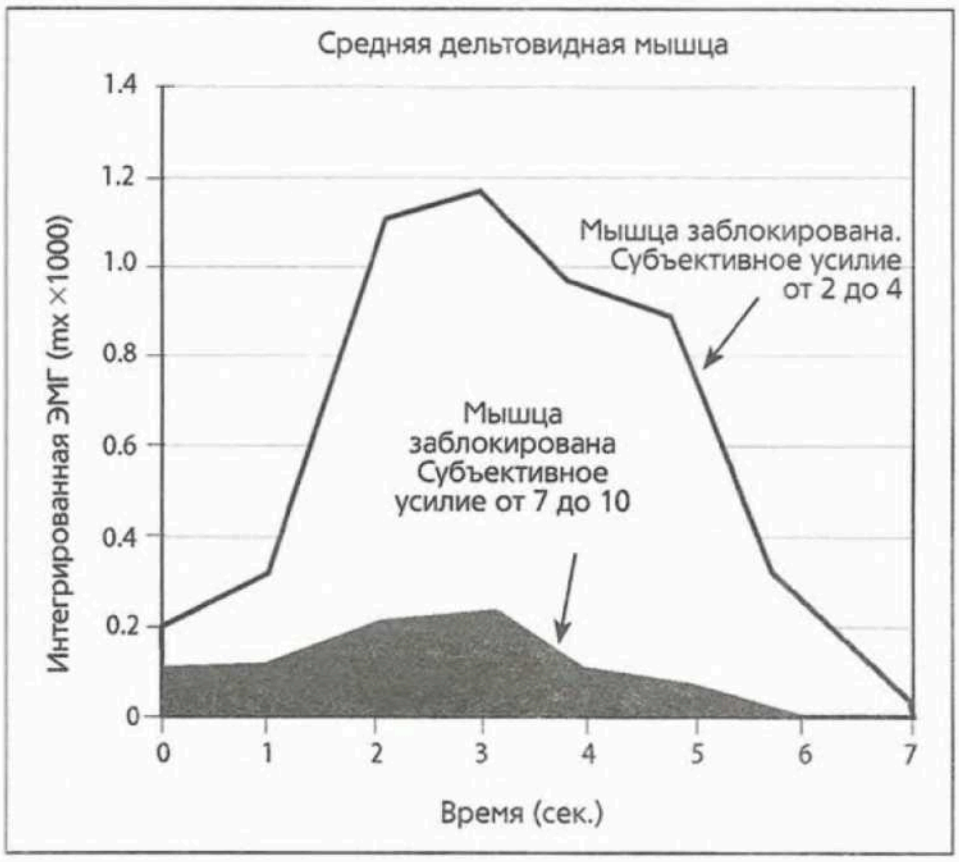


Рис. 12.1. **Электромиографические спектры мощности заблокированной мышцы и разблокированной мышцы.** Заблокированная мышца быстро привлекает двигательные единицы и обеспечивает сокращение до тех пор, пока не прекращается давление мониторинга, а разблокированная мышца изначально начинает привлекать двигательные единицы, но из-за подавления показатели привлечения падают до базового уровня. Обратите внимание, что субъективное усилие с точки зрения клиента определяется на отметке 2—4 из 10, когда мышца заблокирована, поэтому клиенту кажется, будто он прилагает относительно немного усилий. Но когда мышца разблокируется, субъективное усилие определяется на отметке 7—10, поскольку клиент сознательно пытается удержать мышцу заблокированной, но это невозможно из-за бессознательного подавления мышцы.

или лжет, но это не значит, что результат каждого мышечного теста правдив!

Существует несколько факторов, по которым мышечный ответ может неточно отражать верный или истинный объективный ответ или давать точную оценку задействованного стресса, когда применяется несколько видов мышечного мониторинга. Недостаток знаний о том, каким образом эти факторы могут исказить результат мышечного мониторинга, свидетельствует, что ответы, полученные через реакцию мышцы, необязательно дают точные или значимые ответы на заданные вопросы. Если просто надавить на мышцу, задав вопрос, и наблюдать, как она себя поведет, то это не значит, что мы используем обоснованный или надежный механизм для выявления объективной внешней истины! Если перед надавливанием на мышцу не были проведены соответствующие предварительные тесты на определение надежности и гомеостатической функции мышцы, ответ может всего лишь отражать внешний фактор, вызывающий мнимое изменение мышечной функции. К этим мнимым изменениям могут относиться следующие: скрытое обезвоживание; различные формы функциональной и структурной дисфункции — либо в самой мышце, либо в одной из многочисленных неврологических цепей, к которым она подключена; психоэмоциональные факторы, подсознательно изменяющие импульсы гамма 1 проводящих путей, меняющие базальный мышечный тонус; неверная методика мышечного мониторинга; сильное ментальное или эмоциональное намерение со стороны тестирующего или клиента. Каждый из этих факторов может потенциально изменить мышечный ответ на задаваемый вопрос.

Также важно, каким образом задан вопрос: 1, как вербальный вопрос или вербальная проверка; 2, как проверка

акупунктурной точки, например, прикосновение к сигнальной точке; или 3, как акупрессурный формат, последовательность или серия пальцевых проб в сочетании с прикосновением к акупунктурной точке или точкам. Вербальные вопросы, безусловно, самые простые и требуют наименьших знаний, но использовать их правильно сложнее всего, также они ограничены знаниями человека, задающего вопрос, и контекстом вопроса, *поскольку мышечный ответ абсолсютно контекстен*. Более того, контекст итогового мышечного ответа частично включает в себя намерение человека, задающего вопрос, так как намерение тестирующего при мониторинге может оказывать прямое воздействие на результат мышечного ответа. *Когда человек, задающий вопрос, не осознает, что его намерение является частью контекста, тогда мышечный ответ может быть необъективным по причине неосведомленности человека о той роли, какую играет его намерение в наблюдаемом им мышечном ответе!*

Также, задавая вербальные вопросы, тестирующий должен понимать, что мышечный ответ — это ответ категорический, то есть мышца может либо заблокироваться, либо разблокироваться; ответа *может быть* не бывает! Это означает, что задаваемый вопрос должен быть максимально четким, с единственно возможными ответами — «да» или «нет». Поскольку при мониторинге мышцы возможны только два результата, если на заданный вопрос нельзя абсолютно четко ответить «да» или «нет», тогда что делать телу? Какой бы ответ оно ни дало, он будет неверным, потому что если мышца заблокируется, то тестирующий ошибочно подумает, что это ответ «да», а если мышца разблокируется, то тестирующий ошибочно подумает, что это ответ «нет», когда, по сути, на заданный вопрос нельзя четко ответить «да» или «нет»!

Авторы лично наблюдали, как плохо обученные кинезиологи задают вопросы с открытым множеством ответов, на которые нельзя ответить «да» или «нет». Эти кинезиологи получали мышечный ответ и задавали следующий открытый вопрос, полагая, что последний полученный от мышцы ответ был истинным! Вскоре они уже получали ответы, совершенно бессмысленные, но, к сожалению, были уверены, что ответы эти правдивы. Фраза «тело не лжет» часто повторяется многими необученными энергетическими кинезиологами в качестве обоснования «ответов», которые они получают с помощью мышечного мониторинга.

Чтобы разрешить эту проблему «да — нет» или «блокировка — разблокировка», при вербальной проработке для получения информации через мануальный мышечный мониторинг лучше всего использовать вербальную проверку. Проверка производится следующим образом: произносится утверждение, его воспринимает сознательная часть функции мозга и обрабатывает прежде сознательного восприятия в подсознательных системах мозга, например, системах выживания ствола головного мозга и лимбической системе. Системы выживания отслеживают каждый сенсорный импульс к мозгу и быстро производят сравнения на основании этого импульса с похожими сенсорными импульсами в прошлом, а затем часто меняют мышечный ответ на основании эмоций выжи-

вания, вызванных этими сравнениями. При проверке мы получаем через мышечную реакцию не ответ «да» или «нет», а, скорее, узнаем о наличии стресса, связанного с проверкой, с высказанным утверждением, с акупунктурной точкой, к которой мы прикоснулись, и т. д., и в этом случае мышца разблокируется, показывая стрессовую реакцию на проведенную проверку. Если же, с другой стороны, с проверочным утверждением или акупунктурной точкой не связано никакого «стресса», то мышца останется заблокированной.

Следовательно, пользуясь проверкой, вы предлагаете телу три возможных ответа: 1, проверка выявляет стрессовую ассоциацию или частотное совпадение, что приведет к изменению состояния мышцы-индикатора, либо с заблокированного на разблокированное, либо разблокированного на заблокированное; 2, проверка не вызывает стресса или не находит подобного стресса в контуре, поэтому изменения состояния мышцы-индикатора не будет; или 3, проверка *совершенно не соответствует* частоте дисбаланса в контуре, поэтому, опять же, изменения состояния мышцы-индикатора не будет.

Вопросы в виде вербальных проверок или использование пальцевых проб представляют собой виды поиска частотного совпадения, что, с энергетической точки зрения, все равно что задавать электромагнитно-энергетические вопросы подсознанию, которое говорит на электромагнитно-энергетическом языке. Подсознание не говорит ни на английском, ни на французском, ни на немецком языках, а на электромагнитно-энергетическом языке неврологических и энергетических потоков. Эта подсознательная взаимосвязь энергетических контуров с неврологическими мышечными контурами и есть основа изменения состояния мышцы-индикатора, которое мы наблюдаем при мышечном мониторинге. Изменение состояния мышцы-индикатора показывает частотное совпадение, свидетельствующее об активном стрессе в этом контуре, или совпадение со стрессом, уже находящимся в контуре. Аналогичным образом, если этот электромагнитно-энергетический вопрос не представляет никакого стресса или представляет собой стресс ниже порогового значения, то мышца-индикатор не изменит своего состояния, отражая отсутствие частотного совпадения или активного стресса, связанного с проверкой.

Главное преимущество проверки, в частности, при акупрессурном формативании, заключается в том, что мы, в некотором смысле, говорим с телом на том же языке, что и само тело, поэтому перевода не нужно. Вербальные вопросы с возможными ответами только «да» и «нет», к сожалению, сначала должны быть дешифрованы через подсознание, прежде чем будет дан ответ. И как прекрасно знает любой человек, занимающийся переводами с одного языка на другой, переводческие ошибки чаще всего приводят к неточности и путанице при передаче информации.

Дальнейшее обсуждение представляет собой изложение точки зрения авторов на основании двадцати лет клинической практики и глубокого понимания исследовательской науки и энергетических наук, лежащих в основе энергетиче-

ской кинезиологии. Ранее мы рассматривали анатомию и физиологию мышечной функции и то, каким образом они взаимосвязаны с традиционным мышечным мониторингом, а далее мы изложим важные соображения и рассмотрим недостатки при использовании этого чудесного инструмента прямой биологической обратной связи. *Для того чтобы использовать мышечный мониторинг в качестве эффективного и точного средства для получения значимой информации через мышечный ответ, необходимо, чтобы тестирующий понимал описанные ниже ограничения.*

Мышечный мониторинг контекстуален

Ответ мышцы полностью зависит от контекста. Частично потому, что дается категорический ответ, в котором должны суммироваться все положительные и отрицательные импульсы, большинство из которых поступают из подсознательных областей мозга, и затем ответ дается в качестве блокировки или разблокировки. Блокировка говорит только о том, что стрессор не был достаточно значимым и не нарушил целостность обратной связи, обеспечивающей мышечный рефлекс перегрузки. Точно так же, разблокировка означает только то, что некоторые факторы достигли порога подавления, нарушив обратную связь от мышцы и прерывая целостность мышечного ответа.

Любой вопрос, задаваемый вербально, всегда зависит от контекста. К примеру, вы сидите на стуле, и друг спрашивает вас: «Как у тебя сегодня дела?» Но вам можно дать только категорический ответ «хорошо» или «плохо». Сначала вам нужно быстро оценить каждую сферу своей жизни — физическую, эмоциональную, ментальную и духовную, затем их все сложить, положительные и отрицательные, чтобы дать ответ «хорошо» (заблокировка) или «плохо» (разблокировка). Хотя вы и подвернули вчера правую лодыжку, и она болит, если встать, но сейчас вы сидите, и ничего не болит, поэтому ответ вполне может быть «хорошо». Но если ваш друг изменит контекст и спросит: «Как сегодня твоя правая лодыжка?», то ваш ответ на этот раз будет таким: «Плохо. Я ее вчера подвернул, и она ужасно болит, когда я пытаюсь встать». Так какой же ответ — «хорошо» или «плохо»? Все зависит от контекста вопроса! Поэтому каждый раз, когда тестирующий задает вопрос, он должен прекрасно осознавать, какой контекст он создает.

Так или иначе, намерение тестирующего также накладывает свой частотный отпечаток и становится частью контекста вопроса или проверки и, как таковое, может влиять на результат мышечного ответа. Если тестирующий не знает о такой возможности, тогда его намерение может скрыто и в значительной мере влиять на результат мышечного ответа с заблокированного на разблокированный. Но если он полностью осознает роль своего намерения в исходе мониторинга, то может сознательно убрать это влияние и быть максимально нейтральным при мониторинге мышцы-индикатора. Начинающие студенты всегда спрашивают: «А что мышца должна делать?» Мы всегда отвечаем: «Она не *должна* ничего делать; она просто заблокируется или разблокируется. Ваша задача — быть как можно

более нейтральными, просто наблюдая за поведением мышцы. После того как вы отметите: «Она заблокируется!», тогда и только тогда начинайте думать о том, что это значит».

Мышечный ответ показывает величину более 50%

Мышца-индикатор заблокируется только в том случае, если нарушение не превышает 50%. Опять же, это результат категорического аспекта мышечной функции, суммирования всех возбуждающих (+) и подавляющих (—) импульсов, поступающих к двигательным нейронам, сокращающим мышцу. Как только нарушение обратной связи превысит 50%, тогда мышечное подавление превысит мышечную активацию, и мышца разблокируется.

Это означает, что в мышечном контуре могут присутствовать определенные стрессоры, но мышца все равно заблокируется, поскольку она не будет разблокироваться до тех пор, пока стрессоры не превысят показатель в 50% стресса. Во-вторых, когда она разблокируется, мы не знаем, означает ли это 51% стресса или 99% стресса в мышечном контуре. Таким образом, мышца не показывает величину стресса, а только то, что стресс превышает 50%. Точно так же, если она заблокируется, то показывает, что в контуре наблюдается менее 50% стресса. Тем не менее, качественное изменение в ответе мышцы может в некоторой степени показывать величину стресса в контуре. В контурах с очень высоким уровнем стресса мышца разблокируется полностью, не оказывая никакого сопротивления, в то время как в контуре с меньшим стрессом мышца разблокируется, но окажет среднее сопротивление.

Мышечный мониторинг дает только субъективную обратную связь по внутреннему состоянию

Мышечный мониторинг не может рассказать нам ничего об объективной внешней реальности, а только об отдельных внутренних реакциях субъективного взгляда клиента на реальность. Но это и вызывает стресс — не объективная реальность, а, скорее субъективный взгляд на нее — стакан наполовину полон или наполовину пуст, и ваше субъективное мнение определяет восприятие этого стакана. Поэтому мышечный мониторинг зачастую оказывается весьма ненадежным средством при работе с очень эмоциональными вопросами, если эти вопросы связаны с собой, поскольку наши эмоциональные реакции становятся важным компонентом в контексте мышечного ответа на мониторинг. По этой причине, в частности, начинающим студентам так сложно проводить мониторинг членов семьи, особенно супругов, а работать с одноклассниками им гораздо проще. Мышечный мониторинг может сообщить вам только о субъективном личном восприятии тестируемого. Поскольку большая часть личного опыта находится под контролем подсознательных реакций выживания, окрашивающих наше сознательное восприятие еще прежде наших сознательных мыслей, то его нельзя считать надежным индикатором объективной истины! Именно поэтому сообщения очевидцев зачастую ненадежны и не совпадают друг с другом или с тем, что объективно произошло и что

было заснято на камеру.

Как говорилось выше, технически тело никогда открыто не лжет, то есть показывает что-то другое, зная истину. Тем не менее, петли обратной связи и механизмы, участвующие в передаче сигналов от тела посредством мышечного мониторинга, зачастую находятся под влиянием многочисленных факторов, таких как увлажнение, смена электромагнитной полярности (переключение), скрытые эмоции, иррациональные убеждения и страхи. Эти факторы могут привести к тому, что мышечный ответ будет давать информацию, совершенно противоположную объективной истине, то есть истине во внешней реальности. К примеру, мы обнаружили, что мониторинг женщины, чтобы узнать, беременна она или нет, успешен максимум на 50%, потому что беременность — весьма эмоциональный вопрос для женщин, но она *объективно* либо беременна, либо нет. Тем не менее, мышечный мониторинг представляет собой исключительно полезный механизм обратной связи для выявления любых стрессоров, как сознательных, так и бессознательных, в субъективном восприятии клиента. Именно это субъективное восприятие и вызывает стресс у человека, а не объективные произошедшие события.

Чарльз Кребс — инвалид и постоянно испытывает боль. Это объективные факты; но то, каким образом он реагирует на эти объективные факты, может вызывать, а может и не вызывать у него стресс, являясь его субъективной реакцией на объективную реальность. Инвалидность и постоянные болевые сигналы, посылаемые в кору головного мозга, — такова *ситуация*, а испытывает ли он отчаяние и гнев, страдает ли от этих сигналов, переживая стресс, полностью зависит от его субъективного отношения к этому объективному состоянию его тела. Поэтому в некоторые дни он хорошо справляется с этими непростыми объективными переживаниями и не страдает, даже испытывая боль; боль — лишь ощущение, набор нервных импульсов, активирующих определенную зону мозга. В эти дни он испытывает боль, но не страдает от стресса этих объективных импульсов. В другие дни по своим субъективным переживаниям он страдает из-за тех же самых импульсов и находится в стрессе. Если бы проводили мониторинг по вопросу боли в его «хорошие» дни, то изменения мышцы-индикатора не последовало бы, поскольку боль не вызывает субъективного стресса. А если бы проводили мониторинг в один из его «плохих» дней, то мышца-индикатор изменила бы свое состояние, показывая, что те же самые объективные сигналы на сей раз вызывают субъективный стресс.

Убеждения, эмоции и мысли влияют на мышечный мониторинг

На мышечный мониторинг могут повлиять убеждения, эмоции и мысли как тестирующего, так и клиента, потому что он субъективен и столь тесно связан с подсознательными зонами мозга, порождающими эмоции и мысли. И этот факт не представляет проблем, пока вы понимаете, что все это входит в контекст мышечного ответа. Тестирующий никогда не может быть абсолютно объективным, поскольку у него, как и у любого другого человека, есть свои глубоко уко-

ренившиеся убеждения и подсознательные эмоциональные программы. Но зная это, тестирующий может сделать выбор и с сознательным намерением встать во время мониторинга в нейтральную позицию.

Франк Махони, создатель подхода Гипертон (Hyperton-X), чтобы разъяснить этот вопрос, часто проводил демонстрации для начинающих студентов. Он показывал им спичечный коробок и говорил: «Коробок наполнен белым сахаром». А всякий начинающий кинезиолог «знает», что белый сахар — это смерть! Неудивительно, что, когда он тестировал всех учеников, почти у всех мышца-индикатор разблокировалась. Затем он показывал другой спичечный коробок и говорил: «Здесь спички», и снова тестировал всех студентов, и у большинства мышца-индикатор заблокировалась. Затем он открывал оба спичечных коробка, и все видели, что в обоих были только спички. Очевидно, что мышечный ответ на белый сахар был только лишь реакцией на убеждение человека в отношении сахара, а не на объективную реальность, то есть спички.

Опровергает ли этот факт мышечный мониторинг, признавая его недействительным? Нет, разумеется нет; он просто показывает, что убеждения человека играют важную роль в контексте для мышечного ответа. Точно так же, если у тестирующего есть твердое убеждение в отношении рафинированного сахара, и он активно не отслеживает свою нейтральность в процессе мышечного мониторинга, то он может исказить результаты теста, потому что «знает», что белый сахар вреден всем. Этот факт подчеркивает, что каждый тестирующий должен постоянно следить за собой, чтобы сохранять максимально возможное нейтральное отношение во время мониторинга.

Ричард Атт, основатель прикладной физиологии, утверждал, что каждый, кто тестирует мышцы, должен постоянно повторять при оценке результата мышечного мониторинга: «Если ты не удивляешься результату своего мышечного мониторинга в большинстве случаев, а всегда «замечаешь», что знал, каков будет ответ мышцы, то обрати внимание на то, что ты мог привнести ненамеренное внутреннее предубеждение, то есть результаты «сбылись», будучи во многом сформированы твоими мнениями или убеждениями!»

Важна уверенность тестирующего

На результат мышечного мониторинга могут повлиять вера тестирующего в себя и умение различать по ощущениям заблокированное или разблокированное состояние мышцы. У некоторых людей естественно получается ощущать мышечный ответ, и они с легкостью чувствуют различия в состоянии мышцы, а другим сложно определить, когда мышца заблокировалась, а когда разблокировалась. Тем не менее, этому навыку можно научиться, и с практикой к любому человеку придет уверенность, и он сможет с уверенностью полагаться на его надежность и стабильность. Вследствие этого и возникает различие в обоснованности и межэкспертной надежности между практикующими специалистами с незначительным опытом мышечного мониторинга и специалистами с более, чем пятью годами опыта, что показано в исследовательской

литературе.[46]

Для новичков два фактора обычно приводят к «битве за мышцу-индикатор». Первый — освоение правильной методики мышечного мониторинга, и второй — применение этой методики с постоянным возрастающим давлением. Зачастую новичок начинает прилагать давление к мышце, но, когда начинается надавливание в самом начале, мышца клиента начинает двигаться в направлении прилагаемого давления, потому что для включения рефлекса перегрузки требуется доля секунды. Затем, вместо того чтобы продолжить надавливание, в тот момент, когда мышца клиента начинает поддаваться, тестирующий снижает надавливание, как раз, когда рефлекс перегрузки начинает реагировать на первоначальное давление, усиливая сокращение, и рука движется обратно в тот момент, когда тестирующий снижает давление на мышцу. Это приводит к тому, что тестирующий снова начинает усиливать давление на мышцу как раз в тот момент, когда мышца клиента начинает снижать степень сокращения! Конечный результат — колебание мышцы вниз-вверх, вниз-вверх, что осложняет тестирующему задачу, и ему трудно понять, заблокируется мышца или разблокируется.

Авторы много раз видели, как начинающие студенты проводят мониторинг мышцы коллеги, получают четкую заблокировку мышцы, но затем мониторят ее снова и снова, потому что еще не знают, как выглядит заблокированная мышца, или же не доверяют себе и тому, что они только что совершенно явно почувствовали. Зачастую после определенного количества таких повторных ненужных тестов подсознание тестируемого блокирует мышечный ответ, и студент уже ничего больше проверить мониторингом не сможет, потому что мышца-индикатор больше не отвечает. Следовательно, не может быть и изменения состояния мышцы-индикатора. Как будто организм по своей внутренней мудрости говорит: «Я же сказал тебе три раза! Если ты не доверяешь себе в том, что можешь меня слышать, то я не открою тебе доступа к моему биокомпьютеру!»

Мышечный мониторинг не может выявлять абсолютные истины

С нашей точки зрения, поскольку мышечный мониторинг не может сообщать нам о внешних истинах, он также не может объективно рассказать об абсолютных истинах, например, какого уровня духовности достигли вы сами или другой человек, какова истинная цель вашей жизни и кто ваша вторая половинка. Он может лишь показывать, какие сферы и вопросы связаны с этими абсолютными истинами и вызывают ли они у вас субъективный стресс. И эти моменты важно знать, если вы хотите разрешить эти вопросы для дальнейшего личностного роста.

В этом отношении мы не можем одобрить книги, которые, как мы полагаем, неправильно отражают возможности мышечного мониторинга, утверждая, что мышечный мониторинг может показать объективные истины или неизвестные будущие события.[48] Применение мышечного мониторинга для раскрытия объективных истин, таких как, на какой стадии находится человек в своем личностном развитии и духовности, или кто

ваша или его вторая половинка, мы бы назвали злоупотреблением этим ценным инструментом обратной связи. Мы полагаем, что такие заявления об использовании мышечного мониторинга принесут больше вреда, чем пользы, кинезиологии в целом из-за такой плохой рекламы. Также они разрушают репутацию серьезных практиков метода, использующих мышечный мониторинг правильно, а именно как эффективный инструмент биологической обратной связи, чтобы помочь людям избавиться от их физических, психоэмоциональных и духовных стрессов и трудностей. Если бы мышечный мониторинг мог сообщать нам будущие объективные истины, мы бы давно разбогатели от постоянных выигрышей в лотерею!

Таким же образом, многие несведущие или введенные в заблуждение кинезиологи с ограниченной подготовкой занимаются тем, что мы бы назвали спиритической кинезиологией. При этом слишком популярном подходе к кинезиологии человек с ограниченными знаниями уверен, что мышечный ответ — это таинственное явление, которое контролируется некой силой вне их, непогрешимой и всезнающей. Мы называем это *разговором с Богом на том конце мышцы-индикатора*. Поскольку Бог знает все, тестирующему не нужно знать вообще ничего! Они даже оправдывают свое невежество подобными заявлениями: «Знания испортят мою интуицию и будут ей только мешать!» Но как явно следует из уже сказанного, мышечный ответ вполне даже от мира сего. Известно, что у него есть крепкое нейрофизиологическое обоснование (подробно изложенное в Главах 8 и 9), даже несмотря на то, что он взаимосвязан с нашими эмоциями, мыслями и даже нашей духовной природой.

Ошибочность спиритической школы двухчастна: 1, Бог не находится на другом конце мышцы-индикатора, а там, скорее, находится переключенное, беспорядочное и предвзятое подсознание, производящее множество необоснованных стрессоров и беспочвенных страхов, если смотреть с точки зрения внешнего мира; и 2, даже если бы Бог находился на другом конце мышцы-индикатора, то эта модель столкнулась бы с еще одной непреодолимой проблемой. Мышечный мониторинг отвечает только на вопросы и проверки, заданные тестирующим; он *никогда* не задает вопросов и не разговаривает с вами, говоря вам, какой вопрос дальше задать и что делать. Только знания дают вам способность задавать соответствующие и значимые вопросы, те инструменты, что необходимы для эффективного использования биологической обратной связи, которую предоставляет мышечный мониторинг.

Мышечный мониторинг и интуиция

Мышечный мониторинг *не* отменяет и *не* блокирует вашу интуицию, но дает вам внешнее руководство к тому, как использовать ее более эффективно. Слишком часто мы слышали: «Использование мышечного мониторинга снизит мои интуитивные способности!» Совсем наоборот — мышечный мониторинг может помочь вам в более эффективном использовании своей интуиции. Интуиция может точно определить наличие стресса, но то, чего она не может зача-

стую вам сказать, так это каков контекст этого стресса. Иногда верное определение в значительной степени компенсированного стрессора и решение поместить его в центр внимания в жизни человека может оказаться не только бесполезным, но и даже опасным. Когда мы глубоко прячем какие-либо проблемы, то это те проблемы, с которыми мы не смогли справиться в тот момент, когда они пришли, поскольку они принесли с собой в нашу жизнь большой стресс. Поэтому для того, чтобы справиться с ними, мы похоронили их глубоко в своем подсознании, предусмотрев эффективные компенсации, которые держат их вне поля нашего зрения, чтобы мы снова могли жить своей жизнью.

Много раз авторы наблюдали в своей клинической практике, что, честно следуя кинезиологическому процессу, специалист работает с клиентом и интуитивно знает, что какая-то проблема истинна, но она не проявляется в течение нескольких сеансов. Поскольку моя интуиция с самой первой консультации говорит мне, что это и есть основной вопрос, почему необходимо провести пять балансировок, прежде чем эта проблема выйдет наружу через биологическую обратную связь мышечного мониторинга? Интуиция *не* может вам сообщить, какие компенсации ключевой проблемы человек выстроил, чтобы защитить себя, поскольку не может прямо справиться с этой проблемой. В ходе первых четырех балансировок проходит мягкая декомпенсация основной проблемы. Когда соседние вопросы решены (каждый из которых представляет собой компенсацию центральной проблемы), теперь можно непосредственно обратиться к главной проблеме. Когда уровень стресса снижен до приемлемого уровня и имеются достаточные ресурсы для того, чтобы человек мог эффективно справиться с проблемой, эта проблема выйдет на поверхность и, возможно, покажет ключ к полному ее разрешению!

Приведенное объяснение предназначено для того, чтобы обоснованно и убедительно аргументировать взгляд на роль мышечного мониторинга и его применение в энергетической кинезиологии, рассматривая механизмы мышечного ответа, достоинства и недостатки мышечного мониторинга и решающую роль контекста в его применении. Изложенные взгляды являются личными взглядами авторов и представлены с этой точки зрения.

Литература

1. Harms-Ringdahl, K 1993, Muscle Strength, Churchill Livingstone, Edinburgh.

2. Walther, DS 1998, Applied Kinesiology: Synopsis, Second Edition, Systems DC, Pueblo.

3. Garcia-Rill, E, Homma, Y & Skinner, RD 2004, Arousal mechanisms related to posture and locomotion: 1. Descending modulation, Progress in Brain Research, Vol. 143, pp. 283–290.

4. Guyton, AC 1991, Cortical and brainstem control of motor function. In: Guyton, AC, ed. Basic Neuroscience: Anatomy and Physiology, WB Saunders, Philadelphia, pp. 214–217.

5. Robert, MB & Levy, MN 2000, Principles of Physiology, Third Edition, Mosby, London.

6. Harms-Ringdahl, K 1993, Muscle Strength, Churchill Livingstone, Edinburgh. Kendall, FP, McCreary, EK & Provance, PG 1993, Muscles: Testing and Function, WiThPosture and Pain, Williams & Wilkins, Baltimore. Daniels, L & Worthingham, K 2002, Muscle Testing–Techniques of Manual Examination, SevenThEdition, WB Saunders, Philadelphia.

7. Levin, S 2010, The Tensegrity-Truss as a Model for Spine Mechanics: Biotensegrity [online] Available at: http://www. biotensegrity.com/tensegrity_truss.php

8. Lund, JP, Donga, R, Widmer, CG & Stohler, CS 1991, The painadaptation model: a discussion of the relationship between chronic musculoskeletal pain and motor activity. Canadian Journal of Physiology and Pharmacology, Vol. 69(5), pp. 683–694. Goldberg, EJ & Neptune, RR 2007, Compensatory strategies during normal walking in response to muscle weakness and increased hip joint stiff ness, Gait and Posture, Vol. 25(3), pp. 360–367.

9. Liebenson, C, ed. 2007, Rehabilitation of the Spine: A Practitioner's Manual, Second Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. Panjabi, M 2006, A hypothesis of chronic back pain: ligament subfailure injuries lead to muscle control dysfunction. European Spine Journal, Vol. 15(5), pp. 668–676. Janda, V 1983, Muscle Function Testing, Butterworth-Heinemann, Oxford.

10. Lund, JP, Donga, R, Widmer, CG & Stohler, CS 1991, The painadaptation model: a discussion of the relationship between chronic musculoskeletal pain and motor activity. Canadian Journal of Physiology and Pharmacology, Vol. 69(5), pp. 683–694.

11. Edgerton, VR, Wolf, SL, Levendowski, DJ & Roy, RR 1996, Theoretical basis for patterning EMG amplitudes to assess muscle dysfunction. Medicine and Science in Sports and Exercise, Vol. 28(6), pp. 744–751.

12. DeAndrade, JR, Grant, C & Dixon, AS 1965, Joint distension and refl ex muscle inhibition in the knee. Journal of Bone and Joint Surgery, Vol. 47, pp. 313–322. Stokes, M & Young, A 1984, Investigations of quadriceps inhibition: implications for clinical practice, Physiotherapy, Vol. 70, pp. 425–428. Spencer, JD, Hayes, KC & Alexander, IJ 1984, Knee joint eff usion and quadriceps refl ex inhibition in man, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, Vol. 65(4), pp. 171–177. Hossain, M & Nokes, LDM 2005, A model of dynamic sacro-iliac joint instability from malrecruitment of gluteus maximus and biceps femoris muscles resulting in low back pain, Medical Hypotheses, Vol. 65(2), pp. 278–281. Zafar, H 2000, Integrated jaw and neck function in man. Studies of mandibular and head–neck movements during jaw opening–closing tasks, Swedish Dental Journal Supplement, pp. 1–41.

13. Edgerton, VR, Wolf, SL, Levendowski, DJ & Roy, RR 1996, 'Theoretical basis for patterning EMG amplitudes to assess muscle dysfunction.' Med Sci Sports Exerc, 28(6):744–751. Biering-Sorensen, F 1984, 'Physical measurements as risk indicators for low-back trouble over a one-year period.' Spine, 9(2):106-19. Karvonen, MJ, Viitasalo, JT, Komi, PV, Nummi, J & Jarvinen, T 1980, 'Back and leg complaints in relation to muscle strengThin young men.' Scand J Rehabil Med, 12(2):53–9. Barton, PM & Hayes, KC 1996, 'Neck fl exor muscle strength, effi ciency, and relaxation times in normal subjects and subjects wiThunilateral neck pain and headache.' Arch Phys Med Rehabil, 77(7):680-687. Cady, LD, Bischoff , DP, O'Connell, ER, Thomas, PC & Allan, JH 1979, 'StrengThand fi tness and subsequent back injuries in firefighters.' J Occup Med, 21(4):269–272.

14. Schmitt, WH Jr & Cuthbert, SC 2008, Common errors and clinical guidelines for manual muscle testing: 'the arm test' and other inaccurate procedures, Chiropractic & Osteopathy, Vol. 16, p. 16

15. Leisman, G, Zenhausern, R, Ferentz, A, Tefera, T & Zemcov, A 1995, Electromyographic eff ects of fatigue and task repetition on the validity of estimates of strong and weak muscles in applied kinesiological muscle-testing procedures, Perceptual and Motor Skills, Vol. 80, pp. 963–977. Marino, M, Nicholas, JA, Gleim, GW, Rosenthal, P & Nicholas, SJ 1982, The effi cacy of manual assessment of muscle strengThusing a new device, American Journal of Sports Medicine, Vol. 10(6), pp. 360–364. Basmajian, JV 1978, Muscles Alive: Their Functions Revealed by Electromyography, FourThEdition, Williams & Wilkins, Baltimore. MacConaill, NA & Basmajian, JV 1977, Muscles and Movements: A Basis for Human Kinesiology, Robert E.

Krieger, Huntington. Rosenbaum, R 1999, Carpal tunnel syndrome and the myThof El Dorado, Muscle & Nerve, Vol. 22, pp. 1165–1167. Pollard, HP, Bablis, P, Bonello, R 2006, Can the ileocecal valve point predict low back pain using manual muscle testing?' Chiropractic Journal of Australia, Vol. 36, pp. 58–62. Pollard, H, Lakay, B, Tucker, F, Watson, B & Bablis, P 2005, Interexaminer reliability of the deltoid and psoas muscle test, Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics, Vol. 28(1), pp. 52–56. Escolar, DM, Henricson, EK, Mayhew, J, Florence, J, Leshner, R, Patel, KM & Clemens, PR 2001, Clinical evaluator reliability for quantitative and manual muscle testing measures of strengThin children, Muscle and Nerve, Vol. 24(6), pp. 787–793.

16. Karin Harms-Ringdahl, K 1993, Muscle Strength, Churchill Livingstone, Edinburgh. Kendall, FP, McCreary, EK, Provance, PG 1993, Muscles: Testing and Function, Williams & Wilkins, Baltimore. Daniels, L & Worthingham, K 2002, Muscle Testing: Techniques of Manual Examination, SevenThEdition, WB Saunders, Philadelphia.

17. Fosang, A & Baker, R 2006, A method for comparing manual muscle strength, Gait and Posture, Vol. 24(4), pp. 406–411. Bohannon, RW 1986, Manual muscle test scores and dynamometer test scores of knee extension strength, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, Vol. 67(6), pp. 390–392. Marino, M, Nicholas, JA, Gleim, GW, Rosenthal, P & Nicholas, SJ 1982, The effi cacy of manual assessment of muscle strengThusing a new device, American Journal of Sports Medicine, Vol. 10(6), pp. 360–364.

18. Marino, M, Nicholas, JA, Gleim, GW, Rosenthal, P & Nicholas, SJ 1982, The effi cacy of manual assessment of muscle strengThusing a new device, American Journal of Sports Medicine, Vol. 10(6), pp. 360–364.

19. Wadsworth, CT, Krishnan, R, Sear, M, Harrold, J & Nielsen, DH 1987, Intrarater reliability of manual muscle testing and handheld dynametric muscle testing, Physical Therapy, Vol. 67(9), pp. 1342–1347.

20. Daniels, L & Worthingham, K 2002, Muscle Testing: Techniques of Manual Examination, SevenThEdition, WB Saunders, Philadelphia.

21. Kenney, JJ, Clemens, R & Forsythe, KD 1988, Applied kinesiology unreliable for assessing nutrient status, Journal of the American Dietetic Association, Vol. 88(6), pp. 698–704.

22. Escolar, DM, Henricson, EK, Mayhew, J, Florence, J, Leshner, R, Patel, KM & Clemens, PR 2001, Clinical evaluator reliability for quantitative and manual muscle testing measures of strengThin children, Muscle and Nerve, Vol. 24(6), pp. 787–793.

23. Fosang, A & Baker, R 2006, A method for comparing manual muscle strength, Gait and Posture, Vol. 24(4), pp. 406–411.

24. Walther, DS 2000, Applied Kinesiology: Synopsis, Second Edition, Systems DC, Pueblo.

25. Cuthbert, SC & Goodheart, GJ 2007, On the reliability and validity of manual muscle testing: a literature review. Chiropractic and Osteopathy, Vol. 15(1), p. 4. Schmitt, WH Jr & Cuthbert, SC 2008, Common errors and clinical guidelines for manual muscle testing: 'the arm test' and other inaccurate procedures, Chiropractic & Osteopathy, Vol. 16, p. 16.

26. Schmitt, WH Jr & Cuthbert, SC 2008, Common errors and clinical guidelines for manual muscle testing: 'the arm test' and other inaccurate procedures, Chiropractic & Osteopathy, Vol. 16, p. 16. 27. Leisman, G, Zenhausern, R, Ferentz, A, Tefera, T & Zemcov, A 1995, Electromyographic eff ects of fatigue and task repetition on the validity of estimates of strong and weak muscles in applied kinesiological muscle-testing procedures, Perceptual and Motor Skills, Vol. 80, pp. 963–977.

28. Jepsen, JR, Laursen, LH, Hagert, CG, Kreiner, S & Larsen, AI 2006, Diagnostic accuracy of the neurological upper limb examination I: inter-rater reproducibility of selected fi ndings and patterns. BMC Neurology, Vol. 6, p. 8. Jain, M, Smith, M, Cintas, H, Koziol, D, Wesley, R, Harris-Love, M, Lovell, D, Rider, LG & Hicks, J 2006, Intra-rater and inter-rater reliability of the 10-point Manual Muscle Testing (MMT) of children wiThjuvenile idiopathic infl ammatory myopathies, Physical and Occupational Therapy in Pediatrics, Vol. 26(3), pp. 5–17. Pollard, H, Calder, D, Farrar, L, Ford, M, Melamet, A & Cuthbert, S 2011, Inter-examiner reliability of Manual Muscle Testing of lower limb muscles without ideomotor eff ect, Chiropractic Journal of Australia, Vol. 41, pp. 23–30.

29. Pollard, H, Lakay, B, Tucker, F, Watson, B & Bablis, P 2005, Interexaminer reliability of the deltoid and psoas muscle test, Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics, Vol. 28(1), pp. 52–56.

30. Jepsen, JR, Laursen, LH, Hagert, CG, Kreiner, S & Larsen, AI 2006, Diagnostic accuracy of the neurological upper limb examination I: inter-rater reproducibility of selected fi ndings and patterns, BMC Neurology, Vol. 6, p. 8.

31. Pollard, H, Calder, D, Farrar, L, Ford, M, Melamet, A & Cuthbert, S 2011, Inter-examiner reliability of Manual Muscle Testing of lower limb muscles without ideomotor eff ect, Chiropractic Journal of Australia, Vol. 41, pp. 23–30.

32. Pollard, HP, Bablis, P, Bonello, R 2006, Can the ileocecal valve point predict low back pain using manual muscle testing? Chiropractic Journal of Australia, Vol. 36, pp. 58–62.

33. Cuthbert, SC, Rosner, AL & McDowall, D 2011, Association of manual muscle tests and mechanical neck pain: results from a prospective pilot study, Journal of Bodywork and Movement Therapies, Vol. 15(2), pp. 192–200.

34. Jain, M, Smith, M, Cintas, H, Koziol, D, Wesley R, Harris-Love, M, Lovell, D, Rider, LG & Hicks, J 2006, Intra-rater and inter-rater reliability of the 10-point Manual Muscle Testing (MMT) of children wiThjuvenile idiopathic infl ammatory myopathies. Physical and Occupational Therapy in Pediatrics, Vol. 26(3), pp. 5–17. Rider, LG, Koziol, D, Giannini, EH, Jain, MS, Smith, MR, Whitney-Mahoney, K, Feldman, BM, Wright, SJ, Lindsley, CB, Pachman, LM, Villalba, ML, Lovell, DJ, Bowyer, SL, Plotz, PH, Miller, FW & Hicks, JE 2010, Validation of manual muscle testing and a subset of eight muscles for adult and juvenile idiopathic infl ammatory myopathies, Arthritis Care and Research, Vol. 62(4), pp. 465–472.

35. Conable, KM 2010, Intraexaminer comparison of applied kinesiology manual muscle testing of varying durations: a pilot study, Journal of Chiropractic Medicine, Vol. 9, pp. 3–10.

36. Korotkov, K 2002, Human Energy Field: Study WiThGas-Discharge Visualization (GDV) Bioelectrography, Backbone, Fair Lawn. Korotokov, K 2004, Measuring Human Energy Fields: State of the Science, Backbone, Fair Lawn. Schlebusch, KP, Maric-Oehler, W & Popp FA 2005, Biophotronics in the infrared spectrum reveal acupuncture meridian structure of the body, Journal of Alternative and Complementary Medicine, Vol. 11(1), pp. 171–173. Swanson, C 2010, Life Force: the Scientifi c Basis, Poseidia Press, Tucson.

37. Rolfes, A 1997, The Phenomenon of Indicator Muscle Change. An Explanation of its Validity and Meaning, privately published, Newrybar.

38. McCord, KM 1991, Applied Kinesiology: an historical overview, Digest of Chiropractic Economics, Vol. 34, pp. 20–27.

39. Moncayo, R & Moncayo, H 2009, Evaluation of Applied Kinesiology meridian techniques by means of surface electromyography (sEMG): demonstration of the regulatory infl uence of antique acupuncture points, Chinese Medicine, Vol. 4(1), p. 9.

40. Monti, D, Sinnott, J, Marchese, M, Kunel, E & Greeson, J 1999, Muscle test comparisons of congruent and incongruent selfreferential statements. Perceptual and Motor Skills, Vol. 88, pp. 1019–1028.

41. Hall, S, Lewith, G, Brien, S & Little, P 2008, A review of the literature in applied and specialised kinesiology, Forschende Komplement-rmedizin, Vol. 15, pp. 40–46.

42. Muehlboeck, A 2010, Kinesiology, as seen from the client's perspective?, unpublished study, University of Salzburg.

43. Spinoza, B 1963, Earlier Philosophical Writings: The Cartesian Principles and Thoughts on Metaphysics, Bobbs-Merrill, New York.

44. Black, D 1990, Inner Wisdom: The Challenge of Contextual Healing, Tapestry Press, Springville. Black, D 1991, Fine Tuning: The Promise of Contextual Healing, Tapestry Press, Springville.

45. Topol, E 2012, The Creative Destruction of Medicine: How the Digital Revolution Will Create a Better HealThCare, Basic Books, New York. Topol, E, Get Rid of the Randomized Trial; Here's a Better Way [online video recording] Available at: http://www.medscape. com/viewarticle/768635

46. Caruso, B & Leisman, G 2000, A force/displacement analysis of muscle testing, Perceptual and Motor Skills, Vol. 91, pp. 683–692.

47. Diamond, J 1990, Your Body Does Not Lie, Harper & Row, Sydney. Diamond, J 1992, Life Energy, Harper & Row, Sydney.

48. Hawkins, DR 1995, Power vs. Force (Revised Edition): The Hidden Determinants of Human Behavior, Hay House, Carlsbad. Hawkins, DR 2006, TruThvs. Falsehood: How to Tell the Diff erence, Hay House, Carlsbad.

Часть IV

ОСНОВНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ В КИНЕЗИОЛОГИИ

Мышечный мониторинг — именно та методика, которая характеризует кинезиологию как терапию; но существуют и другие техники, за последние тридцать лет ставшие базовыми, и практикующие специалисты современной энергетической кинезиологии пользуются ими. Их можно рассматривать в качестве применяемых в этой области инструментов. Эти невербальные механизмы используются наряду с мышечным мониторингом для получения иинформации, необходимой для проведения эффективной кинезиологической балансировки.

В данном разделе подробно разбирается каждая из этих техник, включая механизм закладки в контур, силы стресса, пальцевые пробы, индикаторные точки и акупрессурное форматирование. В заключение рассматривается правильное использование и применение вербальных вопросов и проверок в сочетании с мышечным мониторингом. Во всех этих случаях информация идет через мышечный мониторинг и зачастую неизвестна клиенту или не может быть известна ему.

Исходя из имеющихся знаний, закладка в контур, то есть способность хранить или удерживать энергетический образ информации на протяжении какого-либо времени, для того чтобы изучить взаимосвязи этой информации с другими аспектами дисбаланса, — это новая методика, характерная только для энергетической кинезиологии. Эта способность вносить дисбаланс в контур и выяснять, какая дополнительная информация или дисбалансы могут быть связаны с данным вопросом, включая историю развития этой проблемы в жизни человека, зачастую помогает решить представленную проблему глубже и с более долгосрочными результатами.

Мышечный мониторинг основывается на способности мышцы показывать состояния дисбаланса через «блокировку» и «разблокировку». В энергетической кинезиологии это называется *изменением состояния мышцы-индикатора* и является, по сути, формой частотного сопоставления. Но когда дисбаланс добавляется в контур с достаточной величиной стресса или же, если основная про-

блема была полностью компенсирована, то мышца-индикатор может оказаться неспособной менять свое состояние. То есть она утратила способность показывать наличие дисбалансов, точно так же как электрическая цепь, которая при перегрузке автоматически нажимает на выключатель, отключая все движение тока в цепи.

Чтобы возобновить движение тока, нужно снова повернуть этот выключатель в рабочее положение. Подобным же образом, чтобы возобновить поток информации, необходимо снова включить мышцу-индикатор. Этот процесс был назван *вводом сил стресса*, перегрузкой в цепи, представленной как переизбыток энергии. Этот переизбыток энергии затем загружается в энергетическую систему всего тела через использование различных методик, которые кратковременно возвращают мышцу-индикатор в состояние гомеостаза, чтобы она могла показывать наличие иной информации или дисбалансов.

Другие два основных инструмента, которые используются в кинезиологии для того, чтобы задавать невербальные вопросы, включают использование тонких энергетических комбинаций системы чакры-нади, которые называются *мудрами*, и акупунктурные точки акупунктурной системы меридианов. Эти невербальные вопросы применяются как для выявления природы дисбаланса, так и для определения потенциальных методик для коррекции этого дисбаланса. Мудры в энергетической кинезиологии называются *пальцевыми пробами*, а акупунктурные точки, показывающие особые типы дисбаланса, называются *специфическими индикаторными точками*. Каждая пальцевая проба и специфическая индикаторная точка предусматривает механизм определения уникальной модели частотного резонанса.

Уникальная комбинация пальцевых проб и специфических индикаторных точек называется *акупрессурным форматированием*. Каждый дисбаланс в теле обладает своей моделью частотного резонанса; но более сложные проблемы представлены на многих уровнях и, следовательно, имеют более сложные модели частотного резонанса. Акупрессурное форматирование позволяет специалисту непосредственно и эффективно проработать эти более сложные, многокомпонентные дисбалансы. Благодаря применению акупрессурного форматирования для выявления специфичных контекстов эффективность современной энергетической кинезиологии намного возросла.

Глава 13

ЗАКЛАДКА В КОНТУР

Закладку в контур также иногда называют *режимом запоминания* или *удержанием контура*.[1] Эта методика была разработана доктором Аланом Бирдаллом. Она используется для постоянного удержания единицы информации в неврологических и энергетических контурах тела на протяжении некоторого времени.

Исследование механизма закладки в контур

Алан Бирдалл входил в состав «Грязной дюжины», первых двенадцати мануальных терапевтов, кто вместе с доктором Джорджем Гудхартом разработал прикладную кинезиологию. Бирдалл был одним из главных новаторов в развитии области кинезиологии и совершил многие ценные открытия, в том числе о применении активации проприоцепторов для удерживания неврологических и энергетических сигналов на протяжении некоторого времени.

Бирдалл сделал фундаментальное наблюдение о том, что если он быстро сдвигал и раздвигал ноги во время мониторинга «разблокирующейся» мышцы, то мышца оставалась в таком разблокированном состоянии на протяжении значительного периода времени. И это дало ему возможность активировать дисбаланс и затем удержать электромагнитный образ дисбаланса в течение некоторого времени, чтобы изучить характер этого дисбаланса.

Он выяснил этот факт по счастливому стечению обстоятельств, работая с пациентом. Он наклонился над пациентом, активируя дисбаланс, и случилось так, что, распрямляясь, он составил ноги вместе, а затем поставил их врозь. Затем, проводя мониторинг пациента, он с удивлением обнаружил, что мышца-индикатор все еще разблокировалась. Он удивился еще больше, когда составил ноги вместе и состояние разблокированности мышцы исчезло. Дальнейшие исследования неизменно показывали, что, если он проводил мониторинг дисбаланса и быстро составлял ноги вместе, а затем расставлял их врозь, состояние мышцы-индикатора, которое наблюдалось в первом случае, сохранялось в течение некоторого времени, пока он стоял, расставив ноги.

Бирдалл показал, что тестирующий мог не просто удерживать информацию, активируя тазобедренный сустав, сводя ноги вместе, а затем расставляя их врозь, но также что можно передавать информацию клиенту. Сделать это можно, попросив клиента свести ноги вместе, а затем расставить их в стороны, а тестирующий в это время прикасается к нему. Далее тестирующий может свести ноги вместе, таким образом стирая информацию, удерживаемую путем активации тазобедренного сустава, и, следовательно, принимать новую информацию в ходе последующего тестирования. Благодаря этому тестирующий может создавать последовательность информационных единиц

об изначальном дисбалансе. В современной энергетической кинезиологии это называется *суммированием*.

Использование закладки в контур

Эта техника *остановки и продвижения*, как ее изначально назвал Бирдалл, в большинстве модальностей энергетической кинезиологии теперь называется закладкой в контур. Эта методика является одной из самых значимых и полезных в энергетической кинезиологии, поскольку позволяет удерживать информацию в течение некоторого времени и добавлять к ней другие единицы информации, формируя метод изучения факторов, обусловливающих первоначально замеченный дисбаланс.

Три важнейшие функции закладки в контур:

1. Изолировать дисбаланс, чтобы его можно было глубже исследовать (например, чтобы найти наиболее подходящую коррекцию для этого дисбаланса).
2. Зафиксировать дисбаланс, проработка которого началась сознательно, и продолжить работу над ним без дальнейшего сознательного участия. К примеру, человеку сложно уделять осознанное внимание или фокусироваться на области боли или постоянно думать о стрессовой ситуации, не отвлекаясь. Если мысли клиента уходят в другом направлении, то нет никакой гарантии, что вы продолжаете работать над первоначальной проблемой. Изолируя такие дисбалансы с помощью закладки в контур, мы даем человеку возможность уже не контролировать свое сознание, и он может отвлекаться на иные мысли. Тело, к которому мы получаем доступ через сбалансированную мышцу-индикатор, продолжит фиксировать и реагировать на изначальный стрессор, позволяя нам далее его изучить.
3. Изолировать и зафиксировать последовательные слои компенсирующих дисбалансов через суммирование, чтобы раскрыть основную причину, корректировка которой скорректирует также все эти слои компенсаций. Чтобы заложить дисбаланс в контур, его сначала необходимо локализовать. Сделать это можно с помощью *локализации контура*, то есть через прикосновение к особым индикаторным точкам, пальцевые пробы, мониторинг мышцы или если клиент думает о стрессовой ситуации. При проработке этой проблемы либо клиент, либо тестирующий расставляет ноги в стороны приблизительно на 30 сантиметров. Состояние мышцы-индикатора при первоначальном сигнале *останется* таким же (заблокированным или разблокированным) при том условии, что ноги остаются расставленными в стороны, и никакие другие стрессы не прорабатываются.

Например, если четырехглавая мышца при мониторинге разблокируется, тестирующий расставляет ноги при разблокировке мышцы. Для того чтобы определить фактор или факторы, взаимосвязанные с этим подавленным мышечным ответом, тестирующему необходимо только прикоснуться к специфическим индикаторным точкам, таким как акупунктурная

точка меридиана Желудка 35 в случае нейролимфатического дисбаланса или точка меридиана Тройного обогревателя 10 в случае нейрососудистого дисбаланса. Прикосновение к задействованной специфической индикаторной точке приведет к тому, что разблокирующаяся мышца заблокируется, что указывает на характер стрессора, являющегося причиной изначального дисбаланса. Изменение состояния мышцы-индикатора при прикосновении к специфической индикаторной точке показывает, что происходит активное совпадение частотности между специфической индикаторной точкой и дисбалансом в контуре.

В этом примере, если бы была активной точка меридиана Желудка 35, то есть состояние индикатора изменилось с разблокированного на заблокированное в тот момент, когда тестирующий прикоснулся к точке меридиана Желудка 35, это бы показало, что присутствует нейролимфатический дисбаланс, связанный с наблюдаемым подавлением четырехглавой мышцы. Это означает, что подходящей коррекцией является проработка соответствующего нейролимфатического рефлекса четырехглавой мышцы.

Обратите внимание, что изменение состояния мышцы-индикатора свидетельствует о применимости конкретной проверки, и с каждой соответствующей проверкой ответ мышцы-индикатора меняется с заблокированного на разблокированный на заблокированный и т. д. Таким образом, именно *изменение* состояния мышцы-индикатора показывает совпадение частотности, вне зависимости от уровня — физического, эмоционального, ментального или энергетического.

Передача контура

Информацию, которая регистрируется при закладке в контур, можно передавать от тетсирующего к клиенту и обратно. И это свойство особенно важно, если тетсирующий проверяет мышцу на ноге, а затем ему нужно передвинуться, чтобы проводить мониторинг мышцы-индикатора на руке.

Для передачи контура от тестирующего клиенту клиент, у которого в контуре не хранится никакой информации, просто сводит лодыжки вместе, а затем разводит ноги врозь, причем тестирующий должен в это время сохранять с клиентом физический контакт. Теперь тестирующий может перемещаться, не сохраняя контакта, и ему не нужно держать ноги врозь. Также удобно использовать передачу контура, если клиенту или тестирующему нужно кратковременно прервать работу и сделать что-либо.

Обратите внимание, что тестирующий может удерживать дисбалансы клиента, не влияя на информацию, хранящуюся в контуре, в течение долгого периода времени. Два неопубликованных исследования показывают, что как только включается закладка в контур и нет движения ног, то сигнал, удерживаемый в контуре, хранится от 30 минут до 1 часа и даже дольше без повторной активации.

Особенности использования закладки в контур

Как только и тестирующий, и клиент сводят ноги вместе, информация в контуре теряется, и нужно начинать все с самого начала. Можно положить какой-нибудь предмет (например, коробку с салфетками) между лодыжек клиента,

чтобы он помнил, что не нужно сводить ноги. Гордон Диксон называл ее *памятной коробкой*. Перед началом работы и тестирующий, и клиент должны выпить достаточно воды, поскольку работа с контуром включает большой объем неврологической активности. Если результаты кажутся ненадежными или непоследовательными, проверьте гидратацию. Гидратация подробно обсуждается в Главе 22, в которой рассматриваются предварительные тесты в кинезиологии.

Рекомендуемая процедура закладки в контур

Далее представлена теоретическая модель, основанная на известных фактах о нейрофизиологии проприоцепции суставов в сочетании с предложенными моделями энергетических систем человека и многолетними клиническими наблюдениями. Прежде всего следует рассмотреть, почему именно ноги так хорошо подходят для задачи хранения информации при закладке в контур. Представляется, что важную роль при использовании ног играет тот факт, что большой объем информации создается проприоцепторами суставных капсул тазобедренных суставов.

В суставной капсуле и связках вокруг суставов присутствует три типа нервных окончаний. Тельца Пачини измеряют давление и кратковременные изменения давления и передают информацию о направлении и скорости движения тазобедренного сустава и, соответственно, о том, в каком положении ноги находятся в настоящий момент. Но эти рецепторы быстро адаптируются и потому дают только временную информацию. Сухожильные органы Гольджи дают информацию о кратковременных изменениях в натяжении связок тазобедренного сустава, которая также может использоваться для определения положения ног по отношению к тазобедренному суставу.

Рис. 13.1. Роль проприорецепторов тазобедренного сустава в механизме закладки в контур. Окончания Руффини (ОР) являются особыми проприорецепторами в фасции сложных суставов (в частности, тазобедренного и височно-нижнечелюстного суставов). ОР уникальны по своей природе, потому что имеют двухфазные рецепторы с кратковременным фазовым ответом, за которым следует долговременный тонический ответ, дающий инфомацию о статическом положении. ОР являются в высшей степени направленными, возбуждаясь только в одной плоскости напряжения, но распределены во многих плоскостях ориентации. ОР возбуждаются при движении, но затем продолжают посылать сигналы примерно 100 раз в секунду, как только конечность прекращает движение.

Третий тип рецепторов, окончания Руффини, считаются необычными рецепторами, потому что их реакция двухфазна. Они расположены в виде перекрывающих друг друга рядов рецепторов, и, благодаря такой структуре, они возбуждаются только в определенных направлениях натяжения (см. рис. 13.1). Как у телец Пачини и сухожильных органов Гольджи, у них есть первичный фазный ответ, который показывает направление и скорость движения ноги относительно тазобедренного сустава. Но у них еще есть и вторичный тонический ответ, который и представляет собой суть и основу механизма закладки в контур. Тонический ответ окончаний Руффини идет на более низкой скорости возбуждения, когда нога прекращает движение. То есть как только они возбуждаются, они продолжают срабатывать на протяжении некоторого времени с постоянной скоростью.

Из этих трех типов нервных окончаний тельца Руффини являются наиболее распространенными — от 8000 до 12000 в суставной капсуле каждого тазобедренного сустава, причем группы окончаний возбуждаются под определенным углом вращения сустава, но не под другими углами. Они посылают в мозг информацию не только о темпе вращения, но и о направлении вращения. Как только нога перемещается в новое положение, тонический ответ окончаний Руффини продолжает посылать сигналы в мозг о точном положении ноги. Таким образом, мозг получает постоянную информацию большого объема от этих нервных окончаний, фактически постоянно говорящих: «Твои ноги расставлены в стороны на такое расстояние, твои ноги расставлены в стороны на такое расстояние...».

Безусловно, тазобедренным суставам необходимо постоянно связываться с мозгом и сообщать информацию о положении ног, поскольку их роль для стояния, ходьбы и различных других действий чрезвычайно велика. Этот постоянный поток нервных сигналов к мозгу формирует строгий электромагнитный алгоритм, сохраняющийся на протяжении длительного времени благодаря тоническому ответу телец Руффини. С этим электромагнитным алгоритмом, сформированным такими нервными потоками (например, твои ноги расставлены в стороны на такое расстояние), формируется сопутствующий ответ во взаимосвязанных энергетических системах тела, к примеру, в акупунктурной системе меридианов. Мышечный дисбаланс, формирующий разблокирующийся мышечный ответ, также производит электромагнитный частотный алгоритм, измерение которого возможно посредством электромиографии. Этот электромагнитный частотный алгоритм, в свою очередь, отражается в виде энергетического ответа. Таким образом, когда в физическом теле наблюдается неврологический ответ (к примеру, разблокирующаяся мышца), в энергетическом теле вырабатывается взаимосвязанный энергетический ответ (например, энергетический шаблон разблокирующейся мышцы).

Более того, если два человека прикасаются друг к другу, то их энергетические системы соединяются и текут вместе как один энергетический контур. Как человек, прикасающийся к электрическому

ограждению, становится частью той же энергетической цепи, что и ограждение, точно так же и тестирующий, прикасающийся к клиенту, становится частью энергетической системы клиента. Таким образом, когда тестирующий прикасается к клиенту, и в энергетической системе клиента формируется энергетически-электромагнитный ответ (например, энергетически-электромагнитный ответ на разблокирующуюся мышцу), то этот энергетический ответ также проявляется и в энергетической системе тестирующего.

Механизм закладки в контур, следовательно, понимается как результат постоянной передачи огромного объема неврологической информации от большого числа проприоцепторов, сообщающих о положении тазобедренного сустава, и, как следствие, создается стабильный долгосрочный энергетически-электромагнитный шаблон. Когда этот шаблон тазобедренного сустава взаимодействует с энергетически-электромагнитным шаблоном соответствующего сигнала (к примеру, разблокирующейся мышцы), эти два энергетических шаблона вырабатывают интерференционный шаблон более высокого порядка. Таким образом, может сохраняться любой сигнал (в частности, стимуляция активной специфической индикаторной рефлексной точки, мониторинг мышцы с дисбалансом или просто прокручивание стрессовых мыслей).

Перемещение ног в новое положение и движение тазобедренных суставов должно происходить точно в то же самое время, когда задействуется дисбаланс, чтобы сформировать совмещенный интерференционный шаблон. Этот процесс можно сравнить с тем, каким образом в радиопередаче несущая волна модулируется сигнальной волной (см. рис. 13.2).

Продемонстрировать эту теорию можно следующим образом — заложить дисбаланс в контур. Мышечный дисбаланс приведет к разблокировке мышцы-индикатора, что сформирует энергетически-электромагнитный шаблон разблокирующейся мышцы, который затем модулирует энергетически-электромагнитный шаблон изначальной несущей волны тазобедренных рецепторов. Эти подсознательные ответы можно рассматривать в виде «биокомпьютера», а ввод информации в эту систему понимается как ввод информации в биокомпьютер. Когда ноги снова сдвигаются вместе, первоначальные сигналы «Ноги расставлены врозь» прекращаются, индикатор снова заблокируется, показывая, что дисбаланс больше не удерживается, поскольку это сообщение было стерто в биокомпьютере.[2]

Если продолжить аналогию с компьютером, то вы вводите информацию в свой компьютер и видите ее на экране; то же самое происходит, когда вы заносите разблокирующуюся мышцу в контур. В обоих случаях присутствует постоянный электромагнитный сигнал, воссоздающий эту информацию снова и снова сотни раз в секунду. На мониторе компьютера этот процесс отражен в виде развертки электронного инжектора на фосфоре экрана. В теле этот процесс аналогичен постоянному отправлению сигналов тонической фазы окончаний Руффини в тазобедренном суставе. Отключая

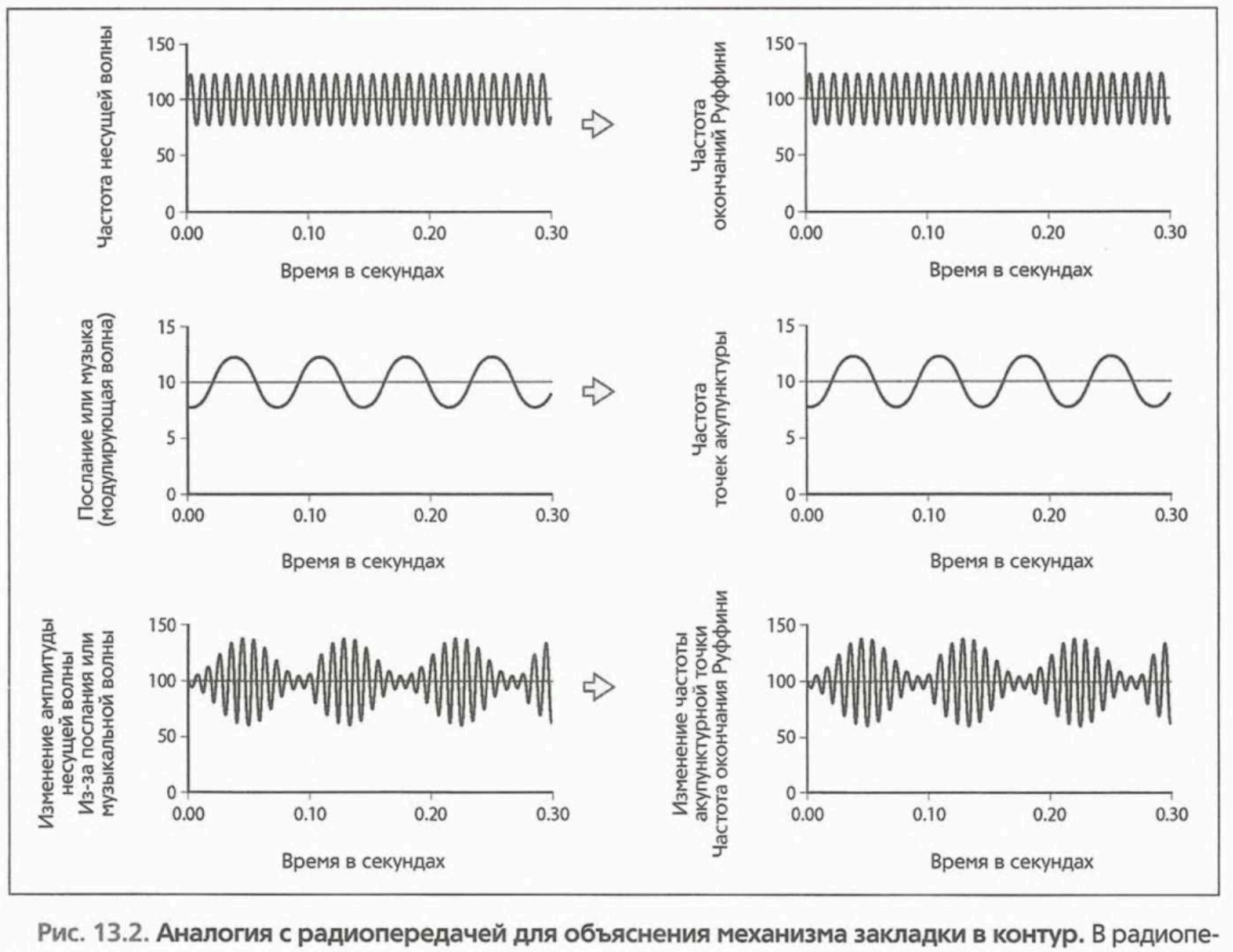


Рис. 13.2. Аналогия с радиопередачей для объяснения механизма закладки в контур. В радиопередатчике несущая волна модулируется посредством сообщения или музыкальной волны, и отмодулированная несущая волна в ходе передачи содержит информацию сообщения или музыки. Аналогичным образом, постоянное возбуждение тонического ответа окончаний Руффини (ОР) поддерживает волну высокой электромагнитной частоты, которая функционирует в качестве несущей волны. Эта несущая волна ОР затем модулируется через взаимодействие с энергетическим частотным шаблоном стресса, который формируется под воздействием дисбаланса или активации акупунктурной точки или пальцевой пробы, и эта модулированная несущая волна ОР теперь в течение некоторого времени будет содержать информацию о дисбалансе.

электронный инжектор нажатием на кнопку «удалить», вы стираете информацию с экрана. Точно таким же образом, когда мы сдвигаем ноги вместе, проприоцептивные сигналы, удерживающие дисбаланс, прекращаются или резко прекращается их возбуждение, что «удаляет» сигнал о мышечном дисбалансе, ранее хранившийся в контуре.

Работа с челюстью при закладке в контур

Зачастую для закладки в контур используются тазобедренные суставы и движение ног, но также возможно использование других суставов с большим количеством окончаний Руффини. Использовать также можно плечевые суставы, но это

не очень удобно, поскольку неожиданное поднятие рук вверх ограничивает вашу способность проводить мониторинг мышцы. Ричард Атт предложил использовать челюстной сустав (височно-нижнечелюстной сустав) в качестве второго механизма закладки в контур. Благодаря тому, что в этом суставе есть от 5000 до 7000 окончаний Руффини, он идеально подходит для этой задачи. Также возможен обмен информацией между челюстью и ногами тестирующего — двумя различными механизмами закладки мышцы в контур, — в ходе чего тестирующий широко открывает рот и держит его открытым, пока клиент не сведет ноги вместе и не расставит их врозь для активации своего механизма закладки в контур в тазобедренном суставе. Затем тестирующий может закрыть рот и разговаривать с клиентом.

Суммирование с помощью закладки в контур

Как правило, тело находится в состоянии сбалансированного дисбаланса, когда многие дисбалансы являются лишь компенсациями других дисбалансов. Эти слои дисбаланса похожи на чешуйки лука. Чтобы добраться до первопричины, необходимо снять различные слои дисбаланса и скорректировать ее. Если же мы этого не сделаем, то даже если мы счистим несколько слоев, они снова постепенно накапливаются, потому что мы не разобрались с основной причиной.

Закладка в контур — одна из систем, которая может изолировать отдельный дисбаланс и помочь нам изучить его особую историю. Как только сигнал вносится в контур, вся система мышцы-индикатора теперь посвящена этому конкретному дисбалансу, а другие посторонние дисбалансы не проявляются и не вмешиваются в последующие исследования. Происходит это потому, что контекст контура — единственная информация, хранящаяся в нем.

Возможно корректировать каждый слой дисбаланса по мере его появления, и, в итоге, проявится главная причина (или причины), и ее можно будет скорректировать. Или же, благодаря оригинальному методу обмена информацией между тестирующим и клиентом, возможно выявлять и хранить эти различные слои дисбалансов, не проводя никаких коррекций, до тех пор, пока не проявится основной дисбаланс. Этот процесс называется суммированием.

Суммирование позволяет нам добавлять информацию о каждом слое дисбаланса в контур, формируя контекст для раскрытия следующего слоя дисбаланса. Каждый раз, когда мы вносим очередной слой в контур, энергетически-электромагнитный интерферентный шаблон становится все более усложненным. Когда мы вносим в контур причинный дисбаланс, мы можем тогда сравнивать этот составной интерферентный шаблон с потенциальными коррекционными модальностями, таким образом позволяя системе не только дать информацию для выявления причинной проблемы, но и показать наиболее эффективную коррекционную модальность.

Когда основной дисбаланс скорректирован, все компенсирующие дисбалансы одновременно устраняются, поскольку компенсации исчезают тогда, когда в них

отпадает потребность. Зачастую существует несколько дисбалансов, которые могут считаться базисными для различных аспектов наблюдаемого состояния, поэтому может потребоваться повторить этот процесс несколько раз. Помимо этого, тело может оказаться неспособным провести необходимую коррекцию основного дисбаланса через все многочисленные слои компенсирующих дисбалансов одновременно. В таком случае попутно придется провести несколько коррекций, прежде чем может быть выявлен и скорректирован ключевой дисбаланс.

Главный дисбаланс и последующие слои компенсирующих дисбалансов в совокупности называют контуром. Работа с контуром значительно ускоряет процесс коррекции и увеличивает глубину проникновения вплоть до затаенных, глубоко укоренившихся проблем. Таким образом в одной коррекционной процедуре можно проработать очень глубокие дисбалансы во многих взаимосвязанных областях тела.

Использование суммирования

По мере выявления каждого дисбаланса или единицы важной информации, они вносятся в контур тестирующего. Затем он передается клиенту, как описывалось выше.

Затем тестирующий сбрасывает свой контур и ищет следующий слой дисбаланса (эмоциональный дисбаланс, акупунктурный дисбаланс, питательный дисбаланс и т. д.). Когда тестирующий находит следующий слой по изменению состояния мышцы-индикатора, он снова расставляет ноги. Так он добавляет новую информацию к дисбалансу, который уже хранится в контуре клиента, создавая более сложный интерферентный шаблон в контуре тестирующего. Затем клиент может «обновить» информацию в своем контуре, для этого ему достаточно сначала свести, а затем вновь развести ноги в стороны. Как будто вы открываете файл на своем компьютере, изменяете его и затем сохраняете новый файл взамен старого.

Обратите внимание, что закладка в контур — это процесс сложения, суммирования. Тестирующий собирает всю новую и ранее известную информацию о том же человеке в нем самом. Как будто вы сохраняете информацию на жестком диске своего компьютера, а затем переносите ее на диск А того же компьютера. Это очень важно, если нельзя использовать закладку в контур клиента, в частности, при работе с клиентом с параплегией или с человеком, страдающим от болей в пояснице, или у которого контур нестабилен.

Ричард Атт столкнулся с такой проблемой на одном из своих первых семинаров по прикладной физиологии. У одного из студентов был паралич нижних конечностей, он сидел в инвалидной коляске и не мог двигать ногами, чтобы активировать механизм закладки в контур. Атту пришла в голову замечательная мысль о том, что в височно-нижнечелюстном суставе находится столько же окончаний Руффини, сколько и в вертлужном суставе таза. Благодаря этому студент мог эффективно использовать закладку в контур. По мере продолжения мониторинга тестирующий сохраняет в своем контуре информацию, и не только новые выявленные дисбалансы, в то время как клиент

хранит информацию только до последней единицы информации, заложенной в контур тестирующего, не включая ее.

Ричард Атт разработал еще одно усовершенствованное применение закладки в контур — тестирующий заносит первоначальный дисбаланс в контур, затем, когда выпадает обратное изменение состояния мышцы-индикатора на пальцевые пробы, специфические индикаторные точки, проверки, вербальные вопросы и прочие техники, тестирующий может открыть рот, задействуя челюстной сустав. Таким образом, он вносит новую единицу информации в свой челюстной контур. На этом этапе бедренный контур удерживает только первоначальный дисбаланс, а челюстной контур удерживает и первоначальный дисбаланс, и новую информацию. Но в этот момент тестирующий не может говорить! Чтобы передать информацию из своего челюстного контура в бедренный контур, тестирующему необходимо только свести ноги вместе, стирая первоначальную информацию, а затем снова их расставить, принимая всю информацию, которая хранится в челюстном контуре. Теперь тестирующий может закрыть рот и нормально общаться с клиентом. Этот навык тестирующего передавать информацию между челюстным и бедренным контурами особенно удобен при работе с маленькими детьми или людьми, которым сложно активировать свой собственный контур из-за боли или инвалидности.

Обратите внимание, что каждый раз, когда вы вносите *дополнительный дисбаланс* в контур, состояние мышцы-индикатора меняется и остается таким. То есть мышца-индикатор постоянно меняет свое состояние с заблокированного на разблокированное на заблокированное и т. д. Выявление следующего слоя дисбаланса приведет к обратному изменению состояния мышцы-индикатора. Таким образом, разблокирующийся индикатор заблокируется, когда с помощью активной специфической индикаторной точки или пальцевой пробы через локализацию контура выявляется дисбаланс.

Литература

1. Dickson, GJ 1990, What is Kinesiology?, IHK Printing, Melbourne.

2. Beardall, AG 1982, Clinical Kinesiology Instruction Manual, AG Beardall DC, Lake Oswego, pp. 2–7.

Глава 14

УРОВНИ СТРЕССА

Открытие уровней стресса

Ричард Атт, основатель и исследователь прикладной физиологии, подметил, что сбалансированная мышца-индикатор внезапно становится чрезмерно фасилитированной или блокированной при закладке в контур проблемы или дисбаланса. Когда он пытался привести мышцу в расслабленное состояние путем снижения тонуса веретенообразной клетки, или же с помощью магнитного северного полюса, мышца оставалась заблокированной. Он обнаружил, что, когда он расслаблял мышцу, затем заносил в контур реакцию чрезмерной фасилитации, мышца обычно оставалась запертой. Но когда эта методика расслабления и закладки в контур повторялась несколько раз, мышца внезапно разблокировалась.

Когда мышцу переводили в состояние тонуса, она снова блокировалась, предположительно потому что все уровни стресса в контуре возвращались до уровня гомеостатической функции, и мышца-индикатор снова начинала функционировать.

Атт доказал, что мышца-индикатор чрезмерно фасилитировалась в ответ на сильный стресс, появляющийся внезапно в активном режиме, когда в контур закладывали нагрузку или дисбаланс. В определенном смысле, уровень стресса был настолько большим, что контур мышцы не выдерживал, и это было именно тот избыточный стресс, который приводил к чрезмерной фасилитации. Как только этот стресс полностью закладывался в контур через повторяющийся процесс закладки в контур, мышца-индикатор была в состоянии снова нормально реагировать при применении методик расслабления и тонификации.

Северный полюс керамического ферритового магнита на 3000 Гс может применяться для расслабления мышц, а южный полюс — для их тонификации. Когда чрезмерно фасилитированная мышца-индикатор не слабеет в процессе расслабления под действием магнитного северного полюса, Атт посчитал, что это был один уровень магнитного стресса.

Когда в процессе двух расслаблений с помощью магнита мышца все еще не раскрывалась, это были два уровня магнитного стресса. Если магнит применялся и закладывался три раза, и в итоге это расслабляло мышцу-индикатор, то это называлось три уровня магнитного стресса. Тонификация уже разблокированной мышцы-индикатора моментально блокирует мышцу повторно, указывая на то, что мышца-индикатор возобновила нормальную гомеостатическую мышечную функцию.

Вспомогательная природа данных уровней магнитных стрессов была подтверждена при проведении дальнейшего исследования. Когда при приложении магнита три раза полностью закладывали стрессовую нагрузку в контур, что разблокировало чрезмерно фасилитированную мышцу, все вместе три магнита давали такой же результат. Подобно этому, если

приложить магнит шесть раз, чтобы полностью заложить стресс, то шесть магнитов вместе также покажут тот же результат.

Во время семинара в Швеции, один из учеников Атта сделал предположение о том, что подобный процесс происходит и с разблокированной мышцей индикатором.

Если мышца функционирует нормально, то повышение тонуса разблокированной мышцы-индикатора должно моментально ее заблокировать. Если повышение тонуса мышцы не «запирает» мышцу, это значит, что на контур воздействует стресс, вызывающий недостаточную фасилитацию.

Когда при применении южного полюса магнита к недостаточно фасилитированной мышце-индикатору не происходит «запирание» мышцы, мы получаем один уровень магнитного стресса. Если мышца-индикатор не блокируется после того, как магнит два раза был заложен в контур, мы получаем два уровня магнитного стресса и т. д. Как только мышца блокируется и может моментально расслабиться через воздействие на веретенообразные клетки или через применение северного полюса магнита, это означает, что мышца восстановилась до своего нормального состояния, а все стрессы, воздействующие на контур, были введены в «биокомпьютер».

Применение уровней стресса

Если для снижения и повышения тонуса мышцы применяется воздействие на веретенообразные клетки, а не магнит, мы получаем уровни стресса, которые воздействуют на контур веретенообразных клеток. Атт ввел термин под названием *уровни стресса*, для любого вида стрессов, которые перегружают контур путем создания чрезмерной фасилитации или чрезмерной неполной фасилитации, то есть, при этом мышца не реагирует на процессы понижения и повышения тонуса.

Уровни стресса можно сравнить с различными шкалами электроизмерительного прибора. Ввиду того, что сопротивление электрического тока варьирует в обширном диапазоне, шкала прибора имеет деления всего лишь от 0 до 1, но у нее есть маховик переключения, который изменяет измеряемое сопротивление. Например, если маховик установлен на 1 Ом (Ом — единица сопротивления тока), весь циферблат показывает сопротивление от 0 до 1 Ом. Если маховик установлен на 1000 Ом, то циферблат показывает от 0 до 1000 Ом, и т. д. Для того, чтобы считать показания сопротивления цепи, перед «считыванием» необходимо переключить маховик на соответствующую установку, чтобы установить уровень сопротивления «по шкале». Возьмем пример цепи, сопротивление которой составляет 7500 Ом. Если маховик переключения установлен на 10 Ом, стрелочка циферблата будет «зашкаливать» на конечном делении шкалы сопротивления 10, показывая, что сопротивление составляет более 10 Ом. *Какой* показатель сопротивления неизвестно, потому что его невозможно считать по такой установке шкалы. Когда маховик переключения установлен на шкалу 100 Ом, он также будет зашкаливать, и не покажет сопротивления в цепи. И уже когда

маховик будет установлен на 10 000 Ом, по измерительному прибору вы сможете считывать точные показания сопротивления в данной цепи (см. рис. 14.1).

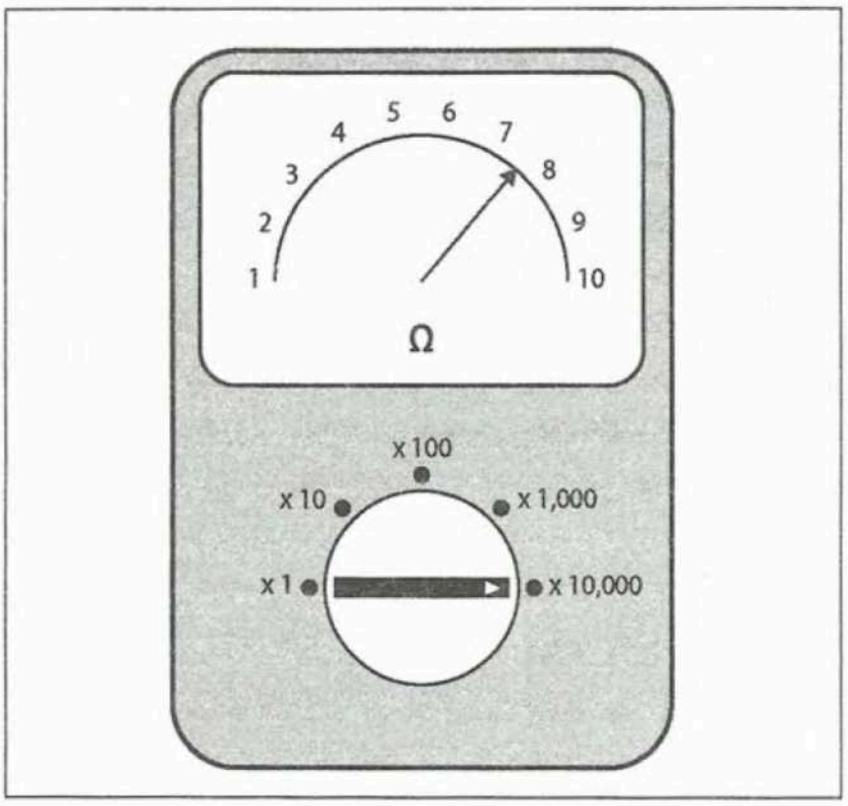


Рисунок 14.1. **Омметр для измерения сопротивления и уровней стресса при мышечном мониторинге.**

Подобно уровням стресса при мышечном мониторинге, сопротивление электричества варьирует в рамках множества порядков величин. Поэтому, шкала омметра считывает только диапазон от 0 до 1, имея более мелкие деления, а также маховик переключения, который изменяет ту шкалу сопротивления, которую можно измерять. При установке на 10, шкала может измерять только до 10 Ом, а с сопротивлением более 10 Ом стрелочка зашкаливает за деление 10. Истинное сопротивление остается неизмеренным. Подобно этому, уровни стресса всего лишь блокируют мышцу-индикатор, оставляя фактический стресс неизмеренным до тех пор, пока он не будет «приложен» на всю энергетическую систему организма, возвращая мышцу-индикатор в состояние гомеостаза.

Если большой стресс заложен в контур, и чрезмерно фасилитирует мышцу-индикатор, то мышца-индикатор может указывать только на наличие «множества стрессов», а не на то, насколько большим является данный стресс. Расслабление мышцы-индикатора и закладка в контур больше похоже на переключение шкалы Ома на измерительном приборе. Как только сила стресса выведена на циферблат шкалы, мышца может снова реагировать как нормальная мышца-индикатор.

Важность подачи уровней стресса на контур через интервал замыкания является двойственной: 1) вы балансируете отдельный идентифицированный стресс, а не «много стрессов»; 2) вы имеете понимание того, насколько большой стресс вовлечен в отношении его «глубины» или «силы» в контуре. Ввиду того, что с помощью методики определения уровней стресса определяется степень (или уровень) стресса, который повлек дисбаланс, достигается более глубокий баланс, поскольку ряд уровней дисбаланса может корректироваться одновременно, без необходимости корректировки ряда контуров.

Альтернативные методы рассеивания уровней стресса

В то время как повторяющееся понижение и повышение тонуса веретенообразных клеток и закладка в контур, или же применение магнита и повторная закладка в контур являются средствами оценки силы стресса, существуют другие методы, которые также можно применять

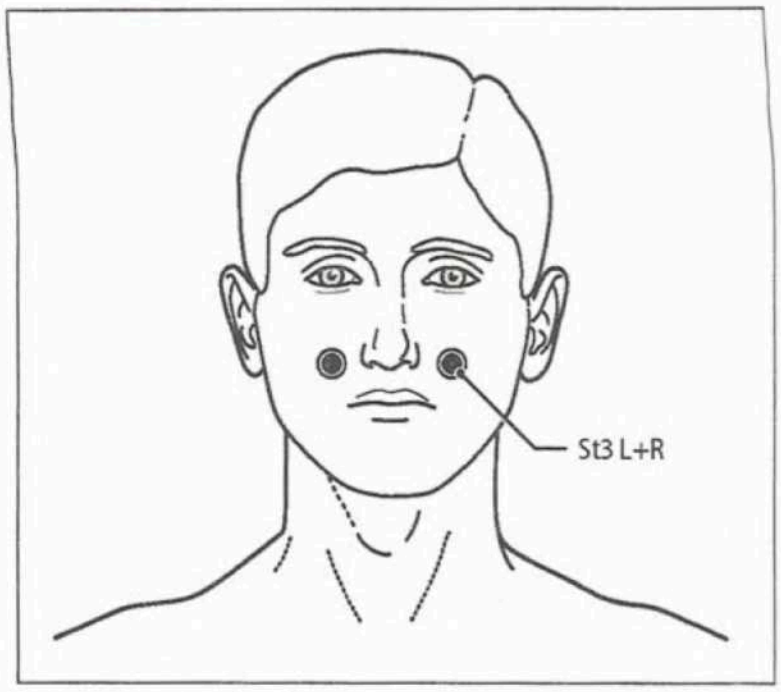


Рисунок 14.2. **Акупунктурные точки Желудка (St) 3 справа (R) и слева (L).**

Акупунктурные точки Желудка 3 (справа и слева) находятся на одной линии с ноздрями в ямочке под скулой. Если мышца-индикатор становится чрезмерно фасилитированной или чрезмерно недостаточно фасилитированной, когда эмоциональный стресс закладывается в контур, это говорит о том, что импульс эмоциональной энергии «запустил» прерыватель, и нужна его перезагрузка. Путем простой локализации контура (прикосновения) акупунктурных точек можно рассеять уровни стресса, порожденные сильной эмоциональной реакцией. Если этот метод показал свою эффективность при снятии уровней стресса, мышца-индикатор снова отреагирует на стимуляцию веретенообразной клетки.

для работы с силой стресса и для избавления от состояния дисбаланса мышцы при чрезмерной фасилитации:

1) локализация контура точки Желудка 3 справа и слева; 2) точки Сердца; 3) система индикаторных точек стресса (SIPS); и 4) варианты работы с точками (MOP).

Точки Желудка 3 справа и слева

Джордж Вайтч, специалист по Прикладной физиологии из Германии, исследовал акупунктурные точки Желудка 3 (см. рис. 14.2). Они используются для снятия чрезмерной фасилитации или чрезмерной недостаточной фасилитации, которые вызваны сильной эмоциональной реакцией. Когда сильно «заряженные» эмоциональные проблемы закладываются в контур, они часто приводят к чрезмерной фасилитации мышцы или к чрезмерной недостаточной фасилитации мышцы-индикатора, которая не может усилиться при тонификации. Эти реакции чрезмерной фасилитации или чрезмерной недостаточной фасилитации являются обычными, когда глубокие эмоциональные области подсознания лимбической системы и мозгового ствола включаются в контур. Вайтч установил, что закладка в контур высоко заряженных эмоций или эмоциональных проблем часто приводит к всплеску стресса в контуре, что влечет за собой переключение полярности внутри клеточной протоплазмы.

Подобно жидкокристаллическим экранам ноутбуков, цитозоль или жидкость внутри клетки обладает качествами жидких кристаллов, и при применении электрического заряда полярность меняется. В случае с экраном ноутбука, обратная полярность приводит к тому, что черный пустой экран становится белым или цветным в местах обратной полярности. Таким образом, на экране выводятся буквы. В случае с клетками, резкая смена полярности, вызванная эмоциональным импульсом в контуре, приводит к состоянию чрезмерной фасилитации или чрезмерной недостаточной фасилитации мышцы. Подобно прерывателю

цепи в электрической сети, когда при прохождении электричества «прерыватели» могут переключить все в положение *Выкл*, цепь перестанет реагировать. Аналогично этому, когда клетки получают эмоциональный энергетический импульс, они могут изменить полярность, реагируя переключением в положение *Выкл*.

Локализация контура точки Желудка 3 справа и слева переключает полярность клетки, «перемыкая» полярность обратно в свое первоначальное положение, избавляя от состояния чрезмерной фасилитации или чрезмерной недостаточной фасилитации мышцы.

Это похоже на процесс перезагрузки электрической сети путем переключения прерывателя обратно в положение *Вкл*.

Таким образом, когда вы попадаете в тему, которая приводит к реакции внезапной чрезмерной фасилитации или чрезмерной недостаточной фасилитации в мышце-индикаторе, вы можете провести локализацию контура точек Желудка 3, слева и справа, и провести повторный мониторинг мышцы. Если причиной чрезмерной фасилитации или чрезмерной недостаточной фасилитации было всего лишь переключение полярности, то локализация контура этих точек сразу вернет мышцу-индикатор в состояние гомеостаза, и это покажет изменение индикатора. Таким образом, чрезмерно фасилитированная мышца разблокируется, но она может повторно заблокироваться в один момент при повышении тонуса веретенообразных клеток или сухожильного органа Гольджи. Или же чрезмерно расслабленная мышца замкнется, но она может моментально расслабиться при снижении тонуса веретенообразных клеток или сухожильного органа Гольджи.

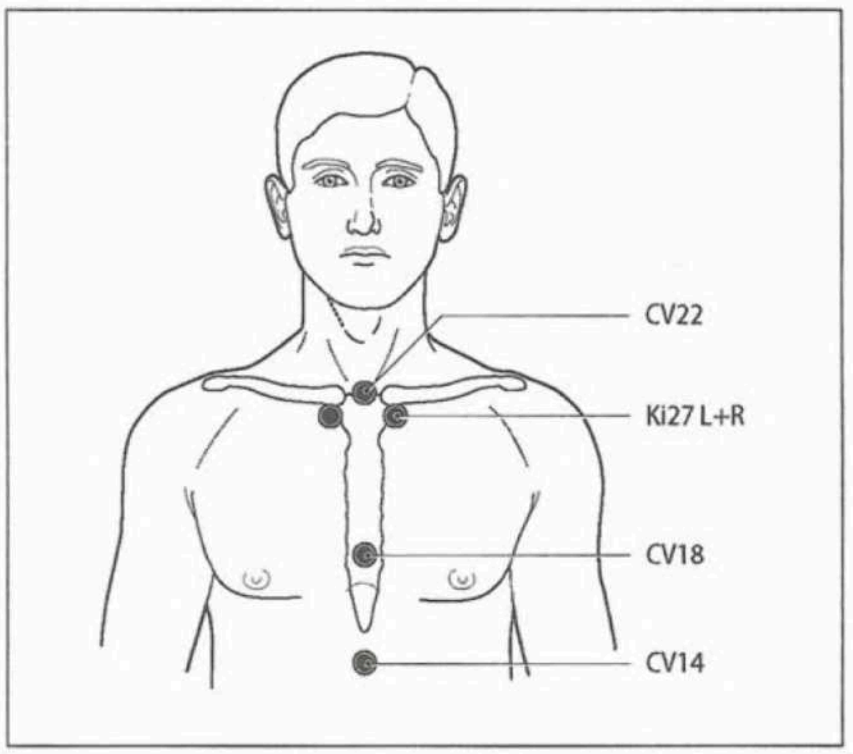


Рисунок 14.3. **Точки сердца.**

Сердце имеет пять точек акупунктуры Центральный меридиан (CV) 22, Почки (Ki) 27 левая (L) и правая (R), CV 18 и CV 14. Их нужно удерживать одновременно. При чрезмерной фасилитации или чрезмерной недостаточной фасилитации мышцы-индикатора, которая не реагирует на другие методики снятия уровней стресса, одновременным удержанием точек сердца можно перезагрузить контур. Удержание всех этих акупунктурных точек вместе до момента появления их пульсации (подобно пульсу на запястье) позволяет загрузить уровень стресса в контур.

Точки Сердца

Точки Сердца (см. рис. 14.3) были выявлены австралийским специалистом по прикладной физиологии Сюзанной Проберт, на уровне интуиции. Исследуя мышцу, Проберт замечала то, что мышца часто становилась чрезмерно фасилитированной или чрезмерно недостаточно фасилитированной, какую бы тему не вводили в контур, если она превышала возможность сознания и подсо-

знания человека гомеостатически справляться со стрессом. Это похоже на расщепление или диссоциативную реакцию на эти виды стресса. С ее слов: «Это похоже на то, как будто человек не может ничего сделать с этой темой и тяготеет к тому, чтобы убежать из тела для того, чтобы справиться с ситуацией». Данная внезапная диссоциация приводит мышцу в состояние чрезмерной фасилитации или чрезмерной недостаточной фасилитации.

Похоже, что удержании точек Сердца приводит к «перезагрузке» контура и позволяет человеку «присутствовать», даже перед лицом стрессоров. Когда наблюдается чрезмерно фасилитированная или чрезмерно недостаточно фасилитированная мышца, которая не реагирует на другие методики, не было ни одного случая, когда мышца не отреагировала бы на точки Сердца, возвращающие ее в состояние гомеостаза.

Для достижения наилучшего результата, эти точки необходимо удерживать до их пульсации, то есть ощущения, схожего с пульсом на запястье.

Иногда локализация контура первоначальных точек меридиана Сердца (Почки 27 справа и слева, Центральный меридиан 22, Центральный меридиан 18 и Центральный меридиан 14) не изменяет ответ мышцы-индикатора. Кинезиолог может заложить все пять точек в контур челюстного сустава и локализовать контур точки Управляющего меридиана 20 пациента, который известен в Традиционной китайской акупунктуре как «духовные врата или точка ста встреч». Согласно этому китайскому названию, данная точка проявляется, когда тема по своей природе является духовной. Если при удержании этих шести точек происходит изменение мышцы-индикатора, кинезиологу требуется всего лишь заложить в контур бедер, затем закрыть челюсть. При этом и кинезиолог, и пациент продолжают удерживать эти точки до тех пор, пока терапевт не почувствует пульсацию. Это завершает закладку уровней стресса и показывает, что мышца вернулась в нормальное состояние гомеостаза.

Темы, вызывающие реакции чрезмерной фасилитации или чрезмерной недостаточной фасилитации, которые надо снимать через применение точек Сердца, часто дают чувство рассеянности или

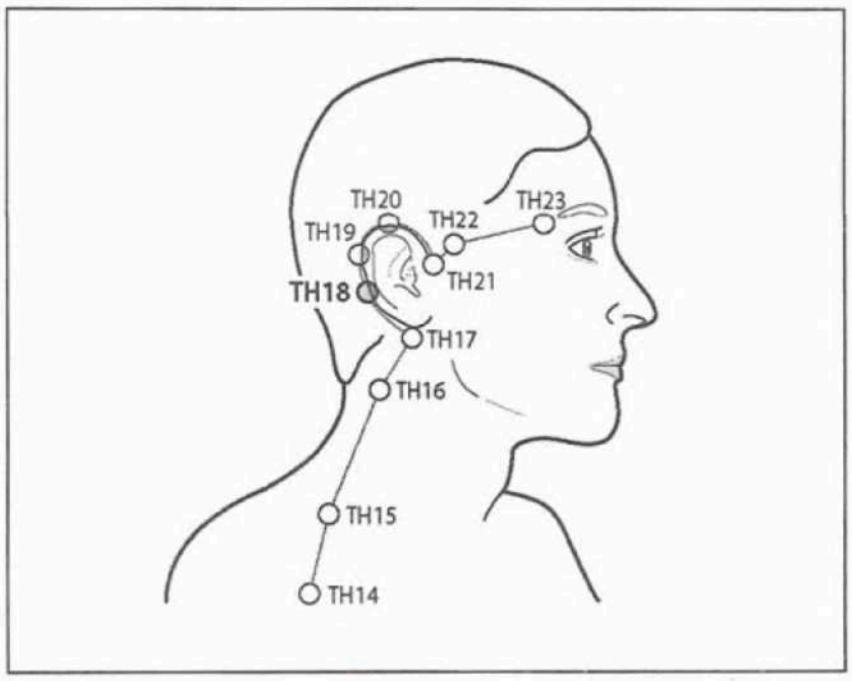


Рисунок 14.4. **Система индикаторных точек стресса (СИТС). Точка мышечного стресса системы: Тройной обогреватель 18.**

Точка мышечного стресса системы — это точка акупунктуры TH 18, расположена за ухом по центру сосцевидного отростка (костная округлая выпуклость за ухом). Удержание этой акупунктурной точки в левой области моментально заблокирует слишком расслабленную мышцу, тогда как удержание TH 18 в правой области сразу разблокирует чрезмерно фасилитированную мышцу.

головокружения после балансировки темы.

Предположительно, причиной этого является реорганизация их энергетических структур в ответ на отсутствие давнего глубоко укоренившегося дисбаланса. Эти точки показывают, когда появляется высокий уровень подсознательного стресса или расстройства, которое, как кажется, вызывает реакцию типа: «Меня здесь нет», или «Я не хочу иметь дело с этим» на высшем или духовном уровне. Иногда, простое удержание этих точек до появления пульсации или изменения мышцы-индикатора может сбалансировать контур, и в таком случае, эта методика также может быть коррекцией.

Система Индикаторных точек стресса SIPS

Согласно системе SIPS, созданной Яном Стаббингсом, вводится концепция закладки в контур электрического и электромагнитного стресса для загрузки уровней стресса. В то время, как методика Атта по закладке уровней стресса усиливает балансировку, для ее применения требуется много времени. В 1989 Стаббингс посетил курсы Атта по форматированию физиологии мозга, которое давало энергетический допуск к гипоталамической и лимбической областям мозга. Данные области отвечают, преимущественно, за эмоции выживания, которые часто создают много уровней стресса.

Что касается обычных контуров для балансировки мышцы, то контуры ствола мозга часто требуют несколько минут для расслабления и закладки в контур, расслабления и закладки в контур, и т. д.

Таким образом, в клинических условиях закладка в контур темы ствола мозга с большими уровнями стресса может занять несколько минут. Стаббингс чувствовал, что должен быть другой более эффективный путь достижения такого же, или схожего результата за более короткое время.

В своих поисках Стаббингс нашел другой путь проведения методики определения уровней стресса, что привело его к обнаружению специфической точки акупунктуры, применяемой для закладки мышечного стресса: Тройной обогреватель 18 (см. рис. 14.4). Чрезмерно фасилитированные мышцы с высоким уровнем стресса, которые требуют многократного применения магнита для расслабления, могут разблокироваться при одноразовом удержании данной акупунктурной точки.

Например, если ключичная часть большой грудной мышцы была чрезмерно фасилитирована, то при локализации контура пациентом или кинезиологом, то есть при прикосновении к точке Тройного обогревателя 18 справа, мышца сразу разблокируется, не оказывая, практически, никакого сопротивления при мышечном мониторинге.

Таким же образом, если эта мышца была недостаточно фасилитирована при первоначальном мониторинге, и пациент или кинезиолог провел локализацию контура точки Тройного обогревателя 18 слева, мышца сразу «замыкается», и часто входит в состояние чрезмерной фасилитации.

Впоследствии, Стаббингс обнаружил, что система индикаторных точек стресса (SIPS) состояла из трех частей: 1) локализация отдельной точки акупунктуры, имеющей частотный резонанс с отдельным видом ткани (например, мышечная

ткань, сухожилия или связки); 2) локализация второй точки акупунктуры, которая относится к количеству потока энергии, или «силы тока» отдельной частоты; а также 3) локализация третьей точки акупунктуры, относящейся к «сопротивлению» потоку энергии этой частоты.

Этот процесс аналогичен электрическому закону Ома:

Напряжение = сила тока, умноженная на сопротивление. Это свидетельствует о том, что напряжение, или количество энергии, которое может потенциально проходить, равно наличному потоку количества энергии, умноженному на сопротивление этому потоку. Например, если сопротивление составляет 0, то проходит вся доступная энергия (напряжение равно силе тока). Однако, любое сопротивление безусловно сократит количество энергии, находящейся в потоке.

Все-таки, в отличие от электричества, при котором сила тока представляет собой поток электронов на физическом уровне, энергия в системе индикаторных точек стресса (СИТС или SIPS) может проходить на любом уровне в организме: тело-разум-духовное начало. На самом деле, эти потоки могут проходить на физическом уровне потоков электричества, или на любых других, более высоких энергетических уровнях, то есть эфирном, астральном, ментальном или духовном.

В отличие от простоты электрического закона Ома, в котором напряжение (потенциальный поток электронов) = силе тока (количество электронов в потоке) умноженной на сопротивление (потоку электронов), Закон стресса в системе ИТС (SIPS) более сложный. В нем существует много различных частотных областей в энергетических потоках: физической, эфирной, астральной, ментальной или духовной, в каждой из которой есть свои отдельные точки силы и сопротивления.

Закон Стресса в системе СИТС (SIPS) — это напряжение (*потенциальный поток в отдельной области частоты*) = точка в системе СИТС (SIPS) (*которая идентифицирует тип ткани или функцию со стрессом на этой частоте)* + точка силы тока (*поток внутри этой области частоты)* умноженная на точку сопротивления (*частота, выражающая сопротивление потока в этой области частоты).*

Электрический закон Ома применяется только к одной частоте потока: электронам. Поэтому, ввиду существенного сопротивления резины, дерева или стекла в этом потоке электронов, они не имеют сопротивления для потока микроволн, рентгеновского излучения и т. д. Следовательно, закон Стресса системы ИТС (SIPS) имеет дополнительную составляющую: тип ткани или функцию, которая подвергается стрессу в рамках отдельной частотной области. Поэтому, сначала вам следует идентифицировать ткань или функцию, на которую подается стресс, и затем определить область потока энергии, по которой течет ток. После идентификации «силы тока», вы можете определить сопротивление данной отдельной области потока энергии.

Это завершается прикосновением к серии акупунктурных точек «сопротивления», соответствующих каждой энергетической области.

Таким образом, методика СИТС (SIPS) отвечает за: 1) локализацию акупунктурной точки, относящейся к ткани

(например, Тройной обогреватель 18 для мышечной ткани), затем закладка в контур; 2) локализация контура акупунктурной точки «силы тока», с определением типа потока энергии; 3) при удержании этой точки силы прикоснитесь к акупунктурной точке сопряженного «сопротивления», чтобы определить отдельный тип сопротивления, блокирующий поток; и 4) одновременное удержание акупунктурной точки силы тока и точки сопротивления до появления пульса.

Это пульс, схожий с пульсом на запястье, но по своей природе он не относится к артериальному началу, и показывает, что уровни стресса полностью загружены.

Один из наиболее существенных аспектов при загрузке уровней стресса с помощью системы ИТС (SIPS) состоит в том, что, как только были загружены уровни стресса, ткань или функция возвращаются в состояние гомеостаза.

В некотором смысле избыток энергии в данной частотной области был выпущен из этого малого контура и возвратился в целостную энергетическую систему тела, где теперь будет перераспределен.

Это важно, поскольку, как только вы открываете все больше слоев дисбаланса, каждый из которых имеет свои уровни стресса, в определенной точке вы превышаете возможности их обработки в энергетических системах пациента. Этот процесс аналогичен открытию программ одной за другой на вашем компьютере, до тех пор, пока они не начнут зависать или откажутся запускаться. Однако, путем продолжительной загрузки уровней стресса с помощью системы ИТС (SIPS), вы сможете загружать в контур все больше уровней дисбаланса до того, как возникнет необходимость провести коррекцию. Следовательно, во время одной сессии можно проработать большее количество слоев компенсации в сравнении с тем, что было ранее.

Более того, методика СИТС (SIPS) позволяет кинезиологу загрузить полный уровень стрессовой нагрузки каждой из тканей и каждую области частоты во всю энергетическую систему организма. Таким образом, вы можете достичь более глубокого баланса, в сравнении с простой закладкой ряда неопределенных уровней стресса в контур.

Режимы обработки

Точки режима обработки были найдены Хьюго Тобаром, и стали частью системы нейроэнергетической кинезиологии. Они эффективны для загрузки стресса, особенно, в области мозга и ствола мозга. Ввиду того, что нейроэнергетическая кинезиология изначально корректировала преимущественно проблемы ствола мозга и лимбической системы, а обе области относятся к эмоциям выживания, то активация этих проблем часто перегружала контур, создавая многоуровневые стрессы.

Тобар определил, что при доступе к эмоциям выживания через его новый созданный метод широкого и специфического форматирования мозга создавались высокие уровни стресса, которые было сложно загрузить обычными системами. Помните, что чем более специфический формат, тем более специфический контекст, и в некоторой степени, тем меньший стресс требуется для перегрузки контура. Тобар обнаружил, что сначала

ему нужно было определить то, на каком уровне духовного тела блокировались энергетические потоки (атмическом, буддическом или монадическом уровне), и, впоследствии, идентифицировать дополнительную точку режима обработки для отдельной системы выживания (т. е. страх, ненависть, паника или поиск). Впоследствии, путем удержания точки Управляющего меридиана 20 в комбинации с *точкой духовного уровня* (атмической, буддической или монадической), которая одновременно является специфической *точкой системы выживания* до момента появления пульса, он мог результативно загружать весь стресс. Эта методика возвращает мышцу-индикатор в состояние гомеостаза и усиливает глубину достигнутой балансировки.

Точки режима обработки расположены преимущественно на голове и включают главную акупунктурную точку традиционной китайской медицине, относящуюся к мозгу:

Управляющий меридиан 20. Как и точки системы СИТС (SIPS), эта акупунктурная точка соответствует второстепенным акупунктурным точкам, определяющим точку духовного уровня и точку системы выживания. Эти системы выживания вовлечены в индивидуальные и видовые аспекты выживания, они расположены в основном в стволе мозга и лимбической системе и по этой причине часто вызывают чрезмерную фасилитацию и чрезмерную недостаточную фасилитацию.

Глава 15

ПАЛЬЦЕВЫЕ ПРОБЫ

Открытие пальцевых проб

Работая с пациентами в 1983 г. Алан Бирдалл выявил уникальный феномен. Когда пациент прикасался к болезненной области открытой ладонью, мышца, которую он разминал, внезапно расслаблялась. Это обычная реакция, указывающая на стресс на болезненном участке. Однако, при проведении второго теста, пациент соединял прикасаниями свой большой и указательный палец. Время от времени, происходило странное: мышца внезапно напрягалась и переходила в состояние «замыкания».[1,2] В мгновение Бирдалл обнаружил, что энергетические потоки большого пальца и остальных пальцев были схожи с энергетическими потоками системы меридианов, а мышечный мониторинг предоставлял средства доступа к этим потокам. Он обнаружил, что большой палец играл функцию заземления, или нейтрального пункта, заземляя энергетические потоки других пальцев. Посредством обширного исследования он определил, что эти феномены представляли собой другую форму считывания внутренних данных организма.

Такое же исследование провели йоги тысячелетия назад. На интуитивном уровне они обнаружили, что прикосновение большого пальца к остальным пальцам производило различное психоэмоциональное воздействие. Они назвали систему расположения большого пальца и других пальцев *мудры*. Большинство людей ознакомлены с мудрой классической йоги в медитации, когда ладони поднимаются вверх, и большой палец прикасается к указательному пальцу, а остальные пальцы вытянуты. Подобное наблюдается у древних индийских скульптур в храмах.

Бирдалл назвал этот новый метод применения мышечного мониторинга, использующегося для определения энергетических потоков в организме, термином *пальцевые пробы*. В других разделах кинезиологии они также известны под названием *пальцевые пробы* или *пальцевые определители*.

Аналогия с радиоволнами

Пальцевые пробы представляют собой типы электромагнитных и энергетических индикаторов с отдельной частотой. Большой палец считается нейтральным в электромагнитном и энергетическом плане. Однако, каждый палец имеет отдельную полярность, и отличается от других пальцев уровнем электромагнитных и энергетических частот, которые из него исходят.

Указательный палец можно сравнить с радиочастотой AM, средний палец — с частотой FM, безымянный палец — с коротковолновой радиочастотой, и мизинец — с частотой микроволн. Таким образом, когда бы большой палец ни прикасался к одному из пальцев, он излучает отдельную частоту электромагнитной энергии, подобно радио.

Ваше прикосновение большим пальцем к указательному пальцу можно сравнить с включением радио на частоте 97.5 AM, в то время как смещение его к кончику среднего пальца сравнимо с переключением на частоту 101.5 FM.

Балансировка частот

Любой дисбаланс имеет отдельную частотную конфигурацию, или же резонирует на отдельной энергетической частоте. Когда проводится мониторинг мышцы-индикатора одновременно с удержанием пальцевых проб, состояние изменяется (т. е. из «размыкания» к замыканию) только тогда, когда частота дисбаланса согласовывается с частотой пальцевых проб. Подобно тому, как включается радиостанция, вы понимаете, что происходит согласование между частотой радиосигнала и шкальным регулятором тогда, когда вы получаете четкий сигнал. Подобно этому, четкая реакция мышцы-индикатора показывает, что вы переключились на отдельный вид дисбаланса. Однако, пальцевые пробы предоставляют три разных вида информации, как описано ниже.

Пальцевые пробы функционируют как идентификаторы частоты

Пальцевые пробы способны идентифицировать или определять природу и тип частоты, которая проходит по цепочке, или же дисбаланс. Когда пальцевые пробы проводятся одновременно с мышечным мониторингом, цепочка или состояние дисбаланса резонирует на одной и той же частоте с пальцевыми пробами и это влечет за собой изменение мышцы-индикатора. Данный факт свидетельствует о том, что дисбаланс в цепочке имеет ту же частоту, что и пальцевая проба. Например, вы удерживаете пальцевую пробу *эмоциональной области*, (большой палец касается подушечки безымянного пальца) и получаете изменение мышцы-индикатора, что укажет на то, что исследуемый дисбаланс, в основном, является эмоциональным по своей природе. *Таким образом, пальцевые пробы могут идентифицировать природу дисбаланса в контуре.*

Пальцевые пробы выступают в роли спецификаторов

Пальцевые пробы также могут использоваться для определения типа частотной области для исследования. Например, если вы заложили в контур отдельную мышечную позицию, тогда локализация контура сигнальных точек укажет на специфический дисбаланс в одной из мышц, относящихся к этому меридиану. Например, если сигнальная точка Тройного обогревателя дает изменение мышцы-индикатора, то одна из мышц Тройного обогревателя: малая круглая мышца, портняжная мышца, икроножная мышца или нежная мышца бедра — будет разбалансирована при тестировании. Однако, если проба органа была заложена в контур, провели локализацию контура сигнальных точек, то изменение мышцы-индикатора укажет на активный стресс внутри органа, относящегося к этому меридиану. Обратите внимание на *контекст,* который определяет значение мышечной реакции, и на пальцевые пробы, являющиеся средством обеспечения отдельного контекста.

Пальцевые пробы предоставляют информацию общего характера

Существует несколько пальцевых проб, первоначальная цель которых заключается в том, чтобы обеспечить информационный контекст, например, *режим сканирования, временной режим* и *режим приоритета*. При применении режима сканирования, он не указывает на какой-либо вид дисбаланса, он укажет, что нечто отсканированное в данное время, соответствует частоте дисбаланса, удерживаемого в контуре. Подобно этому, режим приоритета не определяет вида дисбаланса, но только если отдельный дисбаланс в процессе мониторинга является приоритетным при коррекции, а не компенсацией для других дисбалансов.

Виды пальцевых проб

Ныне существует несколько видов систем пальцевых проб, которые применяются при различных видах воздействия в Энергетической кинезиологии. Например, система ***пальцевых проб*** Клинической кинезиологии была изначально разработана доктором Бирдаллом, в ней насчитывается более двух тысяч пальцевых проб; система пальцевых проб Ричарда Атта для Прикладной физиологии, и еще одна система пальцевых проб доктора Брюса Дью для Профессиональной практической кинезиологии (ППК).

В некоторых из этих систем пальцевых проб одно и то же положение пальцев иногда может представлять различные виды энергетического дисбаланса. При этом, если применить одно и то же положение в двух разных системах разных пальцевых проб, то какое из них будет правильным? Как обычно — оба! Как же так может быть? Ответом на этот вопрос является то, что пальцевые пробы — это частоты, а не отдельные виды информации, подобно частоте 101.5 FM, не рок-волна, не волна классической музыки, а отдельная радиочастота. Когда рок-музыка проигрывается на этой частоте, то это станция рок волны, но если станция с волной классической музыки предназначена для данной частоты, то на ней проигрывается классическая музыка.

Универсальные пальцевые пробы

Здесь мы поговорим о видах пальцевых проб. Бирдалл сделал открытие основных *универсальных проб* (см. рис. 15.1):

- подушечка указательного пальца к подушечке большого пальца относится к частоте структурных дисбалансов
- подушечка среднего пальца к подушечке большого пальца относится к частотам биохимических или питательных дисбалансов
- подушечка безымянного пальца к подушечке большого пальца относится к частотам эмоционального дисбаланса
- подушечка мизинца к подушечке большого пальца относится к частотам электромагнитного или энергетического дисбаланса.

Рисунок 15.1. **Пальцевые пробы.**
Универсальные пальцевые пробы проводятся путем прикосновения подушечки большого пальца к подушечке отдельного пальца: 1) указательный палец = структурные частоты; 2) средний палец = биохимические или питательные частотные

области; 3) безымянный палец = эмоциональные частотные области; 4) мизинец = области энергетических или электромагнетических частот. Данные универсальные пальцевые пробы представляют собой основную область с полным набором частот. Другие пальцевые пробы представляют собой *заданные пальцевые пробы*, с основными областями, каждая из которых будет описана ниже в этой книге, а также будет предоставлено описание их применения в кинезиологии.

Определяемые пальцевые пробы

В рамках частотного диапазона эмоций, по аналогии коротковолновых частот наших радиоволн, существует много различных эмоциональных станций. Разные способы воздействия в кинезиологии определяют разную отдельную эмоциональную музыку для одной и той же эмоциональной частоты, по аналогии станции с классической-рок музыкой, описанной выше. Таким образом, существует два основных вида пальцевых проб:

Первая: *универсальные пробы*, которые представляют полный набор частот в рамках отдельной частотной области. Например, структурная, биохимическая или питательная, эмоциональная и электромагнитная или энергетическая. Вторая: *определяемые пробы*. Определяемые пробы устанавливают отдельную частоту в рамках универсальной частотной области. Например, в рамках эмоциональной частотной области, когда подушечка большого пальца располагается на ногте безымянного, это указывает на наличие проб цветочной эссенции в большинстве систем. Каждая цветочная эссенция относится к отдельному психоэмоциональному состоянию или чувству и, следовательно, в случае частотного дисбаланса в цепочке и при проведении проб цветочной эссенции мышца-индикатор изменяется. Впоследствии, сопряженные эмоции цветочной эссенции являются основными причинами этого дисбаланса.

Однако, кто или что создало эти связи? Частично это было намерением человека, который создал систему пальцевых проб, а с другой стороны — это знания и цели человека, который проводит пальцевые пробы.

Таким образом, если я знаю, что две системы приписывают различное толкование одной и той же пальцевой пробе, я на свое усмотрение выбираю какую пробу проводить, как в Прикладной физиологии или как в ППК.

В действительности, при всей нашей концептуальной обработке, наша цель состоит в определении сути того, что мы наблюдаем, о чем думаем и что испытываем. Если я обращусь к вам со словами: «Стоп! Этим вы меня убиваете!», потому что вы очень искусно пошутили, или же: «Стоп! Этим вы меня убиваете!», потому что вы меня душите. В этих предложениях скрыты довольно разные значения и разный посыл, скрывающийся за одними и теми же словами. В первом случае моя цель состоит в подчеркивании того, насколько искусной была ваша шутка, а во втором случае я даю вам понять, что вы делаете нечто такое, что угрожает моей жизни. Даже наука, состоящая из наиболее объективных процессов, которые мог создать человеческий разум, наполнена субъективной интерпретацией. Не важно, насколько объективна цифра, которая может быть выведена на прибор. Как только отдельный человек начинает интерпретировать его значение, он приобретает субъективный опыт.

И это происходит потому, что разум каждого человека вносит различный контекст и формирует рамки исходной точки в данном аспекте интерпретации, включая разные цели. Альдоус Хаксли четко выразил этот факт еще в 1946 году. Он написал: «Научная картина мира недостаточна, по простой причине, кото-

рая говорит нам о том, что наука взаимодействует только с определенными аспектами опыта в отдельных контекстах. Все это легко понимают люди науки с философским образом мышления. Но большинство других людей тяготеют к восприятию картины мира, которую закладывает теория науки в виде полной и исчерпывающей оценки реальности».[3] Именно поэтому, двое ученых с разными точками зрения (намерениями) могут утверждать, что одному и тому же факту присуще два разных значения. Очень ясный пример этому — спор о противоположности отраслевых научных данных и независимых научных данных. В соответствии с этим, данные ученых, работающих в определенной отрасли, не противоречат определенному продукту или химическому веществу, тогда как независимые ученые имеют противоположное мнение. Так как они интерпретируют одинаковые данные, именно их намерение, стоящее за объяснением, определяет различия, но никак не сами данные!

Виды определяемых пальцевых проб

Определяемые пробы бывают двух видов: *перемещаемые* определяемые пробы и *неперемещаемые* определяемые пробы. Перемещаемые определяемые пальцевые пробы подобны тем, которые используются в Прикладной физиологии и ППК, которые в процессе обучения других людей, всегда последовательно и повторно реагируют на одни и те же частоты при дисбалансе.

С другой стороны, неперемещаемые пробы, могут очень хорошо воздействовать на отдельного человека с помощью отдельной энергетической структуры или базы знаний, но они непоследовательны и не повторяются в процессе обучения человека без данной энергетической структуры и базы знаний. В данном руководстве мы ссылаемся только на универсальные пробы, а также на перемещаемые определяемые пробы. См. рис. 15.1: образец ряда пальцевых проб и их значений.

Все-таки, процесс определения частоты неслучайный и непроизвольный, поскольку пальцевые пробы — это основные образцы частоты, подобно радиочастотам, имеющим отдельные частотные образцы. Поэтому, вы не можете задать станции с частотой FM частоту волны AM, поскольку их частотные области, по сути, не совпадают.

Например, в 1986 году доктор Брюс Дью, Ричард Атт и доктор Чарльз Кребс все по отдельности обнаружили, что дисбаланс отдельной мышцы определялся при расположении подушечки большого пальца на кончике ногтя указательного пальца. И Атт, и Кребс назвали это *специальной мышечной пробой*, поскольку она показывала дисбаланс отдельной мышцы. Это говорит о том, что пробы имеют основную частоту, и не зависят от наблюдателя.

Напротив, доктор Дью разрабатывал свою систему пальцевых проб, в которой есть вариант электромагнитного дисбаланса, называемый *центрирование* с тремя компонентами: клоакальный дисбаланс, дисбалансы походки и подъязычный дисбаланс. В его системе пальцевых проб, каждое расположение проб, обозначаемое цифрой, имеет три дополни-

тельные области A, B и C. Поэтому, когда Дью определил местоположение пальцевой пробы для центрирования, он сделал допущение о том, что сможет определить эти три компонента в точках A, B и C. Однако, как бы сильно он не старался, пальцевая проба показывала центрирование только в целом, и не делилась на три дополнительных области. Это свидетельствует о том, что определение пробы является непроизвольным, но определяется действительной частотой положения руки и пальца, а также тем, что данная частотная область ограничивает возможные целенаправленные определения, которые могут выполняться по каждой отдельной пальцевой пробе. Таким образом, пальцевые пробы имеют древнюю связь — от мудры йогов к современной системе пальцевых проб в Энергетической кинезиологии. Доказано, что данные пальцевые пробы являются одним из наиболее практичных энергетических инструментов в кинезиологии, поскольку они позволяют нам определять, задавать и предоставлять контекст дисбалансов, которые часто являются бессознательными по своей природе.

Литература

1. Levy, SL & Lehr, C 1996, Your Body Can Talk, Hohm Press, Prescott, pp. 5–6.

2. Dickson, GJ 1990, What is Kinesiology?, IHK Publishing, Melbourne, p. 44.

3. Huxley, A 1946, Science, Liberty and Peace, Harper & Brothers, New York, pp. 35–36.

Глава 16

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИНДИКАТОРНЫЕ ТОЧКИ

Специальные индикаторные точки — это название различных точек тела, в основном, точек акупунктуры.

Когда данные точки «активны», они приведут к изменению индикатора при локализации контура или прикосновении к ним, указывая, что в данной точке есть определенный тип дисбаланса. Эти специальные индикаторные точки «резонируют» на одной частоте с данным типом дисбаланса, который они выявляют. Например, если нейролимфатический рефлекс находится в активном состоянии, то при локализации контура точки Желудка 35 в процессе мониторинга мышцы-индикатора, вы получите изменения показателя, это будет говорить тому, кто проводит мониторинг, о наличии нейролимфатического дисбаланса. В дальнейшем предполагается, что стимуляция нейролимфатического рефлекса может играть важную роль для балансировки исследуемой мышцы или контура. Следовательно, специальные индикаторные точки не только указывают на природу или тип имеющегося дисбаланса, чаще всего бессознательного, но также предлагают возможную терапию для его коррекции.

Несмотря на то, что существует много специальных индикаторных точек, используемых в кинезиологии, большинство людей знают о сигнальных точках, специальных точках-индикаторах энергии меридианов, или дисбалансах в связанных с меридианами мышцах-органах и железах. Однако, многое будет обусловлено контекстом пальцевой пробы, удерживаемой одновременно с локализацией контура сигнальных точек.

Например, если я удерживаю пальцевую пробу отдельной мышцы и провожу локализацию контура сигнальной точки, изменение мышцы-индикатора указывает на то, что существует мышечный дисбаланс в одной из мышц, относящихся к меридиану активной сигнальной точки. Напротив, когда я удерживаю пробу органа и провожу локализацию контура сигнальных точек, изменения указывают на наличие дисбаланса в органе, относящемся к меридиану.

Исследование специальных индикаторных точек в кинезиологии

Одним из тех, кто изначально использовал точки акупунктуры в качестве специфических индикаторных точек в Прикладной кинезиологии, были хиропрактики Алан Бирдалл и Джек Рарей. Они использовали сигнальные точки. Некоторые мягкие сигнальные точки были введены в Прикладную кинезиологию как альтернативный путь идентификации избыточной энергии в мышцах и относящихся к ним меридианам. Бирдалл и Рарей установили, что с помощью резких простукиваний по сигнальным точкам и путем проведения мониторинга мышцы-индикатора, они могут проверить энергетический дисбаланс сопря-

женных меридианов. При локализации дисбаланса в меридиане, при легком надавливании на соответствующую сигнальную точку, если мышца-индикатор снова разблокировалась, это указывало на избыток энергии в данном меридиане.[1]

Прикладная физиология

Впоследствии Ричард Атт разработал данную концепцию точек акупунктуры, как индикаторов различных видов дисбаланса.

Атт систематически исследовал связи между отдельными видами дисбаланса, такими как физиологический или энергетический, и отдельными точками акупунктуры.

Например, Атт локализовал нейролимфатический дисбаланс посредством точек Чапмана, и затем проводил систематическое исследование сигнальных точек с тем, чтобы увидеть, какие из точек меридиана становились активными. Он закладывал в контур нейролимфатическую точку Чапмана и затем проверял каждую сигнальную точку на предмет изменения мышцы-индикатора. По каждой сигнальной точке, которая вызывала изменения, он проводил проверку каждой отдельной акупунктурной точки меридиана для того, чтобы найти активную точку или точки.

Атт повторно проводил это много раз с разными людьми, и акупунктурные точки, которые повторно становились активными при нейролимфатическом дисбалансе организма, он обозначал как специфические нейролимфатические индикаторные точки. Такой точкой оказалась точка Желудка 35 на колене. Для подтверждения этой взаимосвязи Атт провел традиционную нейролимфатическую терапию для первоначальной точки Чапмана и повторно проверил состояния баланса специфической индикаторной точки. Он обнаружил, что каждый раз, при наличии нейролимфатического дисбаланса, точка Желудка 35 становилась активной.

После применения нейролимфатической терапии точка Желудка 35 становилась неактивной. Подобным образом он использовал нейрососудистые точки, открытые Терренсом Беннетом в 1930-х—1940-х гг. и названные точками Беннета, для локализации нейрососудистого дисбаланса и точки меридиана, связанной с этим дисбалансом. И снова, одна акупунктурная точка Тройного обогревателя 10 имела устойчивое соответствие частоты с нейрососудистыми дисбалансами. Следовательно, точка Тройного обогревателя 10 стала специфической индикаторной точкой для дисбаланса в нейрососудистой системе.

Система индикаторных точек стресса

Система индикаторных точек стресса СИТС (SIPS) была разработана в начале 1992 г. в результате исследования Иана Стаббингса, стремившегося найти иной, возможно, более эффективный, путь работы с уровнями стресса.

Каждая точка системы ИТС — это отметка частоты для стресса в отдельной ткани, которая закладывается с помощью методики СИТС. О ней мы говорили ранее. Стаббингс начинал с уровня физического тела, идентифицируя точку мышечного дисбаланса. Свой замысел

он рассказал Кребсу, который на следующей же неделе использовал данную методику в своей клинике. Обладая логическим мышлением, Кребс адаптировал замысел Стаббингса, применяя не только чрезмерно фасилитированные мышцы, но также напрямую и разблокированные мышцы. Он получил исключительный результат. Мышцы ног одного из его пациентов, страдавшего заболеванием двигательных нейронов, не могли удерживать тонус в течение года, и после процедуры они мгновенно заблокировались, теперь их можно было балансировать.

После этого восхитительного открытия Стаббингс понял, что по этой новой методике точки системы СИТС выполняли гораздо больше функций, чем уровни стресса. Он понял, что определенные акупунктурные точки имели особую связь с определенными видами стресса. Данные акупунктурные точки он назвал индикаторными точками стресса. Эти точки определяют стресс в отдельных физических структурах (т. е. клетках, тканях или органах), а также в энергетических структурах (акупунктуре меридианов и уровнях ауры, например, на астральном и эмоциональном уровне). В итоге, это позволит вам закладывать стресс, связанный со стрессовыми структурами.

Первая индикаторная точка стресса, которая была обнаружена, была точкой стресса мышцы, Тройной обогреватель 18. Эта точка, о которой не знал Стаббингс, также была открыта в ходе независимого исследования доктором Карлом Феррари, создателя Методики организации нервной системы, специалиста по акупунктурным точкам, связанным с мышечной функцией. Стаббингс продолжил создание полной системы СИТС, которая обеспечивает доступ к большинству клеток и тканей организма, а также ко многим уровням психоэмоционального дисбаланса у человека на первичных уровнях: физическом, эфирном, астральном (эмоциональном), ментальном и духовном. Таким образом, специальные индикаторные точки становятся важной составляющей современной практики кинезиологии, и в настоящее время используются практически во всех системах Энергетической кинезиологии.

Сигнальные точки

В Традиционной китайской медицине сигнальные точки используются в качестве диагностических и лечебных точек. Они размещены на участках тела, где, как минимум, одна точка относится к состоянию энергетического баланса или потока в каждом из двенадцати меридианов, так же, как и в двух из восьми чудесных меридианов — Управляющем и Центральном. В Традиционной китайской медицине сигнальные точки, или фронтальные точки *Мо* преимущественно использовались для определения меридианов с постоянным избытком энергии и, таким образом, с потенциальной дисфункцией, сопряженной с органом меридиана. Острый избыток энергий локализовали, в основном, с использованием задних точек *Шу*, или же с помощью точек связи с органами. Недостаток энергии определялся путем использования техники диагностики пульса. В процессе диагностики пульса человек, проводящий мониторинг, удерживает точки пульса тремя пальцами

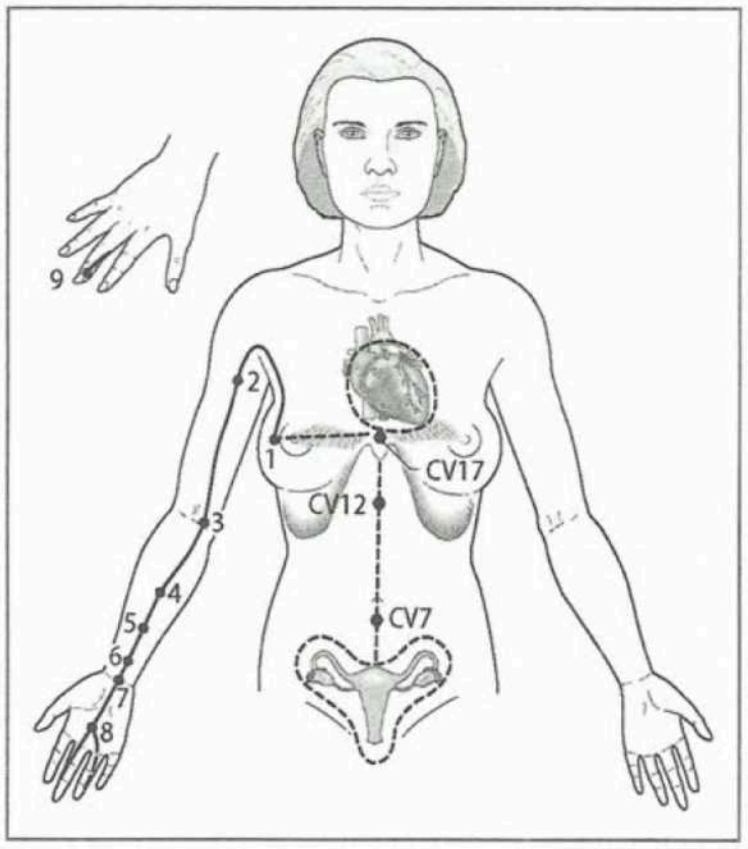


Рисунок 16.1. **Сигнальная точка меридиана Перикарда:** Центральный меридиан (ЦМ) 17.

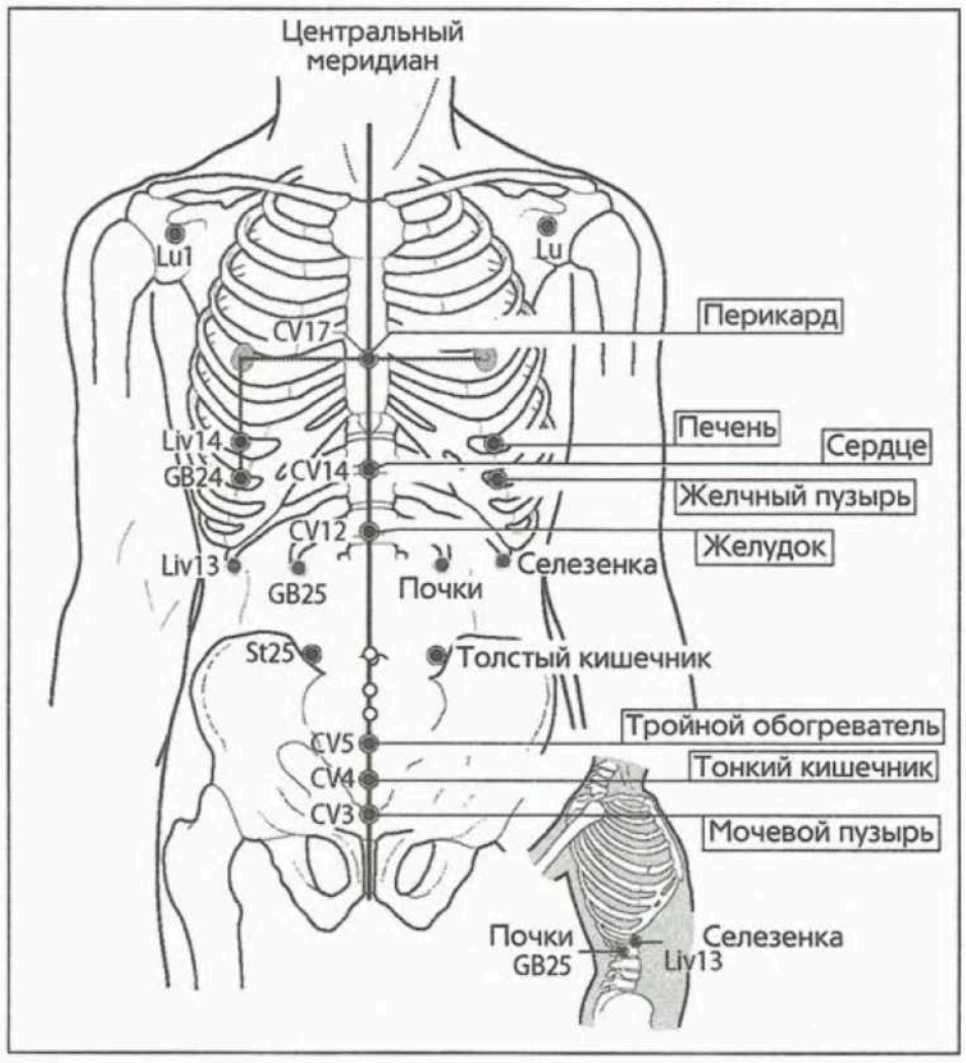
как раз над складкой запястья, подобно тому, как это делается в западной медицине.

Однако, то, что мы получаем, не является частотой сердечных сокращений, а представляет собой тонкую характеристику этих пульсаций на трех различных уровнях.[2]

При первой проверке, кажется необычным, что многие из этих сигнальных точек расположены на Центральном меридиане, а не на одном из других двенадцати постоянных меридианах, на дисбаланс в которых они указывают. Таким образом, сигнальные точки Перикарда, Сердца, Желудка, Тройного обогревателя, Тонкого кишечника и Мочевого пузыря представлены акупунктурными точками на Центральном меридиане. Некоторые другие сигнальные точки, хоть они и не расположены на Центральном меридиане, также являются акупунктурными точками других меридианов. Например, сигнальная точка Толстого кишечника - это точка Желудка 25, и сигнальная точка Почек — это точка Желчного пузыря 25. Почему так? Вспомним главу 6, где мы оговаривали, что существуют второстепенные и первостепенные каналы акупунктуры.

В действительности, причина того, что много постоянных сигнальных точек рас-

Рисунок 16.2. **Сигнальные точки или фронтальные Мо точки.** Если в меридиане недостаток или избыток энергии, его соответствующая сигнальная точка будет отражать состояние баланса сопряженного меридиана. На протяжении тысяч лет сигнальные точки применялись в Традиционной китайской медицине как точки диагностики и лечения. Сегодня они используются в Энергетической кинезиологии для локализации дисбалансов в матрице мышца-орган/железа-меридиан. ЦМ, Центральный меридиан, ЖП, Желчный пузырь, П, Печень; Л, Легкое; Ж, Желудок.



положены на Центральном меридиане в том, что второстепенный канал соединяет каждый из этих постоянных меридианов со специальной акупунктурной точкой на Центральном меридиане. Таким образом, когда меридиан имеет недостаточную, или же чрезмерную энергию, его сигнальная точка на Центральном меридиане будет отражать состояние баланса сопряженного меридиана. Это четко показано на примере меридиана Перикарда, на рис. 16.1. Много акупунктурных точек, требующих терапии, часто самопроизвольно становятся мягкими и, следовательно, считаются в Китае точками *Ах Ши*, или чувствительными точками. Сигнальные точки (рис. 16.2) были изначально открыты, по большому счету потому, что они являются точками *Ах Ши* в активном состоянии.[3] Данная мягкость настолько чрезмерна в сигнальных точках, что ее можно использовать как диагностический метод прощупывания. Если при пальпации точки ощущаются как более мягкие, то можно предположить наличие функционального расстройства связанного с ними органа.[4]

Если человек жалуется на внезапную боль в сигнальной точке, вероятно, что в меридиане избыток энергии.

Если при прощупывании определяется мягкость, но без внезапных болей, то в сопряженном меридиане, вероятно, существует недостаток энергии.[5]

Традиционно, сигнальная точка считается точкой повышения тонуса, которая при стимуляции увеличивает энергию меридиана, который она поддерживает. Таким образом, при нажатии с умеренным усилием, сигнальная точка моментально повышает тонус в меридиане, с которым она сопряжена. Если сопряженный меридиан уже содержит избыток энергии, то дополнительная тонификация через стимуляцию сигнальной точки, увеличит этот дисбаланс, и вызовет изменения индикатора, если одновременно проводится мониторинг мышцы-индикатора. Если требуется более глубокое прикосновение для устранения болезненной реакции, в соответствующем меридиане должен быть понижен энергетический уровень.

Гордон Стокс, автор концепции «Три в одном», применяя современные методики мышечного мониторинга, обнаружил, что китайские сигнальные точки могут использоваться вместе со сбалансированной мышцей-индикатором для определения как избытка, так и недостатка энергий.[6]

Изменения в реакции мышцы-индикатора (т. е. разблокирование и заблокирование) при легком нажатии на сигнальную точку указывало на избыток энергии в соответствующем меридиане, как ранее наблюдалось в Прикладной кинезиологии. Если сильное нажатие на сигнальную точку вызвало изменение индикатора, то это означало, что в соответствующем меридиане был недостаток энергии.

Следовательно, сигнальные точки можно применять для определения избытка энергий, а также ее недостатка. Такая реакция на стимуляцию сигнальной точки широко применяется в наши дни в Энергетической кинезиологии для локализации дисбалансов в связке мышца-орган/железа — меридиан. Следует отметить, что многие исследователи методов Энергетической кинези-

ологии разработали ряд специальных точек-индикаторов, которые являются уникальными для их отдельных систем. Использование специальных точек-индикаторов наряду с мышечным мониторингом позволяет им быстро идентифицировать дисбалансы в соответствии с их системами.

Сигнальная точка меридиана Перикарда, который проходит от груди до конца среднего пальца, в действительности расположена не на меридиане Перикарда, а на Центральном меридиане 17. Это происходит потому, что второстепенный канал проходит от Перикарда 1, напрямую к ЦМ 17, таким образом, что дисбалансы меридиана Перикарда напрямую отражаются в состоянии баланса ЦМ 17. По Вальтеру ДС, 1998, *Прикладная Кинезиология: Содержание, Издание второе, Система ДС, Пуебло.*

Литература

1. Dickson, GJ 1990, What is Kinesiology?, IHK Publishing, Melbourne.
2. Kaptchuk, TJ 1983, The Web That Has No Weaver: Understanding Chinese Medicine, Ryder, London.
3. Chaitow, L 1988, Soft Tissue Manipulation, Thorsons Publishers, London.
4. Mann, F 1972, Acupuncture: The Ancient Chinese Art of Healing and How It Works Scientifi cally, Vintage Books, New York.
5. Walther, DS 1988, Applied Kinesiology: Synopsis, Second Edition, Systems DC, Pueblo.
6. Utt, RD 1985, The Seven Chi Keys, Applied Physiology Printing, Tucson.

Глава 17

МЕТОДИКА ФОРМАТИРОВАНИЯ ПО ТОЧКАМ АКУПРЕССУРЫ

Уникальная концепция Энергетической кинезиологии, разработанная Ричардом Аттом, состоит в совместном применении пальцевых проб и специальных точек-индикаторов для определения более комплексных дисбалансов.

Как было описано ранее, пальцевые пробы — это путь идентификации областей энергетического дисбаланса, например, структурного или эмоционального, в то время как специальные точки-индикаторы являются средством определения специальных физиологических и/или энергетических дисбалансов в организме. Комбинация этих двух систем индикаторов создает механизм постановки гораздо более сложных и специальных невербальных вопросов в «биокомпьютере».

Если человек, проводящий мониторинг, применяет только специальную точку-индикатор или пальцевую пробу, то он задает, в основном, очень короткий или односложный вопрос. Это оказывает очень мощное воздействие, но, к сожалению, ограничивает вашу способность сбора информации о полном состоянии дисбалансов в организме. Использование концепции Атта по форматированию точек акупрессуры и по частоте дисбаланса пальцевой пробы специального вида или системы дисбалансов посредством специальных точек-индикаторов, порождает гораздо более сложные принципы энергетической интерференции. В определенном смысле, это ставит биокомпьютеру гораздо более сложный вопрос.

Исследование форматирования по точкам акупрессуры

Исследование форматирования, проведенное Аттом по точкам акупрессуры, переходило со временем от простых двухкомпонентных форматов к куда более сложным форматам. Первоначальная идея Атта по форматированию по точкам акупрессуры при работе с матрицами мышца-орган/железа позволила ему более точно определить, с каким из компонентов из этих многокомпонентных систем он работал.

Атт вначале довольно просто применял форматирование по точкам акупрессуры. Когда вы локализуете контур сигнальной точки без какого-либо иного содержания, то в основном, это показывает состояние дисбаланса внутри меридиана, напрямую связанного с этой сигнальной точкой.

Однако, дисбаланс, который приводит сигнальную точку в активное состояние, может происходить на одном или нескольких уровнях. Например, дисбаланс может появляться из-за состояния мышечного дисбаланса, состояния дисбаланса органа или железы, состояния эмоционального дисбаланса, связанного с меридианом, или даже от неуспокоенного ментального или духовного возбуждения. Любой из этих факторов или их комбинация может служить основной причиной дисбаланса, который прослеживается в данном меридиане, как пока-

зывает активная точка-индикатор. Для того, чтобы выяснить, каково значение активной сигнальной точки, необходимо было предоставить специальный контекст перед тем, как произойдет локализация контура сигнальной точки с тем, чтобы выбрать отдельную область для исследования. Например, когда проба отдельной мышцы удерживалась одновременно с локализацией контура сигнальной точки, изменение индикатора указывало на наличие мышечного дисбаланса в одной из мышц, относящихся к данному меридиану. Когда удержание пробы органа происходило одновременно с локализацией контура сигнальной точки, то изменения индикатора указывало на дисбаланс органа, относящегося к данному меридиану. Таким образом, человек, проводящий мониторинг, ставит приоритет выбора относительно того, какую из областей и компонентов данной специальной системы он хочет исследовать. Можно провести аналогию использования слов, слово *может* и слово *быть*, каждое из которых имеет свое отдельное и уникальное значение в том случае, если они используются отдельно. Однако, комбинация слов *может быть* имеет уникальное и отдельное значение, отличное от самих слов по отдельности. Комбинация слов *может быть* содержит различные оттенки контекста в предложении, в котором ее используют, в отличие от ее слов-компонентов. Подобно этому, удерживая пробу органа одновременно при локализации контура сигнальной точки сердца, вопрос о каком-либо органе не ставится, но скорее об отдельном органе, связанном с этой сигнальной точкой. Таким образом, перед тем, как задавать вашему организму определенный вопрос-установку, например, «Есть ли стресс в данном органе?» или «В меридиане?», используя пробу органа и сигнальной точки акупрессуры, вы задаете вопрос: «Есть ли стресс в органе, который относится к данному отдельному меридиану?», например, «Есть ли стресс в сердце?». Следует уяснить, что это не говорит о наличии медицинской проблемы или патологии сердца, но скорее о физиологических или энергетических стрессах, которые влияют на сердце и, со временем, могут привести к проблемам с ним.

Когда Атт решил исследовать стрессы в структурах мозга, а также их функции, он столкнулся с очень сложной многокомпонентной системой. Для этого, явно было недостаточно простого двухкомпонентного форматирования, поскольку в мозге существуют системы внутри систем. Например, в лимбической системе существуют корковые компоненты, такие как поясная извилина и гиппокамп, подкорковые компоненты, такие как миндалевидное тело, и даже гипоталамические компоненты, например, сосцевидные тела. Конечно, для идентификации лимбической структуры и ее исследования на наличие стресса, сначала следует определить, происходит ли это в лимбической системе, и затем задать ей отдельное направление внутри данной системы. У Атта это вызвало потребность создать формат акупрессуры для лимбической системы, и затем более специфического формата внутри этой системы для идентификации, к примеру, миндалевидного тела. Это очень похоже на описание расположения зда-

ния в городе. Для начала вам следует выяснить, в каком городе оно находится, затем его улицу и адрес. Как обычно, каждое здание выполняет отдельные функции и, следовательно, если вам необходимо определить отдельную функцию, для начала нужно найти здание, которое выполняет данные функции. Как только вы зашли в это здание, у вас будет доступ к этой отдельной функции, это может означать, что далее вам необходимо зайти в определенное помещение или офис. Для того, чтобы исследовать отдельные форматы акупрессуры, или «адреса» специальных участков мозга и их функций, Атт разработал точную логическую методику.

Он использовал ряд гистологических срезов участков мозга человека, которые представляли действительные физические структуры человеческого мозга. Для того, чтобы удерживать принцип энергетической частоты этих структур, он просвечивал гистологическую область этой отдельной структуры с помощью лазера к верхушке модифицированного кварцевого кристалла. Всем известно, что кристаллы могут хранить информацию, подобно силиконовым кристаллам в компьютерах.

В самом начале Атт использовал бездефектные кварцевые кристаллы, но обнаружил нестабильность сохранения вкладываемой лазером энергетической информации в чистый кварцевый кристалл: она быстро исчезала. Это подтверждалось мышечным мониторингом. Путем удержания конца кристалла у верхушки, отполированной до гладкости поверхности и покрытой краской со свинцовой примесью, он выявил, что энергетическая информация, которая передается в кристалл посредством лазера, устойчиво сохранялась на протяжении периода от нескольких минут до нескольких часов. Это было достаточное время для того, чтобы он использовал ее при исследовании этих форматов мозга. Впоследствии, он обнаружил отдельный минерал под названием сугилит — редкий минерал, добывающийся в одной из шахт в Южной Африке. После его подрезания в параболическую верхушку под кварцевый кристалл, он удерживает информацию, загруженную с помощью лазера.

Атт назвал эти сугилит-кварцевые кристаллы *загрузочными кристаллами,* и они предоставили ему эффективную возможность удерживать или загружать образцы энергетической частоты различных участков мозга в кристалл для проведения дальнейших исследований.

Атт мог выбрать отдельную область мозга, например, миндалевидное тело, затем удерживать верхушку загрузочного кристалла в области интереса в данной структуре, и просвечивать ярко-красным лазером загрузочный кристалл через гистологическую область ткани. Таким образом, он балансировал область интереса на тестируемом субъекте максимально эффективно, так, что там не было явного дисбаланса в данной системе. Затем он помещал верхушку загрузочного кристалла в точку Управляющий меридиан 24.5, которую называют глабелла, и светил лазером через шугалит, проходя вершину по направлению к этой точке акупунктуры, на точке которого он мог закладывать в контур информацию,

«загруженную» с кристалла в систему меридианов акупунктуры. Затем он проводил исследование на предмет того, какая сигнальная точка, или точки, становились активными и определял то, какая из специальных точек акупунктуры на меридиане данной сигнальной точки становилась активной, и делал соответствующие записи.

После этого, Атт повторно проводил эту процедуру на 25—50 различных людях, и записывал данные о проведенных опытах. Проверка этих данных обычно раскрывала специальную точку акупунктуры, которая относилась к отдельному участку мозга, и ее энергетический принцип сохранялся в загрузочном кристалле. Обычно, там должно было быть несколько активных точек акупунктуры, даже на нескольких меридианах, по каждому субъекту тестирования. Все же, как обычно, там была единственная точка акупунктуры, которая появлялась в результате почти каждого тестирования субъекта. Впоследствии, ее принимали как отдельную точку-индикатор для данной области мозга. Как только Атт определял отдельную акупунктурную точку, он мог таким образом проверить еще 25—30 человек для подтверждения того, что эта точка акупунктуры стабильно представляла принцип энергетического частотного резонанса первоначальной области мозга на гистологическом срезе.

Следует отметить, что Атту часто приходилось использовать более широкий формат акупрессуры, например, «лимбическую систему» или «кору головного мозга» для того, чтобы обеспечить содержание размещения точки-индикатора (или точек) на более специфическую структуру мозга, или ее область. Например, при проведении исследования миндалевидного тела, подкоркового компонента лимбической системы, Атт обнаружил, что сначала ему нужно было заложить в контур лимбический формат, а затем в этом контексте ввести принцип энергетической частоты миндалевидного тела в биокомпьютер посредством загрузки сохраненного образца из загрузочного кристалла. Только после этого его методика использования сигнальных точек могла находить отдельные задействованные акупунктурные точки. Атт обнаружил, что после закладки принципа энергетической частоты миндалевидного тела в энергетическую систему «нейтрального» субъекта, мог проявляться следующий принцип фактических акупунктур для отдельного человека: Мочевой пузырь 2, Центральный меридиан 14, Тонкий кишечник 3 и Почки 14. Для следующего человека таким паттерном может быть Легкие 9, Тонкий кишечник 12 и Центральный меридиан 14. Для следующего — Тройной обогреватель 5, Центральный меридиан 14 и Мочевой пузырь 9. Становится ясным, что одна акупунктурная точка, Центральный меридиан 14, повторно выявлялась для всех субъектов тестирования, а другие акупунктурные точки появлялись отдельно для каждого субъекта ввиду их индивидуальных характеристик. Получив новые сведения, после этого Атт имел возможность по-новому исследовать формат акупрессуры для миндалевидного тела. Для начала, он убедился, что точка миндалевидного тела была неактивной

при вводе формата миндалевидного тела в лимбический формат + Центральный меридиан 14 в контур. Затем он активировал отдельный компонент физиологии миндалевидного тела, например, страх, и вводил в контур реакцию субъекта путем резкого неожиданного громкого закрывания книжки в области головы. После этого, он снова проверял формат миндалевидного тела для того, чтобы уяснить, что он находится в активном состоянии. Затем он проводил высвобождение эмоционального стресса, удерживая обе акупунктурные точки 14 Желчного пузыря на лбу до успокоения стресса (как показатель — умеренные синхронные пульсации этих точек). После этого он снова оценил формат миндалевидного тела и обнаружил, что он был не активен. Это четко указало на связь между форматом миндалевидного тела, действительными реакциями, порожденными миндалевидным телом, и их разрешением путем применения методик акупрессуры.

В дальнейшем, Кребс исследовал форматирование участка мозга, основываясь на первоначальной модели Атта, создав программу LEAP. Впоследствии, Хьюго Тобар, бывший студент Кребса, и теперь уже его коллега, продолжил применение подобных методик в исследовании форматов акупрессуры для мозгового ствола, лимбической системы и коры головного мозга, включая множество проводящих путей, представляющих собой основу его программы Нейро-энергетической кинезиологии. Другие виды Энергетической кинезиологии, например, Система индикаторных точек стресса (SIPS), также включает форматирование по точкам акупрессуры, и является ее частью.

Подлинность методики форматирования по точкам акупрессуры

Несмотря на то, что не существовало никакого внешнего подтверждения достоверности активации отдельных структур мозга посредством форматирования по точкам акупрессуры, сведения двух видов предоставляют практическую и теоретическую поддержку данной методики.

Прежде всего, существует обширное доказательство, когда выявлялся дефицит функции при стандартном психометрическом тестировании отдельных функций мозга, также он проявлялся при проведении оценки в этом же интервале с помощью пальцевых проб слуховой краткосрочной памяти, формат акупрессуры вместе с пальцевой пробой гиппокампа демонстрировал стресс в соответствующей области мозга. Гиппокамп, на самом деле, является первичной областью мозга, связанной с краткосрочной памятью. После освобождения от стресса, определяемого форматированием по точкам акупрессуры, и относящегося к гиппокампу, те же самые люди показывали соответствующую возрастную норму.

После того, как была проведена повторная оценка гиппокампа на предмет стресса посредством мышечного мониторинга и форматирования по точкам акупрессуры, стресс, наблюдаемый до лечения, отсутствовал. Эта важная функция нормализовалась.[1] Второе форматирование по точкам акупрессуры позволяет сделать безусловное допущение о том, что области мозга и их функции могут специально и надежно приводиться

в активное состояние путем стимуляции точек акупрессуры. Был проведен ряд исследований, которые показали, что активация подлинных, или «реальных» акупунктурных точек, в сравнении с симулирующими точками, исходит из разных принципов подкорковой и корковой активации в мозге.[2] Принципы активации мозга, относящиеся к отдельным акупунктурным точкам, были подтверждены в ходе ряда исследований.[3] В сравнении с более вариабельными результатами с болью, с использованием функциональной магнитно-резонансной томографии и томографии позитронного излучения, Левиз и его коллеги обнаружили, что на самом деле существуют специальные и, по большей части, прогнозируемые области активации и деактивации мозга, которые относятся к отдельным акупунктурным точкам, связанным со слухом и зрением. Они стимулируют кору мозга, которая отвечает, соответственно, за слух и зрение.[4] Таким образом, существует весомое доказательство, особенно для прямых, рецепторных областей мозга, того, что присутствует взаимосвязь между стимуляцией акупунктурной точки и активацией участка мозга.

Также, при проводимых многочисленных исследованиях, существует относительно сильное свидетельство того, что стимуляция подлинной акупунктурной точки вызывает значительную активацию, которая не наблюдается при стимулировании симулирующих точек.[5] Эта корреляция поддерживает гипотезу, говорящую о том, что форматирование по точкам акупрессуры может иметь доступ к отдельным областям мозга и их функциям. Таким образом, сопоставляя принцип частотного резонанса формата акупрессуры с активностью в отдельных областях мозга и проводящих путях, во взаимосвязи с мышечным ответом, можно получить механизм определения расстройства нервных потоков внутри этих участков мозга и проводящих путей.

Например, как указано выше, пальцевая проба — это стандартная методика измерения слуховой краткосрочной памяти, которая сильно зависит от интегрированной функции гиппокампа. Когда у людей существует дефицит в этой области, то в гиппокампе и/или в других областях памяти мозга всегда будет обнаружен стресс при форматировании по точкам акупрессуры и мышечном мониторинге. Как только эти стрессы корректируются с помощью различных методик акупрессуры, краткосрочная слуховая память у людей повторно улучшается с подъемом до нормального состояния, или в некоторых случаях, к лучшему состоянию, в сравнении с нормальным состоянием, согласно измерениям при стандартном психологическом тестировании. И это вопреки факту того, что миллионы тестов пальцевого интервала, выполняемых в клинике психологами, показали, что методика пальцевого интервала не приводит к внезапному улучшению, и, в основном, неизменна на протяжении жизни человека.[6] Подобным образом, даже крайне сложные функции, такие как осмысление прочитанного, показывают замеряемые улучшения после форматирования по точкам акупрессуры, которое проводится с целью доступа к стрессу, вызванному попытками повлиять на эту активность, за которой следует терапия акупрессуры (Дж. Пафази, неопублико-

ванные данные о детях, до и после тестирования по Шкале умственного развития Вешлера для детей, до и после лечения по методике LEAP с 1986 по 1991 гг.).

Таким образом, даже если истинная природа активации корковых и подкорковых нервных субстратов через форматирование по точкам акупрессуры, не ясна, то повторная наблюдаемая и измеряемая нормализация функций напрямую зависит от этих нейтральных субстратов. И это твердо говорит о том, что данные отдельные структуры мозга в действительности являются предметом форматирования по точкам акупрессуры.

Недавняя работа показывает нам эффективность форматирования по точкам акупрессуры при проведении крайне важных статистических усовершенствований четырех различных видов стандартных, ускоренных для обработки задач для слухового и зрительного восприятия.[1] В данной работе предоставлено полное описание и обсуждение форматирования по точкам акупрессуры, а также доказательство его применения для нормализации ускоренных для обработки задач при контролируемом исследовании. Для обсуждения научных обоснований форматирования по точкам акупрессуры можете ссылаться на данную работу. Также были проведены клинические наблюдения влияния форматирования по точкам акупрессуры на физиологическую функцию. Австрийский анестезиолог доктор Сильвестр Клаунцер подытожил двухлетнюю интегрированную тренинг-программу LEAP в университете в г. Сааль-фельден, Австрия, частном заведении, которое проводит подобные программы вместе с Университетом в Зальцбурге, Австрия. Совсем недавно он рассказал о случае, произошедшем при форматировании по точкам акупрессуры.

Клаунцер работал в зале интенсивной терапии, когда у кардиологического пациента внезапно появилась фибрилляция предсердий и скачки артериального давления, на лекарства не было никакой реакции. Пациент был в очень плохом состоянии. Ввиду того, что препараты не действовали, и пациент был на грани смерти, Клаунцер принял решение применить формат акупрессуры для лимбической системы, а затем применил акупрессурную точку Центральный меридиан 14, отдельную точку-индикатор для миндалевидного тела. В течение нескольких секунд Клаунцер заметил, что сердце и артериальное давление вернулось в свое стабильное состояние. Если он убирал палец с точки Центрального меридиана 14, сразу начиналась фибрилляция и скачки артериального давления. Но, спустя 15 минут постоянного удержания точки, частота сердечных сокращений и артериальное давление полностью стабилизировались, оставаясь в норме на протяжении нескольких дней! (Д-р С. Клаунцер, из личного общения, 2008 г.)

Клаунцер повторил это на шести пациентах, получив тот же результат. Следует обратить внимание на то, что миндалевидное тело в частности контролирует артериальное кровяное давление и частоту сердечных сокращений, те показатели, которые были нарушены. Эти функции, контролируемые миндалевидным телом, нормализовались, когда он удерживал специфический формат акупрессуры для миндалевидного тела.

Применение форматирования по точкам акупрессуры

Было достигнуто соглашение для проведения различий между форматированием по точкам акупрессуры и обычного последовательного использования пальцевых проб и специальных точек-индикаторов. Если обозначают формат акупрессуры, то знак «Ч» между специальными пальцевыми пробами и другими пальцевыми пробами или специальными точками-индикаторами показывает, что эти пробы и/или точки-индикаторы следует удерживать одновременно при закладывании в контур, поскольку вместе они представляют единый интегрированный формат. С другой стороны, если между пальцевыми пробами и специальными точками-индикаторами стоит «+», то это показывает, что эти пробы и/или точки-индикаторы могут последовательно закладываться в контур, сначала одна, затем — другая.

Одна из позиций, которая делает форматирование по точкам акупрессуры сильной, состоит в том, что человек, проводящий мониторинг, может задавать вопросы об изменяющейся степени сложности. Сам формат представляет собой взаимосвязанный, интерактивный набор и, таким образом, создает гораздо более сложный принцип энергетической интерференции, который содержит гораздо больше информации. Формат акупрессуры может быть таким же простым, как сигнальная точка Ч пробы органа, или более сложным при обращении к отдельным областям мозга, таким как лимбическая система, что требует формата акупрессуры пробы органа Ч, пробы железы Ч, Центрального меридиана 23 Ч, Центрального меридиана 24. Затем, путем простого добавления специальной точки-индикатора + Центрального меридиана 14, к формату лимбической системы, что в данном случае указывает на миндалевидное тело. Очевидно, что для определения простой системы органа необходимо меньше информации, чем для определения отдельного компонента комплексной многокомпонентной структуры, такой как миндалевидное тело внутри лимбической системы.

Самый действенный способ работы с этими инструментами заключается в последовательном применении индивидуальных пальцевых проб и специальных точек-индикаторов вместе с форматированием по точкам акупрессуры. В Энергетической кинезиологии данный процесс последовательного ввода информации в биокомпьютер через закладку в контур пальцевых проб, специальных точек-индикаторов и/или форматов точек акупрессуры называется *построение контура*. Это механизм сбора информации из стрессоров на физическом, энергетическом, эмоциональном и ментальном уровнях, которые относятся к данному вопросу. Конечный результат этого процесса на энергетическом уровне — это комплексный принцип частотной интерференции.

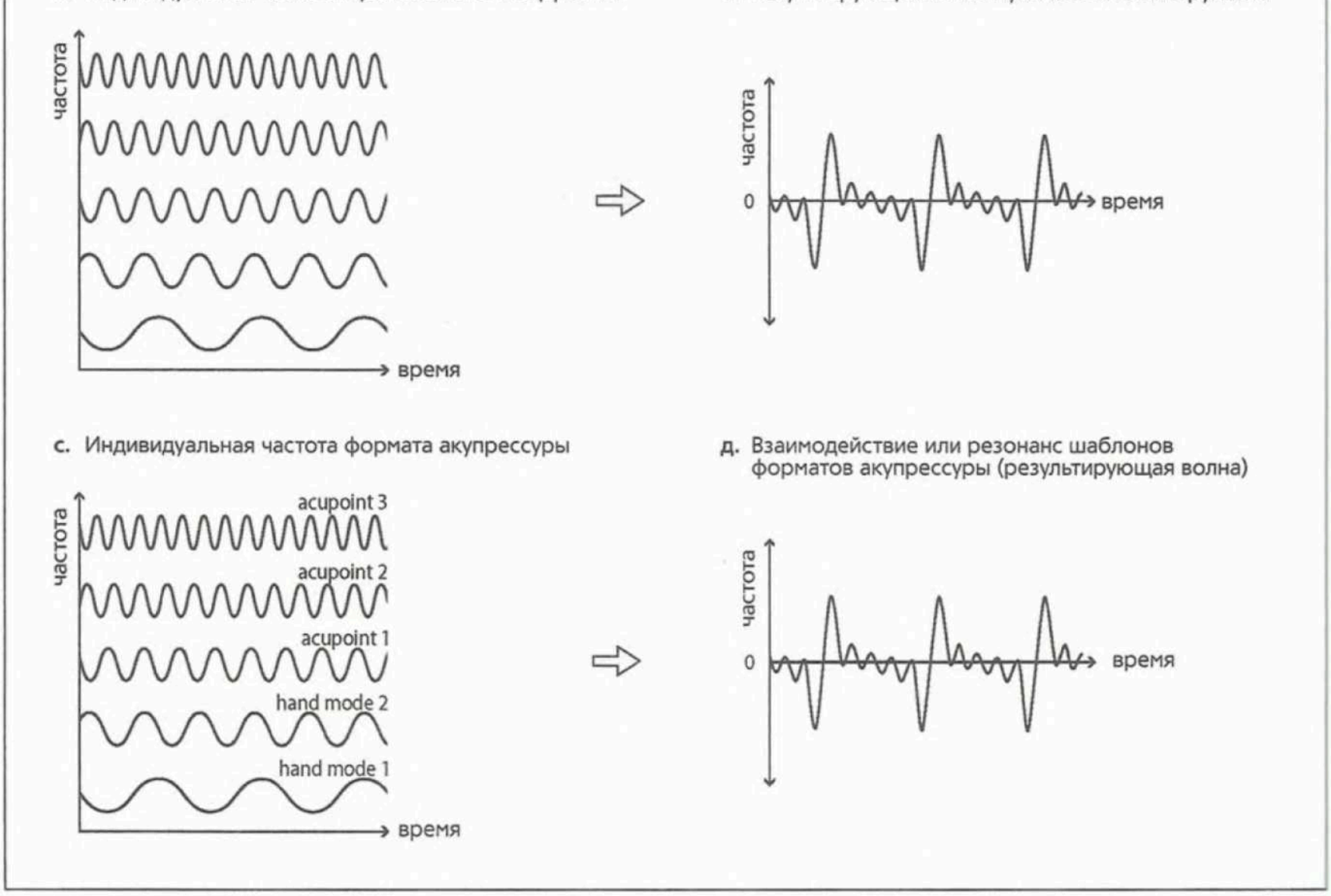
Аналогия волны и формата акупрессуры

Подобно тому, как много частот звука музыкальных инструментов суммируются и сводятся в одну форму волны для восприятия ухом, много различных принципов частотного резонанса формата аку-

прессуры, пальцевых проб и специальных точек-индикаторов сводятся вместе для того, чтобы сформировать единую характеристику энергетической частоты. При поиске соответствующей методики (или методик) для балансировки или решения текущей проблемы, это всего лишь вопрос соответствия характеристики частоты формата акупрессуры и характеристики частоты отдельной корректирующей методики.

Мы будем использовать аналогию частот музыкального инструмента и их результирующую форму волны для того,

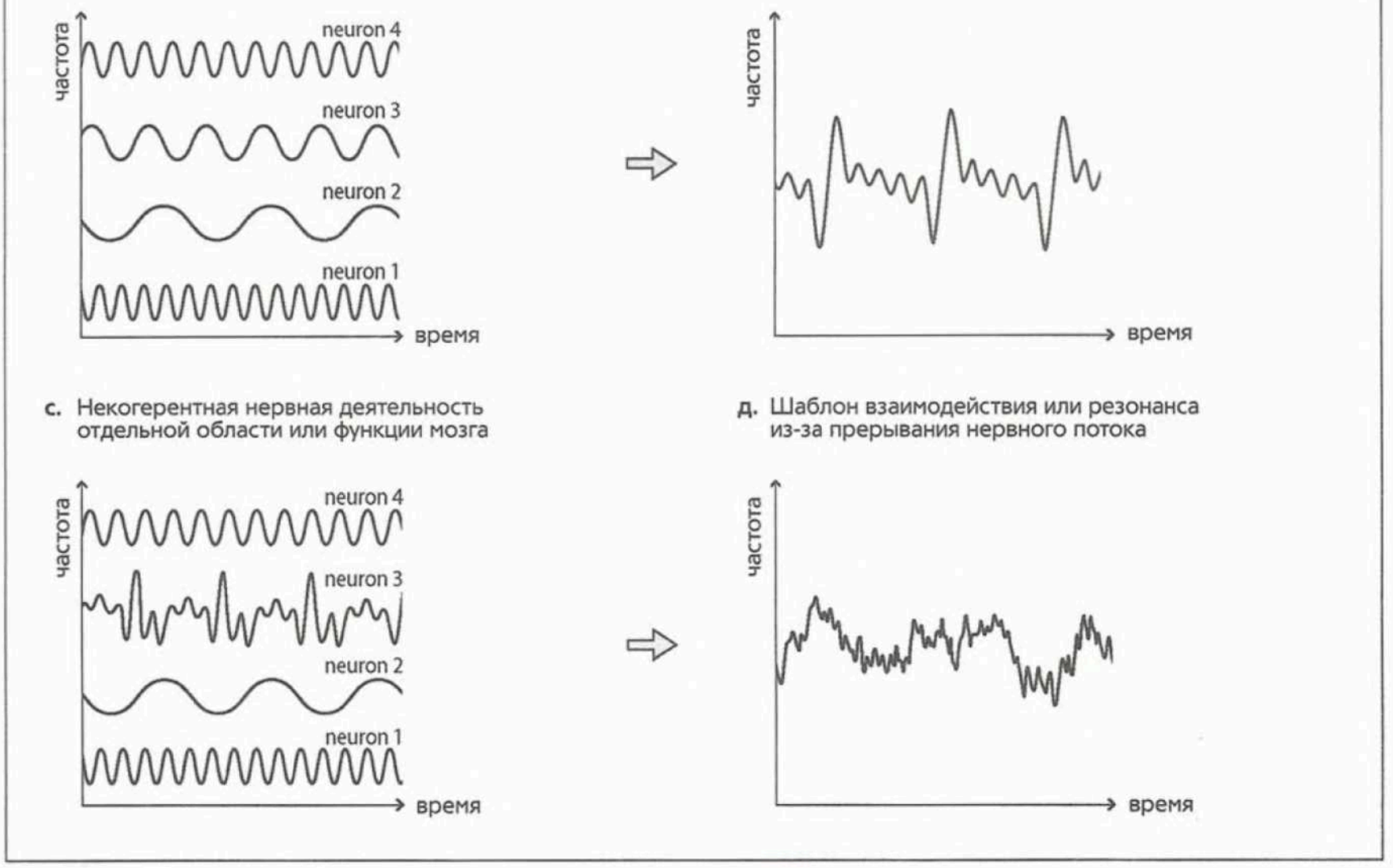
Рисунок 17.1. **Музыкальный инструмент и форма волны или принцип частотного резонанса.** **а)** различные звуковые частоты. Музыкальный инструмент издает много разных частот звука, но не они улавливаются ухом человека. **б)** Форма волны или принцип частотного резонанса. Она производится с помощью конструктивной и деструктивной интерференции всех частот музыкального инструмента, что, собственно, и воспринимается барабанной перепонкой. **в)** формат акупрессуры. Удержание формата акупрессуры, состоящего из ряда пальцевых проб и акупунктурных точек, позволяет создавать много различных отдельных энергетических частот. **г)** Форма волны или принцип частотного резонанса. Она производится с помощью конструктивной и деструктивной интерференции, а также любых частот при форматировании по точкам акупрессуры.



чтобы дать вам возможность представить использование форматирования по точкам акупрессуры для идентификации специального стрессора, оказывающего влияние на отдельную область мозга. Затем расширим аналогию с тем, чтобы показать, как можно использовать то же самое форматирование по точкам акупрессуры для определения подходящей методики акупрессуры для успокоения первоначального стрессора.

Рис. 17.1 а показывает индивидуальные частоты музыкальных инструментов. Однако, по барабанным перепонкам ударяют не эти индивидуальные частоты, а единичные результирующий

Рисунок 17.2. **а) Когерентная нервная деятельность отдельной области или функции мозга.** Направление отдельных нейронов в отдельные области мозга синхронно создает когерентную нервную активность. **б)** когерентная форма волны или принцип частотного резонанса. Она создается с помощью всех частот нейронов, направленных когерентно и взаимодействует с помощью конструктивной и деструктивной интерференции. **в)** некогерентная нервная активность отдельной области или функции мозга. Направление отдельных нейронов в отдельную область мозга при десинхронизации создает бессвязную нервную активность. **г)** некогерентная форма волны или принцип частотного резонанса. Она создается с помощью всех частот нейронов, направленных непоследовательно, взаимодействуя с помощью конструктивной и деструктивной интерференции.



формы волны. Комплексные индивидуальные частоты музыкальных инструментов сокращены до одной формы волны с помощью конструктивной и деструктивной интерференции. Если индивидуальные частоты находятся вне фазы, падения снижают пики до уровня, когда они находятся вне фазы, и пики фаз прибавляются к другим пикам, доходя до уровня, когда они находятся в фазе, и т. д. Конечный результат — это принцип частотной интерференции, представленный единой формой волны: форма волны музыкального инструмента представлена на рис. 17.1 b. Рис. 17.1 c — это аналогичное представление различных частот, которые включают формат акупрессуры, состоящий из частот различных пальцевых проб, и акупунктурных точек, которые в дальнейшем подвергаются такой же конструктивной и деструктивной интерференции для того, чтобы произвести когерентную форму волны одночастотного взаимодействия объединенного формата акупрессуры, как показано на рис. 17.1 d.

Для того, чтобы применять другую музыкальную аналогию, даже если наш инструментарий способен измерять звуковые волны только до нижнего уровня C, все-таки, мы знаем о существовании высшего уровня C через резонанс между записями двух уровней C, поскольку высший уровень C является наивысшим гармоничным уровнем нижнего C. Таким образом, если вы сильно нажмете на ключ к высшему уровню C, то его мощная вибрация на интервале между уровнями будет действовать на низший ряд уровня C посредством частотного резонанса. Однако, состояние фактического движения высшего уровня C для вас будет оставаться неизвестным. Все же, вы можете догадаться о существовании влияния, которое оно оказывает на низший ряд уровня C, частоту которого мы можем измерять. Различие между музыкальным инструментом и форматированием по точкам акупрессуры состоит в том, что в настоящее время у нас *есть* инструментарий для точного измерения частот музыкальных инструментов и, таким образом, мы можем напрямую отслеживать результирующую форму волны, которая находится внутри электромагнитной области в размерности пространства/времени. Напротив, в настоящее время у нас нет инструментария для того, чтобы напрямую измерять магнитно-электрические частоты пальцевой пробы или акупунктурной точки, так как они выражаются в отрицательной размерности пространства/времени. Однако, измерение биополей представляет собой быстро развивающуюся тенденцию, и кажется вероятным то, что лет через пять будет создан инструментарий для прямого измерения форм волны частотного резонанса акупунктурных точек и пальцевых проб.

Таким образом, взаимодействие между различными нейронами, направленными в отдельные области мозга, создаст принцип интерференции электромагнитной частоты, или же формы волны интегрированного резонанса, инструментарий для которого мы создавали последние годы для проведения прямых измерений, таких как вибрация в нижнем ряде уровня C, по аналогии музыкального инструмента. Однако, подобно частотам высшего уровня C, которые не могут быть измерены напрямую по вышеуказанной

аналогии, форматирование по точкам акупрессуры создает принцип частотной интерференции или формы волны интегрированного резонанса, ввиду активации частот, относящихся к пальцевой пробе и удерживаемым специальным акупунктурным точкам-индикаторам. Но, форма волны интегрированного резонанса пальцевой пробы и акупунктурных точек будет находиться на высшем уровне гармонии формы волны частотного резонанса при электромагнитных частотах, порожденных отдельной областью мозга.

Следовательно, активируя отдельную область мозга при форматировании по точкам акупрессуры, путем одновременного удержания пальцевых проб и акупунктурных точек создается форма волны на высшем уровне гармонии, которая соответствует форме волны электромагнитной частоты действительной области мозга через частотный резонанс.

Когерентная нервная активность отдельных областей мозга и/или функций, как показано на рис. 17.2 а, создает когерентную форму волн частотного резонанса, согласно рис. 17.2 б.

Таким образом, бессвязная нервная активность отдельных областей мозга и/или функций, как показано на рис. 17.2 с, создает бессвязную форму волн частотного резонанса, как показано на рис. 17.2 д.

Следовательно, форма волн частотного резонанса, созданная благодаря активности данной области мозга, может взаимодействовать при форматировании по точкам акупрессуры или согласованно, или же бессвязно по этой области мозга. Благодаря тому, что первоначальное форматирование по точкам акупрессуры, разработанное для данной отдельной области мозга, было создано для балансированного состояния, форматирование по точкам акупрессуры имело когерентную форму волны частотного резонанса. Следовательно, когда активность отдельной области мозга создает когерентную форму волны частотного резонанса, она соответствует форме волны частоты высшей гармонии для данной области мозга. Взаимодействие двух форм волн когерентной частоты всегда является вспомогательным, поддерживающим друг друга (рис. 17.3 а). Ввиду того, что при создании двух когерентных форм волн стресс отсутствует, мышца-индикатор останется «запертой», указывая на связь функций внутри области мозга, без активного стрессора (ов), который оказывает влияние на данную область или функцию. Напротив, при наличии расстроенных, десинхронизированных нервных потоков в этой отдельной области мозга, будет меняться форма волны частотного резонанса в области мозга, удаляя ее от фазы когерентной формы волны частотного резонанса при форматировании по точкам акупрессуры данной области мозга. Измененная форма волны частотного резонанса для данной отдельной области мозга создаст диссонанс или несогласованность при сопоставлении с формой волны когерентного частотного резонанса при форматировании по точкам акупрессуры (рис. 17.3 б). В действительности, изменение индикатора влечет именно этот диссонанс или же несогласованность. Изменение индикатора предоставляет данные человеку, проводящему мониторинг, о существовании нарушения когерентной функции в данной области

мозга, в результате утери синхронизации или расчета времени нервных потоков внутри этой области, или между данной областью и другими областями мозга.

Таким образом, каждый вид стрессора порождает отдельный принцип несогласования функции мозга, которая представлена отдельной формой волны некогерентного частотного резонанса. Поэтому, как только отдельная область мозга демонстрирует десинхронизированные нервные потоки, причиной которых является несколько стрессоров, некогерентная форма волны частотного резонанса, созданная стрессором, впоследствии может соответствовать формам волн частотного резонанса пальцевых проб и отдельных точек-индикаторов. Сопоставление формы волны, находящейся под воздействием стресса, и формы волны частотного резонанса отдельной пальцевой пробы или точки-индикатора может, впоследствии, использоваться или для дополнения информации в контур путем закладки в контур изменений индикатора или же для идентификации вида коррекционной методики, которая необходима для успокоения стрессора данных десинхронизированных нервных потоков.

Следовательно, как только в контур вводится вся информация, которая необходима для решения текущей проблемы посредством формы волны того же частотного резонанса, человек, проводящий мониторинг, может быстро определять, какой вид терапии нужно применять. После терапии можно провести ее оценку путем повторного ввода первоначальных форматов по точкам акупрессуры при изначальном содержании.

Если больше нет изменений индикатора, те факторы, которые ранее нарушали нервные потоки, показывают, что отдельная дисфункция была приведена в состояние успокоения, а когерентный нервный поток восстановлен.

Вы сможете заметить, что форма волны принципов частотной интерференции в области мозга при форматировании по точкам акупрессуры, а также принцип частотной интерференции электромагнитной активности в данной области мозга могут быть или когерентными, что не влечет изменений индикатора, или же некогерентными, в результате чего происходят изменения индикатора.

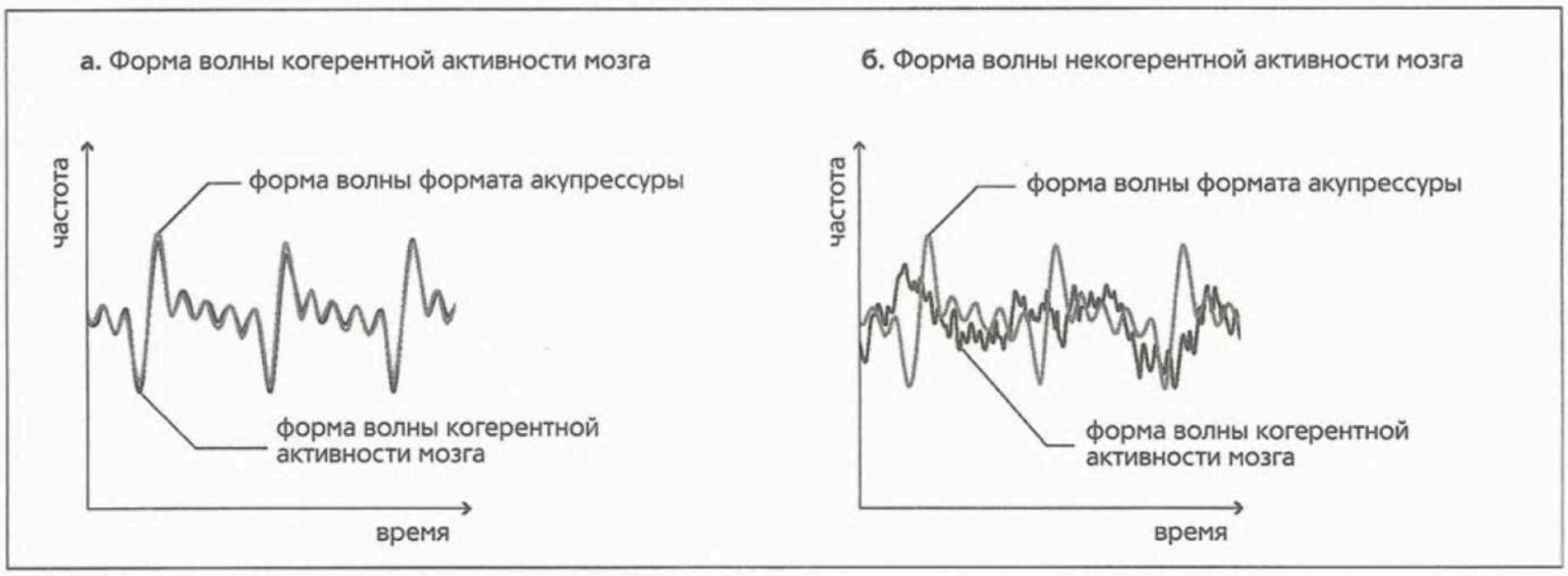
Таким образом, форматирование по точкам акупрессуры дает возможность практиканту выбрать предположительную отдельную область мозга, которая представляет интерес. Если в настоящее время нет стрессоров, действующих или влияющих на данную область мозга, то изменений индикатора не произойдет. Однако, когда формат точек акупрессуры вводится в контур, это обозначает отдельную область мозга, или систему, как содержание и ориентир для идентификации стрессоров в других, более специфических областях мозга, или функции внутри данной большей области мозга или системы. Следовательно, стрессор, который нарушает более специфическую функцию, может не подать достаточный стресс для изменения индикатора при закладке в контур формата по точкам акупрессуры для всей области мозга или системы и, в определенном смысле, он становится скрытым стрессором. Для того, чтобы определить данные скрытые стрессоры, которые могут нарушить

только некоторые отдельные функции мозга, вам необходимо использовать более специфическое форматирование по точкам акупрессуры для того, чтобы точно определить какие компоненты данной общей области мозга утратили интегрированную функцию. Например, при введении формата по точкам акупрессуры на более общую область мозга, например, лимбической системы, часто будет проявляться когерентный частотный резонанс, совпадающий с общей лимбической системой и, следовательно, при этом не будет изменений индикатора. Однако, как только данный общий формат лимбической системы закладывается в контур, он предоставляет основу для более специфических форматов по точкам акупрессуры более специфических областей или функций внутри лимбической системы. Например, как только формат акупрессуры лимбической системы закладывается в контур без изменения индикатора, путем добавления более специфического лимбического формата (например, формата миндалевидного тела), то изменение индикатора будет сигнализировать о том, что один или более стрессоров действительно оказывают влияние на когерентность функции миндалевидного тела. Это происходит даже тогда, когда этот стресс в миндалевидном теле недостаточен для изменения индикатора на уровне лимбической системы в целом.

Рисунок 17.3

а) Взаимодействие формы волны формата по точкам акупрессуры с формой волны когерентной нервной активности в отдельных областях или функциях мозга. Форма волны формата точек акупрессуры, которая исходит от сбалансированной функции мозга, совпадает с формой волны когерентной нервной активности отдельной области или функции мозга. Изменений индикатора нет, и это указывает на то, что активные стрессоры не оказывают влияние на интегрированные функции мозга.

б) Взаимодействие формы волны формата акупрессуры с формой волны некогерентной нервной активности в отдельной области мозга, или по отдельной функции. Форма волны формата акупрессуры, которая исходит от сбалансированной области мозга, не совпадает с формой волны некогерентной нервной активности отдельной области мозга, или отдельной функции. Это приводит к изменению индикатора, показывая, что один или несколько активных стрессоров нарушают интегрированную функцию мозга.



Таким образом, если область мозга интегрировалась в когерентные нервные потоки, и активируется формат по точкам акупрессуры для данной области мозга, формы волны частотного резонанса области мозга и формат акупрессуры являются когерентными, а мышца-индикатор входит в состояние запирания. Если нервные потоки десинхронизированы внутри области мозга, это создает бессвязность между формой волны частотного резонанса в области мозга, и форматом по точкам акупрессуры. В свою очередь, это приводит к «раскрыванию» мышцы-индикатора, указывая на потерю интегрированной функции внутри области мозга.

Мы применили стресс к областям мозга в качестве первоначального примера, поскольку они являются комплексными, и требуют форматирования по точкам акупунктуры для процесса определения, но та же логика применяется для локализации и балансировки других видов дисбалансов, которые влияют на более специфические структуры и функции организма. Все-таки нет необходимости применять форматы по точкам акупрессуры для менее комплексных структур и систем, в сравнении с областями мозга, и достаточно будет просто отдельных пальцевых проб, и отдельных точек-индикаторов. Также, если методика, используемая для идентификации дисбаланса, основана на форматировании по точкам акупрессуры, или просто на индивидуальных пальцевых пробах или специальных точках-индикаторах, методики балансировки или корректировки выявленных дисбалансов, в основном, одинаковые, и применяются по одному и тому же принципу. В то же время много одинаковых систем или менее комплексных системных дисбалансов можно исправить без форматирования по точкам акупрессуры. Это требует всего лишь использования отдельных пальцевых проб или отдельных точек-индикаторов, и *только* форматирование по точкам акупрессуры предоставляет доступ ко многим комплексным системам органов в теле человека, включая наиболее сложный из всех — человеческий мозг. В действительности, умение эффективно справляться с проблемами, связанными с мозгом, привело к изначальному созданию методики форматирования по точкам акупрессуры, и постоянное совершенствование прогрессивных комплексных систем форматирования по точкам акупрессуры обеспечивает доступ к более специфическим функциям мозга, открывая практически невообразимые возможности для совершенствования рецепторно-двигательных функций, даже после травматических повреждений мозга.

Чарльз Кребс является одним из сотен тысяч людей, в жизни которых происходили драматические изменения из-за применения методики форматирования по точкам акупрессуры. В случае с Кребсом был пройден путь изменений от паралича и повреждения мозга до восстановления функций полноценной жизнедеятельности человека!

Литература

1. Frankel, T & Krebs, CT 2013, Acupressure formatting: a novel acupressure-based technique to access brain and re-integrate functions (in press).

2. Fang, JL, Krings, T, Weidemann, J, Meister, IG & Thron, A 2004, Functional MRI in healthy subjects during acupuncture: diff erent eff ects of needle rotation in real and false acupoints, Neuroradiology, Vol. 46, No. 5, pp. 359–362. Zhang, WT, Jin, Z, Luo, F, Zhang, L, Zeng, YW & Han, JS 2004, Evidence from brain imaging wiThfMRI supporting functional specifi city of acupoints in humans, Neuroscience Letters, Vol. 354, pp. 50–53. Hu, KM, Wang, CP, Xie, HJ & Henning, J 2006, Observation on activating eff ectiveness of acupuncture at acupoints and nonacupoints on diff erent brain regions [in Chinese], Zhongguo Zhen Jiu, Vol. 26, pp. 205–207. Wenjuan Qiu, Bin Yan, Jianxin Li, Jin Zhang, Jianping Du, Jian Chen, Baoci Shan, Kewei Chen 2011, A resting-state functional MRI study of the post-eff ect of acupuncture, 2011 IEEE/ICME International Conference on Complex Medical Engineering, pp. 103–108.

3. Hu, KM, Wang, CP, Xie, HJ & Henning, J 2006, Observation on activating eff ectiveness of acupuncture at acupoints and nonacupoints on diff erent brain regions [in Chinese], Zhongguo Zhen Jiu, Vol. 26, pp. 205–207. Hui, KK, Liu J, Makris, N, Gollub, RL, Chen, AJ, Moore, CI, Kennedy, DN, Rosen, BR, Kwong, KK 2000, Acupuncture modulates the limbic system and subcortical gray structures of the human brain: evidence from fMRI studies in normal subjects, Human Brain Mapping, Vol. 9, pp. 13–25. Yan, B, Li, K, Xu, J, Wang, W, Li, K, Liu, H, Shan, B, Tang, X 2005, Acupoint-specifi c fMRI patterns in human brain, Neuroscience Letters, Vol. 383, pp. 236–240. Yuanyuan Feng, Lijun Bai, Wensheng Zhang, Yanshuang Ren, Ting Xue, Hu Wang, Chongguang Zhong, Jie Tian 2011, Investigation of acupoint specifi city by whole brain functional connectivity analysis from fMRI data. In: Conference Proceedings: Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society, pp. 2784–2787. Siedentopf, CM, Golaszewski, SM, Mottaghy, FM, Ruff , CC, Felber, S & Schlager, A 2002, Functional magnetic resonance imaging detects activation of the visual association cortex during laser acupuncture of the foot in humans, Neuroscience Letters, Vol. 327, pp. 53–56. Kong, J, Kaptchuk, TJ, Webb, JM, Kong, JT, Sasaki, Y, Polich, GR, Vangel, MG, Kwong, K, Rosen, B, Gollub, RL 2009, Functional neuroanatomical investigation of vision-related acupuncture point specifi city–a multisession fMRI study, Human Brain Mapping, Vol. 30, pp. 38–46. Lee, H, Park, HJ, Kim, SA, Lee, HJ, Kim, MJ, Kim, CJ, Chung, JH, Lee, H 2002, Acupuncture stimulation of the vision-related acupoint (Bl-67) increases c-Fos expression in the visual cortex of binocularly deprived rat pups, American Journal of Chinese Medicine, Vol. 30, No. 2–3, pp. 379–385. Li, X, Xu, G, Shang, X, Yang, S & Yufang, W 2008, Development of acupuncture-reading wiThEEG, MRI and PET. In: Proceedings of the International Conference on Technology and Applications in Medicine. Li, G, Cheung, RT, Ma, QY & Yang, ES 2003, Visual cortical activations on fMRI upon stimulation of the vision-implicated acupoints, NeuroReport, Vol. 14, No. 5, pp. 669–673. Beissner, F & Henke, C 2011, Methodological problems in fMRI studies on acupuncture: a critical review wiThspecial emphasis on visual and auditory cortex activations, Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, Vol. 2011, Article ID 607637. Cho, Z, Oleson, T, Alimi, D, Niemtzow, R 2002, Acupuncture: the search for biologic evidence wiThfMRI and PET techniques, Journal of Alternative and Complementary Medicine, Vol. 8, pp. 399–401. Pariente, J, White, P, Frackowiak, RSJ & Lewith, G 2005, Expectancy and belief modulate the neuronal substrates of pain treated by acupuncture, Neuroimage, Vol. 25, No. 4, pp. 1161–1167. White, P, Bishop, FL, Prescott, P, Scott, C, Little, P, Lewith, G 2012, Practice, practitioner, or placebo? A multifactorial, mixed-methods randomized controlled trial of acupuncture, Pain, Vol. 153, No. 2, pp. 455–462.

4. Lewith, GT, White, PJ & Pariente, J 2005, Investigating acupuncture using brain imaging techniques: the current state of play, Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, Vol. 2, No. 3, pp. 315–319.

5. Fang, JL, Krings, T, Weidemann, J, Meister, IG & Thron, A 2004, Functional MRI in healthy subjects during acupuncture: diff erent eff ects of needle rotation in real and false acupoints, Neuroradiology, Vol. 46, No. 5, pp. 359–362. Zhang, WT, Jin, Z, Luo, F, Zhang, L, Zeng, YW & Han, JS 2004, Evidence from brain imaging wiThfMRI supporting functional specifi city of acupoints in humans, Neuroscience Letters, Vol. 354, pp. 50–53. Hu, KM, Wang, CP, Xie, HJ & Henning, J 2006, Observation on activating eff ectiveness of acupuncture at acupoints and nonacupoints on diff erent brain regions [in Chinese], Zhongguo Zhen Jiu, Vol. 26, pp. 205–207. Wenjuan Qiu, Bin Yan, Jianxin Li, Jin Zhang, Jianping Du, Jian Chen, Baoci Shan, Kewei Chen 2011, A resting-state functional MRI study of the post-eff ect of acupuncture, 2011 IEEE/ICME International Conference on Complex Medical Engineering, pp. 103–108. Hui, KK, Liu J, Makris, N, Gollub, RL, Chen, AJ, Moore, CI, Kennedy, DN, Rosen, BR, Kwong, KK 2000, Acupuncture modulates the limbic system and subcortical gray structures of the human brain: evidence from fMRI studies in normal subjects, Human Brain Mapping, Vol. 9,

pp. 13–25. Yan, B, Li, K, Xu, J, Wang, W, Li, K, Liu, H, Shan, B, Tang, X 2005, Acupoint-specifi c fMRI patterns in human brain, Neuroscience Letters, Vol. 383, pp. 236–240. Yuanyuan Feng, Lijun Bai, Wensheng Zhang, Yanshuang Ren, Ting Xue, Hu Wang, Chongguang Zhong, Jie Tian 2011, Investigation of acupoint specifi city by whole brain functional connectivity analysis from fMRI data. In: Conference Proceedings: Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society, pp. 2784–2787. Siedentopf, CM, Golaszewski, SM, Mottaghy, FM, Ruff , CC, Felber, S & Schlager, A 2002, Functional magnetic resonance imaging detects activation of the visual association cortex during laser acupuncture of the foot in humans, Neuroscience Letters, Vol. 327, pp. 53–56. Kong, J, Kaptchuk, TJ, Webb, JM, Kong, JT, Sasaki, Y, Polich, GR, Vangel, MG, Kwong, K, Rosen, B, Gollub, RL 2009, Functional neuroanatomical investigation of vision-related acupuncture point specifi city–a multisession fMRI study, Human Brain Mapping, Vol. 30, pp. 38–46. Lee, H, Park, HJ, Kim, SA, Lee, HJ, Kim, MJ, Kim, CJ, Chung, JH, Lee, H 2002, Acupuncture stimulation of the vision-related acupooint (Bl–67) increases c-Fos expression in the visual cortex of binocularly deprived rat pups, American Journal of Chinese Medicine, Vol. 30, No. 2–3, pp. 379–385. Li, X, Xu, G, Shang, X, Yang, S & Yufang, W 2008, Development of acupuncture-reading wiThEEG, MRI and PET. In: Proceedings of the International Conference on Technology and Applications in Medicine. Li, G, Cheung, RT, Ma, QY & Yang, ES 2003, Visual cortical activations on fMRI upon stimulation of the vision-implicated acupoints, NeuroReport, Vol. 14, No. 5, pp. 669–673. Beissner, F & Henke, C 2011, Methodological problems in fMRI studies on acupuncture: a critical review wiThspecial emphasis on visual and auditory cortex activations, Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, Vol. 2011, Article ID 607637. Cho, Z, Oleson, T, Alimi, D, Niemtzow, R 2002, Acupuncture: the search for biologic evidence wiThfMRI and PET techniques, Journal of Alternative and Complementary Medicine, Vol. 8, pp. 399–401. Pariente, J, White, P, Frackowiak, RSJ & Lewith, G 2005, Expectancy and belief modulate the neuronal substrates of pain treated by acupuncture, Neuroimage, Vol. 25, No. 4, pp. 1161–1167. White, P, Bishop, FL, Prescott, P, Scott, C, Little, P, Lewith, G 2012, Practice, practitioner, or placebo? A multifactorial, mixed-methods randomized controlled trial of acupuncture, Pain, Vol. 153, No. 2, pp. 455–462.

6. Lezak, MD 1995, Neuropsychological Assessment, Third Edition, Oxford University Press, New York.

Глава 18

МЕТОДЫ СБОРА ИНФОРМАЦИИ

Выполняя функцию биологической обратной связи, мышечный мониторинг предоставляет уверенный доступ к стрессорам, как на сознательном, так и подсознательном уровнях. Использование закладки в контур для удержания электромагнитного и энергетического аспектов стресса, добавление информации пальцевых проб и специальных индикаторных точек, обеспечивает механизм сбора информации о применяемых специальных стрессорах. К тому же, это создает для них контекст и указывает факторы, подтверждающие эту контекстуальную информацию. Ее сбор может проходить с помощью ряда методик, с применением мышечного мониторинга и закладки в контур. Основываясь на истории клиента, человек, проводящий мониторинг, имеет возможность выбора того, как пользоваться собираемой информацией. Существует три наиболее традиционные метода сбора информации: 1) применение форматирования по точкам акупрессуры и специфическим индикаторным точкам, невербальный, подсознательный подход; 2) проверка мышцы-индикатора на соответствующие связи и настройку частоты; и 3) вопросы клиенту для прямых ответов «да» и «нет» в процессе мониторинга мышцы-индикатора. Ранее мы обсуждали методику применения пальцевых проб и отдельных точек-индикаторов как механизма определения основных и специальных областей, которые относятся к тому, что испытывает клиент.

Проверка мышцы-индикатора по определенным частотам является преимуществом над методом вопрос-ответ «да» и «нет», поскольку реакция мышцы — это феномен всё или ничего, мышца или блокируется, или раскрывается. При использовании метода вопрос-ответ «да» и «нет», вопрос должен быть сформулирован абсолютно четко и таким образом, чтобы он предполагал только один из двух ответов: «да» или «нет».

Метод вопрос-ответ «да» и «нет»

Как организм оповещает нас о том, что ответ на поставленный вопрос «да» или «нет»? Он реагирует так из-за природы неврологической обработки в мозге. Любая информация, которая поступает в мозг, проходит быструю первоначальную обработку в подсознательной и, как обычно, подкорковой области перед тем, как она пройдет более высокий уровень обработки на уровне сознания. Система выживания проверяет входящие сведения и быстро сканирует свой банк данных на соответствующие ассоциации из предыдущего опыта. Впоследствии миндалевидное тело и другие составляющие системы выживания активируют эмоции выживания, которые связаны с предыдущим опытом.

Оно выполняет это автоматически, основываясь на заданный эмоциональный заряд на подсознательном уровне, который связан с удовольствием и вознаграждением, а также с болью и нака-

занием. В действительности, это то, что придает информации валентность и эмоциональный заряд для запоминания в первую очередь. Следовательно, когда человек, проводящий мониторинг, задает вопрос клиенту для получения ответа «да», обычно у них в норме нейтральный сознательный опыт, и действуют они согласно вопросам. Не наблюдается никаких сознательных эмоциональных состояний. Однако, если они дают ответ «да», подсознательная эмоциональная система быстро оценивает ранее полученный опыт по данному слову. Ответ «да» содержит очень ограниченный отрицательный эмоциональный заряд. В действительности, он обладает очень высоким положительным зарядом, поскольку относится к тому, о чем вы спрашиваете, и в результате появляется вознаграждение, или же разрешение делать то, что хочется, получая в итоге удовольствие. При этом нет сознательного или подсознательного стресса!

Все же, когда клиента подводят к тому, чтобы он дал ответ «нет», подсознание сканирует сознательный и подсознательный опыт на предмет ассоциаций, связанных с этим определенным словом. В отличие от «да», слово «нет» обычно содержит очень сильные сознательные и подсознательные ассоциации вместе с отрицательными эмоциональными состояниями, такими как разочарование, злость, боль и наказание, что, впоследствии, порождает подсознательное состояние стресса у человека.

Вспомните время, когда вам было два года. Сколько раз вам говорили слово «нет» с большим ударением, именно тогда, когда вы хотели услышать «да»? Слово «нет», в основном, было отказом на ваши желания и стремления в тот момент, когда вы хотели и жаждали чего-то каждой фиброй вашей души, и переживали это в тот *теперешний* момент. Таким образом, ответ «нет» почти всегда содержит определенный уровень относящегося к нему подсознательного стресса, на основании предыдущего опыта, чаще всего из детства, но который воспринимается как *теперь* на уровне подсознательных систем выживания, сканирующих эти данные. Следовательно, при произнесении слова «нет», или при получении ответа «нет», появляется стресс, достаточный для изменения индикатора.

Таким образом, данные реакции на «да» и «нет» могут использоваться в качестве механизма для сбора информации. Таким образом, появляется возможность задать вопрос «биокомпьютеру» человека относительно того, какая у него ассоциация в определенном вопросе и, который может отвечать на реакцию «да» или «нет».

Однако, следует понять две позиции: 1) подсознательное является абсолютно буквальным в интерпретации данной информации, и не понимает, что вы подразумеваете. Поэтому, оно лишь дает ответ только на вопрос, который вам ставится; и 2) задаваемый вопрос должен недвусмысленно давать ответ лишь «да» или «нет».

В отношении первой позиции, у Кребса был случай, когда он начинал работать в качестве энергетического кинезиолога. Он работал с женщиной, у которой была проблема на эмоциональном уровне, что показала эмоциональная пальцевая проба. Вопрос был связан с мужчи-

ной, что определялось при локализации контура почки 27 с правой стороны, но по эмоциональному содержанию было не понятно, о каком мужчине шла речь.

Соответственно, Кребс задал женщине такой вопрос: «Это человек, с которым Вы взаимодействуете в данное время?» Ответ был: «Нет!». Таким образом, Кребс исключил возможность того, что ее муж мог быть тем человеком, с которым связана ее эмоциональная проблема. При дальнейшем обследовании не удалось определить мужчину, который вносил стресс в ее жизнь (он даже рассматривал вопрос о «ее любовнике»). В конце концов, Кребс задал ей вопрос: «Этот мужчина непосредственно является членом вашей семьи?». Последовал ответ: «Да», и поскольку у нее были только дочери, единственным возможным мужчиной мог быть только ее муж. Затем Кребс спросил: «Этот мужчина — ваш муж?», на который ее биокомпьютер дал ответ «Да!».

Это кажется парадоксальным, поскольку биокомпьютер сказал, что это не тот, с кем она взаимодействовала, и все-таки это был ее муж. Затем Кребс спросил в устной форме: «Как может быть так, что это ваш муж, если ваш биокомпьютер указывает на то, что вы не взаимодействуете с ним?». И она ответила, что муж находится в США, на расстоянии 12 000 км, и она действительно мало с ним общалась в течение последних недель, и никакого физического контакта не было вообще!

Биокомпьютер выдал прямой ответ на вопрос. Когда Кребс задавал прямой вопрос: «Это ваш муж?», биокомпьютер выдавал правильный ответ «да», но, когда ставился вопрос, в котором *подразумевался* ее муж, ответ был «нет», поскольку она напрямую с ним не общалась. Эта ситуация показывает то, как биокомпьютер выводит ответы на вопросы. В действительности, он схож с настоящим компьютером, он не подразумевает, и не показывает сути, а также не получает подразумеваемого значения, но лишь дает прямые буквальные ответы.

Следовательно, при постановке закрытого вопроса с ответом «да» или «нет», вам следует подразумевать только один из двух вариантов: «да» или «нет». Если это открытый вопрос, подразумевающий неокончательные значения в ответе, подобно тем, которые задавал Кребс, вы будете часто заблуждаться, поскольку мышца должна работать, и она может лишь запираться и раскрываться. Если она раскрывается, человек, проводящий мониторинг, будет интерпретировать это как «нет», поскольку, когда она запирается, тот, кто проводит мониторинг, будет интерпретировать это как ответ «да», но ни одна из этих интерпретаций не будет правильной. Следовательно, человек, проводящий мониторинг, будет находиться в заблуждении, имея неправильные ассоциации и интерпретации информации, которые он получает в результате мышечных реакций. Таким образом, согласно тому, что ответы «да» и «нет» могут играть важную роль в кинезиологии, их необходимо использовать с крайней точностью, и четкими мерами предосторожности для того, чтобы быть уверенным в том, что существует лишь один допустимый ответ.

Проверка

Проверка — это термин, используемый для описания процедуры, когда сам клиент или кинезиолог произносит вслух утверждение, а затем происходит наблюдение за реакцией индикатора. Реакция индикатора — это результат совпадения частоты любой проблемы, связанной с сознательными и подсознательными ассоциациями человека в отношении произнесенного утверждения.

Наряду с ответами «да» и «нет» подсознательное сканирует соответствующий опыт прошлого, предоставляя больше значимости тому, что оказывало влияние на физическое выживание и существование эго.

Преимущество проверки в процессе постановки вопросов-ответов «да» и «нет» состоит в том, что будет ответ только тогда, когда утверждение сформирует частоту, соответствующую энергетическим образцом дисбаланса, к которому она относится и, следовательно, является подходящей. Таким образом, те вопросы, которые являются нерелевантными, или они не создают частоту дисбаланса, не изменяют индикатор.

В этом смысле, биокомпьютер теперь будет показывать, что проверка не совпадает по частоте с указанной проблемой и, следовательно, в ней нет необходимости. Поэтому, если имеет место настройка частоты между указанной стимуляцией, например, «мама», «папа», и отдельного отрицательного прошлого или нынешнего стрессора, индикатор будет изменяться, показывая существование данного стрессора. Однако, если нет изменения индикатора при произнесении утверждения проверки, это будет служить подтверждением того, что проверяемое утверждение не относится к какому-либо стрессору.

Часть V

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КЛИЕНТА

Сеанс кинезиологии обычно подразумевает работу кинезиолога в клиническом кабинете, когда клиент лежит на массажном столике полностью одетым. Сеанс начинается с обсуждения важных факторов, относящихся к работе с клиентами, включая все, что относится к этическому поведению и надлежащему изучению истории клиента. Затем обсуждается, как будет проводиться оценка состояния клиента, и как будет определено, что наиболее подходит для помощи клиенту. Такой процесс происходит каждый раз, когда клиент приходит на сеанс кинезиологии. Перед началом кинезиологической балансировки, практикующему кинезиологу следует выполнить серию мануальных предварительных проверочных действий для того, чтобы убедиться в точности информации, которую может выдавать «биокомпьютер» клиента.

Существует ряд предварительных проверок, которые применяются в различных областях Энергетической кинезиологии. Однако, мы включили только пять способов предварительной проверки, которые, по нашему убеждению, являются наиболее важными для того, чтобы биокомпьютер мог обеспечить точную и верную биологическую обратную связь.

После выполнения предварительных проверочных действий, начинается кинезиологический баланс, и мы назвали первую стадию баланса *установки контекста*. По своей сущности кинезиология является полностью зависимой от контекста, и результаты ее баланса напрямую относятся к первоначальному контексту, который был установлен для данной балансировки.

Существует несколько подходов к установке контекста для проведения сеанса, и все они обсуждаются в этой главе.

Боль — это наиболее частый вопрос или контекст, который наблюдается в кинезиологии. Существует три основных фактора, которые необходимо оценить:

1. интенсивность болевых ощущений, обычно оценивается по субъективной шкале от 0—10;
2. качественная составляющая боли (пульсация, ноющая боль, острая боль, и т. д.);
3. место болевых ощущений.

Данная оценка болевых ощущений крайне важна, поскольку один, или же все эти три фактора могут (или же не могут) изменяться в ходе сеанса и, таким образом, клиент может сказать: «Боль все еще присутствует!». Но, ее интенсивность такая же, тот же вид болевых ощущений и/или она присутствует в том же самом месте? После ее устранения, трудно вспомнить то, какое было изначальное ощущение боли, и на что она была похожа, если ее не обозначить при первоначальной оценке клиента.

Глава 19

РАБОТА С КЛИЕНТАМИ

Поведение в соответствии с законом и этическое поведение

Будучи энергетическим кинезиологом, вы должны знать регулирующие положения, которыми руководствуются в комплементарной индустрии здравоохранения в вашей стране. Это ваша ответственность оценить и следовать всем положениям законодательства, которые относятся к вашей работе энергетического кинезиолога. Обычно это включает принципы, относящиеся к гигиене и охране труда, контролю инфекций, соблюдением приватности и конфиденциальности информации, защите детей, а также руководство по работе с клиентами.

Пример кодекса этики поведения

Представленный кодекс этики поведения взят с вебсайта Американской Ассоциации Энергетической Кинезиологии.

По моему желанию для обеспечения знания об этического поведении в сообществе кинезиологов, включая меня, я буду:

- вести бизнес и профессиональную деятельность полноценно, профессионально, честно и законно;
- честно предоставлять только услуги, соответствующие квалификации, образованию, сертификации, профессиональной принадлежности и другим навыкам. Я буду ссылаться на них при необходимости, и в случае, если это возможно.
- признавать изначальную ценность и индивидуальность каждого человека, уважая религию, здоровье, духовность, образование, политические и социальные взгляды клиента, его жизненные приоритеты, без дискриминации по расовой принадлежности, вероисповеданию, цвету кожи, полу и сексуальной ориентации.
- брать ответственность за обеспечение моего физического, умственного, эмоционального и духовного благосостояния.
- отказываться от постановки диагнозов, предписания лекарств, или лечения каких-либо расстройств до получения лицензии на подобную деятельность.
- стремиться к профессиональному совершенствованию посредством текущей оценки личных качеств, ограничений и эффективности, а также путем постоянного обучения и тренингов.
- соблюдать все применяемые правила в Энергетической кинезиологии. Я обязуюсь работать над отменой или переизданием положений, которые наносят ущерб проведению законных практик в Энергетической кинезиологии.
- соблюдать конфиденциальность профессиональной связи с моим клиентом. Обязуюсь уважать право каждого клиента на приватность, открывая конфиденциальную информацию только

после разрешения клиента или в соответствии с законом.
- уважать профессиональный статус других энергетических кинезиологов и иных специалистов-практиков в отрасли здравоохранения.

Другой кодекс этики поведения взят с сайта Австралийской Ассоциации Кинезиологии.

- Я обязуюсь давать почетный, достойный доверия и этический пример в своей профессии кинезиолога.
- Я выполняю свою работу с высочайшей интегративностью.
- Я уважаю конфиденциальность своих клиентов.
- Я вдохновляю клиентов нести ответственность за самих себя в деле реализации собственной истины.
- Я честно несу финансовую ответственность в соответствии с законом во всех отраслях ведения своего бизнеса.
- Я считаю обязательным достижение финансового успеха, стабильности и развития своего бизнеса в соответствии с этим кодексом этического поведения.
- В отношении своего клиента, обязуюсь не порочить и не критиковать другие методы медицины или лечения.
- Я признаю необходимость направить моего клиента к другим специалистам в случае необходимости.
- Я продолжаю совершенствовать и повышать свои навыки в отрасли кинезиологии.
- Я продолжаю заниматься своим самосовершенствованием через кинезиологию и другие отрасли.
- Я признаю важность моей роли в качестве профессионального кинезиолога, и поддерживаю развитие кинезиологии в обществе.

Обязанности практика и клиента

Необходимо уяснить обязанности практика и клиента в соответствии со стратегией проведения сеанса.

Обязанности практика включают:

- надлежащее гигиеническое поведение;
- соответствующие отношения с клиентом;
- соответствующее сексуальное поведение;
- соблюдение плана лечения;
- обеспечение лечения и последующего наблюдения;
- обсуждение соответствующих противопоказаний или вероятных усложняющих факторов лечения;
- пересмотр плана лечения;
- корректировка плана лечения в случае необходимости.

Обязаности клиента включают:

- следовать рекомендациям до и после сеанса;
- предоставлять кинезиологу всю информацию по текущему состоянию;
- сообщать кинезиологу о любых противопоказаниях или вероятных факторах осложнения лечения;
- давать советы кинезиологу по вопросам комплайенса;
- соблюдать план лечения.

Соблюдение интегративности

Крайне важно, чтобы вы всегда соблюдали высокий уровень интегративности кинезиологической практики. Это значит, что при любом взаимодействии с клиентом вы должны руководствоваться

тем, что представляет наибольший интерес для вашего клиента, а не для вашего собственного интереса. Очень часто это является трудной задачей, и заставляет вас действовать обдуманно, быть честным самим с собой. Если после рефлексии вы обнаруживаете, что вам не хватает интегративности, наберитесь смелости и примите этот урок и, соответственно, внесите изменения в свои дальнейшие действия. Всегда сложно быть абсолютно честным. Помните о следующих пунктах.

- Будьте смелым, чтобы быть честным.
- Если вы не можете дать ответ на что-либо, так и скажите.
- Не придумывайте ответы и не давайте ответ только для того, чтобы кого-то успокоить.
- Быть честным важнее, чем быть приятным.
- Быть честным не значит быть критичным или жестоким.
- Всегда давайте ответ честно и с любящей добротой.

Общение с клиентами

Для того, чтобы обеспечить клиенту максимальную пользу от сеансов кинезиологии, крайне важно, чтобы путь к общению всегда был открытым. Клиент будет чувствовать себя в безопасности и чаще приходить на сеансы лечения тогда, когда он будет понимать, что может задавать вопросы, когда ему надо, и что он будет получать быстрые и четкие ответы. В процессе сеансов по кинезиологии вам необходимо давать четкие ответы на вопросы клиентов, используя соответствующий язык общения.

Держите в уме следующие положения в виде подсказки.

- помните, что все вопросы касаются клиента; не принимайте их на свой счет.
- Избегайте использования сленга кинезиологии, с которыми клиент может быть незнаком.
- Избегайте использования новых сленгов и концепций, которые могут запутать клиента или ввести его в замешательство.
- Не допускайте мысли, что клиент все знает заранее.
- Считайте, что клиент ничего не знает о кинезиологии и, таким образом, вы не запутаете его.
- Считайте, что клиент ничего не знает о психологических консультациях, само-осознании, личном развитии, духовной эволюции или каких-либо иных путях или моделях развития.
- Уважайте систему ценностей и веру клиента, убедитесь, что вы формулируете вопросы и объяснения, опираясь на систему ценностей и веры клиента, а не на свою.
- Уважайте право клиента на понимание процесса, через который вы его проводите.
- Уважайте право клиента забыть то, что вы ему ранее объясняли!

Ответы на реакции

Попросите клиента следить за своими реакциями в процессе сеанса и сообщить вам о них в случае необходимости. К тому же, важно, чтобы ваше внимание было ориентировано на клиента в ходе сеансов. Вам следует отвечать на любые реакции, которые вы заметите. Ответы на реакции в процессе проведения сеансов могут включать изменение интенсивности воздействия или положения клиента, обсуждение протекания реакций с клиентом, руководствоваться клиническим указаниями при реакции на травмы или в критическом положении, применяя методики первой медицинской помощи.

Если у клиента наблюдается тяжелая реакция, которая является необычной для практики в кинезиологии, вам следует оценить наличие собственного опыта или достаточной квалификации для оказания помощи. Если у вас недостаточно опыта, то вам следует немедленно отправить клиента к соответствующему специалисту-практику, работающему в сфере здравоохранения. Если клиенту необходима неотложная медицинская помощь, немедленно свяжитесь с соответствующей местной медицинской службой, или со скорой помощью.

Литература

1. Australian Kinesiology Association 2013, Code of Practice [online] Available at: <http://www.aka.asn.au/Resources/Documents/doc2.pdf> (accessed 13 August 2013).Energy Kinesiology Association, Code of Ethics [online]. Available at: <http://www.energyk.org/index.php/trainingworkshops/27-pages/about-us/9-code-of-ethics> (accessed 20 August 2013) 203GG_

Глава 20

СБОР ИСТОРИИ КЛИЕНТА

Обсуждение на начальном этапе

Перед началом сеанса с клиентом вам следует четко определить его цели. Как практик именно вы несете ответственность за то, чтобы четко понять представленную проблему клиента и собрать всю информацию, необходимую для ее эффективного решения. Также вы несете ответственность за изучение того, что именно ожидает клиент от сеанса. Вам следует давать объяснения относительно реалистичности этих ожиданий. В процессе обсуждения и исследования текущих проблем клиента, крайне важно прислушиваться к клиенту. Этот процесс приобретает форму получения информации через обратную связь, предоставляя пояснения к информации. Например, если клиент говорит: «Каждое утро, когда я просыпаюсь, я чувствую боль в спине», то в ответ вы можете вернуть эту информацию клиенту: «Я понимаю, что с утра у вас боль в спине». Это вносит ясность относительно природы и места боли, или может даже представлять необходимую информацию, которую не удалось отобразить в карточке клиента, например: «Да, после операции на спине...». Очевидно, это крайне важная информация для сеанса, который вы будете проводить!

Также очень важно, чтобы вы спросили у клиентов о существовании каких-либо иных проблем в их жизни, возможно, другого характера, которые, по их убеждению, могут оказывать влияние на существующую проблему.

Кроме того, вам следует спросить об информации важной с точки зрения его истории здоровья. Клиент должен быть уверен в методе лечения, который вы практикуете. В данном методе и практик, и клиент играют свои роли. Он не представляет собой способ «фиксирования» или «лечения» проблемы специалистом, а скорее проходит в виде интерактивного процесса раскрытия основ и случайных факторов текущей проблемы. Клиент должен осознавать, что они оба активно участвуют в методике лечения, и от него, возможно, потребуется выполнение определенных действий, например, исключения какого-то продукта из рациона или выполнения отдельных упражнений для того, чтобы помочь решить проблемы. Вам также необходимо ясно объяснить техники, которые вы будете применять, а также ограничения вашей помощи.

Определение приемлемости помощи клиенту

Как только вы выяснили цели и ожидания клиента, вам следует определить приемлемость проведения ваших манипуляций. Если клиент соответствует требованиям клиники и является годным, вы можете начать проведение консультаций.

Вы должны направить клиента к другому специалисту здравоохранения в случае, если:

- потребности клиента превышают уровень предоставляемых вами услуг;

- клиент хочет установить диагноз и получить лечение при вероятных медицинских заболеваниях;
- клиент хочет, чтобы ему было проведено медицинское обследование для определения патологических причин, или же выявления параметров, превышающих возможности вашей практики, например, беременность, анализ крови, определение уровня холестерина или сахара в крови;
- у присутствующего клиента есть, или же есть вероятность инфекционного заболевания, вызывающего жар, тошноту и/или сонливость;
- симптомы клиента не имеют логического объяснения и требуют медицинской диагностики;
- клиент — несовершеннолетний, и не получил разрешения родителей;
- если по вашему мнению, клиенту лучше встретиться с другим специалистом-медиком.

Составление истории о состоянии здоровья клиента

При определении состояния здоровья клиента, вам следует быть уверенным в том, что вы идете в правильном направлении в процессе сбора информации. Ваша манера поведения должна способствовать тому, чтобы клиент чувствовал себя в достаточной степени комфортно для того, чтобы делиться с вами личной информацией, всегда находясь при этом в профессиональных отношениях. Все вопросы следует задавать целенаправленно, систематично и в дипломатической форме. При составлении историю клиента, информацию следует записывать точно, правильно и упорядоченно. Как только сведения собраны, вам необходимо убедиться, что полученная вами информация хранится в конфиденциальном и безопасном месте, так что ваша работа соответствует всем нормативным требованиям в той сфере, в которой вы осуществляете свою деятельность.

Ввиду наличия различной информации, сбором которой вы занимаетесь в процессе составления истории клиента, какую информацию включить и как привести ее в порядок, будет зависеть от ваших предпочтений в работе, и/или порядка в клинике, где вы работаете. Пример карточки о состоянии здоровья клиента приведен на рис. 20.1.

Информация, которую Вы собираете для карточки клиента, включает:

- дата предоставления;
- личные идентификационные данные;
- кем выдано направление;
- текущая проблема или причина проведения сеанса;
- субъективная оценка текущей проблемы;
- предыдущие проявления текущей проблемы;
- материнская или отцовская генетическая предрасположенность;
- общее состояние здоровья;
- физическое состояние;
- эмоциональное состояние;
- чувствительность;
- диета и аппетит;
- сон;
- работа кишечника и мочеиспускание;
- проводимые упражнения;
- образ жизни;
- менструальный цикл;
- детские и взрослые заболевания;

- травмы, повреждения или проведенные операции;
- вакцинация;
- стоматология, работа с корневым каналом;
- наличие госпитализаций;
- условия профессиональной и окружающей среды;
- семейное положение и взаимоотношения;
- культурная среда;
- религиозные убеждения и текущие практики клиента;
- другое текущее медицинское или альтернативное лечение;
- вибрационные препараты, прием лекарств или дополнительных средств (в настоящее время и раньше), а также приобретенные побочные эффекты,
- известные аллергии на медицинские препараты или дополнительные средства;
- социальный образ жизни, включая прием наркотических средств;
- у какого терапевта наблюдается.

Определение замедляющих факторов

Перед началом проведения оценки состояния здоровья или сеанса, вам следует определить любые факторы, которые могут замедлить вашу работу с клиентом. Они могут включать языковые трудности, неспособность понимать принципы кинезиологии, другие методы лечения и/или проводимые мероприятия, инвалидность, эмоциональные травмы, недостаток конфиденциальности или внимания из-за присутствия других людей, а также культурные и гендерные факторы. Если вы обнаружили какие-либо факторы, замедляющие работу, при возможности, необходимо внедрять стратегии для минимизации их влияния. Например, если клиент — инвалид, вам следует скорректировать методику мышечного мониторинга, использовать тестирование посредника при балансировке, или же избегать изменений позы на кушетке, которые могут оказаться для некомфортными для клиента. Если у клиента языковые проблемы, вам может понадобиться кто-нибудь из родственников или друзей для выполнения перевода между вами и клиентом. Или же, если текущая проблема клиента очень личная, или существует гендерный вопрос, и клиент может испытывать дискомфорт при обсуждении проблемы или от вашего лечения, тогда вам следует направить клиента к другому практику его/ее пола.

Всегда крайне важно чувствовать культурный и религиозный фон клиента. Например, разница в возрасте провоцирует проявление предубеждений. Например, при возвращении по возрасту вы уходите далее зачатия. Это не означает, что вы работаете с прошлыми жизнями, но говорит о том, что проблема сформировалась в контексте, происходившем до зачатия.

Если система ценностей клиента содержит концепцию прошлых жизней, то вы можете предположить, что одним из факторов проблемы стал компонент из прошлой жизни. Однако, если у клиента твердые религиозные убеждения, включающие традиционные христианские или исламские верования о том, что человек живет только одну жизнь, вам следует переформулировать необходимость

Пример формы личной карты клиента

Личные данные

Имя: _____ дата: _____

Дата рождения: _____ по направлению от _____

Телефон: домашний: _____ рабочий: _____ мобильный: _____

Адрес: _____ район _____

Почтовый индекс: _____ e-mail: _____

Профессия _____ как давно этим занимается _____

Семейный врач _____ другие врачи _____

Сиблинги (имя, возраст, пол) _____

_____ Ваше место в семье _____

Супруг(а)/партнер, имя: _____

Дети (имя, возраст, пол): _____

Культурное происхождение _____

Религия (вы сейчас практикуете) _____

История здоровья

Прошлый травмы (дата, возраст) _____

_____

Прошлый операции (дата, возраст) _____

_____

Детские и другие заболевания (дата, возраст) _____

_____

Текущая жизнь

Какие лекарства принимаете _____

Какие добавки принимаете _____

Предпочтения в еде (обведите)

▢ Мясо и овощи ▢ вегетарианец ▢ веган ▢ макробитики ▢ протеиновая диета ▢ без пшеницы ▢ без глютена ▢ без молочных продуктов ▢ другое

Сколько ежедневно употребляете:

Кофе ____ чай ____ алкоголь ____ вода ____

Частота: работы кишечника ____ мочеиспускания ____ часов ночного сна ____

_____

Упражнения _____

Физическая боль (отметьте подходящее для вас и опишите боль в каждой категории)

☐ Шея и плечи _____

☐ Спина _____

☐ Колени и стопы _____

☐ Локти и кисти _____

☐ Другая область локализации _____

Общее состояние

Уровень энергии ☐ высокий ☐ средний ☐ низкий ☐ переменчивый

Эмоции ☐ высокий ☐ средний ☐ низкий ☐ переменчивый

Опишите ваше отношение к следующим областям жизни:

Эмоциональное и психическое состояние _____

Финансы _____

Отношения с партнером _____

Родители _____

Сиблинги _____

Работа _____

Самоуважение / личная сила _____

Причины, по которым вы здесь (включая историю нынешней проблемы) _____

_____

_____

_____

Есть что-то еще, о чем должен знать специалист? _____

_____

_____

- Я описал все состояния, о которых я знаю, эта информация правдива и точна
- Я согласен сообщать практику о любых изменениях в моем медицинском состоянии и понимаю, что практик не несет вину, если я забуду это сделать
- Я понимаю, что кинезиология только балансирует энергию и не лечит заболевания
- Я понимаю, что кинезиология не является заменой медицинского обследования, диагностики любого заболевания. И что я должен обратиться к врачу или другому квалифицированному медицинскому специалисту по поводу любого физического или психического расстройства, о котором я знаю.
- Я понимаю, что существует политика отмены. Я могу отменить или изменить время моей консультации не менее чем за 24 часа. Если я не приду на мою консультацию, то в качестве штрафа должен буду оплатить ее.

Подпись _____ Дата _____

изучения информации, появившейся до зачатия, таким образом, чтобы это было приемлемым для убеждений клиента.

Например, возраст до зачатия проявляется при возвращении по возрасту, и из истории вашего клиента вы знаете, что он является истинным христианином. Вы можете переформулировать данную концепцию, объяснив, что есть информация, которая необходима для оказания помощи в решении текущей проблемы, и которая берет свое начало еще до рождения. Действительно, все мы являемся результатом наших предыдущих жизней: жизни дедушки, жизни бабушки и т. д. Генетические изменения, или даже следы глубоко укоренившейся личности могут передаваться из поколения в поколение, и эти врожденные образцы могут служить источником или составляющей текущей проблемы клиента. Переформулирование, таким образом, позволяет клиенту чувствовать себя комфортно с мыслью о том, что существует нужная информация, которая предшествует рождению и зачатию клиента.

Глава 21

ПРОВЕДЕНИЕ ОЦЕНКИ КЛИЕНТА

Подготовка к проведению оценки

На протяжении всего процесса оценки состояния здоровья клиента, убедитесь в том, что вы соблюдаете границы клиента. Каждый человек имеет разные уровни комфорта, поэтому дайте клиенту возможность открыто говорить о дискомфорте всякий раз при проведении сеанса. Затем убедитесь, что вы скорректировали применение вашей методики, когда клиент сказал вам о чувстве дискомфорта. Сюда можно включать другую формулировку ваших вопросов, если идет речь о дискомфорте в связи с раскрытием конфиденциальных сведений. Важно вести себя осторожно при касании акупунктурных точек в потенциально чувствительных областях, и в подобных случаях может быть необходимо, чтобы клиент сам прикасался к этим точкам.

Перед началом проведения оценки состояния здоровья, вам следует подготовить клиента к сеансу. Первый шаг состоит в том, чтобы получить обратную связь от клиента по поводу комфортных условий, понимания и его участия в процессе. Вам также необходимо информировать клиента о том, что как только будет ощущение дискомфорта, клиенту следует сразу вас об этом уведомить.

Когда клиент расположился, вы можете начинать проведение предварительных кинезиологических проверок. Выполняя все методики претестов, убедитесь, что клиент понимает, что происходит, четко объясняя, что вы делаете и, предоставляя достаточно возможностей для того, чтобы задавать вопросы и получать ответы.

Информированное согласие

Конечно же, ваш клиент подписывает форму информированного согласия до начала работы с ним. Помимо этого, вы также получаете устное согласие перед проведением оценки состояния здоровья и/или проведением любых методик, которые некоторым клиентам могут казаться некомфортными или навязчивыми. В случае несовершеннолетнего клиента, убедитесь в присутствии соответствующего взрослого человека при проведении всех оценивающих мероприятий и методик лечения.

Просьба обратить внимание на то, что клиент имеет право по закону отказаться от предоставленного ранее согласия на лечение в любое время на протяжении работы с вами.

Потенциальная чувствительность

Проводя оценку состояния здоровья, вам необходимо предусматривать потенциальную чувствительность клиента, и соответственно адаптировать ваш подход, принимая всё во внимание. Потенциальная чувствительность может включать в себя пол, этническую принадлежность, язык, религиозные убеждения, культурное наследие, сексуальность, мобиль-

ность, текущее состояние болезни и персональную историю болезни. Например, у клиента может появиться боль, которая сильно ограничивает его способность двигаться на массажном столе. Вам необходимо приспособить вашу методику, чтобы быть уверенным, что вы не будете причинять ненужную боль или дискомфорт клиенту при работе с ним.

С другой стороны, клиент может относиться к культуре, в которой не предусмотрено открытое обсуждение чувств. Снова вам необходимо скорректировать методы работы таким образом, чтобы клиент не испытывал дискомфорта. К тому же, может случиться так, что клиент, испытавший физическое или сексуальное насилие в прошлом, будет чувствовать дискомфорт при прикосновении к определенным частям тела, и вам следует приспособиться к его чувствительности.

Методы оценки

В процессе проведения оценки клиента, вам следует соблюдать правила клинической и личной гигиены. Примером может послужить то, что проведение оценки клиента подразумевает необходимость прикосновения к телу, что может быть негигиенично или связано с инфекциями. В таком случае, перед проведением процедур для оценки или лечения, вам следует помыть и продезинфицировать руки. Если у клиента существует проблема, которую уже исследовал врач или другой медицинский специалист, вам необходимо попросить клиента принести всю информацию на сеанс. Сведения, которые клиент может вам предоставить, включают в себя диагноз специалиста, рентгенографические снимки и иные снимки, результаты анализа крови, результаты анализа волос, отчеты с подробным описанием проблемы, или выписку от другого специалиста комплементарной медициины. Отчеты другого специалиста могут быть составлены по форме натуропатического отчета, или гомеопатической оценки.

Как только вы получили согласие клиента, и приготовились для проведения оценки степени чувствительности, вы можете начинать оценку состояния здоровья. Оценку здоровья клиента можно проводить посредством:

- обсуждения и/или опроса;
- мониторинга мышцы-индикатора;
- проверки стресса с помощью мышцы-индикаторы;
- оценкой болевых ощущений;
- наблюдением за положением тела;
- ряда двигательных тестов;
- определения текущей способности выполнять какую-либо деятельность;
- проверкой стресса на утверждение цели;
- проверкой стресса на питательные вещества или токсины;
- любой методики, которую вы изучили до уровня компетентности.

Для того, чтобы получить масштабную оценку состояния здоровья, которую вы будете проводить с вашим клиентом, вам следует комбинировать всю собранную информацию из карточки с историей клиента вместе с первоначальным обсуждением, а также наблюдения за состоянием клиента. Результаты проведения всех оценок следует записывать в историю клиента упорядоченно, чтобы их легко могли читать другие специалисты-медики.

Выявление противопоказаний

После оценки состояния здоровья клиента, вам следует определить все противопоказания к проведению сеанса кинезиологии, и соответственно, внести изменения в стратегию их проведения.

Противопоказания для кинезиологической балансировки и возможные осложняющие факторы могут включать:

- наличие инфекционного заболевания, которое вызывает жар, тошноту или сонливость, до тех пор, пока не будет установлен точный медицинский диагноз;
- острые хирургические и медицинские состояния, например, остановка сердца и потеря сознания;
- травматические повреждения или состояния, которые требуют непосредственного внимания врача;
- боль, которая не была обследована врачом;
- отечность, воспаление, припухлости и изменения ткани, которые не были обследованы медицинским путем;
- сыпи и изменения состояния кожи, которые не были обследованы медицинским путем;
- сильные изменения настроения, например, депрессия и чувство беспокойства, до обращения к врачу;
- кровотечение и кровоподтеки ;
- тошнота, рвота или диарея;
- температура (высокая или низкая);
- внезапная потеря веса, что не было обследовано медицинским путем.

Данный список противопоказаний подразумевает лишь общие положения в работе энергетического кинезиолога. Крайне важно быть проинформированным относительно правил и положений, которые применяются в вашей стране, а также в области вашей деятельности.

Планирование проведения лечения

При проведении оценки состояния здоровья клиента, необходимо проводить анализ и интерпретировать информацию, которую вы получаете, что позволит вам подготовить для него/нее соответствующий план лечения. Этот процесс подразумевает обработку информации, собранной в процессе проведения оценки истории клиента. Вам следует принять во внимание текущую проблему клиента, а также ожидаемые результаты, и то, как возникла проблема, степень ее серьезности, и как она влияет на состояние здоровья клиента; возраст и подвижность, всю необходимую информацию, полученную в результате проведения оценки состояния здоровья клиента, его/ее прогресс в лечении с момента начала лечения, влияние предыдущих сеансов, а также способность и желание следовать вашим указаниям, и вносить изменения в образ жизни.

Помимо всего, вы должны уметь распознавать показатели и симптомы проблемы клиента, а также определять то, являются ли они показаниями или противопоказаниями для балансировки. Если выявлены противопоказания, вам следует направить клиента к другому специалисту, или ожидать результатов медицинского обследования. Как только вы получили всю информацию о состоянии здоровья клиента, вам следует расставить приоритеты для проведения консультации, а также определить первоочередную

проблему, которую необходимо сбалансировать в текущем сеансе. Клиент всегда имеет цель, а также причину, по которой он/она ищет лечения с помощью кинезиологии.

Важно быть сфокусированным на результате, который ожидает клиент после каждого сеанса, а также на том, что вы выбираете соответствующие методики для решения существующих проблем. План лечения создается для того, чтобы удовлетворить ожидания клиента в течение выделенного вами срока. Следовательно, любые ненужные отклонения от этого плана могут привести к тому, что ожидания клиента не реализуются.

Как только вы выбрали порядок проведения балансировки для решения проблемы, Вам необходимо обсудить рациональный план лечения с клиентом. Важно, чтобы клиенты были полностью проинформированы о проводимом лечении, которое им назначается, поскольку это их жизнь и здоровье, и на него оказывается воздействие. В процессе проведения дискуссий, убедитесь в том, что клиент имеет возможность задавать вопросы. Отвечайте четко на все вопросы клиентов, с использованием наиболее понятной лексики. В итоге, план вашего лечения должен был занесен в личное дело клиента, и упорядочен таким образом, что другие специалисты-кинезиологи могли легко им воспользоваться.

Так как мышечный мониторинг всегда используют на сеансах, для вас довольно важным моментом является применение методик согласно плану лечения, и в соответствии с текущими жалобами клиента. Отклонение от плана лечения по причине того, что «мышечный мониторинг указывал мне на эту необходимость» неприемлемо. Будучи медицинским практиком, вы обязаны определять то, когда мышечный мониторинг ведет вас в соответствующем направлении с целью достижения ожидаемого клиентом результата, а также и то, что мышечная реакция является несоответствующей.

Помните: мышца-индикатор способна реагировать только на то, что вы ее спрашиваете. Будучи практиком, вы несете ответственность за то, что задаете правильные вопросы мышце, которые соответствуют плану лечения, заранее оговоренному с клиентом.

Оценка прогресса

В начале каждого сеанса вам необходимо проводить оценку прогресса, достигаемого клиентом. Оценка прогресса включает обсуждение текущих симптомов, а также изменений после последнего сеанса, продолжительность и место проявления симптомов, ощущения и прогресс в достижении ожидаемых результатов. Следует определять результаты проведения предыдущего сеанса перед началом очередного сеанса, и записывать в личное дело клиента. Результаты предыдущих сеансов могут записываться просто, например: «У клиента улучшение», «У клиента ухудшения», «Без изменений» или «Появление нового состояния». С другой стороны, клиент может испытывать более сложный комплексный результат, который оказал значительное влияние на его/ее жизнь, как положительное, так и отрицательное.

С учетом прогресса клиента, а также влияния предыдущих сеансов, вам необ-

ходимо пересматривать предыдущие планы лечения, и принимать решение относительно того, появился ли ожидаемый прогресс у клиента, или нет. Если прогресс ожидаемый, вы просто продолжаете следовать вашему плану, созданному для клиента. Однако, если прогресс не идет по прогнозируемому пути, вам необходимо провести оценку и понять какие изменения нужно внести.

Если у клиента нет прогресса, который вы ожидали, или же клиент предоставил новые сведения, у вас может появиться необходимость внести изменения в ваш первоначальный план лечения. Данные изменения могут включать применение других методик, внесение изменений в применяемые вами методики, или же использование другой стратегии между сеансами. Те изменения, которые вы вносите в план лечения, необходимо оговаривать с клиентом с целью достижения оптимальных результатов в процессе лечения с помощью кинезиологии.

Глава 22

ПРОВЕДЕНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ ПРОВЕРОЧНЫХ ДЕЙСТВИЙ

Как и с любым компьютером, перед началом эффективного применения «биокомпьютера», существует ряд предварительных проверочных тестов, которые необходимо выполнять. Когда вы включаете ваш компьютер, в самом начале он выполняет целый ряд предварительных проверочных действий всех систем, которые проходят внутри самого компьютера. Если какая-либо из них не проходит одну из проверок, вы не сможете работать с компьютером до тех пор, пока основные операционные системы не будут приведены в рабочее состояние.

К сожалению, в теле человека кинезиолог не может нажать кнопочку на животе и ожидать того, что глаза человека начнут сверкать и указывать на то, что биокомпьютер включился в режим «онлайн» и находится в готовности выдавать точные данные. Вместо этого, существует ряд мануальных предварительных проверок или тестов, которые нужно провести, чтобы гарантировать точность предоставляемых информационных данных биокомпьютера. Существует большое количество возможных проверочных действий систем, которые могут проводиться перед использованием биокомпьютера. В действительности, в различных областях Энергетической кинезиологии используются разные комбинации подобных действий. Однако, мы знаем, что существенными являются следующие пять проверочных действий систем, позволяющих биокомпьютеру выдавать точные и надежные данные биологической обратной связи.

Пять основных систем, которые на наш взгляд, являются наиболее важными:

1) относительный уровень гидратации тканей организма;

2) концепция в кинезиологии, которую называют *электромагнитное переключение*, представляемое в мозге, как смена полярности, при котором исходящий импульс «переключается» и, таким образом, обратная связь является неустойчивой;

3) проверка устойчивости Центрального и Управляющего меридианов, ввиду того, что эти срединные меридианы, играют роль в поддержке устойчивости остальных первичных двенадцати меридианов и, следовательно, в формировании энергетической устойчивости организма в целом;

4) состояние ионизации организма, которое в случае неустойчивости, может вызвать несоответствующие изменения индикатора при локализации контура точек акупунктуры;

и

5) проверка устойчивости механизмов интервала закладки в контур, поскольку дисбалансы внутри этих механизмов могут повлечь ненадлежащие сведения, необходимые для включения в контур.

Гидратация

Для достижения оптимальных характеристик, ясности мышления и должной интеграции на уровне разум-тело, организму крайне необходима надлежащая гидратация, то есть, достаточное количество воды. Без чистой воды электромагнитная и физиологическая системы ослабевают. Например, происходит ослабление лимфатического дренирования, а также ослабление функций органа. Для гидратации тканей организму нужно достаточное количество воды, чтобы они были способны вырабатывать надлежащий электромагнитный потенциал и поддерживать физиологическую функцию. Вода необходима для всех метаболических процессов, поскольку она является основным растворителем в организме. Она нужна для электрической, электромагнитной и нейрофизиологической передачи сигнала. Также вода играет важную роль в организме как для обеспечения точного доступа к информации, так и для того, чтобы мышца-индикатор функционировала должным образом.

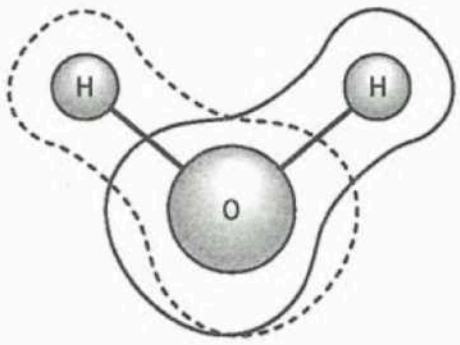
Связь воды и водорода

Каждая молекула воды состоит из двух атомов водорода и одного атома кислорода. Эти три атома связаны вместе благодаря обмену электронами, и этот вид связи классифицируется как *ковалентная связь*.

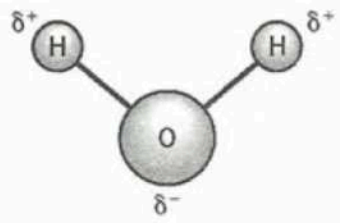
Более того, молекулы воды связаны между собой отдельным видом межмолекулярной связи, которая называется *водородной связью*, она крайне важна в биологических системах. Водородная связь — это отдельный вид притяжения диполь-диполь. Она присутствует в системах, где атом водорода связан с атомом кислорода, азота или фтора. Ввиду того, что кислород имеет отрицательный электрический заряд, то есть, сильную близость электронов, в то время как у водорода относительно низкий отрицательный уровень электрического заряда, результирующая связь представляет собой большую *полярность*, и ковалентные электроны сильно притягиваются к атому кислорода. И напротив, в водородном газе (H2) присутствует два идентичных атома водорода, и электроны разделяются равномерно, делая молекулу *неполярной*. В молекулах воды ковалентные электроны вращаются гораздо больше времени вокруг большого атома кислорода, и меньше времени вокруг крошечных атомов водорода. Благодаря этому, одна частица молекулы водорода имеет незначительно более отрицательный заряд, поскольку электроны также имеют отрицательный заряд (см. рис. 22.1).

Эти частичные заряды в молекулах воды означают то, что отрицательно заряженные кислородные концы молекул воды будут притягивать положительно заряженные водородные концы молекул воды. Данное притяжение между положительными водородными концами и отрицательными кислородными концами молекул воды приводит к их выравниванию друг с другом, и такое выравнивание называется *водородной связью*. Это схоже с передвижением северного полюса магнита к южному полюсу второго магнита для того, чтобы выровняться по северному полюсу. Поэтому, водородная связь — это нефизическая связь, а лишь сила притяжения.

а. Молекула воды с орбитами электронов



б. Молекула воды с частичными дельта зарядами



H — водород;
O — кислород;
δ+ — частичный положительный заряд атома водорода, сформирован из-за того, что электроны проводят больше времени около более крупного атома кислорода;
δ− — частичный отрицательный заряд атома кислорода, сформирован значительно более крупным размером атома, из-за чего электроны проводят гораздо больше времени около него.

Рисунок 22.1. **Молекула воды.**
а) Молекулы воды с орбитами электронов. Пути движения электронов по орбите крошечных атомов водорода, и гораздо большие по размеру атомы кислорода. Ковалентным электронам требуется значительно больше времени для вращения вокруг больших частиц кислорода, придавая им незначительный отрицательный заряд, и меньшее количество времени для вращения вокруг водородных частиц, придавая слегка положительный заряд.
б) Молекулы воды с частичными дельта зарядами. У молекул воды неравномерные ковалентные электроны. Таким образом, частица водорода вырабатывает частичный положительный заряд (δ+) и кислородная частица молекулы вырабатывает частичный отрицательный заряд (δ−). Это превращает воду в *полярный* растворитель, который обладает важными уникальными свойствами.

Любая отдельная водородная связь неустойчива, а тысячи, связанные вместе, достаточно сильны для того, чтобы контролировать форму протеинов и удерживать большие молекулы, такие как ДНК, вместе. Благодаря наличию полярности, происходит самопроизвольное упорядочивание воды во взаимосвязанные паттерны, так как отрицательные водородные частицы одной молекулы воды притягивают положительные кислородные частицы другой молекулы воды. Этот принцип повторяется на других молекулах воды, создавая взаимосвязанные струи, которые впоследствии размещаются на поверхности, и имеют название *поверхностное натяжение* воды (см. рис. 22.2). Таким образом, поверхностное натяжение, порожденное водородной связью молекул воды, является настолько сильной, что множество насекомых, таких как водомерки, могут легко прыгать по водной поверхности. Данное поверхностное натяжение также рассчитано на капиллярное действие, тенденцию движения воды вверх по полотну, висящему на раковине, а затем эта вода капает вниз на пол с другого конца полотенца.

У воды может быть целый ряд трехмерных паттернов, поддерживающихся водородной связью, которые были совсем недавно описаны Роем и Тиллером.

1) Рой и Тиллер выдвигают предположение о том, что трехмерные структуры воды могут обеспечивать механизм удержания и хранения информации, а также служить основой гомеопатии и памятью воды, которую описывал Эмото.

2) *Области гидратации*

Аминокислоты представляют собой полярные органические молекулы с частичным положительным зарядом на конце, где располагается карбоксильная группа, и частичным отрицательным

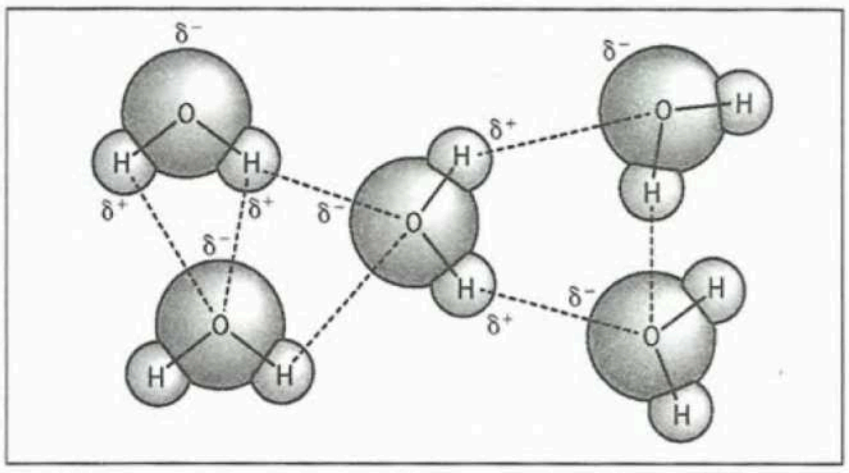


Рисунок 22.2. **Водородные связи в воде.** Ввиду наличия частичных дельта положительных и отрицательных зарядов (δ+ и δ−) в молекулах воды, они самопроизвольно выстраиваются во взаимно запирающиеся структуры, так как отрицательная частица кислорода одной молекулы воды соединяется с положительной частицей водорода другой молекулы воды посредством водородной связи (пунктирные линии). H, атом водорода; O, атом кислорода.

Рисунок 22.3. **а) Неионизированная форма аминокислоты.** Аминокислоты количественно изменяют атомы углерода (C) между аминогруппой (NH_2) на одном конце, и карбоксильной группой (COOH) на другом конце. Они также изменяют наличие боковых цепочек (R) — от единичного атома H к длинным соединениям групп CH_2 ароматических колец. **б) ионизированная форма аминокислоты.** Аминокислота, растворившаяся в воде, теряет ион H (H^+) карбоксильной группы в воде, оставляя группу карбоновой кислоты (COO^-) слегка отрицательной, а аминогруппу (NH_2) слегка положительной, или даже с двукратной ионизацией, получая дополнительный ион водорода (H^+) на частице аминогруппы, и усиливают положительный заряд и, следовательно, отрицательный заряд в карбоксильной группе. **в) репрезентативные примеры.**

зарядом на аминовом конце. Эти частичные заряды появляются по причине того, что два атома кислорода притягивают электроны ближе к кислотному концу, удаляясь от аминового конца, имеющего частично положительный заряд (см. рис. 22.3).

Аминокислоты формируют длинные цепочки, называемые протеинами. Они соединяются вместе с помощью пептидных связей. В пептидной связи окончание карбоксильной группы в структуре аминокислоты отдает OH^- и окончание структуры аминогруппы другой аминокислоты отдает H^+. Это позволяет формировать ковалентную связь между карбоксильной и аминовой группами, пептидную связь, в то время как H^+ и OH^- соединяются, чтобы образовать воду (H_2O) (см. рис. 22.4). Протеины формируются с помощью ряда пептидных связей и, таким образом, образуют ряд частично положительных и отрицательных зарядов. Они выстроены по длине, и имеют небольшой положитель-

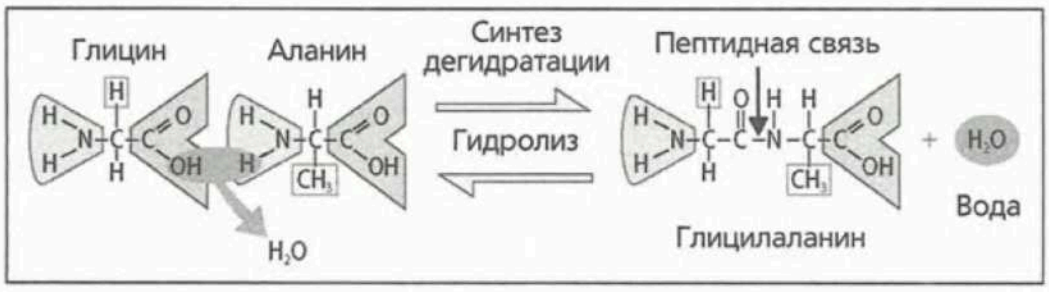


Рисунок 22.4. **Синтез дегидратации: формирование пептидной связи.** Карбоксильная группа одной аминокислоты отдает одну гидроксильную группу (OH−), и аминогруппа другой аминокислоты отдает один ион H (H+), в результате чего формируется ковалентная связь между карбоксильной и аминогруппой. В результате формируется пептидная связь между двумя аминокислотами и одной молекулой воды (H2O). C, атом углерода; N, атом азота; R, боковая цепь.

Рисунок 22.5. **Основная и вторичная структура протеинов через водородную связь.** Первичная структура протеинов — это обычная цепочка аминокислот, соединенных пептидными связями. Благодаря распространению дельта-положительных и дельта-отрицательных зарядов по длине молекулы протеина, протеины сами по себе самопроизвольно формируют вторичные структуры, ввиду того, что дельта-отрицательные и дельта-положительные заряды двух протеинов выравниваются посредством водородной связи. Простейшая структура — бета покрытие между соседними протеинами, в которых дельта-положительные заряды одной молекулы протеина выравниваются напрямую с дельта-отрицательными зарядами другой молекулы протеина, создавая складчатую структуру. Ввиду того, что каждая отдельная водородная связь является слабой, тысячи других, находящихся между двумя протеинами, создают прочные ткани.

ный заряд в каждой карбоксильной группе и небольшой отрицательный заряд в каждой аминогруппе (см. рис. 22.5).

Межклеточная жидкость состоит преимущественно из воды, но эта вода сильно взаимодействует с протеинами внутри клетки ввиду того, что частичные заряды распространяются вдоль протеина. Полярные молекулы воды выравниваются с частичными зарядами вдоль протеинов: два атома водорода напротив каждого отрицательного заряда протеина, и один атом водорода напротив каждого положительного заряда протеина. Затем следующий уровень молекул воды направляется к первому уровню, содержащему два атома водорода одной молекулы воды, которая соединяется с атомом кислорода другой молекулы воды для образования второго уровня молекул. Такое соединение направленных молекул воды длится до полного объединения положительных и отрицательных зарядов протеинов. Эти уровни молекул воды, ориентированные на заряды вокруг протеина, называются *области гидратации* (см. рис. 22.6).

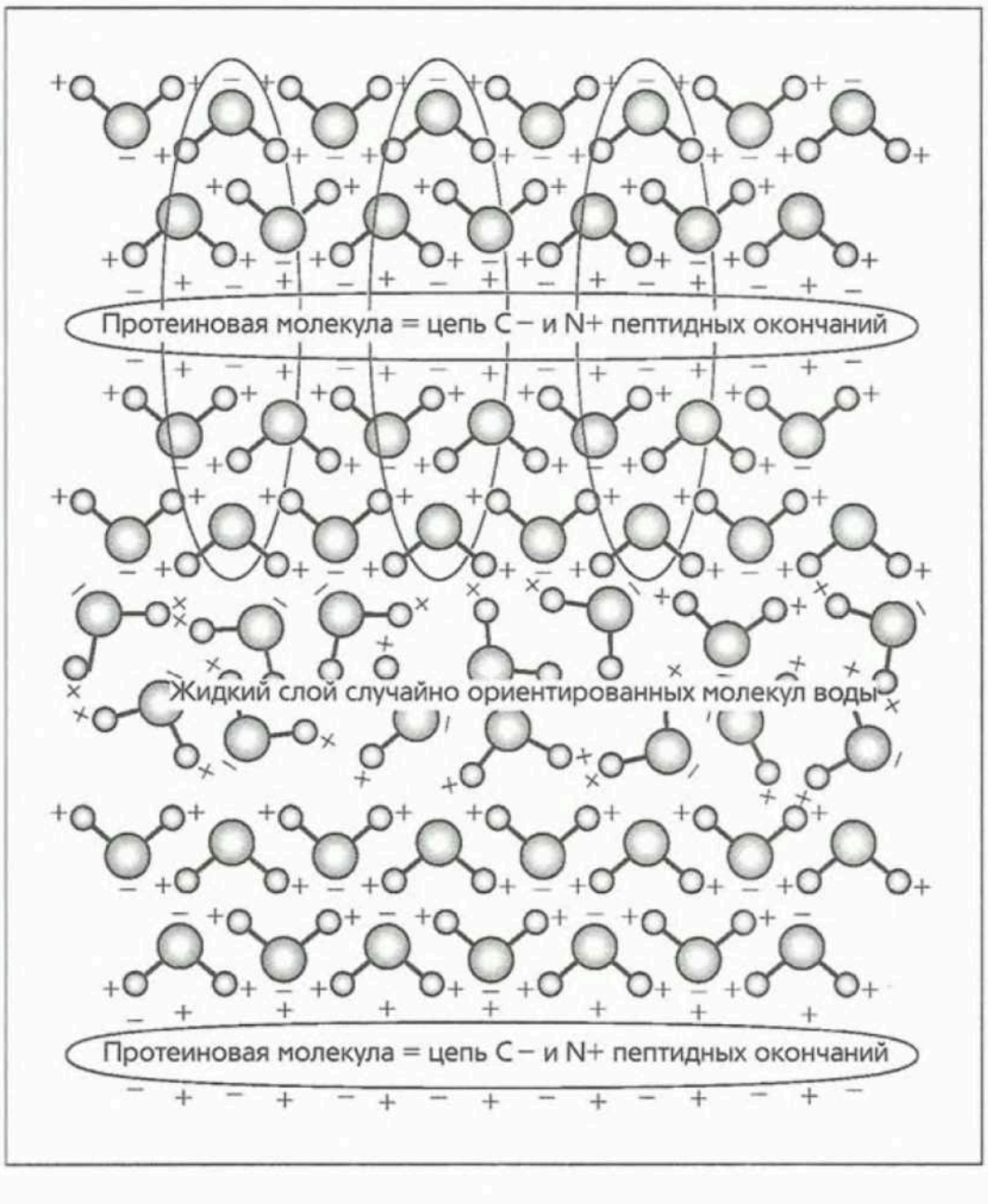


Рисунок 22.6. **Области гидратации.** Полярные молекулы воды направляются с помощью заряда, и движутся вокруг заряженных протеинов благодаря дельта-отрицательному заряду карбоксильной группы (COO−) и дельта-положительному заряду аминогрупп ($NH3+$). Первые несколько уровней молекул воды являются высокоструктурированными, и образуют области гидратации. Но, поскольку области зарядов протеинов приобретают все больше и больше покрытия, молекулы воды постепенно становятся более неструктурированными, и неструктурированная структура воды между областями гидратации двух протеинов выполняет смазывающую функцию между молекулами протеина, позволяя им скользить одна по другой.

Структура цитозоля и роль водородной связи

В цитозоле (клеточной жидкости) молекулы воды между двумя протеинами, окруженными областями гидратации, являются относительно неструктурированными и, следовательно, являются достаточно жидкими. Это формирует слой смазки между двумя молекулами протеина, которые затем свободно скользят вдоль друг друга или между собой. Таким образом, когда кожа растягивается, или расслабляется, молекула быстро приобретает свою первоначальную форму. Если вода покидает клетку из-за дегидратации, молекулы воды сначала удаляются из слоя смазки, состоящего из неструктурированных молекул воды, а затем прогрессивно уходят из молекул воды, формирующих область гидратации вокруг протеинов. Постепенно это оголяет области заряда на протеинах (см. рис. 22.7).

Вскоре, эти заряженные области на протеине начинают «распознавать» или реагировать на заряженные области на другом протеине, начиная напрямую формировать водородные связи с другим протеином. В данном случае, это приводит к тому, что два протеина соединяются друг с другом и, таким образом, противостоят движению. Следовательно, вместо равномерного скольжения вдоль друг друга или между собой, имея свои области гидратации и покрывая заряженные области, они соединяются и скользят

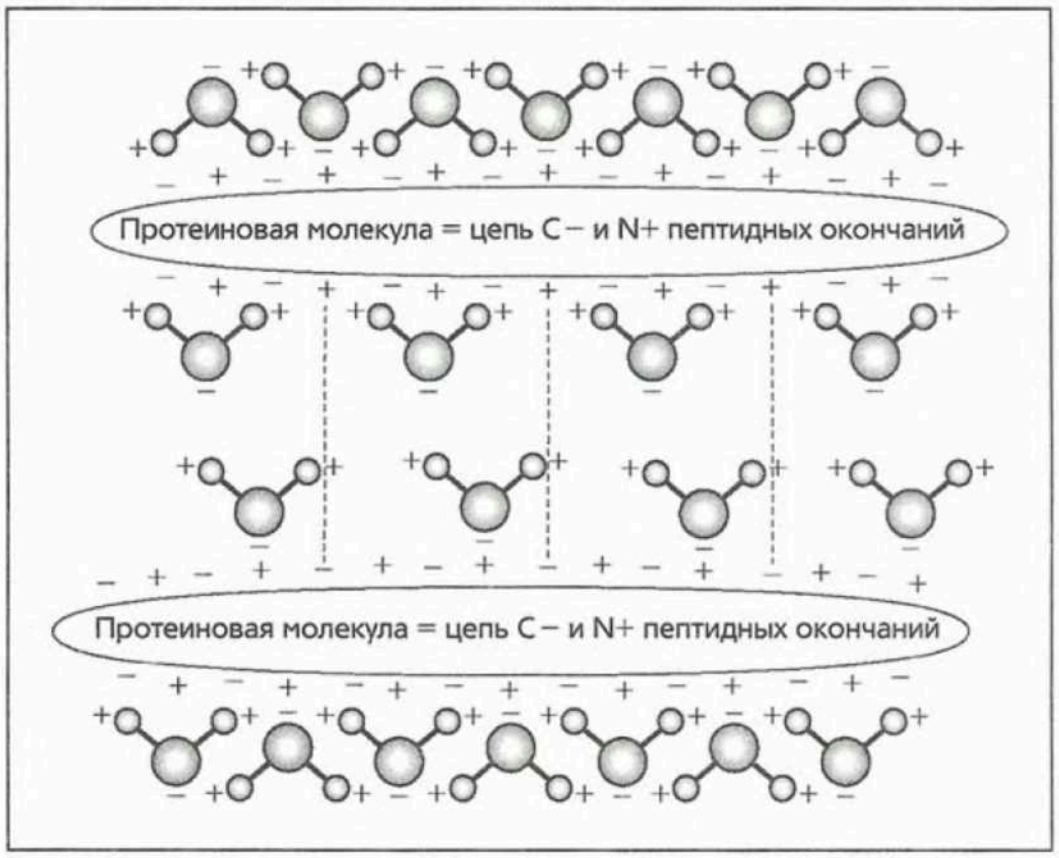


Рисунок 22.7. **Дегидратация: выход молекул воды из клеточной жидкости.** По мере прохождения процесса дегидратации, жидкость между областями гидратации уходит первой. После этого следует постепенный выход молекул воды из области гидратации. Поскольку структурированные молекулы воды включают в себя заряды в молекулах протеина, дельта заряды на протеинах начинают «видеть» друг друга. Это приводит к соединению протеинов, которые притягиваются к свободным нервным окончаниям, расположенных между протеинами. Это происходит тогда, когда кожа растягивается. В результате этого, посылается целый поток электростатических сигналов в спинные сегменты, что позволяет ингибировать мышцу-индикатор. C, атом углерода; N, атом азота.

друг друга или между собой легко и равномерно, но, если в протеинах исчезают слои гидратации, они начинают взаимодействовать. В этом случае, молекулы сопротивляются движению и тянут, или растягивают эти свободные нервные окончания, вызывая серию нервных импульсов в центральной нервной системе. Этот побочный ошибочный сигнал в спинном сегменте препятствует проприоцепторной реакции мышцы и приводит к изменению индикатора в том случае, если мышечный мониторинг проводится сразу после растяжения кожи. В этом и состоит сущность теста с оттягиванием волос. Зачем оттягивать волосы? В корнях волос содержатся свободные нервные окончания, которые их окутывают, что является одной из причин боли, которая появляется, когда тянут за волосы. Также удобнее тянуть за волосы, чем пытаться ухватиться за кожу. Когда происходит обезвоживание тканей, при оттягивании волос мы оттягиваем кожу, и активируем множество свободных нервных окончаний, посылая сильный мигрирующий сигнал в центральную нервную систему.

очень медленно. Если это происходит в коже, она растягивается вместо того, чтобы сжиматься. В конце концов, вы можете увидеть, как кожа становится морщинистой, и возвращает свою первоначальную форму крайне медленно.

Тест с оттягиванием волос

Свободные нервные окончания пронизывают межклеточные области. Если в организме происходит надлежащая гидратация, молекулы скользят вдоль

Конечно же, одно из наиболее невероятных наблюдений в кинезиологии заключается в том, когда кто-то проводит данный тест с оттягиванием волос, и обнаруживает обезвоживание по изменению индикатора, а затем после употребления стакана воды обнаруживает,

что гидратация восстановилась! Как можно провести гидратацию за менее, чем минуту?

Сенсоры «считывания» осмотической концентрации (вязкости) крови расположены в около-вентрикулярных органах гипоталамической области, которые напрямую контактируют с кровью. Поэтому, как только уровень воды в вашем организме падает при дегидратации, данные гипоталамические сенсоры «распознают» то, скольких миллилитров воды вы лишились. Когда вы пьете воду, капилляры неба под гипоталамусом поглощают воду и сразу передают эту информацию в около-вентрикулярные органы, которые контролируют осмотическую концентрацию.

Благодаря степени снижения вязкости крови, эти сенсоры способны распознавать, достаточно ли вы выпили воды для поддержания уровня гидратации в своем организме. Затем эти рецепторы могут посылать автономный нервный сигнал в мышцы сфинктера, которые осуществляют контроль капиллярных русел в обезвоженных тканях.

Это открытие сфинктеров приводит к быстрому восстановлению гидратации этих тканей путем потребления воды из крови. Однако, рецепторы гипоталамуса выполняют этот процесс только тогда, когда употреблено достаточное количество воды для того, чтобы восполнить то ее количество, которое будет поглощено тканями из крови.

Скрытое обезвоживание

Как только физиологическая функция разбалансирована на протяжении определенного времени, организм создает условия физиологической компенсации с тем, чтобы способствовать его функционированию на максимальном возможном уровне при продолжительном стрессе. Из-за того, что подобная компенсация представляет собой новый гомеостаз, она будет оказывать сопротивление изменениям, а также очень часто показывать то, что «здесь нет проблемы» при проявлении ее в кинезиологии. В случае с гидратацией данное компенсированное состояние часто приводит к тому, что тест гидратации с оттягиванием волос показывает, что нет изменения индикатора и, таким образом, указывает, что все в норме. Таким образом, постукивание по сагиттальному шву (центральной линии черепа) и одновременное оттягивание волос проявит данное компенсированное состояние. Прямо под сагиттальным швом находится продольная сагиттальная полость, где на нее проецируются арахноидальные сети, переносящие цереброспинальную жидкость обратно в венозную систему, таким образом, возвращая жидкость в кровь. Вязкость спинномозговой жидкости в сагиттальном синусе определяется состоянием гидратации. Поэтому, если организм обезвожен, вязкость жидкости повышена. Таким образом, когда вы проводите постукивания, вы создаете шоковую волну, вызывающую растяжение арахноидальной сети, что затем активирует нервный импульс в центральную нервную систему. Если кровь в сагиттальной полости относительно жидкая, данный исходящий сигнал не может создать достаточный электростатический заряд для того, чтобы достичь изменений индикатора. Однако, если кровь слишком вязкая, создается достаточный электро-

статический заряд для того, чтобы произошли изменения индикатора, указывая на наличие скрытого состояния компенсированного обезвоживания. Если это изменение индикатора заложить в контур, тест с оттягиванием волос приведет к изменениям индикатора, показывая наличие реальной проблемы гидратации в организме.

Виды стресса гидратации

Довольно часто при обезвоживании выявляются несколько различных аспектов гидратации, которые могут быть довольно проблематичными.

Прямой стресс при обезвоживании

Прямой стресс при обезвоживании — это состояние абсолютной нехватки воды в организме. Обычно он возникает из-за нехватки достаточного количества воды на протяжении длительного времени, или при применении мочегонных веществ, таких как алкогольные напитки и кофе, но без употребления достаточного количества воды. Именно это обычно выявляется при проведении теста с оттягиванием волос, а также может быть скрытым из-за физиологической компенсации.

Стресс гидратации

Стресс гидратации возникает при употреблении достаточного количества воды, когда она не может равномерно распределяться.

В действительности, в некоторых тканях может быть избыток воды, в то время как другие ткани могут быть обезвоженными, и для оптимального функционирования не хватает достаточного количества воды. Это возможно, потому что автономная нервная система управляет мышцами сфинктера, которая в свою очередь контролирует гидростатическое давление в капиллярных руслах. Когда они сжаты слишком сильно, кровяное давление в капиллярных руслах понижается, и в ткани поступает меньше воды, ткани остаются частично обезвоженными. Так как эти капиллярные сфинктеры контролируются независимо, может быть так, что одна ткань обезвоживается, а другая остается хорошо гидратированной даже в одном и том же органе.

Ввиду того, что обезвоживание — это процесс, проходящий во всем организме, стресс гидратации часто оказывает влияние только на отдельные ткани. Например, у человека может быть стресс гидратации в почках. В этом случае, ткани почки могут обезвоживаться при гомеостазе, тогда как в целом в организме достаточно воды и, таким образом, он не обезвожен. Таким образом, стресс гидратации — это больше проблема распределения, нежели нехватки воды.

Когда «вода» оказывает стрессовое действие

Если произнесение слова «вода» вызывает изменение индикатора, это может означать, что на эмоциональном уровне существует проблема, которая блокирует потребление воды. В итоге, это может привести к сильному обезвоживанию. У некоторых людей происходит обезвоживание потому, что они почти никогда не пьют воду и, частично потому, что их редко посещает ощущение жажды! Зачем пить воду, если вы не хотите пить?

В гипоталамусе существуют центры, отвечающие за чувство жажды и желание

пить. Если эти центры разбалансированы, у вас не будет чувства жажды или желания выпить воды, хотя вы можете пить много других напитков, чаще всего мочегонных! Перезагрузка данных центров гипоталамуса, или же обращение к указанной эмоциональной составляющей, обычно будет способствовать разрешению таких проблем с потреблением воды.

В зависимости от вида стресса гидратации, может быть много различных подходов в решении проблем с гидратацией.

Рекомендуемое количество ежедневного потребления воды

При получении и отдаче энергии каждому человеку рекомендуется ежедневно пить минимум 2 литра воды. При получении лечебной энергии, которая балансирует организм, открывает и очищает энергетические связи, в кровоток и лимфатическую систему могут высвобождаться токсины, которые затем подлежат очищению. Также, работа с лечебной энергией, которая передается от практикующего специалиста к клиенту, может вызывать обезвоживание у самого специалиста.

Руководство для определения правильного количества воды для человека подразумевает расчет веса в килограммах, умноженный на 25. Это показывает необходимое потребление количества воды в миллилитрах в день. В общем, для поддержания нормальных условий необходимо 6—8 стаканов воды в день. В более жарких климатических условиях или в условиях повышенных физических нагрузок количество потребления воды повышается.

Переключение

Концепция переключения или неврологической путаницы при обработке сигналов в организме и мозге изначально была создана доктором Джоржом Гудхартом для Прикладной кинезиологии.[3] Даже если на протяжении длительного времени наблюдались варианты поведения, связанные с переключением, ясных объяснений этому не нашлось.

Например, каждый знает о таком феномене, при котором кто-то говорит: «Поверните направо!», в то же самое время указывает налево, или же, когда вы просите клиента лечь на спину, а вместо этого он ложится на живот, полагая, что выполняет именно то, о чем вы попросили. Это и есть четкое проявление измененных поведенческих характеристик.

С точки зрения Прикладной кинезиологии, данная неврологическая путаница является результатом черепных повреждений, которые в дальнейшем нарушают неврологические потоки, направляющиеся в мозг и из мозга. Когда повреждения черепа корректируются, в подавляющем большинстве случае наблюдается исчезновение связанного с ними переключения. В дальнейших разделах Энергетической кинезиологии под изменениями подразумевается изменение энергетической полярности, которая впоследствии, переходит в неврологическую путаницу. Если такое изменение энергетической полярности скорректировано с помощью стимуляции отдельных акупунктурных точек, например, точек Почки 27, то связанное с ними переключение исчезает и, если человек говорит: «Поверните направо!», то он и покажет направо.

Восприятие человека в отношении своей ориентации в пространстве зависит от вестибулярной обработки и координации тела, проходящей в теменной коре. Вестибулярная система предоставляет контрольную точку для вашей ориентации в физическом пространстве, а теменная кора впоследствии формирует ментальную карту, которая представляет ваше положение, и положение вашего тела в физическом пространстве. Обычно, левое полушарие головного мозга и правый передний квадрант тела заряжены немного более положительно, нежели отрицательно и, таким образом, считается, что они имеют положительную полярность. Подобным образом, правое полушарие мозга и левый передний квадрант тела содержат немного более отрицательный, нежели положительный заряд и, таким образом, принято считать, что они имеют отрицательную полярность.

При ментальной обработке данная полярность тела используется со ссылкой на его ориентацию во внешнем мире. Благодаря тому, что правая сторона передней части тела является положительной, ориентация мозга в правую сторону имеет характеристику положительной полярности и, подобно этому, ориентация мозга в левую сторону тела относится к отрицательной полярности. Однако, на процесс обработки мозга может влиять ориентация полярности как мозга, так и тела. Как только по какой-то причине данная полярность меняется, мозг будет все еще координироваться со ссылкой на положение полярности, но не на фактическую сторону тела. Таким образом, когда человек говорит: «Повернитесь налево», но указывает в правую сторону, это значит, что у него произошло переключение ориентации полярности. В данном случае, координация тела все еще находится в условиях правильного положения тела: правая рука показывает вправо, но ментальное представление, базирующееся на ориентации полярности, становится обратным и поэтому человек произносит: «Повернитесь налево!».

В контексте предварительных проверок, только эта физическая ориентация и изменение ментальной полярности конфликтуют между собой. Однако, существует более глубокий тип переключения, который относится к продолжительности эмоций и вашему психоэмоциональному восприятию мира. Доктор Чарльз Кребс назвал это *переключение выживания*. Оно зависит не от ориентации полярности тела, а от активации отдельных продолжительных эмоций, которые выключают различные участки мозга, работая как механизм физического и/или психоэмоционального выживания. Полное описание этого процесса в данном руководстве не приводится, но вы можете найти его в книге Кребса под названием *«Революционный путь мышления»* или в работах, которые он написал для дальнейшего описания этой тематики.

Неврология переключения

Как было указано выше, переключение бывает двух различных видов: поверхностное переключение и переключение выживания. Однако, неврологические субстраты данных двух видов переключений являются абсолютно разными, так же как их влияние на функции и ваше поведение.

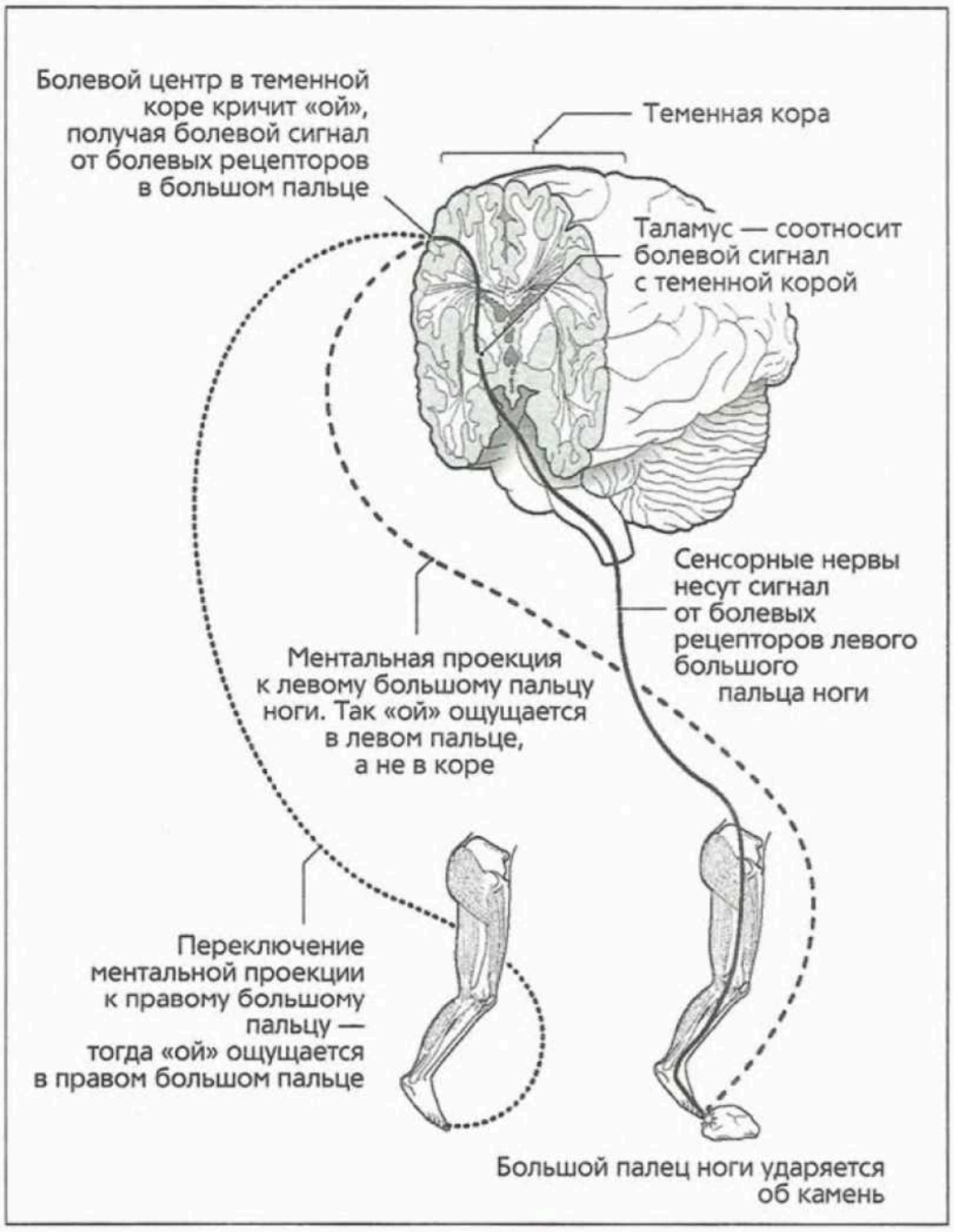


Рисунок 22.8. **Переключение проекции.** Все рецепторные вводы из какого-либо рецептора, то есть нервные импульсы, являются одинаковыми, только впоследствии они превращаются в рецепторное ощущение в сенсорной области коры головного мозга. Поэтому, когда вы ударились большим пальцем правой ноги о камень, левая теменная область мозга вызывает крик: «Ой!», из-за болевого ощущения. Однако, выкрикивая это, вы ощущаете боль в большом пальце правой ноги через ментальную проекцию, которая идет к источнику входящего нервного импульса. В случае, если присутствуют изменения, сигнал проектируется к неправильной локализации. Твердая линия, нервный путь к коре головного мозга, прерывистая линия, обычный ментальный путь назад к рецептору, пунктирная линия, измененный ментальный путь назад к рецептору.

В данном руководстве мы рассмотрим только переключение проекции, которое часто называют *поверхностным переключением.*

Переключение проекции исходит из того, как мозг обрабатывает сенсорную информацию. Вся сенсорная информация начинается с нервного импульса от сенсорного рецептора, затем она идет через периферические нервы в нервные узлы заднего корешка спинного нерва, расположенного позади спинного сегмента, в который входит данный спинномозговой нерв. Из него аксон заднего корешка спинного мозга проходит вверх по спинному мозгу к таламусу. Передающие нейроны из таламуса переходят к противоположному полушарию и посылают нервный импульс в область коры головного мозга, которая затем обрабатывает эти рецепторные импульсы и направляет их для сознательного понимания данного сенсорного опыта. Однако, это сознательное понимание не воспринимается как нечто, происходящее в голове, наоборот оно проецируется обратно на рецептор, в котором возник первоначальный сигнал.

Для того, чтобы понять суть сенсорной обработки, для начала вам нужно уяс-

нить, что все нервные импульсы являются одинаковыми, несмотря на то, в каком из рецепторов они возникают.

Таким образом, появляется «бип!» (звук нервного импульса) от фотофора в сетчатке глаза; «бип!» от волосковой клетки во внутреннем ухе, или же «бип!» от рецептора боли в большом пальце, будут одинаковыми до тех пор, пока не дойдут до первичной сенсорной коры головного мозга, в которой каждый «бип!» интерпретируется как тип сенсорного ощущения, обрабатываемого в данной области коры головного мозга.

Когда «бип!» доходит до теменной области коры головного мозга, где обрабатывается боль, появляется сознательное ощущение боли.

Тогда болевые сигналы «бип!» идут в ассоциативную кору теменных долей и вызывают ощущение боли на уровне сознания.

Простой пример может прояснить то, что казалось сложной системой. Когда вы прогуливаетесь и внезапно ударяетесь большим пальцем левой ноги о скалистый камень, ноцицепторы (рецепторы боли) в большом пальце вашей ноги возбуждают поток нервных импульсов, направляя их вверх от периферического к спинномозговому нерву. После этого слышны «бип, бип, бип!», которые передаются в спинной мозг к таламусу, а оттуда «бип!» повторно передаются в правую теменную сенсорную кору головного мозга, которая обрабатывает болевые ощущения. Только в теменной коре действительно существует реакция боли, и вы кричите «Ой!». Однако, человек, чувствующий боль, не кричит: «Ой, у меня боль в теменной области», а все-таки «Ой! У меня боль в большом пальце на левой ноге!»

Почему так происходит? Да потому, что восклицание «Ой!» проецируется из мозга, исходя к болевому рецептору большого пальца, откуда шел сигнал «бип!», в месте начальной боли (см. рис. 22.8). То же самое происходит и со всеми остальными ощущениями. Поэтому, когда я на вас смотрю, то, каким я «вас» вижу — это просто проекция «вас», создаваемая в затылочной области коры головного мозга, от звуков «бип», исходящих из моих фотофоров сетчатки (светочувствительных клеток).

Это является основой переключаемых проекций.

Информация, поступающая в мозг из рецепторов, подается в соответствующую первичную сенсорную область коры, в которой происходит ее обработка. Эта обработка создает ощущения на уровне сознания. Но, затем она неправильно проецируется в ненадлежащие части тела, или связывается с ошибочной ориентацией тела. Например, я хочу сказать вам, чтобы вы повернулись вправо, но, когда я в уме строю ориентацию тела, и моя правая сторона ориентирована как правая сторона, но из-за переключения полярности в моей ментальной ориентации, я произношу: «Поверни налево!». Я могу сразу понять свою ошибку или вообще не осознать, что я указал неправильное направление.

Великолепный пример из реальной жизни.

Однажды Кребс снимал жилье вместе с несколькими людьми. Когда-то с утра одна из его соседок по дому вышла из комнаты и сказала: «Чарльз, это на самом

деле странно. Я только что проснулась и вижу, что у меня появились належавшиеся складки на левой руке, потому что я на ней спала, но я себя нормально чувствую. А я проснулась из-за того, что у меня затекла моя правая рука. Почему так происходит?».

Кребс ответил, что ей необходимо сделать массаж акупунктурных точек Почки 27, до тех пор, пока они не станут мягкими, и тогда это чувство онемения пройдет. Для этого понадобилось 30—40 секунд. Затем она сообщила: «Это выглядит странным, поскольку онемение прошло, и моя правая рука внезапно пришла в нормальное состояние, а в левой руке появилось чувство покалывания после онемения».

Это является демонстрацией истинной природы функций мозга, которые проецируются назад к источнику стимуляции сущности того, что ощущает мозг. В данном случае, рецепторы ощущений в ее левой руке посылали поток импульсов в области ее правой затылочной части мозга, которые затем превратились в чувство затекания. В нормальных обстоятельствах, происходило бы правильное проецирование этого ощущения к ее левой руке, но ввиду того, что у нее было переключение части мозга, то есть переключение поляризации, сигналы ощущений переключились и проецировались в ненадлежащую часть тела. Таким образом, на уровне сознания у нее появилось чувство покалывания не в той руке.

Это иллюстрирует нам то, как мозг ссылается сам на себя и может сам себя запутать.

Путаются право и лево, верх становится низом, перед становится задом, и наоборот. Ощущения, которые появляются в результате этого, воспринимаются, словно они исходят из других областей. В действительности, мозг создает свою собственную реальность из получаемой информации на уровне ощущений. Воображаемое мозгом может быть правильным при получении ощущений, или оно легко может оказаться иллюзией, основанной на собственной путанице.

Хорошо известный феномен, который является примером такой предрасположенности к иллюзорному восприятию — это случай воображаемой боли в ампутированных конечностях. У людей, потерявших руку или ногу, часто бывают ощущения в отсутствующих конечностях. Один из клиентов Кребса, который потерял левую ногу до колена, все еще ощущал боль в левой ступне. Нервы, которые шли от его левой ступни, все еще посылали четкие информационные сигналы в мозг после ампутации, вероятно, из-за чувства физического повреждения ткани на шраме остальной части ноги. Таким образом, его мозг правильно направлял «боль» назад туда, где обычно должны находиться болевые рецепторы в отсутствующей ступне, то есть к первоначальному источнику нервных импульсов в данном нерве. Но, ввиду того, что ступни уже нет, вместо болевых ощущений появлялась иллюзия боли, то есть *фантомная боль*.

Когда Кребс применял мышечный мониторинг для локализации акупунктурных точек на оставшейся части ноги, а затем балансировал их, воображаемая часть ноги у клиента исчезала, возможно, потому, что стресс от травмы или же шрама, создающий поток нервных

импульсов в теменную область головного мозга, исчезал.

Очень важно распознать и исправить переключение проекции, поскольку это вызывает нарушения реакций или «ответов», которые дает организм через мышечный мониторинг.

Обычно это транзиторное состояние спутанности по истечении времени корректирует само себя. Однако, если вы хотите провести мышечный мониторинг клиента прямо сейчас, и имеет место переключение, для начала вам следует очистить это переключение для того, чтобы получить корректные реакции организма. Следовательно, коррекция переключения позволяет получать более точные данные по обратной связи из биокомпьютера.

Виды переключения проекции

Переключение проекции бывает трех видов, которые относятся к разным типам нервных волокон, в которых возникло переключение. Существуют первичные пути белого вещества в мозге, которые представляют собой волокна комиссур, соединяющие левое и правое полушария; ассоциативные волокна, которые соединяют заднюю и переднюю части одного и того же полушария, и наоборот; также проекционные волокна, которые соединяют мозговой ствол и спинной мозг с сопряженной областью коры головного мозга, и наоборот.

Можно заметить, что все они, в действительности, являются тремя осями вашей физической координации, а также тремя осями полярности вашего тела.

Как мы уже указывали, передний правый квадрант тела имеет общую слегка положительную полярность, а передний левый квадрант тела — слегка отрицательную полярность, задняя левая часть — слегка положительную полярность и задняя правая часть — слегка отрицательную полярность.

Как мы и говорили ранее, правое полушарие мозга имеет больше отрицательную полярность, а левое полушарие — немного большую положительную полярность, что может быть, вызвано перекрещиванием нейронов, несущих как сенсорные, так и двигательные сигналы. Также верхняя половина тела имеет более положительную полярность, чем его нижняя половина. Таким образом, когда полярность тела используется для ментальной ориентации, в комиссуральных волокнах может произойти переключение, создающее сопутствующую путаницу восприятия правого и левого, или может случиться переключение в ассоциативных волокнах, вызывающих сопутствующую путаницу в ориентации между верхней и нижней частями тела.

Если в ориентации присутствует хоть один из указанных видов переключений, то при проведении мышечного мониторинга может создаваться неточная обратная связь, так как биокомпьютер может указывать на мышечный дисбаланс в левой части тела, а в действительности, он находится в его правой части. Или он может создавать дисбаланс в передней части тела тогда, как разбалансированная мышца расположена в задней части тела. Или же при обратной связи может проявляться дисбаланс мышцы в верхней половине тела тогда, как она в действительности расположена в нижней половине тела. Для того, чтобы точнее объ-

яснить, мы приведем ряд практических примеров.

При переключении право — лево биокомпьютер может показывать, что правая ключичная часть большой грудной мышцы (БГК) недостаточно фасилитирована, но, когда вы проводите мониторинг, правая БГК в действительности находится в состоянии гомеостаза, а при мониторинге левой БГК вы обнаружите, что она находится в недостаточно фасилитированном состоянии. Совершенно очевидно, что биокомпьютер запутался.

Подобно этому, мышечный мониторинг может показывать, что мышцы бицепсов имеют дисбаланс, в то время, как на самом деле дисбаланс в мышцах трицепсов, или же мышечный мониторинг может показывать, что дисбаланс в мышцах бицепса руки, а в действительности дисбаланс расположен в подколенном сухожилии ноги. Это разрушает концепцию под названием «Тело не лжет». В действительности, технически это правильно, но организм наверняка способен многое домыслить! Или же, если быть более точным, он может запутаться из-за переключения.

Помимо предоставляемых неточных данных человеку, который проводит мониторинг, каковыми являются общие последствия в результате такой путаницы для человека с переключением?

Переключение лево—право (комиссуральные волокна):

- часто наблюдается у людей, имеющих проблемы с чтением и изучением чего-либо;
- вызывает путаницу между левой и правой частями тела;
- является основой дизлексии, вызывающей неспособность читать, из-за путаницы букв «д» и «б».

Переключение верх-низ (проецирующие волокна):

- вызывает путаницу в отношении верх-низ тела;
- приводит к проблемам при движении вверх и вниз по ступенькам;
- вызывает дезориентацию, когда человек смотрит вниз с высоты (или смотрит вверх);
- является основой дизлексии, вызывающей неспособность читать, путая буквы «д» и «в».

Переключение вперед-назад (ассоциативные волокна):

- вызывает путаницу в отношении вперед-назад при координации тела;
- приводит к трудностям при движении назад при вождении автомобиля, с использованием зеркала заднего вида;
- является основой дизлексии, вызывающей неспособность писать от руки вверх или вниз, по мере написания текста на странице.

Таким образом, следует проверить эти три вида переключений для того, чтобы биокомпьютер мог выдавать точные и надежные сведения для точной обратной связи мышцы-индикатора.

Энергии Центрального и Управляющего меридианов

Центральный и Управляющий меридианы являются частью системы, которую называют восемь чудесных меридианов или просто восемь меридианов в китайской медицине. Эти меридианы необычные, так как имеют свои соб-

ственные уникальные акупунктурные точки. Остальные шесть чудесных меридианов — это потоки, которые соединяют акупунктурные точки на других двенадцати первоначальных меридианах. Центральный и Управляющий меридианы также являются уникальными в том, что представляют собой простую интегрированную фигуру 8 из потоков внутри самого тела.

Центральный меридиан идет вверх тела от точки Центрального меридиана 1 на промежности, к последней наружной точке Центрального меридиана 24 в губной борозде, как раз под нижней губой. Подобным образом проходит и путь Управляющего меридиана, от кончика копчика вверх вдоль позвоночника, и над головой к концу уздечки верхней губы, то есть, кончика ткани, которая соединяет внутреннюю поверхность верхней губы с серединой десны.

Ввиду того, что они представляют собой только наружные точки Центрального и Управляющего меридианов, проводящих энергию Ци, эти сведения можно считать только частью описания. Поток Центрального меридиана продолжается во рту, и затем идет вниз через центральную часть тела, где превращается из энергии Инь центрального меридиана в энергию Ян при вхождении в Управляющий меридиан 1. Затем он идет вверх к Управляющему меридиану, поскольку энергия Ян проходит над головой и входит в ротовую полость, направляясь вниз через центральную часть тела, где превращается в энергию Инь, и входит в Центральный меридиан 1. После этого, он идет вверх к Центральному меридиану в виде энергии Инь. Совершенно очевидно, что это замкнутая фигура в форме 8 со знакопеременной полярностью, поскольку энергия Инь — это электромагнитная отрицательная энергия, и Ян — это электромагнитная положительная энергия. Для того, чтобы подчеркнуть важность этой энергии в традиционной китайской медицине, ее называют *Небесным кольцом.*

Другие двенадцать симметричных и постоянных меридианов связаны с данными интегрированными Центральными и Управляющими потоками. Таким образом, нестабильность в Центральном или Управляющем меридиане может нарушить стабильность в одном или нескольких других из числа двенадцати первичных меридианов. Нарушения в этих меридианах могут вызывать ложные или несоответствующие изменения индикатора при мышечном мониторинге. Следовательно, для проведения точного мышечного мониторинга вам необходимо проверить баланс энергетических потоков энергии Инь и Ян в Центральном и Управляющем меридианах, а затем повторно сбалансировать эти потоки.

Ионизация

Ионы воздуха — это молекулы, содержащие атомы, к которым прибывает или же у которых теряется электрон. Если атом теряет электрон, он становится положительным ионом, или же *анионом*, в случае если к нему прибывает электрон, то он становится отрицательным ионом, или *катионом*. Ввиду того, что земля имеет отрицательный заряд, и таким образом, отталкивает отрицательные ионы, вдыхаемый вами воздух обычно

имеет немного больше положительных, нежели отрицательных ионов.

Нормальное приемлемое соотношение положительных и отрицательных ионов составляет пять положительных к четырем отрицательным. В открытом, хорошо вентилируемом пространстве в ясную погоду здоровое количество ионов воздуха должно составлять 1000–2000 ионов на кубический сантиметр при пяти положительных к четырем отрицательным ионам.[5] Однако, как и количество ионов, так и их соотношение может меняться, и часто очень существенно, при их нахождении в различной среде. Эти изменения могут иметь заметное влияние на здоровье людей, их поведение и даже эмоциональное и умственное состояние. Вы могли не раз слышать о «синдроме больных зданий». До недавнего времени, пытаясь достичь экономии энергии, все больше и больше зданий строят с установкой герметичных окон, которые нельзя открыть, и весь воздухообмен осуществляется через систему металлических труб. Действительно, имея довольно высокую энергоемкость, такие здания содержат сильно измененное количество и соотношение ионов воздуха. Система металлических трубопроводов для кондиционирования и обогрева воздуха имеет положительный заряд, поэтому они имеют тенденцию к тому, чтобы отталкивать отрицательные ионы воздуха, и очень часто сильно сокращают количество ионов воздуха, поступающего в офисы и на рабочие площадки. Таким образом, в результате изменения соотношения и количества ионов оказывается влияние на поведение людей, их здоровье и даже эмоциональное состояние, вызывающее *синдром больных зданий*, хотя болеют не здания, а люди, работающие в них! Множество исследований показали, что сокращение общей ионизации и увеличение соотношения положительных и отрицательных ионов оказывает влияние на наше здоровье.[6] Согласно докладу Сойка и Эдмондса, Корнблу исследовал процесс применения отрицательных ионов для заживления ожогов и констатировал эффективность в облегчении боли и ускорении выздоровления. Но, соотношение ионов и их количество может сильно влиять на наши эмоции так же, как и на нашу физиологию, и изменение в соотношении ионов сопряжено с изменениями в нашем поведении и физическом здоровье. С изменением количества положительных ионов, люди склонны к большей раздражительности и вспыльчивости, тогда как при изменении количества отрицательных ионов люди чувствуют себя спокойно и, в общем, намного лучше! Именно поэтому Сойка и Эдмондс констатируют, что «отрицательные ионы называются «ионы счастья», в отличие от положительных, которые называют «ионы зла». Соотношение отрицательных и положительных ионов в окружающем вас воздухе, как оказалось, оказывает влияние на ваше психоэмоциональное состояние, а также на вашу физиологию в целом.

Условия окружающей среды с избытком положительных ионов часто активизируют симпатическую нервную систему, погружая нас в состояние повышенной настороженности, что граничит с раздражительностью и ворчливостью. Существует множество мест в мире, в которых ветры выветривают и осушают почву,

обогащая ее положительными ионами. Некоторые ветры дуют с Альп в Швейцарии ранней весной и осенью, считается, что они несут неудачи и несчастье. Обычно, их называют «ветрами ведьм». В Калифорнии находится Санта Ана, а также там есть ветра чинуки в Скалистых горах северной части США и Канады. Все эти плохие ветра содержат высокий уровень ионов и пользуются дурной славой у творческих, но раздражительных людей. В действительности, когда дуют эти ветра, люди чувствуют себя напряженно, и настроены агрессивно, увеличивается количество суицидов, убийств и растет уровень преступности, а также аварий на дорогах и др.[7] Напротив, когда ветер обогащается отрицательными ионами, существует тенденция к активации парасимпатической нервной системы, результатом чего является ощущение спокойствия и удовлетворения. Основным механизмом для генерации ионов является разбрызгивание воды. При разбрызгивании воды положительные ионы остаются на тех каплях воды, которые больше в размере, тогда как отрицательные выводятся в воздух в капельках тумана. Избыток отрицательных ионов, получаемый в результате разбрызгивания воды, например, в водопаде, или, когда волны разбиваются на твердой породе пляжа, является одной из причин того, что эта среда почти всегда оказывает расслабляющее и успокаивающее воздействие.

Однако, не только ионизация воздуха в окружающей среде влияет на наше здоровье и настроение, но также и поступление воздуха через наши ноздри. Поток воздуха через нос, как многие себе представляют, не является просто «входом» и «выходом», с одинаковым количеством воздуха, вдыхаемом и выдыхаемом через ноздри. Исследования дыхания показали, что существует носовой цикл, при котором одна ноздря вдыхает больше другой. Это происходит в результате отекания тканей правой ноздри, затем левой ноздри, что сокращает поток воздуха, проходящий через отекшую ноздрю. В данном цикле доминирующая сторона дыхания периодически меняется каждые 20 минут, при котором ход носовой раковины выполняет роль ионизирующих камер.

Шаннахоф-Кхаль описал носовые циклы и провел исследование, которое относится к доминированию полушарий человека и дельфинов, а также изучил очевидные связи с изменяющимися носовыми циклами.[8] Доминирование правой ноздри — левого полушария соответствует повышенной активности, и связано с более позитивным эмоциональным состоянием (ощущением счастья), и доминирование левой ноздри — правого полушария показывает понижение активности или состояние отдыха, и сопряжено с более интроспективным, эмоциональным состоянием (унынием). Носовой цикл и образование отрицательных и положительных ионов в носовых раковинах появляется, в действительности, как источник нашей всеобщей полярности тела. Поток воздуха, проходящий через правую носовую раковину, приобретает положительную ионизацию, тогда как поток воздуха через левую носовую раковину содержит отрицательный ионизированный заряд, и оба они соотносятся с полярностью передней части тела,

как описали Девис и Ролз.[9] Таким образом, должная ионизация потока воздуха через носовые циклы проводит необходимую ионизацию передних поверхностей тела: левые носовые потоки генерируют больше отрицательных ионов, поддерживая слегка отрицательную переднюю поверхность тела, а правые носовые потоки генерируют слегка положительную правую поверхность тела. В действительности, это может показаться потоком положительных и отрицательных зарядов, как предлагают восточные физиологи, а на самом деле, они являются фактической основой, на которой базируется полярность тела.

Таким образом, только совсем недавно западная наука подтвердила[10] то, что йоги знали на протяжении тысячелетий: воздух, поступающий через левую ноздрю, ионизирован, в результате чего появляется большее количество отрицательных ионов. Он активирует, преимущественно, правое полушарие. Подобным образом, поток воздуха, поступающий через правую ноздрю, ионизирован положительными зарядами. Он активирует, преимущественно, левое полушарие. Это является основой методики йоги по балансированию мозга. Она называется *нади шодан,* или альтернативное дыхание через ноздри.[11] Согласно концепции Энергетической кинезиологии, это является основой при проведении предварительной проверки уровня ионизации. Ввиду того, что ионизация при носовом цикле контролирует полярность тела, дисбалансы при данных циклах воздушных потоков будут изменять полярность тела, и эти изменения полярности тела могут существенно влиять на изменения индикатора при локализации контура точек акупунктуры (т. е. сигнальной точки или другой точки-индикатора). Таким образом, изменения индикатора могут не иметь ничего общего с прикосновением к акупунктурным точкам, но служить признаком дисбаланса полярности, который появился из-за нарушений носового дыхательного цикла! В этом и состоит причина проверки уровня должной ионизации, а также того, почему необходимо балансировать отклонения уровня ионизации перед применением акупунктуры как специальных точек-индикаторов.

В Прикладной кинезиологии, ссылаясь на ионизацию в каждой ноздре,[12] а также на изменения индикатора при каждом тестировании, Гудхарт наблюдал следующее:

- изменение индикатора при вдохе через левую ноздрю указывает на избыток отрицательных ионов;
- изменение индикатора при выдохе через правую ноздрю указывает на недостаток положительных ионов;
- изменение индикатора при вдохе через правую ноздрю указывает на избыток положительных ионов;
- изменение индикатора при выдохе через левую ноздрю указывает на недостаток отрицательных ионов.

Чтобы оценить уровень баланса ионизации, человек, проводящий мониторинг для начала должен закрыть правую ноздрю и сделать так, чтобы клиент *вдохнул* воздух через левую ноздрю; после этого тот, кто проводит мониторинг, проверяет изменения индикатора. Затем человек, проводящий мониторинг, закрывает левую ноздрю, и клиент *выдыхает* через

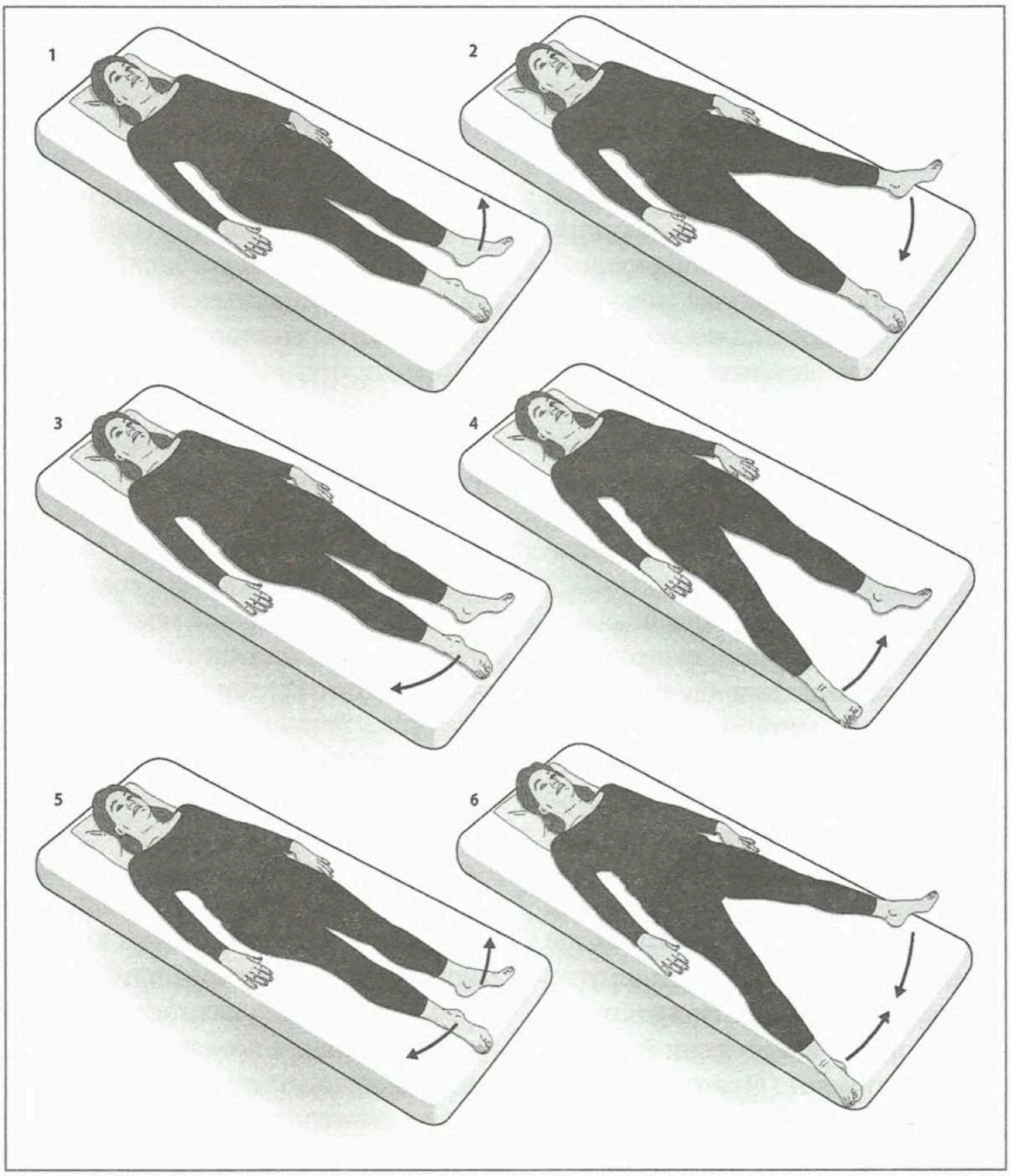


Рисунок 22.9. **Проверка на наличие дисбалансов в механизме закладки в контур.**

1) Клиент передвигает ногу к краю стола, и при этом проводится мониторинг сбалансированной мышцы-индикатора.

2) левая нога возвращается назад к центру и проводится повторный мониторинг мышцы-индикатора.

3) клиент передвигает правую ногу к краю стола и проводится мониторинг мышцы-индикатора.

4) правая нога возвращается к центру и проводится повторный мониторинг мышцы-индикатора.

5) клиент отводит обе ноги одновременно, и проводится мониторинг мышцы-индикатора.

6) обе ноги сводятся вместе, и проводится мониторинг мышцы-индикатора.

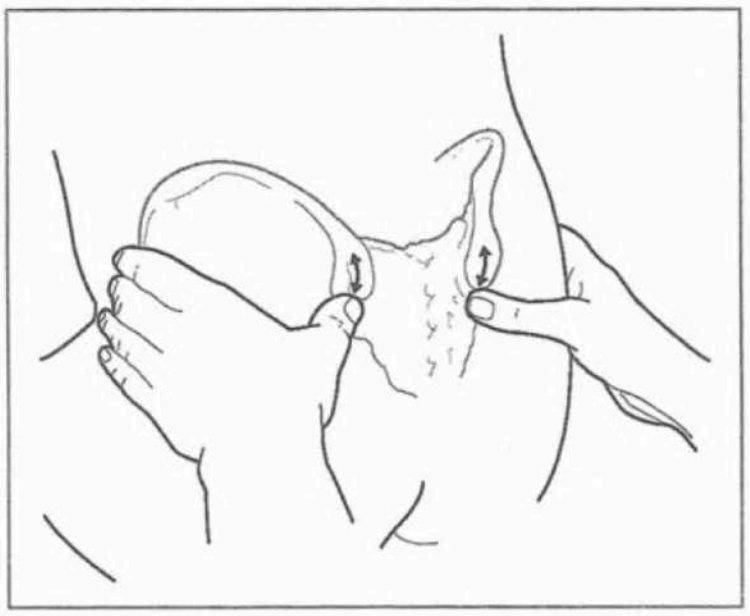
правую ноздрю; после этого тот, кто проводит мониторинг, проверяет изменения индикатора. После этого он закрывает правую ноздрю, и клиент *выдыхает* через левую ноздрю; после этого тот, кто проводит мониторинг, проверяет изменения индикатора. Мышца-индикатор должна оставаться заблокированной при всех четырех тестах. Если этого не происходит, необходимо провести коррекцию с целью восстановления уровня носовой ионизации, и вместе с этим выявить дисбалансы в полярности тела. Как только проведено восстановление уровня ионизации и полярности тела, человек, проводящий мониторинг понимает, что, при локализации контура точек акупунктуру, изменение индикатора не покажет ложное нарушение полярности, но вероятнее всего, укажет на реальный дисбаланс в самой акупунктурной точке.

Проверка механизма закладки в контур

Ввиду того, что механизм закладки в контур является основополагающим в практике современной Энергетической кинезиологии, его можно использовать повторно при каждом сеансе. Следовательно, проверка этого механизма перед использованием на предмет состояния баланса, является обычным явлением. Каким образом он может быть разбалансированным? Приведение в движение суставов бедра и связанных с ними рецепторов не сможет изменить индикатор до тех пор, пока там не случится определенного вида структурный или мышечный дисбаланс, нарушающий функцию работы бедренного сустава, или проприоцепции. Однако, бывают обстоятельства, в результате которых происходит неправильное структурное выстраивание или же дисбаланс проприоцепции бедренного сустава, при котором движение ног вызывает изменение индикатора. Данное изменение индикатора, созданное в результате активации разбалансированного механизма закладки в контур, выдает информацию, не только соответствующую той, которая сохраняется в закладке в контур, но еще более сильно будет искажать ту информацию, которая хранилась в контуре. К тому же, если пальцевая проба или же отдельная точка-индикатор приводит к изменению индикатора, но активация разбалансированного механизма закладки в контур также вызывает изменения индикатора, то эти изменения взаимно устраняют друг

Рисунок 22.10. **Коррекция механизма закладки в контур.**

Для того, чтобы в сжатый период времени откорректировать механизм закладки в контур при дисбалансе, обычно используется растирание задней верхней части подвздошной ости и выпуклости по обеим сторонам позвоночника вверху крестца в то время, как клиент делает глубокие вдохи и выдохи.



друга, и никакого изменения индикатора прослеживаться не будет. Это приведет к тому, что человек, проводящий мониторинг, не будет иметь важной части информации. Следовательно, проверка механизма закладки в контур на предмет его состояния в гомеостазе, является обычным процессом, чтобы убедиться в его полном функционировании перед проведением мышечного мониторинга и сохранением информации в контуре. Перед тем, как применять закладку в контур, человек, проводящий мониторинг, должен проверить как свой собственный контур, так и контур клиента. Если этого не сделано, может произойти потеря информации из контура, или же может быть добавлена ложная информация, что запутывает сохраненные данные.

Для проверки дисбалансов в механизме закладки в контур используется следующая методика (рис. 22.9).

1. Клиент выполняет движение левой ногой от стола, и при этом проводится мониторинг сбалансированной мышцы-индикатора.

2. Левая нога приставляется назад к центру, и мышечный мониторинг проводится повторно.

3. Процедура повторяется: правая нога осуществляет движение к краю стола, проводится мониторинг мышцы-индикатора, и нога возвращается назад к центру, проводится повторный мышечный мониторинг.

4. В итоге, обе ноги отделяются последовательно, затем проводится мышечный мониторинг, и обе ноги сходятся снова вместе, проводится мониторинг мышцы-индикатора.

Если хоть в одном из этих случаев происходят какие-либо изменения в мышце-индикаторе, вам необходимо локализовать и скорректировать имеющийся дисбаланс. Нельзя использовать нарушенный механизм закладки в контур, поскольку из-за этого может исказиться информация. Человек, проводящий мониторинг, должен самостоятельно провести до конца процедуру проверки закладки в контур с использованием сбалансированной мышцы-индикатора клиента. Если произошло изменение индикатора в процессе проверки баланса механизма закладки в контур, вам необходимо скорректировать этот дисбаланс, или же не использовать данный механизм закладки в контур. Метод быстрой корректировки дисбаланса закладки в контур, проводящийся в кратчайший срок, но часто довольно долгий при проведении сеанса, состоит в том, чтобы потереть задние верхние подвздошные ости и выпуклости по обе стороны позвоночника вверху крестца (рис. 22.10). Если проблема не устраняется, то человеку может понадобиться проведение структурной работы с целью стабилизации таза.

Соответственно, те же самые решения нужно применять к височно-нижнечелюстному суставу, или к закладке в контур челюсти, таким образом, чтобы человек, проводящий мониторинг, мог уверенно использовать их при закрывании челюсти. Тот, кто проводит мониторинг, использует сбалансированную мышцу-индикатор клиента, и при прикосновении к клиенту широко открывает свою собственную челюсть, проводя монито-

ринг мышцы-индикатора клиента. Если нет изменений индикатора, то человек, проводящий мониторинг, закрывает челюсть и проводит повторный мониторинг мышцы-индикатора клиента. Если же и после этого нет изменений индикатора, тот, кто проводит мониторинг, использует в таком случае закладку в контур челюсти для того, чтобы удерживать информацию при ее закрывании. Однако, если наблюдаются изменения индикатора при открытии или закрытии челюсти того, кто проводит мониторинг, на протяжении сеанса нельзя использовать закладку в контур своей челюсти, и он должен попытаться сбалансировать свой височно-нижнечелюстной сустав, чтобы можно было использовать возможность закрывания челюсти в дальнейших сеансах.

Литература

1. Roy, R, Tiller, WA, Bell, I & Hoover, MR 2005, The structure of liquid water; novel insights from materials research; potential relevance to homeopathy, Materials Research Innovations 9–4: 1433–075X
2. Emoto, M 1999, Messages from Water, Volume 1, Hado Publishing.
3. Walther, DS 1988, Applied Kinesiology: Synopsis, Systems DC, Pueblo, pp. 149–152.
4. Krebs, C 1998, A Revolutionary Way of Thinking, Hill of Content Publishing, Melbourne. Krebs, C 2004, Understanding Switching in the Body and the Brain: What Does it Mean?, Melbourne Applied Physiology, Learmonth.
5. Walther, DS 2000, Applied Kinesiology: Synopsis, Second Edition, Systems DC, Pueblo, p. 545.
6. Soyka, F & Edmonds, A 1977, The Ion Eff ect, EP Dutton, New York.
7. Soyka, F & Edmonds, A 1977, The Ion Eff ect, EP Dutton, New York. Beasley, VR 1978, Your Electro-Vibratory Body, Second Edition, University of the Trees Press, Boulder Creek.
8. Shannahoff -Khalsa, DS 2008, Psychophysiological States: The Ultradian Dynamics of Mind–Body Interactions, Academic Press, San Diego, p. 283.
9. Davis, AR & Rawls, WC Jr 1974, Magnetism and Its Eff ects on the Living Systems, Exposition Press, Hicksville, p. 105.
10. Shannahoff-Khalsa, DS 2008, Psychophysiological States: The Ultradian Dynamics of Mind–Body Interactions, Academic Press, San Diego, p. 283. Davis, AR & Rawls, WC Jr 1974, Magnetism and Its Eff ects on the Living Systems, Exposition Press, Hicksville, p. 105.
11. Swami Satyananda Saraswati 1997, Asana, Pranayama, Mudra and Bandha, Bihar Yoga Bharati, Munger.
12. Goodheart, GJ, Jr 1987, Applied Kinesiology 1987 Workshop Procedure Manual, privately published, Detroit.

Глава 23

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНТЕКСТА

По своей сущности кинезиология зависит от контекста, и результаты любого лечения зависят от осознания контекстуальной зависимости. Следовательно, результаты балансировки в кинезиологии всегда исходят от первоначального определения контекста для настройки баланса. Существует несколько подходов в определении контекста для проведения сеанса:

1. рассмотрение проблемы и возможных результатов;
2. выполнение одного или нескольких действий для активации системы или систем в организме;
3. вербальное определение общей цели по результатам сеанса;
4. активация формата акупрессуры, подходящего для определенной физиологической системы или структуры;
5. оценка и активация боли или структурного дисбаланса.

Следует отметить, что эти подходы необязательно могут быть использованы в индивидуальном порядке, а чаще всего в комбинации друг с другом. Контекст является важным для любого вида терапии и, пожалуй, даже наиболее важным в Энергетической кинезиологии с учетом природы биологической обратной связи. Мышечный мониторинг всегда является тем итоговым процессом, при котором мышца реагирует «запиранием», указывая на недостаток стресса в этом отдельном контексте, или же реакцией «раскрывания» мышцы, показывая наличие стресса в данном контексте.

Однако, данная реакция является результатом суммирования всех положительных и отрицательных сторон в данном контексте и, таким образом, не указывает на абсолютное отсутствие или наличие стресса. Она скорее указывает на то, что в данном случае, отрицательные контекстуальные стрессоры составляют или же не превышают 50%. Даже незначительное изменение контекста может оказывать обратное действие от положительного к отрицательному, или от отрицательного к положительному.

Если применяемый контекст относится ко всему организму или же всеобщей проблеме, он может иметь очень большое различие с контекстом по отдельной части тела или отдельным деталям этой всеобщей проблемы. Например, если кто-то спрашивает: «Как у вас сегодня обстоят дела?», вам необходимо на сознательном или же подсознательном уровне собрать все положительные и отрицательные факторы, которые происходят в вашей жизни в настоящее время и ответить, скорее всего: «Хорошо» (мышца заблокирована) или «Нехорошо» (мышца разблокирована). Если у вас вывихнута правая лодыжка, и она болит, когда вы на нее опираетесь, ваш ответ будет зависеть от того, находитесь вы в положении стоя или же сидите.

Далее, если я немного изменю контекст, и задам вопрос: «Как обстоят дела с вашей лодыжкой сегодня?», Ваш ответ наверняка будет: «Нехорошо». Итак, хорошо или нехорошо? Ответ полностью зависит от контекста.

Ввиду того, что происхождение мышечных реакций на контекст часто исходит из областей подсознания в нашем мозге,

клиент не может компенсировать контекстуальные реакции на сознательном уровне. То есть, мышечная реакция клиента не может сказать: «О, но...» или конкретизировать данную реакцию. Следовательно, для кинезиолога крайне важно создать ясный контекст в самом начале сеанса таким образом, чтобы значение биологической реакции мышцы было понятным и недвусмысленным. Также, это представляет важность в обеспечении гарантии того, что исход лечения будет соответствовать ожиданиям клиента.

Обсуждение темы и возможных результатов

Клиенты поступают со своими текущими темами, которые часто являются многокомпонентными, и их нельзя решить просто с помощью обычного применения методов Энергетической кинезиологии.

Следовательно, необходимо рассматривать различные составляющие каждой проблемы, а также то, какие из них являются приоритетными в ходе сеанса. Для того, чтобы это выполнить, необходимо рассматривать проблему клиента, а затем идентифицировать результат, которого хочет достичь клиент по истечении определенного сеанса.

Метод определения контекста — это составляющая каждого сеанса в Энергетической кинезиологии. В тех сеансах, которые представляют более общие проблемы, могут быть определены все необходимые контексты, в то время как более специфические проблемы для своего решения могут потребовать более специфических методов определения контекста, например, форматирования по точкам акупрессуры или активации болевых ощущений.

Проведение предварительных действий

Проблема клиента может представлять собой трудность в выполнении определенной деятельности или работы. Например, может возникать трудность при чтении или в координации при ударе по мячу. Перед тем, как выполнить какое-нибудь действие до проведения балансировки, вам следует определить основную линию относительно того, какие изменения следует зафиксировать. Проведение *предварительных действий* фиксирует движение или действие во времени, таким образом, что клиент сможет четко ощутить их воздействие. Повторение этих действий после выполнения балансировки в дальнейшем помогает клиенту заметить изменения, такие как возможность читать более бегло, или способность ударять по мячу с большей легкостью и более точно.

В некоторых видах Энергетической кинезиологии, например, в Гимнастике мозга, проведение предварительных действий является основным компонентом в процессе постановки задач, а также сознательное фокусирование внимания на определении целей представляет собой основной способ определения контекста.[1]

Определение цели

Цель — это желаемый результат после сеанса кинезиологии, основное внимание

обычно фокусируется на положительном изменении, которое ожидает клиент. Цель выражает ожидаемый достоверный итог, фокусируя внимание на положительном результате с целью вытеснения предыдущих негативных паттернов, которые мешали достичь цели. Цель ставится таким образом, как будто она уже достигнута, а проблема или дисбаланс разрешен. Таким образом, определение цели используется для создания условий, при которых будет достигнуты результаты в дальнейшем.[2]

Высказанное намерение данной цели часто поднимает или активирует текущий негативный опыт и ощущения, по причине несоответствия между поставленной положительной целью и предыдущим негативным опытом.

Например, клиент жалуется на боль, которая мешает выполнять физические упражнения, что в свою очередь означает прибавление в весе и плохое самочувствие. Он может выразить желание «избавиться от боли». Таким образом, определение контекста для данного сеанса при достижении положительного утверждения типа «Теперь я свободен от боли и могу делать упражнения», может впоследствии позволить клиенту начать делать упражнения для достижения ожидаемого веса, а также вновь чувствовать себя хорошо.

Путь оказания помощи клиенту в определении цели состоит в том, чтобы вначале спросить: «Если эту проблему решить, как бы выглядела ваша жизнь?» и «Что вы сможете делать иначе?»

Таким образом, это переносит внимание от текущей ситуации к тому, как бы выглядела жизнь клиента после достижения цели. То есть, внимание переносится от негативных тенденций в настоящем времени к положительному желаемому результату в дальнейшем.

Активация форматирования по точкам акупрессуры

Другой прямой способ определения контекста состоит в том, чтобы ввести формат акупрессуры для решения физиологической, эмоциональной или энергетической проблемы. Данный формат создает контекст на уровне подсознания, при выборе отдельной системы как предмета сеанса.

Например, если вы вводите формат акупрессуры для иммунной системы, получаемый результат мышечного мониторинга и биологической обратной связи относится к различным аспектам иммунной функции.

Как мы и рассматривали ранее, форматирование по точкам акупрессуры позволяет практику определять очень специфический контекст в текущей проблеме клиента.

Основываясь на обсуждении кинезиолога и клиента желаемых результатов сеанса, кинезиолог обязан сделать выбор, какой вариант постановки контекста необходимо применять. Например, отдельная аллергическая реакция, которая напрямую является проблемой иммунной системы, может быть устранена более эффективно с помощью форматирования аллергии по точкам акупрессуры, а не путем определения всеобщей проблемы в духе «Я хочу, чтобы мне было хорошо».

В дальнейшем, иммунная система

может рассматриваться как первоначальная тема сеанса, или же не рассматриваться, но только из-за того, что иммунная система является первопричиной аллергии, результат может быть менее эффективным.

Активация боли или структурного дисбаланса

Наиболее специфический способ определения контекста состоит в том, чтобы напрямую активировать самые явные признаки, относящиеся к текущей проблеме. Способ активации боли или структурного дисбаланса устанавливает ограничения контекста в системах, которые напрямую относятся к появлению данных проблем. Поскольку этот способ является наиболее прямой формой определения контекста, он может стать крайне эффективным тогда, когда текущая проблема имеет очень четкое происхождение или причинные факторы.

Очевидно, что путь определения контекста для любого сеанса будет уникальным в достижении ожидаемого результата и будет часто включать разные методы определения контекста. Обсуждение темы и вероятных результатов необходимо перед началом каждого сеанса. Таким образом, это помогает установить, какие другие методы определения контекста могут стать важными для клиента для достижения ожидаемых результатов.

Очень вероятно, что общая цель, к примеру «безболезненно», является соответствующим контекстом для клиента. Но, достижение данного результата может потребовать от практика применить специфический контекст, например, формирование по точкам акупрессуры для отдельной системы или мышцы, что в свою очередь, может потребовать активацию боль или мышцы и активацию структуры. Но в данном случае, определение цели подразумевает контекст не только для всего баланса, но также и для формата акупрессуры и активации боли.

Следовательно, могут возникать проблемы, требующие решения и относящиеся ко всеобщей цели, которые могли бы никогда не возникнуть, если бы изначально был определен специфический контекст.

Очевидно, что выбор правильного метода определения контекста в Энергетической кинезиологии играет важную роль для балансировки. Следует тщательно обдумать способ или способы определения контекста, который следует применить.

Глава 24

ОЦЕНКА БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ

Очевидно, что наиболее общей существующей проблемой в практике кинезиологии являются боли различного типа. Крайне важно, чтобы в самом начале было выявлено их происхождение. Также энергетическому кинезиологу или медицинскому специалисту (доктору, хирургу или мануальному терапевту) необходимо определить наилучший способ устранения болей. Что касается боли, очень важно, чтобы ее тщательно исследовал медицинский специалист, для работы с болью методами кинезиологии должна быть точно известна причина боли или же точно известно, что отсутствуют объективные причины для возникновения такой боли.

Например, к Кребсу поступил мужчина, жаловавшийся на боль. В левой части его грудной клетки при прощупывании у него была острая боль. Когда у мужчины спросили, был ли он у врача, он ответил: «Нет». Кребс потребовал у клиента немедленно посетить своего лечащего врача. Как выяснилось, он упал и ударился о кресло, и после этого у него произошел разрыв селезенки, появилось внутреннее кровотечение. Его лечащий врач сразу направил его к хирургу после краткой оценки его болезненного состояния. В действительности, если бы Кребс продолжил свой сеанс кинезиологии, то больной мог бы умереть

Как проводится оценка болевых ощущений

Касательно боли, до начала любого лечения необходимо проводить оценку трех показателей. Первое — это определение типа боли: резкая, острая, мучительная боль или боль от удара; хроническая боль, которая является более тянущей, ноющей, пульсирующей и т. д.

Второе — это локализация боли, а также постоянна ли она в одном, или в разных областях. Третье — интенсивность боли. Для этого вам необходимо установить ее субъективную шкалу, поскольку боль — это одно из тех необычных явлений, которое после исчезновения почти сразу позволяет забыть о ее интенсивности.

Тип болевых ощущений указывает нам на несколько вариантов. Появившаяся острая боль указывает на то, что вероятнее всего, происхождение боли связано с чем-то случившимся совсем недавно, а опрос позволит установить, с каким фактором она связана.

В случаях, когда появляется острая боль, ее появление обычно относится к фактору причины. Знание фактора причины способствует легкому определению того, какое лечение вам лучше проводить.

С другой стороны, происхождение хронической боли часто удалено от ее реального места проявления и, таким образом, может считаться *отраженной* болью.

Классическим примером этому может служить то, что называется активными *триггерными зонами,* которые в случае своей болезненности, обычно отдалены от действительного источника боли.[1] На самом деле, терапия триггерной зоны — это давно признанная терапевтическая методика, которая очень успешно применяется для устранения хронической боли. Хроническая боль часто является результатом нерешенных скелетно-мышечных проблем, которые благодаря серии компенсаторных мышечных реакций не относятся к области тела, в которой появилась данная боль.

Недавно к Кребсу пожаловала клиентка, которая наверняка была игроком в теннис, правшой, и у нее возникла трудность при правом ударе с лета.

Однако, в клинике она пожаловалась на боль в левом локте. Поэтому, ожидаемый результат в ходе сеанса состоял в решении хронической боли в локте. Когда боль в левом локте была заложена в контур через серию форматов акупрессуры, и контуров реактивных мышц (как указано в главе 34), конечная фаза коррекции заключалась в реактивных мышцах, при которой одна мышца активно ингибирует другую.

Мышца большого пальца левой стопы ингибировала мышцу, противопоставляющую большой палец правой руки, что было определено биологической обратной связью мышцы. Мышца, противопоставляющая большой палец, — это мышца, которая задействуется при захвате рукоятки теннисной ракетки.

При применении терапии точек акупрессуры была решена не только реактивная связь, но и полностью устранилась проблема болевых ощущений в левом локте, и ее правое запястье стало таким же, как и раньше!

Очень важно, чтобы кинезиолог смог выявить точную локализацию боли, а также то, насколько постоянным оно является в течение определенного времени. Если в течение длительного времени боль присутствует постоянно, это дает возможность определить тип активности или же происхождение самой боли. Если область боли варьирует, то можно предположить, что между происхождением боли и ее областью проявления существует более сложная взаимосвязь. Следовательно, вам необходимо меньше фокусировать внимание на области болевых ощущений, и больше на возможные факторы, вызывающие эту боль.

Для того, чтобы установить интенсивность боли, которая по своей природе является субъективной, вам нужно создать шкалу болевых ощущений, по которой клиент сможет оценить боль. Одна из наиболее признанных шкал имеет диапазон от 0—10. На ней 0 указывает на отсутствие боли как таковой, и 10 показывает наличие самой сильной боли, относящейся к этому определенному виду и области болевых ощущений, которые остались в памяти.

Затем у клиента просят оценить и выбрать цифру, характеризующую выраженность болевых ощущений, которые имеют место в настоящее время, например, сейчас «7 из 10». Это отчетливо показывает критерий, по которому фиксируются изменения в дальнейшем состоянии боли, что является очень важ-

ным, так как когда боль уходит, у вас существует тенденция к тому, чтобы почти сразу забыть, на сколько интенсивной она была на самом деле.

Даже без проведения данного измерения первоначальной интенсивности, вы можете проводить успешное лечение, но все же может оставаться определенная боль, и человек скажет: «Боль все еще присутствует». Однако, если ваш критерий интенсивности боли находится в диапазоне шкалы 0—10, и изначально он был на уровне 7, а теперь 3, значит боль уменьшилась на более, чем в два раза, и пациент будет понимать происходящие изменения.

Следовательно, очень важно оценивать уровень болевых ощущений, как до лечения, так и сразу после него, таким образом, чтобы клиент мог сравнивать и оценивать произошедшие изменения.

Одним из наиболее общих наблюдений кинезиологов при последующем устранении боли показывает, что клиент внезапно произносит следующее: «А теперь у меня боль в другом месте!». Это на самом деле правда. Ситуация больше похожа на то, как я щипаю вас за одну руку и кусаю за другую. В то время как место щипания болит, все же эта боль игнорируется, поскольку боль от укуса является более интенсивной, и все ваше сознательное внимание переносится в область более интенсивной боли — укуса.

Как только я перестану вас кусать, вы скажете: «Ой! У меня болит другая рука!», поскольку я щипаю вас за нее.

Нередко, полезно проинформировать клиента, особенно если у него боль в нижней части спины, о том, что сразу после ее устранения, другая боль может появиться в какой-то другой области тела. В случае, если боль присутствует в нижней части спины, она также почти всегда присутствует в области шеи из-за структурной взаимосвязи между шейными и поясничными позвонками.

Активация болевых ощущений

Одним из наиболее важных подходов при устранении боли является активация болевых перед началом лечения. Благодаря тому, что в организме, в любой его точке, в любое время происходят сотни тысяч различных процессов, каждый из них требует определенного уровня внимания на сознательном и подсознательном уровне. Следовательно, соотношение сигнал/шум при определенном сигнале, например, боли, может часто преодолеваться очень большой «шумностью», которая появляется в результате процессов, происходящих в остальной части вашего тела. Ричард Атт разработал эффективную методику, основанную на методах доктора Ногера, основателя метода акупрессуры уха.[2] При применении данной методики боль активируется моментально, а затем быстро закладывается в контур. Это значит, что клиент ощущает дискомфорт только от моментального усиления болевых ощущений, но ощущение боли преувеличено, и усиливает соотношение сигнал/шум.

Это значит, что у вас больше сведений о состоянии болевых ощущений в контуре и, следовательно, можно провести более глубокий или же более эффективный баланс.

Другая концепция, которую разработал Ричард Атт, заключается в том, что надо физически прикоснуться к месту болевых ощущений и заложить это в контур. Если невозможно прикоснуться к области боли, можно мысленно интенсивно сфокусировать внимание на этой боли и одновременно заложить ее в контур. Это позволяет на сознательном уровне фокусировать внимание на боли или же на области боли, снова повышая соотношение сигнал/шум. Работа с болевыми ощущениями или какой-либо другой проблемой включает ваше восприятие на сознательном уровне в режим «онлайн», выделяя данную проблему среди всех других шумов или процессов, происходящих вокруг.

Это сравнимо с открытием какого-то определенного файла на вашем компьютере так, что он занимает весь экран и вашу область сознания. Файл постоянно находился в компьютере, вы просто его не открывали.

Как только были определены категория и качество боли, ее расположение, постоянство ее локализации и интенсивности, человек, который проводит мониторинг, должен решить, как лучше всего активировать боль для того, чтобы обеспечить наилучший контекст для балансировки этой боли. Следует заметить, что очень часто для полного устранения боли, особенно ее хронического проявления, может потребоваться несколько контуров.

Устраняя боль, человек, который проводит мониторинг, должен еще раз провести оценку типа, местоположения и интенсивности. Он должен видеть все изменения данных трех факторов. Если какой-либо из этих факторов показывает улучшение, это можно считать положительным результатом, поскольку даже если боль все еще присутствует, один или же два ее аспекта дают положительные изменения. Если локализация болевых ощущений меняется, особенно той боли, у которой было постоянное место положения до балансировки, вы можете сказать клиенту: «Ваша боль начала убегать!». Однако, если характер болевых ощущений не меняется по виду, местоположению или интенсивности после проводимого лечения, это говорит о возможном присутствии «реального» физического или структурного происхождения боли, и может появиться необходимость обратиться к медицинскому специалисту или специалисту-практику, например, мануальному терапевту.

Литература

1. Simons, DG, Travell, JG & Simons, LS 1998, Travell & Simons' Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual (2-Volume Set), Second Edition, Lippincott Williams & Williams, Philadelphia.

2. McGee, CT 2000, Healing Energies of Heat and Light: A Quantum Leap in HealThCare, MediPress, Coeur d'Alene.

Часть VI

ПОДГОТОВКА: СБОР ИНФОРМАЦИИ

Фаза подготовки в кинезиологической балансировке идет после закладки контекста и до применения любых коррекционных методик. Она включает выявление важной информации, связанной с проблемой клиента. Большинство модальностей современной энергетической кинезиологии включают довольно обстоятельную и всестороннюю подготовку к своим балансировкам. Обычно для этого в контур закладываются пальцевые пробы, особые индикаторные точки и/или акупрессурные форматы, имеющие отношение к физиологическим, эмоциональным, ментальным и психодуховным аспектам проблемы клиента. Подготовка в энергетической кинезиологии необходима для того, чтобы декомпенсировать состояние сбалансированного дисбаланса, которое и приводит к формированию текущей проблемы клиента. Подготовка высвобождает блокированную энергию в многомерном теле клиента и обусловливает хаотичное в возрастающей степени состояние по мере продолжения декомпенсации. Именно из этого хаотичного декомпенсированного состояния и может произойти реорганизация. Чем более декомпенсированной становится система, тем выше ее хаотичность и тем больше возможность реорганизации системы и ее приближения к оптимальному гомеостазу. То есть, чем обстоятельнее и глубже подготовка, тем сильнее потенциал реорганизации системы клиента и ее возвращения к состоянию гомеостаза.

Поскольку данная книга предназначается как вводный материал в сферу энергетической кинезиологии, мы решили включить только те методы и приемы подготовки, которые обычно применяются в любой кинезиологической коррекции. Здесь приведена информация о том, как использовать пальцевые пробы для получения доступа к информации; о механизмах проработки подсознательных эмоций, связанных со стрессором; о возврате по возрасту для выявления точного времени в прошлом, когда была заложена стрессовая программа; о способах определения сопутствующих факторов, а также о пальцевых пробах, особых индикаторных точках и акупрессурных форматах для проработки подсознательных эмоциональных воспоминаний, основанных на страхах.

Базовые техники подготовки, представленные в данной книге, позволяют специалисту провести декомпенсацию дисбаланса клиента и, таким образом, обусловить возможность исцеления. Применение более сложных и продвинутых приемов подготовки, таких как акупрессурные форматы, обеспечивает более полноценную декомпенсацию дисбаланса клиента и, следовательно, может систематически давать более длительные и стойкие клинические результаты. В последние годы было разработано несколько усовершенствованных и продвинутых систем акупрессурного форматирования для работы с телом и мозгом, и они часто приносят поразительные результаты.

Глава 25

ПОДГОТОВКА: СБОР ИНФОРМАЦИИ

Стадия подготовки в кинезиологической балансировке идет после определения контекста и перед применением любых коррекционных методик. Она включает выявление важной информации, относящейся к проблеме клиента. Стадия подготовки к балансировкам в большинстве модальностей современной Энергетической кинезиологии включает очень тщательную работу. Обычно она включает закладку в контур нескольких пальцевых проб, особых индикаторных точек и/или акупрессурных форматов, связанных с физиологическим, эмоциональным, ментальным и психодуховным аспектами проблемы человека.

Подготовительная работа в Энергетической кинезиологии необходима для снятия компенсаций состояния сбалансированного дисбаланса, которые привели к возникновению текущей проблемы клиента. Подготовка высвобождает блокированную энергию в многомерном теле клиента и создает все более хаотическое состояние по мере снятия компенсаций. Именно из этого хаотичного декомпенсированного состояния и может возникнуть новая организация. Чем больше уходит компенсаций, тем больше хаос и выше возможность реорганизации системы для приближения к оптимальному гомеостазу. То есть тем глубже и полнее стадия подготовки к балансировке, тем выше шанс реорганизации системы клиента и ее возвращения к гомеостазу.

Поскольку данная книга является вступлением в область Энергетической кинезиологии, мы решили включить только те подготовительные процедуры, которые повсеместно применяются во всех кинезиологических коррекциях. Мы включили пояснения использования пальцевых проб для проработки информации; механизм проработки подсознательных эмоций, задействованных при активации стрессора; возврат по возрасту для выявления точного времени в прошлом, когда закладывалась программа стресса; способы выявления задействованных дополнительных факторов; а также пальцевые пробы, особые индикаторные точки и акупрессурное форматирование для проработки подсознательных эмоциональных воспоминаний, основанных на страхе.

Базовые подготовительные процедуры, представленные в настоящей книге, позволяют специалисту убрать компенсации дисбаланса клиента и, таким образом, открыть дверь для исцеления. Однако использование более сложных подготовительных процедур, таких как акупрессурное форматирование, дает более полную декомпенсацию дисбаланса клиента и, поэтому, может систематически давать более длительные клинические результаты. За последние годы было разработано несколько усложненных систем акупрессурного форматирования для работы с телом и мозгом, которые часто дают поразительные результаты.

Пальцевые пробы для сбора информации. Запись информации

Изначально кинезиологи собирали информацию о стрессе в контур через изменение показаний мышцы-индика-

тора, который представляет собой ответ «все-или-ничего», и потому основан на бинарной системе, Это подобно работе компьютера по бинарному коду. Для компьютера единственными возможными ответами являются «1» и «0». Похожим образом, в кинезиологии мышца может только «заблокироваться» или «разблокироваться», и потому единовременно возможно получить только одну отдельную единицу информации.

Позднее, когда Алан Бирдалл обнаружил механизм закладки в контур, кинезиологи уже могли собирать и хранить информацию, то есть выстраивать контур путем добавления новых единиц информации. Как описывалось ранее, тестирующий мог составлять ноги вместе и затем в стороны, получая изменение индикатора на вибрационном индикаторе, при проверке (провокации), вербальном вопросе или использовании иной методики. Это изменение индикатора затем хранится в контуре наряду с сигналами, сообщающими телу, что ноги расставлены врозь. Тогда тестирующий просит клиента составить свои ноги вместе и расставить их в стороны, одновременно прикасаясь к нему. Этим действием информация, хранившаяся в бедренном контуре тестирующего, передалась в бедренный контур клиента, как дублирование файла на внешнем жестком диске. Такое чередование обмена информацией между тестирующим и клиентом называется *суммированием*.

Как отмечалось ранее при обсуждении закладки в контур, в височно-нижнечелюстном суставе находится примерно такое же количество окончаний Руффини, которые посылают сигнал о закладке в контур, поэтому тестирующий также может использовать его в качестве второго механизма закладки в контур. Поэтому вместо передачи собранной информации в бедренный контур клиента всякий раз, тестирующий может просто по очереди пользоваться бедренным и челюстным механизмами закладки в контур для постоянного добавления информации. Это называется *челюстным суммированием*.

Челюстное суммирование стало большим шагом вперед при построении контуров. Суммирование дает тестирующему возможность выстраивать более комплексные контуры, которые несут в себе более сложную, взаимосвязанную с ситуацией по проблеме клиента информацию. Эта информация хранится в виде сложного интерференционного шаблона всех взаимодействующих частот информации; не забывайте, что показания индикатора меняются потому, что новая частота вибрационного индикатора, вербальной проверки или вопроса совпадает с частотой информации, уже хранящейся в контуре. Когда добавляется новая единица информации, эти частоты взаимодействуют друг с другом, создавая новый, более сложный интерференционный шаблон, представляющий собой все данные, хранящиеся в контуре.

Разработка режима непрерывного фиксирования

Иан Стаббингс, разработчик системы индикаторных точек стресса (SIPS), заметил, что даже при использовании методов закладки в контур более высокого уровня мы все равно можем упустить или потерять значительный объем информации.

Физическая активность или ход мыслей не являются отдельными движениями или процессами, а, скорее, вся жизнедеятельность человека представляет собой последовательность единичных действий и мыслей, происходящих и возникающих в отдельные моменты времени. Тем не менее, применяя традиционные механизмы закладки в контур, даже с суммированием, мы только лишь выборочно проверяем в пальцевой форме эту последовательность физических и ментальных действий.

Следовательно, если вы не проводите выборку временного промежутка конкретного действия или мысли, то стресс, хранящийся в этом действии или мысли, будет потерян. Стаббингс полагал, что должен быть способ записать этот непрерывный поток биологической обратной связи. Когда мы вносим только отдельные единицы информации о дисбалансе, мы теряем важные связи или компоненты этих непрерывных действий или потока мыслей. Таким образом, сокращается количество доступных деталей, и мы можем упустить и не включить в контур крайне важные составляющие, в результате чего уменьшается глубина и детальность проработки.

Единственная информация, которая может храниться в контуре через изменение мышцы-индикатора, — это дисбаланс, обусловливающий уровень стресса выше 50% емкости электромагнитно-энергетического контура клиента. Что происходит с теми составляющими, которые вызывают менее 50% стресса в контуре клиента? Очевидно, что эти стрессы не приведут к изменению состояния мышцы-индикатора, и, следовательно, не будут отмечены традиционным механизмом пальцевой закладки в контур. Кроме того, может существовать последовательность относительно незначительных стрессоров, которые, складываясь, со временем превышают порог в 50% и, если их добавить вместе, приведут к изменению состояния мышцы-индикатора. Традиционные механизмы закладки в контур упускают эти стрессоры, и информация, которая в них содержится, о стрессорах в контуре в целом будет утеряна. Поэтому эти многочисленные второстепенные стрессоры могут послужить источником важной информации о дисбалансе, но из-за того, что они по одиночке никогда

Рис. 25.1. **Режим непрерывного фиксирования (РНФ) в сравнении с закладкой в контур.** Когда активируется закладка в контур (ЗК), то фиксируется только то событие, которое произошло во время активации контура, причем в контуре может фиксироваться только та информация, которая вызывает более 50% стресса. При РНФ, напротив, как только индикаторная точка для РНФ внесена в контур и удерживается, все дисбалансы или стрессовая информация, включая те, что по отдельности вызывают менее 50% стресса, фиксируются до тех пор, пока тестирующий не отпустит индикаторную точку и снова не активирует закладку в контур. Пока активен РНФ, фиксируются все стрессоры, включая и те, что не превышают 50%. Взято из работы Стаббингса, I 2004, SIPS 2 Manual, SIPS Kinesiology.

не превышают 50% стресса, они не будут учтены или включены в контур, и поэтому информация будет потеряна (см. рис. 25.1).

Например, при движении руки по амплитуде движения происходит последовательная активация отдельных первичных двигателей, задействованных в этом действии, причем некоторые из них активны только на протяжении короткого отрезка времени. Тем не менее, их участие в движении может оказаться решающим, если его выполнить правильно. Представьте теннисиста, который неудачно подает мяч. Возможно, кратковременная активация только одной или двух мышц меняет время подачи настолько, что мяч летит в сетку.

Метод фиксирования непрерывной информации был придуман и разработан Стаббингсом в 1997 году. Он назвал этот метод *режимом непрерывного фиксирования*, и он заключается в следующем: удерживать точку Толстого кишечника 16 на задней поверхности правой лопатки, как показано на рис. 25.2, а затем открыть контур. Стаббингс обнаружил, что пока он сохранял контакт с акупунктурной точкой 16 меридиана Толстого кишечника, фиксировался каждый стрессор, включенный в действие или мыслительный процесс, пока он не открывал рот, передавая всю информацию в свой челюстной контур, затем составлял ноги вместе и расставлял их в стороны, отпуская точку Толстого кишечника 16. Таким образом, информация переходила в его бедренный контур, и прекращалось непрерывное фиксирование. Теперь у него в контуре хранились не только отдельные стрессоры, каждый сам по себе превышавшие

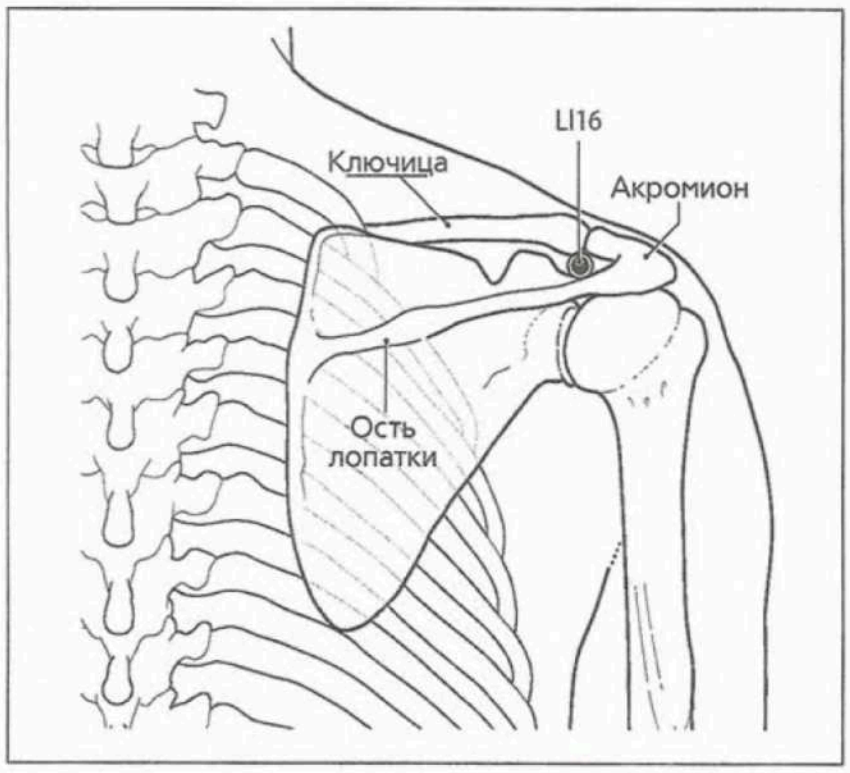


Рис. 25.2. **Режим непрерывного фиксирования (РНФ):** особая индикаторная точка — точка меридиана Толстого кишечника 16 справа. РНФ включается путем удержания акупунктурной точки Толстого кишечника (LI) 16 на задней поверхности правой лопатки и активации бедренного контура. Для прекращения непрерывного фиксирования информация вносится в челюстной контур тестирующего, затем он сводит ноги вместе и расставляет их врозь, отпуская точку LI 16 справа. Пока сохраняется контакт с акупунктурной точкой LI 16 справа, постоянно фиксируется каждый стрессор, связанный с действием или мыслительным процессом.

50%, но и все стрессоры, включая и те, которые при сложении могли превысить 50%.

Режим непрерывного фиксирования определяет и фиксирует динамические аспекты дисбалансов по всей амплитуде движения или во всем потоке мыслей. Некоторые дисбалансы, такие как реактивность мышц, могут возникать только в том случае, когда задействуется реактивная мышца, причем она может быть активна всего лишь на протяжении доли секунды в ходе движения. Тем не менее, в эту долю секунды происходит выра-

женное подавление мышцы, которая может быть задействована в этом движении; помните, что мышцы, участвующие в одном и том же действии, зачастую могут становиться реактивными по отношению друг к другу. Эти знания играют большую роль для спорта и умственной деятельности, поскольку эти кратковременные, но существенные стрессоры не выявляются и не вносятся в контур.

В качестве аналогичного примера можно рассмотреть спектрографический анализ химических компонентов лимона. В химических подгруппах, составляющих натуральный вкус лимона, присутствуют сотни основных и второстепенных пиков. Когда ученые создавали искусственный вкус лимона, они смешали в равных пропорциях около тридцати химических соединений, представленных на спектрографе основными пиками. Вкусовые рецепторы человека четко различают разницу между натуральным и искусственным вкусами. Богатство вкуса настоящего лимона кроется в нюансах второстепенных пиков, в оттенках более тонкой химической структуры натурального вкуса лимона. Таким образом, настоящая суть вкуса лимона содержится именно в этих нюансах. Таким же образом, многие тонкости кинезиологического баланса могут пройти незамеченными, потому что фиксируются только основные пики.

Режим непрерывного фиксирования формирует несущую волну, которая постоянно фиксирует все стрессы, которые могут выявиться между изменением мышцы-индикатора, изначально внесенным в контур, и изменением мышцы-индикатора, которое заканчивает фиксирование. Эта простая техника может значительно углубить и улучшить балансировку, прорабатывая полную динамическую природу и контекст дисбаланса и обеспечивая сбор всей соответствующей информации в контуре.

Выявление важной информации

После установления контекста работы следующим шагом в кинезиологической процедуре является подготовка балансировки через сбор информации, соответствующей этому контексту. Всегда есть некоторые единицы информации, которые необходимо выявить: взаимосвязанная эмоция; возраст, в котором впервые возникла проблема; люди, обстоятельства или иные факторы, задействованные в проблеме; реактивные эмоциональные программы миндалевидного тела, обусловливающие проблему, и т. д. Как известно, об одной проблеме можно собрать большой объем информации. Поэтому, как узнать, какая информация наиболее важная и значимая для балансировки по проблеме клиента? Наши проблемы, зачастую, бывают многогранны, вызывают стресс на нескольких различных уровнях нашего существа и часто взаимосвязаны с различными периодами времени нашей жизни. Как же нам узнать, что мы собрали достаточно информации и охватили важный контекст для балансировки проблемы в контуре?

Собирая информацию по проблеме в контуре, существует возможность проверить, собрана ли вся важная для данного конкретного контура информация. То есть вы можете знать, что нужна еще дополнительно информация одного вида или же информация иного типа, либо

же необходимо проработать какую-либо информацию, но на данный момент она скрыта или подавляется. В отношении каждой отдельной единицы информации возможно проверить, играет ли она важную роль для проблемы в контуре или же в контуре существуют дополнительные или параллельные разбираемой проблеме вопросы, но они не активны в настоящее время.

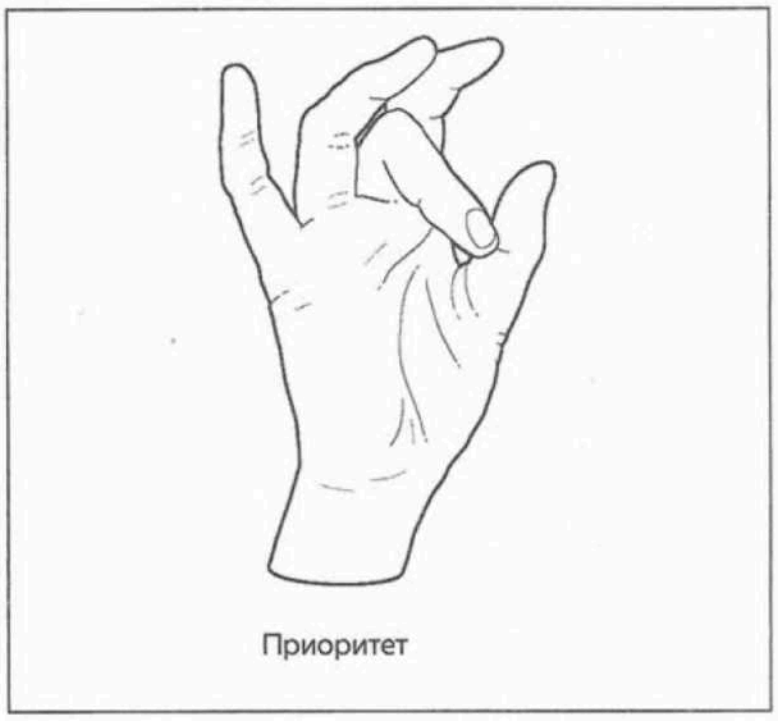
Применение пробы приоритета

Каким образом можно узнать, что стрессор, выявленный через изменение состояния мышцы-индикатора с помощью удержания вибрационного индикатора, вербальной проверки или вопроса, является важной и неотъемлемой частью рассматриваемой проблемы? Доктор Гудхарт убедился, что, хотя в Прикладной кинезиологии он и владел мощным инструментом биологической обратной связи, как, например, сегодня мы можем воспользоваться поиском в Google, но он зачастую давал слишком много информации различного качества. Поэтому он искал способ отделить поистине важную и нужную информацию от не столь важной и нужной.

Изначально он использовал методику, которая заключалась в том, чтобы привлечь внимание пациента как сознательно, так и подсознательно к каждой новой единице информации, выявляемой в ходе мышечного мониторинга, надев резинку на запястье пациента и дергая ее, затем сразу же тестируя мышцу-индикатор. Если состояние мышцы-индикатора снова менялось, то Гудхарт воспринимал эту единицу информации, как действительно важную и вносил ее в контур. Если после щелчка резинкой изменения мышцы-индикатора не следовало, тогда информация не считалась первостепенно важной и, следовательно, не вносилась в контур.

В 1988 году Алан Бирдалл разработал пальцевую пробу приоритета, применение которой значительно ускорило процедуру для определения того, является ли выявленная информация важной и значимой и необходимо ли ее вносить в контур. Эта пальцевая проба складывается следующим образом: ноготь среднего пальца ставится на складку большого пальца, как показано на рис. 25.3. Если сложить эту пробу после выявления фактора, вызы-

Рис. 25.3. **Режим приоритета.** Пальцевая проба приоритета складывается следующим образом: ноготь среднего пальца ставится на складку большого пальца. Если сложить эту пробу после выявления фактора, вызывающего стресс, то обратное изменение индикатора покажет, что эта информация является приоритетной и ее необходимо заложить в контур. Если с режимом приоритета нет изменения индикатора, то выявленная только что проблема является компенсацией более глубокой проблемы, и нет необходимости вносить ее в контур.



вающего стресс, то обратное изменение показаний мышцы-индикатора покажет, что эта информация является важной и ее необходимо внести в контур.

Поэтому режим приоритета является весьма полезным и уже признанным способом выбора информации для внесения в контур на основании ее значимости и важности. Информация, по которой нет изменения показаний мышцы-индикатора при складывании пальцевой пробы приоритета, обычно выступает в роли компенсации другой важной информации, которая уже находится в контуре. Когда причинные проблемы разрешены, то компенсации, как правило, исчезают, поскольку потребность в компенсации отпадает. Важно понимать, что режим приоритета относится исключительно к контексту и времени, в котором вы работаете, поскольку приоритеты постоянно меняются в рамках энергетических моделей тела. Режим приоритета может использоваться для определения следующего: 1. приоритетной цели или проблемы для разрешения в данный момент времени; 2. приоритетной информации, необходимой для проведения эффективной балансировки; 3. приоритетной коррекции; и 4. приоритетного порядка выполнения коррекций.

Использование режима дополнительного или «что-то еще»

Когда проблема внесена в контур и собрана вся необходимая и важная для данного дисбаланса информация, как узнать, что собрано все необходимое для эффективной балансировки данного контура?

Два мануальных терапевта Т. Франкс и М. Коэн разработали базовый режим дополнительного или «что-то еще». Подушечка среднего пальца ставится на край ногтя большого пальца, а подушечка указательного пальца ставится на край ложа ногтя. Изменение показаний мышцы-индикатора показывает, что контур не завершен, то есть необходимо найти дополнительную информацию о прорабатываемом вопросе или же дополнительную информацию иного типа для того, чтобы данный контур был полностью развернутым.

К примеру, в контуре у вас заложена боль в плече, и вы использовали специальный режим мышцы, чтобы определить мышцу, задействованную в данном дисбалансе плеча, и внесли ее в контур. Если складывание пальцевой пробы дополнительного или «что-то еще» на этом этапе даст изменение состояния мышцы-индикатора, то это значит, что нужно выявить еще одну мышцу, чтобы повысить эффективность балансировки. После получения изменения индикатора на режим «что-то еще» вы можете снова сложить специальный режим мышцы и найти другую мышцу, задействованную в дисбалансе плеча. Если еще раз сложить режим дополнительного и изменения индикатора не будет, то это показывает, что у вас есть вся необходимая на данный момент информация для проведения эффективной балансировки.

Продолжим тот же пример. В контуре у вас заложена боль в плече, и специальный режим мышцы показал, что необходимо определить мышцу и внести ее в контур. Если складывание пальцевой пробы дополнительного дает измене-

Рис. 25.4. **Режимы дополнительного.** a, Пальцевая проба дополнительного складывается следующим образом: подушечка среднего пальца ставится на край ногтя большого пальца, а подушечка указательного пальца ставится ставится на край ложа ногтя большого пальца. Если при складывании режима дополнительного индикатор меняется, это означает, что необходимо полностью проработать дополнительную информацию для этого контура. b, Поднимая средний палец при складывании режима дополнительного, режим меняется на «больше того же самого». Если наблюдается изменение показаний мышцы-индикатора при складывании этой пальцевой пробы, это означает, что необходимо искать дисбалансы в той же системе, в которой тестирующий в настоящий момент работает. c, Поднимая указательный палец при складывании режима дополнительного, режим меняется на «больше другого». Если наблюдается изменение показаний мышцы-индикатора при складывании этой пальцевой пробы, это означает, что на предмет поиска дополнительной информации необходимо исследовать другие системы, за исключением той, в которой тестирующий в настоящий момент работает.

ние состояния мышцы-индикатора, это означает, что нужно выявить еще одну единицу информации, прежде чем приступать к балансировке. Однако складывание специального режима мышцы не дает изменения мышцы-индикатора. Это показывает, что нужен другой тип информации, по сравнению с ранее внесенной (другая мышца). Вы можете проверить другие пробы и выяснить, что эмоциональная проба дает изменение мышцы-индикатора, и это сообщает нам, что компонент боли в плече связан с подсознательными эмоциями.

Но используя режим дополнительного в его первоначальной форме, мы никогда не знали, какую информацию нам нужно искать — того же типа, что и имеющаяся, или же иного типа. В 1986 году Ричард Атт в Прикладной физиологии и Брюс Дью в профессиональной кинезиологической практике, независимо друг от друга, пришли к мысли о том, что оба пальца, стоящие на большом пальце, могу обозначать оба этих варианта. К сожалению, при расположении обозначений они поместили их в прямой противоположности друг с другом. Атт обозначил средний палец, стоящий на краешке ногтя большого пальца, как *продолжение формы*, а указательный палец, стоящий на ложе ногтя большого пальца, как *поиск другой формы*; в то время как Дью приписал пальцам противоположные значения. По причине того, что обозначения из профессиональной кинезиологической

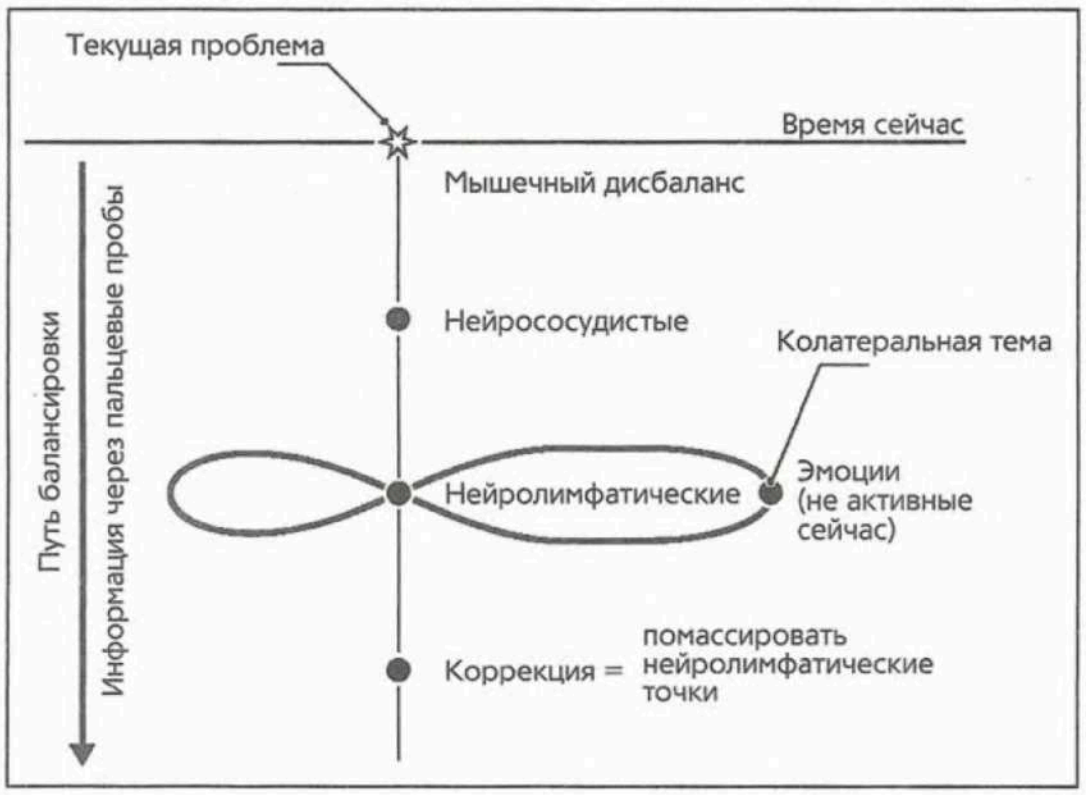


Рис. 25.5. **Значимость режима контура.** Рассматриваемая проблема — мышечный дисбаланс, и факторы, обусловливающие эту проблему в настоящем времени, были выявлены путем кинезиологической балансировки с использованием пальцевых проб и особых индикаторных точек. Корректируя приоритетную проблему, лежащую в основе других проблем, в данном случае — нейролимфатический дисбаланс, клиент может увидеть улучшение своего мышечного дисбаланса и даже его устранение. Режим контура позволяет нам также определить сопутствующие проблемы, не лежащие в рамках непосредственной балансировки, но которые, если их оставить без внимания, могут вновь активировать один из факторов, обусловливающих изначальный мышечный дисбаланс (например, эмоция, лежащая в основе изначального нейролимфатического дисбаланса), и со временем эта сопутствующая проблема восстановит изначальный мышечный дисбаланс.

практики используются гораздо чаще, в данной книге мы будем пользоваться обозначениями доктора Дью.

Следовательно, когда режим дополнительного дает изменение индикатора, тестирующему нужно только поднять указательный или средний палец, чтобы определить, какой из них приводит к изменению состояния мышцы-индикатора. Если прикосновение указательного пальца к краю ложа ногтя большого пальца дает изменение индикатора, то тестирующий знает, что ему нужно искать дисбаланс в той же системе, в которой он сейчас работает. И наоборот, если прикосновение среднего пальца к краю ногтя большого пальца дает изменение индикатора, то тестирующий знает, что ему нужно исследовать другие системы помимо той, в которой он сейчас работает. Все три режима дополнительного показаны на рис. 25.4.

Между тем существует еще один способ применения режима дополнительного, столь же значимый. Когда вы собрали всю информацию и определили приоритетную технику для корректировки проблемы в контуре и коррекция завершена, вы можете еще раз сложить пальцевую пробу дополнительного. Если на этом этапе вы получите изменение индикатора, причины тому может быть две. Первая — если режим дополнительного *больше того же самого* дает изменение индикатора, то это свидетельствует о том, что нужно продолжить применение той же коррекционной методики; например, нужно дольше массировать нейролимфатические точки. Вторая — если режим дополнительного *больше другого* дает изменение индикатора, то это свидетельствует о том, что методика, которую вы только что использовали, успешно применена и ее использование больше не требуется; но есть еще один фактор, который необходимо выявить и сбалансировать, прежде чем

Рис. 25.6. **Режимы контура.** a, Режим контура. Пальцевая проба режима контура складывается следующим образом: левый большой палец руки перекрещивается поверх правого большого пальца руки с вытянутыми остальными пальцами. Если мышца-индикатор меняет свое состояние при складывании этой пальцевой пробы, то это показывает, что присутствует дополнительная второстепенная информация, которую необходимо включить в контур для более глубокого воздействия проводимых коррекций. b, Расширенный режим контура. Эта проба складывается так: складывается пальцевая проба контура, затем все пальцы левой руки складываются поверх пальцев правой руки. Если эту пробу сложить после того, как проба контура дала изменение мышцы-индикатора, то новое изменение индикатора означает, что нужно определить область дисбаланса, проверив каждый палец по отдельности. Изменение индикатора при прикосновении указательных пальцев означает, что второстепенная проблема лежит в структурной области, при прикосновении средних пальцев — в питательной области, безымянных пальцев — в эмоциональной области, а мизинцев — в электромагнитной или энергетической области.

весь контур будет успешно сбалансирован.

Использование режима контура

Иан Стаббингс в своей системе индикаторных точек стресса (SIPS) разработал еще одно понятие — режим контура и режим расширенного контура. Энергетический контур, в частности, формируемый путем линейного суммирования, в некотором роде похож на провод со свисающей с него веревкой с узлами или блокадами по всей длине. Провод — это настоящее время, а узел, прикрепляющий веревку к проводу, — это представленная проблема, например, мышечный дисбаланс. Как только он внесен в контур и проявляется режим дополнительного, выясняется, что в основе этого мышечного дисбаланса лежит некий дополнительный фактор; пальцевая диагностика и проверка особых индикаторных точек помогают определить природу этого дисбаланса, то есть следующий узел на веревке. Поскольку такая ситуация может повторяться несколько раз, на цепочке, прикрепленной к настоящему времени, может оказаться несколько узлов или

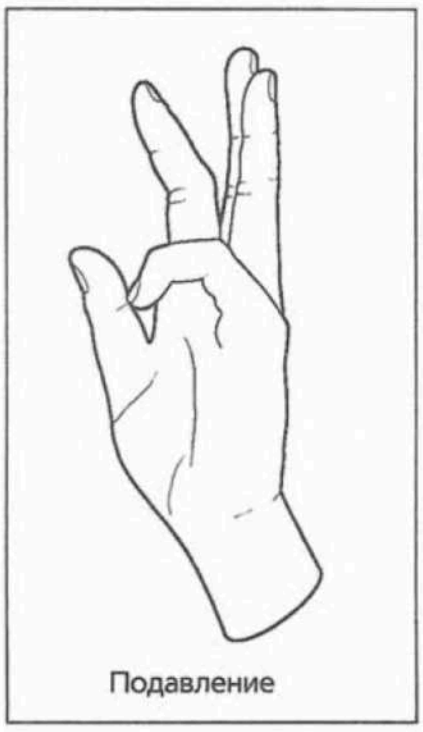


Рис. 25.7. **Режим подавления.** Пальцевая проба подавления складывается следующим образом: ноготь мизинца ставится на складку большого пальца. Если сложить эту пробу, будет еще одно изменение состояния мышцы-индикатора. Это означает, что имеющаяся информация, связанная с проблемой в контуре, подавляется. Когда эта проба внесена в контур, эта подавляемая информация может быть проработана и сбалансирована.

блокад, каждый из которых внесен в контур. В обычных обстоятельствах этот контур затем балансируется. Если балансировка эффективна, она развязывает узел проблемы в настоящем времени и все зависящие от нее узелки (блокады), которые выявлены как исходные для этой проблемы в настоящем времени.

Однако в некоторых случаях для одного или более узелков на веревке могут возникнуть сопутствующие проблемы. К примеру, если мы имеем мышечный дисбаланс, первым узелком на веревке могла быть нейролимфатическая рефлексная точка. Когда была сложена пальцевая проба дополнительного, она не дала изменения индикатора, показывая, что в этой цепи больше не было проблем. Но сложив режим контура, вы можете получить изменение индикатора. Это показывает, что только что выявленный нейролимфатический дисбаланс связан с второстепенным дисбалансом, обособленным от изначального мышечного дисбаланса, но который может, тем не менее, оказать влияние на изначальный мышечный дисбаланс через эту нейролимфатическую рефлексную точку. Например, включение определенной эмоции может активировать этот особый нейролимфатический рефлекс, даже несмотря на то, что она не представлена в данный момент. Когда эта эмоция включается, она вполне может активировать этот нейролимфатический рефлекс, вновь формируя тот же мышечный дисбаланс, который мы только что сбалансировали (см. рис. 25.5).

Это означает, что режим контура позволяет нам включить важные второстепенные дисбалансы и информацию, которые были бы скрыты, если бы мы использовали только режим дополнительного. Пальцевая проба контура складывается следующим образом: левый большой палец руки перекрещивается поверх правого большого пальца руки с вытянутыми остальными пальцами, как показано на рис. 25.6a. Если мышца-индикатор меняет свое состояние при складывании этой пальцевой пробы, то это показывает, что присутствует дополнительная второстепенная информация, которую необходимо включить в контур для более глубокой проработки выполняемых коррекций.

Позднее один из студентов Стаббингса в Германии предложил модификацию режима контура, поскольку режим контура показывал только, что была необходима некая дополнительная информация, не показывая, какого типа информация нужна. Поэтому этот студент предположил, что можно определить область дисбаланса с помощью режима *расширенного* контура. Пальцевая проба расширенного контура складывается так же, как и изначальная проба контура, и, если она дает изменение индикатора, тогда все пальцы левой руки складываются поверх пальцев правой руки, как показано на рис. 25.6 b. Новое изменение индикатора означает, что необходимо определить область дисбаланса.

Это можно сделать, положив сначала мизинец на мизинец, безымянный палец на безымянный палец, средний палец на средний палец и указательный палец на указательный палец. Палец, на который будет приоритетное изменение индикатора, показывает, в какой области хранится эта дополнительная второстепен-

ная проблема; например, безымянный палец поверх безымянного пальца означает, что второстепенная проблема кроется в эмоциональной области. Дальнейшая работа в этой области покажет конкретную проблемы, например, эмоцию, цветочную эссенцию или самооценку. Стаббингс изучал этот вопрос и выяснил, что эти пробы действительно работают

Выявление подавляемой информации

Каждый день мы можем на различных уровнях очень многое подавлять. Мы можем быть рассержены на друга, но не хотим ранить его чувства, поэтому подавляем то, что хотели сказать. Мы можем болеть гриппом, поэтому принимаем лекарства, подавляющие процесс выведения. Мы можем принимать цветочные эссенции, которые в некоторых случаях подавляют эмоциональную реакцию. Мы можем делать прививки, которые подавляют иммунную систему.

В ходе работы с клиентом может существовать информация, связанная с дисбалансом в контуре, но она не дает изменения индикатора и потому остается неизвестной тестирующему. Как мы можем проработать эту информацию, если она подавлена? Эндрю Верити разработал режим подавления благодаря тому, что занимался гомеопатией, а подавление в этой области — самое распространенное явление. Он думал о том, что когда мы складываем пальцевую пробу дополнительного, и она не дает изменения индикатора, действительно ли это означает, что для контура больше не требуется никакой информации? Или же может существовать дополнительная важная информация, которая была подавлена и потому не проявилась при складывании пробы дополнительного? Затем Эндрю обнаружил, что, когда он ставил ноготь мизинца на складку большого пальца, как показано на рис. 25.7, то иногда он получал изменение индикатора даже после того, как режим дополнительного показал, что контур полностью проработан. Поскольку в этой пробе задействован мизинец, который представляет энергетическую и электромагнитную сферу, то эта проба, по сути, символизирует энергетически-электромагнитный приоритет.

Режим подавления может использоваться для выявления подавленной информации. Эту пробу всегда следует проверять с разблокированной мышцей-индикатором в контуре, чтобы точно получить четкое изменение индикатора. Подавление всегда чрезмерно активирует мышцу-индикатор и потому устраняет изменение состояния мышцы-индикатора. Начиная с разблокированной мышцы, вы не упустите изменение мышцы с заблокированной на чрезмерно фасилитированную, и тестирующий сможет определить любую подавленную информацию в контуре. Этот режим может использоваться в балансировке двумя способами: 1, в качестве последнего шага перед коррекцией для проработки любой подавленной информации, чтобы внести ее в контур и сбалансировать; или 2, в конце каждой балансировки перед сбросом контура, чтобы удостовериться, не высвободила ли балансировка какую-либо подавленную информацию, которую теперь можно проработать и сбалансировать.

Глава 26

НАХОДИМ ЭМОЦИИ

Поскольку, как говорят, более 50% всех наших болезней связаны со стрессом, нам важно знать, что является причиной стресса в нашей жизни. Сердечно-сосудистые заболевания, высокое артериальное давление, колит, астма, болезни почек, язвенные болезни, тревожность, депрессия, ожирение, ревматоидный артрит и рак — вот те заболевания, значительную роль при развитии которых сыграл стресс.[1] Большинство стрессов являются следствием неразрешенных эмоциональных вопросов, которые, даже не находясь в сознательной области, стимулируют выработку обусловленных стрессом гормонов, таких как кортизол и адреналин. Что интересно, в 2000 году Министерство здравоохранения и социального обеспечения США опубликовало отчет «Здоровые люди 2000», в котором говорилось о том, что стресс в значительной мере влияет на наше здоровье — 70—80% пациентов приходят к врачу с заболеваниями, обусловленными или вызванными стрессом; и на сегодняшний день стресс является причиной около 50% всех заболеваний в США.[2]

Следовательно, нам нелишним будет узнать источники стресса, а также насколько мы подавлены и расстроены или, говоря более простым языком, в каком напряжении или стрессе мы находимся, чтобы начать разрешение этих стрессоров. В коечном итоге, самосознание является одним из ключей к эффективному управлению стрессом.

Эмоциональный стресс и мозг

Поскольку неразрешенный эмоциональный стресс является столь важной составляющей стресса в нашей жизни в целом, важно понимать природу эмоционально стресса. Чтобы понять концепцию эмоционального стресса, необходимо знать, как мозг обрабатывает информацию, по крайней мере, в общих чертах. Функционально мозг можно разделить на правый и левый мозг, верхний и нижний мозг, передний и задний мозг или отделы мозга, причем каждый из них осуществляет индивидуальную обработку поступающей сенсорной информации и эмоционально реагирует на эту информацию.

У большинства людей в правом полушарии мозга располагаются ведущие функции целостной формы и структуры, интуитивное знание. В левом полушарии большинства людей размещены логические ведущие функции, язык и аналитическая мысль.

В то время как обработка и интеграция сенсорной информации происходит на нескольких уровнях в мозге, толкование и обозначение этих сенсорных сигналов в виде сознательного восприятия осуществляется только в высших корковых центрах.

Но существует две совершенно отдельных сенсорных системы, обрабатывающих сенсорные данные: сознательный поток, о котором говорилось выше, и подсознательный поток, который приписывает эмоции выживания обрабатываемой в настоящий момент сенсорной информа-

ции. Поскольку для эмоций выживания требуется лишь несколько нейронных связей, они формируются достаточно быстро, задолго до того, как корковые центры в ходе более специфической многоэтапной обработки завершают свой детальный и подробный анализ, дающий точное отображение происходящего и воспроизводящий все наши эмпирические отсылки к текущему переживанию в виде сознательного восприятия настоящего времени.

Если быстрая подсознательная обработка, происходящая в миндалевидном теле и связанной с ним системе выживания, соединяет существующий раздражитель либо с болью и наказанием, либо с удовольствием и наградой, и этот подсознательный эмоциональный сигнал окрашивает наше сознательное осознание, сформированное на основе более глубокой кортикальной обработки, которая проходит уже после того, как утвердилась эмоциональная окраска.

В зависимости от приписанного значения, эмоциональные отклики могут быть спровоцированы зачастую вне нашего сознательного осознания. Возьмем в качестве примера зрение. Визуальные образы сначала передаются с сетчатки в первичную зрительную кору в задней части мозга, затем в несколько стадий преобразуются из исходных необработанных данных плотностных шаблонов света в визуальные восприятия (например, лицо Фреда). Но в то время пока в коре головного мозга происходит этот многоэтапный процесс, миндалевидное тело уже проверило наше последнее эмоциональное взаимодействие с Фредом на наличие взаимосвязанных эмоций выживания.

Поэтому наше сознание занято выяснением того, на что именно мы смотрим, и проработкой отсылок к нашей долговременной памяти и предыдущим переживаниям с похожими сенсорными данными, для создания сознательного восприятия. Затем это восприятие присоединяется к нашему предыдущему опыту, чтобы обрести значение, и, в зависимости от того, что мы чувствуем по отношению к Фреду, это восприятие может потенциально привести к эмоциональному отклику — положительному или отрицательному.

Наличие верхней части головного мозга, состоящей преимущественно из неокортекса или новой коры головного мозга, эволюционно присуще только млекопитающим. Она наиболее развита у человека и китообразных, дельфинов, китов и родственных видов. В новой коре происходит ассоциативное мышление (возникают интеллектуальные мысли), и она расположена непосредственно над глубоко расположенным нижним мозгом, как шляпка гриба покрывает его ножку. Глубоко расположенный нижний мозг состоит из ствола головного мозга: продолговатого мозга, варолиева моста и среднего мозга, ниже располагается промежуточный мозг, гипоталамус и таламус. Вместе их иногда называют «ящеричным мозгом» или «рептильным мозгом», в котором хранятся инстинктивные влечения и примитивные, грубые эмоции, например, половое влечение, жажда или ярость. Его так называют по той причине, что эти глубинные структуры мозга обнаружены и полностью развиты у наших предков — рептилий.

В рептильном мозге находится система выживания, контролирующая реакции типа «борьба — бегство». Рептильный мозг окаймляет древняя кора головного мозга — палеокортекс. Лимбическая система состоит из палеокортекса и частей рептильного мозга, и в ней хранятся наши подсознательные эмоции, и также она выступает связующим звеном для наших эмоций выживания, таких как страх, гнев, печаль и ярость. Эти эмоции выживания возникают глубоко в нашей бессознательной стволовой системе выживания и затем преобразуются частями нашей подсознательной лимбической системы в отношении своего социального выражения.

Поэтому хотя стволовая система выживания может приписать гнев или ярость конкретной ситуации с реакцией борьбы в борьбе — бегстве, то каким образом этот гнев или ярость будут выражаться, во многом определяется частями лимбической системы, например, передняя часть поясной извилины, которая затем преобразует эти эмоции выживания относительно социально и культурно приемлемых норм, и подмозолистая извилина, которая открыто подавляет гнев и ярость. Таким образом, эти нижние структуры мозга являются источником многих чувств и эмоций, достигающих нашего сознания, пусть и модифицированных нашими социальными и культурными нормами и прошедших через соответствующие переживания в лимбической системе.

Вертикальная аурикулярная линия, проводимая от одного уха через макушку к другому уху, отделяет переднюю кору от задней коры. Анатомические области задней коры включают теменную, затылочную и височную доли, которые являются центрами обработки, где зрительные, слуховые и кинестетические сигналы полностью прорабатываются и преобразуются в сознательные восприятия зрения, слуха и прикосновений, соответственно. Долговременные воспоминания, связанные с этими органами чувств, также хранятся в тех же задних корковых полях.

Быстрый переход к этим долговременным воспоминаниям, хранящимся в задних корковых полях, может быть вызван откликом системы выживания на какой-либо стимул, таким образом, извлекая эти воспоминания. В некоторых формах Энергетической кинезиологии две системы — задняя корковая память и стволовая система выживания — совместно назывались задним мозгом. Но такое наименование полностью спутывает различные роли этих двух совершенно различных систем мозга.

В лобных долях головного мозга происходит ассоциативное мышление, и в них расположена кратковременная, рабочая память. Здесь мы анализируем новую поступающую информацию в свете нашего прошлого опыта, для того чтобы наилучшим образом понять произошедшее или заново проанализировать прошлый опыт, чтобы рационально истолковать значение этих прошлых событий в нашей жизни и в нынешней ситуации. Также в рабочей памяти хранятся управляющие функции: наша способность использовать аргументацию более высокого уровня, аналитическое мышление, многозадачность, принятие решений и решение задач. Управляющие функ-

ции — это источник нашего нестандартного мышления и творческого подхода к решению задач. В лобных долях также находится глазнично-лобная кора, которая помогает направить наше сознательное внимание, участвует в разрешении эмоциональных конфликтов и помогает нам выстраивать наше поведение, предоставляя нам шаблоны.

Большую часть поступающей сенсорной информации, которую мы получаем каждый день, мозг быстро оценивает, находит ее малозначительной и стирает ее (например, количество кирпичей, из которых сложена дорожка в саду, или сколько раз пролаяла собака соседа). Лишь небольшой процент такой входящей сенсорной информации считается значимой, и мозг фокусируется на ней для дальнейшей ее обработки, и если она повторяется достаточно часто или имеет достаточно большую значимость, то она отправляется на хранение в задние ассоциативные корковые поля долговременной памяти.

В передних долях также может происходить повторная обработка старых шаблонов или идей, хранящихся в анналах задних корковых зон памяти. Воспоминания из этих зон памяти выносятся в лобные доли, в частности, в область рабочей памяти и главные ассоциативные поля префронтальной коры. Эти зоны могут рассмотреть эти прошлые события беспристрастно, непредвзято и неэмоционально — что случилось, то случилось!

Затем лобные доли избирательно оценивают эти события, анализируя и рационализируя, чтобы понять, почему произошли эти события, и, таким образом, извлекают жизненные уроки из этих и похожих событий. Безусловно, одним из самых эффективных признаков хорошо развитых лобных долей является способность учиться на ошибках прошлого и менять будущее поведение, чтобы предотвратить повторение стрессовых ситуаций, включая способность учиться как на своих, так и на чужих ошибках! К сожалению, следующее высказывание полностью подтверждается: «Самое удивительное в человеке — это его способность учиться на ошибках других, но куда более поразительное качество — его нежелание на этих ошибках учиться!» (автор неизвестен).

К примеру, вы доверили кому-то какое-то дело, но этот человек его не выполнил. На основании этого опыта и предыдущих событий с участием не очень надежного друга у вас могла развиться эмоциональная программа, в основном, из эмоций, извлекаемых из подсознательных эмоциональных центров выживания глубоко в мозге, и их можно обобщить следующим образом: «Я теперь никогда не смогу никому доверять в том, что мне говорят!» Хотя эта программа изначально будет храниться в задних корковых зонах памяти, в будущем она может переместиться в лобные доли для анализа, в результате которого мозг вынесет урок: «Возможно, мне стоит избирательнее относиться к тому, кому я выберу доверять в будущем, и оценивать послужной список каждого!»

Этот процесс переоценки предыдущих эмоциональных травм и огорчений с непредвзятой точки зрения позволяет нам извлечь жизненный урок, содержащийся в таких событиях. Представляется,

что такой анализ и переоценка травмирующих ситуаций рассеивают эмоциональный стресс на ситуацию, высвобождая связанные с ней эмоции гнева, ярости и любые другие, сопутствующие этому событию. Эта повторно обработанная программа, с которой снят избыточный стресс, заново отправляется на хранение в долговременную память, но уже не содержит стресса или заряда негативных эмоций, ранее с ней связанных. В качестве аналогии: именно эмоциональное сопоставление событий придает шутке ее юмористический заряд. Если проанализировать шутку, например, для того чтобы кому-то ее объяснить, то она перестает быть смешной, поскольку ее заряд рассеян анализом. Точно так же и с эмоциональными ситуациями, если действительно успокоиться и уделить время анализу ситуации с беспристрастной точки зрения, то анализ рассеет эмоциональный заряд ситуации.

Память и эмоции

Но определение значимости опыта не происходит объективно и эмоционально нейтрально. Как только сформировалось восприятие события, значение этого восприятия определяется путем сравнения с прошлыми восприятиями похожего типа на основании эмпирического опыта человека. Например, вы едете на машине, и вдруг по радио начинает играть песня, которую вы не слышали много лет. И неожиданно вы переноситесь в то время, когда вы впервые услышали эту песню. Возможно, вы поймаете себя на том, что с любовью или, наоборот, унынием думаете о людях в вашей жизни в то время, в зависимости от обстоятельств, с которыми эта песня ассоциируется в вашей памяти. Вы сознательно осознаете, что ваши мысли о таком-то человеке с любовью или печалью были вызваны воспоминаниями, связанными с песней. Какого рода эмоции песня вызывает и вызывает ли какие-либо эмоции вообще, полностью зависит от прошлого опыта человека. У другого человека с той же самой песней могут быть связаны совершенно противоположные эмоции или же он мог никогда не слышать этой песни, поэтому она никаких эмоций в нем не вызовет.

Однако, как сознательные, так и подсознательные воспоминания могут связывать эмоциональные отклики с событиями в нашей жизни. Время от времени мы осознаем то событие, которое вызывает прошлые эмоциональные чувства, которые мы в настоящее время испытываем (например, песня по радио), но в других случаях бывает, что мы неожиданно испытываем эмоции (например, депрессию), для которых нет очевидной сознательной причины. В этих случаях причина обычно бывает подсознательной, причем некое недавнее событие послужило поводом, активировавшим эмоции, связанные подсознательно с подобным событием в нашем прошлом. Таким образом, хотя мы сознательно испытываем эмоцию, мы можем совершенно не знать источник этой эмоции.

Сознательные и подсознательные воспоминания, хотя и фиксируют прошлые переживания, обрабатываются по-разному.

Сенсорная информация, на которой основаны сознательные воспоминания, сначала обрабатывается нашим «я», то

есть проходят через то, как мы сами себя видим и как видят нас другие, по нашему мнению. Когда случается событие, которое может негативно отразиться на нашем «я», мы можем изменить свое воспоминание об этом событии, чтобы вина уже была не нашей или чтобы стереть или изменить более критичные замечания в наш адрес, то есть сказанное другим человеком уже не столь плохо.

Можно даже поспорить, что если мужчина с очень негативным мнением о женщинах-водителях станет свидетелем аварии, в которой участвовала женщина, то в его воспоминании об этом случае он будет винить ее, вне зависимости от того, что объективно произошло. Другая часть его мозга также зафиксирует изначальную сенсорную информацию по итогам виденной им аварии, но эти достоверные воспоминания будут зафиксированы только в его подсознательной памяти. Таким образом, если подключиться к подсознательной памяти того же события, что периодически происходит, когда зоны головного мозга активируются в ходе умственной деятельности, может возникнуть более объективное представление фактов, в котором женщина менее виновата. Существует значительное число данных, подтверждающих, что на некотором уровне нашего мозга сохраняется след памяти по каждому событию, которое когда-либо происходило в нашей жизни. Каждый из этих следов памяти, сознательный или бессознательный, может вызвать эмоции, связанные с этим воспоминанием.

Также появляется все больше доказательств того, что большинство из того, что мы помним, как факт, могло случиться не так, как мы помним. Во многих случаях мозг, в процессе повторной сборки предыдущего воспоминания, мог создать новое воспоминание с содержанием, существенно отличающимся от изначального воспоминания. Или на основании предположения мозг мог создать воспоминание о том, что никогда в действительности не происходило, как в случае синдрома ложной памяти.

Роль провоцирующих стимулов в эмоциональном отклике на воспоминание

В то время как интеграция процессов в правом (гештальт) и левом (логическом) полушариях и процессов верхнего и нижнего мозга важна, прежде всего, для формирования эмоциональных программ, именно хранение этих эмоциональных программ, содержащих эмоциональный стресс, в стволе головного мозга и лимбических зонах памяти может быть затруднительным в будущих ситуациях в нашей жизни. Образно говоря, наши лимбические зоны памяти и ствол головного мозга можно представить в виде огромной библиотеки видеозаписей с каждым событием, зафиксированным в нашей жизни, сознательно и/или подсознательно. Но эти записи зарегистрированы и хранятся необыкновенным образом. Они распределены по провоцирующим стимулам, причем наиболее травматичные или эмоционально яркие переживания, связанные с конкретным стимулом, хранятся на вершине стопки взаимосвязанных переживаний.

Записи распределяются и хранятся таким образом, потому что травматичные, негативные или эмоционально

насыщенные переживания обладают наибольшей ценностью для выживания. Поскольку первичная функция ствола головного мозга и лимбических центров заключается в обеспечении выживаемости, они действуют по аксиоме: «Уделяй особое внимание тем событиям, которые больше всего угрожали выживанию твоего физического или эмоционального "я"!»

Провоцирующим стимулом может быть любой сенсорный сигнал от окружения, который становится взаимосвязанным с конкретной эмоцией или обстоятельством. К примеру, в фобиях вид паука или змеи, или даже определенного цвета связывается с эмоциональным откликом выживания — иррациональным страхом. Или же звук или тембр чьего-либо голоса может вызвать эмоции, связанные с совершенно отвлеченным событием из детства (например, гневом одного из родителей). Но человек сознательно осознает только того человека, который говорит с ним с таким тембром голоса, а не спровоцированный гнев, вызванный этим тембром, и его прошлые ассоциации с гневом одного из родителей. Это происходит полностью вне его осознания. Поэтому человек с гневом реагирует на говорящего с ним и обвиняет его в том, что он его разозлил, тогда как в действительности гнев был всего лишь спровоцирован воспоминаниями из детства вне сознания.

Любой стимул потенциально является провоцирующим стимулом. Интенсивность и/или степень эмоции, связанной со стимулом, — это факторы, определяющие, будет ли программа памяти, которая хранится в задних корковых полях, содержать стресс или нет. В предыдущем примере со старой песней тот факт, вызовет песня эмоциональный отклик или нет, и тип извлекаемого эмоционального отклика полностью зависит от обстоятельств, с которыми была связана эта песня, когда впервые было зашифровано воспоминание о том событии.

На верху стопки хранятся только те записи в категории стимулов, которые являются травматичными или эмоционально насыщенными, и потому они в первую очередь просматриваются мозгом, когда мы сталкиваемся с похожими стимулами. В следующий раз, когда возникнет какой-либо стимул, мозг быстро просмотрит папки с видеозаписями в поисках категории провоцирующего стимула, наиболее близкого к только что полученному. Верхняя запись вставляется видеопроигрыватель мозга. Если первым сообщением на этой пленке стоит неразрешенный стресс, то мы переключаемся в реактивный режим «борьбы — бегства», у которого, к сожалению, есть только функция воспроизведения. Поэтому какая бы программа ни была записана на этой пленке, нам приходится проигрывать эту программу от начала до конца. Но записанное на этой пленке — это наша предыдущая реакция на другую, зачастую отвлеченную эмоционально напряженную ситуацию (не имеющую с текущей ситуацией ничего общего, за исключением похожего провоцирующего стимула).

Но если эмоциональный стресс в этой верхней записи был разрешен ранее, то проигрыватель мозга переключается на лобные доли. Там формируется *выбор*, где нынешнее событие рассматривается

как новое событие со многими потенциальными вариантами откликов, вне зависимости от связи с прошлой травматичной ситуацией. С точки зрения лобных долей мы рассматриваем каждую ситуацию в том виде, в котором она представляется нам сейчас, а не с оглядкой на то, что связанные с ней провоцирующие стимулы означали в прошлом. Мы свободны в своем выборе наиболее соответствующей модели поведения или отклика на нынешнюю ситуацию, включая те, что мы ранее никогда не использовали. Наравне с функцией выбора в настоящем лобные доли обладают функциями редактирования, удаления и записи — интроспекцией и анализом в рабочих воспоминаниях. Когда в памяти вызывается эмоционально стрессовая или травматичная запись, то, если мы продолжим работу в лобных долях, мы сможем воспользоваться этими функциями и высвободить или рассеять стрессовые эмоции, связанные с этими прошлыми травмами и стрессами. Добиться этого можно с помощью бесстрастного анализа и интроспекции, используя трансцендентные эмоции, активированные через префронтальную кору. Если использовать компьютерные термины, то лобные доли запрограммированы на оценку всех событий без осуждения, безотносительно к предыдущему эмоциональному или травматичному содержанию, извлекая только полезные уроки из обстоятельств.

Когда событие повторно обрабатывается в лобных долях, связанные с ним эмоции рассеиваются, и в самом переживании выделяется содержащийся в нем жизненный урок. Этот жизненный урок затем записывается поверх эмоционально травматичного воспоминания о событии, и эта запись снова кладется на хранение наверх стопки. В следующий раз, когда возникнет подобный провоцирующий стимул, будет проигрываться запись сверху, в которой содержится эмоционально рассеянное воспоминание. теперь мы можем оценить нынешнюю ситуацию с точки зрения перспективы выбора лобных долей, применяя жизненный урок прошлого опыта.

Когда говорит подсознание

Если источник многих наших эмоциональных стрессов подсознателен, то как же нам узнать об этом стрессе? Не раз кажется, будто эмоциональная волна буквально захватывает нас, без какой-либо очевидной причины, и мы остаемся в состоянии тревоги, депрессии или напряжения, не имея ни малейшего представления, как эту ситуацию разрешить. С другой стороны, в нашей жизни всегда присутствует две разных программы: одну мы воспринимаем сознательно, а вторая — основополагающий подсознательный эмоциональный контекст. Поэтому в то время как вы говорите себе: «У меня нет претензий к Джону; по сути, он неплохой парень. У него просто есть пара раздражающих привычек», у вашего подсознания может быть совсем иное отношение к Джону на основании тембра его голоса, который провоцирует воспоминания из детства о раздраженном родителе. Но как же нам узнать как о сознательных, так и о подсознательных состояниях стресса?

Одним и самых очевидных и измеряемых способов узнать о своем стрессе является мышечная биологическая обратная

связь, которая помогает нам буквально увидеть и почувствовать свой стресс. Через мониторинг мышцы в то время, как вы думаете о ситуации или событии в своей жизни, которое могло вызывать у вас стресс, мышечный отклик даст вам увидеть, остается ли эта ситуация или событие до сих пор по-настоящему стрессовым, как на сознательном, так и на подсознательном уровнях. Если с этой конкретной ситуацией или событием нет связанного стресса или же стресс был рассеян, тогда мышца останется заблокированной при мониторинге в то время, когда вы думаете об этой ситуации или событии. Если присутствует сознательный или подсознательный стресс, связанный с этим событием или ситуацией, то мышца при мониторинге сразу же разблокируется.

Это происходит, потому что проблема вызывает подсознательный стресс, который непосредственно меняет мышечный тонус, контролирующий рефлекс нагрузки; ядерные сумки мышечных веретен расслабляются, и мышца разблокируется. Это изменение мышечного тонуса в результате эмоционального или ментального стресса и есть причина, по которой профессиональный гольфист может промахнуться на простом метровом ударе, от точности которого зависит его победа на крупном турнире. Этого стресса оказалось достаточно, чтобы изменить мышечный тонус, и человек не смог успешно выполнить в обычных условиях простой и натренированный удар. Хотя мы считаем, что наши мышечные движения сознательны и произвольны, но иногда наши мышечные движения контролируются подсознанием. Ходьба представляет собой сложное взаимосвязанное действие, требующее тысяч скоординированных мышечных движений, но сколько движений из этих тысяч вы сознательно контролируете, когда идете? По сути, ни одно; все, что вы делаете сознательно, это даете команду идти, а подсознательные ядра глубокого мозга (базальные ганглии) и мозжечок выполняют всю остальную работу. Когда вы идете по улице и думаете: «Что мне сегодня вечером сделать?», кто руководит вашими ногами? Очевидно, что не ваш сознательный мозг, а, скорее, подсознательные центры мозга, отслеживающие миллионы единиц сенсорной информации обратной связи, необходимые для координации этой сложной мышечной деятельности (см. рис. 26.1).

В большинстве случаев подсознание не только контролирует нашу мышечную активность, но и в случае крайней необходимости оно перекроет и пересилит сознательное управление. В сухожилиях мышц имеются рецепторы напряжения, сухожильные органы Гольджи, которые сообщают мозгу о том, какой уровень напряжения присутствует в каждой мышце. Когда уровень напряжения достигает порога, выше которого возможно механическое повреждение, то есть могут порваться сухожилия и мышцы; подсознательные рецепторы отключают мышцы, чтобы защитить их от повреждения, вне зависимости от того, чего хочет ваше сознание.

Посмотрите любое соревнование по тяжелой атлетике, и вы увидите этот принцип в действии. Тяжелоатлет сознательно хочет получить золотую медаль и приказывает своему телу поднять вес,

и ему удается поднять штангу чуть выше головы. Но выше она не идет, и кажется, что тяжелоатлет бросает штангу на пол. Что произошло? В то время как сознательным указанием атлета себе было поднять штангу, в определенный момент напряжение преодолело порог опасности, включилось подсознание и в некотором смысле заявило: «Прости, ты недостаточно долго или упорно тренировался, чтобы поднять этот вес. Ты проиграл!» И оно просто отключает мышцы, отвечающие за поднятие штанги. Также оно включает мышцы, отвечающие за то, чтобы бросить штангу на пол и как можно быстрее ослабить напряжение.

Это пример на физическом уровне, но то же самое может произойти, когда уровень эмоционального или ментального стресса становится слишком высоким. В состоянии без стресса эти подсознательные центры руководят движениями наших мышц, удовлетворяя требованиям сознания. Но как только возникает эмоциональный или ментальный стресс достаточно высокого уровня, этот стресс может помешать автоматической — в обычных обстоятельствах — подсознательной обработке сенсорной информации и изменить мышечный ответ.

Обнаружение стрессовых эмоций

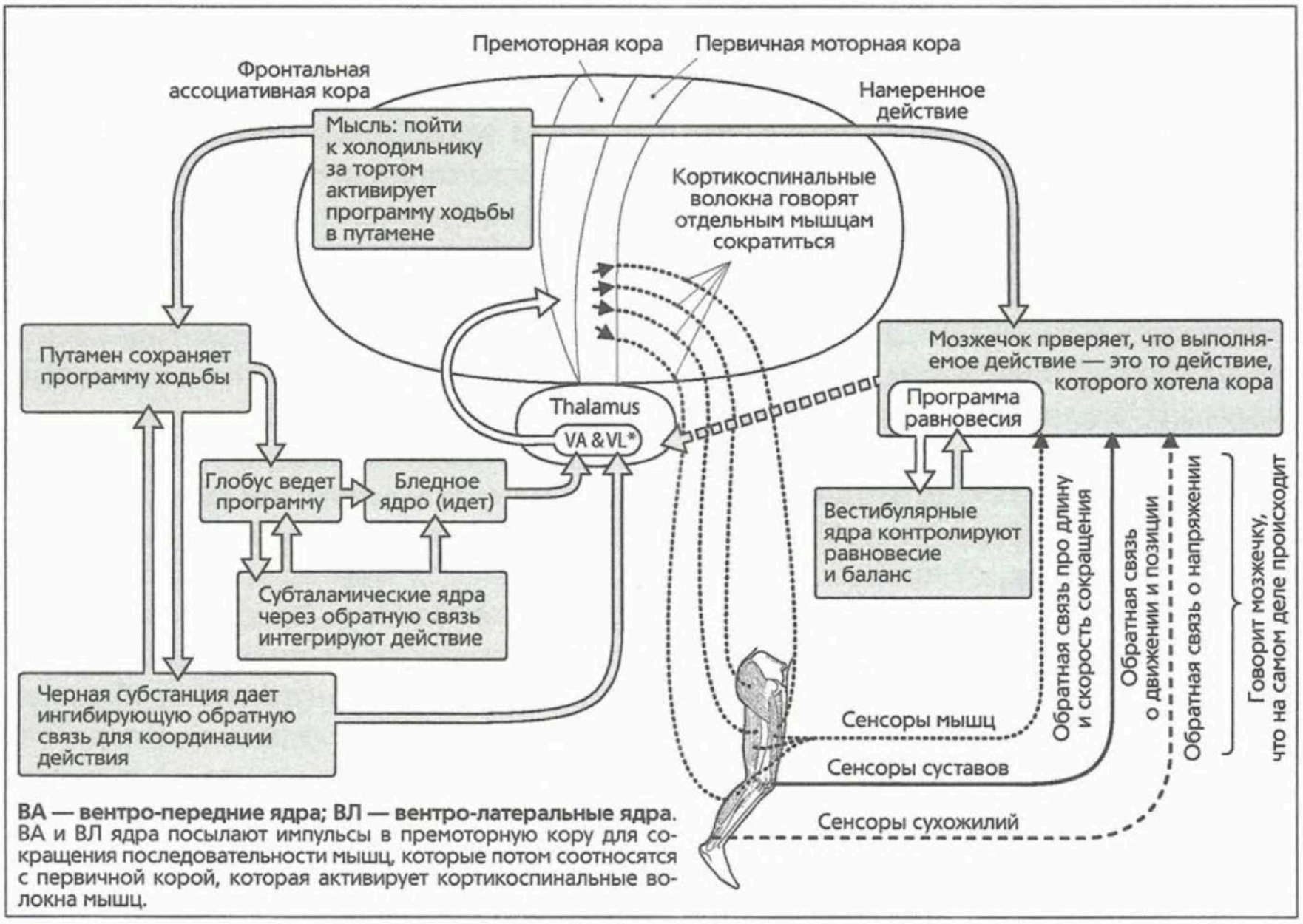
Поскольку большая часть наших эмоциональных состояний возникает в нашем подсознании, в частности, стволовой части мозга и лимбических системах выживания, нам необходим механизм проработки этих подсознательных эмоциональных стрессоров. Как говорилось ранее, мышечный мониторинг как раз и предоставляет нам такой инструмент.

Когда мы вводим информацию в контур, будь то физическая (мышечный дисбаланс), эмоциональная (проблема с одним из родителей) или ментальная (тревожные мысли), в основополагающей проблеме может содержаться эмоциональный компонент. Как же нам найти эмоцию или эмоции, также составляющие этот дисбаланс? Сложив эмоциональную пальцевую пробу, мы можем проверить, задействована ли в этой проблеме некая эмоция. Если эмоциональная пальцевая проба приводит к изменению состояния мышцы-индикатора, тогда мы узнаем, что частотность дисбаланса в контуре совпала с режимом эмоций, и, следовательно, в дисбалансе имеется эмоциональный компонент.

Взаимоотношения меридиан — эмоция

В ходе тысячелетних наблюдений китайцы заметили, что дисбалансам в различных системах органов, которые они связывали с течением конкретных меридианов, предшествуют конкретные эмоциональные состояния. К примеру, энергия меридиана почек и заболевания почек связаны с эмоцией страха, тогда как дисбалансы печени и меридиана печени связаны с эмоцией гнева. Эта взаимосвязь меридиан-эмоция была установлена уже к началу нашей эры. В таблице 26.1 приведены изначальные китайские психосоматические связи.

Эти связи были включены в модальности Прикладной кинезиологии и Энергетической кинезиологии, в которых мышечная биологическая обратная связь



ВА — вентро-передние ядра; ВЛ — вентро-латеральные ядра. ВА и ВЛ ядра посылают импульсы в премоторную кору для сокращения последовательности мышц, которые потом соотносятся с первичной корой, которая активирует кортикоспинальные волокна мышц.

Рис. 26.1. **Подсознательный контроль движений.** Обратите внимание, что за исключением сознательного побуждения к движению (то есть «Иди к холодильнику»), все центры и пути, контролирующие движение (базальные ганглии: скорлупа и бледный шар в нижней левой части), интегрирующие и координационные центры (черная субстанция и субталамические ядра ниже слева) и мозжечок (справа, сравнивает предполагаемое действие с фактическим действием и при необходимости посылает корректирующие моторные сигналы), включая программы осанки и равновесия (балансировочная программа мозжечка и вестибулярной системы) — все центры, контролирующие движение, являются подсознательными.

использовалась для того, чтобы определить более конкретные взаимоотношения меридианов и эмоций. Если в вашем распоряжении имеются сигнальные точки китайской медицины и прямая мышечная биологическая обратная связь, то можно непосредственно выявить, какой меридиан активируется или находится под влиянием какой-либо определенной эмоции. Таким образом, в различных модальностях кинезиологии были разработаны таблицы меридианов-эмоций, которые можно использовать для выявления конкретной эмоции через их взаимосвязь с меридианом. Первые взаимосвязи были взяты из китайских, и они касаются первичных эмоций, связанных с каждым меридианом. Но с возникновением мышечного мониторинга, как только режим эмоций вносится в контур, с легкостью можно определить характер эмоции тестированием сигнальных точек

Табл. 26.1. Психосоматические состояния, связанные с китайскими меридианами

Меридиан или зона тела	При нормальной функции	При аномальной функции
Желудок	• Общительный • Устойчивое здравомыслие и осознание	• Нерешительность • Неразумность, безрассудность
Желудок и селезенка	• Отзывчивость и щедрость • Мудрость	• Жадность • Лживость, заблуждение
Селезенка	• Заботливый, сопереживающий • Творческое позитивное мышление • Способный принимать и распределять жизненный опыт во всех повседневных ситуациях, во всем их разнообразии	• Угрюмость, переменчивость настроения • Беспокойство • Неспособный принимать и распределять жизненный опыт во всех повседневных ситуациях, во всем их разнообразии
Толстый кишечник	• Открытость, готовность принимать • Проницательность	• Упрямый, замкнутый • Придирчивый
Толстый кишечник и легкие	• Прощение • Осмысление и сущностное восприятие	• Гордость • Ложные представления
Легкие	• Доверяющий, надеющийся • Интуитивный • Способный отсеивать нежелательное и изжитое	• Огорченный, тоскующий, чахнущий, безысходность • Узость мышления • Неспособный отсеивать нежелательное и изжитое
Мочевой пузырь	• Всеохватывающий, взаимопонимание • Ясность, прозорливость	• Мрачность • Сосредоточенность на себе и своих переживаниях
Почки	• Доверительный, бескорыстный • Концентрация	• Печальный, нуждается в том, чтобы принимать • Слабый, неспособный мыслить
Мочевой пузырь и почки	• Истина • Уверенность • Способный оценивать жизненный опыт в ясном свете истины	• Страх • Изоляция • Неспособный оценивать жизненный опыт в ясном свете истины
Желчный пузырь	• Толковый, хороший управитель • Решительность	• Уклончивый, необязательный • Нерешительность
Желчный пузырь и печень	• Самоотверженность • Терпение	• Зависть • Нетерпимость
Печень	• Мужество, сила духа • Организованное мышление • Сбалансированная умственная деятельность • Способный упорядочивать и управлять жизненным опытом	• Гнев, депрессия • Эмоции управляют мышлением • Переизбыток умственной деятельности • Неспособный упорядочивать и управлять жизненным опытом
Тонкий кишечник	• Слушатель, утешитель • Направленность и намеренность	• Горький, обиженный, потворствующий • Плохая память, ненадежность
Тонкий кишечник и сердце	• Сострадание • Любовь	• Ненависть • Лишение
Сердце	• Радостный, любящий • Понимает, что лучше • Независимое самосознание • Я равен другим	• Озлобленный, ненасытные желания • Разрушает себя • Ждет спасителя и избавителя • Ниже других

каждого меридиана. Это возможно по той причине, что у каждой эмоции есть первичный частотный признак, свойственный каждому меридиану.

По мере развития модальностей Энергетической кинезиологии усложнялись и далее разрабатывались эти взаимоотношения меридиан-эмоция, к меридианам добавлялись новые эмоции. Одна из первых модальностей Энергетической кинезиологии — биокинезиология, разработанная Джоном Бартоном. Одной из ключевых особенностей этой кинезиологии являлась взаимосвязь органов и, следовательно, меридианов с рядом конкретных положительных и отрицательных эмоций. Пока Бартон разрабатывал эти взаимоотношения меридианов и эмоций, он проводил летние лагеря. Он с коллегами тестировал большое количество людей и проверял, какая сигнальная точка меридиана связана с определенной эмоцией; он просил человека высказать эту эмоцию и проводил мониторинг сигнальной точки. Он считал взаимоотношение эмоции-меридиана действительным только в том случае, если эти взаимоотношения подтверждались тысячей тестов.

Кинезиологи в других модальностях Энергетической кинезиологии использовали мышечный мониторинг для разработки таблиц эмоций на основании иных моделей, не только взаимодействия меридиан-эмоция. В настоящее время можно найти множество таких таблиц и списков, например, Барометр поведения в Концепции «Три в одном» и Таблица эмоций в кинерджетике, разработанная Филипом Рафферти. При работе с клиентами полезно иметь перед собой большой выбор провоцирующих эмоциональных слов, из которых производить выбор, чтобы эмоциональное состояние клиента как можно точнее совпадало с его проблемой.

Режим сканирования и сбор информации

Хотя режим сканирования и является малораспространенным методом в Энергетической кинезиологии, он признается одним из наиболее действенных методов при выявлении конкретной эмоции, а также иной информации. Разработанный Ричардом Аттом, режим сканирования включается складыванием такой пальцевой пробы: подушечка большого пальца кладется на первый сустав указательного пальца, как показано на рис. 26.2. Режим сканирования выбирает частотный интерференционный шаблон, хранящийся в контуре, чтобы он совпадал с другими потенциальными частотами, такими как различные эмоции или акупунктурные точки.

На настоящий момент точный механизм, по которому работает режим сканирования, за исключением совпадения частот, остается неизвестным. Однако не раз подтверждалось, что он давал точную информацию, относящуюся к дисбалансу и хранящуюся в контуре, и в первую очередь эффективен при выявлении значимых эмоций. Как только пальцевая проба эмоциональной энергии показала, что одним из компонентов дисбаланса являются эмоции, и этот факт был внесен в контур, затем с помощью пальцевой пробы сканирования можно просканировать список эмоций, которые могут отно-

ситься к проблеме в контуре. Таким образом, вы выявляете конкретную эмоцию, на наличие которой указал более общий эмоциональный режим.

Режим сканирования — это информационный режим и потому не дает изменения мышцы-индикатора, когда его складывает тестирующий; он, скорее, предоставляет контекст для выявления информации, то есть когда вы складываете пальцевую пробу сканирования, нет изменения мышцы-индикатора; но если в контур была внесена эмоциональная проба, и после этого вы сканируете список эмоций, сложив режим сканирования, то соответствующая эмоция даст изменение мышцы-индикатора. Таким образом, тестирующий выявляет эмоцию, значимую для частотного интерференционного шаблона, который хранится в контуре, из бесконечного списка возможных эмоций.

Изначально доктор Кребс, который ранее занимался аналитической химией, посчитал принцип действия режима сканирования непростым, в частности, поскольку не было представлено никакого аргументированного механизма его работы. Но на основании проведенных им в течение последних двадцати пяти лет наблюдений он убедился, что режим сканирования отлично работает и дает результаты, отвергающие всякую статистическую вероятность. Например, Кребс работал с одним человеком в центре Ричарда Атта в Тусоне, штат Аризона, и эмоциональная проба совпала по частотности с болью в спине, которая хранилась в контуре. Но она не совпала ни с одним из многочисленных списков эмоций, которые у него были при себе. Поэтому он сложил пробу сканирования и просмотрел книги в комнате, и на одну книгу выпало изменение мышцы-индикатора. В этой книге изменение мышцы-индикатора затем показало на конкретный афоризм под заголовком уединение. Сначала Кребс медлил и не хотел даже говорить клиенту это слово, потому что оно казалось настолько неправдоподобным, но когда он попросил клиента произнести «уединение», мужчина воскликнул: «В этом и есть вся проблема! Не могу найти в жизни уединения!» Поскольку Кребсу было очень сложно в работе с этим клиентом, изменения индикатора практически не выпадало, то он попросил Ричарда Атта, когда он вернулся, поработать с этим клиентом. Атт отвел мужчину в свой кабинет, заложил проблемы со

Рис. 26.2. **Режим сканирования.** Пальцевая проба сканирования складывается следующим образом: подушечка большого пальца кладется на первый сустав указательного пальца. Если сложить режим сканирования при просматривании списка или диаграммы, то изменение мышцы-индикатора покажет тот пункт в этом списке или диаграмме, который имеет отношение к проблеме в контуре.

спиной в контур, и выпала эмоциональная пальцевая проба. И опять ни в одном из обычных списков эмоций он не смог найти соответствующую, тогда Атт сложил пальцевую пробу сканирования и просмотрел книги в своем кабинете. Выпала конкретная книга, Атт нашел нужную страницу и просканировал ее. И, как и следовало ожидать, индикатор показал слово уединение. Поскольку в этих кабинетах во всех книгах в совокупности было около 10 миллионов слов, вероятность того, что режим сканирования дважды выбирает слово уединение в контексте проблем клиента со спиной, статистически невозможна. Поэтому мы можем пока не понимать механизм действия режима сканирования, но мы точно знаем, что он работает! Режим сканирования стал важным инструментом для выявления эмоциональной информации, поскольку позволяет быстро проработать даже длинные списки потенциальных эмоций, чтобы определить конкретную эмоцию, соответствующую проблеме в контуре.

Концептуальную модель можно сравнить со сканерами штрих-кода на кассах супермаркетов. Кассир, сканирующий ваши продукты, просто проводит их мимо сканера, а на экране печатается: «Капуста, 18 рублей 43 копейки». Причем сканер просто различает полоски — белая, черная, белая, черная, — в которых запрограммирован код на «Капуста, 18 рублей 43 копейки». Таким же образом в написанных словах запрограммированы энергетические шаблоны, присвоенные им миллиардами умов. Поэтому, когда тестирующий складывает пальцевую пробу сканирования, просматривая список, на какое-то эмоциональное слово может возникнуть совпадение частотности, что приведет к изменению состояния мышцы-индикатора. Это показывает, что это слово по частотности совпадает с дисбалансом в контуре.

Литература

1. Selyes, H 1976, The Stress of Life, McGraw-Hill, New York, pp. 171—227.

2. US Department of HealThand Human Services 2000, Healthy People 2000 Final Review [online] Available at: http://www.cdc.gov/nchs/data/hp2000/hp2k01.pdf

Глава 27

ВОЗВРАЩЕНИЕ ПО ВОЗРАСТУ

Точное происхождение понятия «возвращения по возрасту» в кинезиологии остается неясным до настоящего времени, но было доказано, что оно остается важнейшей методикой сбора непосредственной информации с целью разрешения стресса в контурах, и сейчас используется в широком спектре отраслей Энергетической Кинезиологии. В литературе по психологии данная методика получила название *возвращение по возрасту* и используется со времен Фрейда. Она включает в себя концепцию возврата в прошлое человека, часто в детские годы, с использованием различных средств, например, гипноза, состояния транса, работы или управляемого воображения. Ее цель заключается в поиске подтверждающих событий, которые относятся к их текущему эмоциональному состоянию или травме.

Психологическая концепция регресса по возрасту была переименована в *возвращение по возрасту* основателями «Концепции Три в Одном» Гордоном Стосксом, Дениэлом Вайтсайдом и Кендис Калэвэй. В настоящее время этот термин является общеупотребительным в Энергетической Кинезиологии. В то время как человек в своем сознательном состоянии пребывает в настоящем, все же есть доступ к событиям прошлого, которые соответствуют информации в контуре. В действительности, одним из факторов, вызывающих стресс в настоящем времени, является наше раннее детство, поскольку множество наших базисных эмоциональных программ закладываются с 18 месяцев до достижения пятилетнего возраста.

Системы запоминания мозга

Откуда взят этот возрастной период? Он появился в результате развития нервной системы, особенно при образовании миелинового слоя гиппокампа, краткосрочного центра памяти. Представляется возможным лишь хранить сведения в долгосрочной памяти, которые были получены изначально в краткосрочной памяти для переноса в долгосрочную память в процессе консолидации. Таким образом, перед тем как гиппокамп полностью покрывается миелиновым слоем, который не является полным до трехлетнего возраста, детская краткосрочная память является по-настоящему краткосрочной, и довольно сложно вложить сведения в долгосрочную память. Поэтому, выезжая к своей бабушке и спускаясь вниз по дороге на протяжении двух минут, Вам задают вопрос: «Мы уже приехали?», и спустя еще пять минут у Вас снова спрашивают: «Мы уже приехали?», забывая о том, что спрашивали о том же пять минут назад! Фрейд подметил, что у людей быстро сохраняются личные воспоминания даже самых болезненных событий и ситуаций, которые происходили в их жизни раньше в возрасте до трех лет. Поскольку они помнят, что им говорили о тех событиях или ситуациях,

они не запоминают фактических событий прошлого. Фрейд назвал это *инфантильной амнезией*, но на самом деле это не амнезия, а скорее отсутствие миелинизации гиппокампа, которая обеспечивает создание долгосрочной памяти. Если бы Вы спросили ребенка об этом событии сразу после того, как оно произошло, он смог бы сразу сообщить Вам о нем благодаря своим собственным воспоминаниям. Однако, ввиду того, что ребенок не может удерживать эту информацию в своей краткосрочной памяти длительное время для консолидации памяти, долгосрочные осознанные воспоминания не откладываются.

Мы имеем две разделенные системы памяти. Одна из них та, которую мы наиболее осознаем — сознательная память, или декларативная. Это значит, что мы можем сознательно говорить (или *заявлять*) о том, что мы помним. Одним из наибольших разочарований в отношении декларативной памяти является наша забывчивость того, что мы знали или помнили раньше. Допускается, что причиной этому является интерференция воспоминаний, то есть, более свежие воспоминания замещают более старые, уходящие все дальше и дальше в прошлое, в наши коридоры памяти, делая их все менее и менее восстанавливаемыми в настоящем времени. Одной из главных составляющих декларативной памяти является то, что мы часто забываем выученное или же то, что испытывали в прошлом. Чем далее воспоминания уходят в прошлое, тем меньшая вероятность их восстановления в настоящее время.

Второй вид памяти — подсознательная, или недекларативная память. Это значит, что у вас нет сознательного доступа к информации. Это первичная память систем длительного сохранения информации мозгового ствола и лимбической системы. Одним из основных различий между подсознательной и сознательной памятью является то, что подсознательная память комплексная, то есть, Вы не забываете то, что пережили раньше. Однако, сохранение подсознательной памяти зависит от соответствия продолжительности события и сопряженных эмоций выживаемости. Необходимо понимать, что система подсознательного выживания не способна думать, рассуждать, и не является рациональной, она всего лишь ассоциативная. Подсознание ассоциирует событие с частичными эмоциями выживания, а затем верит в эти ассоциации. Следовательно, в нем могут возникать абсолютно нелогичные ассоциации, и в действительности, являются некорректными, но между тем, создают идентичные эмоции выживания, как только в памяти всплывает какое-либо событие. Например, когда в детстве Вы кушали спагетти, и так получилось, что в Вашем желудке появилась инфекция, это привело к рвоте. Поэтому создаются наиболее неприятные ощущения, и к несчастью, спагетти выходили обратно через Ваш нос! Начиная с того дня, Вы больше никогда не сможете кушать спагетти снова, даже если это и не будет связано с заболеваниями. Виной всему — ассоциации.

Поэтому, система подсознательного запоминания выживаемости не только активирует эмоции выживания, но также и весь контекст, даже те факторы, которые не были связаны с порождением эмо-

ций выживаемости. Это служит основой фобий. Одновременно, при этом присутствовал нейтральный стимул, который генерировал сильные эмоции выживаемости, и он связывается с этими эмоциями. В случаях с фобиями, эмоцией выживаемости является страх, который сопряжен с частичным стимулом. Например, Вы — маленький ребенок, находящийся на полу, и забавный паук движется вдоль пола по направлению к Вам. Для Вас представляет интерес пушистый объект. Однако, в это время к Вам в комнату заходит мама, берет книгу и с криком швыряет ее на паука. До этого у Вас не было страха, а вот теперь Вас охватил испуг! Страх появляется как из-за внезапности, так и из-за удара книги, которую швырнула мама, а также из-за маминой реакции и, возможно, из-за того, что она громко закричала. Поэтому, теперь для Вас пауки и страх взаимосвязаны в подсознательной памяти, и обычное присутствие паука вызывает большой ужас, что в дальнейшем, контролирует Ваше поведение.

Будучи взрослым человеком со значительным опытом и обладая знаниями, Вы понимаете, что длинные ноги отца изображают паукообразное создание, которое не представляет для Вас опасности, в частности, если он находится на стене в нескольких метрах от Вас. Однако, если у Вас есть фобия к паукам, как только Ваши глаза фиксируют «паука», все логические данные блокируются таким образом, как будто представляют собой смертельно опасную угрозу, и Вы хотите покинуть место пребывания. Это происходит благодаря тому, что система подсознательного выживания должна ингибировать мышление в интересах Вашей физической выживаемости. В нашем революционном прошлом те люди, которые первым делом думали, а затем побуждали реакцию выживаемости, не были способны оставить за собой много потомков!

Те люди, которые сначала реагировали на выживаемость, а затем уже думали об этом, оказались нашими предками! Для физической выживаемости, очень часто проявляются компоненты второго явления, которые определяют жизнь и смерть и, таким образом, нет времени для медленного протекания процесса мышления. Например, Вы сходите с бордюра и благодаря Вашему периферическому зрению Вы обнаруживаете быстро приближающийся автомобиль. Не раздумывая, Вы вовремя делаете прыжок назад для того, чтобы избежать столкновения. Если бы изначально у Вас была мысль: «Что это за автомобиль?», эта мысль могла бы оказаться последней мыслью в Вашей жизни.

Следовательно, существует мощный мозговой механизм, в конечном итоге подогнанный эволюцией, и называющийся *инстинктивной физиологической реакцией,* которая предоставляет Вам возможность правильно реагировать с тем, чтобы сохранить свою жизнь в опасных жизненных ситуациях. Для того, чтобы она задействовалась беспрепятственно, система подсознательного выживания должна замыкать фронтальный кортикальный слой так, чтобы Вы не думали. Это легко выполнить путем вывода из центра, отвечающего за выживаемость, то есть из миндалевидного тела, чтобы снизить приток крови в передние лобные части, что результативно их отключает.

Это влечет за собой существенные последствия при наличии доступа к памяти травм в детские годы, поскольку сознательная память в случаях травм никогда не запоминается правильно, и в лучшем случае она неполная, а память эмоций подсознания в таких случаях сформировалась правильно и отложилась в системе подсознательной памяти выживаемости. Ввиду того, что мы вынуждены бороться за выживание с рождения до трехлетнего возраста, мы полагаемся на свою подсознательную память. Именно эти воспоминания формируются для того, чтобы мы смогли выживать и беречься от травм. Все-таки, в их основе лежат ассоциации, а не рациональное мышление или же осмысление. Они могут быть точными по отношению к тем событиям, которые произошли из-за недостаточного опыта и понимания. Подобно всем эмоциям выживаемости, они восстанавливаются не благодаря сознательному вспоминанию, а с помощью сопряженного триггерного стимула. Таким образом, те события, которые носили травматический характер в этот решающий период, очень часто вносили триггерные образцы в поведение в нашей взрослой жизни, оказывая влияние на наше поведение и эмоциональные состояния.

Например, Ваш возраст — 2 года, и Вам необходимо провести небольшую операцию. Ввиду того, что Вы не можете найти рациональное решение или же понять это, Ваши родители неспособны объяснить Вам то, почему Вам надо идти в больницу, находиться отдельно от них, что не совпадает с Вашей точкой зрения, и почему чужие люди к Вам пристают, и даже могут сделать Вам больно.

Для Вас это ужасное травматическое событие, активирующее мощную программу выживания: больницы и/или доктора являются опасными. Посещение больницы или медицинское обследование наносит Вам травму, даже когда Вы уже во взрослом возрасте.

Другой случай, который следует понимать, состоит в том, что, когда мы говорим о какой-либо травме, мы говорим о ней со ссылкой на наше детство, а не с позиции рациональной точки зрения взрослого человека. На самом деле, детская травма является не только причиной многих психоэмоциональных проблем в дальнейшей жизни, но также является основой для их изучения. Пример, показывающий роль детского представления о травме, указывает на случай, имевший место в практике Кребса, когда 9-летний ребенок не мог произносить слова. Это случилось по причине недостаточности умственной интеграции, при которой выключались функции, необходимые ребенку для воображения картинок в его мозге, и играли роль механизма переноса травмы, с которой он не мог совладать.

Когда недостаток умственной интеграции входил в контур, эмоциональный режим создавал изменения индикатора и сканировал набор эмоций, а возвращение по возрасту показывало, что ребенок злился на свою маму в возрасте, когда ему было 2 года. Затем его мама подсчитала и сообщила: «Ой, я знаю, в чем проблема. Это вероятно было как раз перед Рождеством, когда я обычно готовлю сладости за неделю до праздника. Я как раз вынимала печенье из духовки, и зашел Джонни. Конечно же, он начал кричать: «Печенье, печенье, печенье», на

что я ответила: «Нет, сейчас мы не будем кушать печенье, потому что Рождество на следующей неделе». При всем этом, он устроил такую сцену: начал плакать, в гневе падал и качался по полу. Я помню это, по сей день».

Это представляет собой разницу взглядов рационального мышления мамы и нерационального мышления 2-летнего ребенка. В то время как для нее это был вопрос о печенье, которое надо было поставить на стол следующей неделе, а не покушать в тот момент, то для сына, живущего только настоящим и не оценивающим будущее, это выглядело так: «Я никогда не получу печенье!». Помните: у детей в возрасте от 3—5 лет нет ощущения времени, они живут в непреходящем настоящем, и как понятие «сейчас» или «не сейчас», на следующей неделе это будет «не сейчас», от настоящего времени в будущем, что равняется для них — «никогда».

К тому же, поскольку у ребенка нет рациональной мысли, система подсознательного выживания формирует важные ассоциации в его психоэмоциональном выживании. Одной из этих ассоциаций являются объекты, которые выражают одобрение и любовь. У него появляется очень определенная ассоциация о том, что, когда он ведет себя хорошо, мама даст ему печенье, показывая свое одобрение и любовь. Поэтому, печенье для него равно материнскому одобрению и любви, а отказ дать печенье равняется маминому отказу в одобрении и любви, что равносильно отвержению эго двухлетнего ребенка. Поэтому, когда мама говорила: «Ты будешь кушать печенье на следующей неделе», Джонни думал так: «Я никогда больше не получу твою любовь и одобрение!». Это как раз та ситуация, в которой он не способен совладать с психоэмоциональным состоянием. Она приводит к эмоциональному взрыву и истерике, которую наблюдала мама. Поэтому, этот травматический инцидент, с позиции Джонни, послужил причиной исследуемой проблемы, и его неспособность произносить слова укоренилась в подсознательную программу эмоций в возрасте 2 лет.

Процесс возвращения по возрасту

Как Кребсу удалось определить, что Джонни получил стресс в возрасте 2х лет? Используя процесс возвращения по возрасту вместе с мышечным мониторингом, подсознание Джонни было способно показывать точное время в прошлом, когда психоэмоциональная программа, блокировавшая функции, была необходима для произношения, так как подсознание никогда ничего не забывает.

Существует большое доказательство того, что недекларативная память является в основном полной, то есть, она не забывает эмоции выживаемости, связанные с опытом, по очевидным причинам. Это и есть основа большинства нашего раннего изучения, которое касается взаимодействия с окружением. Мама говорит своему двухлетнему ребенку: «Не прикасайся к плитке, она горячая, обожжешься». Теперь, когда ребенок знает, что значит «Не прикасайся», он все же не понимает, что значит «обожжешься», поэтому чаще всего он прикоснется к горячей плитке. Чувство

острого ожога и боль порождает очень сильную ассоциацию между «горячей плиткой» и выражением «не прикасайся» в его системе выживаемости. Ребенку нет необходимости обжигать свою руку каждый месяц, ввиду забывчивости, что плитка горячая, поскольку данная ассоциация навсегда записывается в память подсознания. И в дальнейшем, эта реакция носит обобщающий характер по отношению к любому объекту, который мог бы отражать понятие «горячая плитка» и о который можно обжечься.

Как только проблема определена как эмоциональная составляющая, важно установить является ли возвращение по возрасту уместным или нет. Как Вы помните, установить — значит сделать заявление, а затем наблюдать за реакцией мышцы-индикатора. Поэтому, если происходит изменение индикатора тогда, когда человек, проводящий мониторинг заявляет о «возвращении по возрасту», то это указывает на важность определения времени существования проблемы в прошлом, что является основой для текущего эмоционального контекста. С другой стороны, клиент может Вам указывать на существование проблемы, имеющей место в «настоящем», «будущем» или «прошлом», и Вы можете проводить мониторинг после каждого указания. Указание, влекущее изменение индикатора, показывает то, что Вам необходимо делать.

Если проблема в «настоящем» влечет изменение индикатора, то Вам следует продолжать работу с контуром, поскольку это текущая проблема. Если происходит изменение индикатора по отношению проблемы в «будущем», это показывает, что стресс в настоящем времени имеет происхождение в чем-то таком, что скоро произойдет. Например, если Вам говорят, что на следующей неделе Вам придется выступать перед аудиторией на 500 человек, Вас это может повергнуть в откровенный шок, даже если событие будет происходить только на следующей неделе. Если проблема относится к «прошлому», и происходит изменение индикатора, это показывает, что причина проблемы прошлого в контуре в настоящем времени имела место в прошедшем времени, но когда именно?

Процесс определения времени проблемы в прошлом является довольно непосредственным. Вы начинаете с текущего возраста клиента, например, 36 лет, затем Вы говорите вслух: «36 лет до текущего дня», и проводите мониторинг мышцы-индикатора. Если изменений индикатора нет, Вы заявляете «36 до 30», «30 до 20», «20 до 10», «10 до 5», «5 до момента рождения», «с момента рождения до зачатия» и «до момента зачатия», проводя мониторинг мышцы-индикатора после заявления о каждом возрастном диапазоне. Когда происходит изменение мышцы-индикатора, Вам следует в точности определить год и месяц за данный период времени. Например, если с момента рождения до 5 лет происходит изменение индикатора, Вы проверяете диапазон «с момента рождения до 1 года», «от 1 до 2 лет», и т. д. Если происходит изменение индикатора в диапазоне «от 4 до 5 лет», то Вам нужно проверить диапазон «от 4 до 4,5 лет» и/или «от 4,5 до 5 лет» и т. д. пока не произойдет изменение индикатора. Этот год и месяц будет показывать время происхождения

проблемы, которая порождает текущий психоэмоциональный стресс. Финальный шаг заключается в том, чтобы достичь такого состояния клиента, при котором он громко кричит, когда Вы изменяете индикатор в интервале запирания.

Для многих может показаться странным, что временные промежутки до рождения могут относиться к психоэмоциональным состояниям во взрослой жизни. Но не удивляет то, что Вы понимаете, что система выживаемости миндалевидного тела и мозгового ствола функционирует полноценно на протяжении семи месяцев в чреве. Следовательно, события, влияющие на психоэмоциональное состояние, которые могут влиять на Вашу маму, могут стать частью Ваших подсознательных психоэмоциональных воспоминаний. Таким образом, ассоциации с событиями, например, с шумом, звуковой тональностью, физические и психоэмоциональные травмы, испытываемые мамой, также записываются в Вашу память подсознания. Иногда это является причиной того, что люди не могут сознательно связывать психоэмоциональные состояния и события, которые их побудили.

Что может означать то, что «период до зачатия» приводит к изменению индикатора? Это напрямую указывает, что источник стресса, ассоциирующийся с текущей проблемой, имел место до Вашего зачатия. Его трактовка основывается на Ваших личных и философских убеждениях, а также на убеждениях Вашего клиента. Это нечто такое, что человек, проводящий мониторинг, должен исследовать до возвращения по возрасту. Как мы и говорили ранее, нужно относиться с уважением к религиозным и философским убеждениям клиента, и период до зачатия следует вкладывать в приемлемый для клиента контекст.

Почему мы так часто возвращаемся по возрасту к периоду от 18 месяцев до 6 лет?

Большая работа была проведена доктором Лайбоу в исследовании количества времени, которое Вы проводите, находясь в различных состояниях мозговых волн, измеряемых с помощью электроэнцефалограммы (ЭЭГ) в разном возрасте. И у взрослых, и у детей есть разные ЭЭГ, которые колеблются от низкочастотных дельта волн до высокочастотных бета волн. Однако, исследователи заметили, что активность детской ЭЭГ указывает на превалирование отдельных мозговых волн на каждой стадии развития.

Самыми медленными волнами являются *дельта* волны (0,5—4 Гц), которые указывают на глубокий сон. *Тета* волны (4—8 Гц) указывают на легкий сон. *Альфа* волны (8—16 Гц) указывают на преходящее состояние между сном и зеванием, и являются показателем спокойного бодрствования. Низкие *бета* волны (16—24 Гц) — это нормальное состояние пробуждения, когда Вы активно обрабатываете сенсорную информацию. Высокие *бета* волны (24—32 Гц) в основном указывают на повышенное беспокойство и напряженность.

В период между рождением и двухлетним возрастом детский мозг тратит большинство времени в фазе волн дельта, хотя может и проявлять короткие порывы высокой ЭЭГ активности. Затем дети начинают тратить больше

времени на более высоких уровнях ЭЭГ активности, которые носят характеристику тета и альфа, в возрасте между 2мя и 6ю годами, и периоды как низких, так и высоких бета волн являются более широкими. Следует заметить, что гипнотическое состояние, состояние входа, когда Вы находитесь под гипнозом, указывают на доминирование альфа-тета мозговых волн. Дети в возрасте от 2—6 лет проводят большинство своего времени в высоко программируемом состоянии.

Вероятно, это носит эволюционное происхождение, при котором дети должны многое узнать о своем физическом и даже о социальном окружении, включая правила и моральные нормы своей социальной группы. Следовательно, данное качество быть программируемым и способным принимать сведения, частично в систему подсознательной выживаемости, позволяет Вам быстро сохранять естественные сведения, которые необходимы Вам в повседневной жизни.

Хотя есть и обратная сторона. Когда Ваша мама в момент расстройства от того, что Вы разлили молоко уже четвертый раз за сегодня, говорит Вам: «Ты тупица! Сколько раз мне еще говорить тебе быть осторожным с молоком!», Вы пребываете в этот момент в фазе тета — альфа, что становится Вашим программированным состоянием и тем, что Вы: «Я тупица». Все-таки, данная программа находится полностью вне Вашего сознания, и Вы сознательно забудете этот комментарий в Вашу сторону в течение часа. К несчастью, система подсознательной выживаемости никогда ничего не забывает, и работает так, будто бы этот комментарий является правдой. Скольких людей Вы знаете, которые делают обычную ошибку и бьют себя по лбу, говоря: «Я такой тупица!», в то время, когда они, в действительности, довольно умные люди?

Следовательно, фундаментальные манеры поведения, убеждения и отношение, которое мы наблюдаем у наших родителей, может стать костяком нашего подсознательного мышления. Когда они вложены в подсознание, они контролируют наше поведение и убеждения, поскольку становятся нашей правдой, которая несознательно обрамляет не только наше поведение, но и восприятие собственного потенциала, и может длиться всю жизнь.[1]

Возможно, это происходит при возвращении по возрасту, в период между 18 месяцами до 6 лет, который, как правило, относится к ключевым проблемам, подчеркивающим большинство наших эмоциональных реакций взрослого человека. На самом деле, если взрослый человек ведет себя как ребенок в 2—3 летнем возрасте, это происходит потому, что запущена программа, которая была закодирована в 2—3 летнем возрасте; в некоторой степени, он *ведет* себя так как в том возрасте!

Литература

1. Lipton, BH 2005, Th e Biology of Belief, Mountain of Love Productions, Santa Cruz, pp. 162–165.

Глава 28

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ЗАДЕЙСТВОВАННЫХ ФАКТОРОВ

Как только эмоциональный режим входит в интервал запирания и посредством возвращения по возрасту определено соответствующее время, важно понимать какие еще есть другие задействованные факторы для решения проблемы. Одним из наиболее значимых является определение того, задействуется ли какой-то человек или другие важные обстоятельства или события.

Определение задействования человека (людей)

Для того, чтобы определить, задействуется ли какой-то человек в данном эмоциональном контексте, Вы можете локализировать контур акупунктуры для того, чтобы понять является ли задействованный человек мужчиной или женщиной, или же это сам клиент. Это можно легко выполнить путем локализации контура акупунктуры меридиана почки 27 или центрального меридиана 22. Если точка меридиана почки 27 справа вызывает изменения индикатора, это указывает на то, что задействованным является мужчина. Если точка меридиана почки 27 слева вызывает изменения индикатора, это указывает на то, что задействованной является женщина. Если акупунктура центрального меридиана 22 вызывает изменения индикатора, это указывает на то, что проблема связана с самим клиентом.

Далее, если точка меридиана почки 27 справа или слева показывает всего лишь комбинацию с центральным меридианом 22, это говорит о том, что проблема с Янь, мужским началом самого клиента (почка 27 справа) или с Инь, женским началом (почка 27 слева). Однако, если будут показаны обе точки меридиана почки 27 справа и слева, особенно если у Вас происходит возвращение по возрасту в раннее детство, это почти всегда связано с родителями.

Именно так Кребс узнал, что проблема с Джонни и его произношением была проблемой его затаившейся злости на свою маму. Злость была выявлена по изменению мышцы индикатора, которое появлялось на сигнальной точке меридиана печени. Затем изменение индикатора на левые точки К-27 акупунктуры показало, что злость была из-за женщины. Когда Вы находитесь в возрасте 2-х лет, самым важным человеком в жизни, как обычно, является мама. Когда Джонни заявил: «Мама», произошло изменение индикатора, что подтвердило задействование женщины, которая в действительности была его мамой. Но, если бы это была не мама клиента, Вы могли бы представить какую-нибудь женщину в его жизни, например, сестру, бабушку, тетю или учительницу.

Определение задействованных обстоятельств и событий

Если проблема не ассоциируется с другим человеком, она может относиться к клиенту и определенному обстоятельству или событию. Объем информации, которая Вам необходима для того, чтобы эффективно разрядить данный эмоциональный контекст в жизни клиента, существенно меняется вместе с самой проблемой. Если необходимо получить больше информации, проблему можно определить с использованием мышечного мониторинга и изменения различных утверждений, например, контекста эмоциональной проблемы «дома» или «на работе», до тех пор, пока не будет выявлено изменение индикатора. Как только контекст определен, может потребоваться определение более специфической составляющей. Например, если контекст — это работа, то может ли это быть руководитель клиента, или коллега, или же проблемный покупатель? Такой опрос проводится повторно до тех пор, пока вся информация, необходимая для определения этой эмоциональной проблемы, вводится в «биокомпьютер».

Какой объем информации необходимо получить перед тем, чтобы Вы начали процесс коррекции? Это определяется большим количеством режимов и режимов контура. После определения каждого нового объема информации и ввода в биокомпьютер, Вы можете использовать режимы контура для определения любой сопутствующей информации, которая относится к данному отдельному объему сведений. Затем можно использовать больше режимов для того, чтобы увидеть, если ли еще информация для эффективного балансирования данного контура.

Глава 29

ПРОРАБОТКА МИНДАЛЕВИДНОГО ТЕЛА И ПОДСОЗНАТЕЛЬНЫХ ЭМОЦИЙ ВЫЖИВАНИЯ

Миндалевидное тело — ядро, расположенное в медиальной височной доле сбоку от гиппокампа, — это центр кратковременной памяти, контрольный ограничитель перивентрикулярной системы выживания, которая состоит из перивентрикулярного и периакведуктального серого вещества, составляющего сердцевину ствола головного мозга. Миндалевидное тело получает все сенсорные данные до того, как они обрабатываются в коре, и, следовательно, до того, как они становятся сознательным восприятием. На основании всего лишь нескольких нейронных связей миндалевидное тело создает грубый образ этого чувственного опыта и затем с осторожностью спрашивает: «Может ли этот стимул быть опасным?» И если он может быть опасным, то миндалевидное тело трактует его как опасный и запускает систему борьбы-бегства в перивентрикулярной системе выживания. Миндалевидное тело также играет важную роль в вознаграждении и наказании, которые связаны с обучением, и в поддержании интеграции мозга. По сути, вознаграждение и наказание и представляют собой сам механизм обучения, потому что стимул запоминается и заучивается только в том случае, если он ассоциируется с вознаграждением или наказанием. Поэтому следует подробнее изучить эту не так давно установленную роль миндалевидного тела для эмоционального обучения и памяти.

Исследования, проводимые на протяжении последних десятилетий, выявили такой поразительный факт: в мозге работают две системы восприятия и памяти, обеспечивающие основу выживания и обучения. Эти две системы, как правило, органично соединены в нашей интеллектуальной работе. Первая — корковая, она формирует мелкие детали и нюансы нашего сознательного опыта. Вторая — подкорковая, дает грубый образ нашего мира, но всегда неусыпно следит за угрозами и опасностями; эта система формирует подсознательный эмоциональный контекст нашей жизни. Эти две системы восприятия и памяти происходят от параллельной передачи визуальной, слуховой и, возможно, иной сенсорной информации к мозгу.

Эти две параллельные системы восприятия и памяти формируют два разных вида обучения на основе жизненного опыта. Первый тип — через сенсорные данные, поступающие в таламус, которые затем передаются в сенсорную зону коры головного мозга, где происходит толкование этого типа чувственной информации. К примеру, визуальные и слуховые данные поступают в латеральные и медиальные коленчатые тела таламуса, а затем передаются в первичные визуальные и слуховые зоны коры, соответственно. Вероятно, информация от других органов

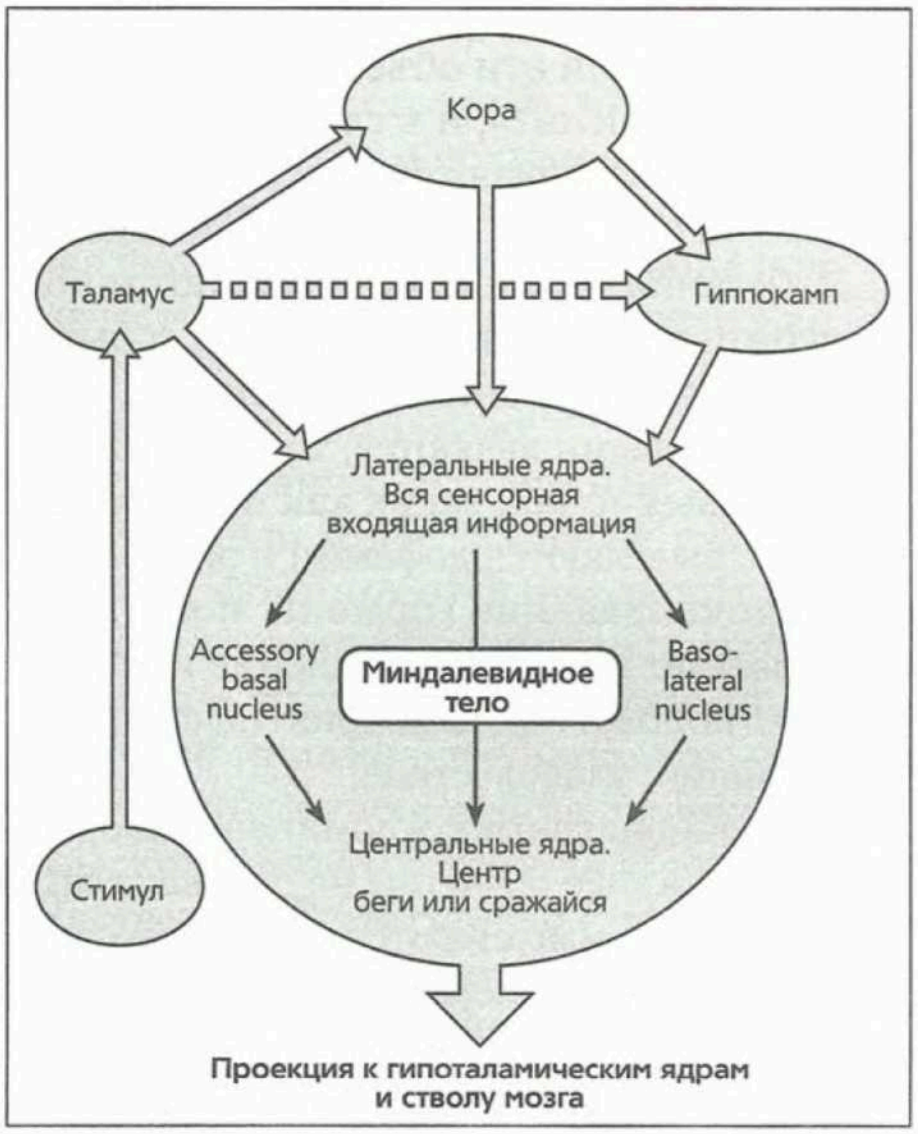


Рис. 29.1. **Поступление сенсорной информации в миндалевидное тело и выводящие пути миндалевидного тела.** Латеральное ядро получает сенсорную информацию непосредственно из сенсорных ядер таламуса и передает эти сенсорные данные прямо или опосредованно через базально-латеральные и вспомогательные базальные ядра в центральное ядро миндалевидного тела. Центральное ядро быстро оценивает эту сенсорную информацию на предмет потенциальной угрозы или опасности, а затем активирует перивентрикулярную систему выживания — перивентрикулярное гипоталамическое серое вещество. Затем оно включает запрограммированные поведенческие реакции, связанные в перивентрикулярном сером веществе (таламуса) с борьбой или бегством, и активирует периакведуктальное серое вещество среднего мозга.

чувств проходит подобными путями для формирования сознательного восприятия (см. рис. 29.1).

Затем визуальная и слуховая информация обрабатывается в контексте предыдущей информации такого же типа, хранящейся в зонах ассоциативной памяти коры, и сложные толкования информации полностью превращаются в сознательные восприятия о нашей окружающей среде и об объектах и событиях в этой среде. Гиппокамп играет решающую роль в закладывании воспоминаний об этих событиях и объектах, фиксируя их в виде фактов, которые затем становятся доступными и открытыми для сознания (по крайней мере, некоторое время). Гиппокамп также помогает извлечь эти воспоминания, поскольку мы сознательно осознаем только ту информацию, обработка которой осуществляется в гиппокампе в настоящее время. Эти гиппокампальные воспоминания называются декларативной (вербальной) памятью, содержащей эксплицитную, доступную сознанию информацию об объектах и их обозначении, а также пространственной памятью (то есть об отношениях объекта или события к его окружению).

В то время как понимание динамики декларативной памяти развивалось стремительными темпами на протяжении последних пятидесяти лет, существование другой системы восприятия и памяти начало раскрываться только лишь в последние два десятилетия. Эта система восприятия и памяти расположена под корой головного мозга и полагается на миндалевидное тело, как на основной рабочий блок для хранения и извлече-

ния воспоминаний. В этой подкорковой системе сенсорные данные также передаются через сенсорный таламус и непосредственно в миндалевидное тело без многошаговой корковой обработки сознательного восприятия. В миндалевидном теле формируется только приблизительное восприятие внешнего мира, но оно основано на преимущественно фиксированной стволовой обработке, для которой требуется лишь несколько нейронных связей, и поэтому такое подсознательное восприятие формируется намного быстрее. Это грубое восприятие в миндалевидном теле не используется для понимания нашего окружения и объектов или событий в нем, а, скорее, выступает в роли системы раннего оповещения о потенциальной угрозе и опасности. Затем миндалевидное тело составляет воспоминание об этих восприятиях опасности и угрозы, формируя эмоциональную память, подкорковую и подсознательную, в которой никогда не задействуются никакие сознательные зоны головного мозга. Обратите внимание, что миндалевидная подкорковая система не обладает никакой рабочей памятью или иным средством анализа или обращения к переживаемым эмоциям и событиям.

Таким образом, тогда как корковая сознательная память системы гиппокамп — кора является декларативной, и в ней объекты и события воспринимаются только как голые факты, система миндалевидного тела и подкорковых зон формирует чувства по отношению к грубо воспринимаемым объектам и событиям, основанные на двух факторах. Первый: «Являются ли эти объекты или события угрожающими?», и в случае, если являются, то извлекаются эмоции, основанные на страхе, и включается поведение избегания. Второй: «Формируют и поддерживают ли эти объекты или события мое существование?», и в случае, если они таковыми являются, то в других подкорковых зонах, таких как прилежащее ядро, выделяются дофамин и эндорфины (успокаивающие гормоны мозга), что действует как вознаграждение и формирует положительные приятные чувства и эмоции: удовольствие.

Эмоциональные воспоминания, формируемые в ходе обучения на основе страха, хранятся и извлекаются иначе, чем эмоциональные воспоминания, вызывающие удовольствие или формируемые в ходе обучения на основе вознаграждения. Современные данные свидетельствуют о том, что эмоциональные воспоминания на основе страха хранятся и извлекаются в подкорковых зонах вне нашего сознания и относительно постоянны. Если предмет или событие были подсознательно связаны со страхом, то очень сложно подавить поведенческий отклик, возникающий из этих основанных на страхе воспоминаниях. Такая ситуация ярко проявляется при фобиях, которые, хотя и являются сознательно нерациональными откликами на нейтральные стимулы, очень сложно подавить. Тем или иным образом, эти нейтральные стимулы активировали реакцию миндалевидного тела и были неверно маркированы как потенциально опасные, а затем сохранены в эмоциональной памяти на основе страха. Как только такое пове-

дение на основе страха было заложено, оно укореняется и сохраняется, даже если сознательный разум знает, что такое поведение совершенно иррационально и зачастую сознательно затруднительно, к примеру, неспособность пользоваться лифтом в высоком здании.

Воспоминания, основанные на удовольствии или вознаграждении, с другой стороны, формируются в подкорковых зонах — миндалевидное тело посылает сигналы в другие подкорковые зоны, такие как прилежащее ядро, но затем отправляются на хранение в корковые зоны. Когда животное приучили отвечать на конкретный сенсорный стимул, звук или свет для получения вознаграждения, то удаление зон коры, где хранится такой тип сенсорных данных, и/или гиппокампа приводит к потере памяти на основе вознаграждения. Напротив, удаление корковых зон, в которых хранится стимул, сформировавший воспоминание на основе страха, никак не влияет на это воспоминание или на поведение, им вызываемое.

Следовательно, таламические — миндалевидные пути играют ключевую роль для выживания, поскольку обеспечивают быстрый отклик на потенциально (но не полностью выявленные) угрожающие стимулы. Вызвать страх, активировать реакции борьбы -бегства в ответ на безвредные стимулы менее затратно, чем тратить время на сознательный анализ и позитивное выявление стимулов, которые могут оказаться опасными. Такая тенденция мозга перестраховываться также наблюдается в том случае, когда два стимула (объекта или события) возникают одновременно, один с основанным на страхе неприятием, а второй — с основанным на удовольствии вознаграждением; всякий раз побеждает подсознательное воспоминание, основанное на страхе! Мы избегаем этого объекта, и поведенческий отклик — страх, не удовольствие.[1]

Миндалевидное тело и эмоциональный стресс

В описании, приведенном выше, подчеркивается важная роль миндалевидного тела при формировании эмоционального обучения на основе страха и воспоминаний, которые блокируют и замещают наше сознательное желание и зачастую приводят к подсознательным состояниям тревоги, из-за чего мы теряем способность четко думать и решать встающие перед нами задачи. Одного воспоминания, основанного на страхе и связанного с конкретной ситуацией, может оказаться достаточно для того, чтобы до конца жизни вызвать потерю интеграции мозга каждый раз, когда человек сталкивается с этой ситуацией, или даже просто возникает стимул, напоминающий об изначальной ситуации. Точно так же тревога, появляющаяся в результате подсознательного эмоционального контекста, основанного на страхе воспоминания, связанного с любой ситуацией, может привести к утрате способности эффективного отклика.

Но по той причине, что эти основанные на страхе воспоминания закодированы в защитных подсознательных контурах, связанных с нашим выживанием, к ним

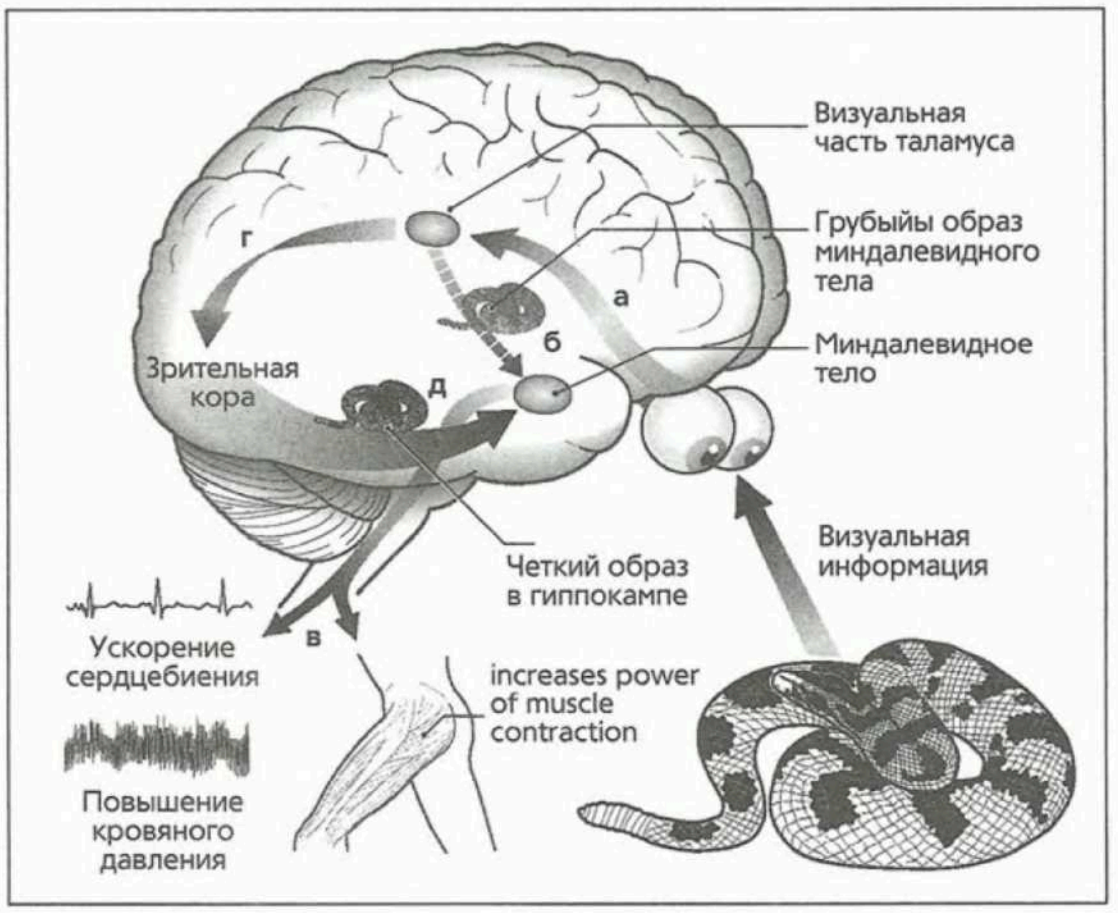


Рис. 29.2. **Двойная визуальная система и система памяти в мозге.** Когда глаза видят объект, визуальная информация идет двумя отдельными путями — один подкорковый и подсознательный, другой корковый, приводящий к формированию сознательного восприятия. **а) Визуальная информация поступает непосредственно в зрительный бугор и передается в миндалевидное тело.** Миндалевидное тело формирует только грубый образ, основанный лишь на нескольких нейронных связях, а затем автоматически обращается к подкорковой памяти подобных объектов, с особым вниманием к потенциально опасным объектам схожей формы. **б) Миндалевидное тело дает обозначение «Змея — опасность».** Затем оно посылает сигналы в гипоталамус для активации отклика борьба-бегство. **в) Отклик борьба-бегство.** Надпочечники активируются для выброса адреналина, который повышает частоту сердечных сокращений, кровяное давление и силу сокращений мышц, и человек может отпрянуть назад, чтобы уклониться от этого предмета. **г) В то же время визуальная информация также направляется обратно в первичную зрительную кору.** Информация идет по зрительным проводящим путям и зрительной лучистости от зрительного бугра в первичную зрительную кору. **д) Дальнейшая обработка.** Затем эта информация проходит многошаговую и многоуровневую обработку, в которой задействовано множество нейронных связей. **е) Формируемый в результате очень точный и подробный образ предмета затем посылается в гиппокамп и другие зоны корковой памяти.** Таким образом создается сознательное визуальное восприятие.

Взято из работы Дж.И. Ле Ду, «Эмоция, память и мозг», 1994, *Scientific American*, вып. 270, № 6, стр. 38.

сложно найти доступ или вывести их на «экран» биокомпьютера для балансировки. Но пока они удерживаются в подсознании, в потенциале они могут нарушать функцию нашего мозга и поведения всякий раз, когда происходит их активация. Эти воспоминания на основе страха постоянны, их сложно подавить сознательными средствами, и зачастую они не проявляются через изменение индикатора при балансировке. Однако недавние исследования продемонстрировали, что миндалевидное тело может послужить связующим звеном как при приобретении, так и при прекращении эмоционального обучения и памяти,[2] что графически представлено на рис. 29.2.

Когда глаза видят объект, визуальная информация идет двумя отдельными путями — один подкорковый и подсознательный, другой корковый, приводящий к формированию сознательного восприятия. Визуальная информация поступает непосредственно в миндалевидное тело

через зрительный бугор и ответвления зрительного нерва (как на рис. 29.2). Миндалевидное тело формирует только грубый образ, основанный на быстрой обработке с участием лишь нескольких нейронных связей, а затем автоматически обращается к подкорковой памяти подобных объектов, с особым вниманием к потенциально опасным объектам схожей формы. Миндалевидное тело видит изогнутый предмет на земле (б), обозначает его «возможно, змея» (то есть опасность) и посылает сигналы в гипоталамус для активации отклика борьба-бегство. Затем сигналы направляются в надпочечники (в) для выброса адреналина, который повышает частоту сердечных сокращений, кровяное давление и силу сокращений мышц, и человек может отпрянуть назад, чтобы уклониться от этого предмета.

В то же время визуальная информация также направляется обратно в первичную зрительную кору по зрительным проводящим путям (а) и зрительной лучистости (г) от зрительного бугра. Поступая в первичную зрительную кору, эта информация проходит многошаговую и многоуровневую обработку, в которой задействовано множество нейронных связей, для формирования очень точного и подробного образа предмета (д), который посылается затем через гиппокамп в другие зоны корковой памяти для окончательного распознавания сознанием.

По итогам формирования такого сознательного образа, которое происходит значительно позже того, как образ из миндалевидного тела вызвал реакцию страха, возможно два результата: 1) точный образ — это змея, и в этом случае реакция страха и избегания продолжается; или 2) точный образ — это изогнутая ветка, и в этом случае реакция страха миндалевидного тела отключается, и человек спокойно проходит мимо этой ветки, частота его сердечных сокращений падает, кровяное давление понижается до нормального.

Форматирование миндалевидного контура

Поэтому главный вопрос в том, *каким образом* проработать основанные на страхе эмоциональные воспоминания, блокирующие или воздействующие на важнейшие функции мозга? Форматирование миндалевидных контуров, контролирующих отклики выживания, было взято из форматирования миндалевидных контуров авторства Ричарда Атта и переработано доктором Чарльзом Кребсом. Это форматирование дает возможность выполнения более глубоких и постоянных коррекций по многим проблемам, чем было возможно в прошлом. В ходе исследований, проведенных в мельбурнском центре прикладной физиологии в Балларате, было разработано следующее форматирование для проработки и балансировки таких основанных на страхе эмоциональных воспоминаний через миндалевидное тело.

В то время как результаты активации эмоций выживания в миндалевидном теле обусловливают большинство изменений состояния мышцы-индикатора во многих контурах, в которых хранится психоэмоциональный стресс, зачастую мин-

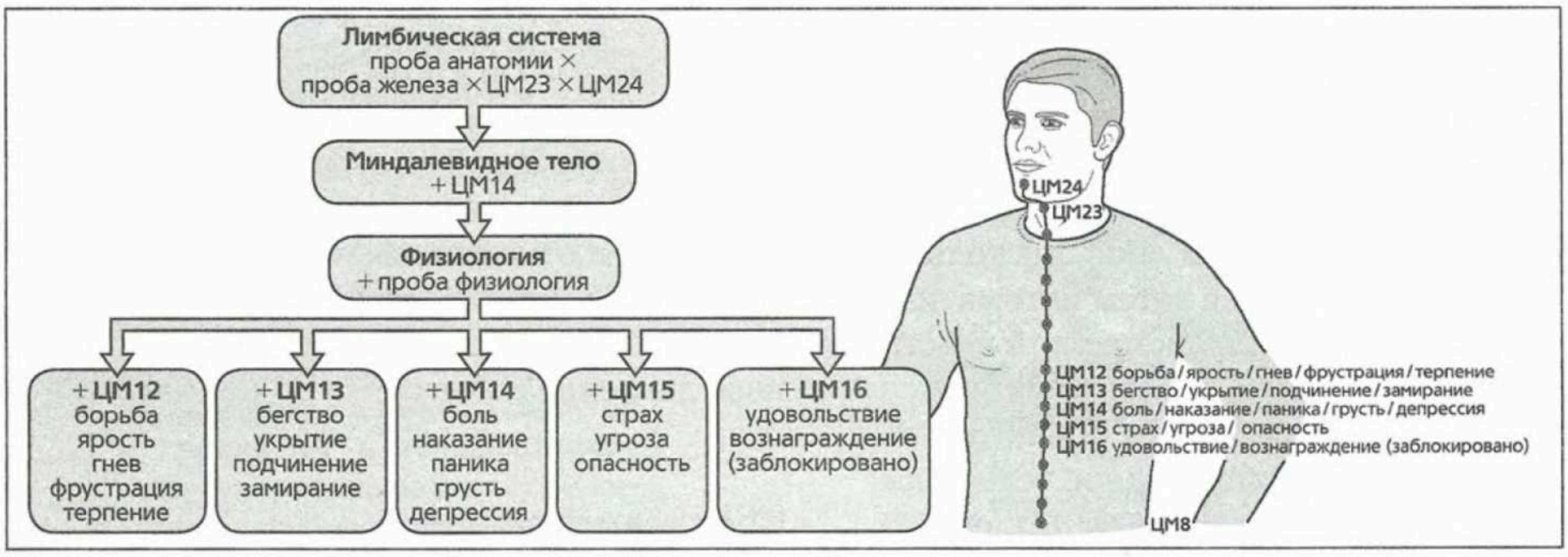


Рис. 29.3. **Акупрессурное форматирование миндалевидного контура.** Процедура форматирования откликов борьба-бегство центрального ядра миндалевидного тела. 1) Заложите в контур лимбический акупрессурный формат: пальцевая проба анатомии — пальцевая проба желез — точка Центрального меридиана (CV) 23 — CV 24. 2) Заложите в контур акупрессурный формат для целевой проработки миндалевидного тела: + CV 14. 3) Заложите в контур формат для проработки функций миндалевидного тела: + пальцевая проба физиологии. 4) Прикоснитесь к акупунктурным точкам эмоций выживания миндалевидного тела: + CV 12—16.

далевидные реакции, связанные с этими проблемами, остаются скрытыми. Если не прекратить эти миндалевидные реакции, то проблема может сохраняться на протяжении длительного времени и не поддаваться изменению. Только, когда мы получаем доступ непосредственно к контурам выживания миндалевидного тела, мы можем полностью разрешить эти проблемы. Поэтому форматирование миндалевидного тела крайне важно всякий раз, когда страх, печаль, горе, гнев или вознаграждение и наказание явно задействованы в проблеме. Но как же нам проработать эти глубоко спрятанные в миндалевидном теле проблемы, представляющиеся столь важными для их эффективного устранения?

Для того, чтобы проработать миндалевидное тело, вначале необходимо получить доступ к лимбической системе, частью которой является миндалевидное тело. Использование лимбического акупрессурного формата (пальцевая проба анатомии + пальцевая проба железа + точка Центрального меридиана 23 + точка Центрального меридиана 24) открывает доступ ко всей лимбической системе и, как правило, не дает изменения мышцы-индикатора, за исключением тех случаев, когда несколько компонентов этой сложной системы находятся в состоянии стресса. Не забывайте, что изменение индикатора — признак 51%, то есть для его получения необходимо, чтобы более 50% всех компонентов лимбической системы находились в состоянии явного стресса. Как только вы получаете доступ к лимбической системе, необходимо дополнительное акупрессурное форматирование для непосредственной проработки миндалевидного тела (+ точка Центрального меридиана 14). Затем требуется дальнейшее форматиро-

вание, чтобы проработать целевые функции миндалевидного тела (+ пальцевая проба физиологии + точки Центрального меридиана 12—16), отклики борьба-бегство центрального ядра миндалевидного тела. Обратите внимание, что на рис. 29.3 при форматировании миндалевидного тела комбинация пальцевой пробы физиологии + точки Центрального меридиана 16 дает изменение индикатора, но это не означает, что человек испытывает слишком много удовольствия или получает много вознаграждений, а, скорее, что проблема в контуре блокирует его доступ к удовольствию и вознаграждению. И наоборот, когда комбинация пальцевой пробы физиологии + точки Центрального меридиана 14 дает изменение индикатора, то это не означает, что некая негативная эмоция, паника, боль или наказание ассоциируются с проблемой в контуре.

Из рассмотрения темы эмоций ранее в главе 26 становится ясно, что, когда миндалевидное тело связывает негативную эмоцию с конкретным стимулом, и такая активация достигает критического порогового значения, она отключает мышление и рассуждение в передних долях и приводит к утрате последовательного мышления и логического поведения. Поэтому человек уже не проявляет *отклик* на ситуацию, а только *реакцию* на нее.

Литература

1. Sah, P & Westbrook RF 2008, Behavioural neuroscience: the circuit of fear, Nature, Vol. 454(7204), pp. 589—590.

2. Likhtik, E, Popa, D, Apergis-Schoute, J, Fidacaro, GA & Paré, D 2008, Amygdala intercalated neurons are required for expression of fear extinction, Nature, Vol. 454(7204), pp. 642—645.

Часть VII

КЛЮЧЕВЫЕ МЕТОДИКИ КОРРЕКЦИИ

Этап коррекции в кинезиологической балансировке следует за этапом настройки и сбора информации. Как описывается в главе 48 *«Роль целителя или кинезиолога»*, цель этапа коррекции в балансировке заключается в обеспечении информации или потока энергии, необходимых клиенту, для того, чтобы в системах его тела восстановилось равновесие, приближенное к гомеостазу. Как пишет Уильям Тиллер: «Под воздействием произведенной коррекции (или нескольких коррекций) запускается поток организующей энергии, и именно эта передача «организующей» энергии и являет собой или начинает исцеляющий процесс в теле клиента».

Данный раздел о коррекциях не предназначен в качестве энциклопедического собрания всех методик, применяемых в энергетической кинезиологии, но дается как введение и руководство для тех практикующих специалистов и/или студентов, желающих изучить основной подход в энергетической кинезиологии. Список методик коррекций, выбранных нами из множества возможных методов коррекций разнообразных модальностей энергетической кинезиологии, не является исчерпывающим. Некоторые из данных методик могут не использоваться во всех модальностях энергетической кинезиологии, также мы могли не включить в их число несколько широко используемых методов коррекции. Методы, которые мы приводим здесь, выбраны исходя из многолетней практики и общности применения в наиболее базовых программах энергетической кинезиологии в колледжах и других программах профессиональной подготовки.

Базисные методики коррекции представлены в виде общих шаблонов, дополненных различными компонентами в тех или иных программах обучения. Следовательно, изложенное далее является не практическим руководством, а, скорее, описанием общих принципов и факторов, которые необходимо рассмотреть в их применении. Подробные шаги применения приводятся с целью проиллюстрировать основной принцип или в качестве необходимого пояснения к их применению.

Глава 30

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИК КОРРЕКЦИИ

Как выбрать методику

Мышечная биологическая обратная связь являет собой очень эффективный инструмент для выявления и определения дисбалансов во многих сферах нашего многомерного тела. Как говорилось выше, данный инструмент весьма полезен для выявления стрессоров в теле и даже может информировать тестирующего о том, что он собрал всю информацию, необходимую для балансировки проблемы в контуре.

Одна из удивительных особенностей кинезиологии состоит в том, что те же методики, используемые для сбора информации о проблеме клиента, применяются и для решения данной проблемы. Благодаря использованию пальцевых проб, особых индикаторных точек, провоцирующих проверок, вербальных запросов и прочих методик, появляется множество возможностей скорректировать информацию, собранную в контуре. Итак, как же нам определить самые эффективные методики и применить их для коррекции дисбалансов в контуре? С помощью тех же самых пальцевых проб, особых индикаторных точек, провоцирующих проверок, вербальных запросов и так далее, которые были использованы при выявлении проблем, уже заложенных в контур. Отличие состоит в мысленном контексте. На этапе сбора информации мысленный контекст охватывает факторы, связанные с дисбалансом в контуре и необходимые для его устранения. На этапе коррекции, напротив, мы интерпретируем изменение индикатора на пальцевые пробы, особые индикаторные точки, провоцирующие проверки, вербальные запросы и так далее как указание на возможные методики коррекции. Как только вся необходимая информация собрана, далее необходимо определить методику коррекции, чтобы вернуть тело клиента в состояние гомеостаза или приблизить его к этому состоянию. Именно при таком мысленном контексте мы складываем пальцевую пробу, проводим локализацию акупунктурной точки или задаем вопрос. Изменение индикатора в этот момент, например, на пробу эмоций, теперь указывает, что следует выбрать эффективный метод коррекции из сферы эмоций, чтобы сбалансировать информацию в контуре.

Например, во время сбора информации мысленный контекст таков: «Какие факторы связаны с данным конкретным дисбалансом?». Поэтому, если вы получаете изменение индикатора на пробу эмоций, то в этом контексте оно означает, что необходимо определить конкретную эмоцию и заложить эту информацию в контур. Закладка эмоции в контур изменяет общую схему энергетических интерференций этого контура. Теперь другой тип информации, например, конкретная мышца, входит в частотный резонанс с новой моделью интерференций, созданной эмоцией. Следовательно, выявление эмоции позволяет получить больше информации, то есть сделать следующий шаг и определить конкретную мышцу и ее состояние дисбаланса, тем самым

создавая новую модель интерференций. Напротив, после начала этапа коррекции мысленный контекст меняется: «Какая методика сбалансирует этот контур?». Теперь, если вы получаете изменение индикатора на пробу эмоций, то в этом контексте оно означает, что необходимо определить методику для снятия эмоционального стресса и рассеивания тех эмоций, которые в первую очередь привели к проблеме. В обоих случаях проба эмоций выступает в качестве приоритетного компонента контура, но интерпретация его значения зависит от текущего этапа балансировки.

Когда тестирующий переходит к этапу коррекции, ему нужна система, с помощью которой он определит наиболее эффективную методику коррекции из уже известных ему многочисленных методик. В данную книгу мы включили ряд так называемых *ключевых методик*, выполнение и проработка которых возможны через пальцевые пробы, особые индикаторные точки и акупрессурное форматирование, в меньшей степени через вербальные проверки и вопросы.

Закладка в контур или коррекция?

Применение вербальных проверок играет важную роль при определении характера терапии. Вербальные проверки удобнее всего применять при переходе к этапу коррекции. Нужно ли переходить непосредственно к коррекции или требуется найти дополнительную информацию аналогичного характера и добавить ее в контур до коррекции?

Например, у клиента отмечен ряд мышечных дисбалансов, вы заложили приоритетную мышцу в контур и дошли до стадии, где пробы контура и подавления больше не дают изменения индикатора. Следовательно, в контуре заложена вся необходимая информация для балансировки этой мышцы. Однако вопрос состоит в следующем — стоит ли переходить к балансировке этой конкретной мышцы? Или же целесообразнее заложить в контур следующую приоритетную мышцу и собирать информацию до тех пор, пока пробы дополнительного, контура или подавления больше не будут приводить к изменению индикатора по этой мышце? На этом этапе отклик на вербальную проверку «закладка в контур» или «Коррекция» даст тестирующему информацию о том, как лучше поступить в этой ситуации. В зависимости от того, какая из этих вербальных проверок приведет к приоритетному изменению индикатора, вы будете закладывать вторую мышцу в контур, если мышца-индикатор дала приоритетное изменение на *«закладку в контур»*, или сразу же перейдете к коррекции, если мышца-индикатор дала приоритетное изменение на *«коррекцию»*.

Что определяет отклик на запрос «закладка в контур» или «Коррекция»? В приведенном выше примере видно, что причиной обоих мышечных дисбалансов является характер проблемы. Если исходная проблема, лежащая в основе дисбаланса первой мышцы, не связана с причиной дисбаланса второй мышцы, тогда мышца-индикатор даст отклик на «коррекцию». Но если исходные проблемы, лежащие в основе дисбаланса обеих мышц, связаны, например, их причиной является одна и та же эмоциональ-

ная проблема, тогда мышца-индикатор даст отклик на «закладку в контур». Это связано с тем, что решение общей проблемы устранит дисбалансы обеих мышц, поскольку у них общая причина.

Определение продолжительности применения

Один из самых важных вопросов в отношении применения различных типов коррекций касается длительности применения данной терапии. Например, если вы применяете акупрессуру, коррекцию светом или звуком, то продолжительность применения данного метода играет большую роль в его эффективности. Но как определить продолжительность применения того или иного метода?

Тестирующий может просто сложить пробу времени и выполнить простукивание по области глабеллы, чтобы выяснить оптимальное время выполнения коррекции. Пальцевая проба времени складывается следующим образом: ладонь сжата в кулак, подушечка большого пальца на фаланге среднего пальца между вторым и третьим суставами, как изображено на рис. 30.1 а. Методика постукивания по глабелле, как показано на рис. 30.1 б, была разработана в прикладной кинезиологии для того, чтобы активировать сознательное и подсознательное осознание по отношению к тому, что в данный момент заложено в контур. Постукивание по глабелле выполняется следующим образом: легкое постукивание по точке Управляющего меридиана 24,5 с одновременным удержанием пальцевой

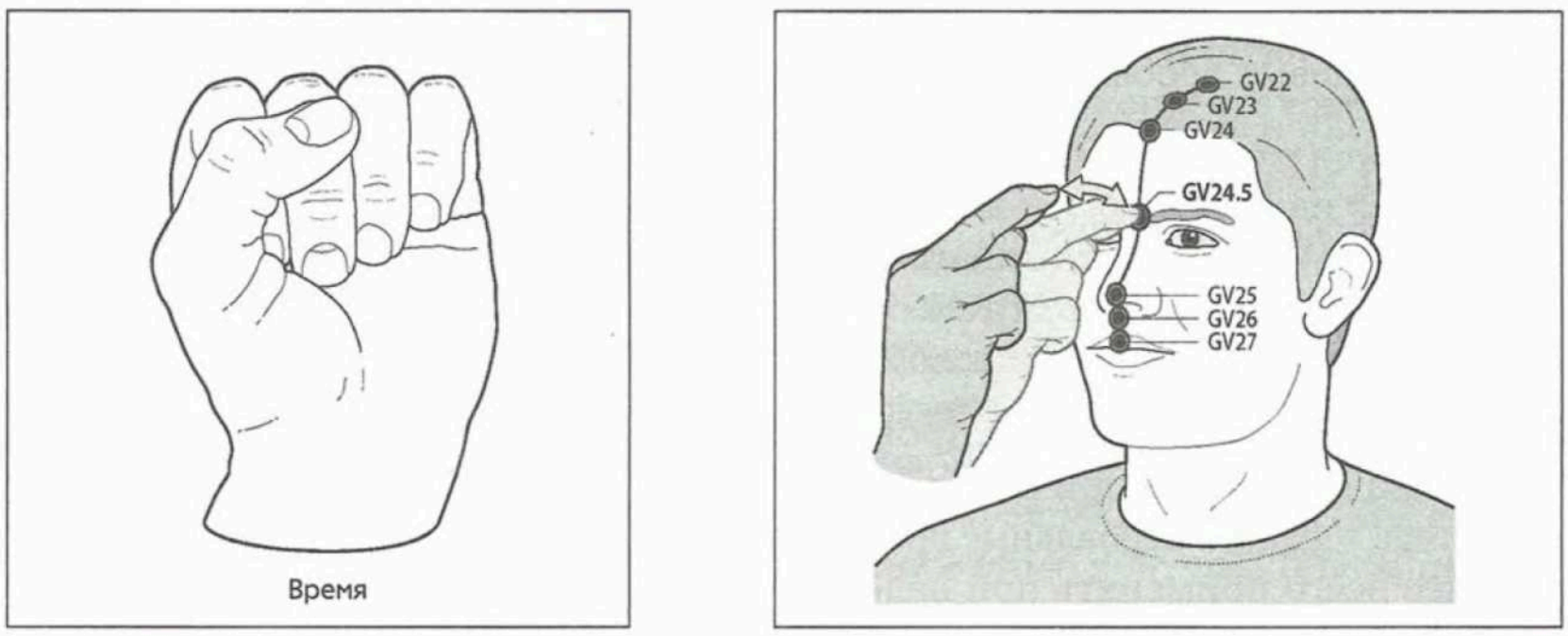


Рисунок 30.1. **а, Пальцевая проба времени.** Сожмите ладонь в кулак, поместите подушечку большого пальца на фалангу среднего пальца между вторым и третьим суставами.

б, Постукивание по глабелле. Легко постучите по точке Управляющего Меридиана (GV) 24,5. При удерживании пальцевой пробы времени каждое постукивание по глабелле может обозначать тот или иной промежуток времени (одна секунда, одна минута и т. д.). Изменение индикатора указывает на количество единиц времени, в течение которого необходимо выполнять выбранную коррекцию (например, стимуляция акупунктурной точки).

пробы времени и мониторингом мышцы-индикатора. Каждое постукивание по этой точке может обозначать тот или иной промежуток времени, например, 10 секунд или 1 минута, в соответствии с типом применяемой коррекции.

Например, если для работы с какой-либо точкой приоритетной коррекцией являются камертоны, тестирующему нужно понимать продолжительность выполнения этой коррекции. Или же тестирующему нужно знать, сколько времени надавливать на акупунктурную точку. Чтобы определить количество времени, для начала необходимо активировать методику коррекции, например, один раз ударить камертонами друг о друга или провести короткую стимуляцию акупунктурной точки, затем заложить этот отклик в контур. Это очень важно, поскольку таким образом мы формируем контекст для временного компонента применяемой методики. При проведении мониторинга мышцы-индикатора и одновременном удержании пробы времени и постукивании по глабелле, тестирующий называет различные интервалы времени. Изменение индикатора покажет оптимальное количество времени для выполнения этой методики.

Выяснив период времени на применение методики, мы можем также определить и другую информацию. Например, если акупунктурная точка блокирована, и вы постукиваете по глабелле, чтобы узнать продолжительность стимулирования акупунктурной точки, то мышца-индикатор может показать, что прорабатывать точку необходимо несколько минут, а не секунд, тогда как привычная стимуляция всегда занимает меньше минуты. Значение этого таково: чем дольше продолжительность коррекции, тем больше блокирована акупунктурная точка. В данном случае вместо коррекции акупунктурной точки лучше заложить дисбаланс этой точки в контур и определить причину блокировки. То есть, если при уточнении продолжительности коррекции мышца-индикатор показывает необычно длительный период времени, это означает, что активен некий фактор, снижающий эффективность данной методики, следовательно, необходимо данный фактор выявить и устранить, прежде чем применять изначальную методику коррекции.

Глава 31

НЕЙРОЛИМФАТИЧЕСКИЕ РЕФЛЕКСЫ

Исследование нейролимфатических рефлексов [1]

В начале 1960-х годов доктор Джордж Гудхарт начал использовать в своей клинике хиропрактики ручное мышечное тестирование. Его ранняя работа с мышечным мониторингом состояла в тестировании эффективности произведенных им манипуляций с позвоночником.

Он тестировал ряд мышц до и после коррекции позвоночника, чтобы проверить, заблокировалась ли ранее разблокированная мышца. Таким образом, он получал важную обратную связь об эффективности процедур для лечения того или иного заболевания. Подобно другим хиропрактам, он испытал большое разочарование, потому что некоторые из этих манипуляций не фиксировались и прекращали действовать, когда пациенты возвращались к обычной жизни. В таких случаях мышечные спазмы возвращались, а вместе с ними — боль или тугоподвижность. Это привело доктора Гудхарта к дальнейшему изучению природы мышечных спазмов, при этом он использовал мышечный мониторинг как инструмент для исследований.

Гудхарт открыл революционный способ коррекции мышечных дисбалансов, когда работал с пациентом, у которого была сильная боль в пояснице и постоянно разблокировалась мышца ноги (напрягатель широкой фасции бедра). Боль усиливалась, когда пациент на протяжении некоторого времени сидел или лежал, но исчезала во время ходьбы. Такое патологическое состояние указывало на проблемы в лимфатической системе.

Лимфатическая система

Лимфатическая система представляет собой сеть тонких капилляров, расположенных по всему телу, идущих к более крупным лимфатическим сосудам. Эта система выводит жидкость из межклеточного пространства и является основным путем выведения конечных продуктов обмена веществ из организма. Лимфа — это прозрачная жидкость, продвижение которой обеспечивается, главным образом, за счет компрессии лимфатических сосудов вследствие таких движений, как дыхание, ходьба, кишечная деятельность и мышечная активность. Движение лимфы в обратном направлении невозможно благодаря ряду односторонних клапанов, расположенных в лимфатических сосудах большего размера.

В лимфатической системе не существует насоса, по сравнению с сердцем в сердечно-сосудистой системе, поэтому недостаток движения может быстро усугубить любые проблемы с лимфодренажем. По ходу лимфатических сосудов

располагаются лимфатические узлы, размеры которых варьируются от 1 до 25 мм. Эти узлы фильтруют лимфу, удаляют из нее и затем уничтожают посторонние примеси и инородные тела, например, бактерии. Таким образом, лимфатическая система также является важной составляющей иммунной системы. Недостаточный лимфодренаж приводит к локализованному накоплению токсичных веществ в тканях, задержке жидкости, отечности и даже инфекции (см. рис. 31.1).

Рефлексы Чапмана

С целью улучшения лимфодренажа Гудхарт массировал болезненную область (вокруг крестцово-подвздошного сустава), пытаясь нащупать отечные лимфоузлы, и не нашел их. В раздражении от разочарования, он энергично помассировал болезненную мышцу. Боль в теле пациента исчезла, и мышца впервые заблокировалась. В дальнейшем он пробовал массировать другие разблокированные мышцы, но успеха не добился. Продолжая придерживаться своих предыдущих соображений, Гудхарт пришел к выводу, что каким-то образом он проработал рефлекс, связанный с оттоком лимфы в мышце. Он обратил внимание на исследования, проведенные в 1930-х годах остеопатом Франком Чапманом и описанные в книге Чарльза Оуэна *«Эндокринная интерпретация рефлексов Чапмана»*, опубликованной в 1937 году.[2] В данной книге были описаны рефлексы, которые можно использовать для систематического улучшения лимфодренажа в органах и тканях, связанных с этим рефлексом.

Когда данные рефлексы активны, они состоят из локализованных изменений тканей в определенных точках, часто удаленных от органов, на которые они воздействуют.

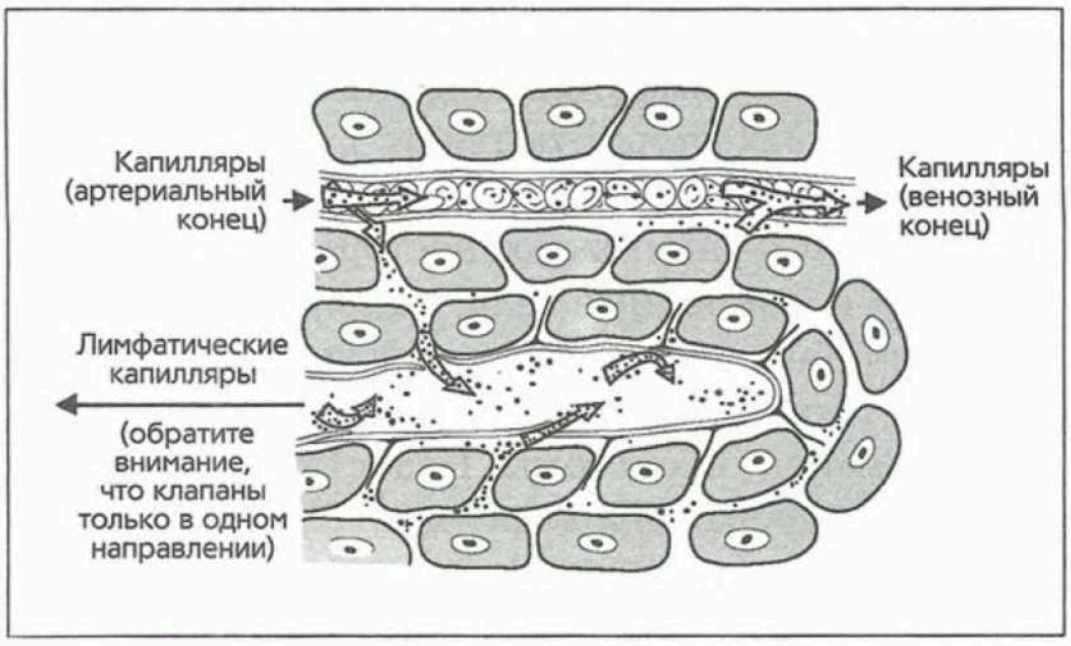
Поскольку лимфодренаж играет чрезвычайно важную роль в выведении токсичных веществ, а также в доставке важных питательных веществ, Чапман был убежден, что большинство болезней вызваны нарушением лимфодренажа. Методом проб и ошибок ему удалось соотнести дисфункции многих органов и желез с этими рефлексными точками (см. рис. 31.2). Он обнаружил, что состояние пациентов улучшалось после усиления лимфодренажа благодаря стимулированию точек посредством глубокого массажа.

Гудхарт проводил эксперименты с рефлексами Чапмана в поисках образования узелков в предполагаемых зонах у пациентов с симптомами дисбаланса в соответствующих органах или железах. Помимо этого, он проводил мониторинг различных мышц по всему телу, чтобы определить разблокирующиеся мышцы. После глубокого массажа этих чаще всего болезненных зон некоторые мышцы легко заблокировались. Методом проб и ошибок Гудхарту удалось соотнести определенные мышцы с рефлексными точками.

В конечном итоге, обнаружив образование узелков в тех зонах, которые не были описаны Чапманом, он сумел связать большинство мышц с этими рефлексными точками, которые он назвал *нейролимфатическими рефлексами*.

Рис. 31.1. **а, Лимфатические капилляры.**

Из-за повышенного гидростатического давления в капиллярах белки, жиры и другие крупные молекулы выталкиваются из кровеносных капилляров в межклеточное пространство. Эти большие молекулы не могут вернуться в кровеносные капилляры и возвращаются в систему кровообращения через лимфатические капилляры, которые превращаются в более крупные протоки с односторонними клапанами, поскольку ток лимфы происходит за счет мышечной активности.



б, Лимфатическая система.

Лимфатические сосуды выводят жидкость, проникая в большинство тканей и перенося жидкость из межклеточного пространства в кровоток. Основной левый грудной лимфатический проток, который поднимается над цистерной грудного протока в брюшной полости, выводит жидкость из ног, брюшной полости, левой части головы и левой руки, сбрасывая ее в левую подключичную вену. Правый грудной лимфатический проток выводит жидкость из сердца, легких, части диафрагмы, правой верхней части тела и правой части головы и шеи, сбрасывая ее в правую подключичную вену. В лимфатических узлах, расположенных на всем протяжении сосудов, оседают инородные вещества и тела, в том числе бактерии и вирусы, а также узлы выводят токсины из межклеточных жидкостей.

Когда Гудхарт работал с взаимоотношениями мышцы и нейролимфатических точек (связи, которые он обнаружил), а также органов/желез с нейролимфатическими точками (связи Чапмана), ему стало очевидно, что мышцы могут быть непосредственно связаны с органами или железами. Кроме этого, состояние мышечного дисбаланса непосредственно показывало состояние дисбаланса соответствующего органа и/или железы. Наконец, появилось объяснение, почему

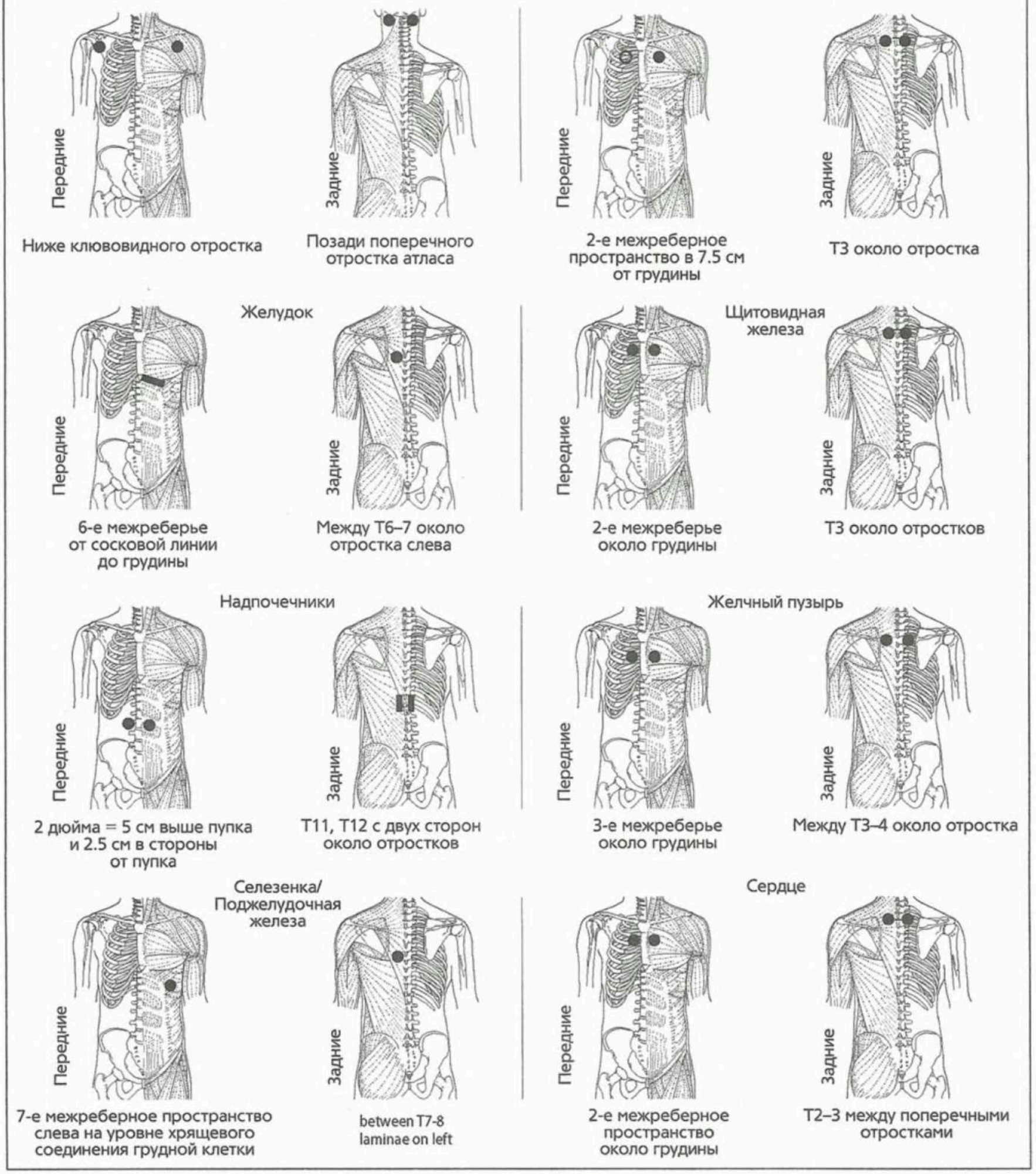
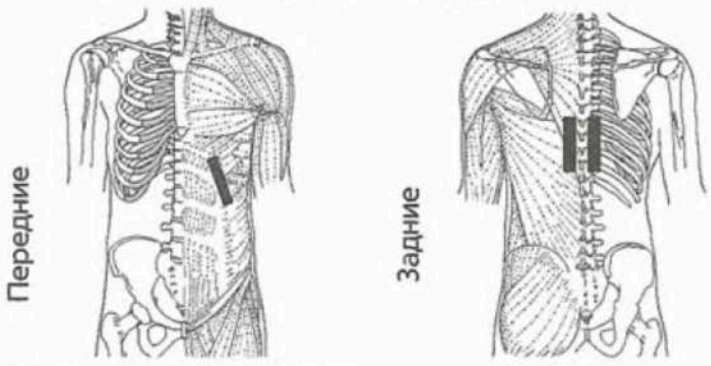


Рис. 31.2. Точки нейролимфатических рефлексов Чапмана.

Нейролимфатические рефлексы, описанные Чапманом, расположены на передней и задней частях тела, обычно представлены двусторонними рефлексными точками на передней части тела, чаще вдоль средней линии тела, и парными точками на спине, обычно вдоль позвоночника. Когда точки связаны с острыми заболеваниями, они обычно мягкие или рыхлые на ощупь, но при хронических состояниях ткани становятся плотными и болезненными при массаже.

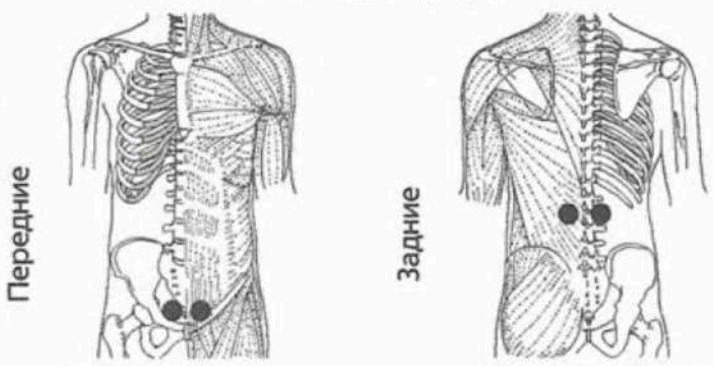
Тонкий кишечник



Вдоль костно-хрящевого соединения реберной дуги от 8 до 11 ребра

T8–11 laminae

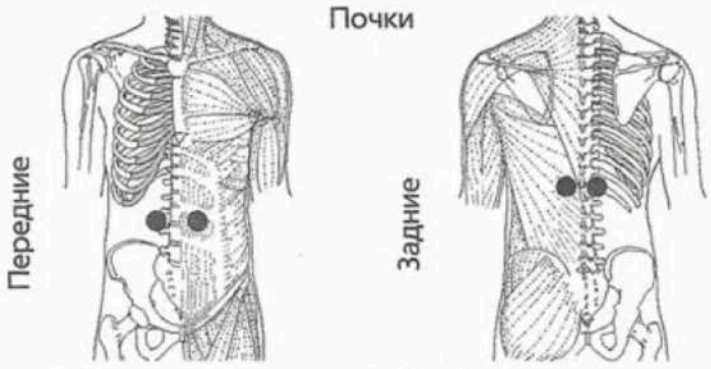
Мочевой пузырь



2 см над симфизом лобковых костей

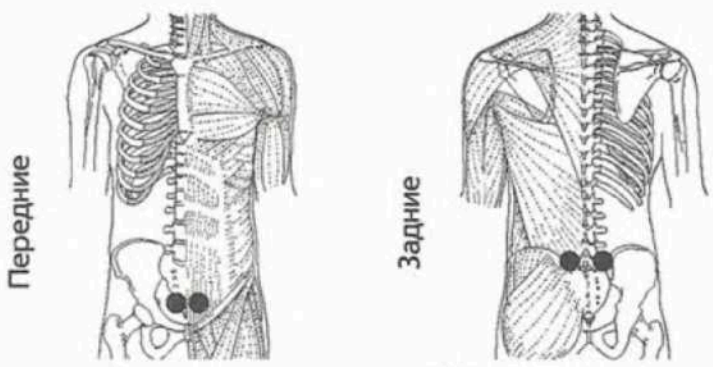
L2 поперечные отростки

Почки



2.5 см над пупком и 2.5 см в стороны от средней линии

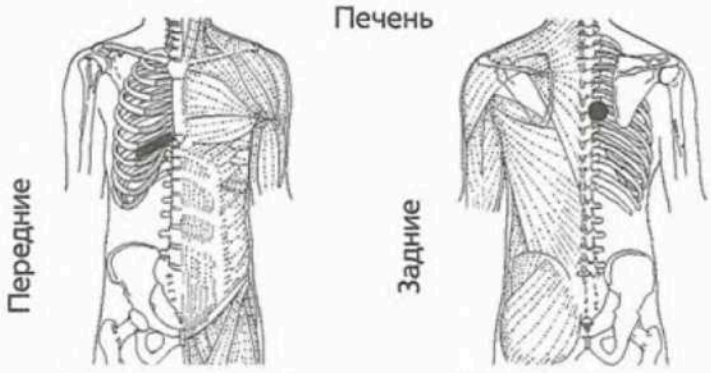
T 12–L1 между спинальными отростками



Верхняя сторона лобкового симфиза

Между задним верхним подвздошным отростком и L5 спинальным отростком

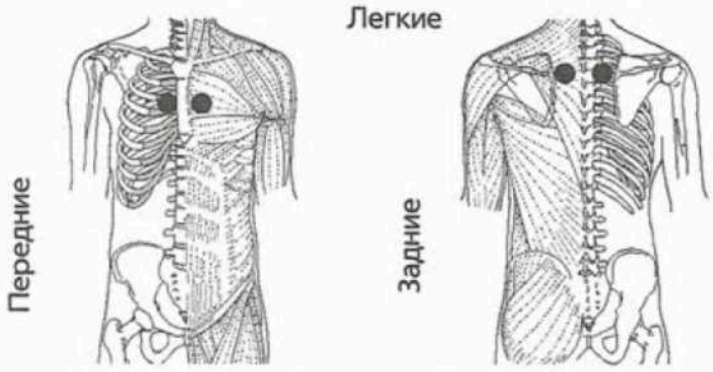
Печень



6-ое межреберное пространство от сосковой линии до грудины

Между 6 и 7 ребрами справа

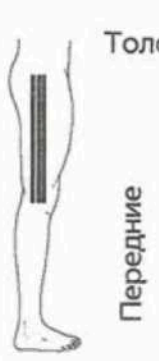
Легкие



3-е межреберное пространство около грудины

Между 3 и 4 ребрами около средней линии

Толстый кишечник



Передне-латеральная поверхность бедра латерально

Треугольная область с вершиной около L2–L4 и основание на подвздошных костях

так часто происходило неожиданное и быстрое улучшение состояния здоровья после устранения мышечного дисбаланса. Мышечный отклик указывал не на то, что в органе или железе произошли какие-либо патологические изменения, но на их ненадлежащее функционирование.

Иногда эффект стимуляции нейролимфатического рефлекса является временным, и в таком случае необходимо искать и устранять более глубокую причину. Среди других факторов, влияющих на лимфодренаж, могут быть недостаток физических упражнений, неправильное питание, переизбыток токсинов и многие другие типы дисбалансов, которые можно определить при помощи методов кинезиологии.

Однако во многих случаях коррекции продолжали действовать на протяжении длительного времени. Гудхарт предпо-

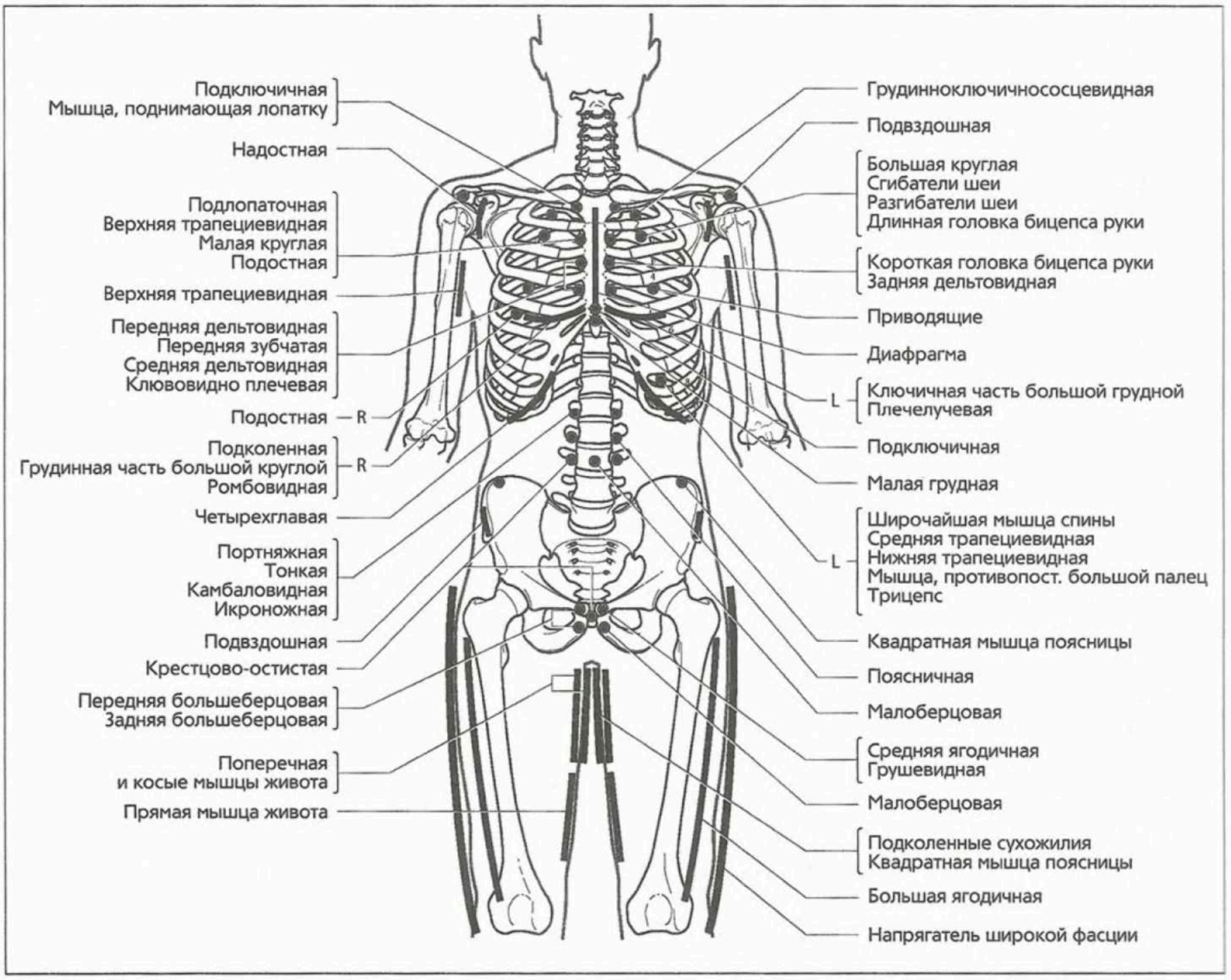


Рис. 31.3. Схема мышц нейролимфатических рефлексных точек.

Используя рефлексные точки Чапмана, Гудхарт провел исследования и вывел взаимосвязь мышц и точек, которые он назвал нейролимфатическими рефлексными точками. Обратите внимание, что некоторые мышцы соотносятся с одними и теми же рефлексными точками. Интересно отметить, что мышцы, связанные с одними и теми же рефлексными точками, также связаны с тем же акупунктурным меридианом, являя собой физическое отображение матрицы мышца — орган / железа — меридиан.

ложил, что нейролимфатический рефлекс является неким предохранителем, который можно перезагрузить с помощью стимуляции. Зачастую он исправлял смещение позвонков на том же уровне, где располагался нейролимфатический рефлекс, но мышца не корректировалась до тех пор, пока он не проводил стимуляцию нейролимфатического рефлекса.

Физиологическое объяснение действия нейролимфатических рефлексов

Чтобы лучше понять принцип предохранителя, снова обратимся к свойствам лимфатической системы. У лимфатической системы существует другая насосная система, и в том случае, если она не работает должным образом, то для лимфодренажа мы становимся во многом зависимы от движений. Стенки лимфатических сосудов большего размера состоят из гладких мышечных волокон, которые сокращаются, если давление в лимфатической системе превышает определенный порог. Таким образом, осуществляется продвижение лимфатической жидкости через односторонние клапаны к большим венам в области шеи. Непроизвольные сокращения гладких мышц возможны благодаря местным факторам, реакциям на гормоны и сигналы автономной нервной системы из контрольных центров мозга (лимбические и гипоталамические центры), отклики которых основаны на сенсорной обратной связи от тела. Поскольку нейролимфатические рефлексы часто располагаются на удалении от органов или желез, на которые они воздействуют, то представляется, что действие нейролимфатических рефлексов состоит в перенастройке этих механизмов контроля мозга и их установке на более соответствующий уровень (по отношению к информации от датчиков, устанавливаемых на теле). Данные механизмы контроля мозга включают уровень фасилитации взаимосвязанных мышц и сокращения тканей в области нейролимфатического рефлекса, и к ним обычно относятся нервные пути, которые входят и выходят на одном и том же уровне спинного мозга. Следовательно, когда лимфодренаж органа снижен, происходит некорректная фасилитация связанной с этим органом мышцы, и ткань нейролимфатического рефлекса отекает и, в конечном результате, сокращается.

По одной из теорий мышечная ткань вокруг нейролимфатического рефлекса изначально находится в состоянии неполной фасилитации (как и разблокирующаяся взаимосвязанная мышца) и приходит в состояние чрезмерной фасилитации и уплотняется (как при спазме мышц), так же, как и взаимосвязанная мышца приходит в состояние чрезмерной фасилитации.

То есть, если вернуться к началу, когда выполняется коррекция нейролимфатического рефлекса с помощью стимуляции, центр контроля головного мозга перенастраивается, что, в свою очередь, приводит к перенастройке фасилитации мышцы и ее установке на более соответствующий уровень, а также к увеличению лимфатического дренажа соответствующего органа или железы.

Нейролимфатические рефлексы расположены, в основном, между ребрами,

ближе к грудине, вдоль позвоночника и спереди (см. рис. 31.3).

Степень сокращения ткани в области рефлекса возрастает со временем. Изначально ткань будет припухшей, на ощупь похожей на тесто по всей области рефлекса (обычно около 3 сантиметров в диаметре). Затем из рыхлой ткань на ощупь становится зернистой и, наконец, крупинчатой, напоминая многочисленные твердые горошинки, похожие на дробь. Болезненность увеличивается со степенью сокращения, и на стадии маленьких твердых крупинок область рефлекса становится чрезвычайно болезненной при прикосновении.

Рефлексы на передней части тела обычно намного болезненнее, чем расположенные на спине, и ткань этих рефлексов гораздо чаще становится крупинчатой. Рефлексы в нижней части тела значительно больше по размеру и, когда активны, на ощупь напоминают волокнистые массы узловатых пластинок.

Коррекция нейролимфатических рефлексов выполняется надавливанием на место боли с постепенным увеличением давления, насколько клиент может выдержать.

Данная процедура может занять от нескольких секунд до нескольких минут, в зависимости от серьезности дисбаланса нейролимфатического рефлекса. Продолжайте воздействие до тех пор, пока не уйдет болезненность и/или не заблокируется взаимосвязанная мышца.

Применение нейролимфатических рефлексов

Когда мышца-индикатор дает приоритетное изменение на прикосновение к особой индикаторной точке всех нейролимфатических рефлексов, точке меридиана Желудка 35 (см. рис. 31.4), можно быстро определить связанную с меридианом мышцу нейролимфати-

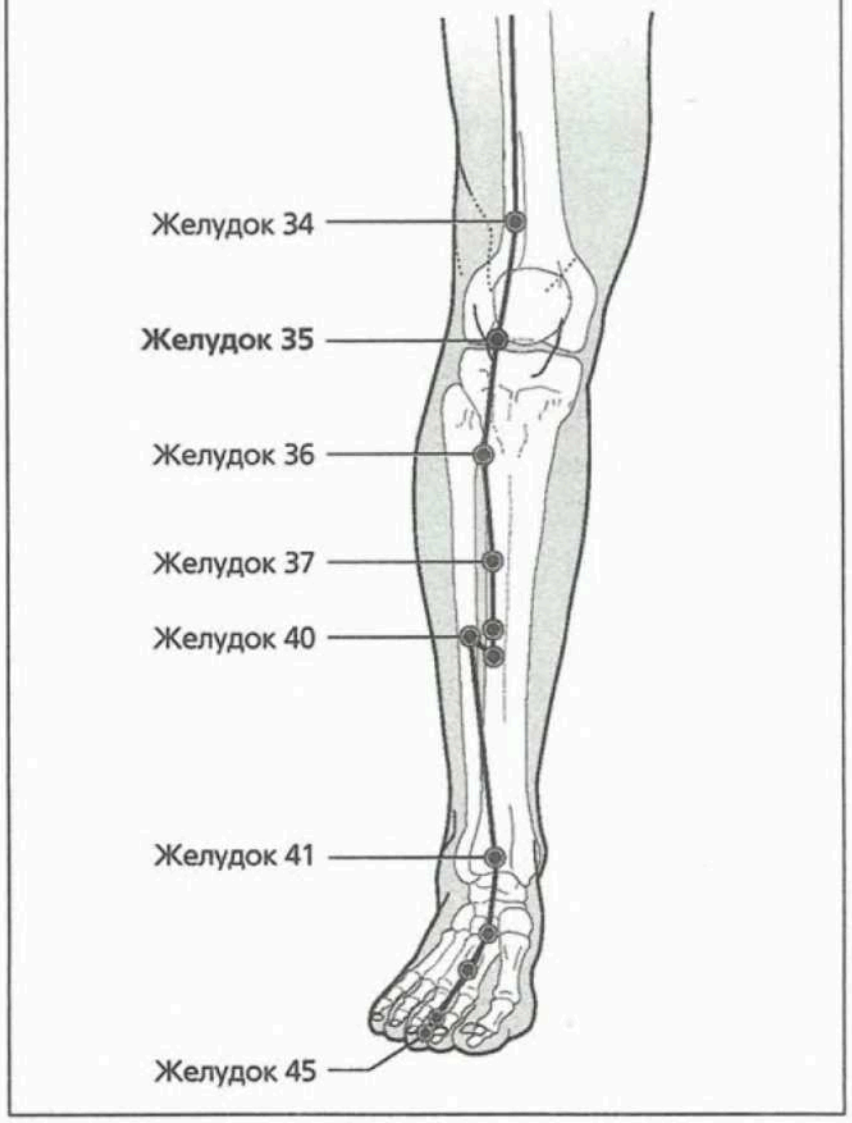


Рис. 31.4. **Особая индикаторная точка нейролимфатических рефлексов: точка Меридиана Желудка 35.**

При согнутом колене точка Желудка 35 находится в центре углубления чуть ниже и кнаружи от связки надколенника.

Изменение индикатора при локализации контура точки Желудка 35 указывает либо на то, что дисбаланс нейролимфатического рефлекса связан с проблемой в контуре, либо на то, что для коррекции данной проблемы требуется стимуляция нейролимфатических рефлексов.

ческого рефлекса с помощью локализации контура каждой сигнальной точки. Затем тестирующий активно массирует эти нейролимфатические рефлексы (см. рис. 31.3), стараясь не превышать болевой порог клиента. Следует отметить, что хронические нейролимфатические рефлексы могут при массировании быть чрезвычайно болезненными, поэтому необходимо внимательно относиться к клиенту и не превышать уровня его болевой устойчивости. Рекомендуется начинать с незначительного надавливания и постепенно увеличивать давление по мере облегчения боли. Продолжайте массировать, усиливая надавливание, до тех пор, пока чувствительность не уйдет. Для этого может потребоваться 20—30 секунд или несколько минут, в зависимости от того, насколько хроническим стал дисбаланс нейролимфатического рефлекса. Клиенты часто отмечают, что после применения данной методики они начинают ощущать тепло или движение энергии.

Затем снова заложите проблему в контур и с помощью локализации контура точки меридиана Желудка 35 протестируйте, сохранился ли дисбаланс. Если изменения индикатора нет, это означает отсутствие дисбаланса нейролимфатических рефлексов. В качестве заключительной проверки выполните локализацию контура проработанного нейролимфатического рефлекса, одновременно проводя мониторинг мышцы-индикатора, чтобы удостовериться, что коррекция завершена.

Литература

1. Dickson, GJ 1990, What is Kinesiology?, IHK Publishing, Melbourne. Goodheart, GJ You'll Be Better: The Story of Applied Kinesiology, AK Printing, Geneva. Walther, DS 1976, Applied Kinesiology: The Advanced Approach in Chiropractic, Systems DC, Pueblo. Walther, DS 1981, Applied Kinesiology, Volume I: Basic Procedure and Muscle Testing, Systems DC, Pueblo. Walther, DS 1988, Applied Kinesiology: Synopsis, System DC, Pueblo. Guyton, AC 1991, Textbook of Medical Physiology, EighThEdition, WB Saunders, Philadelphia.

2. Owens, C 1937, An Endocrine Interpretation of Chapman's Refl exes, Academy for Applied Osteopathy, Carmel.

Глава 32

НЕЙРОСОСУДИСТЫЕ РЕФЛЕКСЫ

Развитие нейрососудистых рефлексов[1]

В середине 1960-х годов, работая с мальчиком, у которого была тяжелая астма, доктор Джордж Гудхарт обнаружил еще одну важную методику коррекции мышечного дисбаланса. Очень часто припадки астмы напрямую относятся к недостаточному выделению гормона коры надпочечников, и поэтому Гудхарт работал над незапирающейся портняжной мышцей, которая связана с надпочечниками.

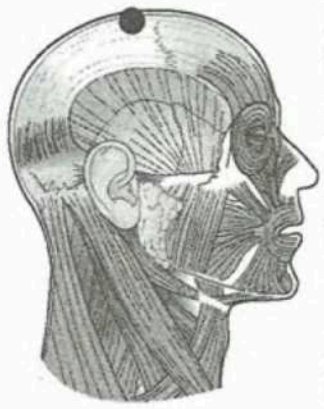
Применив все свои обычные методики коррекции, Гудхарт сделал попытку провести манипуляцию с черепной костью, освобождая париетальные кости по длине головы. Несмотря на то, что коррекция не дала желаемого результата, Гудхарт отметил хоть и незначительный, но устойчивый пульс под двумя пальцами, которые находились на заднем родничке (впадине, находящейся на затылке). Он сравнил его с частотой пульса парня и частотой дыхания, а затем Гудхарт поднял пальцы вверх к потолку, чтобы проверить, что это не его собственный пульс, который он ощущал. Эти пульсации отличались от тех семидесяти двух ударов в минуту, которые он ощутил, когда снова приложил свои пальцы. Пульс усилился и стал более ритмичным и регулярным, а молодой пациент начал дышать с облегчением. Портняжная мышца теперь плотно запиралась.

Вскоре после этих наблюдений к Гудхарту пришла женщина, которая жаловалась на головную боль. Она не покидала ее уже двадцать девять лет.

Единственное, что менялось, так это интенсивность боли. И снова он обнаружил черепной дисбаланс. Он приложил пальцы к теменным костям, чтобы провести краниальные коррекции. Снова он заметил эту странную пульсацию под своими кончиками указательных пальцев. Когда он убрал свои пальцы, пульсация прекратилась, а когда снова их приложил, она снова появилась, и была в пределах 72—74 удара в минуту.

Вместо того, чтобы выполнить краниальную коррекцию, он удерживал пальцы на теменных буграх с незначительным вытяжением, до тех пор, пока не появилась более сильная пульсация и синхронизация с обеих сторон. Повторная оценка начального краниального дисбаланса показала, что в настоящее время он отсутствует, и через несколько минут женщина восхищенно заявила: «О Боже, моя боль ушла! Боль ушла!» При этом Гудхарт ответил: «Конечно, боль ушла, за этим вы и пришли сюда».

Гудхарт, осознавая то, что обнаружил другую важную методику баланса мышц, обратился к литературе для поиска большей информации о нейрососудистых рефлексах. В ранние 1930-е года хиропрактик



Сердце
Желчный пузырь
Легкие
Легкие
Мозг

Подлопаточная
Передняя дельтовидная
средняя дельтовидная
Диафрагма
Надостная

Брегма: соединение поперечного и саггитального швов. Передний родничок, мягкое место у младенца. Положите ладонь на переносицу, средний палец будет на брегме.

Желудок
Мочевой пузырь
Мочевой пузырь
Печень

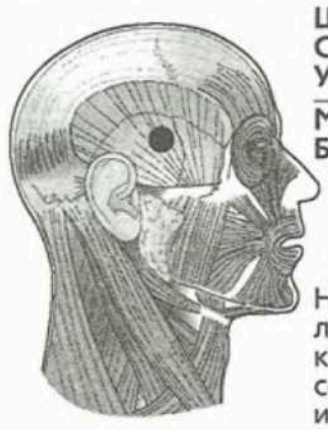
Ключичная большая грудная
Передняя большеберцовая
Крестцово-остистая
Ромбовидная

Двусторонние лобные бугры — это выпуклости на лбу, посередине между бровями и линией роста волос.

Тонкий кишечник
Толстый кишечник
Толстый кишечник
Перикард

Четырехглавая
Широкая фасция бедра
Квадратная поясницы
Средняя ягодичная

Теменные бугры — самое широкое место головы, над и позади ушей.



Щитовидная железа
Спинномозговая жидкость
Управляющий

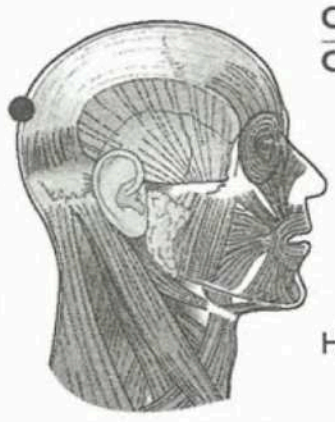
Малая круглая
Большая круглая

На 1 дюйм ниже шва на виске, располагается по линии роста волос, слегка выше и вперед от края уха, И на соединении первого ребра, ключицы и грудины.

Селезенка / Поджелудочная железа

Широчайшая мышца спины

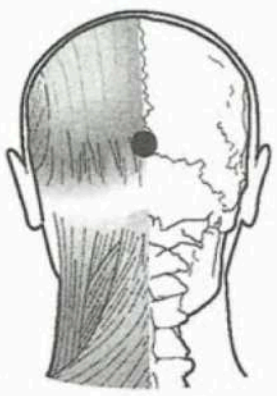
Выше височной кости на линии чуть позади от внешнего ушного отверстия



Селезенка / Селезенка

Средняя трапециевидная

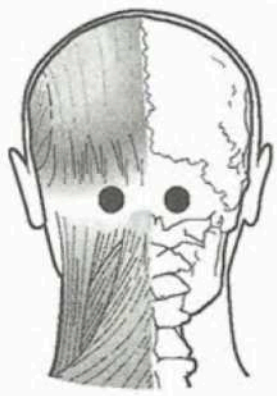
На 1 дюйм выше лямбды



Тройной Обогреватель

Портняжная

Лямбда — задний родничок, где смыкаются лямбдовидный и саггитальный швы



Почки

Поясничная

На полдюйма латеральнее внешнего заднего бугра

Рис. 32.1. **Нейрососудистые рефлекторные точки Беннетта.** Гудхардт выбрал рефлексные точки Беннетта преимущественно на голове. Затем он исследовал их связи с органами и меридианами, а позже определил связи мышцы — меридиана со специфическими нейрососудистыми рефлексными точками. After Walther DS, 1988, Applied Kinesiology: Synopsis, Second Edition, Systems DC, Pueblo.

по имени доктор Терренс Беннетт разработал методику, в которой были описаны соотношения между определенными точками на голове и передней части тела с кровообращением в отдельных органах или железах, которые отвечали за отдельные функции тела (см. рис. 32.1).

С помощью светонепроницаемого красителя и флюороскопа Беннетт наблюдал за этими точками. Когда их мягко удерживали пальцами и незначительно подтягивали для создания вытяжения, рентген показывал увеличение притока крови в отдельных железах и органах. К тому же, под местом удержания пальцев появлялась пульсация с частотой, как обычно, 70—74 ударов в минуту, вне зависимости от частоты пульса или сердцебиения.

Используя связи между органами или железами и «нейрососудистыми рефлексами», описанными Беннеттом, и свою систему корреляций между мышцами и органами / железами, Гудхарт смог определить взаимосвязи нейрососудистых рефлексов и мышц. Хотя отдельная мышца корректируется лишь одним нейрососудистым рефлексом, большинство рефлексов оказывало влияние на более, чем одну мышцу.

Несмотря на то, что Беннетт описал множество рефлекторных точек на голове, туловище и ногах, Гудхарт использовал только рефлекторные точки Беннетта на голове с несколькими исключениями. У Беннетта также были разные средства манипулирования точками, тогда как Гудхарт применял только то средство, которое подходило для точек на голове. Он назвал данные рефлекторные точки Беннетта *нейрососудистыми рефлексами*, чтобы обозначить их влияние на капиллярное кровообращение тканей в организме.

Физиологическое обоснование нейрососудистых рефлексов

Локальные рецепторы кожи, которые могут оказывать влияние на приток крови к отдельным органам, зависит от эмбриологического развития, в процессе которого кожа и нервные ткани берут начало из общих областей.

Увеличенный приток крови, происходящий благодаря нейрососудистым рефлексам, обеспечивает дополнительное питание (включая кислород) для сопряженных органов или тканей, на которые он оказывает влияние. Без надлежащего питания клетки начинают функционировать неправильно и, в итоге, погибают.

Должный приток крови также отвечает за омывание органа и выведение других продуктов обмена веществ, таких как растворимый углекислый газ, токсины и протеины (такие как гормоны, ферменты и антитела), производимые клетками. Пульсация 74 удара в минуту, не относящаяся к частоте пульса или сердцебиению, появляется в результате капиллярной пульсации микроциркуляторного русла в тканях. Артерии соединяются с кровеносными сосудами посредством капиллярной сетки, которая имеет большое количество ответвлений и взаимосвязанных проводящих путей: артерия соединяется с артериолой, затем с капиллярным руслом, с венулой, с веной.

На соединении артериолы и капилляра (известное как сосудодвигательное

сплетение) расположен мышечный сфинктер, известный как предкапиллярный сфинктер. Приток крови в капиллярное русло находится под постоянным мониторингом и настраивается в соответствии с потребностью ткани, которую он подпитывает. Например, мышечная ткань будет испытывать высокую потребность тогда, когда человек находится в движении, и низкую потребность в состоянии покоя. Настраивание происходит с помощью мышечной оболочки артериолы, в первую очередь, на прекапиллярном сфинктере. Эти гладкие (непроизвольные) мышцы контролируются симпатической ветвью автономной нервной системы. Контроль над этим действием осуществляется из вазомоторных центров в стволе мозга, которые в свою очередь, могут регулироваться высшими нервными центрами головного мозга.

Артериолы способны сузиться под воздействием возбуждающих импульсов в области вазоконстрикции или расшириться из-за воздействия ингибирующих импульсов в этой области. Область вазоконстрикции (сужения сосудов) вызывает импульсы частотой, соответствующей 74 ударам в минуту, и приводит к постоянному частичному сужению кровеносных сосудов, что и называется сосудистым тонусом.

Предполагается, что пульсация, прощупываемая на уровне нейрососудистых рефлексов, исходит из тонической пульсации области вазоконстрикции мозга, который также переносит импульсы в артериолы, в результате чего появляется пульсация в капиллярном русле. Если центры мозгового ствола работают в несоответствующем порядке, это может повлечь ненадлежащее функционирование данных артериол, и нехватку местного кровотока.

При проведении стимуляции нейрососудистых рефлексов путем прикосновения, происходит нормализация данного воздействия через центры мозгового ствола и, таким образом, увеличивается капиллярное кровообращение в отдельных органах или железах. Тот факт, что эта работа имела успех, подтверждается надлежащими тоническими импульсами, которые имеют обратную связь с соответствующим нейрососудистым рефлексом, создающим постоянную равномерную пульсацию. Центры мозгового ствола могут иметь сопряженный контроль над кровотоком в мышце, дающей разблокированный ответ при активном нейрососудистом рефлексе. Следовательно, если сама по себе мышца, таким образом, лишается крови, насыщенной кислородом, молочная кислота формируется быстрее, чем ее можно удалить, что влечет за собой слабость и боль в мышце.

Тот факт, что нейрососудистые рефлексы контролируются сосудодвигательными центрами спинного мозга, который в свою очередь, иннервируется различными нервами, идущими от гипоталамуса и мозгового ствола, связанного с выживанием, является одной из причин, по которым мышцы ингибируются, когда данные рефлексы находятся в дисбалансе.

Те же самые сосудодвигательные центры задействованы в процессе изменения кровотока в реакции «борьба—бегство».

Следовательно, подсознательные эмоциональные факторы могут лежать

в основе нейрососудистых дисбалансов, или же быть связаны с ними.

Это может быть причиной того, почему Беннетт назвал рефлекторные точки, связанные с мышцами желудка, расположенные под лобными буграми и на висках, *эмоциональными точками*. И действительно, эмоциональные проблемы часто ощущаются в нашем желудке и животе.

Интересно то, что почти все точки Беннетта на голове также являются специфическими точками акупунктуры, например, эмоциональные точки Беннетта — это точки меридиана Желчного пузыря 14, сразу под лобными буграми, и в конце брови на висках расположена точка меридиана Тройного обогревателя 23.

Тогда как Беннетт назвал эмоциональными точками только эти две точки, вероятно, все нейрососудистые рефлекторные точки оказывают подобное влияние на эмоции подсознания, воздействуя на сосудодвигательные центры в мозговом стволе.

Более того, существует косвенное доказательство того, что данные эмоциональные точки Беннетта не только изменяют кровоток в сопряженных мышцах и органах, или железах, но также и в мозге. Основным в данных точках, влияющих на эмоции, которые являются первичными, и первыми удерживаются в процессе освобождения и снятия эмоционального стресса, является то, что при удержании данных точек происходит возврат кровотока в переднюю часть коры головного мозга, если он был ингибирован центрами выживания, находящимися в миндалевидном теле и мозговом стволе, что происходит в результате активации реакции «борьба—бегство».

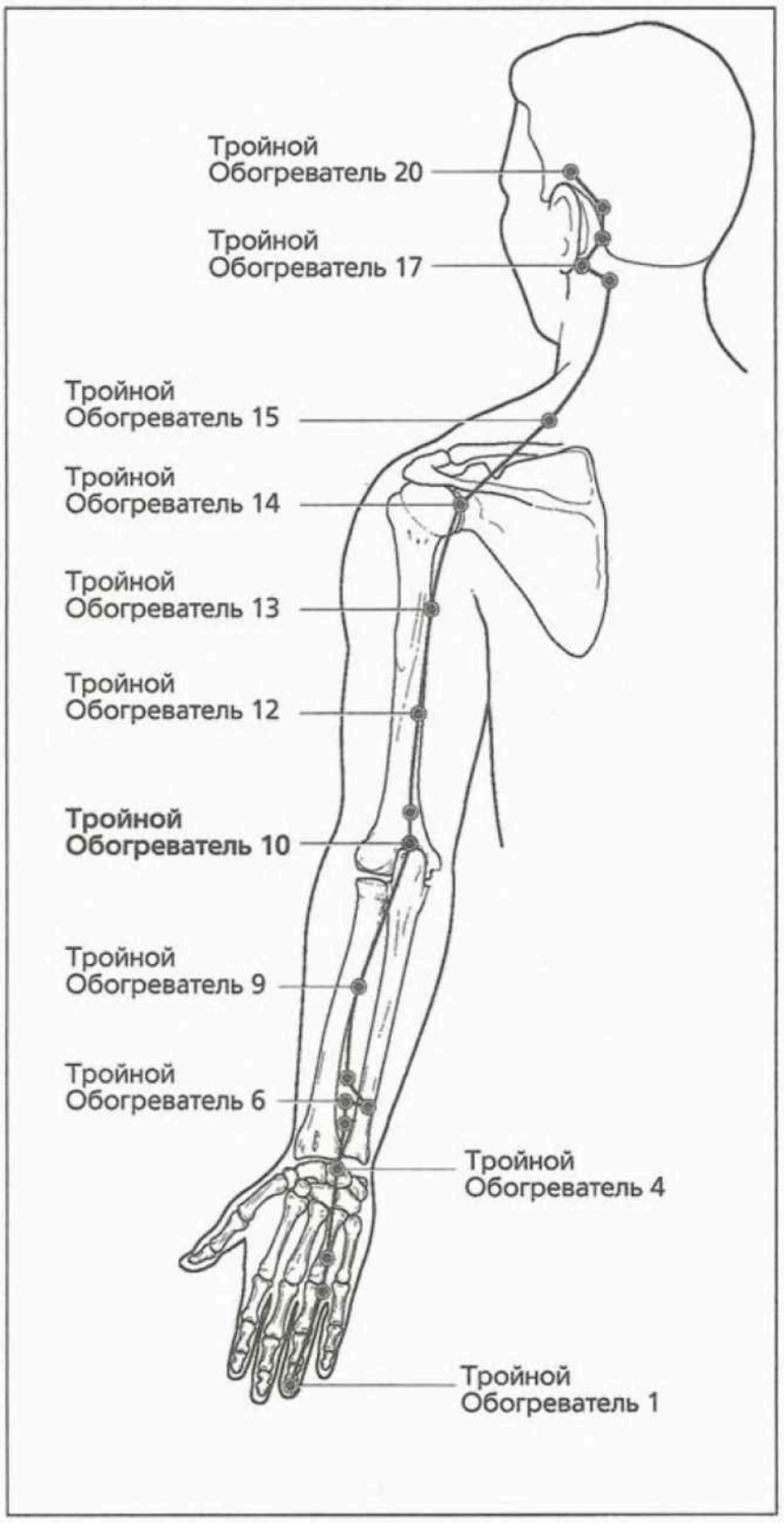


Рис. 32.2. **Специфические индикаторные точки нейрососудистого рефлекса: Тройной обогреватель 10.**

Когда локоть находится в согнутом состоянии, точка Тройного обогревателя 10 находится на продольной части руки, на углублении 1 см прямо над верхушкой локтя. Изменение индикатора при локализации контура точки Тройного обогревателя 10, указывает, что или дисбаланс нейрососудистого рефлекса относится к данной проблеме в контуре, или стимуляция нейрососудистого рефлекса является коррекцией данной проблемы.

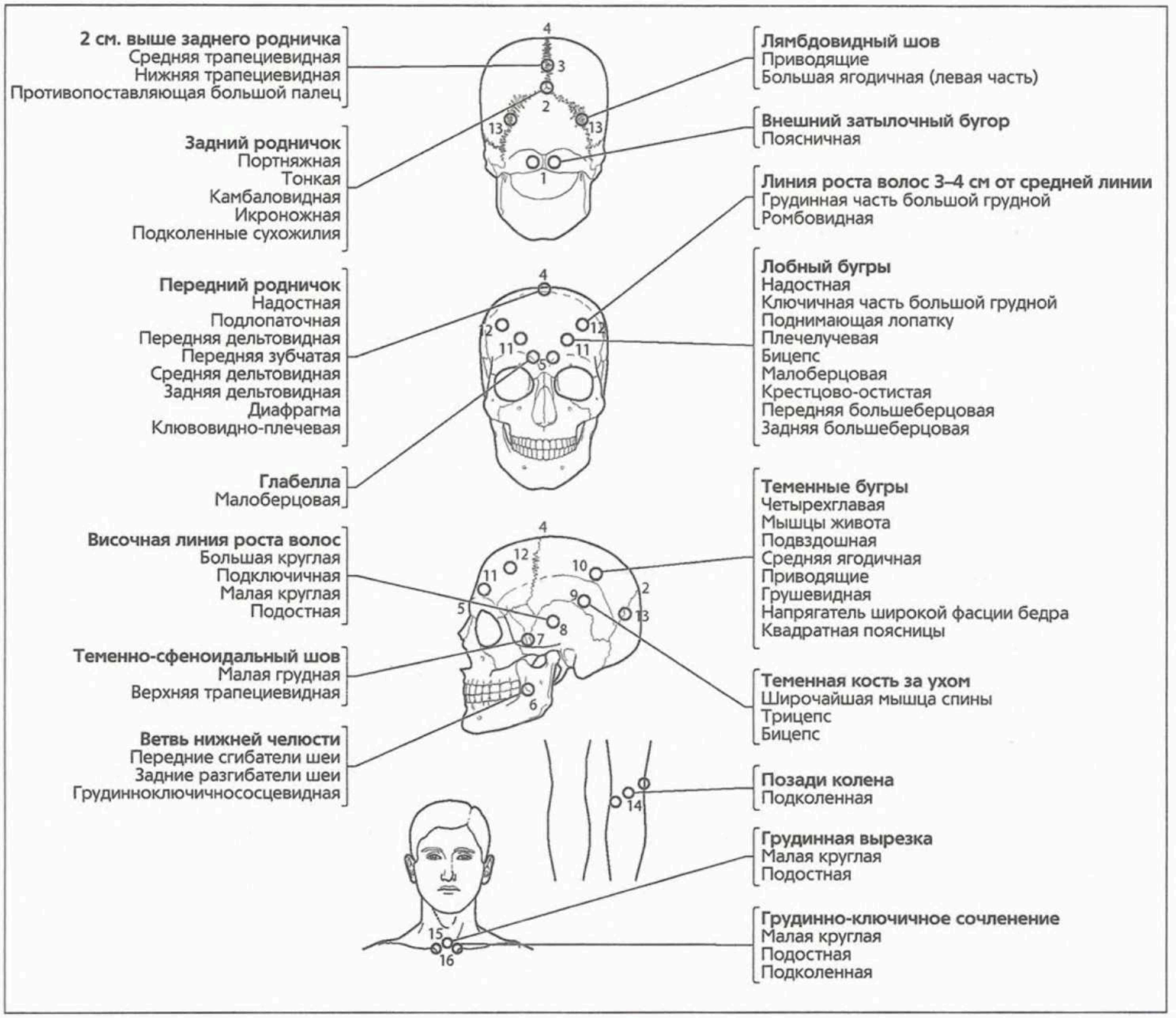


Рис. 32.3. **Точки нейрососудистого рефлекса: список мышц.** Когда специфическая индикаторная точка для нейрососудистых рефлексов (Тройной обогреватель 10) указала на наличие нейрососудистого дисбаланса, использование сигнальных точек мышц, связанных с меридианом, дает возможность их быстрого нахождения. Список нейрососудистых точек для каждой мышцы укажет на нейрососудистые точки, которые следует удерживать для проведения коррекции.

Таким образом, удержание эмоциональных нейрососудистых точек способствует возврату кровотока в лобную кору и центры, связанные с более высокой деятельностью, чем наши эго-контролируемые лимбические системы и системы выживания мозгового ствола. Это возвращает наше рациональное аналитическое мышление в активную фазу, к решению проблем, и предоставляет доступ к ретроспекции и интроспекции событий прошлого, относящихся к текущим эмо-

циональным проблемам. Это позволяет использовать данные доступные ресурсы в решении текущей эмоциональной проблемы.

Применение нейрососудистых рефлексов

Если локализация контура специфического индикатора для нейрососудистых рефлексов, точки Тройного обогревателя 10 (см. рис. 32.2) влечет изменение индикатора, это подтверждает, что нейрососудистые рефлексы представляют собой приоритетный дисбаланс для закладки в контур, или приоритетную коррекцию.

Затем человеку, проводящему мониторинг, требуется только локализация контура сигнальных точек для того, чтобы найти мышцы, связанные с меридианом и соответствующую им точку нейрососудистого рефлекса (см. рис. 32.3). Мягкое нажатие, примерно с силой, с которой вы прикасаетесь к закрытым векам, используется для работы с активными точкам нейрососудистого рефлекса. Применяется легкая тракция, и затем человек, проводящий мониторинг, удерживает данные точки до тех пор, пока не начнет ощущаться мигрирующий пульс под кончиками пальцев. Поначалу данная пульсация может носить мигрирующий характер, сначала с одной стороны, и затем с другой, и даже может блуждать туда и сюда, но со временем, синхронизируется. Как только пульсация в точках нейрососудистого рефлекса синхронизировалась и стала постоянной, коррекция нейрососудистого рефлекса считается завершенной.

После этого контур закрывается, текущая проблема закладывается в контур вновь и проходит повторную оценку путем локализации контура Тройного обогревателя 10. Если изменения индикатора не произошло, это означает, что больше не существует дисбалансов нейрососудистого рефлекса. В качестве конечной проверки надо провести локализацию контура изучаемой точки нейрососудистого рефлекса при проведении мониторинга мышцы-индикатора для подтверждения того, что коррекция завершена.

Литература

1. Dickson, GJ 1990, What is Kinesiology?, IHK Publishing, Melbourne. Goodheart, GJ You'll Be Better: The Story of Applied Kinesiology, AK Printing, Geneva. Walther, DS 1976, Applied Kinesiology: The Advanced Approach in Chiropractic, Systems DC, Pueblo. Walther, DS 1981, Applied Kinesiology, Volume I: Basic Procedure and Muscle Testing, Systems DC, Pueblo. Walther, DS 1988, Applied Kinesiology: Synopsis, System DC, Pueblo.

Глава 33

БАЛАНСИРОВКА МЫШЦ

Формирование матрицы мышца—орган / железа—меридиан

Один из ключевых принципов Энергетической кинезиологии, разработанных доктором Джорджем Гудхартом и его коллегами из Прикладной кинезиологии, — это основополагающие взаимоотношения между отдельными мышцами тела и меридианами и связанными с ними органами или железами. Эти взаимоотношения были названы *матрицей мышца — орган / железа — меридиан*. Энергетические дисбалансы в отдельных меридианах выражаются как различные типы дисбалансов в мышце, связанной с этим меридианом.

Каким же образом доктор Гудхарт понял, что эти связи существуют? Как вы помните, при описании нейролимфатических и нейрососудистых рефлексов мы говорили о том, что доктор Гудхарт использовал точки Чапмана и точки Беннетта. Взаимосвязь органа и рефлексной точки он обнаружил, отметив, в каких мышцах наблюдался дисбаланс, когда он работал с конкретными проблемами, связанными с органами. К примеру, когда наблюдались проблемы, связанные с органом желудка, то ключичная часть большой грудной мышцы постоянно находилась в состоянии дисбаланса.

И Чапман, и Беннетт определяли свои точки на основании взаимосвязи с органами. Например, Чапман говорил, что проблемы с желудком возникают из-за плохого лимфодренажа органа желудка и что их можно исправить, если активно помассировать точку в пятом межреберье слева до тех пор, пока болезненные ощущения не пройдут. Подобным образом, модель Беннетта заключалась в том, что дисфункция органа соотносится с плохой микроциркуляцией внутри этого органа и что удержание точки Беннетта, относящейся непосредственно к этому органу, усилит приток крови и восстановит функцию органа. В случае наличия дисбаланса в органе желудка Гудхарт удерживал эмоциональные точки под лобными буграми.

Зная это, Гудхарт просто отмечал каждый раз, когда работал с проблемой, связанной с желудком, были ли также активны связанные с желудком точки Чапмана и Беннетта, и, в соответствии с состоянием баланса или дисбаланса в мышцах, он определял, какие из них связаны с функцией желудка. Если к нему приходил пациент с проблемой, связанной с желудком, то он сначала тестировал большую грудную ключичную мышцу и другие мышцы, связанные с желудком, проверяя их состояние баланса. Затем он проверял нейролимфатические точки Чапмана и/или нейрососудистые точки Беннетта и искал соотношение между этими связанными с желудком системами.

К примеру, он обнаруживал, что большая грудная ключичная мышца находилась в состоянии слабой активации

и что точка Беннетта была неактивна, но нейролимфатический рефлекс Чапмана был активен, о чем свидетельствовало изменение мышцы-индикатора при прикосновении к рефлексу. Затем он воздействовал на активную точку, Беннетта или Чапмана, до тех пор, пока точка не приходила в сбалансированное состояние. Затем он повторно тестировал ключичную часть большой грудной мышцы на состояние дисбаланса. Он обнаружил сильную взаимосвязь между активностью рефлексных точек, связанных с органом, и состоянием сбалансированности мышцы. Теперь он мог использовать эту взаимосвязь мышца—орган как для определения дисбалансов органов, так и для измерения эффективности лечения, которое он применял, через повторное тестирование мышцы и оценку изменений в ее состоянии сбалансированности.

После визита президента Никсона в Китай в 1972 году это закрытое общество с его знаниями акупунктуры и акупрессуры открылось для Запада. Гудхарт был очень эклектичным читателем и начал читать о китайской системе акупунктурных меридианов и о принципах ее действия. Талантливый врач, он вдруг понял, что связанные с органами рефлексные точки, реакции органа, связанные с мышцами, и вся система китайской медицины сопряжены с функциями органов благодаря меридианным потокам энергии. Имея способность синтезировать различные системы, Гудхарт привязал меридианы к мышцам через общие связи с органами, благодаря чему стало возможным связать их с рефлексами, соответствующими этим органам. Таким образом и родилось понятие матрицы мышца—орган/железа—меридиан.

Например, если в меридиане наблюдается недостаток энергии, то мышца при тестировании даст слабый ответ. Таким же образом, если в меридиане наблюдается переизбыток энергии, то мышца при тестировании будет перенапряжена. Точно так же дисбалансы в связанном с меридианом органе или железе будут представлены дисбалансами в связанной с меридианом мышце.

В китайской системе каждый меридиан не только связан с органом, но также непосредственно с акупунктурными точками на этом меридиане, акупунктурными точками на других меридианах, которые влияют на его функции, эмоциональным состоянием, органом чувств и даже цветом. Это открытие, сделанное Гудхартом, расширило применение мышечного мониторинга от простого определения чисто физических дисбалансов, связанных с мышцами, до выявления дисбалансов в других сферах — от физической до эмоциональной, ментальной и даже энергетической.

Гудхарт даже обнаружил, что в определенных случаях дисбалансов органов, когда он просто проводил рукой непосредственно над телом по пути течения меридиана, проблема в органе устранялась, а состояние соответствующей меридиану мышцы возвращалось к сбалансированному. Таким образом, взаимосвязь мышца—меридиан открывала доступ к нашему многомерному существу, и обратиться ко всем измерениям теперь стало возможным благодаря такому мощному инструменту — мышечному мониторингу. В то время как существуют чисто физические факторы, из-за которых возникает мышечный дисбаланс, зачастую отклик мышцы отражает состояние энер-

гетического потока в соответствующем меридиане. Поэтому любой фактор, изменяющий баланс энергии в любом меридиане, приводит к аналогичному дисбалансу в функции сопряженных с этим меридианом мышц.

Применение методик балансировки мышц

Мышцы составляют примерно 80% физической массы человеческого тела и являются тем основным механизмом, с помощью которого мы взаимодействуем с нашим физическим миром. Они также дают кинезиологам «ключи от царства», поскольку именно с помощью мышечной биологической обратной связи можно отворить дверь, ведущую к нашим бессознательным и подсознательным дисбалансам, которые влияют не только на наши мышцы, эмоции и разум, но и на качество нашей жизни.

Мышцы-индикаторы

В кинезиологии принцип мышцы-индикатора является преимущественным, поскольку универсальная мышца-индикатор является весьма эффективным инструментом биологической обратной связи с широким применением. Существует два типа мышц-индикаторов:

1) универсальная мышца-индикатор (например, передняя дельтовидная или большая грудная, ключичная часть), которая может показывать наличие стрессов в физической, эфирной, эмоциональной, ментальной и духовной системах тела;

2) целевые мышцы-индикаторы с конкретными меридианными взаимосвязями (например, большая грудная, ключичная часть, когда она используется как индикатор дисбалансов органов и/или меридиана Желудка).

При использовании универсальной мышцы-индикатора мышечный контур косвенно связан с источником дисбаланса, на который индикатор указывает. Следовательно, чтобы быть надежным индикатором, мышца, например, передняя дельтовидная, должна находиться в состоянии абсолютного гомеостаза в рамках собственного контура, как отмечалось ранее. Затем, когда проводится мониторинг передней дельтовидной мышцы одновременно с прикосновением к сигнальной точке, если в этом меридиане присутствует переизбыток энергии, то гомеостатическая передняя дельтовидная мышца изменит свое состояние или перейдет в состояние чрезмерной активации, то есть будет блокирована, отражая состояние дисбаланса в этом меридиане. Тогда как универсальная мышца-индикатор может показывать, что в системе присутствует стресс, она не показывает конкретную природу или местонахождение этого стресса.

Таким же образом, гомеостатическая мышца-индикатор может резко перейти в состояние недостаточной активации, когда в контур вносится конкретная эмоция или отношение, что опять же отражает наличие стресса, вызываемого этой эмоцией или отношением. Затем конкретная природа этой эмоции или отношения определяется с помощью пальцевой диагностики, особых индикаторных точек, проверок, вербальных вопросов или иных методик и, более того, может показать наличие стресса в меридиане, отличном от того, который

связан с используемой мышцей-индикатором. Например, передняя дельтовидная мышца связана с меридианом Легких, но, являясь универсальным индикатором, может показать наличие дисбаланса в меридиане Мочевого пузыря. [В системе «Целебного прикосновения» передняя дельтовидная мышца ассоциируется с меридианом Желчного пузыря. — Ред.]

Напротив, когда мышца используется именно как индикатор энергии меридиана, с которым она напрямую связана, то она показывает исключительно стрессоры в этой матрице мышца—орган/железа—меридиан. Кроме того, сопряженная с меридианом мышца обладает наибольшим частотным резонансом по отношению к дисбалансам в этой конкретной матрице меридиан—орган/железа, вследствие чего точная природа дисбаланса в меридиане, органе или железе будет достоверно отражаться в состоянии связанной с меридианом мышцы. Например, если меридиан Желудка приходит в состояние недостатка энергии, то ключичная часть большой грудной мышцы всегда будет давать слабый ответ при тестировании. Точно так же, если в желудке как органе идет воспалительный процесс, к примеру, язва, то ключичная часть большой грудной мышцы всегда при тестировании будет восприниматься как перегруженная, потому что в системе китайской медицины воспаление приравнивается к переизбытку энергии.

При том, что любая мышца тела может быть использована в качестве универсальной мышцы-индикатора, наиболее часто используются передняя дельтовидная мышца, ключичная часть большой грудной мышцы и плечелучевая мышца. И дельтовидная, и ключичная часть большой грудной мышцы легко доступны и относительно чувствительны по причине того, что у них достаточно длинное плечо рычага, и они обычно стабильны в отношении сохранения гомеостатического состояния на протяжении длительного времени. Однако, когда вы собираетесь проводить постоянный мониторинг, длинное плечо рычага означает, что они достаточно быстро приходят в состояние утомления. По этой причине многие кинезиологи используют плечелучевую мышцу для постоянного мониторинга, в частности, в фазе сбора информации. Плечелучевая мышца поднимает предплечье вертикально, в то время как верхняя часть руки лежит на столе; ее плечо рычага короче и сопротивление силе тяжести выше.

Типы мышечной балансировки

Мышечная балансировка делится на три типа: 1) общая балансировка мышц, соответствующих различным меридианам; 2) сочетание работы сопряженной с меридианом мышцей с универсальной мышцей-индикатором для проработки конкретных и/или более глубоких состояний дисбаланса; и 3) всесторонняя (голографическая) мышечная балансировка в четырнадцати позициях.

Первый тип — это мышечная балансировка по всем меридианам, в которой используется связанная с меридианом мышца как индикатор всеобщего баланса, связанного с ней меридиана и органа. К примеру, в системе Целебного прикосновения проводится проверка четырнадцати основных индикаторных мышц,

относящихся к меридианам, для определения их состояния сбалансированности. Каждая связанная с меридианом мышца представляет собой баланс самого меридиана и всех сопутствующих функций. Используя биологическую обратную связь от четытнадцати взаимосвязанных с меридианами мышц, мы можем вернуть каждый меридиан в общее состояние сбалансированности, и после этого тело будет находиться в состоянии всеобщего гомеостаза. Поэтому при том, что наиболее очевидные дисбалансы были устранены, компенсированные дисбалансы или сбалансированные состояния могут сохраниться.

Второй тип мышечной балансировки направлен больше на конкретные физиологические, физические, энергетические и/или психоэмоциональные дисбалансы в индивидуальных системах, например, иммунной системе, системах органов, гормональных системах и даже неврологических системах. При этом подходе к мышечной балансировке используется комбинация особых связанных с меридианами мышц и универсальных мышц-индикаторов.

К примеру, для проработки стресса в иммунной системе можно использовать акупрессурный формат: пальцевая проба органов — пальцевая проба анатомии — прикосновение к сигнальной точке Селезенки + пальцевая проба желез — прикосновение к точке Центрального меридиана 18 (вилочковая железа). Средняя трапециевидная мышца китайского меридиана Селезенки—Поджелудочной железы более всего совпадает по частоте с компонентом селезенки этого двухфазного меридиана. Следовательно, баланс средней трапециевидной мышцы указывает на состояние баланса в иммунной системе. Если после введения акупрессурного формата для иммунной системы в средней трапециевидной мышце проявляется какое-либо состояние дисбаланса, то это показывает, что на иммунную систему оказывают воздействие какие-либо стрессы. Затем этот дисбаланс можно внести в контур. После этого тестирующий обычно переключается на универсальную мышцу-индикатор, например, плечелучевую, для того чтобы собрать больше информации о конкретной природе дисбалансов в иммунной системе и обусловливающих причинных факторах.

Третий тип мышечной балансировки — всесторонняя (голографическая) мышечная балансировка в 14 позициях. При этом типе мышечной балансировки целевой меридиан рассматривается в отношении к одной или более из 14 исходных положений с обеих сторон тела. Целевой меридиан может быть выбран на основании прямой взаимосвязи с конкретным органом, проявляющим состояние дисбаланса, или на основании того, что в качестве приоритетной коррекции выпала мышечная голограмма. Подробное разъяснение этой методики дается в Главе 40.

Например, к вам приходит клиент с конкретной проблемой, связанной с органом, такой как тахикардия. Совершенно очевидно, что это проблема сердца, но она также включает обратную связь от других физиологических систем и меридианов. В таком случае целевым меридианом будет меридиан Сердца, а мышцы, сопряженные с меридианом Сердца, будут использоваться для опре-

деления индивидуальных стрессов во всех 14 позициях. Дисбалансы в каждой позиции корректируются затем в индивидуальном порядке, используя универсальную мышцу-индикатор, во-первых, для определения анатомических, физиологических и/или психоэмоциональных стрессов, обусловливающих каждый дисбаланс, и, во-вторых, для поиска соответствующих методик для коррекции этих дисбалансов.

Общая балансировка мышц, соответствующих различным меридианам

Главным примером балансировки мышц по меридианам служит Целебное прикосновение, разработанное доктором Джоном Ти. Из работ Гудхарта с меридианами и мышцами доктор Ти отметил то, что состояние сбалансированности мышц, связанных с меридианами, напряжение отражает дисбалансы в соответствующих меридианах. Китайцы совершенно ясно указывают, что когда все меридианы тела сбалансированы, то такое их состояние поддерживает здоровье и благосостояние человека.

Что интересно, по древней китайской медицинской системе традиционному китайскому лекарю платили небольшую сумму за каждый день, что жители деревни были здоровы. Как только кто-то заболевал, оплата прекращалась. Тогда работа традиционного китайского лекаря заключалась в том, чтобы применить свои навыки и умения и сбалансировать энергию тела. Они традиционно использовали травы, акупунктуру, моксотерапию и другие методики для восстановления баланса меридианов тела — разума — духа. Поэтому хороший врач мог поддерживать здоровье многих людей и получать приемлемую сумму за свои труды, в то время как плохой доктор почти все свое время тратил на излечение своих пациентов и, следовательно, мало получал.

Следуя этой традиции, доктор Ти разработал систему, которую он назвал Целебным прикосновением, чтобы люди могли поддерживать здоровье членов своей семьи и друзей с помощью простых методик балансировки связанных с меридианами мышц. Основная идея состоит в профилактике заболеваний путем поддержания сбалансированности меридианов. Это достигается благодаря регулярной балансировке четырнадцати мышц, в которой каждый из 14 меридианов представлен мышцей, взаимосвязанной именно с этим меридианом. Таким образом, люди получали возможность поддерживать здоровье, используя методики, которым любой мог научиться в относительно короткий промежуток времени. Доктор Джон Ти говорил: «Я считаю, что Целебное прикосновение — это свеча, освещающая людям путь к более крепкому здоровью и лучшей жизни. И я верю, что каждый из нас держит в руках такую свечу — быть может, еще незажженную, — которая может послужить проводником для тех, кого мы любим, и направить их к жизни в изобилии».[1]

Такая мышечная балансировка может проводиться как в общем, так и специфическом контекстах. К примеру, можно провести балансировку четырнадцати мышц «на чистую», без какой-либо проблемы в контуре. Эта балансировка

может показать дисбалансы, причиной которых являются нынешние стрессы в жизни человека. После балансировки четырнадцати мышц, которая может включать коррекции по нейролимфатическим и нейрососудистым точкам и даже высвобождение эмоционального стресса, все меридианы придут в состояние сбалансированности.

Если же после этого попросить того же клиента подумать о конкретной проблеме, например, сфокусировавшись на физической боли или беспокойстве, психоэмоциональной проблеме, а затем перепроверить четырнадцать сопряженных с меридианами мышц, то вы можете выявить несколько мышечных дисбалансов. Коррекция этих дисбалансов теперь будет представлять собой не коррекцию общих меридианных потоков, как в первом случае, а коррекцию дисбалансов в этом потоке, вызванных конкретной задуманной проблемой. Тем не менее, балансировка проходит глубже и держится дольше.

Литература

1. Thie, JF 1979, Touch for Health, De Voross, Marina del Rey, CA.

Глава 34

РЕАКТИВНОСТЬ

Рис. 34.1. Режим реактивности. Пальцевая проба реактивности складывается следующим образом: ладонь помещается над макушкой головы клиента. При складывании этой пробы изменение показаний мышцы-индикатора показывает, что одной из составляющих исследуемого дисбаланса является реактивность. Реактивные дисбалансы могут принимать форму либо физических мышечных реакций, либо энергетических реакций.

Термин *реактивность* используется в том случае, когда один компонент системы напрямую вызывает реакцию в другом компоненте той же или другой системы. С энергетической точки зрения, обычно это явление представлено как переизбыток энергии в одном компоненте системы, что приводит к недостатку энергии в другом компоненте той же или другой системы. В системе мышц, как говорилось ранее, перенапряжение связанной с меридианом мышцы — это физическое выражение переизбытка энергии во взаимосвязанном меридиане. Следовательно, реактивность может принимать форму либо физических мышечных реакций, либо энергетических реакций.

В любой реактивности участвуют два компонента: реактор и реактив(ы). Когда активируется реактор, он мгновенно вызывает реакцию в реактиве(ах), в результате чего реактивный компонент, который находился в сбалансированном состоянии до того, как был активирован реактор, внезапно обнаруживает дисбаланс. К примеру, при мышечной реактивности, когда активируется перенапряженная мышца, зачастую в результате происходит торможение и подавление другой мышцы в теле. Реактивные мышцы в паре могут быть связаны друг с другом на основании своего физического расположения в теле (например, перекрывающиеся мышцы или мышцы с общим местом начала/прикрепления), отношения к одному меридиану или участия в одних и тех же действиях, то есть в этом случае они активны одновременно.

Но реактивность может показаться и совершенно случайной. Например, реактивная мышца (подавляемая мышца) располагается в иной части тела, чем реактор, угнетающий ее, при отсутствии какого-либо очевидного функционального взаимоотношения между ними. То есть мышцей-реактором может быть одна из мышц запястья, а реактивной мышцей мышца спины, и при активации запястья угнетается и ослабляется одна из мышц спины. Вот почему лечение боли в спине может быть неэффективным, поскольку

истинная причина проблемы находится не в спине и потому никогда даже не рассматривается.

Приведем пример из практики, подтверждающий значимость мышечной реактивности. Пришел клиент с остеоартритом левого запястья и хронической болью в пояснице. По результатам проверок выяснилось, что существуют реактивные взаимоотношения между супинатором запястья и квадратной мышцей поясницы, самой сильной мышцей поясницы. Активация запястья постоянно вызывала мгновенное угнетение и, следовательно, слабость мышц поясницы, причиняя боль и дискомфорт. Когда клиента спросили о его работе, он ответил, что занимается сборкой гидравлических систем для тяжелого строительного оборудования. И почти каждый день он совершал одно и то же действие — он брал тяжелый гидравлический поршень, держал его вертикально правой рукой, поддерживая левой ладонью, затем поворачивал его и вставлял в гидроаппарат. И во время всего этого действия он всегда находился в наклонном положении. Он обращался ко многим врачам за лечением и принимал противовоспалительные средства от остеоартрита запястья, а также посещал мануального терапевта и массажиста для лечения поясницы. Если смотреть поверхностно, то эти две проблемы представлялись — и лечились — как два не связанных друг с другом заболевания. Противовоспалительные средства только облегчали боль, пока он их принимал, но боль возвратилась, как только он прекратил их прием. При этом боль в пояснице сохранялась, даже несмотря на регулярные процедуры.

Рассмотрение проблемы кинезиологическими средствами вскоре показало наличие отношений реактивности между супинатором левого запястья, который крутит запястье, поворачивая ладонь вверх, и квадратной мышцей поясницы с обеих сторон поясницы. Такую маловероятную пару реактивных мышц удалось обнаружить благодаря мышечной обратной связи, и эта реактивность была представлена в энергетической сфере переизбытком и недостатком энергии в меридианах. Применение закона пяти элементов для балансировки энергий меридианов привело к практически мгновенному облегчению симптомов остеоартрита запястья и боли в пояснице. Симптомы и боль полностью ушли через шесть месяцев.

Этот пример подчеркивает разницу между лечением симптомов дисбаланса, остеоартрита запястья и боли в пояснице, и воздействием на причину проблемы, то есть перенапряжение мышцы запястья, которое, в свою очередь, привело к сопутствующему угнетению мышц поясницы. Даже несмотря на то, что проблемы в мышцах отображали две различные патологии (остеоартрит и боль в пояснице), эти мышцы были задействованы в одном и том же действии, которое клиент день за днем совершал на работе.

Виды реактивности

Мышечная реактивность

Мышечная реактивность является одной из основных причин мышечного дисбаланса и костно-мышечной боли в теле. Мышечная реактивность может возникнуть от перенапряжения мышцы

и, следовательно, переизбытка энергии в результате повторяющегося действия, активирующего сухожильный или связочный защитный рефлекс и подавляющего другую мышцу или мышцы. Таким же образом, когда мышцы задействуются в неожиданном порядке, например, когда человек поскользнулся или оступился, то это может привести к возникновению мышечной реактивности, что, в свою очередь, приводит к подавлению одной или более мышц тела.

Повторяющееся задействование определенной мышцы часто ведет к мышечной усталости и привлечению ее синергистов. На этом этапе постоянное задействование вводит мышцы-синергисты в состояние перенапряженности и чрезмерной активности, то есть они занимают энергию у других меридианов для поддержания своей функции. Это может происходить от переключения на альтернативные биохимические пути из-за низкого уровня кислорода в мышце и/или накопления в самой мышце молочной кислоты.

И у сухожильных органов Гольджи (сухожильные ОГ), и у связочных органов Гольджи (связочные ОГ) есть определенный порог рефлекса подавления мышц, к которым они прикреплены (сухожильные ОГ), или мышц сустава, в котором они расположены (связочные ОГ). Они не допускают чрезмерного напряжения и механического повреждения и/или травмы. Непредвиденные мышечные движения могут привести к тому, что порог подавления рефлекса может вернуться к исходному состоянию, в результате мышца придет в перенапряженное состояние из-за включения защитного сухожильного или связочного рефлекса. Сухожильный или связочный защитный рефлекс представляет собой автоматическое изменение порога рефлекса подавления при травме.

Любое действие формирует поток сигналов от проприорецепторов к мозжечку. Когда эти проприоцептивные сигналы приходят в течение определенного временного промежутка, как будет подробнее поясняться ниже, связанного с успешным совершением каждого действия, они сообщают мозжечку, что «все в порядке». Однако, если различные проприоцептивные сигналы приходят вне этого временного интервала, то это свидетельствует о том, что произошло действие, отличное от предполагаемого. Если получаемые сигналы превышают порог этого временного промежутка, то в мозжечке это связывается с потенциальным механическим повреждением соответствующего сухожилия или связки или повреждением соответствующих мягких тканей. Следовательно, чтобы предотвратить повреждение сухожилий, связок или мягких тканей и обеспечить восстановление и залечивание этих тканей в случае повреждения, сухожильные и связочные ОГ сбрасывают порог подавления к исходному значению. Таким образом, сокращается механическая нагрузка на эти ткани путем включения рефлекса подавления раньше, чем обычно. Эти подавленные мышцы при мониторинге дают разблокированный ответ, подчеркивая сигнал: «Не используй меня сейчас, я восстанавливаюсь», и в большинстве случаев параллельно активируются ноцицепторы (болевые рецепторы). Такое ограниченное движение в результате

подавления мышцы и боли ограничивает амплитуду движения этой мышцы. Такой сброс порогового значения рефлекса подавления сухожилия или связки называется сухожильным или связочным защитным рефлексом, поскольку защищает от дальнейших повреждений и обеспечивает беспрепятственное восстановление и залечивание без чрезмерных механических нагрузок.

Например, вы спускаетесь по лестнице и оступаетесь мимо последней ступеньки. Нетипичный шаблон проприоцептивных сигналов, формируемых в процессе этого движения, приводит к тому, что мозжечок неверно истолковывает эти сигналы как сообщение о потенциальном повреждении. Чтобы защитить тело, он активирует сухожильный или связочный защитный рефлекс, полагая, что защищает поврежденные мышцы. Если эти рефлексы активируются и пороговый показатель сбрасывается на исходный, а фактического повреждения нет, то такие искаженные пороговые значения сохраняются и действуют в течение долгих периодов времени.

Другие виды реактивности

В большинстве случаев реактивность представляет собой угнетение компонентом одной системы, например, мышцей, другого компонента той же системы, например, другой мышцы; это — мышечная реактивность. Вместе с тем, в других ситуациях мышечный дисбаланс может привести к реакции в иной системе, помимо мышечной. К примеру, перенапряженная мышца, которая энергетически проявляется как меридиан с переизбытком энергии, может привести к недостатку энергии в другом меридиане, что, в свою очередь, проявляется на физиологическом, эндокринном или физическом уровне в виде боли. Физическая боль всегда представлена энергетически как переизбыток энергии, а рассеивание этой избыточной энергии приводит к прекращению боли.

Для полноты картины стоит отметить, что существуют другие виды реактивности, в которых не задействованы мышцы, но могут быть задействованы иные физические составляющие тела (например, реактивность органов), физиологические составляющие (реактивность желез), либо же энергетическая реактивность (например, реактивность чакр и меридианов). Может также существовать смешанная реактивность, при которой подавление мышцы происходит в результате какого-либо эмоционального состояния. Возможно, что эмоциональное состояние с переизбытком энергии, посылая сигналы по лимбическим и миндалевидным связям к ретикулоспинальным путям, обнулило сигналы ядерной сумки мышечных веретен, понижая мышечный тонус, что проявляется как разблокировка мышцы. Поэтому каждый раз, когда активируется это психоэмоциональное состояние, происходит подавление реактивных мышц, связанных с ним.

Нейрофизиология мышечной реактивности

Чтобы понять первопричину мышечной реактивности, нам необходимо еще более тщательно исследовать мышечную проприорецепцию и обработку мозгом проприоцептивных данных. Бессозна-

тельная информация о проприорецепции мышц, сухожилий и суставов идет к мозжечку по двум основным путям. Поскольку по отношению к таким проприоцептивным сигналам нет путей от мозжечка непосредственно к коре, то эти сигналы остаются полностью подсознательными. Однако именно эти проприоцептивные сигналы в мозжечок устанавливают сухожильный и связочный защитные рефлексы, контролирующие подавление рефлекса для защиты мышц, сухожилий и связок от повреждений. Также, если повреждение уже произошло, то они защищают поврежденные ткани, обнуляя пороговые значения, чтобы ограничить амплитуду движения, пока ткань восстанавливается.

Более того, чтобы не допустить дальнейшего повреждения травмированной ткани, переустановка сухожильного и связочного защитных рефлексов приводит к подавлению мышцы еще задолго до того, как сколько-нибудь значительное физическое напряжение прилагается к сухожилиям или связкам. Это происходит благодаря активации ноцицепторов или болевых рецепторов для закрепления ограничения размаха движения, пока ткани восстанавливаются. Когда ткань восстановится, мозжечок должен вернуть изначальные показатели сухожильного и связочного защитных рефлексов, таким образом вновь обеспечивая полную амплитуду движения, в то же время защищая мышцу или сухожилие от повреждения в будущем. Тем не менее, любой, кто ломал кости и длительное время носил гипс, знает, что иногда эта автоматическая перенастройка защитных рефлексов происходит только после принудительной и достаточно болезненной физической растяжки.

Восходящие пути от спинного мозга к головному мозгу несут как сознательную, так и подсознательную информацию. Подсознательную информацию переносят, в основном, задние и передние спинномозжечковые пути от сегментов спинного мозга, соединяющих нервными волокнами каждую мышцу с мозжечком. По переднему спинномозжечковому пути идет информация к мозжечку от сухожильных ОГ и связочных ОГ по миелинизированным нервным волокнам типа 1b, которые переносят информацию о натяжении и изменениях натяжения сухожилий и связок.

Эти сигналы перемещаются достаточно быстро, но не так быстро, как сигналы, передаваемые по высокомиелинизированным нервным волокнам типа 1a, которые несут информацию от аннулоспиральных нервных окончаний ядерных сумок мышечных веретен. Эти волокна переносят в мозжечок информацию об изменениях длины и скорости изменения длины по задним спинномозжечковым путям. Дополнительная проприоцептивная информация о растяжении и длине мышцы направляется в мозжечок по менее миелинизированным нервным волокнам типа 2 заднего спинномозжечкового пути. Дополнительная информация о растяжении кожи также передается в мозжечок по нервным волокнам типа 2 спинномозжечковых путей.

Уровень миелинизации определяет скорость передачи, поэтому сигналы ядерных сумок мышечных веретен проходят по волокнам типа 1a и достигают мозжечка быстрее, чем сигналы от кустовид-

Таб. 34.1. Спинномозжечковый путь: скорость передачи нервного импульса и тип проприоцепции

Путь	Волокно	Скорость передачи (миллисекунды)	Проприоцепцтор
Вентральный спинномозжечковый путь	Тип 1б	~ 4	Сухожильный орган гольджи и связочный орган гольджи
Дорсальный спинномозжечковый путь	Тип 1б	~ 4	Сухожильный орган Гольджи
	Тип 1б	~ 6	Связочный орган Гольджи
	Тип 1а	~ 2.5	Веретенообразные сумчатые волокна
	Тип 2	18—25	Веретенообразные цепные волокна

ных нервных окончаний, проходящие по волокнам типа 2. Сигналы рецепторов о натяжении и напряжении сухожилий идут по волокнам типа 1b и формируются одновременно с сигналами о растяжении мышц, но они перемещаются немного медленнее и приходят в мозжечок после сигналов от ядерных сумок мышечных веретен. Информация рецепторов о растяжении кожи, которая идет по волокнам типа 2, обычно приходит после сигналов мышечных веретен и сухожильных и связочных ОГ. Более того, порог для сигналов от ОГ суставных связок выше, то есть проходит больше времени, прежде чем включается подавление рефлекса, и они приходят позже, чем сигналы от сухожильных ОГ.

Наглядное представление относительной скорости передачи информации по этим путям, а также в каком порядке эти сигналы приходят в мозжечок представлено в табл. 34.1. Здесь указана скорость передачи информации по различным путям и типы проприорецепторов. Следовательно, в различные периоды времени в мозжечок поступает множество сигналов от различных проприорецепторов. Каждый из них несет информацию о конкретном компоненте функции мышцы и сустава. Как правило, мозжечок открывает окно времени отклика, в которое должны приходить эти сигналы (см. верхнюю часть табл. 34.2). Поскольку предполагаемый план каждого выполняемого действия записывается в мозжечке еще до того, как вы совершаете это действие, мозжечок сравнивает проприоцептивные сигналы о *фактическом* совершаемом действии с *планом* предполагаемого действия. Если они не совпадают, мозжечок посылает корректирующие моторные сигналы, чтобы предполагаемое действие стало фактическим.

Когда эти сигналы от различных проприорецепторов не поступают в течение выделенного окна времени отклика (см. нижнюю часть табл. 34.2), мозжечок может это воспринять как свидетельство о потенциальной травме. Затем он обнуляет порог сухожильных и связочных ОГ, а также рефлексов подавления мышечных веретен для защиты «поврежденной» ткани. Обычно это происхо-

дит из-за действительной травмы, такой как растяжение сухожилия, и необходимо для обеспечения восстановления поврежденной ткани, после чего вернутся первоначальные пороговые значения и нормальная амплитуда движений. Но если сигналы поступают в мозжечок в неожиданном порядке, из-за того что было совершено непредусмотренное действие, например, человек оступился, то мозжечок ошибочно их толкует как фактическую травму. В ответ на такую воспринимаемую травму мозжечок обнулит порог защитного рефлекса, сформирует «чрезмерно защищенное» состояние мышечной функции, что на физиологическом уровне отразится как перенапряженность мышцы. Процесс возврата пороговых значений должен происходить автоматически после полного восстановления поврежденной ткани, но, поскольку травмы как таковой не было, такое излишне защищенное состояние может сохраняться в течение длительного периода времени, даже годами.

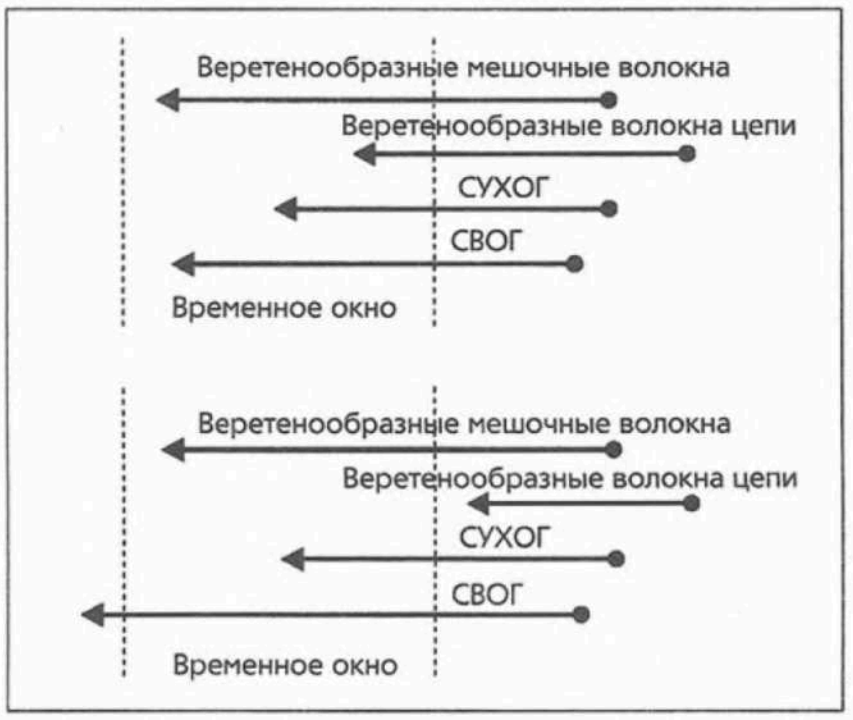


Рис. 34.2. **Мозжечковые временные окна.** Подсознательные проприоцептивные сигналы поступают в мозжечок по нескольким различным видам спинномозжечковых путей с различной степенью миелинизации и, следовательно, с различной скоростью. Таким образом, мозжечок устанавливает ожидаемое временное окно для каждого вида сигналов, и если все сигналы приходят в это временное окно (вверху), то все в порядке. Если же эти сенсорные сигналы поступают вне своего ожидаемого временного окна, то это в большинстве случаев означает повреждение мышцы, сухожилия или сустава (внизу).

Примечание: свОГ = связочный орган Гольджи; сухОГ = сухожильный орган Гольджи.

Мышечная реактивность: причина многих скелетно-мышечных проблем

Многие скелетно-мышечные проблемы проявляются в виде сложных систем перенапряженных и ослабленных мышц. Некоторые из таких перенапряженных мышц могут стать реакторами в отношениях мышечной реактивности. Изначальная мышечная реактивность со временем может привести к формированию сложной схемы компенсирующих отношений реактивности, но начинается все с одного случая, когда человек, к примеру, пытался поднять что-то тяжелое или под неправильным углом, оступился, поскользнулся и упал, или же по причине постоянной активации мышц, что приводит к их усталости. Как только сформировались первоначальные отношения реактивности, со временем они могут привести к формированию ряда взаимосвязанных отношений мышечной реактивности из-за компенсаций.

Перенапряжение мышцы часто приводит к формированию мышечной реактивности, то есть активация перенапря-

женной мышцы будет подавлять другую мышцу, которая, в противном случае, находится в состоянии гомеостаза. Такое подавление гомеостатической мышцы ведет к вторичному мышечному дисбалансу, который, соответственно, также необходимо компенсировать.

Каждая мышца выступает в роли главного инициатора движения в конкретном действии, где ее положение и ориентация предоставляют ей максимальное механическое преимущество в этом действии. Например, волокна двуглавой мышцы направлены от плеча к локтю и пересекают локтевой сустав, прикрепляясь к предплечью ниже локтя. При сокращении двуглавой мышцы, когда ладонь направлена вверх, предплечье поднимается вверх, и для совершения этого действия двуглавая мышца обладает максимальным механическим преимуществом. Когда вы пытаетесь поднять большой груз, бета-эфферентные нервные волокна двуглавой мышцы автоматически привлекают для помощи своих синергистов — плечевую и плечелучевую мышцы.

Когда двуглавая мышца состоит в отношениях реактивности с другой мышцей, реактором, то она будет явно подавляться всякий раз, когда активируется мышца-реактор, и не сможет работать в полную силу. В результате при совершении действий, в которых двуглавая мышца выступает в роли главного инициатора движения, ей придется привлекать своих синергистов намного скорее, и они будут выполнять больше работы в качестве компенсации ослабленной (подавленной) двуглавой мышцы. Но синергисты не имеют оптимального механического преимущества для выполнения этого действия, и поэтому им приходится больше трудиться, чем в обычных условиях, чтобы помогать предназначенной для этой роли двуглавой мышце.

Перенапряжение мышцы происходит, прежде всего, в результате постоянного переутомления мышцы, в частности, если она задействуется при ограниченном механическом преимуществе. Например, сравните две ситуации — вы несете ведро с песком, прижав руку с ведром к боку или же вытянув руку с ведром в сторону. В каком случае нести ведро будет тяжелее? Совершенно очевидно, что тяжелее будет нести ведро, вытянув руку с ним в сторону, и ваши мышцы устанут гораздо быстрее. Если это действие повторяется несколько раз, то начинается перенапряжение синергистов, которые пытаются помочь подавленной мышце-инициатору действия, в результате изначальной мышечной реактивности. Эти новые перенапряженные мышцы, в свою очередь, могут сформировать новые отношения мышечной реактивности, подавляя еще одну мышцу-инициатор в другой части тела.

Таким образом, первоначальная мышечная реактивность может привести к созданию цепи отношений мышечной реактивности, причем каждая последующая реактивность является результатом компенсации предыдущей реактивности. Следовательно, со временем болезненные ощущения и дисфункции мышц уже не связаны с изначальной причиной. Вот почему давние скелетно-мышечные проблемы так трудно разрешить. Воздействие на последние болезненные перенапряженные мышцы и их дисфункцию обладает только временным паллиатив-

ным действием, поскольку зачастую это воздействие направлено на компенсации, не затрагивая изначальной причины мышечной реактивности.

Следовательно, важно следующее: 1) выявить первоначальные отношения мышечной реактивности; и 2) проработать факторы, обусловливающие изначальную мышечную реактивность, которые не обязательно являются механическими или физическими по своей природе. Вспомните, что мы ранее говорили об эмоциональном контроле мышечного ответа. Эмоции могут вызвать перенапряжение мышц, что приводит к мышечной реактивности. Пока причинные факторы, в данном случае эмоциональные, не будут проработаны, скелетно-мышечные проблемы могут остаться нерешенными.

Значение мышечной реактивности

В то время как отношения мышечной реактивности могут носить чисто локальный характер, например, мышца-реактор перекрывает мышцу-реактив или прилегает к ней, возможны и такие варианты, когда мышца-реактор и мышца-реактив далеко удалены друг от друга в теле, или же они могут располагаться на одной или противоположных сторонах тела, или относиться к одному реактору. В примере, который мы приводили ранее, супинатор левого запястья клиента являлся мышцей-реактором, подавлявшим квадратные мышцы поясницы с обеих сторон.

Итак, как же возможно, что мышцы, физически расположенные столь далеко друг от друга, могут находиться в такой сильной взаимосвязи? Вполне вероятно, что мышца на лице может подавлять мышцу на стопе! С неврологической точки зрения это вполне возможно, поскольку треть всех волокон спинного мозга называются проприоспинальными волокнами.[1] Проприоспинальные волокна соединяют спинальные сегменты друг с другом: один сегмент с одним сегментом выше и ниже, с двумя сегментами выше и ниже, с тремя сегментами выше и ниже и так далее, между шейным и поясничным отделами. Плечевые мышцы активируются моторными нейронами шейного утолщения, а мышцы тазобедренной области и ног активируются моторными нейронами поясничного утолщения. Поскольку эти два спинальных отдела непосредственно соединены друг с другом проприоспинальными волокнами, перенапряженная мышца плеча может без труда стать реактором, подавляющим мышцу лодыжки или стопы.

Большинство наших обычных действий и мышечной активности координируется с помощью ряда подсознательных рефлексов. Рефлексы — это спинальные дуги, в которых координация одной мышцы запрограммирована на координацию с активацией или подавлением другой мышцы. Существует много видов таких рефлексов, от простой моносинаптической рефлекторной дуги рефлекса нагрузки на мышцу до сложных перекрестных сгибательных/разгибательных рефлексов. Следовательно, когда в результате отношений мышечной реактивности происходит несоответствующее подавление одной из мышц рефлекторной дуги, потенциально это может рас-

строить функцию этого автоматического рефлекса. А это, в свою очередь, приводит к потере координации и к тому, что потребуется значительно больше усилий для выполнения привычных действий или движений.

Например, существует основная группа рефлексов, которые называются выпрямительными, — они, в основном, отвечают за координацию постуральных мышц, чтобы удержать тело в вертикальном положении. Их работа происходит полностью вне нашего сознания, поскольку эти рефлексы подсознательны по своей природе. Если мышца-реактор подавляет ключевую постуральную мышцу одного из выпрямительных рефлексов, то каждый раз при активации реактора человек будет страдать от постуральных нарушений, вызванных подавлением реактивной тонической мышцы. Это, в свою очередь, может сформировать компенсационные модели мышечной функции, которые и дальше будут нарушать осанку, создавая дополнительные компенсационные отношения мышечной реактивности. Еще одна важная группа рефлексов — это рефлексы походки, автоматически выстраивающие противоположные мышцы, необходимые для ходьбы и бега. Когда эти рефлексы нарушены мышечной реактивностью, человек утрачивает координацию в контралатеральных движениях.

Очевидно, что отношения мышечной реактивности играют значительную роль в скелетно-мышечных проблемах, и если не проработать мышечную реактивность, то эти проблемы вряд ли будут решены даже при помощи средств, эффективных в обычных условиях.

Литература

1. Williams, PL, Bannister, LH, Berry, MM, Collins, P, Dyson, M, Dussek, JE & Ferguson, MWJ, eds 1995, Gray's Anatomy. The Anatomical Basis of Medicine and Surgery, Churchill Livingstone, Edinburgh, pp. 1003—1004.

Глава 35

ЦЕНТРИРОВАНИЕ

Что такое центрирование?

Центрирование — это набор интерактивных рефлексов, построенных на принципах интеграции более простых спинномозговых рефлексов, которые координируют наше равновесие и осанку в положении стоя и сидя, а также при ходьбе, беге и других сложных движениях.

Клоакальный или установочный рефлексы начинают развиваться в матке и представляют собой основу наших первичных рефлексов, которые представляют собой рефлексы мозгового ствола, обеспечивая координированные движения тела до нашего полного развития интегрированных постуральных рефлексов и рефлексов походки до наступления трехлетнего возраста. До этого времени кора головного мозга становится достаточно миелинизированной и берет контроль над выполнением этих движений.

Самыми основными из этих рефлексов являются клоакальные, то есть, интегрированный набор основных спинномозговых рефлексов, которые работают как наша ранняя форма установочных рефлексов.

Они становятся интегрированными с участками мозга высокого уровня для формирования взрослых постуральных установочных рефлексов. Их называют *клоакальными рефлексами,* поскольку их развитие начинается тогда, когда у эмбриона появляется клоакальное отверстие, то есть, перед разделением на мочевыводящую и генитальную системы. *Клоака* происходит от латинского слова и имеет значение «общее сливное отверстие». У четвероногих эти клоакальные рефлексы не только связаны с удержанием прямой осанки (что является причиной того, что они интегрируются с другими установочными рефлексами), но также играют важную роль в зачатии. В процессе зачатия контроль выравнивания на уровне бедро-тело, и движения необходимы для успешного сношения тогда, когда вы не видите происходящего «там внизу».

Первичные клоакальные рефлексы сначала интегрируются в сложные (вестибулярные) и окулярные установочные рефлексы в процессе развития вестибулярных видимых рефлексов, а затем рефлексов выравнивания шеи, так как кора головного мозга получает возможность напрямую контролировать положение головы и шеи, например, подобно ребенку, который поднимает голову, чтобы осмотреться. Другие первичные рефлексы берут свое начало *в матке* и рефлексивно предоставляют ранние принципы движения. Например, ассиметричный тонический шейный рефлекс координирует движение головы с движением руки и ноги; поворот головы активирует ипсилатеральное растяжение на той стороне, куда поворачивается лицо, а также ипсилатеральный отвод на затылке.

Этот рефлекс берет свое начало *в матке*, и очень важно оказывать

помощь в процессе рождения, а затем, после рождения — помогать ребенку кувыркаться.

Большинство из этих отдельных первоначальных рефлексов должны интегрироваться с более зрелыми постуральными рефлексами в течение пяти лет с момента рождения, и все они должны хорошо интегрироваться с постуральными рефлексами до трехлетнего возраста. В былые времена очень часто говорили, что данные первоначальные рефлексы притуплялись по достижению трехлетнего возраста, но это не так. Они интегрировались в более зрелые координируемые принципы движения. Если по какой-либо причине первоначальные рефлексы полностью не интегрированы в более высокие корковые постуральные рефлексы, может начать развиваться различная моторная координация, и даже могут появиться когнитивные проблемы, включая проблемы при обучении.

Поскольку кора головного мозга продолжает миелинизироваться, управление руками, ногами и движениями тела уверенно переходит от первоначальных рефлексов мозгового ствола к зрелым кортикальным активированным «более высоким» постуральным установочным рефлексам для удерживания координации в положении стоя и для равновесия. До возраста 7—9 месяцев с момента рождения, клоакальные и выравнивающие шею, а также визуальные установочные рефлексы интегрируются в более зрелые постуральные рефлексы, что позволяет ребенку удерживаться без посторонней помощи в положении сидя, и самостоятельно держаться стоя (хотя часто придерживаться за какой-нибудь предмет). Затем, до возраста около 12 месяцев, развитие рефлекса походки начинает координировать отдельные противоположные (на противоположной стороне) мышцы плеча-руки и бедра-ноги, что позволяет нам ходить и бегать.

Подводя итог: после того, как первоначальные рефлексы стали постепенно интегрироваться с нашими клоакальными, лабиринтными шейными и визуальными установочными рефлексами, мы формируем свои постуральные рефлексы, контролирующие статическое положение и равновесие, а затем рефлексы походки порождают перекрестно-боковые образцы движения при ходьбе и беге.

Для того, чтобы обеспечить стабильное горизонтальное положение, которое так необходимо для удержания нашего равновесия, нужен эффективный механизм обратной связи, позволяющий управлять положением головы в пространстве. Тогда как вестибулярный аппарат обеспечивает одну опорную точку для положения головы, и горизонтальные визуальные знаки в нашем окружении обеспечивают другое, напряжение и относительная длина шейных мышц дают третий вход для проведения сравнения, завершая *триаду равновесия*. Одной из причин данного избытка является та же причина, по которой на всех самолетах устанавливают не один, а три гироскопа. Если один из гироскопов выходит из строя, и остается только два, как вы поймете какой из них вышел из строя? Но, если установлены три, вы продолжаете курс на двух, которые сопряжены между собой!

Данная третья контрольная точка удержания равновесия поддерживается

рецепторной обратной связью подъязычной кости. Баланс подъязычной кости становится основным контрольным сигналом обратной связи, ввиду своему уникальному расположению и структуре. Подъязычная кость удерживается на полпути между головой и грудью на шилоподъязычной связке от верха шиловидного отростка височной кости к большему *рогообразному отростку* или «рогу» подъязычной кости с помощью восьми пар мышц: четыре надподъязычных мышцы и четыре подподъязычных мышцы. Из-за этой уникальной нецеленаправленной структуры подъязычная кость работает как гироскоп при удержании положения головы в пространстве относительно тела. Таким образом, изменения длины любого из видов мышц влияют на движения подъязычной кости, изменяя проприоцептивный исходящий сигнал мозжечка, посылая информацию в мозг об изменении положения головы относительно тела, или тела по отношению к голове.

Поэтому, когда положение данной подъязычной кости связано с вестибулярным или визуальным входящим сигналом, создается унифицированный вид положения головы в пространстве относительно тела. Эти комбинированные вестибулярные и визуальные входящие сигналы, а также сигналы подъязычной кости, впоследствии, интегрируются с вестибулярным мозжечком для удержания контрольной точки, чтобы выравнивать положения головы, а также для проприоцептивного сигнала входящего в спинно-мозжечковую червячную зону, чтобы затем выравнивать положение тела и головы.

Для того, чтобы удерживать когерентную визуальную функцию, вестибулярный входящий сигнал сопряжен с визуальным входящим сигналом через вестибулярно-окулярный рефлекс, позволяя удерживать визуальное горизонтальное положение головы, независимо от движения тела, а также использовать это визуальное горизонтальное положение как контрольную точку для положения тела. Поэтому, когда вы приходите в цирк, где есть зеркала, которые искажают ваше визуальное горизонтальное положение, вы видите искажение вашего равновесия и положения. Вы видите, как ваше тело изгибается, искажается визуальное горизонтальное положение, несмотря на проприоцепторы мышц вашей шеи, а также входящий сигнал подъязычной кости и вестибулярный сигнал, и вы выкрикиваете: «Нет, это *не* горизонтальное положение!». Клоакальный и другие установочные рефлексы представляют собой интегрированный набор перекрестных и не перекрестных экстензоров-изгибов, или рефлексов, в основном, мышц второго шейного позвонка, а также групп проксимальных плечевых и бедренных постуральных мышц, которым необходимо удержание положения головы и тела в пространстве против силы притяжения. Лабиринтообразная или вестибулярная система органов мембранного лабиринта в сосцевидном отростке координирует эти рефлексы с помощью прямого исходящего сигнала вестибулярных ядер варолиевого моста через медиальные и продольные вестибулярно-спинные нервные пути организма. Затем через исходящий сигнал вестибулярно-мозжечковой и спинно-мозжечковой зоны, а также с помощью активации тех же самых медиальных и про-

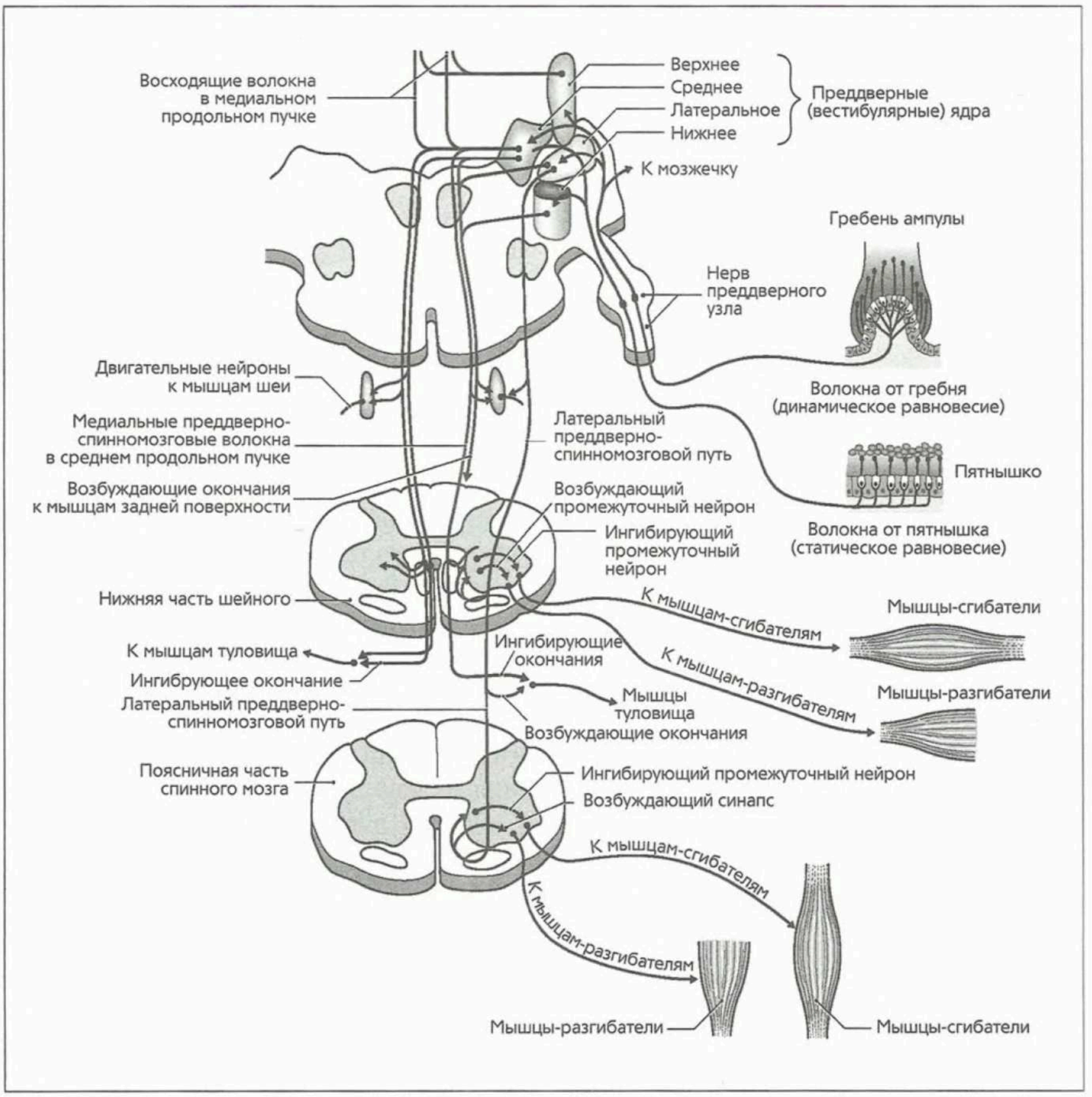


Рисунок 35.1. **Вестибулярный аппарат и вестибулярная система.** Вестибулярный аппарат состоит из гребня полукружных каналов перепончатого лабиринта, который определяет повороты головы в стороны, пятнышка сферического мешочка перепончатого лабиринта внутреннего уха и эллиптического мешочка, определяющего статическое положение головы. Вестибулярная система включает в себя исходящий сигнал из гребня и пятнышка вестибулярного мозжечка и вестибулярных ядер варолиевого моста. Впоследствии, вестибулярный мозжечок и вестибулярные ядра интегрируют этот входящий сигнал для удержания положения головы в пространстве, базисной точки для всех действий, и они активируют и ингибируют постуральные мышцы посредством серединных и продольных вестибулярно-спинномозговых нервных путей с целью поддержания вашего положения и равновесия.

дольных вестибулярно-спинных нервных путей (см. рис. 35.1).

Рефлексы подъязычной кости интегрируют положение головы по отношению к телу во взаимосвязи с входящим вестибулярным сигналом и визуальным горизонтальным вестибулярно-окулярным рефлексом.

Интегрированный входящий сигнал и обратная связь от установочного рефлекса и рефлекса подъязычной кости относительно того, как расположена ваша голова в пространстве, а также выравнивание тела ниже головы позволяет вам установить две позиции: 1) статическое положение, то есть, прямое положение, стоя и сидя; и 2) координированное движение, например, походка или бег.

Однако, при движении пешком или при беге необходима полная интеграция другой рефлексной системы — механизма походки. Таким образом, он представляет собой скоординированную систему, интегрирующую спинномозговые рефлексы пересекающей разгибающей мышцы, что позволяет координировать движения отдельных контралатеральных мышц плеч и бедер с тем, чтобы облегчить и ингибировать реципрокные пары контралатеральных мышц, чтобы ровно удерживать руки и ноги при ходьбе и беге.

Несмотря на контралатеральные установочные рефлексы, которые контролируют группы постуральных мышц плеч и бедер, механизм походки активирует и координирует отдельный независимый проксимальный флексор и мышцы-экстензоры плеч с оппозитными отдельными флексорами и мышцами-экстензорами бедра. Таким образом, поскольку правая передняя дельтовидная мышца активируется, она ингибирует левую переднюю дельтовидную мышцу, и задействует (левую) контралатеральную прямую мышцу бедра, которая впоследствии тоже ингибируется и автоматически ингибирует правую прямую мышцу бедра. Таким образом, ввиду того, что активируется большая ключичная мышца груди, она ингибирует противоположную ключичную мышцу и совместно активируется с контралатеральной поясничной мышцей, которая при последующей активации ингибирует поясничную мышцу на противоположной стороне. Конечным результатом этого является гладкое, скоординированное, альтернативное движение отдельных мышц, управляющее расположенными друг против друга руками и ногами таким образом, чтобы они двигались в той же оси с телом для сохранения координации при ходьбе и беге.

Однако, в положении стоя, а также при ходьбе и беге, необходима дополнительная обратная связь, характеризирующая то, *как* ваши ступни контактируют с землей. Эту роль выполняют рецепторы давления стоп (FPS). Подобно этому, когда вы находитесь в положении сидя, вам необходима обратная связь, показывающая *как* седалищные бугорки, тупые концы седалищных костей, на которых вы сидите, контактируют с поверхностью, на которой вы сидите. В этом и состоит функция седалищных или ягодичных рецепторов давления (BPS). Как FPS, так и BPS имеют идентичную структуру и отличаются лишь расположением.

FPS размещаются на стопе, на каждом пальце, вдоль свода стопы, за наружным сводом стопы и вдоль пятки, с подгруппой в своде стопы, тогда как BPS расположены на седалищных бугорках.

FPS и BPS представляют собой специальные капсулированные нервные окончания групп рецепторов Руффини и нервные окончания телец Пачини, которые обеспечивают обратную связь при внезапном давлении и изменениях нагрузки (окончания телец Пачини) на кожу, и при внезапном направлении движения кожи (рецепторы Руффини). Исходящий сигнал данных рецепторов проходит к спинномозговым сегментам, контролирующим антигравитационные постуральные мышцы, инициирующие рефлексивную коррекцию постуральных мышечных растяжений с тем, чтобы автоматически компенсировать изменения давления на ступни или ягодицы.

Изменения давления на ступни или ягодицы происходят в результате варьирования поверхности, на которой вы стоите или сидите, и компенсирования этих изменений для удержания вертикального положения (см. рис. 35.2).

Например, вы стоите правой ступне на плоской поверхности, в то время как ваша левая ступня расположена на наклонной поверхности слева. Очевидно то, что при этом будет усиленное давление на левые рецепторы FPS вдоль левой стороны стопы, и понижение давления на FPS на верхнюю часть пятки и свод стопы. Следовательно, рецепторы FPS вдоль стопы на нижней части наклонной стороны, будут активизироваться более быстро, инициируя и центрирование, и активацию спинномозговых рефлексов мышц экстензора с нижней стороны наклонной тела, ингибируя экстензоры на верхней части тела, ослабляя флексоры на верхней части и ингибируя флексоры нижней стороны, с целью удержания вертикальной позиции. Если вы будете продолжать удерживать это положение, устойчивое расположение рецепторов Руффини будет сохранять эту постуральную позицию.

Базальные нервные узлы *не содержат* двигательную программу для каждой

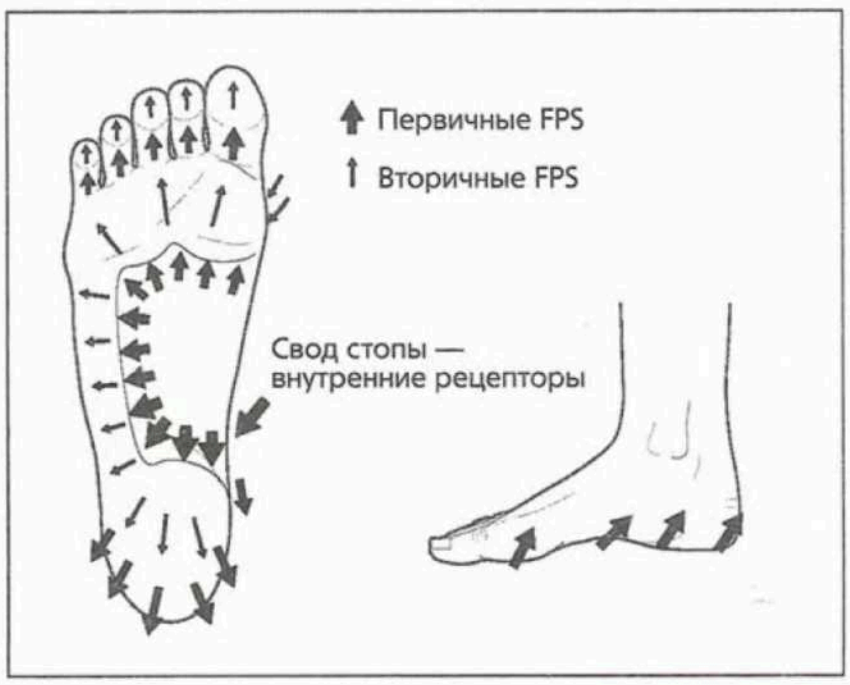


Рис. 35.2. **Рецепторы давления на ступни (FPSs).** Основные рецепторы FPS (представлены большими стрелочками) расположены вдоль заднего угла у основания пальца ноги, задней границы основания ступни, серединной границы продольной стороны ступни, а также поперек задней границы пятки, с целым рядом рецепторов у нижнего заднего свода, на соединении с пятой. Второстепенные рецепторы (показаны маленькими стрелочками) обеспечивают точную настройку исходящего сигнала в спинномозговые сегменты и рефлексы, активируя постуральные мышцы, с целью удержания положения.

поверхности, по которой вы можете передвигаться, они содержат скорее базисную двигательную программу для положения стоя, на горизонтальной поверхности, а затем способствуют тому, что исходящий сигнал FPS модифицирует данную программу по удержанию положения стоя в режиме реального времени посредством центрирования и спинномозговых рефлексов. То же самое относится и к положению сидя, при котором обратная связь рецепторов BPS компенсирует разность поверхности при сидении на ягодицах. Конечно же, данные сигналы рецепторов FPS и BPS в центральную нервную систему также обеспечивают проприоцептивную обратную связь в вестибулярно-мозжечковую и спинно-мозжечковую зону червячка мозжечка.

Впоследствии, это позволяет вам настроить конечное положение в сочетании с вестибулярным исходящим сигналом, посредством ретикуло-спинных и вестибулярно-спинномозговых нервных путей, с прямым исходящим сигналом в боковые брюшные таламические ядра и кору головного мозга, которая отвечает за движения. Затем с помощью исходящего сигнала посредством экстрапирамидных нервных путей, контролирующих проксимальных мышц плеч и бедер, а также осевых мышц вдоль позвоночника.

Далее, прерывистый прямой исходящий сигнал идет в отдельные спинномозговые сегменты из вершины ядра четвертого желудочка мозга через желудочные нервные пути, обеспечивая точную настройку вашей новой позиции (см. рис. 35.1).

Таким образом, ваши программы по нахождению в положении стоя и сидя заложены по умолчанию для обычных плоских поверхностей, и соответственно, эти программы модифицируются с помощью исходящего сигнала рецепторов FPS и BPS при изменении этих поверхностей. Безусловно, данные исходящие сигналы рецепторов FPS и BPS необходимо принимать во внимание тогда, когда вы балансируете центрирующие рефлексы, поскольку они сильно взаимодействуют с этими спинномозговыми рефлексами.

Совершенствование центрирующих методик

В перспективе развития кинезиологии доктор Джордж Гудхарт обнаружил наличие механизма походки, анализируя мышцы, задействованные при походке. Он провел тестирование мышц различными способами и наблюдал методы ингибирования и ослабления данных мышц, задействованных при походке. Например, когда вы делаете шаг вперед, и ваша правая стопа выдвигается вперед, ингибируются те же самые передние боковые прямые мышцы бедра, в то время как правая передняя мышца бедра и противоположная передняя боковая дельтовидная мышца расслабляются. Когда человек стоит прямо на обеих ногах, и правая стопа расположена параллельно с левой, а вес равномерно распределен между двумя ногами при проведении мониторинга передних дельтовидных мышц, то обе мышцы будут заперты. Но как только человек облокачивается вперед на свод правой стопы, те же самые

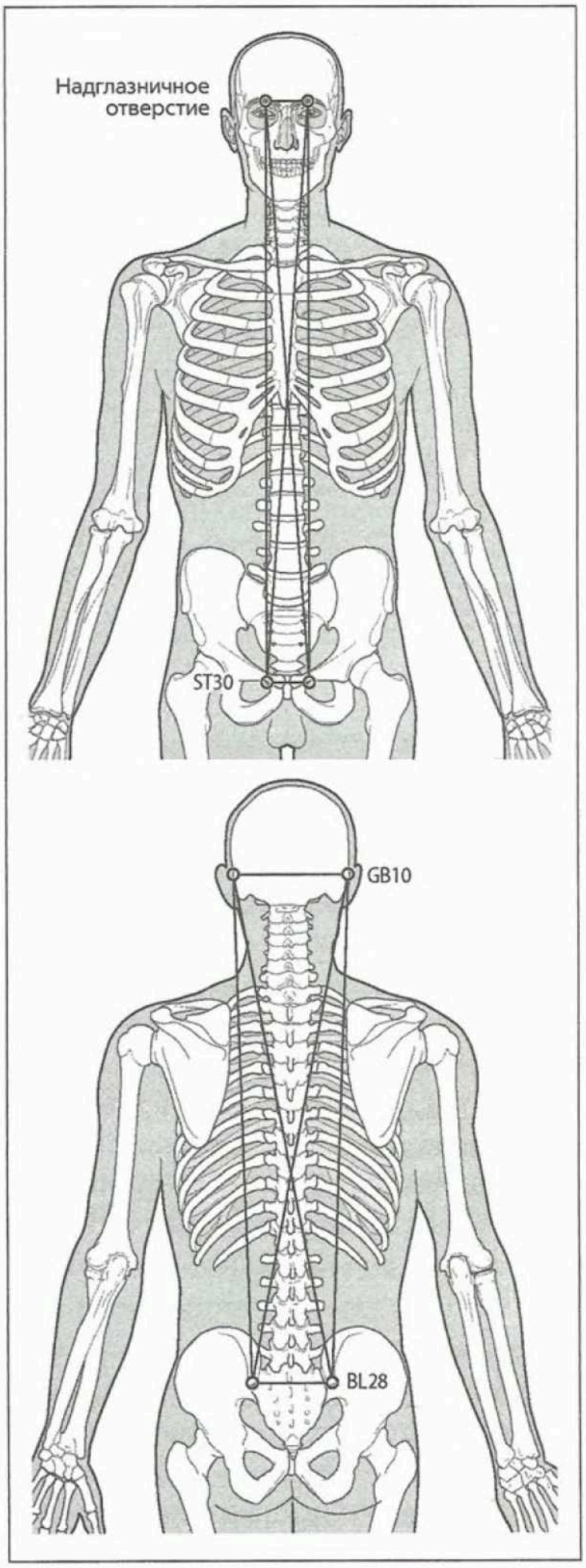


Рис. 35.3. Потоки центрирующей энергии. BL = мочевой пузырь; GB = желчный пузырь; ST = желудок

передние дельтовидные мышцы внезапно ингибируются, а противоположные боковые передние дельтовидные мышцы ослабляются, так как происходит активация рефлексов походки. Гудхарт также обнаружил рефлексы подъязычной кости, замечая постуральные девиации при тестировании постуральных мышц тогда, когда он двигал подъязычную кость в различных направлениях.

Он обнаружил, что недостаточное расслабление мышцы, относившееся к данной постуральной девиации, внезапно исчезало, как только подъязычная кость двигалась в направлении изгиба. Также Гудхарт заметил, что мышцы тестировались по-разному, когда направление взгляда пациента фокусировалось на различные точки, в соответствии с постуральным изгибом. Очевидно, это случается из-за адаптации к глазодвигательным мышцам при изгибе в стойке человека. У пациентов, которые адаптировались к этому положению, могли выявляться различные незапертые мышцы тогда, когда глаза ориентировались в направлении изгиба. Это называется *направление глаз в сторону изгиба.* Когда глаза находятся в таком положении, это исключает адаптацию внешних мышц глаза, применяемую при положении изгиба, но движение подъязычной кости в направлении изгиба выполняется с помощью тех же самых мышц, чтобы они снова были в состоянии запирания.

Доктор Алан Бирдалл обнаружил, что клоакальные рефлексы формируют как механическую, так и энергетическую перспективу.

Механическая сторона клоакальных рефлексов начинается с первичных рефлексов, которые интегрировались в установочные рефлексы по мере вашего взросления.

Эти установочные рефлексы состоят как из ипсилатеральных, так и из контралатеральных составляющих, и являются интегрированным набором спинномозговых рефлексов и рефлексов мозгового ствола. Составляющие мозгового ствола представляют собой вестибулярные установочные рефлексы и вестибулярно-мозжечковые контролируемые вестибулярно-глазные рефлексы, тогда как первичные спинномозговые составляющие являются ипсилатеральными экстензорами и сгибающими рефлексами, а также рефлексами перекрестных мышц экстензоров-сгибателей.

Благодаря тому, что Бирдалл чувствовал энергии тела, он заметил потоки энергии, которые стабильно передавались от человека к человеку. Он наблюдал энергетические потоки от продольного симфиза к лобковой части (желудок 30), от ипсилатеральной впадины к надглазничной (акупунктура чудесных меридианов) с обеих сторон тела, а также от правого желудка 30 к противоположной

Таб. 35.1. Установочные рефлексы и их индикаторные точки

Установочные рефлексы	Специфические индикаторные точки
Лабиринтный установочный рефлекс	От внутреннего уха к сосцевидному отростку (палец в ухе, большой палец на сосцевидном отростке)
Вестибулярно-окулярный рефлекс	Супраорбитальное отверстие к сосцевидному отростку (П. к П., Л. к Л., П. = Л., Л. = П.)
Шейный установочный рефлекс	
Лабиринтный	Терапевтическая локализация оси к П. или Л. сосцевидному отростку и к П. или Л. супраорбитальному отверстию
Визуальный	
Лабиринтный	Терапевтическая локализация третьего грудного позвонка к П. или Л. сосцевидного отростка и к П. или Л. супраорбитальному оверстию
Визуальный	
Визуальный установочный рефлекс	
Передний	Супраорбитальное отверстие
Задний	П. височная кость позади уха
Клоакальные установочные рефлексы	
Передний	Верхняя поверхность лобковой кости с обеих сторон от симфиза
Задний	Четвертый и пятый поперечные бугорки крестца и латеральная сторона копчика или подвздошная бугорчатость

П. — правый, Л. — левый

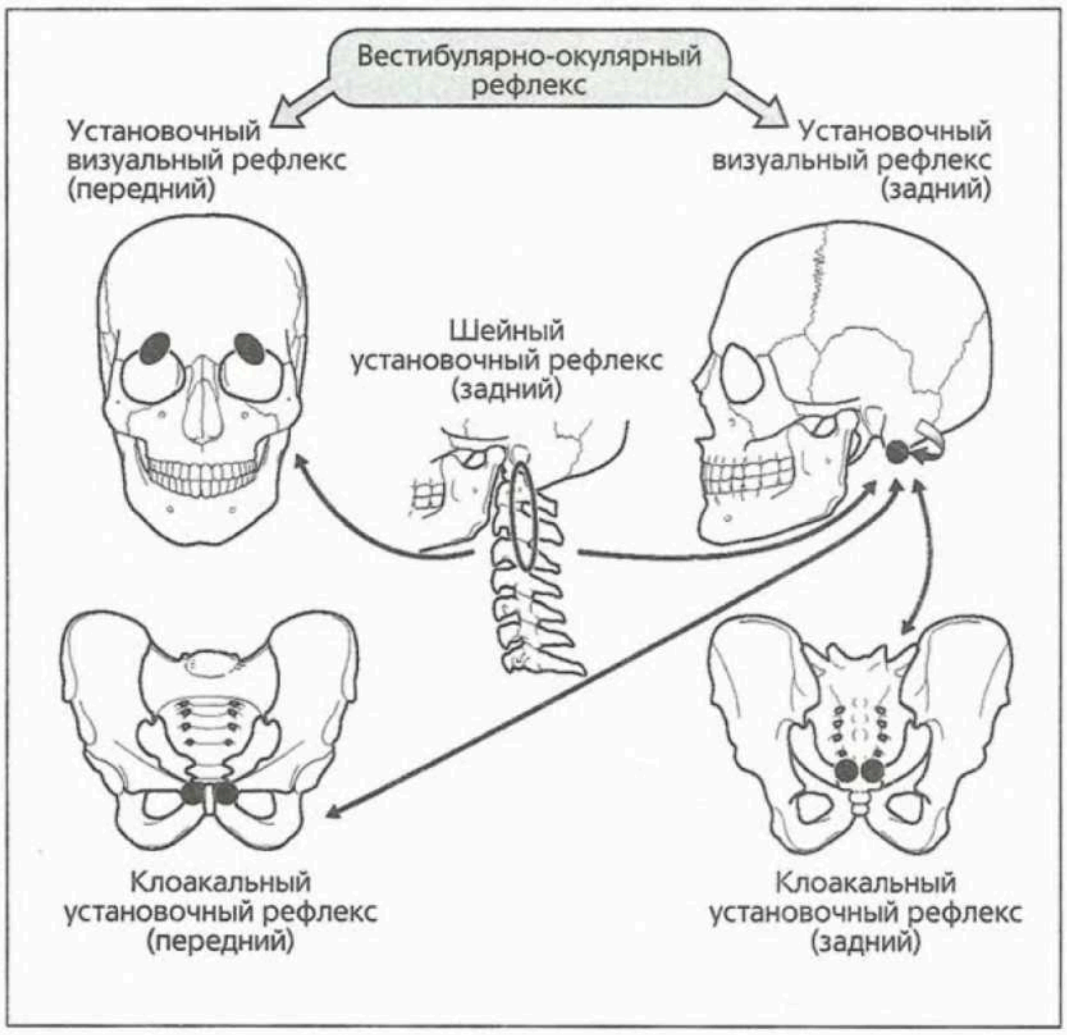


Рис. 35.4. **Точки-индикаторы установочного или клоакального рефлекса на передней и задней части тела.** Точки-индикаторы для коррекции передних установочных рефлексов — это надглазничная впадина (впадина в верхней глазнице над зрачком глаза) и акупунктурная точка Желудка 30 (паховая складка вдоль лобкового симфиза). Точки-индикаторы установочных рефлексов спины — это акупунктурная точка Желчного пузыря 10 (впадина на сочленении сосцевидного отростка височной кости и теменных костей), а также акупунктурная точка Мочевого пузыря 28 (между четвертым и пятым крестцовыми бугорками).

стороне надглазничной впадины, и такие же потоки с левой стороны тела.

Вместе эти потоки сформировали фигуру 8 энергетического образца в передней части тела. В задней части тела Бирдалл наблюдал схожие образцы потоков энергии, исходящей между четвертым и пятым крестцовым бугорками (мочевой пузырь 28) правой части сзади и идущей от ипсалатерального к височно-теменному соединению сзади от сосцевидного отростка височной кости (Желчный пузырь 10). И снова, в передней части тела он обнаружил другой поток между правыми крестцовыми бугорками перпендикулярно задней части сосцевидного отростка, с обратным потоком в левой части спины. Все вместе эти потоки в области спины создали цифру 8 энергетических образцов, как и на передней части тела (см. рис. 35.3).

Бирдалл заметил, что, когда эти энергетические потоки были разбалансированы или неравны, у людей проявлялись клоакальные и установочные рефлексы, которые также были разбалансированы, и когда установочные рефлексы находились в состоянии баланса, энергетические потоки также были сбалансированы и ровные. Бирдалл связывал последующие установочные и клоакальные рефлексы с каждой точкой, которую он наблюдал, как показано в табл. 35.1.

Затем Бирдалл обнаружил то, что он назвал *точками-индикаторами установочного и клоакального рефлекса* для того, чтобы классифицировать каждый из них. Когда точка-индикатор была в состоянии запирания и происходили изменения индикатора, это указывало на то, что в данном отдельном рефлексе имел место активный дисбаланс (см. рис. 35.4). Эти клоакальные и установочные рефлексы были описаны в Прикладной кинезиологии, а стандартная коррекция происходила строго мануальным путем, или

со стимуляцией пальцами сопряженных клоакальных точек, которые также являются акупунктурой. Например, если правая надглазничная впадина указывала на изменение индикатора при локализации контура, то это значило, что клоакальная точка была *активна.*

Коррекция подразумевает сильное давление на данную клоакальную точку, выполняется до тех пор, пока не произойдет изменение индикатора, когда данная точка не укажет на локализацию контура. Будучи обычно эффективной, эта методика Прикладной кинезиологии часто бывает болезненной!

Подобно этому, рефлексы походки имеют целый ряд точек-индикаторов, расположенных на стопах. Если присутствует дисбаланс при походке, одна или несколько этих точек походки становятся активными.

Стандартная коррекция дисбаланса походки в Прикладной кинезиологии состояла в том, чтобы прилагать сильное давление на точки-индикаторы до тех пор, пока не произойдут дальнейшие необходимые изменения индикатора. И снова, это может быть крайне болезненным.

Подобным образом, при центрировании в Прикладной кинезиологии дисбаланс подъязычной кости мог обнаруживаться с помощью движения кости в различных направлениях в процессе мышечного мониторинга, растягивая в свою очередь каждую из надподъязычных и подподъязычных мышц. Изменение индикатора указывало на то, что растягивающаяся мышца или мышцы были слишком *расслаблены* или находились в состоянии *гипертонии* в соответствии со старой терминологией Прикладной кинезиологии. Поэтому, стандартная коррекция в Прикладной кинезиологии заключалась в том, чтобы вывернуть слишком расслабленную мышцу, и затем передвигать подъязычную кость для того, чтобы лишить данную кость состояния чрезмерной расслабленности.

Ричард Атт внес революционные изменения в отрасль Прикладной кинезиологии по центрированию дисбалансов, проводя исследования связей между каждым из центрированных рефлексов, а также Командных точек Закона пяти элементов. Это не только позволило более просто выполнять классификацию дисбалансов центрирования, но также дало возможность проводить более точную коррекцию. Помимо этого, это связывает дисбалансы рефлексов центрирования с отдельным положением мышц, с точками акупунктуры, положением и даже эмоциями. Это дает возможность проводить более глубокую, продолжительную коррекцию для исправления таких важных рефлексов, и проходит безболезненно.

Глава 36

РАССЕИВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА

Методики рассеивания эмоционального стресса

Большинство стрессовых ситуаций в нашей жизни возникает по причине того, что старые эмоциональные модели запускаются, на первый взгляд, не связанными с ситуацией стимулами. Как говорилось ранее, стресс активирует механизм борьбы-бегства, который автоматически снижает приток крови к лобному отделу коры головного мозга, где происходит обработка новой информации и повторная обработка старых моделей. Поэтому нам остается действовать на основании нашей системы выживания и воспоминаний, задействуемых эмоциональными реакциями выживания. В целях эволюционного выживания эти стволово-лимбические реакции запрограммированы на то, чтобы повторно запускать предыдущие эмоциональные и поведенческие модели, поскольку они обладают ценностью для выживания. Эти реакции не являются откликами, избираемыми вашим сознанием. Здесь не подразумевается никакого выбора, поскольку стволово-лимбическая обработка подсознательна и реагирует на инициирующие стимулы. Говоря словами Джозефа ле Ду, крупнейшего исследователя миндалевидного тела, «это захват и похищение»![1]

Как только ассоциативная память вызывает инициирующий стимул с достаточным уровнем стресса, немедленно переключая нас на лимбическую обработку системы выживания, наши действия становятся только лишь подсознательной реакцией на эмоции, вызванные инициирующим стимулом. Замечали ли вы когда-либо за собой, что проигрываете старую эмоциональную программу, иногда незрелую и несоответствующую текущей ситуации, но не можете остановиться? Возможно, после этого вы даже говорили себе: «Поверить не могу, что повел себя таким образом!» Это и был полный контроль со стороны эмоциональной системы выживания. Для снижения уровня стресса и эмоционального рассеивания ситуации все, что необходимо сделать, это включить лобные доли, предоставляя себе возможность иначе отреагировать на инициирующий стимул на основании рационального размышления обо всех обстоятельствах: выбор действовать, а не подсознательно реагировать. Проблема в том, как вернуться в лобную долю для анализа после того, как мы столкнулись с инициирующим стимулом, который отбрасывает нас в стволово-лимбическую реакцию,

например, когда голос говорящего с вами человека похож на вашего отца, когда тот повышал на вас голос. К счастью, есть несколько акупрессурных точек, которые вы можете удерживать сами или доверить это другому человеку, и которые включат функцию лобных долей и выведут вас из реактивной программы системы выживания. Таким образом, вы сможете оценить текущую ситуацию вне влияния реакции на прошлые травмы, связанные с этим конкретным стимулом.

Две таких точки — точки меридиана Желчного пузыря 14, расположенные прямо под широкими выступами на лбу — лобными буграми, и точки меридиана Желчного пузыря 20, расположенные на выступах с обеих сторон основания черепа — затылочных выступах. Эти точки можно удерживать по отдельности или вместе, положив одну ладонь на лоб, а другую на затылок; это называется *лобно-затылочной коррекцией*. Или же к лобным буграм можно прикоснуться только кончиками пальцев, и эта методика называется *высвобождением эмоционального стресса*. Давление, которое вы оказываете ладонями или пальцами на лобные бугры в ходе высвобождения эмоционального стресса или лобно-затылочной коррекции, аналогично тому надавливанию, что вы можете спокойно выдержать на закрытом глазу.

Удерживание этих акупрессурных точек дает стимуляцию притока крови к лобным долям, даже несмотря на то, что в человеке сейчас идет эмоциональная реакция на предыдущую травму. Как только включается лобная кора, она начинает выполнять то, на что запрограммирована — устраняет эмоциональный стресс, подключая способности решения проблем и рациональной обработки текущей ситуации.

Но она обеспечивает намного большее, чем просто рациональное суждение, поскольку префронтальная кора также дает доступ к нашим трансценденталь-ным эмоциям. Мы называем эти эмоции трансцендентальными, потому что для их проработки необходимо выйти за пределы своей личности, своего эго. Эго может видеть события только со своей субъективной точки зрения: что хорошо для «меня» или что причинили «мне». Поэтому получается, что эго никогда не может простить и всегда хочет расквитаться.

Когда приток крови возвращается к префронтальной коре, мы можем открыть доступ к своему высшему «я» и, соответственно, обратиться и выразить трансцендентальные эмоции сострадания, сочувствия, безусловной любви, прощения и любви к ближнему. С этой высшей, внеопытной точки зрения мы можем понять, почему другой человек нас игнорировал, солгал или плохо с нами обошелся, и, благодаря искренней безусловной любви, по-настоящему простить его. Прощение дает нам свободу, поскольку пока мы держимся за гнев, зависть, мщение и т. д., мы ведомы своим эго и заперты в реакции, контролирующей наши эмоциональные состояния и поведение; мы несвободны.

Есть и другие акупунктурные точки, которые влияют на кровоток в мозге. В первоначальных исследованиях Терренса Беннетта, посвященных нейрососудистым точкам, он обнаружил, что если удерживать виски чуть выше аку-

пунктурных точек меридиана Тройного обогревателя 23, чуть ниже и позади бровей в небольшой впадине черепа, то эти рефлексные точки воздействуют на эмоциональную обработку. Предполагается, что при удерживании этих точек увеличивается приток крови к глубоким зонам ствола головного мозга. В большинстве случаев при удержании этих точек человек не видит каких-либо сознательных или смысловых образов; он чаще испытывает различные телесные и энергетические ощущения, например, напряженность внутренних органов, холод в разных частях тела и потоки энергии по телу.

Каким же образом тогда включается лобная кора? Специалисты-исследователи мозга выявили, что всякий раз, когда в каком-либо отделе мозга происходит неврологическая активность, например, обработка информации, то приток крови к этой области значительно повышается, а в областях мозга с низким притоком крови наблюдается низкая неврологическаая активность. Именно это мы и наблюдаем, когда находимся в состоянии стресса, — приток крови к глубокой стволово-лимбической системе выживания значительно повышается, а приток крови к лобной коре значительно снижается. Таким образом, активируются или «включаются» те отделы мозга, к которым приток крови больше, и они производят обработку информации, в то время как другие отделы мозга переводятся в «режим ожидания». Обе приведенных

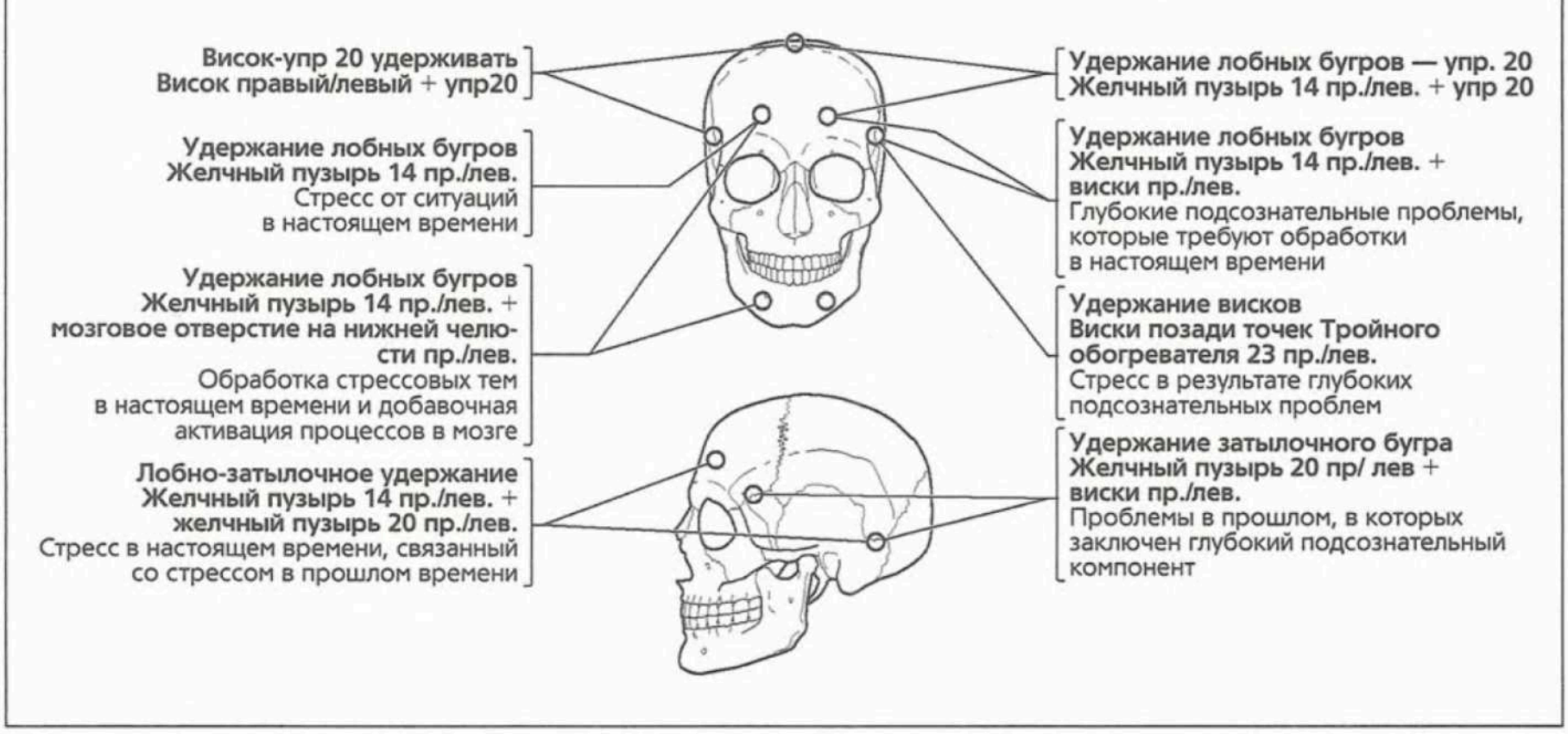


Рис. 36.1. **Различные виды точек эмоционального рассеивания.** Здесь изображены основные пары акупунктурных точек, которые, при удерживании с легким надавливанием пальцами, стимулируют приток крови обратно к лобным или затылочным корковым зонам. Каждая комбинация акупунктурных точек активирует различные системы корковых и подкорковых зон мозга, и благодаря такой одновременной активации происходит повторная обработка эмоциональных проблем, и в ходе процесса, который называется *рассеиванием эмоционального стресса*, высвобождается или рассеивается стресс, «эмоциональный заряд».

методики рассеивания эмоционального стресса (РЭС) с использованием акупрессурного удерживания стимулируют повышенный приток крови к лобной коре, фактически подключая ее к работе.

Применение методик рассеивания эмоционального стресса

Хотя эти методики высвобождения стресса кажутся слишком простыми и, потому, не очень действенными, но, тем не менее, они весьма эффективны. Даже простого высвобождения эмоционального стресса с удержанием лобных бугров или лобно-затылочной коррекции достаточно, чтобы вывести человека из реакции лимбической системы выживания на жизненные ситуации. Как только человек взглянет на стрессовую жизненную ситуацию с новой, менее эмоциональной точки зрения, он сможет выбрать наиболее соответствующий текущей ситуации ответ. Поэтому если текущая ситуация вызывает стресс, просто подумайте о ней, применяя методики РЭС, перебирая все детали и подробности в уме.

Как узнать, что удалось рассеять ситуацию? Обычно через несколько секунд или несколько минут под пальцами начинает ощущаться биение пульса (как на запястье), и когда пульс в обоих лобных буграх синхронизируется, РЭС завершено. Просто подумайте о той ситуации, что раньше вызывала у вас стресс. Как правило, вы почувствуете, что больше нет того эмоционального заряда или внутреннего напряжения, как раньше, и вы думаете об этой ситуации просто, как о том, что произошло.

Чтобы протестировать эту методику, подумайте о чем-нибудь, что произошло с вами за последние несколько дней и вызвало у вас раздражение или досаду. Возможно, вы поспорили с другом или возникли какие-то разногласия на работе. Думая об этом, попробуйте ощутить то, что вы испытывали в тот момент, и в какой части тела это чувство больше всего ощущалось. Зачастую ощущается стеснение в животе или груди, челюсти сжимаются или же приходит умственное напряжение или какая-либо конкретная эмоция. Продолжая думать об этом событии, примените одну из описанных выше акупрессурных методик. При этом дышите медленно и глубоко. Как только ощутите биение пульса или через одну-две минуты, снова подумайте о том же событии и обратите внимание, что вы теперь о нем думаете. Чаще всего бывает так, что изначальных чувств вы больше не испытаете. Стеснение в животе и умственное напряжение уходят.

Точки эмоционального рассеивания

Ниже представлено более подробное описание различных видов точек эмоционального рассеивания, которые могут использоваться в РЭС, и их предполагаемые эффекты. Эти точки удерживания для РЭС показаны на рис. 36.1.

Лобная коррекция

Удерживание точки меридиана Желчного пузыря 14 справа/слева, эмоциональных нейрососудистых точек Беннетта, может высвободить стресс, возникающий по причине текущей ситуации или события. Удерживание этих точек привлекает кровоток к лобной коре для

обработки в настоящем времени прошлой стрессовой ситуации с точки зрения высшего «я» через обращение к трансцендентальным эмоциям, таким как безусловная любовь и прощение. Часто это сопровождается яркой визуальной обработкой событий. Ситуация, которая была ранее эмоционально заряжена, теперь рассматривается как жизненный урок. Благодаря анализу и пониманию произошедшего, мы можем научиться на этом опыте и в будущем справляться с такими же ситуациями более эффективно и с меньшим стрессом.

Лобно-затылочная коррекция

Удерживание точки меридиана Желчного пузыря 14 справа/слева и точки меридиана Желчного пузыря 20 справа/слева, эмоциональных нейрососудистых точек Беннетта и нейрососудистых точек почек (страх), может высвободить стресс в настоящем, обычно связанный с прошлой проблемой или событием. Удерживание этих точек привлекает кровоток к лобным и затылочным долям для сохранения стрессовой ситуации в памяти, в то время как в лобных долях происходит обработка проблемы в настоящем времени с точки зрения высшего «я». Часто это сопровождается яркой визуальной обработкой прошлых событий и чувствами, которые человек тогда испытывал.

Височная коррекция

Удерживание точки чуть выше точки меридиана Тройного обогревателя 23 справа/слева, еще одной эмоциональной нейрососудистой точки Беннетта, по-видимому, дает такие же результаты и связано с глубоко подсознательными проблемами или событиями. Удерживание этих точек привлекает кровоток к глубоким подсознательным стволовым областям и лимбическим центрам для обработки прошлого эмоционального опыта со значительным подсознательным компонентом, связанным с системой выживания. Это приводит к перенастройке или подавлению соответствующих автономных физиологических реакций, формирующих страх, гнев и ярость, панику, горе и депрессию или отчаяние и аффективный гнев. Это может сопровождаться видимой обработкой, например, быстрым движением глаз, глубоким дыханием и напряжением внутренних органов.

Тем не менее, почти никогда не присутствует сознательного смысла, только очень сильные телесные ощущения, например, волны тревоги, проходящие по телу, или стеснение в животе, проходящие после окончания рассеивания.

Лобно-височная коррекция

Удерживание точки меридиана Желчного пузыря 14 справа/слева одновременно с точками чуть выше точки меридиана Тройного обогревателя 23 справа/слева эффективно в том случае, когда требуется обработка глубоких подсознательных стволовых и лимбических проблем или событий в лобных долях, чтобы добиться сознательного восприятия проблемы или события. Эта коррекция не только рассеивает прошлые глубокие подсознательные проблемы, но и дает процессу рассеивания высшую перспективу и большее осознание.

Затылочно-височная коррекция

Удерживание точки меридиана Желчного пузыря 20 справа/слева (затылок) и точек чуть выше точки меридиана Тройного обогревателя 23 справа/слева (висок) эффективно в том случае, когда прошлые проблемы или события включают значительный глубоко подсознательный компонент, для эффективного рассеивания которого требуется одновременный приток крови к корковым зонам памяти и глубоким стволовым и лимбическим зонам.

Лобно-подбородочная коррекция

Удерживание точки меридиана Желчного пузыря 14 справа/слева одновременно с подбородочными отверстиями нижней челюсти обеспечивает приток крови к лобным долям для обработки стрессовой ситуации или проблемы в настоящем. Этот вид РЭС был разработан Карлом Феррери в его программе «Техника нервной организации». Он активирует остальную обработку информации мозгом для рассеивания проблемы или события. Несмотря на то, что точный вид обработки неизвестен, мышечный мониторинг часто отмечает этот вид коррекции как приоритетный для эффективного рассеивания.

Лобная коррекция + GV20

Удерживание точки меридиана Желчного пузыря 14 справа/слева одновременно с точкой Управляющего меридиана 20 (GV 20, Духовные врата), расположенной на макушке головы посередине между ушами, стимулирует приток крови к лобным долям для обработки стрессовой ситуации или проблемы в настоящем времени. Также оно активирует точку GV 20, открывая доступ к высшему «я» или душе. Этот вид РЭС оказывается приоритетным реже, чем остальные виды РЭС, но когда выявляется именно он, то может быть весьма эффективен. Он показывает, что для решения этой проблемы необходим духовный уровень.

Височная коррекция + GV20

Удерживание точки чуть выше точки меридиана Тройного обогревателя 23 справа/слева одновременно с точкой Управляющего меридиана 20 (Духовные врата), расположенной на макушке головы посередине между ушами, стимулирует приток крови к лобным долям и стволовым отделам для обработки в настоящем времени стрессовой ситуации или проблемы выживания ствола-лимбической системы. Также оно активирует точку GV 20, открывая доступ к высшему «я» или душе. Этот вид РЭС оказывается приоритетным реже, чем остальные виды РЭС, но когда выявляется именно он, то может быть весьма эффективен. Он показывает, что для решения этой проблемы необходим духовный уровень.

Литература

1. LeDoux, J 1996, The Emotional Brain, Touchstone, New York.

Глава 37

ЭССЕНЦИИ

Разработка цветочных эссенций

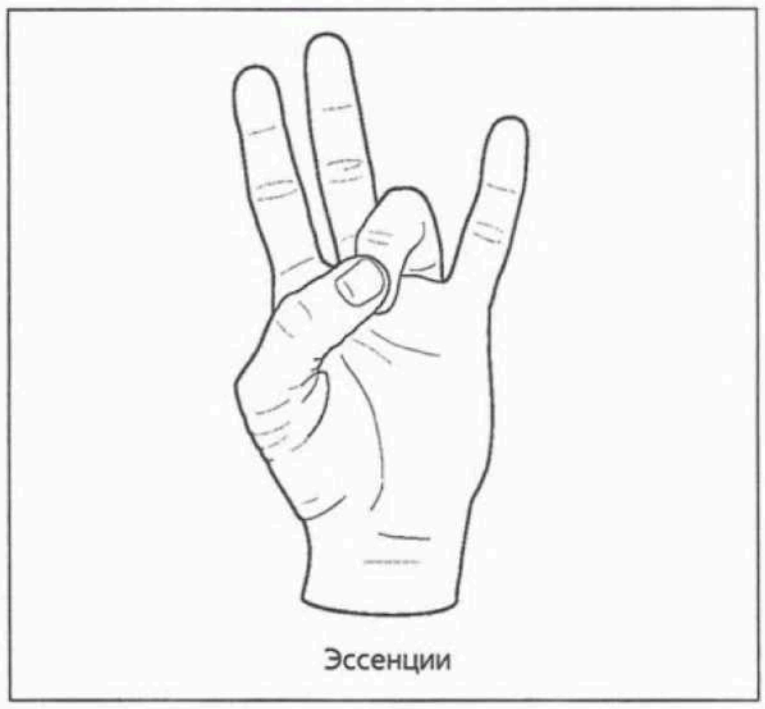


Рис. 37.1. Пальцевая проба Эссенций.

Пальцевая проба эссенций складывается следующим образом: подушечка большого пальца легким прикосновением помещается на ноготь безымянного пальца. Если складывается эта пальцевая проба, то изменение индикатора показывает, что требуется коррекция эссенциями.

Цветочные эссенции Баха

Доктор Эдвард Бах разработал цветочные эссенции Баха, действенные целители растительного мира. Цветочные эссенции можно рассматривать как гомеопатию для эмоций и духа. Но, в отличие от настоящих гомеопатических средств, в цветочных эссенциях нет *проверки*, то есть слишком большая доза эссенции не приведет к негативному эмоциональному состоянию. Тем не менее, доктор Бах провел психическую проверку, вызвав у себя негативное эмоциональное состояние и затем определив цветок, при наличии которого это состояние уходило.

При приготовлении цветочных эссенций действие воды усиливается вибрационными свойствами солнца и цветка или царства дэвов. Эти вибрационные модели оказывают воздействие на высшие вибрационные энергии астрального, ментального и духовного тел человеческой ауры. Введение вибраций цветочных эссенций в тело вызывает резонанс, укрепляющий вибрационную модель конкретных позитивных эмоций, мыслей и духовных установок.

Но каким же образом доктор Бах выявил эти вибрационные эссенции? Доктор Бах был и врачом, и гомеопатом. Работая в больнице, он отмечал ментальные и эмоциональные состояния своих пациентов во время своих утренних и вечерних обходов. Он начал замечать, что иногда настроение или эмоциональные или ментальные состояния его пациентов намного улучшались в период между утренними и вечерними обходами. Эти изменения в состоянии зачастую сопровождались улучшениями в клиническом состоянии пациентов. Доктор Бах отметил, что при таких изменениях в ментальном или эмоциональном состоянии наблюдалась общая закономерность — цветы, которые приносили в палату в течение дня. Затем он предположил, что присутствие цветов было в некоторой степени связано с изменениями настроения и клинического состояния пациентов. После этого он занялся систематическим опытным исследованием этой возможной взаимосвязи.

Также доктор Бах был эмпатом и обладал уникальной способностью приводить себя в различные эмоциональные состояния, например, гнев, горе или тре-

вога. Он приходил в одно из этих эмпатических состояний и затем отправлялся гулять по оксфордским лесам, пока вдруг не испытывал перемену своего эмоционального состояния. Затем он собирал все виды цветов, которые росли в том месте, и относил их в свою лабораторию. Там он снова развивал в себе то же эмпатическое состояние и просил ассистента по очереди вносить каждый из собранных им цветов в лабораторию и класть его перед ним. Когда же он вдруг испытывал нормализацию эмоционального состояния, что наблюдалось не раз, то он приписывал такое изменение состояния этому конкретному цветку. Доктор Бах, как и прочие люди с экстрасенсорными способностями, мог вывести и определить эмоциональные и духовные качества, с которыми перекликалась каждая из цветочных эссенций, которые он разработал.

Доктор Бах разработал методику приготовления гомеопатического энергетического препарата каждого цветка, который он связал с определенным эмоциональным состоянием или настроением. Он обнаружил, что если поместить свежесрезанные цветы в хрустальную вазу с родниковой водой и поставить вазу под прямыми солнечными лучами, то частотный резонанс цветов передается воде. Затем он сохранял этот частотный резонанс цветов, помещая этот «бульон» в 60% коньячного раствора. Таким образом, повышалась полярность раствора, а структура воды с частотным резонансом цветов стабилизировалась.

Чтобы протестировать свои цветочные эссенции, доктор Бах снова приходил в соответствующее эмоциональное состояние и проверял, оказывает ли вода с цветочным резонансом то же воздействие и приводит ли к таким же изменениям эмоционального состояния, как и сам цветок. Он выяснил, что эти цветочные эссенции действовали так же, как и сами цветы. Исследования доктора Баха показали, что когда человек испытывает или переживает какое-либо негативное эмоциональное состояние, то цветочная эссенция, которая резонирует с противоположным положительным эмоциональным состоянием, переведет эти положительные вибрации в ауру, устраняя негативные эмоции.

Следовательно, цветочные эссенции действуют на высших вибрационных уровнях эмоций (астральное тело), мыслей (ментальное тело) и установок (духовное тело). Как сказано в книге Ричарда Гербера *«Вибрационная медицина»*: «Исцеление на высшем вибрационном уровне — самое эффективное», поскольку высшие вибрационные энергии способны менять вибрационные модели энергий более низкого порядка.[1] Это происходит в соответствии с законами физики, где более когерентные вибрационные модели всегда воздействуют на менее когерентные вибрационные модели, согласовывая их. Вибрационная модель цветочных эссенций представляет собой высоко когерентное состояние и может, следовательно, менять и устранять менее когерентные модели негативных эмоциональных, ментальных или установочных состояний.

Другие виды эссенций

В течение нескольких десятилетий цветочные эссенции Баха были единствен-

ными широко применяемыми цветочными эссенциями. Но в последние десятилетия в работе начало появляться все больше различных цветочных эссенций, среди которых Североамериканские цветочные эссенции, Цветочные эссенции австралийского буша, Пустынные алхимические цветочные эссенции и Цветочные эссенции Саския; причем каждый год добавляется все больше наборов новых цветочных эссенций.

Когда доктор Бах разработал способ изготовления цветочных эссенций, многие другие одаренные люди с высоко развитой интуицией и экстрасенсорными навыками начали разрабатывать не только другие виды цветочных эссенций, но и другие виды эссенций как таковых, от эссенций драгоценных камней и кристаллов до звуковых эссенций. Любые из этих эссенций могут использоваться при вибрационном лечении, а мышечная биологическая обратная связь являет собой полезный инструмент для определения вида эссенции и наилучшего способа их применения клиентом.

Применение цветочных эссенций в лечении

Принимая во внимание то количество различных эссенций, доступных сегодня, каким же образом можно определить или выделить соответствующую эссенцию для конкретной проблемы, с которой столкнулся клиент? Ранее специалист выслушивал историю клиента, его жалобы, а затем, на основании представленных симптомов, опыта и интуитивных ощущений, подбирал к этой клинической и интуитивной картине соответствующую эссенцию. Часто процедура подбора включала различные методы «настройки» на состояние клиента только с помощью интуиции или маятника для подтверждения соответствия эссенции состоянию.

В последние годы кинезиологию приспособили для выявления соответствующей эссенции для терапевтического использования путем сопоставления частоты вибрационной модели состояния клиента с вибрационной моделью эссенции, что показывается через изменение состояния мышцы-индикатора. Мышечная биологическая обратная связь может применяться в двух случаях: 1) для подтверждения выбора интуитивного специалиста-экстрасенса; и 2) для обращения к «биокомпьютеру» клиента, чтобы тот показал посредством мышечного мониторинга эссенцию, соответствующую конкретной проблеме клиента.

Выявление эссенций

Вне зависимости от того, в каком случае используется мышечный мониторинг, то есть для подтверждения интуитивного знания или же для выбора эссенции, соответствующей проблеме, хранящейся в контуре, эссенции как таковые являются весьма эффективным дополнением в любой балансировке. Когда в балансировке наступает момент, где вам требуется либо дополнительная информация для продолжения, либо необходимо конкретнее определить точную природу проблемы для балансировки, то проработка эссенций добавит новый аспект методикам балансировки.

К примеру, вы провели возврат по возрасту к возрасту причины и собирае-

тесь сбалансировать контур, но прежде желательно выяснить, какие эмоции или установки связаны с этой проблемой в подсознании клиента. Поэтому на этом этапе рекомендуется провести пальцевую диагностику, проверив также эмоциональную и эссенциальную пальцевые пробы на изменение мышцы-индикатора, что покажет, какой вид эмоции или какая установка задействованы в проблеме в контуре. Эссенции обычно представляют собой установку, лежащую в основе нашего мышления и эмоций, в то время как эмоции представляют собой выражение нашего чувства касательно проблемы.

Установка — это наше более широкое убеждение, касающееся нашего восприятия реальности проблемы, основанного на сенсорной информации, поступающей к нам извне. Например, вы смотрите в свою чашку и получаете визуальную сенсорную информацию, сообщающую вам, что чашка наполовину наполнена жидкостью. Если у вас установка недостатка, то вы можете так высказать свою эмоцию, увидев половину чашки: «Надо же, почти пустая! Мне никогда не хватает!» Из этого может возникнуть целый ряд чувств, а в итоге выражается эмоция уныния или страха. С другой стороны, если у вас установка достатка, вы посмотрите на тот же объем, оставшийся в чашке, и выразите совершенно другие чувства и эмоции: «Отлично, еще полчашки осталось! Смогу насладиться каждой каплей напитка!» В итоге это приведет к совершенно отличным эмоциям радости, благодарности и счастья.

Эссенциальные аффирмации и эссенциальные частоты отражают внутренние установки, которые затем формируют наши многочисленные и разнообразные эмоции. Поэтому, когда в ходе балансировки на эссенциальную пальцевую пробу мышца-индикатор изменяет свое состояние, необходимо выявить, частотность какой эссенции совпадает с проблемой. Самый простой способ — проводить мониторинг мышцы-индикатора и сканировать эссенции по категориям, чтобы определить, какая эссенция задействована. Определив соответствующую категорию эссенции, продолжаем сканирование каждой эссенции в этой категории либо по списку эссенций в книге, либо прикосновением к крышечке каждой бутылочки с эссенциями, и изменение состояния мышцы-индикатора покажет, какая эссенция соответствует частоте установки, связанной с проблемой в контуре. Затем положите бутылочку с эссенцией на пупок клиента, чтобы внести эту энергетическую модель в контур, и прочитайте или попросите клиента самого прочитать установочное или эмоциональное утверждение, связанное с этой эссенцией. Всегда лучше протестировать: чтобы тестирующий прочитал текст клиенту, сам клиент зачитал вслух или про себя.

Каждый способ активирует различные нейрологические цепи в мозге, воспроизводя информацию из различных компонентов соответствующих систем выживания и памяти. Если читать про себя, то активируются только зрительные пути и зрительные центры обработки, а если кто-то другой читает для нас, то активируются только слуховые пути и слуховые центры обработки. Чтение вслух активирует и зрительные, и слуховые

пути, и центры. В то же время, когда мы слышим чужой голос, он может вызывать больше эмоций, чем если мы слышим свой голос, и наоборот.

Затем пока клиент читает, слышит и/или произносит текст по эссенции, тестирующий складывает режим постоянной записи, чтобы зарегистрировать все реакции, как сознательные, так и подсознательные, а затем вводит всю эту информацию в контур. Затем, снова сложив пробу постоянной записи, тестирующий может спросить клиента, как, по его мнению, и ощущению, эта информация об эссенции связана с его жизнью или проблемами в жизни.

Определение использования цветочных эссенций

Как только тестирующий выявил ту цветочную эссенцию, которую нужно использовать при балансировке, ему необходимо знать еще три момента: 1) где применять эссенцию; 2) сколько капель эссенции использовать в балансировке; и 3) требуется ли дальнейшее использование эссенции, сколько капель на прием и длительность эссенциальной терапии. Самый распространенный способ приема эссенции — под язык, но существуют и другие способы. Эссенцию можно капать на акупунктурную точку (или точки) или на кожу, например, тыльную сторону ладони. Также эссенцию можно наносить на конус чакры или чаще на *кшетрам*, точку вхождения чакры в физическое тело, которая почти всегда совпадает с акупунктурной точкой. Иногда эссенцию нужно влить в пульверизатор и распылять на ауру. Как только вы определили место применения эссенции, затем с помощью мышечного мониторинга можно определить количество капель и срок.

После завершения балансировки можно положить бутылочку с эссенцией на пупок клиента и уточнить на предмет «домашнего задания». Если нет изменения индикатора, то эссенция была необходима клиенту только как компонент коррекции. А если мышца-индикатор изменит

свое состояние, то это означает, что клиенту нужно принимать эссенцию на протяжении некоторого периода времени. Для этого необходимо определить количество капель эссенции для дозировочной бутылочки. Затем в эту бутылочку добавляется также 30% алкогольного раствора, например, коньяка или бренди, и ее нужно встряхнуть несколько раз, чтобы передать энергетическую модель эссенции новому раствору. Далее, эту дозировочную бутылочку нужно положить на пупок клиенту и, используя пробу времени и постукивание по шишковидному телу, выяснить: 1) количество капель на прием; 2) сколько раз в день принимать; и 3) сколько дней или недель принимать раствор, чтобы завершить лечение.

Один из самых интересных случаев применения цветочных эссенций произошел тогда, когда Чарльз Кребс работал с молодой клиенткой — для нее цветочная эссенция выпала как коррекция довольно длинной и многокомпонентной системы. Мышечная биологическая

обратная связь показала, что три капли эссенции креозотового куста из Пустынных алхимических цветочных эссенций нужно капнуть с высоты примерно 90 сантиметров на ее тело через сердечную чакру. Негативное эмоциональное состояние, которое ассоциируется с креозотовым кустом, — это сильное внутреннее отчаяние, чувство вечного одиночества, отделенности и грусти. Девушка была крайне замкнутой, грустной (без каких-либо очевидных причин) и изолированной, у нее не было друзей, что несколько лет очень беспокоило ее мать.

Как только первая капля упала сквозь слои ауры ее сердечной чакры, девушка начала плакать, слезы так и лились по ее лицу, и Кребс ощутил грусть и одиночество так глубоко, как не испытывал никогда. После коррекции мать девушки сказала, что сама ощущала такую же глубокую грусть. Когда вторая капля прошла сквозь сердечную чакру, лицо девушки полностью изменилось, она перестала плакать. Когда третья капля прошла сквозь чакру, она вся стала как будто светиться, и ушел ранее свойственный ей угрюмый вид.

Через неделю мать девушки позвонила Кребсу и сообщила, что ее дочь стала совершенно другим человеком. Она уже приобрела трех подруг в школе и открыто выражала свои чувства и свободно общалась со всеми, с кем встречалась. Мать воскликнула: «Я так благодарна Вам за помощь моей дочери!» Что любопытно, положительные эмоциональные утверждения, связанные с креозотовым кустом, таковы: принятие общения и товарищеских отношений со всем, что встречается в жизни, связь со своим внутренним источником и выражение своих чувств.

Помимо психоэмоционального эффекта цветочные эссенции также могут оказывать ощутимое воздействие на физическом и физиологическом уровнях. Однажды, когда Чарльз Кребс только начинал заниматься энергетическим целительством, он пользовался плоскогубцами с зажимом, и они защелкнулись, зажав кожу на ладони. Он почти всю жизнь работал с различными инструментами, и такое случалось довольно часто. Как обычно, на ладони почти сразу же возник кровянистый пузырь — под звук ругательств. Его подруга тогда сказала: «Сейчас принесу тебе лекарственную эссенцию». Он только закатил глаза. Вернувшись, она впрыснула ему немного этой эссенции в рот, капнула несколько капель на пузырь и сказала: «Вотри ее». К своему абсолютно полному удивлению, Кребс увидел, как пузырь исчез за минуту, чего раньше никогда не наблюдал. Такое применение эссенции — на саму ткань при физической боли — приносит настоящие физиологические результаты.

Литература

1. Gerber, R 1988, Vibrational Medicine, Bear, Santa Fe, p. 154.

Глава 38

АКУПРЕССУРА

Что такое акупрессура?

Рисунок 38.1. **Методика акупрессуры.** Пальцевая проба акупрессуры подразумевает расположение большого пальца на ноготь мизинца. Если удерживать данный режим, то изменение мышцы-индикатора укажет на необходимость применения коррекции акупрессуры.

Акупрессура подразумевает применение нажатий на акупунктурные точки. В действительности, такая методика используется уже на протяжении нескольких тысяч лет. Практика применения акупрессуры уходит в далекое прошлое еще до времен прописанной истории Китая, когда использовались средства, сделанные из камня и кости для нажимания на акупунктурные точки, что подтверждается находками на местах археологических раскопок по всему Китаю, и датируется несколькими тысячами лет до Рождества Христова. Ввиду того, что методика акупрессуры до сих пор практикуется в нынешнее время в Китае и Японии, свое применение в ней нашло использование игл и, таким образом, стало лечебным способом воздействия на организм.

Терапия акупунктуры или акупрессуры подразумевает стимулирующую или распределяющую энергию Ци, активирующую отдельные акупунктурные точки на поверхности тела. Китайцы утверждают, что энергия Ци — это динамическая сила, которая циркулирует цельным потоком по всему организму, но она проходит по отдельным путям и правилам, напрямую влияя на отдельные физиологические функции.[1] Эти пути известны под названием *каналы* или *сосуды* (по китайской номенклатуре), а на западе их обычно именуют *меридианами.*

На самом деле, акупрессура может быть очень эффективной, поскольку существует множество методик ее применения в определенных условиях для достижения максимального результата.

Обычный известный пример заключается в применении усилия на точку меридиана Толстого кишечника 4, которая расположена между большим и указательным пальцами, что позволяет избавиться от головной боли. Поскольку мы очень часто задействуем пальцы, или же большие пальцы для приложения усилия на точки акупунктуры, существует целый ряд методик с применением прямых проб. Одним из наиболее эффективных из них является применение метода, который китайцы в своем языке называют *tei shin (тей шин)* или же *tai shin (тай шин)* в латинской транскрипции. И акупрессура пальцев, и стимуляция

с помощью тай шин представляют собой стандартные методики стимулирования точек акупунктуры, имеющие долгую историю своего эффективного применения.[2]

Тай шин — это прямой стержень, который сжимается в ручке с силой пружины. Кончик стержня располагается на точке акупунктуры, а ручка — это тяга, повторно двигающаяся вниз по коже, вызывая силу нажима сверху стержня, усиливаясь и ослабляясь, что приводит к вмятинам на коже. Поскольку появляются такие вмятины, выполняется сильная стимуляция данной акупунктурной точки, поэтому достичь долгосрочной активации данной акупунктурной точки можно с помощью относительно краткосрочной стимуляции тай шин. В знак признания эффективности лечения с помощью тай шин, китайцы обычно называют данную методику «акупунктура без иголок».

Существует два основных типа терапии с применением акупрессуры: 1) приложение силы нажатия на отдельные акупунктурные точки для лечения в определенных условиях; и 2) применение акупрессуры к управляющим точкам согласно Закону пяти элементов акупунктуры. Как акупрессура, так и акупунктура имеют отдельные преимущества в условиях отдельного применения, даже если они обе применяются для балансирования потока Ци в соответствии с Законом пяти элементов.

Проведя тысячи наблюдений, китайцы установили, что стимуляция определенных точек акупунктуры или игольчатой акупунктуры может применяться при отдельных физиологических, физических и даже психоэмоциональных дисбалансах. Соответственно, в трактатах по китайской медицине приводится список точек акупунктуры, которые связаны с соответствующими клиническими условиями. Например, точки Мочевого пузыря 64, 65 и 66 на ступне, и мизинец сопряжены с различными расстройствами зрения. Интересно, что стимуляция данных точек акупунктуры также активирует участки коры головного мозга, которые сопряжены с различными аспектами зрительных процессов.

Многие из этих точек сопряжены с более чем одним из клинических условий с точки зрения западного учения, но они часто используются во взаимосвязи с другими акупунктурными точками для лечения по одному из западных клинических условий. Эти условия могут варьировать от нарушения физиологических функций (например, расстройство желудка), до энергетических дисбалансов (например, избыток энергии в тканях, то есть то, что по западному образцу мы называем *болью*), до психоэмоциональных дисбалансов (например, печаль или злость).

Применяя акупрессуру и акупунктуру, китайцы успешно проводят лечение различных дисфункций органов и желез иммунной системы, рецепторных систем, и даже мозга.

Влияние акупрессуры на функцию мозга

Проводя опыты на животных, Цонгфанг и его коллеги заметили, что стимуляция отдельных точек акупунктуры с использованием электроакупунктуры

способна активировать (или ингибировать) электрическую активность отдельных нейронов внутри ядра миндалевидного тела, подсознательного эмоционального центра управления мозга. В результате этого происходит увеличение и снижение уровня нейронного разряда. Также они обнаружили, что электроакупунктурная стимуляция различных акупунктурных точек приводила или же к стабильному (но с различными реакциями) уровню разряда единой группы нейронов в миндалевидном теле, или не оказывала какого-либо воздействия на эти нейроны. Таким образом, стимуляция отдельных точек вызвала крайне специфические способы разряда в этой глубинной структуре мозга. Цонгфанг и его сотрудники также установили, что стимуляция фиктивных точек не показала каких-либо заметных изменений уровня воспаления нейронов в миндалевидном теле.

Согласно утверждению, традиционные методики акупунктуры являются полезными для укрепления мозговой функции и повышения уровня интеллекта.[4] В гуманитарных науках, Абад-Алгери и его коллеги продемонстрировали, что стимуляция акупунктуры на точке меридиана Сердца 7 вызывает длительное повышение волны P300, затем пробуждает силу электроэнцефалограммы, которая ассоциируется с когнитивной деятельностью.[5] Стимуляция другой акупунктурной точки меридиана Толстого кишечника 4, не повлекла изменений волны P300, показывая, что данная реакция коры головного мозга на стимуляцию акупунктурной точки является крайне специфической.

Недавние опыты показали, что обычная методика точек акупунктуры понижает артериальное давление благодаря стимуляции отдельных рецепторов центральной нервной системы.[6] В тоже самое время, Букинскейт и его коллеги обнаружили, что электроакупунктура повышает уровни различных нейропептидов в мозге крыс, которые особенно увеличивались в гиппокампе, лимбической структуре, напрямую связанной с кратковременной памятью.[7] Помимо этого, снижается нейропептид Y, наряду со снижением уровня депрессии по шкале Полной оценочной шкалы психопатологии. Такой результат был отмечен у пяти из шести пациентов, страдавших выраженной депрессией, и проходивших лечение с помощью электроакупунктуры при проведении предварительного обследования Пола и Нордина.[8] Благодаря использованию сканирования функционального магнитно-резонансного изображения (ФМРИ), исследователи показали, что стимуляция отдельных точек акупунктуры вызывает специфические реакции нейронной активности в коре головного мозга, которая соответствует лечению нарушений зрения методами традиционной китайской медицины.[9] Даже если бы акупунктурные точки были расположены с одной стороны мизинца ноги, стимуляция этих точек активировала бы специфические и отдельные участки затылочной части коры головного мозга. В традиционной китайской медицине все из стимулируемых точек акупунктуры относятся к отдельному виду расстройства глаз и зрения, что обеспечивает сильную взаимосвязь между стимулируемыми

акупунктурными точками и активацией соответствующего участка коры головного мозга.

Другой опыт исследования ФМРИ показал, что акупунктурная стимуляция иглами точек меридиана Толстого кишечника 4 вызвала активацию лимбической системы и субкортикальных структур, связанных с поощрением и наказанием, а также с эмоциональной и бихевиоральной регуляцией.

И опять-таки, отдельные акупунктурные точки активируют очень специфические лимбические и субкортикальные участки. В этих исследованиях, так же, как и в опытах Цонгфанга и его коллег, согласно пункту 11 стимуляция неакупунктурных фиктивных точек не оказали влияния на кортикальную и субкортикальную активацию.

Недавние исследования ФМРИ послужили обоснованием специфичности активации участка мозга путем стимуляции отдельных точек акупунктуры, и недостаточной активации мозга путем стимулирования фиктивных точек у испытуемых.

Париенте и его коллеги показали, что методы лечения с помощью акупунктуры оказывают реальное влияние на плацебо, с использованием выдвижных игл, таким образом, чтобы испытуемые не знали, получают ли они настоящее лечение, или с помощью плацебо.[12] Цанг и его коллеги показали, что стимуляция точек акупунктуры на одном и том же сегменте спины активирует отдельные и крайне специфические участки мозга, а каждая из точек стимулирует разные участки мозга.[13] Некоторые из других проведенных опытов послужили обоснованием данной специфики стимуляции точек акупунктуры, связанных с участками мозга.[14] Янг со своими коллегами продемонстрировал, что акупунктурные точки меридиана Печени 3 и Толстого кишечника 4, активируют отдельные участки мозга, относящиеся к фиктивным точкам.[15] Они заключили, что данные наблюдения показывают, что акупунктура отдельных точек вызывает специфические примеры мозговой активности, отдельно присущие каждой акупунктурной точке, и эти образцы могут иметь отношение к терапевтическому эффекту акупунктуры.

Для того, чтобы наилучшим образом оценить влияние стимуляции точек акупунктуры, лучше всего ссылаться на работы Дхонда и его коллег.[16] Однако, проведенные недавно иные исследования показали более низкую корреляцию между активацией участков мозга и стимуляцией точек акупунктуры с использованием электроакупунктуры, поэтому точная природа и степень специфичности участка акупунктура-мозг остается неясной в данное время.[17] Изучение стимуляции точек акупунктуры, описанное выше, представляло собой или традиционную акупунктуру игл, при которой игла проникает в акупунктурную точку и затем активируется мануально, или же электроакупунктуру, при которой небольшой электрический ток подается на иглу, проникающую в акупунктурную точку. Однако, использование ФМРИ с целью мониторинга влияния на кортикальную активацию Джонсом и его коллегами недавно показало, что результаты, полученные с помощью обычного стимулирования точек акупунктуры с помощью игл,

являются нераздельными с теми, которые были вызваны сильной сфокусированной пульсацией ультразвука, направленного на акупунктурные точки в широком ряду ультразвуковых параметров.[18] Следовательно, важным является то, что данные акупунктурные точки стимулируются достаточно без специального способа стимуляции акупунктуры.

Акупрессура имеет ряд преимуществ над традиционной акупунктурой, поскольку она непроникающая, безболезненная, и легко воспринимается детьми. К тому же, нет проблемы со стерильностью игл и кровотечением.

Наиболее важно, чтобы коррекции акупрессуры способствовали выполнению многоточечной последовательной стимуляции там, где очень трудно выполнять ее с помощью игл, и что не входит в часть теории традиционной акупунктуры. Однако, с помощью такой многоточечной стимуляции акупунктуры можно выполнять стимуляцию отдельных структур мозга, повторно синхронизируя функции мозга, и нормализуя уровни нейротрансмиттера, что подтверждается основательными изменениями показателей человека при проведении стандартизированных психологических тестов и при последующем амбулаторном лечении.

Поскольку механизм того, как режим этих многоточечных комбинаций активирует или дает допуск к отдельным субкортикальным и кортикальным структурам и функциям остается неизведанным, недавние научные доказательства крайне специфических способов активации кортикальных и субкортикальных структур с помощью отдельной стимуляции точек акупунктуры, описанной выше, предоставляют, как минимум, отчетливый алгоритм терапии акупрессуры.

Уникальный вклад энергетической кинезиологии в теорию акупрессуры

Определение дисбалансов акупунктуры

Китайцы разработали теорию акупрессуры и акупунктуры, основанную на уйме проведенных наблюдений в клинической практике. Несмотря на эти наблюдения, китайцы ассоциировали ряд отдельных точек акупунктуры со специальными клиническими условиями, поскольку отдельная акупунктурная точка может относиться к нескольким различным физиологическим условиям, единично или же в различных комбинациях. Однако, существует множество других вопросов и жалоб, которые могут свидетельствовать об отсутствии связи с традиционными акупунктурными точками.

Китайцы могли применять свои традиционные методы оценки данных специфических дисбалансов, таких как диагностика пульса, для того, чтобы определить, какая из энергий меридиана разбалансирована.

И напротив, используя мышечный мониторинг тогда, когда человек имеет общие жалобы на боли в отдельной области тела, или даже отдельное эмоциональное расстройство, мышечный мониторинг может обеспечивать прямой доступ к природе самой проблемы, и к тем акупунктурным точкам, которые отвечают за устранение этой проблемы.

Как только вы заложили в контур проблему, все, что вам нужно выполнить — это удерживать режим акупрессуры; изменение мышцы-индикатора будет показывать, что отдельный меридиан имеет энергетический дисбаланс, являющийся частью данной проблемы, или спрятан под ней.

Затем путем локализации контура сигнальных точек необходимо идентифицировать меридиан, на котором есть акупунктурные точки, напрямую относящиеся или как-то связанные с данным дисбалансом. Для того, чтобы найти эту отдельную акупунктурную точку на данном меридиане, вам необходимо поочередно провести локализацию контура каждой акупунктурной точки. Акупунктурную точку (точки), указывающую на приоритетные изменения мышцы-индикатора, следует использовать в данных условий в этом специфическом контексте.

Однако, кинезиология не может просто локализовать отдельные акупунктурные точки, с которыми производятся действия; она определяет специальные методы терапии, необходимые для лечения в данных условиях.

Как только акупунктурная точка была заложена в контур, специалисту-практику следует применять только пальцевые пробы и отдельные точки-индикаторы с тем, чтобы определить специальный вид терапии акупрессуры, который будет применяться для решения данного дисбаланса. Впоследствии, как только терапия была применена, биологическая обратная связь мышцы будет давать возможность оценки того, было ли лечение эффективным на самом деле, или же, для полного решения данной проблемы необходимо применить примерно похожий или иной вид терапии.

Поэтому, вместо того, чтобы подождать и увидеть эффективно ли лечение для клиента, вы можете определить, нужно ли проводить дополнительное лечение для того, чтобы полностью решить текущую проблему.

Как описано в главе 6, одним из путей, которым пользовались китайцы касательно точек акупунктуры и потоков энергии Ци, было развитие способностей, позволяющих реально «видеть» акупунктуру. Например, монах Цзен по имени Роб, друг Кребса, который имел способность видеть поток энергии Ци, заметил что-то такое, чего не мог понять.

Естественно, когда он проникал с помощью иглы в акупунктурную точку, он умел видеть то, как энергия Ци исходила из точки. Однако, иногда, когда он укалывал акупунктурные точки, энергия Ци перепрыгивала через акупунктурную точку, но причину этого явления он не мог понять. Также он подметил, что, когда снижались потоки энергии Ци, проходящие сквозь акупунктурную точку, данные методы лечения становились менее эффективными.

Поэтому, становится ясно, что блокированные акупунктурные точки, как оказалось, имеют отрицательное влияние на результат проводимого лечения, но почему так?

Это связано с динамикой функций акупунктуры. Конечно же, они похожи на мини чакры, осциллирующие в направлении по часовой стрелке и против часовой стрелки, Ян и Инь, согласно китайскому

учению. Эта осцилляция является составляющей частью функции акупунктуры, которая должна регулировать поток энергии Ци по меридианам, при котором каждая акупунктурная точка выполняет роль клапана. Очевидно, что клапан должен открываться и закрываться, чтобы регулировать поток энергии.

Когда акупунктурные точки блокируются, они могут регулярно открываться и закрываться, но они не способны работать в обоих направлениях. Они называются застывшими акупунктурными точками Инь и Ян, в зависимости от того, какое направление вращения блокируется. В случаях полной компенсации акупунктурные точки имеют крайне низкую способность к открыванию или закрыванию, и по большому счету, находятся в фиксированном положении и, таким образом, энергия Ян и Инь находится в стабильном состоянии. Впоследствии, их неспособность регулировать поток энергии Ци часто вызывает хронические физиологические состояния.

Ввиду того, что эти стабильные акупунктурные точки невозможно увидеть даже крайне чувствительным людям, и можно наблюдать только результат их воздействия, как мы можем узнать, что они существуют? С помощью мышечной биологической обратной связи относительно легко определить эти блокированные акупунктурные точки, а затем применять лечение акупрессурой, чтобы снять блокирование и возвратить акупунктурную точку к ее нормальному функционированию. В свою очередь это может привести к разрешению сопряженного с ней хронического психологического состояния. Это нечто такое, что невозможно выполнить с помощью традиционной китайской акупунктуры, и можно отметить во времени, когда методы лечения с помощью акупунктуры становятся менее эффективными.

Определение дисбалансов «замерзших» акупунктурных точек.

Как указано выше, концепция «замерзших» акупунктурных точек не является частью традиционной китайской акупунктуры. Она была разработана Аттом и Кребсом в рамках прикладной физиологии. Атт использовал биологическую обратную связь мышцы, чтобы найти акупунктурные точки, у которых невозможно было понизить или повысить тонус, используя северный и южный полюса магнита, соответственно.

Например, вращение магнитного поля магнита проходит по часовой стрелке к южному полюсу, и против часовой стрелки — к северному полюсу, что можно наблюдать с тыльной стороны магнита.

В действительности, вращение магнитного поля сопряжено с северным и южным полюсами. Этот процесс можно легко увидеть.

Просто включите старый черно-белый телевизор, у которого не плоский монитор. Затем возьмите в руки сильный магнит (т. е. 3000 Гс), северный полюс которого повернут в сторону экрана телевизора, а затем приближайте его по направлению к экрану.

По мере приближения северного полюса к экрану, картинка будет вращаться против часовой стрелки. При приближении обратной стороны магнита, то есть южного полюса, к экрану, картинка будет вращаться по часовой стрелке.

ВНИМАНИЕ! Запрещается выполнять этот опыт на плоском мониторе или цветном телевизоре, так как результат будет неудовлетворительным, и довольно затратным для восстановления телевизора!

Проводя мышечный мониторинг, Атт поднес магнит напрямую вниз над акупунктурной точкой. Это то, что не делали китайцы. После этого он наблюдал за происходящим. Ввиду того, что акупунктурные точки постоянно осциллируют сначала по часовой стрелке, а затем против нее, то если сбалансированная точка получает внезапный сильный толчок по часовой или против часовой стрелки, это должно привести к изменению индикатора, поскольку нормальный осциллирующий поток нарушается магнитным потоком. Следовательно, акупунктурная точка в состоянии баланса покажет изменение индикатора тогда, когда или северный, или южный полюс магнита подводится к акупунктурной точке благодаря очень сильным магнитным полям, движущимся по часовой стрелке или против нее.

Однако, Атт обнаружил, что иногда изменения мышцы-индикатора не происходит именно тогда, когда один или даже оба полюса магнита прикладываются к акупунктурной точке. С его точки зрения, это выглядело так, как будто акупунктурная точка застывала, была неспособной реагировать даже на сильные магнитные поля, которые обычно вызывали изменения мышцы-индикатора в сбалансированных акупунктурных точках. Интересно, что, когда стрессоры, связанные с «замерзшей» точкой, определялись и разрешались с помощью кинезиологических методик акупрессуры, акупунктурная точка возвращалась в состояние баланса и снова побуждала изменения мышцы-индикатора, когда бы ни прикладывался северный или южный полюс магнита к акупунктурной точке. И даже что более значительно, физиологические или даже психоэмоциональные дисбалансы, связанные с акупунктурной точкой, приводились в нормальное состояние.

Но что в действительности происходило, когда акупунктурная точка застывала? На это пролил свет друг-монах Кребса, когда наблюдал то, как Кребс проводил коррекцию акупрессуры во время процесса обучения. В его собственной клинической практике монах видел, как энергия Ци высвобождалась через акупунктурную точку во время иглоукалывания, особенно тогда, когда его игла захватывала поток энергии Ци, и кожа буквально обворачивалась вокруг иголки. А затем во время сеанса он наблюдал беспрепятственное прохождение потока энергии Ци, который ускорялся каждый раз, когда он стимулировал акупунктурные точки, вращая иглу в акупунктурной точке. Однако, иной раз, даже когда монах укалывал акупунктурную точку таким же путем, он мог видеть только тонкую струю энергии Ци, проходящую сквозь точку, и ее поток, в конце концов, останавливался время от времени между периодами активации с помощью иглы.

Также он заметил, что выявленные трюки энергии Ци были связаны с хроническим состоянием и менее успешными результатами его акупунктурных методик.

Это продолжалось до тех пор, пока Роб не сообщил о своих наблюдениях Кребсу,

указав, что разработал более глубокое понимание «замерзших» акупунктурных точек. Следует помнить, что система акупунктуры представляет собой преимущественно эфирные энергии тела, своеобразный интерфейс между нашим физическим и физиологическим состоянием, и более высокими астральными и умственными уровнями.

Поэтому, он отвечает не только на физические стимулы, такие как электричество и магнетизм, на эфирные потоки энергии Ци в системе акупунктуры, но также и на колебания нашего эмоционального состояния и мыслительных процессов на астральном и ментальном уровнях.

Кребс и многие другие представители Прикладной физиологии неоднократно наблюдали процессы, при которых точки акупунктуры находились в «замерзшем» состоянии из-за проблем преимущественно на эмоциональном и/или ментальном уровнях, но не по причине эфирных дисбалансов. И когда эти эмоциональные и ментальные проблемы разрешались, акупунктурные точки возвращались в состояние баланса, и ввиду этого, методики лечения с задействованием «замерзших» акупунктурных точек умели успех и оказывали продолжительное влияние.

Кребс выдвинул гипотезу о том, что, пока его друг-монах отчетливо наблюдал то, как акупунктурная точка демонстрировала состояние эфирного дисбаланса и ограниченного потока энергии Ци, его способность видеть на уровне ауры не переходила на астральную и ментальную частоту ауры. Следовательно, он не мог видеть проблем, лежащих в основе, которые в итоге привели к такому ограничению.

Однако, с помощью биологической обратной связи можно обнаружить дисбалансы на всех уровнях ауры, а затем указать специалисту-практику путь к эффективному лечению с помощью акупрессуры, или же к другим энергетическим методикам решения эмоциональных и ментальных проблем, лежащих в основе «замерзшей» акупунктурной точки. Как только данная основополагающая проблема разрешена, акупунктурная точка возвращается в состояние баланса, и ее можно эффективно стимулировать с целью повторной балансировки потоков энергии Ци с помощью Закона пяти элементов для выполнения устойчивых коррекций.

Определение приоритетных каналов согласно Закону пяти элементов.

Еще один уникальный вклад Энергетической кинезиологии в применение теории акупрессуры подразумевает применение правила выполнения методики акупрессуры. В действительности, это называется Закон пяти элементов, поскольку правила и принципы, по которым она работает, стабильны и неизменны, подобно закону гравитации. Первое правило состоит в том, что энергия, такая как электричество, всегда ищет кратчайший маршрут. Но что делать, если у вас два одинаково кратких пути, и оба из них соответствуют Закону?

Например, вы помните, что существует два типа каналов, соответствующих Закону пяти элементов: цикл Шен и цикл

Ко. Если существует нехватка энергии в области печени и ее переизбыток в селезенке, образуется два равных канала, по которым может выходить избыток энергии в область ее нехватки: 1) посредством цикла Шен в легкие, а затем посредством цикла Ко в область печени; или 2) посредством цикла Ко в область почки, а затем посредством цикла Шен в область печени.

Оба эти канала одинаковой длины. Следовательно, какой из каналов следует использовать? Китайцы применяют правило, указывающее на тот канал, который на протяжении тысячелетия наблюдений показал свою *наибольшую* эффективность. Однако, в этих случаях, когда канал не является самым эффективным, то и лечение также является менее эффективным.

Применяя мышечный мониторинг, легко определить какой из каналов является приоритетным и покажет наилучшие результаты.

Семь элементов терапии акупрессуры

Еще один существенный вклад в кинезиологию и методику акупрессуры внес Ричард Атт, разработав Теорию акупрессуры семи элементов.

Традиционная китайская медицина включает в себя пять элементов: Огонь, Землю, Металл, Воду и Дерево.

Каждый из элементов был представлен двумя меридианами, или каналами, которые распределяли поток энергии Ци по всему телу, кроме Огня, который был представлен четырьмя меридианами. Меридианы Сердца и Толстого кишечника формировали элемент Высшего Огня, в то время как меридианы Перикарда и Тройного обогревателя формировали элемент Вспомогательного Огня.

Ней Шинь, и *Лиу Синь*, или шесть фаз признали, что элемент Огня традиционной акупунктуры, хоть и представлен как единичный элемент четырех меридианов, в действительности представлял два абсолютно отдельных и различных элемента: 1) Высший Огонь, включающий меридианы Сердца и Тонкого кишечника; и 2) Вспомогательный Огонь, включающий меридианы Перикарда и Тройного обогревателя. В действительности, шесть элементов используются и сегодня в школе учений акупунктуры Лиу Синь.

Эзотерические компоненты Ней Шинь также ссылаются на седьмой элемент, Управляющий Огонь, состоящий из двух из восьми чудесных меридианов, Управляющего и Центрального. Это только два из восьми чудесных меридианов, которые имеют свои специальные акупунктурные точки. Они формируют ключевую энергетическую цепь, которую называют Небесным Кольцом, обозначая ее важность, поскольку они представляют первичную полярность взаимодействия максимальной энергии Ян Управляющего меридиана и максимальной энергии Инь Центрального меридиана, формируя друг друга. Это большая энергия *Тай Ци*. Добавление Управляющего Огня к модели шести элементов позволяет семи элементам представлять 14 меридианов.

В Теории семи элементов акупрессуры элемент Управляющего Огня представляет универсальную не проявляемую

энергию, которая входит в систему меридиана через Управляющий меридиан 20 (Духовные врата) как дух, исходящий в момент смерти.

Эта энергия открывает первоначальную полость духа (эпифиз) и кристаллизуется в виде семени *Юань Ци,* являясь источником пренатальной энергии Ци Управляющего Огня. Этот элемент регулирует и питает элемент Вспомогательного Огня, который затем контролирует движения энергии Пяти элементов, и одухотворяет материю. В соответствии с этими древними источниками, Управляющий Огонь можно считать основой духовного начала.[19] В традиционной китайской теории эзотерики Управляющий Огонь контактирует с тем, что называется «ясный светлый разум» или пространство — царство чистых, абсолютных ценностей. В теории Бома это считается невидимым порядком, областью всех частот и возможностей. Энергия, исходящая из этого пространства или ясного светлого разума, будет полноценным движением от подразумеваемого порядка к выраженному порядку индивидуума. Ясный светлый разум в теории йоги называется *логос* и по христианской традиции носит название *божественный*. Традиционно, в йоге Управляющий Огонь представляет монадический и атмический уровни формы, которую представляет собой энергия, а в христианстве он представляет Душу.

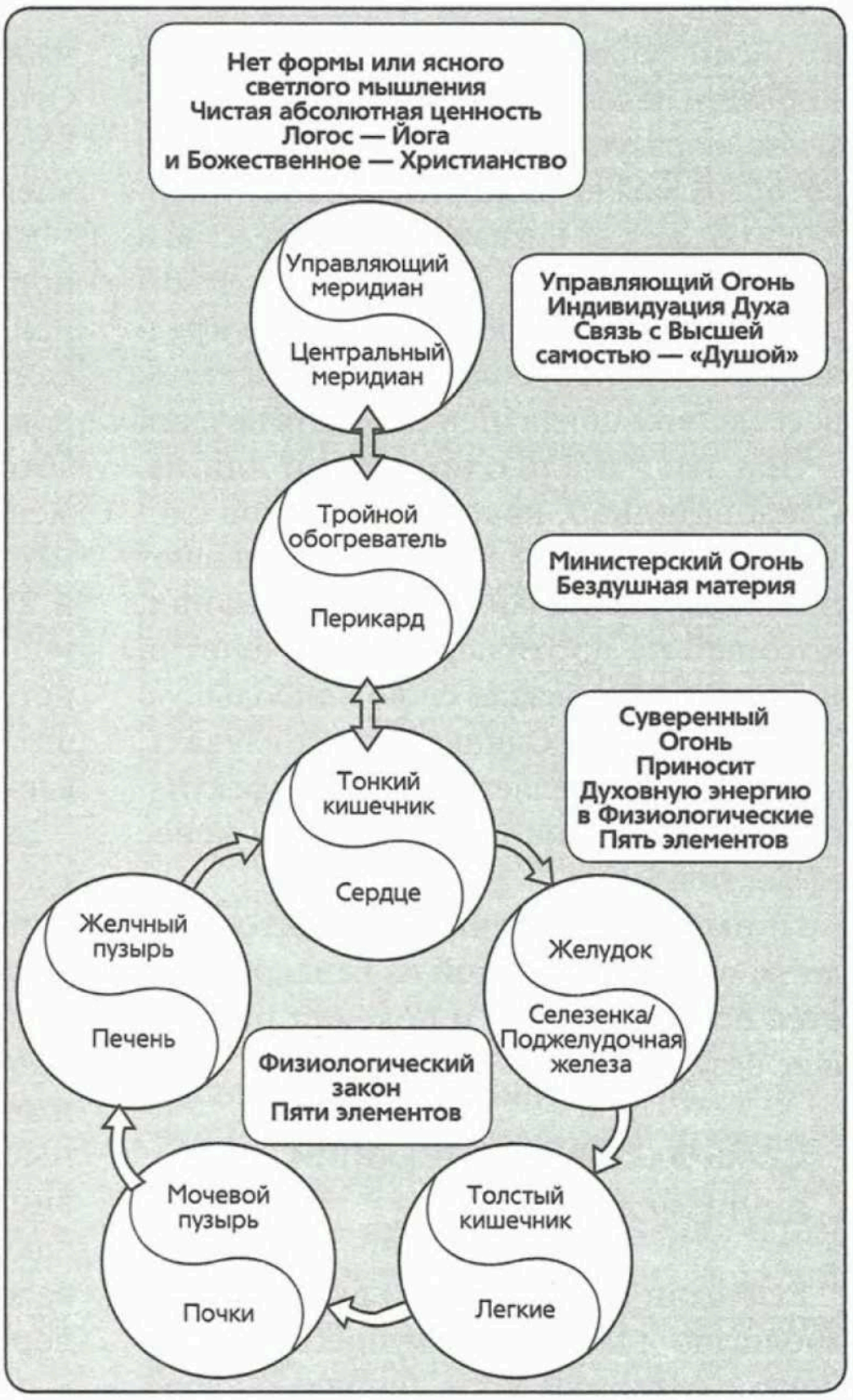


Рис. 38.2. **Семь элементов в китайской эзотерике.** В традиционной китайской эзотерике существует семь элементов, которые представляют собой всецелую космологию, посредством которой одухотворяется материя. То, что сейчас называется *вакуум* или *нулевая точка поля* в физике, или же *порядок подразумеваемый* Бомом, область всех возможных частот, в Китае носило название *Без Формы* или *Ясный Светлый Разум*. Контакты человека с этой областью происходили через интегрированный поток энергий Центрального и Управляющего Огня, основа его одухотворения снисходила через нематериальную энергию меридианов Тройного обогревателя и Перикарда Вспомогательного Огня с тем, чтобы одухотворить материю.

Таким образом, в этом значении Управляющий Огонь отражает ваше единение со всем окружающим миром или Господом, то есть с Душой христианской веры. Когда данное единение устойчиво и стабильно, вам будет свойственно сильное чувство самого себя, так как Господь всегда ОК, и вы являетесь частью Его, значит вы тоже ОК. Если это единение истонченное, маленькое Я или Эго чувствует себя неуверенно и ищет одобрения у других, чтобы почувствовать себя ОК. В действительности, это вносит свой уникальный вклад в терапию акупрессуры, поскольку теперь вы можете напрямую балансировать Управляющий Огонь и, соответственно, взаимосвязь между более высоким уровнем самости и собственно эго. См. рис. 38.2.

Применение Теории акупрессуры семи элементов

Терапия акупрессуры семи элементов использует все традиционные точки акупрессуры семи элементов плюс точки на Центральном и Управляющем меридианах, которые не являются частью традиционной системы пяти элементов. В системе пяти элементов паттерн пяти элементов представлен точками пяти элементов на каждом из меридианов: макрокосм в микрокосме (см. рис. 6.6). На каждом меридиане существуют пять точек: точка Огня, точка Земли, точка Металла, точка Воды и точка Дерева. Они называются командными точками, поскольку контролируют поток энергии между меридианами различных элементов.

Ввиду того, что в традиционную систему пяти элементов Управляющий и Центральный меридианы не включены, традиционные командные точки у них отсутствуют. Однако, есть Управляющие и Центральные точки, которые в действительности соединяются с каждым из меридианов пяти элементов, даже если они не являются частью традиционного потока пяти элементов. Эти точки действительно влияют на поток внутри самих пяти элементов. Ричард Атт внес их в систему шести элементов, которые входят в схему пяти элементов, выделяя также Высший Огонь и Вспомогательный Огонь как отдельные элементы. Эти два изменения были отмечены при создании терапии акупрессуры семи элементов. Следовательно, это указывает на другой тип коррекции акупрессуры, которая может использоваться в ходе лечения.

Как только в контуре появляется дисбаланс и акупрессура указывает на необходимость коррекции, вам всего лишь нужно удерживать режим голограммы, а также режим пяти элементов с глубоким нажатием (что и представляет собой режим иди пальцевую пробу семи элементов) с целью определения того, нужно ли применять акупрессуру семи элементов. Приоритетное изменение индикатора показывает, что применение методики акупрессуры семи элементов будет наиболее эффективной методикой для устранения данного отдельного дисбаланса. Эта методика подразумевает последовательный поиск двух сигнальных точек меридиана, координат голограммы, а затем переход к схеме семи элементов, чтобы увидеть, для каких акупунктурных точек нужна балансировка. Дальнейшая биологическая обратная связь мышц будет указывать вам на вид

дисбаланса акупунктуры, и на то, какое лечение является наиболее уместным для этого дисбаланса.

В кинезиологии терапия акупрессуры исходила из прямой физической стимуляции точки акупунктуры с применением нажатий с нормальной силой, чтобы активировать акупунктурную точку через вибрационные источники. Данные методы лечения могут включать в себя применение света, звука, цветочную эссенцию, гомеопатические средства и природные масла, или их комбинацию. Например, одинаковые голографические координаты, которые идентифицируют то, какие точки лечения связаны с какой-либо цветочной эссенцией, отдельными звуками и отдельным цветом.

Следовательно, вы можете использовать цветочную эссенцию для камертонов, которые затем направляются на акупунктуру, или же нанести отдельное гомеопатическое средство на акупунктурную точку, а затем направить лазер на данную точку.

Джон со своими коллегами показал, что стимуляция акупунктурных точек с помощью сфокусированных высоких ультразвуковых пульсаций неотличима от той, которую проводят обычной иглотерапией.[2] В действительности, воздействие пульсирующим сфокусированным ультразвуком является видом акупрессуры. То есть, свет, представляющий собой гораздо более тонкую вибрацию, чем звук, и его применение, особенно импульсный лазер, является очень тонкой формой акупрессуры.

Литература

1. Porkert, M 1974, The Theoretical Foundations of Chinese Medicine, MIT Press, Cambridge, pp. 43—76. Kaptchuk, TJ 1983, The Web That Has No Weaver: Understanding Chinese Medicine, Ryder, London. Maciocia, G 1989, The Foundations of Chinese Medicine, Churchill Livingstone, Edinburgh, pp. 15—34. Xinnong, Cheng, chief ed. 1987, Chinese Acupuncture and Moxibustion, Foreign Language Press, Beijing, pp. 1—2.

2. Jones, JP, So, CS, Kidney, DD & Saito, T 2001, Evaluation of acupuncture using f-MRI and ultrasonic imaging, in 20ThAnnual Meeting of the Society for Scientifi c Exploration, La Jolla. Helms, JM 1995, Acupuncture Energetics: A Clinical Approach for Physicians, Medical Acupuncture Publishers, Berkeley, pp. 26—27. Maciocia, G 1989, The Foundations of Chinese Medicine, Churchill Livingstone, London, pp. 15—34.

3. Zhongfang, L, Qingshu, C, Shuping, C & Zhenjing, H 1989, Eff ect of electro-acupuncture of 'Neiguan' on spontaneous discharges of single unit in amygdaloid nucleus in rabbits, Journal of Traditional Chinese Medicine, Vol. 9, No. 2, pp. 144—150.

4. Qian-Liang, L 1989, Research on strengthening cerebral function and improving intelligence, International Journal of Oriental Medicine, Vol. 14, pp. 227—232.

5. Abad-Alegria, F, Galve, JA & Martinez, T 1995, Changes of cerebral endogenous evoked potentials by acupuncture stimulation: a P300 study, American Journal of Chinese Medicine, Vol. 23, No. 2, pp.115—119.

6. Li, P, Tjen-A-Looi, S, Longhurst, J & Li, P 2001, Rostral ventrolateral medullary opioid receptor subtypes in the inhibitory eff ect of electroacupuncture on refl ex autonomic response in cats, Autonomic Neuroscience, Vol. 89, pp. 38—47.

7. Bucinskaite, V, Lundeberg, T, Stenfors, C, Ekblom, A, Dahlin, L & Theodorsson, E 1994, Eff ects of electro-acupuncture and physical exercise on regional concentrations of neuropeptides in rat brain, Brain Research, Vol. 666, pp. 128—132.

8. Pohl, A & Nordin, C 2002, Clinical and biochemical observations during treatment of depression wiThelectroacupuncture: a pilot study. Human Psychopharmacology, Vol. 17, No. 7, pp. 345—348.

9. Cho, ZH, Chung, SC, Jones, JP, Park, JB, Park, HJ, Lee, HJ, Wong, EK & Min, BI 1998, New fi ndings of the correlation between acupoints and corresponding brain cortices using functional MRI. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, Vol. 95, pp. 2670—2673. Li, G, Cheung, RT, Ma, QY & Yang, ES 2003, Visual cortical activations on fMRI upon stimulation of the vision-implicated acupoints, NeuroReport, Vol. 14, pp. 669—673.

10. Hui, KK, Liu, J, Makris, N, Gollub, RL, Chen, AJ, Moore, CI, Kennedy, DN, Rosen, BR & Kwong, KK 2000, Acupuncture modulates the limbic system and subcortical gray structures of the human brain: evidence from f-MRI studies in normal subjects, Human Brain Mapping, Vol. 9, pp. 13—25.

11. Zhongfang, L, Qingshu, C, Shuping, C & Zhenjing, H 1989, Eff ect of electro-acupuncture of 'Neiguan' on spontaneous discharges of single unit in amygdaloid nucleus in rabbits, Journal of Traditional Chinese Medicine, Vol. 9, No. 2, pp. 144—150.

12. Pariente, J, White, P, Frackowiak, RS & Lewith, G 2005, Expectancy and belief modulate the neuronal substrates of pain treated by acupuncture, Neuroimage, Vol. 25, pp. 1161—1167.

13. Zhang, WT, Jin, Z, Luo, F, Zhang, L, Zeng, YW & Han, JS 2004, Evidence from brain imaging wiThfMRI supporting functional specifi city of acupoints in humans, Neuroscience Letters, Vol. 354, pp. 50—53.

14. Cho, ZH, Chung, SC, Lee, HJ, Wong, EK & Min, BI 2006, Retraction: New fi ndings of the correlation between acupoints and corresponding brain cortices using functional MRI, Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, Vol. 103, p. 10527. Hu, KM, Wang, CP, Xie, HJ & Henning, J 2006, Observation on activating eff ectiveness of acupuncture at acupoints and nonacupoints on diff erent brain regions [in Chinese], Zhongguo Zhen Jiu, Vol. 26, pp. 205—207.

15. Yan, B, Li, K, Xu, J, Wang, W, Li, K, Liu, H, Shan, B & Tang, X 2005, Acupoint-specifi c fMRI patterns in human brain, Neuroscience Letters, Vol. 383, pp. 236—240.

16. Dhond, RP, Kettner, N & Napadow, V 2007, Neuroimaging acupuncture eff ects in the human brain, Journal of Alternative and Complementary Medicine, Vol. 6, pp. 603—616.

17. Kong, J, Kaptchuk, TJ, Webb, JM, Kong, JT, Sasaki,Y, Polich, GR, Vangel, MG, Kwong, K, Rosen, B & Gollub, RL 2009, Functional neuroanatomical investigation of vision-related acupuncture point specifi city—a multi-session fMRI study, Human Brain Mapping, Vol. 30, pp. 38—46.

18. Jones, JP, So, CS, Kidney, DD & Saito, T 2001, Evaluation of acupuncture using f-MRI and ultrasonic imaging, in 20ThAnnual Meeting of the Society for Scientifi c Exploration, La Jolla, California.

19. Anonymous 1979, Chinese Medical Classics. The Nei Ching (Su Wen and Ling Shu) and Nan Ching. The Study Materials of the Occidental Institute of Chinese Studies Alumni Association, Miami, pp. 188.

Глава 39

ЭНЕРГИЯ ФИГУРЫ 8

Совершенствование применения энергетических потоков фигуры 8 в кинезиологии

Предположительно, применение энергетических потоков фигуры 8 в кинезиологии имеет несколько истоков, которые более детально описаны в недавних трудах Робина Брауна Фроссарда.[1]

Похоже, что доктор Алан Бирдалл, один из первоначальных хиропрактиков «Грязной дюжины» в Прикладной кинезиологии, получил вдохновение от картинки в одной из своих книг об искусстве Тибета. Это побудило его в начале 1970-х гг. заняться созданием концепции потоков энергии в форме фигуры 8, приписывая им тибетское происхождение.

Другой представитель «грязной дюжины», доктор Шелдон Дил подтвердил, что он действительно узнал о потоках энергии в форме фигуры 8 от доктора Бирдалла, хотя по свидетельствам присутствовавших в то время в его офисе практикантов, он не применял потоки в своей клинической практике.

Похоже, что это вторая допустимая связь, посредством которой энергетические потоки фигуры 8 могли прийти в кинезиологию и, возможно, независимо от доктора Бирдалла.

В 1974 году доктор Джордж Гудхарт привел цитату из книги «*Акупунктура и энергии тела человека*» доктора Уильяма МакГарея,[2] в которой доктор МакГарей упоминал о фигуре 8, ссылаясь на японских акупунктуристов и Эдгара Кейси.

Макгарей сообщил, что Эдгар Кейси написал, что по своей природе этот поток энергии является вибрационным и проходит сквозь тело человека в форме восьмерки, судя по многим показателям.

В дальнейшем, Кейси утверждал, что данные потоки относились к глубинному уровню состояния здоровья и, как выяснилось, оказывали на организм человека оздоровительное воздействие. Очевидно, Гудхарт был впечатлен и решил исследовать данные потоки фигуры 8.[1]

Согласно утверждению доктора Пола Шпризера, до 1978 года Гудхарт использовал мышцы для тестирования присутствия потоков фигуры 8 тела путем «проведения рукой от верхней левой реберной области вниз к нижней правой подвздошной области, и соответственно, в обратном направлении». Однако, Гудхарт связывал фигуру 8 с паттернами походки, а не с общими функциями организма.

Каким бы ни было действительное происхождение фигуры 8 в области кинезиологии, получилось так, что доктор Джон Ти включил энергетические потоки фигуры 8 в свое руководство 1979 года под названием «Целебное прикоснове-

ние», а доктор Дил ввел понятие энергетических потоков фигуры 8 в Прикладную кинезиологию в середине 1970-х гг. Помимо этого, Дил показал эти потоки фигуры 8 Ричарду Атту. После этого он и Атт начали экспериментировать с ними. Затем Атт перенес потоки фигуры 8 в систему Прикладной физиологии.

Из Прикладной кинезиологии и «Целебного прикосновения» система энергетических потоков фигуры 8 быстро распространилась в ряде развивающихся систем кинезиологии.

Изначально, в 1975 году Дил и Ти признавали только шесть энергетических потоков фигуры 8, расположенных над каждой основной областью тела, спереди и сзади. Дил перенес эти потоки энергий фигуры 8 в Прикладную кинезиологию в 1975 году. Гордон Стокс, тренер-инструктор по «Целебному направлению» в 1970-х гг., и сооснователь курса кинезиологии под названием «Три в одном», впоследствии перенес энергетические потоки фигуры 8 в систему «Три в одном» в начале 1980-х гг.

Доктор Брюс Дью, основатель курса Профессиональной кинезиологической практики, впоследствии добавил один поток энергии фигуры 8, который охватывал переднюю и заднюю области тела, и был включен в семинар Тибетской энергии.[4]

В начале 1980-х гг. Ричард Атт совершенствовал эти потоки энергий, его исследование показало наличие дополнительных энергетических потоков фигуры 8 над каждой областью тела, а также над головой и под ступнями.

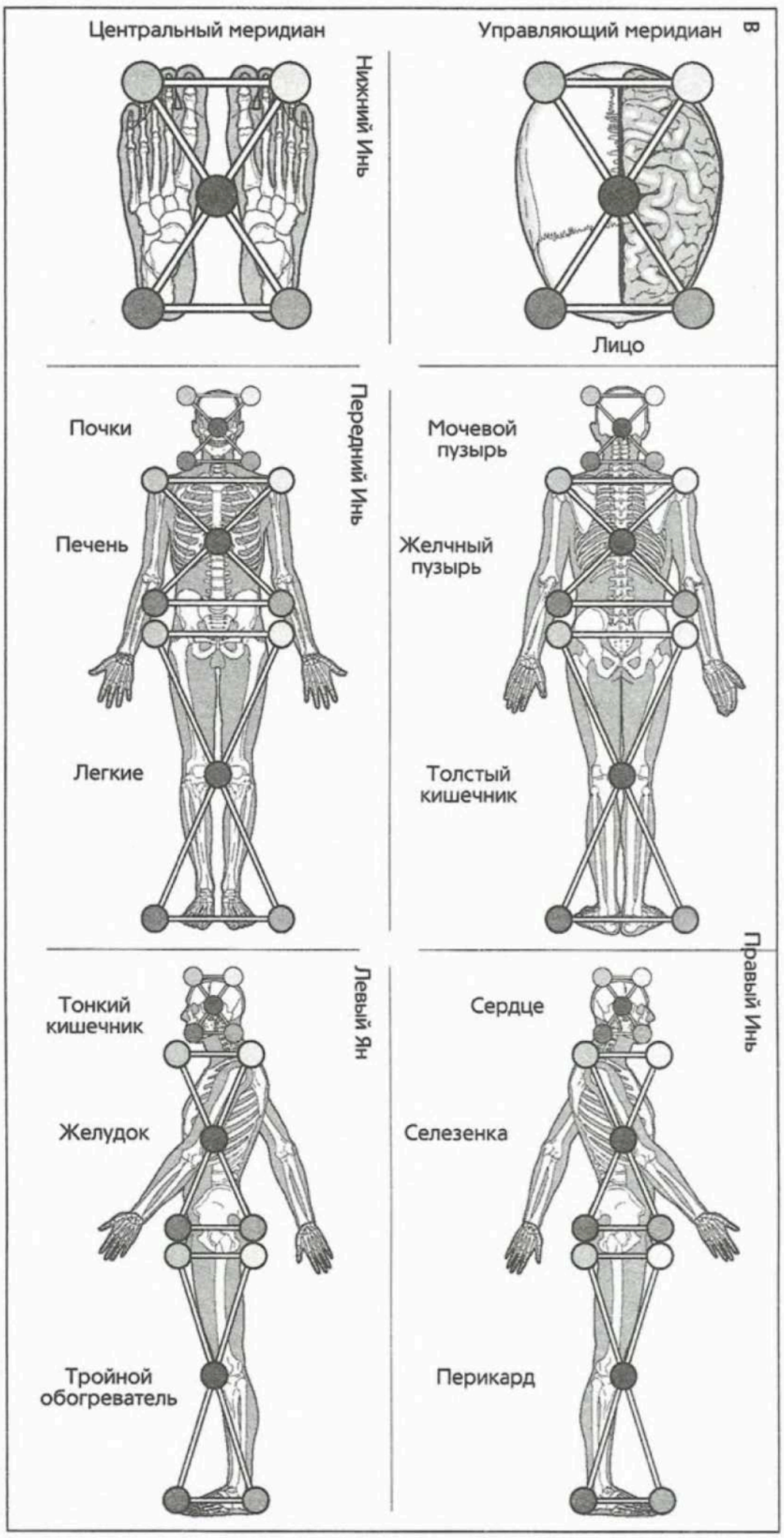
Обнаружение дисбалансов фигуры 8

Первоначальный способ определения дисбаланса фигуры 8 в кинезиологии заключался в методике промахивания рукой над каждой областью фигуры 8 по очереди, с одновременным мониторингом мышцы-индикатора. Изменение мышцы-индикатора после промахивания по отдельным областям указывало на дисбаланс внутри такого отдельного сегмента.

Ввиду того, что сужение потока происходит в норме только в одном направлении, когда при промахивании рукой «проталкивается» больше энергии в месте сужения, сопротивление потока быстро увеличивается, вызывая изменение индикатора.

Гордон Стокс, сооснователь концепции «Три в одном», разработал методику, которую он назвал *ворсистые рукавицы,* чтобы быстро проверять наличие любых дисбалансов фигуры 8 на любой поверхности. Он проводил рукой волнообразным движением от головы к ступням на каком-либо участке, например, от лица вниз по туловищу к передней части ног и ступней, выполняя мониторинг мышцы-индикатора.

В случае изменения мышцы-индикатора он знал, что на одном из сегментов фигуры 8 на данной поверхности присутствовал дисбаланс. Затем, применяя технику «ворсистые рукавицы» на голове, туловище и спереди ног, он имел возможность быстро локализовать тот сегмент, в котором был дисбаланс фигуры 8.



После того, как данный сегмент был локализован, он понимал, где нужно применять коррекцию.

Однако, если имело место изменение индикатора только на одном отдельном сегменте, это показывало, что это тот сегмент области тела, где присутствовал дисбаланс фигуры 8.

Например, если при использовании «ворсистых рукавиц» от головы к ступням возникало изменение мышцы-индикатора, то каждая область тела проверялась отдельно, в том сегменте, в котором появлялось изменение мышцы-индикатора существовал дисбаланс фигуры 8.

Затем можно провести проверку каждой части потока фигуры 8 для этой области тела с целью исследования на предмет того, в каком именно компоненте фигуры 8 наблюдается сжатие энергетического потока.

Например, «ворсистые рукавицы» показали, что в передней части туловища есть дисбаланс фигуры 8.

Следовательно, человек, проводящий мониторинг, проводит рукой от правого плеча к левому бедру и выполняет мониторинг, а затем повторяет этот процесс в обратном направлении от левого бедра к правому плечу для того, чтобы проверить наличие

Рис. 39.1. **Семь элементов энергетических потоков фигуры 8 и сопряженных с ними меридианов.** В голограмме Семи элементов из Прикладной физиологии, каждый из четырнадцати основных энергетических потоков фигуры 8 связан с отдельным потоком меридиана.

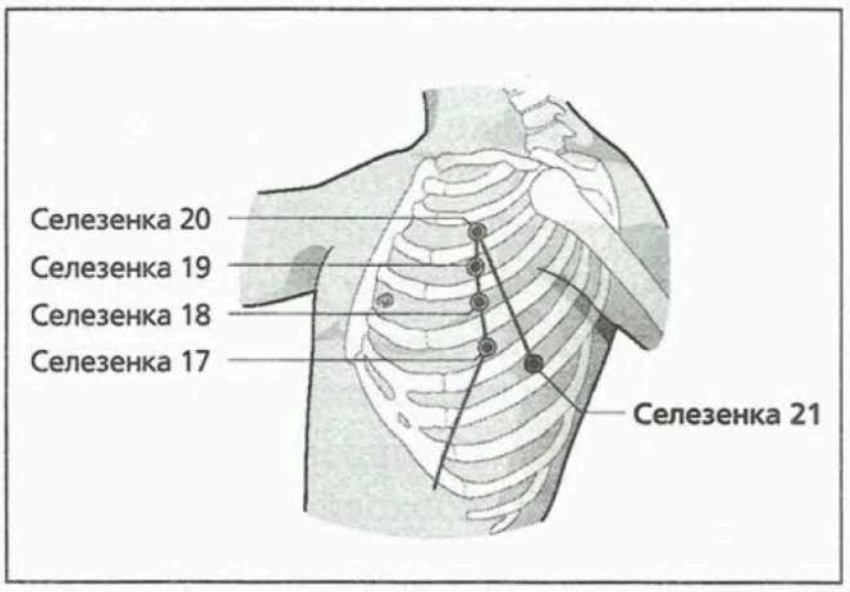


Рис. 39.2. **Индикаторная точка энергетической системы фигуры 8** (точка Селезенки 21 в левой части тела). Специфическая индикаторная точка энергетического дисбаланса фигуры 8 — это проверка точки Селезенки 21 в левой части тела. Таким образом, когда человек, проводящий мониторинг, локализует контур точки Селезенки 21 слева, происходит изменение индикатора, но, когда клиент прикасается к своей точке Селезенки 21 слева, изменение индикатора не происходит. Это подтверждает то, что дисбаланс в контуре связан с энергетическим дисбалансом фигуры 8. Как только точка Селезенки 21 слева показала энергетический дисбаланс фигуры 8, полученное изменение мышцы-индикатора закладывается в контур и проводится локализация контура сигнальных точек меридиана, изменение мышцы-индикатора на отдельном меридиане показывает, что сопряженный энергетический поток фигуры 8 разбалансирован.

дисбаланса по часовой стрелке и против нее. Если в результате этого, в обоих направлениях не произошло изменение мышцы-индикатора, то поток энергии в данном сегменте фигуры 8 сбалансирован. В дальнейшем, по каждому сегменту энергетического потока фигуры 8 данная методика будет повторяться до тех пор, пока не будет выявлен и заложен в контур сегмент с сокращенным или заблокированным энергетическим потоком.

В 1989 году Атт обнаружил, что в действительности существует четырнадцать фигур 8, а не шесть, которые относятся к каждому из своих участков тела. С учетом наличия четырнадцати фигур 8 метод промахивания по каждому сегменту представлял собой довольно длительный процесс. Поэтому Атт разработал методику быстрой локализации дисбаланса в потоке энергии любой фигуры 8. Он осознал, что может существовать сочетание отдельных потоков фигуры 8 и сигнальных точек отдельных меридианов акупунктуры, поскольку существует четырнадцать основных энергетических потоков фигур 8 и четырнадцать сигнальных точек меридиана (рис. 39.1). Затем Атт исследовал взаимосвязь между этими сигнальными точками и энергетическими потоками фигуры 8, присвоив отдельные сигнальные точки отдельного меридиана каждому энергетическому потоку фигуры 8. В дальнейшем, Атт обнаружил отдельную точку-индикатор, с помощью которой можно определить общий энергетический дисбаланс фигуры 8. Это точка Селезенки 21 слева (см. рис. 39.2).

Если точка Селезенки 21 слева показывает изменение мышцы-индикатора в процессе ее проверки, то всегда будет иметь место дисбаланс энергетического потока фигуры 8 в какой-то области тела. При проверке не будет изменения мышцы-индикатора, если клиент прикасается к своей точке Селезенки 21 слева, но изменение будет происходить тогда, когда к этой же точке будет прикасаться человек, проводящий мониторинг.

В этом случае происходило прямое сочетание сигнальной точки меридиана

с энергетическим потоком фигуры 8, а локализация дисбаланса ее потока энергии происходило так же просто, как и проверка специфической точки-индикатора фигуры 8 — точки Селезенки 21 слева.

Если в данном случае происходит изменение мышцы-индикатора, это значит, что в одном из четырнадцати потоков основной фигуры 8 присутствует дисбаланс. Затем, путем локализации контура сигнальных точек по изменению мышцы-индикатора определяется специфический поток фигуры 8, связанный с сигнальной точкой, в котором присутствует дисбаланс.

Отдельную область энергетического потока фигуры 8 при разбалансированном потоке, движущемся по часовой стрелке или против нее, можно легко определить с помощью методики, приведенной выше.

Как только дисбаланс фигуры 8 локализован, следует применить некоторые виды коррекции для того, чтобы повторно сбалансировать данную энергетическую систему. В различных областях Энергетической кинезиологии существует ряд различных систем коррекции таких дисбалансов. Мы приведем описание только тех методик, которые используются чаще всего.

Балансировка энергетических потоков фигуры 8

Коррекция общих дисбалансов энергетических потоков фигуры 8

В соответствии с описанием, приведенным в главе 7, энергетические потоки фигуры 8 содержат осциллирующий поток, изменяясь между направлением по часовой стрелке и против нее. Следовательно, один из наиболее частых дисбалансов фигуры 8 происходит тогда, когда энергетические потоки движутся чрезмерно по часовой стрелке или же против нее.

Для того, чтобы скорректировать данный дисбаланс, необходимо выработать определенные механизмы для увеличения потока энергии в дефицитарном направлении, и для снижения потока в избыточном направлении.

Чтобы выполнять коррекцию, для начала необходимо знать, в каком направлении ее применять. Человек, проводящий мониторинг, сначала просто промахивает по фигуре 8 в направлении по часовой стрелке, а затем проводит мониторинг изменений мышцы-индикатора. Если изменений нет, человек, проводящий мониторинг, промахивает фигуру 8 по направлению против часовой стрелки, а затем проверяет наличие изменений мышцы-индикатора. Если энергетический поток сбалансирован, данное движение руки и связанный с ним электромагнитный поток лишь на мгновение собьет осцилляцию, которая может быстро восстановиться, как только убрать руку от энергетического потока фигуры 8. Следовательно, никакого изменения мышцы-индикатора не произойдет.

С другой стороны, если энергетический поток фигуры 8 циркулирует больше по часовой стрелке, чем против нее, и вы выполняете движение рукой по часовой стрелке через поток фигуры 8, это усилит начальную степень дисбаланса, что

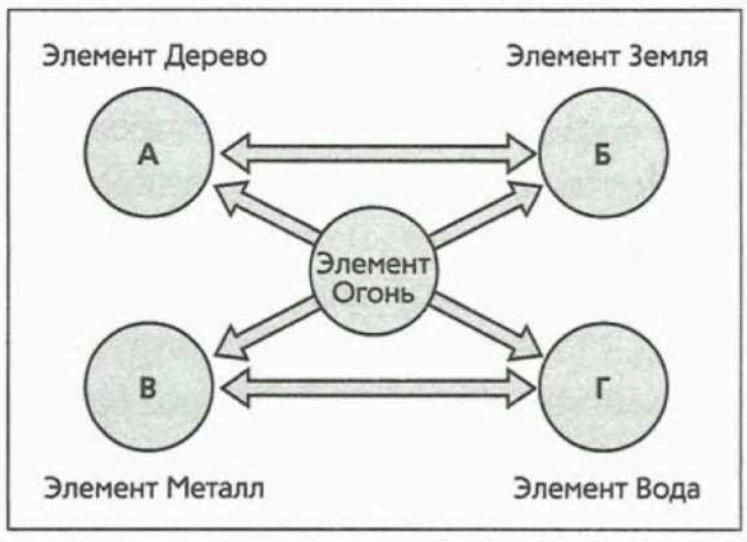


Рис. 39.3. **Закон Пяти элементов энергетических потоков фигуры 8.** Если точка Селезенки 21 слева вызывает изменение мышцы-индикатора, можно проводить проверку Пяти элементов на наличие дисбаланса энергетического потока фигуры 8 путем обычного удержания точки Селезенки 21 в левой области, а затем с помощью удержания пальцевых проб согласно Закону Пяти элементов (прикосновение большого пальца на дистальную складку мизинца). Если в результате этого происходит соответствующее изменение мышцы-индикатора, это значит, что заблокированная или разбалансированная командная точка Пяти элементов, сопряженная с энергетическим потоком данной фигуры 8, указывает на энергетический дисбаланс фигуры 8.

приведет к довольно длительному дисбалансу в фигуре 8, что ясно выразится при мышечном мониторинге.

Однако, движения рукой по направлению против часовой стрелки (против движения разбалансированного потока) усилит более слабый поток энергии и моментально повторно сбалансирует фигуру 8. Следовательно, изменений мышцы-индикатора наблюдаться не будет.

Таким образом, коррекция разбалансированной фигуры 8 может проводиться с помощью промахивания по фигуры 8 по направлению более слабого потока энергии до тех пор, пока не произойдет балансировка более сильного потока, повторно создавая ровные осциллирующие потоки энергии. Затем необходимо проверить точку Селезенки 21 слева, или снова провести «ворсистыми рукавицами» по всем потокам фигуры 8 для того, чтобы проверить наличие каких-либо других дисбалансов фигуры 8.

Процедура считается завершенной тогда, когда не будет дальнейших изменений мышцы-индикатора при проверке точки Селезенки 21 слева или же при задействовании методики «ворсистых рукавиц».

В добавление к традиционной коррекции с отслеживанием потока энергии фигуры 8 при помощи руки, можно также использовать камертоны или свет с тем, чтобы сбалансировать эти энергетические потоки путем прослеживания движения энергии фигуры 8 по направлению более слабого энергетического потока.

Также можно заложить дисбаланс фигуры 8 в контур, а затем балансировать с помощью пальцевых проб, специфических индикаторных точек, проверочных действий и вербального опроса для того, чтобы справиться с основными факторами, которые порождают эти расстройства, поскольку они часто являются психоэмоциональными составляющими дисбалансов фигуры 8.

Для того, чтобы выполнить коррекцию фигуры 8, вам необходимо принять во внимание следующие факторы: 1) место локализации дисбаланса (полная фигура 8, или только ее часть); 2) направление коррекции (по часовой стрелке или против); 3) вид корректирующей методики, которую нужно применить (с помощью рук, звука, света или закладки дис-

баланса фигуры 8 в контур); и 4) количество необходимого времени или раз для применения данной коррекции.

Пять Элементов и фигура 8

Будучи проницательным человеком, Атт осознал, что взаимосвязь меридианов с фигурой 8 могла относиться к связи с законом о Пяти элементах. На самом деле, на рисуноке 39.3 показано как фигура 8 может быть представлена в виде четырех разных углов (A, B, C и D) и точка пересечения в середине €. Согласно закону Пяти элементов, каждый меридиан содержит пять командных точек. Атт обнаружил, что каждый угол, плюс центр точки пересечения фигуры 8, представляет собой отдельную командную точку.

Было выявлено, что точка элемента Огня локализуется посередине точки пересечения, и каждый угол представлял собой один из четырех элементов.

Движение по часовой стрелке вокруг Пяти элементов указывает, что A — это элемент Дерева, B — элемент Земли, C — элемент Металла, и D — элемент Воды.

Для того, чтобы определить дисбаланс фигуры 8 Пяти элементов, Атт использовал вариации стандартной точки-индикатора фигуры 8, точку Селезенки 21 в левой области тела. При удержании пробы Пяти элементов в процессе проверки точки Селезенки 21 слева, изменение индикатора показывает, что существует энергетический дисбаланс фигуры 8 Пяти элементов. Для того, чтобы определить какой именно дисбаланс присутствует в фигуре 8, человек, проводящий мониторинг, проводит проверку каждой сигнальной точки, приоритетная сигнальная точка, даст изменение мышцы-индикатора в разбалансированной фигуре 8.

Затем, для того, чтобы локализовать область суженного потока энергии, следует выполнить промахивание от одной командной точки к другой и определить в какой области, и в каком направлении происходит изменение мышцы-индикатора, а затем ввести это в контур. После этого, человеку, проводящему мониторинг, следует всего лишь локализовать контур двух командных точек, расположенных с обоих концов области промахивания, и проверить, приоритет для коррекции. Если сегмент фигуры 8 движется к центру к точке Огня, вам необходимо проверить сегмент от угловой командной точки к точке Огня, находящейся посередине, затем от точки Огня к угловой командной точке на противоположном конце данного сегмента.

Как только определена отдельная область с ограниченным энергетическим потоком, человеку, проводящему мониторинг, следует локализовать контур командной точки, связанной с данным сегментом. Данную командную точку заложите в контур, и проведите коррекцию.

Если приоритетной коррекцией выходит акупрессура, то кинезиолог должен определить тип дисбаланса акупунктуры, поскольку существует два основных типа дисбаланса акупунктуры. Первый — это временный дисбаланс, который можно корректировать с помощью применения акупрессуры к акупунктурной точке. Второй тип появляется в результате блокировок внутри самой акупрессурной точки,

что связано с основополагающей причиной, и ее невозможно исправить путем обычной стимуляции акупунктуры. Данный второй тип дисбаланса известен как застывшая акупунктурная точка, которую следует корректировать до стимуляции акупунктуры (см. главу 6 — описание застывших акупунктурных точек). После выполнения лечения, следует провести повторную проверку предыдущей разбалансированной командной точки на предмет состояния ее баланса.

Отсутствие изменения индикатора в данной командной точке при локализации контура показывает, что данный сегмент фигуры 8 находится в состоянии гомеостаза, и сопряженные с ним физиологические и психоэмоциональные состояния можно нормализовать.

При коррекции фигуры 8 Пяти элементов вам необходимо принять во внимание следующие факторы: 1) поиск приоритетной командной точки для закладки в контур; 2) тип применяемой методики коррекции (т. е. акупрессура, звук или свет, или закладка в контур и балансировка); и 3) количество времени, необходимое для данной коррекции, если в методике содержится временной компонент (т. е. акупрессура, звук или свет).

Поскольку энергетические дисбалансы фигуры 8 могут быть не такими частыми, как другие виды дисбалансов, они могут свидетельствовать о проведении важнейших и эффективных видов коррекции для многих видов физических, физиологических и даже психоэмоциональных проблем.

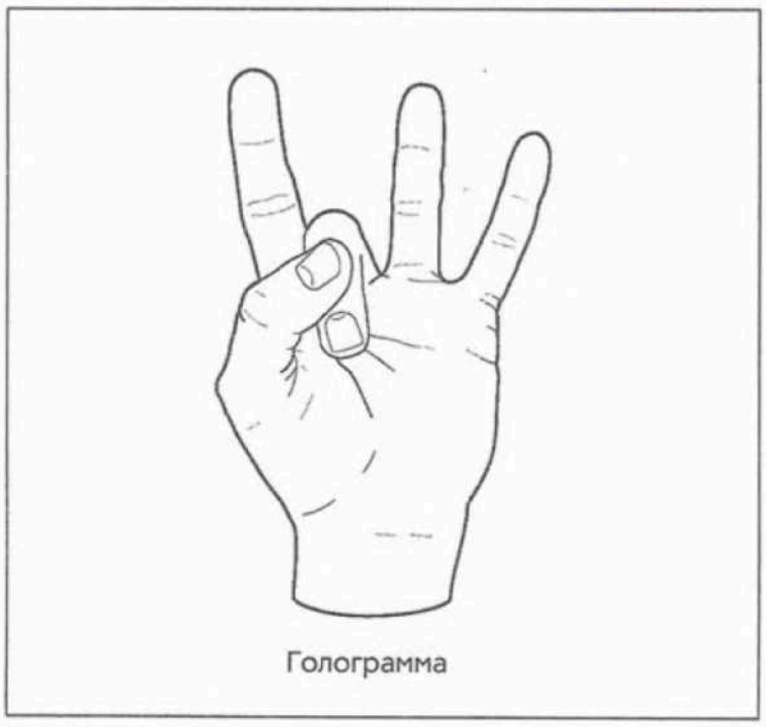
Литература

1. Brown-Frossard, R 2013, Tibetan Figure Eights, International Conference on Kinesiology and Health, Vienna, Austria.
2. McGarey, W 1974, Acupuncture and Body Energies, Gabriel Press, Phoenix.
3. Thie, JF 1979, Touch for Health, De Voross & Company, Marina del Rey, California
4. Dewe, B & Dewe J 1992, Tibetan Energy and Vitality: Timeless Ways to increase Your Energy and Vitality, Professional HealThPublications International, New Zealand.

Глава 40

ГОЛОГРАММЫ

Понятие голограммы



Голограмма

Рис. 40.1. Пальцевая проба голограммы. Пальцевая проба голограммы складывается следующим образом: подушечка большого пальца располагается на первом суставе среднего пальца. Если при складывании этой пальцевой пробы мышца-индикатор изменяет свое состояние, то это показывает, что необходимо применить голографическую коррекцию.

Прикладная физиология не остановилась на исследованиях простого энергетического взаимодействия мышца-меридиан, проведенного в прикладной кинезиологии, а включила голографический принцип в свой подход и методики. Более того, последние достижения в области физики, математики и физиологии привели к разработке голографической парадигмы. Сегодня эта парадигма дает нам многогранную интерпретативную метафору для многих традиционных доктрин целостности, таких как хиромантия, иридодиагностика и акупунктура, энергетические принципы которых никогда не совпадали с общепринятыми западными медицинскими моделями.[1]

Голографическая парадигма изначально появилась в одной технической разработке в оптике. В 1947 году Денеш Габор установил математические принципы для описания потенциальной трехмерной фотографии, которую он назвал *голографией* на основании уравнений Готфрида Вильгельма Лейбница, составленных в конце 18-го века. Однако Габор не смог продемонстрировать свойства голограмм по своим уравнениям до изобретения лазеров и потому не мог получить Нобелевскую премию по физике вплоть до 1971 года. Только в 1960-х годах Лейт и Упатникс создали первую успешную голограмму, используя только что появившиеся лазеры.

Что такое голограмма?

Голограмма — это особое трехмерное изображение, которое создается шаблонами частотных интерференций. В голографии используется луч лазера, особый тип света — *когерентный свет*, и голографическая пластина.[2] На рис. 40.2 показаны компоненты, используемые в голографии.

1. Лазерный луч направляется через светоделительную призму, благодаря чему получается два лазерных луча из одного источника.

2. *Эталонный луч* проходит сквозь рассеивающую линзу и направляется зеркалами на голографическую пластину.

3. *Объектный луч* проходит сквозь другую рассеивающую линзу и освещает фотографируемый объект, затем свет, отраженный объектом, падает на фотографическую пластину.

4. Незатронутый эталонный луч встречается с отраженным объектным лучом, формируя интерференционную картину.

5. Эта интерференционная модель закодирована в голографической пластине в виде двухмерной модели, либо в виде светлых и темных полос, либо в виде гребней и желобов.

6. Когда на голографическую пластину направляют лазерный луч той же частоты и под тем же углом, что и изначальный лазер, то первоначальный объект возникает в виде трехмерного изображения, парящего над голографической пластиной.

Если же голограмму осветить некогерентным светом, к примеру, обычной лампочкой, то голограмма не появится. Но если ее осветить когерентным светом с той же частотой, то появится настоящая трехмерная голограмма объекта. В случае с некоторыми голограммами вокруг них даже можно обойти. Удивительно в голограмме то, что даже если отделить небольшую часть голографической пластины и посветить на нее лазером той же частоты, все равно возникнет *объект целиком*, просто менее отчетливый.

Голограмма представляет собой частотную интерференционную модель, и в этой модели каждая частица содержит в себе целое. Этот принцип «каждая частица содержит в себе целое» можно увидеть и в клеточной структуре тела, где каждая клетка содержит в себе эталонный образец ДНК с информацией, используя которую, можно выстроить все человеческое тело.

Голографические принципы вселенной и человека впервые были выражены в китайских принципах Инь и Ян, динамических противоположных качествах, которые формируют вселенную и выражаются в структуре человека. Полностью голографическим является китайское понятие о том, что «в макрокосме хранится микрокосм, а в микрокосме хранится макрокосм».

Голографическая супертеория

Голограмма обладает несколькими основными характеристиками, благодаря которым она прекрасно служит как развернутая метафора, если не модель, реальности. Прежде всего, голограммы обладают огромной емкостью и способны хранить большие объемы информации в небольшом пространстве; около 10 миллиардов битов информации можно закодировать в одном кубическом сантиметре пленки. Во-вторых, распределяется по всей системе, так что, если голографическая пластина разобьется, одного фрагмента будет достаточно, чтобы возродить изначальный объект лишь с небольшой потерей качества. В-третьих, меняя угол, под которым свет лазера падает на голографическую пластину, на той же поверхности можно разместить несколько изображений как взаимопроникающие или накладывающиеся реальности. Голограмма отличается свойствами по кодированию и декодированию частот волновых структур и действует как линза,

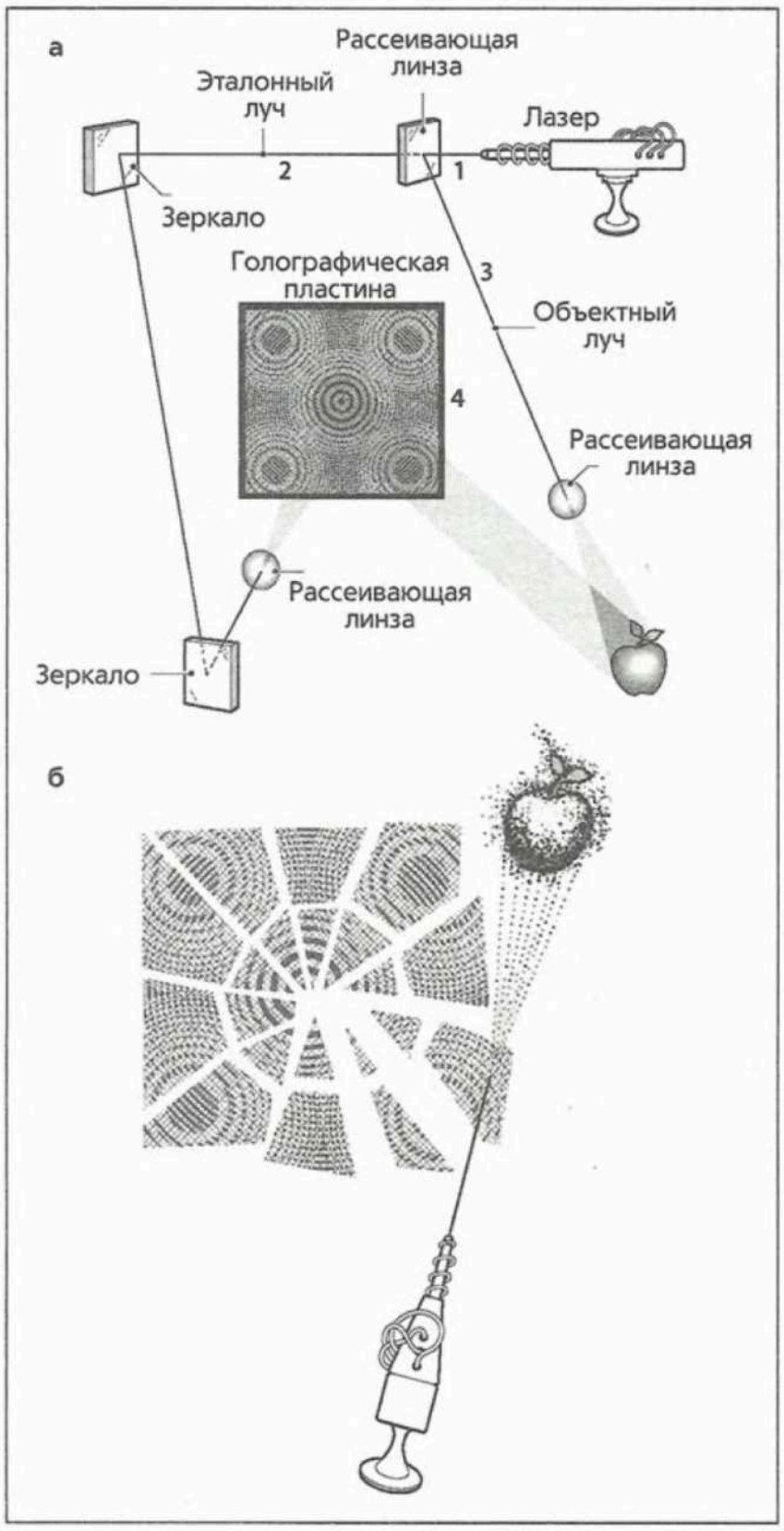


Рис. 40.2. **Как работает голограмма**

а, Лазерный луч разделяется на объектный луч и эталонный луч, каждый из которых с помощью зеркал направляется по двум путям. Объектный луч проходит сквозь рассеивающую линзу, встречается с объектом и отражает свет на голографическую пластину. Эталонный луч проходит сквозь другую рассеивающую линзу и по пути встречается со световыми волнами, отраженными от объекта, когда они падают на голографическую пластину. Объектный и эталонный лучи формируют голографическую интерференционную модель на голографической пластине.

б, Информация об объекте сохраняется по мере того, как голографическая интерференционная модель распределяется по пластине. Если посветить лазером той же частоты даже на небольшой участок пластины, световые волны, отраженные от пластины, вступят во взаимодействие и сформируют световой образ всего предмета, как бы парящего над голографической пластиной, — голограмму.

переводящая *размытость частот* в когерентные изображения.[3]

Доктор Карл Прибрам, исследователь в области нейрофизиологии из Стэнфордского университета, первым предположил, что мозг хранит и извлекает информацию или воспоминания голографически, не локально.[4] Вскоре после него физик доктор Дэвид Бом из лондонского Колледжа Биркбек (сейчас Биркбек, Лондонский университет) отказался от случайного характера квантовой механики и допустил существование голографической вселенной, которую он назвал *внутренним порядком*. Внутренний порядок — это частотный диапазон или нечеткость волновой картины, который охватывает все: время, пространство, прошлое, настоящее, будущее — все противоположности. Кажущийся мир наших органов чувств, с точки зрения Бома, представляет собой голографическую реконструкцию, или развернутый *внешний порядок*, этой области основных частот. Динамическое движение между этими частотными областями он назвал *голодвижением*.

Внешний порядок может считаться лишь интерференционной картиной основных частот внутреннего порядка, воплощенной в голограмме через линзу нашего сенсорного восприятия. Когда

для восстановления голограммы из того же внутреннего порядка используются линзы других частот, к примеру, эфирные частоты акупунктурных меридианов, возникают различные внешние порядки. В соответствии с мировоззрением дзэн, наша кажущаяся реальность — ничто кроме иллюзии, формируемой ограниченной линзой узкого электромагнитного спектра, воспринимаемого нашими органами чувств.

Голографическая парадигма или мировоззрение, включая концепт голографической вселенной, возникла благодаря творческому слиянию идей Прибрама и Бома в середине 1970-х годов, в результате чего возникла голографическая супертеория. Теории Прибрама о мозге и Бома о голографической вселенной были радикальными и до сих пор в некоторых кругах продолжают таковыми считаться, идя вразрез с классическими научными моделями. Такая голографическая парадигма вызвала большой интерес к применению голографических подходов к нашему пониманию сознания и вселенной. «Таким образом, формируется новая голографическая модель, которая подчеркивает, скорее, взаимозависимость, параллельность и одновременность обработки событий», нежели линейность процессов, о которых чаще всего говорит наука. Эта новая модель серьезно изменила способ рассмотрения динамических взаимодействий между мозгом-разумом и телом. Хронология голографической супертеории представлена в табл. 40.1.

Значение голографической парадигмы для холистического целительства велико и волнительно. Каждый аспект вселенной представляется частью некоей большей, более важной сущности и более полноценной системы. Психолог Кен Дихтвальд говорит: «Каждый отдельный аспект может обладать глубокой осведомленностью о любом другом аспекте в основной голограмме». И впрямь, древнее китайское понимание «В макрокосме пребывает микрокосм» оказалось пророческим.[5]

Тогда в голографическом мозге и теле происходит мгновенная взаимная корреляция между всеми взаимодействующими системами, из которых состоит человек. Голографически могут быть выстроены перекрестные связи каждой системы тела с любой другой системой. Фактически, из этого следует, что системы органов тела снова и снова представлены в акупунктурной системе меридианов, микроакупунктурных системах уха, руки, носа и лица, радужной оболочке глаза (основа иридологии), а также ладонях рук и подошвах ступней (основа рефлексотерапии).

Разработка голографических методик

Встраивая эти голографические понятия в Прикладную физиологию, Атт разработал уникальную целительную систему, которую он назвал *методикой голограммы семи элементов*. Проработка голографического тела стала возможной благодаря его пониманию, что каждая связанная с меридианом мышца может считать информацию обо всей акупунктурной системе. По сути, голографический мониторинг мышцы позволяет обращаться к энергетически-неврологической взаимосвязи, и отдельные мышечные

Таблца 40.1 Хронология голографической супертеории и предпосылки разработки Голограммы семи элементов

Год	Событие
1794	Готфрид Вильгельм Лейбниц, первооткрыватель интегрального и дифференциального исчисления, выдвинул предположение, что метафизическая реальность лежит в основе материальной вселенной и формирует ее. Пространство-время, масса и движение в физике, а также передача энергий являются интеллектуальными концептами.
1902	Уильям Джеймс предположил, что мозг обычно отфильтровывает массовую реальность.
1905	Альберт Эйнштейн опубликовал свою теорию по массе, времени и энергии.
1907	Анри Бергсон утверждал, что конечная реальность представляет собой жизненный порыв, постижимый только с помощью интуиции. Мозг отфильтровывает массовую реальность.
1929	Математик и философ Альфред Уайтхед описал природу как большую расширяющуюся цепь событий, которые не заканчиваются сенсорным восприятием. Дуализм, например, разум против материи, обманчив; реальность всеобъемлющая и взаимосвязанная. Карл Лешли опубликовал множество исследований, демонстрирующих, что память находится не в каком-то отдельном участке мозга, но распределена во всей коре.
1947	Денеш Габор использовал исчисление Лейбница для описания потенциальной трехмерной фотографии — голографии.
1965	Эммет Лейт и Юрис Упатникс объявили об успешном создании голограмм с использованием только что изобретенных лазерных лучей.
1969	Карл Прибрам выдвинул идею о том, что голограмма является прекрасной моделью процессов в головном мозге.
1971	Физик Дэвид Бом предположил, что вселенная может быть организована голографически.
1975	Карл Прибрам объединил свои теории с идеями Бома в немецкой публикации по гештальтпсихологии.
1977	Карл Прибрам высказался в пользу объединяющих метафизических последствий синтеза.
1992	Ричард Атт разработал целительную методику на основании голографической супертеории, исходя из модели Бома — модели охватывающего, развертывающегося характера существования — и теории Прибрама о том, что мозг хранит информацию, как голограмма. В методике используются вибрации камертонов и цветочных эссенций для развертывания стрессовых воспоминаний из первичной области в явный порядок для проведения терапии путем превращения негативных эмоций, мыслей и вибраций во вселенскую любовь, используя аффирмации для включения жизненной морали в голодвижении (первичной области), побуждая к изменениям, исцелению и росту сознательности личности.

ответы дают информацию о конкретных энергетических дисбалансах. Поскольку энергетическая голограмма китайской акупунктурной системы взаимодействует с другими частотными голограммами тонких тел (например, астрального, ментального и духовного), голографический мониторинг мышцы открывает прямой доступ к голограмме человека во всех ее измерениях.

Тело можно сравнить с голографической пластиной, которая хранит все стрессы и события нашей жизни. По сути, стрессы и события сохраняются в теле

постоянно. В голографической методике тестирующий использует сигнальные точки, прежде всего, для определения *объектного* меридиана (аналогично объектному лучу) и, во-вторых, *эталонного* меридиана (по аналогии с эталонным лучом). Процесс этот подобен лазерному лучу, который светит на голографическую пластину, но вместо воспроизведения принцессы Леи, как сделал R2D2 в «Звездных войнах», он возвращает к сознательному восприятию скрытые и спрятанные стрессы и события жизни человека.

Объектный и эталонный меридианы, выявленные с помощью сигнальных точек, называются *координатами*, подобно знакомым нам координатам Земли, определяемым как широта и долгота. Как корабль, потерявшийся в море, можно найти, установив его координаты широты и долготы, так можно определить и скрытые стрессы и события в жизни человека.

В этой голографической методике первая приоритетная сигнальная точка, например, Желудок, дает объектную частотную модель и определяет местоположение стресса в матрице мышцы — органа/железы — меридиана Желудка. Вторая сигнальная точка, например, Желчный пузырь, дает эталонную частоту, а ее взаимодействие с объектной частотой формирует уникальную интерференционную модель. Эта интерференционная модель представляет собой качества меридиана Желудка, изменяемые качествами меридиана Желчного пузыря на всех уровнях человека.

Взаимодействие объектного и эталонного меридианов может сформировать либо когерентную гармоническую интерференционную модель, либо менее когерентную искажающую интерференционную модель, которая отразится на всех уровнях в голограмме тела. В отсутствие активных стрессоров интерференционная модель координат когерентна и поддерживает функционирование человека в целом. Но при наличии активных стрессоров интерференционная модель координат может искажаться и вызывать различные дисбалансы на многих уровнях в человеке.

К примеру, при наличии активного стрессора, влияющего на координаты желудка и желчного пузыря, это может выражаться на физическом уровне мышц в изменении функций мышц, связанных с меридианом Желудка, например, большой грудной ключичной в позиции 4 — в сокращении. Либо это может выражаться на эфирном уровне в виде конкретного акупунктурного дисбаланса, в данном случае точки меридиана Желудка 43; на эмоциональном уровне — в виде конкретного эмоционального состояния, например, чувства недовольства; на ментальном уровне — в виде конкретной мыслеформы, например, враждебных мыслей; или на духовном уровне в виде конкретного отношения, например, ожидания от других самого худшего. В этой голографической модели существует матрица четырнадцати акупунктурных меридианов, каждый из которых взаимодействует с каждым другим меридианом. Это означает, что возможны 196 различных координат меридианов, каждая со своим уникальным набором частотных моделей, выраженных на всех уровнях сущности. То есть каждая координата может представлять собой дисба-

ланс в какой-либо конкретной мышечной позиции, акупунктурной точке, эмоции, мыслеформе и отношении.

Ричард Атт говорил, что стресс в жизни людей хранится в различных удерживающих стресс моделях, которые содержат отпечаток различных стрессов в жизни на различных уровнях. Удерживающие стресс модели хранятся не в одном измерении нашего существа, а распределены по всем его измерениям. Очевидно, что они могут сознательно выражаться в одной конкретной области, например, в мышцах или эмоциях, но они влияют на все сферы нашего многомерного существа. Эти голографические модели, удерживающие стресс, могут встречаться на различных уровнях: в анатомической и физиологической сферах, клетках, мышцах, органах, системе акупунктурных меридианов, системе чакры —нади и даже эзотерических энергетических системах восьмерок.

Многие люди полагают, что местоположение стресса может ограничиваться одной частью их сущности и что стресс не повлияет на другие сферы или жизнь вообще. Например, люди часто говорят: «Я оставляю стресс на работе». В реальности же стресс на любом уровне влияет на все другие уровни нашего существа: физические структуры, эмоциональные реакции, мысли и ментальную обработку, духовное развитие — по меньшей мере, в некоторой степени. Тем не менее, многие из этих стрессов проявляются на уровне ниже уровня сознания, и поэтому их воздействие зачастую не связано с причиной.

Голографический мышечный мониторинг в четырнадцати позициях

Несмотря на то, что считается, что четырнадцать основных китайских меридианов представляют собой поверхностные потоки ци, в традиционной китайской медицине говорится о том, что все первичные меридианы также взаимосвязаны многочисленными вторичными сосудами, глубоко проникающими во все тело. В целом, все меридианы и их второстепенные сосуды формируют трехмерную энергетическую матрицу, охватывающую все тело. К ней Атт приложил голографическую перспективу тела и увидел взаимоотношения мышц-меридианов как одно из проявлений этой голограммы. Он объединил китайскую систему меридианов и ее взаимодействия, представленные законом пяти элементов, с мышечной балансировкой и разрабатываемыми в то время голографическими принципами, создав голографический мышечный мониторинг в четырнадцати позициях.

Исследования в области Прикладной физиологии показали, что каждая мышца, помимо отношений с первичным меридианом, также находится в прямой энергетической связи со всеми остальными меридианами тела через вторичные меридианы. К примеру, большая грудная ключичная мышца может указывать на баланс энергии меридиана Желудка, а также отражать свою взаимосвязь с энергетическим балансом между меридианом Желудка и остальными тринадцатью меридианами в теле

(двенадцать обычных меридианов плюс Управляющий и Центральный). В стандартном сокращенном состоянии для мониторинга большая грудная ключичная мышца показывает состояние энергии желудка по отношению к энергии желудка. Однако можно проводить мониторинг большой грудной ключичной мышцы в тринадцати других позициях, каждая из которых показывает взаимоотношение энергий желудка с другим меридианом.

Ричард Атт обнаружил эти взаимоотношения весьма интересным способом. В 1986 году Атт заказал фотографии, чтобы продемонстрировать позиции для балансировки связанных с меридианами мышц в состояниях сокращения и растяжения в Прикладной физиологии. Он просил фотографа запечатлеть мышцу в нескольких позициях между полным сокращением и полным растяжением, чтобы студенты четко понимали амплитуду движения мышцы. Рассматривая эти фотографии, Атт вдруг подумал: «А что делает мышца в каждой из этих позиций?» Очевидно, что если бы он проводил мониторинг мышцы в каждой из этих позиций, то это был бы некий мониторинг в сокращении, но мониторинг чего он бы при этом проводил? Чтобы получить ответ на этот вопрос, Атт ставил связанную с меридианом мышцу в позицию, которую он называл позиция 1, обычное положение полного сокращения. Затем он понижал тонус каждой из сигнальных точек по очереди и повторно тестировал мышцу. Понижение тонуса сигнальной точки приводит к рассеиванию энергии во взаимосвязанном меридиане, что приводит к кратковременному недостатку энергии в меридиане в целом. Это отражается в связанной с меридианом мышце в виде слабого или разблокирующегося ответа.

Используя эту методику, Атт обнаружил, что большая грудная ключичная мышца в позиции 1 разблокировалась только тогда, когда он понижал тонус сигнальной точки желудка, таким образом подтверждая прямую взаимосвязь позиции 1 с меридианом Желудка. Затем он переместил мышцу в сторону большего растяжения, снова понизил тонус каждой из сигнальных точек по очереди и после воздействия на каждую точку проводил повторный мониторинг большой грудной ключичной мышцы в новой позиции. Он был удивлен, обнаружив, что в этом случае не сигнальная точка желудка разблокировала мышцу, а сигнальная точка толстого кишечника!

Продолжая перемещать большую грудную ключичную мышцу дальше к положению растяжения, он отметил, что понижение тонуса различных сигнальных точек каждый раз приводило к разблокировке мышцы. Затем он повторил этот процесс, начиная от положения полного растяжения большой грудной ключичной мышцы, обозначенного как позиция 8, и начал постепенно перемещать ее обратно к положению полного сокращения. И снова он получил тот же результат: в каждой позиции мышца разблокировалась при понижении тонуса определенной точки, каждый раз другой. Повторив эту процедуру с использованием всех шестнадцати основных мышц в системе прикладной физиологии, Атт

получил большой объем информации, которая представлялась случайной. Ему потребовалось два года, чтобы сделать определяющее открытие о том, что существуют когерентные взаимоотношения, объединяющие пары сигнальная точка — позиция мышцы.

К концу 1987 года Атт завершил изучение четырнадцати позиций всех шестнадцати мышц Прикладной физиологии на соответствующие меридианные взаимосвязи. Но на первый взгляд кажется, что они почти случайно распределены без какой-либо системы. Несколько раз он пытался нанести их на поверхностный энергетический поток, китайское колесо меридианов. Он представляет собой последовательное перемещение пиковой энергии от меридиана к меридиану в течение 24 часов. Но как бы он ни пытался, все было бессмысленно, поэтому, разочаровавшись, он отказался от этого исследования.

В 1988 году, когда Ричард Атт смотрел на схему закона пяти элементов и вспоминал данные, полученные им при мониторинге большой грудной ключичной мышцы, на него вдруг нашло озарение: «Если желудок — это позиция 1 в законе пяти элементов, толстый кишечник — это следующий меридиан по циклу шен, и именно этот меридиан я определил в следующей позиции». Он посмотрел на схему еще раз и обнаружил, что меридиан Мочевого пузыря был следующим в цикле шен *и* следующей сигнальной точкой меридиана, на которую разблокировалась большая грудная ключичная мышца. Когда он переместил ее положение дальше от сокращения к растяжению, тогда он понял, почему было семь сигнальных точек при мониторинге сокращения и семь сигнальных точек при мониторинге растяжения.

По закону пяти элементов поток энергии всегда движется по направлению по часовой стрелке, и один из главных потоков называется *шен* или *цикл содействия*, в котором каждый меридиан получает энергетический поток от предшествующего ему в этом цикле меридиана. Обратные потоки считаются искаженными, потому что они подавляют поток ци в его должном направлении. Фактически, Атт отметил следующее: первые семь позиций представляют собой течение энергии в соответствии с циклом шен и наполнением энергией, что аналогично активному сокращению мышцы. И наоборот, семь позиций от растяжения к сокращению связаны с мониторингом подавления, что аналогично обратному или подавляющему потоку в пяти элементах.

Применение мышечного мониторинга в четырнадцати позициях

Ричард Атт обнаружил, что мониторинг полной амплитуды сокращения и растяжения мышцы-инициатора показывает энергетические взаимоотношения между первичным меридианом, связанным с этой мышцей, и всеми остальными меридианами тела. Он также отметил наличие семи отдельных сегментов, в которых мышца-инициатор активизируется между позициями сокращения и растяжения (мониторинг активности). Таким же образом, есть семь отдельных сегментов, в которых мышца-инициатор может подавлять своих антагонистов

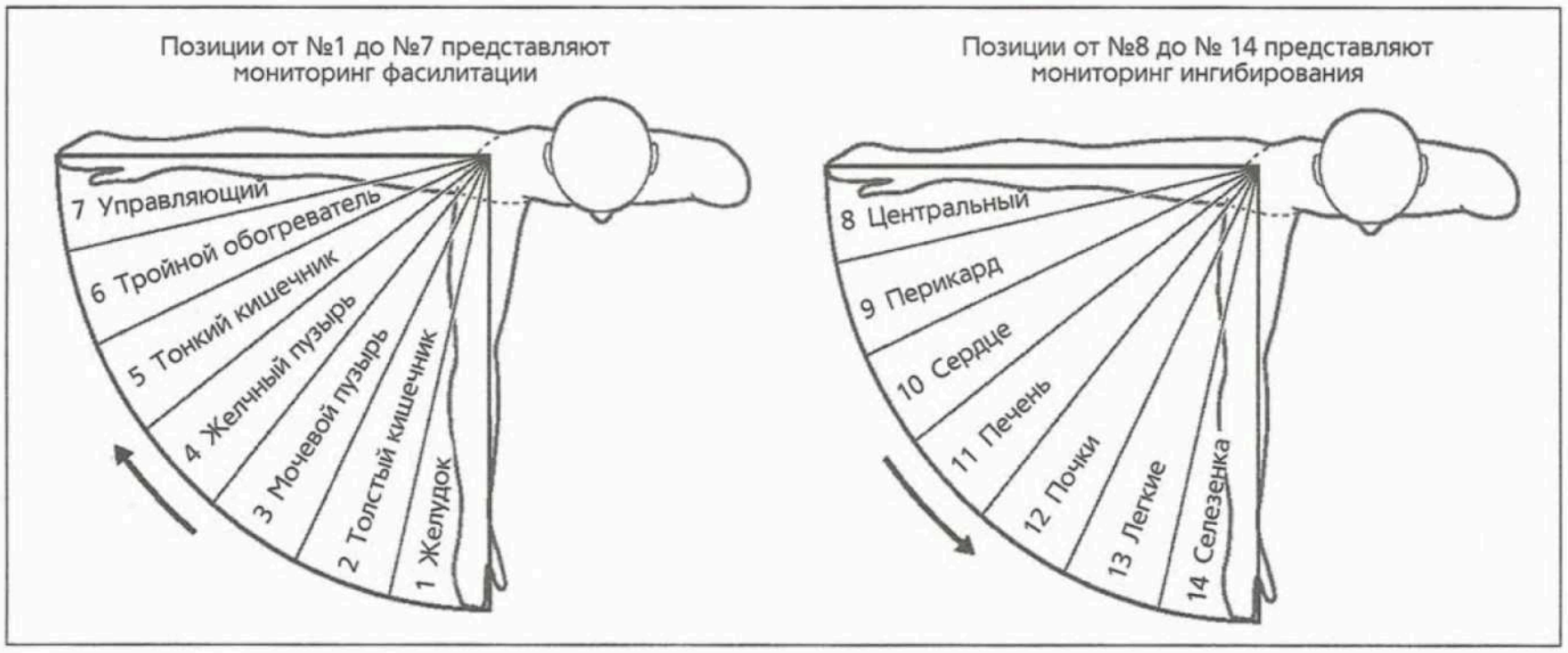


Рис. 40.3. **Мышечная голограмма: объектная и эталонная позиции.**

Выбор связанной с меридианом мышцы определяет объектный меридиан мышечной голограммы. Позиция 1 представляет собой голографическую взаимосвязь связанной с меридианом мышцы по отношению к самой себе, а позиции 2—7 представляют собой эталонные меридианы для этого объектного меридиана, следуя направлению по часовой стрелке по закону пяти элементов; позиции 7 или 8 всегда представляют собой Центральный или Управляющий меридианы, в зависимости от того, каким меридианом является объектный меридиан — Инь или Ян. Позиции 8—14 обозначают эталонные меридианы в обратном направлении по закону пяти элементов, и позиция 14 — это дублирующий меридиан объектного элемента (например, элемент земли: желудок объектный 1, селезенка эталонный 14).

между позициями сокращения и растяжения мышцы (мониторинг подавления). Каждый сегмент из группы активности или подавления отвечает на стимуляцию только одной из четырнадцати сигнальных точек, указывая на энергетические взаимоотношения между меридианом, связанным с мышцей, мониторинг которой проводится, и сигнальной точкой соответствующего меридиана.

Более тщательное исследование показало, что позиция наибольшего сокращения, та, которая чаще всего используется для мониторинга в большинстве направлений кинезиологии, всегда откликается на сигнальную точку того меридиана, который с этой конкретной мышцей связан. Каждая из следующих шести позиций в мониторинге активности связана с другим меридианом той же полярности, что и меридиан тестируемой мышцы. Если использовать большую грудную ключичную мышцу (БГК) в качестве примера, то позиции 1—7 будут все отражать взаимоотношения меридианов Ян с энергией Ян меридиана Желудка. Каждая из семи позиций в мониторинге подавления от растяжения до сокращения отражает взаимоотношения меридианов Инь с энергией Ян меридиана Желудка (см. рис. 40.3).

Тогда как позиция 1 представляет собой баланс первичного меридиана, связанного с мышцей, с самим собой (например, БГК 1 = энергия желудка с энергией желудка), Атт отметил, что позиции 7 и 8 всегда соотносятся с Управляющим или Центральным меридианами. То, с какой позицией — 7 или 8 — соотносится Управляющий меридиан, зависит от того,

с каким меридианом связана тестируемая мышца — с меридианом Ян или Инь. К примеру, если проводить мониторинг БГК (мышца меридиана Ян), то Управляющий меридиан будет представлен позицией 7, а Центральный меридиан — позицией 8. Точно так же, если тестировать мышцу, связанную с меридианом Инь, то в позиции 7 будет Центральный меридиан, а в позиции 8 — Управляющий.

Неудивительно, что позиция 14 обозначает дополняющий меридиан в каждом элементе к меридиану в позиции 1. Например, если позиция 1 обозначает желудок, тогда позиция 14 обозначает селезенку, дополнительный меридиан элемента Земли. Другие позиции соответствуют меридианам, идущим по часовой стрелке по закону пяти элементов. К примеру, если позиция 1 — это желудок, то позиция 2 — толстый кишечник, позиция 3 — мочевой пузырь, позиция 4 — желчный пузырь, позиция 5 — тонкий кишечник, позиция 6 — тройной обогреватель, а позиция 7 — Управляющий меридиан. После позиции 7 энергия переходит в меридиан противоположной полярности и течет обратно по направлению к изначальному элементу. Например, если продолжить наш пример с БГК мышцей, позиция 8 — Центральный меридиан, позиция 9 — перикард, позиция 10 — сердце, позиция 11 — печень, позиция 12 — почки, позиция 13 — легкие, позиция 14 — селезенка.

Следует отметить, что позиция 1 начинается с самого сокращенного положения для этой мышцы и заканчивается на одну седьмую полной амплитуды движения этой мышцы по направлению к растяжению. Позиция 14, с другой стороны, начинается с конца позиции 1 и завершается в начальной точке позиции 1. Равно как и позиция 7 начинается в одной седьмой от конечной точки полной амплитуды движения этой мышцы, а позиция 8 начинается в конечной точке полной амплитуды и заканчивается на расстоянии одной седьмой от этой точки по направлению к позиции 1 (см. рис. 40.4). Обратите внимание, что числа позиций в каждом элементе всегда дают в сумме 15. То есть если вы хотите узнать, какой меридиан представлен позицией 11, посчитайте по часовой стрелке от позиции 1 до позиции 4: другой меридиан в этом элементе и будет позицией 11. К примеру, если желудок — это позиция 1, то желчный пузырь — это позиция 4, а печень будет позицией 11.

Определив таким образом все мышечные позиции и меридианы, связанные с ними, в 1988 году Ричард Атт неожиданно понял, что эти взаимоотношения представляют собой голограмму. Каждый меридиан тела не является независимой структурой, но есть отражение его взаимодействия со всеми прочими меридианами тела, каждый из которых обладает своей собственной уникальной перспективой тела. Поэтому если меридиан Желудка является объектным меридианом, то все остальные тринадцать меридианов являются эталонами для этого объекта. Позиция 1 представляет собой энергию желудка *относительно* энергии желудка, позиция 2 представляет собой энергию желудка *относительно* энергии толстого кишечника, а позиция 3 представляет собой энергию желудка *относительно* энергии мочевого пузыря и т. д. А позиции 7 и 8 обозначают энергию

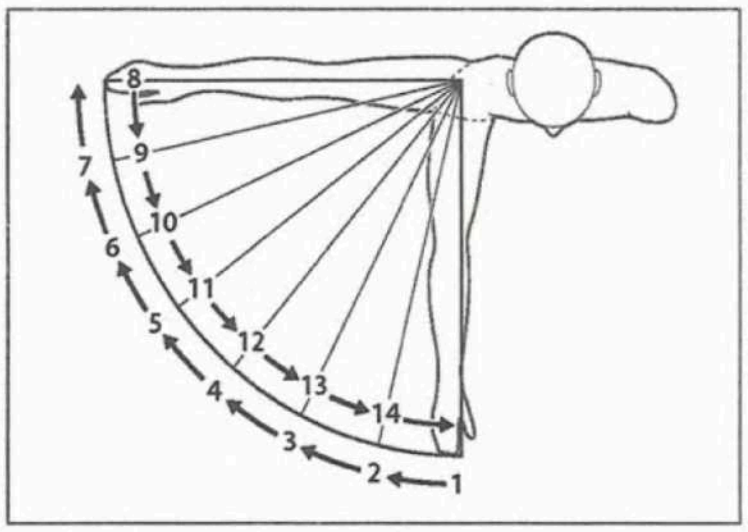


Рис. 40.4. **Позиции голографического мышечного мониторинга.**

Позиция 1 начинается с самого сокращенного положения связанной с объектным меридианом мышцы и заканчивается на одну седьмую полной амплитуды движения этой мышцы по направлению к растяжению. Таким образом, в мониторинге сокращения позиция 1 заканчивается там, где начинается позиция 14 при мониторинге растяжения. Точно так же и позиция 7 при мониторинге сокращения заканчивается в точке полного растяжения, которая является началом позиции 8 при мониторинге растяжения.

Значимость мышечного мониторинга в четырнадцати позициях

Посредством своих первичных и вторичных энергетических взаимоотношений с меридианной системой в целом, каждая мышца теперь может давать информацию о трехмерной энергетической матрице тела. Неврология, активированная через мониторинг связанной с меридианом мышцы в каждой позиции, обеспечивает физическую или неврологическую взаимосвязь с энергетическими системами тела. И именно в этих трехмерных неврологических энергетических матрицах в действительности хранятся удерживающие стресс модели. Следовательно, мышечный мониторинг в четырнадцати позициях олицетворяет собой тот механизм, который может помочь нам изучить и разгадать эти удерживающие стресс модели и высвободить их из физических и энергетических матриц тела.

Что не менее важно, мышечный мониторинг в четырнадцати позициях также объясняет, почему одну и ту же мышцу бывает необходимо балансировать снова и снова и даже — почему коррекция не держится! Если БГК мышца сбалансирована только в позиции 1, то она находится в состоянии баланса только по отношению к энергии желудка. Может оставаться еще одна или несколько несбалансированных позиций. Например, могут оставаться дисбалансы между энергией желудка и энергией мочевого пузыря, вследствие чего меридиан Мочевого пузыря постоянно заимствует энергию у меридиана Желудка, чтобы компенсировать недостаток энергетического потока меридиана Мочевого пузыря. Такой небольшой, но постоянный истощающий отток, в конечном итоге, приведет к дисбалансу энергии желудка и к тому, что БГК мышца снова при мониторинге даст разблокировку.

Или же при мониторинге в позиции 1 БГК мышца может всегда показывать сбалансированность, но проблемы с желудком могут сохраняться из-за того, что каждая позиция имеет особый физиологический эффект. Физиологические нарушения, связанные с дисбалансом БГК в других позициях, могут привести желудка *относительно* энергии Управляющего меридиана и энергии Центрального меридиана, соответственно.

к постоянным пищеварительным дисбалансам несмотря на то, что общая функция желудка, отраженная в позиции 1, представляется нормальной.

Точно так же почти все кинезиологи были удивлены или озадачены, проводя баланс, скажем, поясничной мышцы, связанной с меридианом Почек, а клиент позже сообщал об улучшении состояния легких или толстого кишечника. Это становится совершенно понятным, если понять значение всей энергетической матрицы, поскольку дисбаланс в энергии почек мог послужить причиной заболевания легких или толстого кишечника посредством этих энергетических взаимосвязей между меридианами. Например, меридиан Почек мог оттягивать или занимать энергию у меридиана Легких по прямым вторичным сосудам между меридианами Легких и Почек в законе пяти элементов. Следовательно, как только проблема, являвшаяся причиной дисбаланса в меридиане Почек, была устранена, прекратив компенсирующее заимствование энергии у меридиана Легких, потому и меридиан Легких смог восстановить свой собственный баланс.

Если у нас есть возможность изучить взаимоотношения энергии желудка с энергией всех других меридианов и сбалансировать каждую позицию, где проявляется дисбаланс, то БГК мышца будет в общем дольше оставаться сбалансированной, чем если бы мы ее балансировали только в позиции 1. Следовательно, мышечный мониторинг четырнадцати позиций представляет собой способ более глубокой, чем когда-либо ранее, балансировки как физической, так и энергетической систем.

Предварительный выбор Атта — использовать закон пяти элементов как основу прикладной физиологии и ее отражение в голографическом мышечном мониторинге четырнадцати позиций — оказался блистательным решением. Взаимоотношения по модели пяти элементов открывают доступ ко всем уровням нашей сущности: физическому, эмоциональному, ментальному и духовному.

Другие голографические методики

Тогда как мышцы являются наиболее осязаемой и удобной для работы составляющей нашего многомерного тела (вы можете получить доступ практически к любой мышце), наше тело также непосредственно взаимодействует со всеми другими измерениями. Таким образом, наблюдаемые дисбалансы в мышечной функции могут оказаться проявлением дисбалансов в измерениях более тонких энергий нашего существа.

Скажем, разблокировка БГК в позиции 5 может быть обусловлена физической или физиологической проблемой, например, сброс показателей мышечных веретен или сухожильных органов Гольджи. Или она может отражать энергетическое состояние системы меридианов в результате блокированной акупунктурной точки. Или же может отражать эмоциональное или оценочное состояние высших тонких тел, а именно того, которое сейчас проявляется на видимом уровне физической мышцы.

По сути, голографический принцип распространяется на все уровни нашего

многомерного существа. Вскоре после разработки мышечной голограммы в 1988 году, Ричард Атт в 1990 году создал голограмму цветочных эссенций. Поскольку цветочные эссенции преимущественно отображают психоэмоциональные и психодуховные состояния наших эмоций, мыслей и установок, те же самые мышечные ответы, которые могут обозначать мышечный дисбаланс на физическом уровне, также могут обозначать психоэмоциональный дисбаланс на астральном или ментальном уровне.

Атт продолжил работать с голографической моделью и создал акупрессурную голограмму и голограмму органов. Используя 196 различных координат мышца-меридиан, он изучал, какие именно анатомические структуры и функции связаны с каждой мышечно-меридианной координатой. В итоге он создал клеточную голограмму, которая определяет не только отдельные типы клеток, но даже и органоиды внутри клеток. Таким образом, дисбаланс в конкретной мышечной позиции может свидетельствовать о стрессе на любом уровне нашего существа — от клеточного до духовного.

Ключевым фактором в использовании всех этих различных голограмм, разумеется, выступает контекст. Один и тот же мышечный ответ в одной и той же позиции может относиться к клеточному органоиду, мышце, конкретной структуре или функции органа, акупунктурной точке или эмоциональному или ментальному оценочному состоянию. Контекст обеспечивается той пальцевой пробой или акупунктурным форматом, которые были активированы до определения голографических мышечно-меридианных координат.

Последние два голографических компонента — это голограммы чакр и энергии восьмерок. Атт не разрабатывал голограмму чакр, но разработал голограмму энергии восьмерок, в которой используются координаты семи элементов для определения конкретной восьмерки, которая находится в дисбалансе, и измерения этого дисбаланса. Разработкой голограммы чакр занялся самый активный ученик Ричарда Атта — Хьюго Тобар, совместно с коллегой Керри МакФарлан. После этого Тобар занялся созданием голограмм для других аспектов человеческого тела. Например, в своей системе нейроэнергетической кинезиологии он создал биохимическую голограмму, голограмму питания, гормональную голограмму, голограмму костей и мышц, голограмму мозга и многие другие неврологические голограммы.

Литература

1. Leviton, R 1988, The holographic body, East West, Vol. 18, p. 42.
2. Gerber, R 1996, Vibrational Medicine, Bear, Santa Fe, pp. 45—51. Brennan, BA 1993, Light Emerging, Bantam Books, pp. 37—38.
3. Talbot, M 1991, The Holographic Universe, Grafton Books, London.
4. Weber, R 1982, The enfolding—unfolding universe: a conversation wiThDavid Bohm. In: Wilber K, ed. The Holographic Paradigm, Shambhala Publications, Boston, pp. 83—84.
5. Kaptchuk, TJ 1983, The Web That Has No Weaver: Understanding Chinese Medicine, Ryder, London, p. 80. Rodgers, C 1986, An Introduction to the Study of Acupuncture: The Five Keys, Acupuncture Colleges Publishing, Sydney, pp. 2 & 6.

Глава 41

ЧАКРЫ

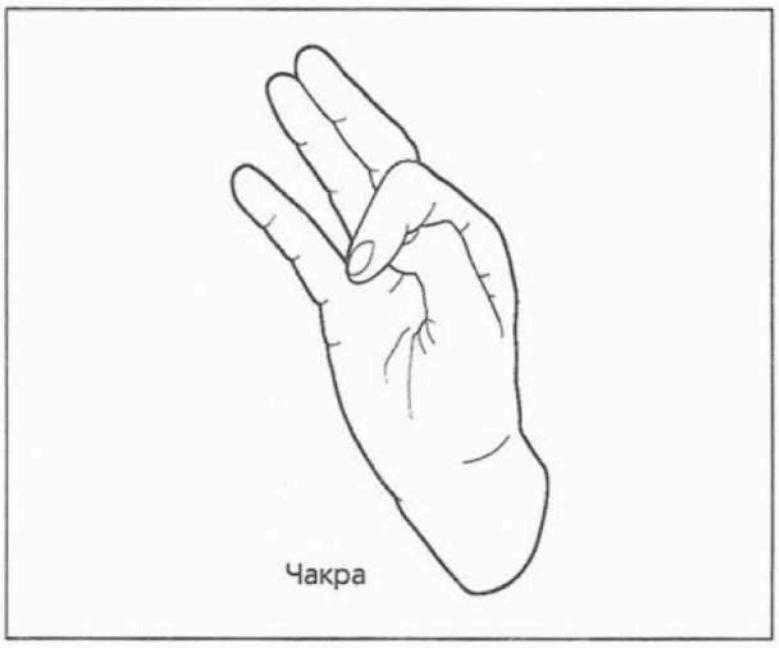
Балансировка энергий чакр всегда являлась неотъемлемой частью многих целительных методик, потому что они оказывают многомерное воздействие на человеческое тело, разум и дух. Чакры пронизывают каждый уровень ауры и, следовательно, влияют на каждый уровень нашего существа. Дисбаланс в энергиях чакр может оказывать влияние одновременно на нескольких уровнях. Поскольку впервые описание чакр было составлено несколько тысяч лет назад, с тех пор уже было разработано много целительных методик для балансировки энергии и функций чакр. По сложившейся традиции, они по большей части включали интуитивные подходы, например, визуализация чакр и наполнение их энергией руками, через символы, кристаллы и иные священные предметы.

Начало использования чакр в кинезиологии

Одной из первых модальностей в энергетической кинезиологии, где начала использоваться балансировка чакр, была биокинезиология Джона Бартона. Поскольку Бартон воспитывался на Библии, он решил не использовать слово *чакра*, пришедшее из санскрита и переводящееся как «колесо». Вместо него он выбрал более нейтральный термин *энергетические центры* и связал их с нервными сплетениями, такими как солнечное сплетение. Он определил десять основных энергетических центров, каждый из которых контролирует важную систему организма, например, нервы, меридианы, связки или гормоны. Он использовал эмоции и акупунктурные точки, так же, как и рефлексы на ступнях, ушах и на голове для подтверждения характера разбалансированного энергетического центра и для его балансировки.[1]

Пройдя сеанс лечения у прикладного кинезиолога и затем изучив «Целебное прикосновение», Ричард Атт начал детально изучать энергетические системы тела. Он два года обучался традиционной акупунктуре и много читал о системах чакр, и после этого ему приснилось несколько снов, где он увидел прообраз матрицы между акупунктурной системой и системой чакры-нади. Затем

Рис. 41.1. **Пальцевая проба чакры.** Пальцевая проба чакры складывается следующим образом: указательный палец кладется на ноготь большого пальца. При складывании этой пробы изменение состояния мышцы-индикатора показывает наличие дисбаланса чакры, который необходимо скорректировать.



в течение почти двух лет он изучал и разрабатывал этот образ, который в итоге сформировался в систему, которую он назвал Семь ключей ци, кинезиологическую методику для балансировки чакр через стимуляцию акупунктурных точек по особым схемам. Балансировка чакр только через акупунктурную систему меридианов была совершенно новой и никогда ранее не проводилась.

В 1984 году Ричард Атт разработал пальцевую пробу для чакр, чтобы было проще определять дисбалансы чакр, которые он теперь мог корректировать с использованием Семи ключей ци. Эта проба складывается следующим образом: поместить указательный палец на ноготь большого пальца, как показано на рис. 41.1. После этого пальцевую пробу чакры стали применять во многих других новых модальностях энергетической кинезиологии, где были созданы свои методы балансировки чакр. К этим первым методикам относятся профессиональная кинезиологическая практика — сканирование чакр, определение эмоции и последующая коррекция с помощью точек высвобождения эмоционального стресса; кинерджетика — сканирование чакр и наполнение целительной энергией для их коррекции; концепция «Три в одном» — рассеивание блокад и закладка энергии чакры с помощью рассеивания эмоционального стресса и методик изменения образа; а также трансформационная кинезиология — сканирование чакр, определение нарушенного уровня ауры и использование методик по изменению образа для снятия дисбаланса.

Балансировка чакр

Семь ключей ци в Прикладной физиологии

Тогда как образ Семи ключей ци вырисовался из нескольких снов, для его реализации потребовалось несколько лет дальнейшего изучения и обширных клинических исследований при участии нескольких одаренных экстрасенсов, кто действительно мог видеть структуры чакр. Прочитав большой объем соответствующей литературы, Ричард Атт понял, что существуют различные типы чакровых дисбалансов, и выработал акупрессурные коррекции для девяти отдельных типов основных чакровых дисбалансов. Затем экстрасенсы сообщали ему, что именно они видели, когда он применял эти методики, и обычно эффективность его коррекций подтверждалась.

Разумеется, идея разработки клинической методики на основе нескольких снов представляется совершенно ненаучной. Тем не менее, некоторые величайшие научные открытия случались именно во снах. Структуру ароматического графитового кольца в органической химии впервые увидел в своем воображении Фридрих Кекуле, химик-органик, живший в XIX веке. Посвятив многие годы изучению структуры шестичленного графитового кольца, Фридрих Кекуле и другие ученые не могли определить, где находились двойные связи, поскольку каждый раз при их измерении казалось, что они все время находятся в новом положении. Однажды ночью во сне Кекуле решил эту проблему, когда увидел, как змея хва-

тает себя за хвост и начинает кружиться все быстрее и быстрее, пока она не превратилась в размытое пятно. Он понял, что существует новый вид электронной орбитали — орбиталь фи, в которой электроны располагались ниже и выше плоскости молекулы и постоянно меняли свое положение. Базовый принцип органической химии основывался на сне![2]

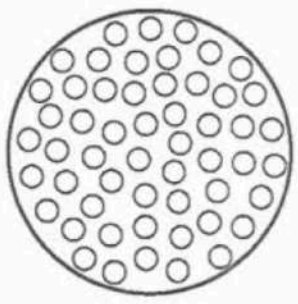
Конусы основных чакр состоят из нескольких небольших конусов, каждый из которых раскачивается сначала по часовой стрелке, затем против часовой стрелки. Количество и цвет этих конусов варьируется от чакры к чакре. Под *цветом* мы подразумеваем тот цвет, который воспринимают те люди, кто может видеть чакры. Очевидно, что их цвет не входит в обычный видимый спектр, иначе все бы его видели. Они представляют собой надгармонические волны цветов в спектре видимого света. Таким образом, те люди, кто видит этот диапазон частот, видя надгармоническую волну красного света длиной 478 нанометров, могут ее лучше всего охарактеризовать как красный цвет. Точно так же и в отношении других цветов.

Конусы чакр бывают двух основных видов — цветные и белые. Белые конусы связаны с метафизическими аспектами нашей сущности. А цветные конусы, наоборот, связаны с конкретными физиологическими аспектами, выраженными в эндокринных или автономных функциях, связанных с этой чакрой. Меньшие цветные конусы бывают всех семи цветов видимого спектра, но в каждой чакре доминирует основной цвет, отсюда и ассоциация отдельного цвета с чакрой в большинстве традиционных систем: базовая чакра, красный; сакральная чакра, оранжевый; пупочная чакра, желтый; сердечная чакра, зеленый; чакра горла, голубой; лобная чакра, синий; и чакра короны, белый. Чакра короны представляется белого цвета, потому что в ней находится равное количество различных цветных конусов, а все вместе они воспринимаются как белый цвет.

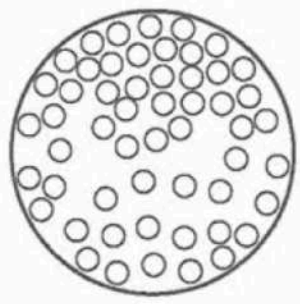
Ричард Атт обнаружил, что каждый конус в основных чакрах связан с двумя из основных меридианов: меридианами Инь и Ян одного из элементов в китай-

Рис. 41.2. **Виды дисбалансов чакры.** Каждый из этих видов чакровых дисбалансов и их влияние на различных уровнях человека описаны выше, а ниже представлено только краткое описание. **а, Дисбалансы плотности.** Они выражаются в неравномерном распределении меньших конусов внутри основного конуса чакры. **б, Дисбалансы вращения.** Они провляются в продвижении больше в направлении по или против часовой стрелки при каждом колебании, так что конус чакры в целом медленно двигается в направлении доминирующего вращения. **в, Дисбалансы проекции.** В сбалансированном состоянии все конусы чакр должны выступать из физического тела примерно на одно и то же расстояние, и поэтому если конус выступает слишком далеко или слишком мало, или вообще не выступает, то это влияет на функцию чакры. **г, Дисбалансы поврежденного конуса.** Меньшие конусы должны непрерывно тянуться от тела вплоть до высших духовных уровней чакры, но в одном или более из этих меньших конусов могут возникнуть повреждения или прорывы. **д, Дисбалансы замкнутости конусов.** Вторичные меридианы, соотносящиеся со стабилизацией конусов чакры, дестабилизированы из-за блокировки точек входа или выхода на этих меридианах, что приводит к тому, что меньшие конусы в чакре замыкаются сами на себе.

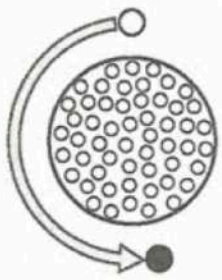
а) **Сбалансированная чакра:** внутренние конусы равномерно распределены внутри главного конуса



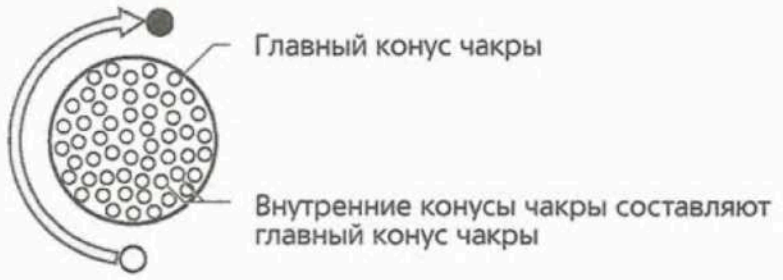
Несбалансированная чакра: внутренние конусы неравномерно распределены внутри главного конуса



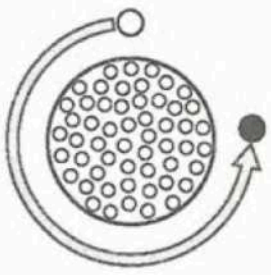
б) **Чакра в балансе:** конус чакры вращается по часовой и против часовой стрелки или Ян и Инь вращения равны



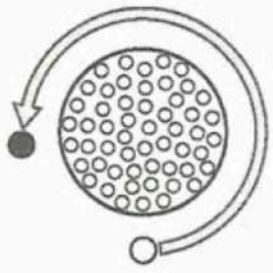
Вращение Инь — против часовой стрелки



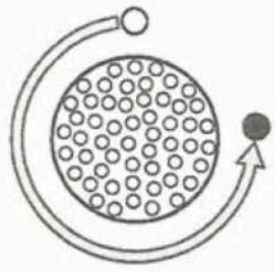
Вращение Ян — по часовой стрелке



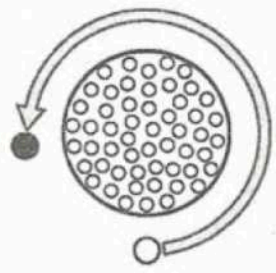
Дисбаланс вращения Инь — осцилляция 1



Дисбаланс вращения Инь — осцилляция 2

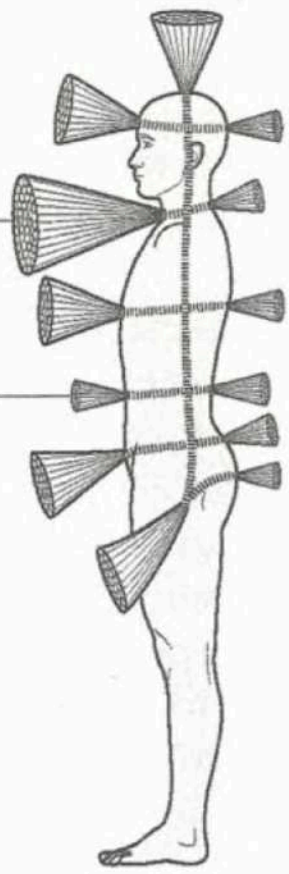


Дисбаланс вращения Инь — осцилляция 3

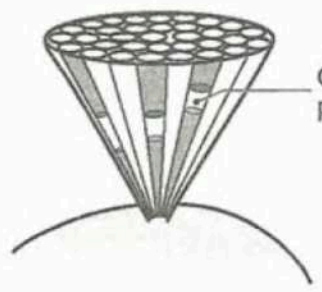


Дисбаланс вращения Инь — осцилляция 4

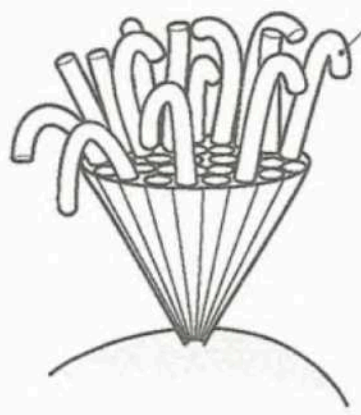
в)



г)



д)



ской акупунктуре. Он предположил, а экстрасенсы, с которыми он работал, подтвердили, что из меридианов Инь и Ян связанных элементов идут второстепенные сосуды, которые поддерживают структуру и функции каждого конуса основных чакр. Следовательно, стимуляция акупунктурных точек на взаимосвязанных меридианах может повлиять на структуру и функции чакр.

Чакровые дисбалансы подразделяются на пять видов: дисбалансы плотности, дисбалансы вращения, дисбалансы проекции, дисбалансы поврежденного конуса и дисбалансы замкнутости конуса (рис. 41.2).

Дисбалансы плотности

Меньшие конусы могут быть равномерно распределены по всей чакре, что свидетельствует о том, что плотность чакры сбалансирована. Или же они могут быть плотно собраны в некоторых областях и негусто рассредоточены в других областях чакры. Это и есть дисбаланс плотности чакры, который может оказывать явное физиологическое и психоэмоциональное воздействие. При балансировке плотности чакры мы непосредственно воздействуем на цветные конусы и, следовательно, на ее физиологические и психоэмоциональные аспекты, а не метафизические аспекты.

Ричард Атт выяснил, что существует двенадцать особых акупунктурных точек, которые контролируют распределение меньших конусов в чакре. Количество разбалансированных акупунктурных точек свидетельствует о степени дисбаланса плотности чакры. Если разбалансирована только одна или две акупунктурных точки, это значит, что нужно стимулировать только четыре из остальных акупунктурных точек. Если разбалансировано шесть или более акупунктурных точек, то нужно последовательно стимулировать все двенадцать акупунктурных точек. Стимулирование этих точек в соответствующей последовательности приводит к тому, что конусы снова равномерно распределяются в чакре, устраняя дисбаланс плотности и, в большинстве случаев, нормализуя связанные с ней физиологические аспекты.

Наиболее распространенным физическим дисбалансом, связанным с дисбалансом плотности, является боль. Двенадцать акупунктурных точек, задействованных в балансировке плотности, — это комбинации акупунктурных точек, регулирующих поток энергии в акупунктуре: командные точки, точки Ло, часовые точки, точки юань, точки источника и накапливающие точки. Поскольку необходимо последовательно стимулировать двенадцать акупунктурных точек, Атт расположил их на циферблате часов и назвал *часовым чакровым дисбалансом*.

Дисбалансы вращения

Одним из самых распространенных видов дисбалансов чакры является *дисбаланс вращения*. Чакры как таковые не вращаются сами по себе, но, скорее, продвигаются либо в направлении по часовой стрелке, либо против часовой стрелки. Поэтому дисбаланс вращения заключается в том, что чакра вращается больше в одном направлении, чем в другом, и если большинство отдельных конусов вращается в одном направлении, то будет казаться, что чакра в целом вра-

щается в этом направлении. Очевидно, что дисбаланс чакры может являться дисбалансом вращения по часовой стрелке или дисбалансом вращения против часовой стрелки. Балансировка дисбаланса вращения проясняет цвет чакры. Например, насыщенность цвета может стать больше или менее мутной, или же может измениться оттенок. Дисбалансы вращения также связаны с физиологическими и психоэмоциональными дисбалансами.

Поскольку дисбалансы вращения отражают аспекты Инь и Ян функции чакры, они выражаются либо как недостаток активности (Инь), либо как переизбыток активности (Ян) взаимосвязанных физиологических и психоэмоциональных состояний. К примеру, чакра горла связана с функцией щитовидной железы и вербальным выражением. Следовательно, дисбаланс вращения Инь в чакре горла может выражаться в склонности к гипотиреозу и неспособности высказываться, в то время как дисбаланс вращения Ян может выражаться в склонности к гипертиреозу и чрезмерной говорливости.

В прикладной физиологии дисбалансы вращения корректируются различными комбинациями точек Ло и часовых точек двух меридианов, связанных с этой чакрой.

Дисбалансы проекции

Другим распространенным дисбалансом является дисбаланс проекции. Каждый конус в любой основной чакре выступает из физического тела на определенное расстояние. Когда система чакры сбалансирована, конус каждой чакры выступает из тела на то же расстояние, что и другие. К примеру, лобная, горловая, сердечная, пупочная и сакральная чакры все выступают из физического тела на одно и то же расстояние.

Дисбалансы проекции делятся на два типа: внутренний и наружный дисбалансы. Если чакра не выступает наружу так же, как другие чакры, то этот дисбаланс называется *внутренним*. С другой стороны, если чакра выступает из тела значительно дальше, по сравнению с другими чакрами, то этот дисбаланс называется *наружным*. Такие дисбалансы отражают недостаток и переизбыток энергии в функциях чакры. Кроме того, в самой чакре один или более конусов могут выступать дальше или меньше, чем большинство остальных конусов. Такое положение приводит к более частным физиологическим или психоэмоциональным дисбалансам, связанным со свойствами этой чакры. Например, пупочная чакра ассоциируется с выражением своей личной силы в мире. Если существует внутренний дисбаланс, то он воздействует на весь конус чакры, и обычно выражается в неспособности проявить вовне свою личную силу и может проявиться в замкнутости. Но если лишь несколько конусов этой чакры выступают меньше, чем остальные, то этот дисбаланс не будет сказываться на характере целиком, но лишь указывать на неспособность выражать свою личную силу в конкретных ситуациях, например, при встрече с человеком, которого вы воспринимаете как авторитетное лицо.

Опять же в прикладной физиологии используется последовательность акупунктурных точек, стимуляция которых поможет сбалансировать проекцию

конкретной чакры. Таким образом, возможно выровнить ее проекцию по отношению к телу и привести в соответствие с остальными чакрами, а также выровнять все меньшие конусы по отношению к основному конусу.

Дисбалансы поврежденного конуса

Обычно отдельные конусы чакр являются продолжением сушумны, центрального канала, и идут непрерывно к торцу конуса. Иногда бывает, что по причине шока и травм какой-либо конус может повредиться или в нем могут возникнуть прорывы. Характер нарушения, как физиологического, так и психоэмоционального, зависит от того, на каком уровне внутри конуса чакры происходит разрыв или повреждение, поскольку в каждом слое чакры преобладает своя тема. Степень повреждения зависит от количества поврежденных конусов.

Беспорядочное движение энергии, возникающее по причине поврежденного конуса, компенсируется потоком энергии из связанных с чакрой меридианов, что приводит к дисбалансам в этих меридианах. Поэтому для коррекции поврежденных конусов вместо последовательности акупунктурных точек применяется стимуляция точек взаимосвязи тех меридианов, которые связаны с чакрой. Такая стимуляция восстанавливает конусы и возобновляет нормальное функционирование этой чакры.

Дисбалансы замкнутости конусов

Дисбаланс замкнутости конуса в чакре заключается в том, что один или более отдельных конусов чакры замыкаются на себе или заворачиваются сами на себя. Причиной такого дисбаланса является блокировка энергетического потока во второстепенных сосудах от меридианов Инь или Ян, которые стабилизируют общую структуру конуса. Следовательно, меньшие конусы начинают раскачиваться, нарушая нормальную функцию чакры, и те, кто может их видеть, говорят, что они качаются и постоянно заворачиваются сами на себя.

Источником такого дисбаланса являются блокированные точки входа или выхода в одном из взаимосвязанных меридианов. Если точка входа меридиана блокирована, то конусы взаимосвязанной чакры будут заворачиваться внутрь. В противном случае, если точка выхода меридиана блокирована, то конусы будут выворачиваться наружу. На физиологическом уровне эти блокированные акупунктруные точки оказывают воздействие на энергию органов и функцию меридианов. Стимулирование или балансировка блокированных точек входа или выхода нормализует как функцию чакры, так и функцию взаимосвязанного меридиана. На психоэмоциональном уровне замкнутые конусы ассоциируются с нерешительностью, самосаботажем и прокрастинацией.

Использование Семи ключей ци

Семь ключей ци эффективно применяются для исправления различных уровней дисбаланса и широко используются в качестве коррекции. По сути, не существует другой столь же эффективной методики смягчения острой боли, чем применение Семи ключей ци. Напри-

мер, у одной студентки Чарльза Кребса, изучившей Семь ключей ци, дочка упала и сломала лодыжку. Женщина знала, что лодыжка сломана, а девочка испытывала сильнейшую боль, поэтому мать начала выполнять коррекции чакр по семи ключам ци по очереди, используя тай-шин, пока ребенок больше не испытывал боли. Когда она привезла ребенка в травматологию, она сказала врачу, что девочка сломала лодыжку и нужно было сделать рентген. Врач отказался, говоря: «Невозможно, чтобы она сломала лодыжку и не испытывала боли!» На что мать ответила: «Я слышала, как ломалась кость, и я знаю, что она сломана; необходимо сделать рентген. А боли она не испытывает потому, что я применила акупунктурную методику, которая убирает острую боль». Врача это все равно не убедило — он продолжал отказываться делать рентген, потому что нельзя сломать лодыжку и не чувствовать никакой боли! Матери почти пришлось прибегнуть к физической силе, чтобы заставить врача сделать рентген сломанной лодыжки дочери. Посмотрев на снимок, врач воскликнул: «Надо же! Она сломана!» На что мать ему сказала: «Именно это я вам и говорила!» Очевидно, что такое безболезненное состояние не могло бы длиться долго, пока перелом оставался без внимания специалиста, и женщина была благодарна врачу за его мастерство, когда он наложил гипс, чтобы лодыжка нормально срослась.

Помимо балансировки физической боли и мышечных дисбалансов Семь ключей ци широко применяются для коррекции многих других дисбалансов, включая эндокринные, гормональные, психоэмоциональные и психодуховные состояния.

Голограммы чакры в нейроэнергетической кинезиологии

Еще один подход к балансировке чакр заключается в их голографических взаимоотношениях со всеми уровнями нашего многомерного существа. Этот подход был разработан двумя коллегами Чарльза Кребса, ранее его студентами, Керри МакФарлан и Хьюго Тобаром.

Тогда как методика Семи ключей ци балансирует основные чакры на эфирном уровне через акупунктурную систему меридианов, как уже говорилось в 5 главе, чакры сами по себе располагаются на всех уровнях ауры человека. Систему чакр также можно рассматривать с голографической перспективы, поскольку каждая чакра обладает индивидуальными ассоциациями, которые проявляются на всех уровнях. Как и в акупунктурной системе, в которой каждый меридиан содержит отображение всей системы меридианов, каждая чакра хранит отображение каждого уровня нашей ауры — физического или эфирного, эмоционального, ментального и духовного. Таким образом, каждая отдельная чакра дает особую перспективу всего существа.

Используя взаимоотношения меридиан-чакра, изначально установленные в прикладной физиологии, Керри и Хьюго применили голографическое понятие меридианных координат к каждой чакре. В этом случае объектный луч представлен одним из двух меридианов, связанных с конкретной чакрой, а эталонный луч соотносится с определенным уровнем ауры. Для определения дисбаланса чакры тестирующему достаточно сложить пальцевую пробу чакры вместе с двойной пробой голограммы (одно-

временно складывается две пробы голограммы). Таким образом обеспечиваются две координаты: 1) первичный уровень ауры, например, эфирный, астральный или ментальный; и 2) подуровень внутри этого первичного уровня.

Для определения чакры с дисбалансом тестирующий прикасается к сигнальным точкам, и первая сигнальная точка, на которую мышца-индикатор изменит свое состояние, будет объектной чакрой. Вторая сигнальная точка, на которую мышца-индикатор изменит свое состояние, указывает на уровень, в котором кроется дисбаланс чакры. Полярность первой координаты, Инь или Ян, также обозначает положение дисбаланса — в переднем (Инь) конусе или в заднем (Ян) конусе.

В традиционной йогической литературе каждый первичный уровень ауры далее подразделяется на семь подуровней, отсюда и микрокосм в макрокосме. Чтобы обозначить эти подуровни в голографической системе чакры, нужно определить третью сигнальную точку, которая называется *вторым эталоном* и более точно указывает на то, в каком подуровне ауры кроется дисбаланс. Подуровень дисбаланса показывает, на что этот дисбаланс оказывает влияние — на физическую структуру, физиологическую функцию или же эмоциональное, ментальное или духовное состояние.

Поскольку голограмма чакры в равной мере отвечает за каждый уровень чакры, а уровни выше эфирного постепено становятся все более метафизическими, то и голограмма чакры намного глубже затрагивает метафизические аспекты функции чакры. Для сравнения, Семь ключей ци весьма эффективны для работы с проблемами на физическом и эфирном уровне, а также для более косвенной работы с высшими психоэмоциональными и духовными дисбалансами.

Затем МакФарлан и Тобар экстраполировали эту голограмму чакр и на меньшие чакры тела. Каждый крупный сустав и некоторые основные акупунктурные точки на голове связаны с меньшими конусами чакр, которые называются меньшими чакрами. Меньшие чакры иннервируют физическое тело посредством прямого контакта с органами, например, селезеночная чакра, или областью тела, на которой они расположены, например, ладонная чакра. Также на голове расположено шесть меньших чакр, которые больше соотносятся с психодуховными аспектами нашего существа.

Что любопытно, две основных коррекции чакр включают воздействие на конус чакры звуком или светом. Таким образом, эти физические вибрации взаимодействуют с надгармоническими волнами этих вибраций в структуре чакры. Удивительно то, что те клиенты, кто получал коррекцию звуком или светом, направленным на конус чакры, даже если источник удерживается на расстоянии 30 или более сантиметров от тела, часто испытывают реальные ощущения в физическом теле.

Литература

1. Topping, WW 2000, Energy Centers, Topping International Institute, Bellingham, Washington.

2. Translated into English by Wilcox, D & Greenbaum, F 1965, Journal of Chemical Education, Vol. 42, pp. 266—267.

Глава 42

ЗВУК

Звук является самым мощным видом вибраций во Вселенной. Сначала было Слово, и с тех пор звук стал неотъемлемой частью мироздания. В соответствии со всеми принципами вибрации, уровень когерентности и частоты звука определяет его силу. Вибрационные образцы когерентного звука могут иметь успокаивающий и лечебный эффект, в то время как некогерентные образцы являются раздражительными и беспокоящими. Например, симфония и какофония (набор случайных звуков). На протяжении тысяч лет шаманы и жрецы применяли принципы воздействия при помощи ритмических звуков, чтобы изменять мышление и оказывать влияние на силу гармонии волны мозга. В 1960-х годах, в результате исследования влияния барабанного стука при записи электроэнцефалограммы обнаружилось, что ритмические удары существенно видоизменяли мозговую волновую активность. Другие исследователи шаманских ритуалов обнаружили, что во время методик инициации диапазон частот тета-волн был доминирующим.

Подобно этому, григорианское пение применялось для синхронизации мозговых волн для того, чтобы ввести поющих монахов в состояние глубокой медитации.

Совершенствование методики применения звука в кинезиологии

Камертоны

В конце 1980-х годов Ричард Атт начал проводить свои исследования применения звука в качестве методики лечения в кинезиологии. Вначале он работал с аудиометром — прибором, который создает чистые тона, а затем его осенила идея использовать камертоны, создающие шаблоны физической вибрации, которые соответствовали энергиям различных меридианов. Он установил это, сначала балансируя меридиан, затем создавая дисбаланс в этом же меридиане, далее он проводил тестирование камертонов различных частот до тех пор, пока не обнаружил тот, с помощью которого меридиан возвращался в состояние баланса. В конце 1990-х годов английский кинезиолог Алан Сейлз повторил данное исследование в звуковой лаборатории, с применением оригинальной методики Атта.

Он выбирал сбалансированный меридиан, создавал в нем дисбаланс, а затем использовал звуковой генератор для того, чтобы определить, какая частота повторно балансировала меридиан. Опыты Сейлза в основном подтвердили первоначальные частоты каждого из меридианов. Фактически, он определил те же самые частоты для большинства меридианов, которые исследовал Атт,

а также те частоты, которые отличались на менее, чем 10—15 Гц, что являлось ниже, чем разница между различными музыкальными нотами.

Также, Атт исследовал вид материала камертона, из которого необходимо изготавливать камертон для достижения наилучших качеств в лечебных целях. Изначально Атт обратил внимание на камертоны из нержавеющей стали и алюминия, поскольку это было наиболее доступно. Поскольку они производили чистый звук, он установил, что такие звуки не давали надежного результата для лечения. Таким образом, он провел исследование отдельного вида алюминия, который на то время использовался преимущественно в строении баллистических противоракет. Данный сплав алюминия, меди и олова придает вибрации богатый спектр обертонов.

Атт обнаружил, что это на самом деле были те обертоны, с нечистой частотой, но которые давали наилучший эффект при лечении. Следовательно, нужно указать, что самые дешевые камертоны почти всегда изготовлены из нержавеющей стали или чистого алюминия и, таким образом, у них не хватает диапазона обертонов, необходимых для эффективного лечения. Камертон создает физические колебания воздуха, чем вызывает вибрации в тканях организма, а также в энергетических структурах. Эти вибрации способны поднять ткани и энергетические структуры на более высокий уровень когерентности, отражая более гомеостатические состояния функционирования. Камертоны можно применять по отдельности и в комбинациях. Когда используется один камертон, например, направленный на акупунктурную точку или на чакру, его частота вызывает гораздо более гармоничную вибрацию в данной структуре. Однако, когда камертоны используются в комбинации, частоты звука каждого камертона объединяются, чтобы создать уникальный метод интерференции, имеющий свою собственную гармоничную структуру, отличную от отдельного камертона. Данный метод интерференции, представленный отдельной формой волны, может также приводить ткани и энергетические структуры к большим уровням функционирования.

Другие методики, использующие звук

Наряду с тем, что в настоящее время камертоны представляют наиболее общепринятый метод применения звука в процессе лечения в кинезиологии, существует и ряд других возможностей. Любой источник звука может использоваться как терапевтический инструмент в отдельном контексте. Лечение может включать в себя, но не ограничиваться этим: применение хроматического камертона, аудиометра, CD дисков (т. е. все, что включено в программу для прослушивания), компьютерные звуки, тибетские чаши, музыкальные инструменты и даже человеческий голос. Для того, чтобы проиллюстрировать существование ряда возможных источников звука, Кребс провел работу с клиентом в его загородном доме, при которой звуковой режим был приоритетной коррекцией. Однако, Кребс не брал с собой камертоны и, следовательно, он повторно вводил звуковой режим в контур, чтобы посмотреть будет

ли какая-нибудь другая коррекция, которую можно было бы использовать вместо первого метода коррекции. Но, звуковой режим снова проявлялся как приоритетная коррекция, показывая, что на самом деле, именно она является приоритетной, необходимой организму для коррекции дисбаланса. Когда он стоял, раздумывая о том, что делать, позади у крыльца внезапно послышался шум ветра. Кребс решил применить вместо своей методики шум ветра для проведения коррекции, биологическая обратная связь мышцы ответила: «Да». Поэтому, он применил именно звук шума ветра, а затем создал звуки в каждой из трубок по очереди, пока не определил, какой именно шум порождал звук, и сколько времени требовалось для балансировки контура. К его удивлению, коррекция требовала довольно длительного времени.

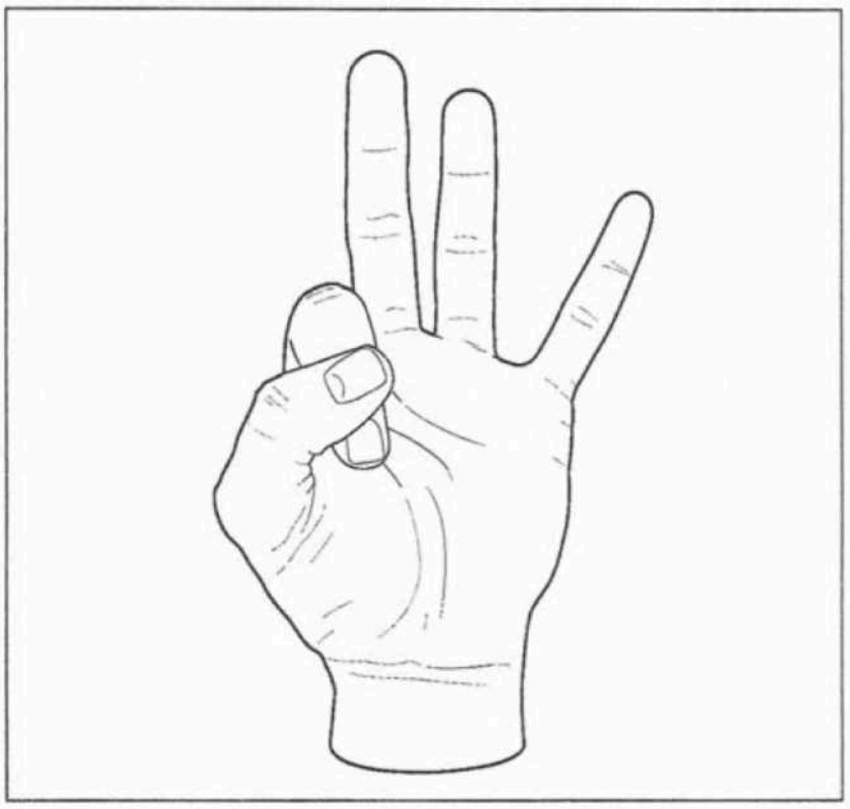


Рисунок 42.1. **Звуковой режим.** Пальцевая проба звука подразумевает расположение большого пальца на первом суставе указательного пальца. Если удерживается такой режим, изменение мышцы-индикатора показывает, что следует применять звуковую терапию.

Применение звука в процессе лечения

Звуковая пальцевая проба — это метод установления контекста для применения звука в качестве методики балансировки в Энергетической кинезиологии. Это определенные пальцевые пробы, где большой палец располагается на первом суставе указательного пальца, как показано на рис. 42.1. Как только звуковой режим вызвал изменение мышцы-индикатора в определенном контексте, это показывает, что отдельная частота или частоты звука представляют собой важную часть данного контекста при этом дисбалансе. Таким образом, когда бы ни случился дисбаланс в контуре, и когда бы звуковой режим не создал изменение индикатора, данный процесс может указывать только на два различных способа применения.

Первый способ состоит в том, что отдельный звук может создавать механизм ввода большей информации в контур. Например, звуки в значительной степени ассоциируются с отдельными психоэмоциональными событиями. Следовательно, прослушивание отдельного звука или даже отдельной частоты может активировать подсознательные эмоциональные и мозговые программы, позволяющие вводить в контур данную информацию. Второй способ заключается в том, что как только полный контекст контура сформирован, звук можно применять в качестве высокоэффективной методики коррекции.

При наличии такого количества звуковых настроек, какая из них, в вашем понимании, является наиболее уместной в определенном контексте? В этом и состоит роль биологической обратной связи мышцы. Как только звуковой режим вызывает приоритетное изменение индикатора, единственное, что необходимо, так это локализовать приоритетный источник звука, для того, чтобы использовать его в терапевтических целях. Как только определен источник, появляется два дополнительных фактора, которые нужно определить: 1) локализация применения звука, и 2) продолжительность применения звука.

Например, возможно, необходимо применить звук на протяжении всего двух минут для левого уха.

Применение камертонов

Существует ряд способов, с помощью которых вы можете использовать камертоны в терапевтических целях. Наиболее общими из них является использование одного камертона, или же комбинации камертонов. Ряд различных видов камертонов на самом деле можно применять как одночастотные резонаторы, которые оказывают специфическое воздействие. В действительности, это способ является самым распространенным, при котором применяются камертоны с целью лечения. Примером тому является камертоны Ома, специальные камертоны чакр, специальные камертоны меридианов, камертоны для отдельных органов, камертоны для балансировки отдельных мышц, и даже те камертоны, которые создают резонанс при частоте ДНК.

Уникальная методика применения камертонов была разработана Ричардом Аттом, в которой использовались сигнальные точки меридиана для того, чтобы указать, какой камертон или комбинация камертонов соответствовали определенному частотному дисбалансу. Этот дисбаланс может быть на физическом, эмоциональном или даже духовном уровнях.

При дополнительном применении используется концепция балансировки голографического звука с помощью локализации *объектного меридиана* и *референтного меридиана* посредством сигнальных точек. Когда камертоны этих двух меридиана производят звук вместе, создается определенная интерференция, которая способна вносить большую когерентность в диссонирующие энергетические или физические системы, то есть быть основой процесса лечения. Концепция звуковой голограммы также применяется внутри голограммы чакры. При таком применении могут использоваться не только камертоны, связанные с меридианом, но также и отдельные камертоны, относящиеся к чакре.

Наряду со всеми методами применения звука с целью лечения очень важно определить: 1) место применения камертонов; 2) длительность применения.

Глава 43

ПРИМЕНЕНИЕ СВЕТА И ЦВЕТА

Совершенствование лечения при помощи света и цвета

Посылы на лечение при помощи света и цвета уходят в давние времена. В древнем Египте солнечный свет использовался для лечения в медицине, а в Гелиополе для излечения строились храмы. В их стенах располагались цветные кристаллы, которые выравнивали определенным образом, способствующим прохождению лечебных лучей солнца. Древние греки знали, что свет имеет полезное воздействие на здоровье, и световая терапия носила название *гелиотерапия*. Более, чем 2000 лет тому назад в *Най Чинь* китайцы также оценили важность цвета в диагностических целях.

В 125 году н. э. Апулей проводил эксперименты с воздействием светового мерцания, возникающего путем вращения колеса горшечника. Он установил, что этот принцип можно использовать для выявления видов эпилепсии. Около 200 лет н. э. Птолемей установил, что, когда он пускал «солнечных зайчиков», эти пятна света и цвета дарили ощущение эйфории. Платон установил, что здоровые люди могли видеть отдельные вспышки света при гораздо большей скорости мерцания, чем те, которые болели. Затем, спустя несколько лет, при изучении источников света (таких как тахископия), применяющихся для создания быстрых вспышек света, было выявлено, что медитирующие на протяжении длительного периода времени люди способны видеть дискретные вспышки света при более высоких частотах мерцания света, чем те, кто не медитировали.

В девятнадцатом столетии датский врач-терапевт Ниелз Финсен получил Нобелевскую премию по физиологии и медицине за достижения в области световой терапии. Финсен был первым, кто создал прибор генерации технической синхронизации солнечного света и, таким образом, продемонстрировал благоприятное воздействие длины волн при лечении туберкулеза. Эта же технология доказала свою эффективность в области дерматологии, неврологии и физиотерапии. Световая терапия также использовалась в лечении кожных заболеваний, расстройств сна и некоторых психических расстройств. Световая терапия, которая ударяет по сетчатке глаза, используется для лечения расстройств циркадианного ритма, таких как сезонное аффективное расстройство.[1]

Другие применения в отрасли медицины включают воздействие на болевые ощущения, ускоренное лечение ран, отращивание волос, улучшение качества крови и ее циркуляции, а также на заболевания, связанные с пазухами. Многие из этих низкоуровневых лазерных методов терапии, а также терапии в красном цвете находятся в диапазоне от 620 до 660 нм.

Растет количество научных доказательств того, что свет может быть мощным средством лечения, влияющим на ряд состояний и уровней человеческой жизни. Доктор Фриц-Альберт Попп говорил: «Сегодня мы знаем, что Человек является неотъемлемой частью света. А современная наука фотобиология…

сегодня это доказывает. В отношении лечебных свойств... это подразумевает многое. Сейчас мы знаем, к примеру, что... свет может порождать, или блокировать каскадные реакции в клетках, а также то, что генетические повреждения клеток, в действительности, можно исправлять в течение нескольких часов с помощью направленного потока света. Мы находимся на пороге абсолютного познания комплексных взаимосвязей между светом и жизнью, и сейчас мы можем с уверенностью утверждать, что функционирование всего процесса метаболизма в нашем организме полностью зависит от света».

Применение света и цвета в кинезиологии

В 1988 г. Ричард Атт создал пальцевую пробу для светоцветового комплекса, как способ определения контекста для применения света и цвета в качестве методики балансировки. Это пальцевая проба, в которой большой палец расположен на центральном суставе среднего пальца, как показано на рис. 43.1.

Применение цвета в кинезиологии

Согласно наблюдениям Традиционной китайской медицины, каждый элемент резонирует с определенным цветом. Элемент Огня — это традиционный красный цвет, элемент Земли — желтый, элемент Металла — белый, элемент Воды — синий, и элемент Дерева — зеленый. Также существуют свидетельства, что китайцы использовали эти цвета в различных вариантах лечения. В китайской медицине эти цвета использовались для диагностики, при которой проявлялись реакции человека на определенные цвета, что указывало на то, какой из данных пяти элементов был разбалансирован. Как только разбалансированные элементы определены, для решения проблем с дисбалансом применялись различные медицинские методики: акупунктура, применение банок, прижигание моксой или лечение травами. Эти традиционные элементы и их цвета были включены в курс доктора Джона Ти «Целебное прикосновение». Он разработал цветовой баланс, основанный на этих традиционных китайских связях между элементами и цветами. Мышечный мониторинг применялся для определения тех элементов и мышц, которые находились в состоянии дисбаланса и, следовательно, тех цветов, которые могли быть важными для коррекции данных дисбалансов.

Два других хиропрактика в Прикладной кинезиологии, доктор Штольнберг и доктор Франкс, провели исследования взаимосвязей на уровне цвет-меридиан, с использованием мышечного тестирования в Прикладной кинезиологии, а также более сложной цвето-генерирующей аппаратуры. Они определили, что существует две различных формы цветовых связей с данными элементами. Первая — это традиционная китайская связь, указывающая на то, что определенные цвета служили методом диагностики дисбалансов в отдельных элементах. Вторая — это связь отдельных цветов как средств лечения для данных элементов.

В отличии от традиционных китайских цветов для диагностики, Штольнберг и Франкс установили, что лечебные цвета — это по-прежнему красный цвет для Огня, желтый — для Земли,

и зеленый — для Дерева, но синий — для Металла, и фиолетовый — для Воды. Ричард Атт включил эти лечебные цвета в Прикладную физиологию. Также он признал, что традиционный элемент Огонь четырех меридианов — это на самом деле два объединенных вместе элемента, каждый из которых имеет свой собственный лечебный цвет. Вместо Огня из четырех меридианов, имеющих красный цвет, он разделил их на традиционные подэлементы: Управляющий Огонь, имеющий красный цвет, Вспомогательный Огонь — оранжевого цвета.

Каждый элемент состоит из Инь меридиана и Ян меридиана, и традиционно Инь представляет темную сторону, а Ян — светлую. Таким образом, Атт обнаружил, что в действительности Инь меридианы наиболее активно реагировали на темный оттенок цвета, ассоциировавшегося с меридианом, Ян меридианы наиболее активно реагировали на светлый оттенок.

Следовательно, в Прикладной физиологии лечебные цвета будут следующими: для элемента Управляющего Огня, меридиан Сердца имеет темно-красный цвет; меридиан Тонкого кишечника — светло-красный; Вспомогательный элемент Огня: меридиан Перикарда — темно-оранжевый; и меридиан Тройного обогревателя имеет светло-оранжевый цвет.

Элемент Земля: меридиан Селезенка или поджелудочная железа — темно-желтый цвет, а меридиан Желудка — светло-желтый. Элемент Металл: меридиан Легких имеет темно-синий цвет, а меридиан Толстого кишечника — светло-голубой. Элемент Воды: меридиан Почек имеет темно-фиолетовый цвет, а меридиан Мочевого пузыря — светло-фиолетовый. Элемент Дерево: меридиан Печени имеет темно-зеленый цвет, а Желчный пузырь — светло-зеленый. Атт создал баланс голографического цвета, основываясь на лечебных цветах семи элементов. Этот цвет можно было использовать как в кинезиологическом, так и в некинезиологическом формате. Его суть состояла в том, чтобы использовать набор карт, где в каждом меридиане содержатся лечебные цвета, как указано выше, руководство по голографической цветочной эссенции, и другие голографические схемы, например, цереброспинальная, нервно-сосудистая акупрессура, и акупрессура Семи Элементов.

В некинезиологическом формате человек глубоко задумывается о проблемах

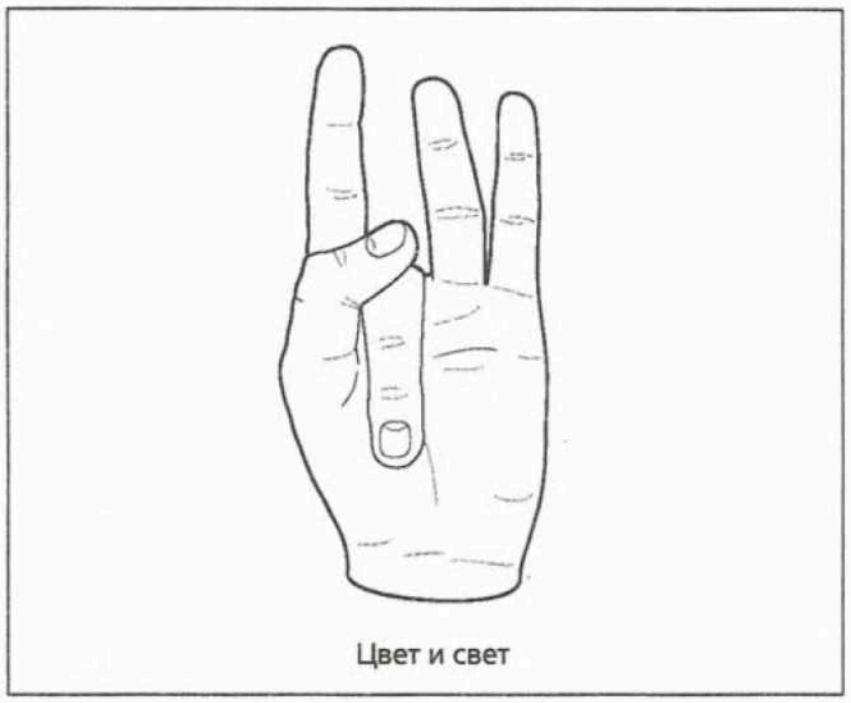


Рис. 43.1. **Световая и цветовая пробы.** Световая и цветовая пальцевая проба — это расположение большого пальца на центральном суставе среднего пальца. При удержании данной пробы изменение индикатора показывает, что необходимо применять световую или цветовую терапию.

своей жизни, а затем смотрит на цветные карты, относящиеся к меридианам, выбирая одну, которая выглядит «наиболее впечатляющей» среди остальных карт. После этого он размышляет снова о проблемах, и повторяет процесс, выбирает вторую цветную карту. Первая карта представляла собой объектный меридиан, а вторая — референтный меридиан. После этого он читал негативные и позитивные утверждения из определенной цветочной эссенции и размышлял о том, как это относится к его проблеме. Затем можно было добавить стимулирование сопряженных нейролимфатического, нервнососудистого рефлексов, акупунктурных точек и т. д. В кинезиологии проблема клиента будет заложена в контур, и если светоцветовая пальцевая проба указывает на приоритетное изменение мышцы-индикатора, клиент должен последовательно посмотреть на каждую из цветных карт, связанных с меридианами. Первая карта, дающая изменение мышцы-индикаторы, покажет объектный меридиан, вторая карта укажет на референтный меридиан. Человек, проводящий мониторинг, впоследствии, может балансировать контур через цветочную эссенцию, нейролимфатический или нейрососудистый рефлекс, точки акупунктуры, или же определив, что нужна иная информация. Этот процесс может быть частью фазы по сбору информации, или же методикой коррекции для балансировки контура.

Применение ауросомы в кинезиологии

Хоть и эзотерическая, но современная форма лечебного цвета была создана в 1984 году Вики Волл, фармацевтом и травником. В то время Вики было уже 66 лет, и она была клинически слепой. В ряде медитативных повторяемых практик Вики постоянно получала одно и то же послание. Ей говорили: «Иди и раздели воду». Она говорила, что не знала, что делала, когда она появилась в небольшой лаборатории, где сформировала смесь из различных слоев и цветов из натуральных ингредиентов. Позже Вики рассказывала, что «ею руководили чьи-то руки», поскольку она не могла ни видеть чудесных цветовых комбинаций, которые сама создала, ни понимать их предназначения. Однако, это было знаковым рождением понятия *Равновесие*, представляющий собой изначально набор сосудов ауросомы. Со временем и в процессе взаимодействия с клиентами, Вики интуитивно ощущала качества каждого из этих сосудов *Равновесия*. Благодаря этим открытиям была создана терапия ауросомы. Ее изучают во всем мире. Практикующие кинезиологи также были способны применять систему ауросомы в своей клинической практике путем использования биологической обратной связи мышц для того, чтобы выбрать соответствующую бутылочку ауросомы для текущего состояния клиента. Это можно применять напрямую как терапию, поскольку биологическая обратная связь мышцы используется для определения того, где следует применять масла ауросомы и как часто. Эти масла можно применять на точках акупунктуры, на рефлексных точках или на других участках тела. Их можно использовать как часть сбора информации или же как методику коррекции. К тому же, вы можете опре-

делить, следует ли клиенту брать с собой ауросому домой, чтобы продолжать курс терапии дома. Другое применение ауросомы в кинезиологии представили Керри МакФарлейн и Хьюго Тобар в голограмме чакры. Они установили связь между различными чакрами и разными цветами ауросомы. Когда в контексте голограммы чакры определяется светоцветовая проба, можно быстро определять соответствующие цвета ауросомы по мышечному тестированию.

Важными решениями являются:

1) область применения масел ауросомы;

2) продолжительность времени применения масел ауросомы;

3) следует ли продолжать применение терапии на дому.

Применение цветопунктуры в кинезиологии

В настоящее время ученые сделали открытие о том, что свет действительно является важным средством, с помощью которого происходит сообщение между клетками, и это является основой ряда функций организма. На протяжении двадцати пяти лет интенсивных эмпирических исследований немецкий ученый и специалист в отрасли натуропатии Петер Мандель разработал *цветопунктуру* — уникальную систему лечения с помощью света. В цветопунктуре частоты цветовых лучей света фокусируются на кожу с использованием ручного инструмента световой акупунктуры с помощью специально разработанных, изготовленных вручную взаимозаменяемых стеклянных палочек, которые излучают различные цвета света через сфокусированный наконечник.

В соответствии с этой моделью, при поглощении света кожным покровом и передачей его по меридианам, происходит стимулирование межклеточной коммуникации, и происходит процесс лечения. Ввиду того, что цветопунктура может использоваться для любой области кожи, она как обычно применяется на отдельных акупунктурных точках, поскольку благодаря их связи меридиан-орган (или железа) эти точки оказывают более прямое влияние на нашу физиологию, нежели иные точки на кожном покрове.

Цветопунктура также эффективно применялась многими кинезиологами во всем мире. Это происходит благодаря тому, что биологическая обратная связь мышц создает эффективный механизм определения:

1) используемых отдельных световых частот;

2) акупунктурной точки(ек) или иных точек тела, к которым следует применить данные частоты;

3) продолжительности времени применения данных частот.

Другие световые методики в кинезиологии

Выше мы приводили описание наиболее частого использования светоцветовых способов терапии, которые применяются в кинезиологии. Однако, существует ряд других способов терапии света и цвета, применяемых для лечения. В таких видах светоцветовой терапии выбор цвета, цветовой формат

(т. е. камни, кристаллы или свет), частота света, область применения света (т. е. чакра или акупунктурная точка) и продолжительность времени лечения обычно определяются на интуитивном уровне. Напротив, кинезиология предоставляет прямое средство — мышечное тестирование — для определения каждого из этих шагов или фаз с целью эффективного применения любого способа световой или цветовой терапии.

Литература

1. Lam, RW, Levitt, AJ, Levitan, RD, Enns, MW, Morehouse, R, Michalak, EE & Tam, EM 2006, The Can-SAD study: a randomized controlled trial of the eff ectiveness of light therapy and fl uoxetine in patients wiThwinter seasonal aff ective disorder, American Journal of Psychiatry, Vol. 163, pp. 805–812.

Часть VIII

ИТОГОВЫЕ СЕАНСЫ

Как только кинезиологическая балансировка завершена, соответственно, следует провести проверку всех факторов до завершения сеанса. Первое, что нужно выполнить — это проверить, создает ли баланс какие-либо переходные тонкие энергетические дисбалансы в энергетических системах клиента. Выполнение этого позволяет клиенту быстрее обрести непрерывное состояние баланса. Иногда этот процесс называют *балансировка систем до состояния баланса.* Второе — необходимо установить, решают ли применяемые методики коррекции текущую проблему, то есть то, что называется проверкой, то есть повторным введением первоначального контекста балансировки. Третье — говорит ли клиент о состоянии головокружения или дезориентации, которое можно разрешить через заземление, приводя его в чувства и в нормальное состояние. Каждая из этих пост-балансирующих проверок и их применение должна обсуждаться в данном сеансе более детально. Способы, с помощью которых вы можете оказать помощь клиенту после сеанса кинезиологии, также приведены в данном разделе. Они включают условие проведения текущего лечения, реагирование на реакции клиента, поддержку чувства личной ответственности клиента, и предоставление практических методик клиенту для поддержки хорошего самочувствия.

Глава 44

ЗАВЕРШЕНИЕ БАЛАНСИРОВКИ

Стабилизация энергетической системы клиента

Одним из общих наблюдений, в частности, полученных в процессе проведения глубинной балансировки, является то, что, когда больше нет необходимости в проведении коррекций с целью решения первоначальной проблемы, сам процесс балансировки может создавать тонкие энергетические дисбалансы в одной или нескольких энергетических системах клиента.

Частично, это происходит ввиду того факта, что энергии тела не схожи с принципами электричества. Эти потоки не движутся со скоростью света, а более похожи на потоки воды.

Таким образом, когда прослеживается энергетический дисбаланс ввиду избытка энергии в одной части системы, инициируя энергетический поток посредством коррекции, это не приводит к резкому изменению во всех системах. Вместо этого, часто происходит время задержки, поскольку идет поток энергии, но, подобно воде, он автоматически ищет свой уровень балансирования только тогда, когда на его пути отсутствуют препятствия. В данном переходном процессе изменения энергетических потоков, следующих сразу после процесса корректирования, более тонкие энергетические системы могут демонстрировать новое состояние дисбаланса, появившегося в результате корректирования. Следовательно, уместно проверять каждую из первичных энергетических систем относительно состояния их баланса после фазы коррекции в процессе сеанса. Ричард Атт назвал этот процесс *балансировкой баланса.* Наиболее общие дисбалансы обычно присутствуют в системе чакр, системе меридианов, энергетической системе фигуры 8, и механизмах центрирования тела.

Устранение данных переходных тонких энергетических дисбалансов позволяет быстрее достигать непрерывного состояние баланса в общей энергетической системе клиента.

Проверка первоначального контекста.

После завершения балансировки, нужно смотреть, действительно ли разрешилась первоначальная проблема, возникшая в контуре, после применения коррекции.

Данная процедура называется проверка контура. По завершению процесса балансировки важно вернуться в начало и провести повторную оценку прогресса, которого достиг клиент в сравнении с начальной задачей или подразумеваемым результатом. Это включает в себя возвращение к первоначальному контексту, установленному в начале сеанса. Для того, чтобы проводить эффективную проверку контура, лучше всего будет

закрыть контур, который включает в себя закрывание интервала запирания как для человека, проводящего мониторинг, так и для клиента для того, чтобы стереть всю информацию, удерживаемую в контуре, а затем повторно войти в первоначальную область дисбаланса. Если для установки контекста были проведены предварительные действия, данная активность должна будет выполняться повторно в конце сеанса для того, чтобы оценить достигнутые изменения. Если вначале была поставлена цель, ее нужно достичь после выполнения балансировки. Например, если задействуются отрицательные эмоции, вызывающие у клиента стресс, в процессе проведения мониторинга к ним необходимо применять тот же самый отрицательный эмоциональный контекст, чтобы продемонстрировать, что коррекция действительно завершена. Если не произошло никакого изменения мышцы-индикатора, не выявлено больше проб, состояний контура или режима закладки, это свидетельствует о том, что балансировка проведена успешно.

Если текущие жалобы клиента указывают на физические болевые ощущения, очень важно установить болевой порог клиента до и после балансировки. Определение шкалы болевых ощущений от 0 до 10, как было указано ранее, дает возможность видеть происходящие изменения. Частично, это фактическая боль, которая ранее не возникала в данном месте. Поэтому, если вы не записали фактический болевой уровень в самом начале, пока боль полностью не прошла, клиент может заметить лишь то, что она переместилась, или же степень болевых ощущений изменилась, или даже существенно снизилась. Таким образом, вам необходимо, чтобы клиент выполнил то же самое действие, которое изначально вызвало боль, например, выполнить движение рукой в определенном положении, или нажать на определенную часть тела, или же сконцентрироваться на том месте, где была боль, и установить природу данного болевого ощущения (подергивания, пульсация, ноющая боль и т. д.).

При повторной активации первоначального физического болевого ощущения крайне важно выполнить мониторинг мышцы-индикатора, чтобы понять, устранена ли боль на сознательном и подсознательном уровнях.

Когда клиент чувствует себя хорошо и, следовательно, в настоящий момент нет болевых ощущений, стресс на подсознательном уровне может указывать на то, что боль вернется, поскольку все еще присутствует нерешенный компонент на уровне подсознания, который следует решить. Это следует объяснить клиенту предельно ясно. Также нужно посоветовать записаться на последующий сеанс на ближайшее будущее, чтобы прояснить все нерешенные составляющие.

Приведение клиента в нормальное состояние

В процессе проведения сеанса по кинезилогии, некоторые клиенты могут испытывать чувство головокружение, или ощущение легкой пустой головы.

Обычно, эти состояния проходят сами по себе в кратчайшее время без какого-либо вмешательства. Однако, если кли-

ент находится в этом состоянии, и чувство головокружения не проходит, он может чувствовать себя некомфортно. Также в течение этого времени может иметь место определенная дисфункция.

Чтобы ваш клиент не уходил от вас с дезориентированным состоянием, вам следует применить следующие виды методик возвращения из этого состояния в настоящее время, доводя его до нормального состояния. Чтобы получить доступ к данному состоянию легкой головы или головокружения, для начала усадите клиента, и проведите двусторонний мониторинг надостной мышцы. Если мониторинг указывает на недостаточную фасилитацию, выполните одну из методик, приведенных ниже.

Второе, как только вы зафиксировали, что не происходит изменение индикатора в процессе мониторинга надостной мышцы, в положении сидя, дайте команду клиенту встать, и повторно проведите двусторонний мониторинг надостной мышцы. Если мониторинг указывает на недостаточную фасилитацию, выполните одну из методик, указанных ниже, пока надостная мышца с двух сторон находится в состоянии гомеостаза как в положении сидя, так и в положении стоя:

- Удерживайте точку Почки 1 или Управляющий меридиан 20, и проведите мониторинг. Если происходит приоритетное изменение мышцы-индикатора, удерживайте акупунктурную точку, которая вызвала изменение мышцы-индикатора, и проведите локализацию контура другой точки. Реципрокное изменение мышцы-индикатора указывает на то, что эти две пары точек нужно удерживать до тех пор, пока не будет ощущаться пульс. Клиент удерживает точку Управляющий меридиан 20 в верхней части головы тогда, когда человек, проводящий мониторинг, удерживает точки Почки 1 с двух сторон на ступнях обеих ног до тех пор, пока не будет ощущаться пульс.
- Попросите клиента удерживать одну ладонь внутренней частью к чакре брови, надпереносья, или над верхней частью головы, точкой Управляющего меридиана 20, в то время как специалист-практик удерживает свою ладонь внутренней частью к корневой чакре, и проводит мониторинг на предмет изменения мышцы-индикатора клиента. Если приоритет дает изменение мышцы-индикатора, человек, проводящий мониторинг, удерживает ладони внутренней частью к данной паре чакр до тех пор, пока не будет ощущаться пульс.
- Проверьте энергию фигуры 8 на наличие дисбалансов, применяя методы, описанные ранее: метод «ворсистых перчаток» или стимулирование точки Селезенки 21 в левой области. Если происходит приоритетное изменение мышцы-индикатора, проведите коррекцию энергий фигуры 8, показывающей дисбаланс.
- Выполните локализацию контура точек сердца, как описано ранее и, если имеет место изменение мышцы-индикатора на приоритете, выполните данную методику.

После проведения всех необходимых методик возврата из состояния головокружения, клиент обычно говорит о том, что у него присутствует ощущение «большей концентрации и самообладания», или у него «теперь отсутствует чувство головокружения». Всегда лучше, если клиент покидает вашу клинику в положительном состоянии.

Глава 45

ПОДДЕРЖКА КЛИЕНТА

Текущее лечение

Конечный этап сеанса — это время для обсуждения дальнейших визитов и предоставления рекомендаций с вашей стороны. По завершению сеансов очень важно вносить ясность и быть уверенным в том, что клиенты покидают вас с позитивными чувствами и уверенностью в данном курсе.

После выполнения лечения, вам следует провести оценку потребностей клиента в текущих и дополнительных балансах, и затем откровенно и искренне побеседовать с клиентом. Вам важно обсудить то, сколько, по вашему убеждению, необходимо сеансов для клиента, чтобы достичь ожидаемых результатов. Если клиенты ознакомлены с тем, чего стоит ожидать в самом начале, они будут более расположены к тому, чтобы продолжать практику лечения на протяжении соответствующего периода времени. После этого, вам следует провести оценку прогресса после каждого сеанса и проинформировать клиента о том, что нужно большее или меньшее количество сеансов, чем изначально планировалось.

Следует вносить ясность относительно дальнейших сеансов для клиента, возможного содержания последующего сеанса, предварительного количества дальнейших сеансов, необходимых для достижения ожидаемых результатов, а также временных промежутков между сеансами. Например, «Чтобы полностью устранить данную физическую боль, я рекомендую провести вам четыре сеанса, один раз в неделю. После проведения четырех сеансов мы выполним повторную оценку того, как вы себя чувствуете, и я могу сказать с уверенностью, что вы заметите значительные улучшения своего состояния».

Когда клиент приходит к вам на лечение впервые, наиболее вероятно, что у него будет ряд симптомов, с которыми нужно будет поработать и/или устранить их (симптомы могут быть физические, эмоциональные, ментальные, энергетические и на духовном уровне). Как только природа симптомов выявлена, вероятнее всего, клиент почувствует себя лучше, но данные симптомы будут представлять собой всего лишь внешний уровень. После того, как клиент вышел из кризисного состояния, у вас появляется возможность начать работу с истинной причиной (причинами) жизненной дисгармонии.

Если ваш клиент намерен достичь продолжительных результатов от лечения с помощью кинезиологии, очень важно, чтобы данные более глубокие проблемы были разрешены.

Ввиду этого, фокус проблем может сдвинуться к тому, что действительно нужно достичь в жизни и, к тому, как вы можете помочь клиенту на пути достижения данных изменений.

Выработанные годами компенсационные механизмы и стадии подавления, которые присутствуют в каждом из нас, не позволяют клиенту преодолеть их за несколько сессий.

Крайне важно обсудить данный процесс откровенно, проявив заботу в отношении каждого клиента, чтобы никто из них не был разочарован, и чтобы вся их жизнь не претерпела существенные изменения сразу после одного-двух сеансов!

Реакции клиента

Очень важно, чтобы клиент испытал определенные реакции после проведения кинезиологической балансировки.

Естественно, не стоит беспокоиться по данному поводу. Однако, все же остается важной необходимость в том, чтобы спросить всех клиентов относительно проведения мониторинга их реакций и дать им возможность связываться с вами в случае какого-либо беспокойства. Иногда клиенты волнуются безосновательно, или даже принимают решение не возвращаться к мониторингу своих реакций, поскольку у них проявились неожиданные реакции.

Лучше всего проводить подготовку клиентов к тому, что могут возникать различные реакции, которые могут случаться после методик балансирования, которые вы проводили.

Реакции могут включать в себя:

- изменения эмоционального состояния;
- перенос области боли и/или дискомфорт;
- спазмы мышц;
- изменения энергетических уровней (т. е. чувство усталости или повышенной энергичности);
- текущие ментальные, эмоциональные, физические или энергетические изменения.

То, какие ответы вы даете клиентам, когда они отвечают на реакции, является очень важным. Возможно, клиенту понадобится вернуться к проведению сеансов в относительно краткий промежуток времени в случае, если данные проблемы не устранены. В зависимости от отдельной реакции, вы можете предложить возможность оказания существенной помощи в ходе последующих сессий с тем, чтобы решить текущую проблему.

С другой стороны, может прослеживаться и обычная реакция, за которой следует лечение, и вы можете поставить клиентов в известность о том, что она пройдет в ближайшее время, и предложить выполнить действия для улучшения этого процесса.

Когда клиент говорит о реакциях, следующих после кинезиологического лечения, вам нужно их записывать в карточку клиента. Также может понадобиться приспособить балансировки под клиента на следующих сессиях. Если реакции клиента ненормальные, вам нужно подумать о том, стоит ли посоветоваться с другим медицинским специалистом, или же отправить клиента к другому медицинскому специалисту, чтобы в дальнейшем исследовать данные реакции. Убедитесь, что действуете быстро и что у вас есть доступ к предоставлению соответствующих услуг для того, чтобы оказать помощь клиенту, когда вы уверены в безопасности его здоровья и/или его здоровье под угрозой.

Личная ответственность клиента

Вы можете помочь клиентам вносить изменения самостоятельно, но вы

не можете делать это для них самостоятельно! Таким образом, очень важным является оказание поддержки вашим клиентам в том, чтобы быть независимыми и нести ответственность за свою жизнь и здоровье. Способы, способствующие независимости и собственной ответственности клиента, включают:

- внимательно выслушать все, о чем говорит клиент;
- задавайте вопросы согласно тому, на что именно указал клиент, но не в соответствии с вашей собственной интерпретацией того, что он сообщил;
- убедитесь, что каждая задача — это задача клиента на его собственном языке;
- предоставьте клиентам возможность быть ответственными за постановку собственных задач таким образом, чтобы изменения были именно тем, что они хотят;
- способствуйте тому, чтобы клиенты видели преимущества от своих собственных изменений в жизни;
- обсуждайте все положительные изменения, которые вы заметили у клиента;
- подбадривайте клиента, чтобы он продолжал вносить изменения, которые приносят ему пользу.

Практические методики для поддержания оптимального уровня здоровья

Для того, чтобы способствовать развитию независимости и собственной ответственности клиента, крайне важно, чтобы вы проводили обучение своих клиентов тем методикам, которые будут способствовать становлению и поддержке их оптимального здоровья. Улучшения, которые клиенты получают в ходе сеансов по кинезиологии, будут гораздо больше, если в них заложены собственные стратегии помимо приема.

Практические методики, которые поддерживают и сохраняют оптимальный уровень здоровья, могут включать в себя стратегии постурального совершенствования [осанки — ред.], обычную сопутствующую деятельность, или стратегии проведения работ в перерывах между сеансами, деятельность или задачи на упреждение, методики управления стрессами, советы по изменению стиля жизни, упражнения, или обсуждение причин и условий, и предложения стратегий профилактики.

Вы можете предоставить ресурсы в помощь клиенту для собственной ответственности и сохранения оптимального уровня здоровья путем предоставления ему нужной литературы и информативных материалов, которые клиент может брать домой. Вам также нужно знать источники информации, на которые вы будете давать клиентам ссылки в случае, если им понадобится больше информации. Например, данная информация относится к управлению рисками, токсическим веществам в окружающей среде, или состоянию клиента. Всегда должным образом обсуждайте любые альтернативные источники, которые вы рекомендуете клиенту, например, вебсайты, включая то, какие сведения они могут получить в данном источнике, и чем это им может помочь.

Для того, чтобы способствовать развитию самостоятельности клиента, вы должны быть готовы давать советы отно-

сительно того, как ему лучше заниматься собственным излечением. Это может включать в себя ссылку на ресурсы, которые помогают при самолечении, предоставляя исчерпывающие детали для полного информирования о его состоянии, текущую литературу и/или исследование в отношении их состояния и дополнительного продукта, который способен оказать помощь.

Все рекомендации, которые вы предоставляете клиенту, следует записывать в полном объеме в карточку клиента по завершению каждого сеанса.

Модель для энергетического лечения

Для того, чтобы понять сущность того, как работает Энергетическая медицина или Вибрационное лечение, вначале следует понять нашу текущую физическую модель и более новые модели в области физики, которые охватывают и физический и метафизический миры. До недавнего времени доминировала только классическая физическая модель мировоззрения, когда мир руководствовался законами движения, которые впервые вывел господин Исаак Ньютон в семнадцатом столетии.

Эти законы видоизменились после появления теории относительности Эйнштейна, а затем, совсем недавно, они изменились снова благодаря вероятностному выражению природы функционирования нашего мира в квантовой механике.

Используя множество путей, квантовая механика сокращает сферу нашего физического мира до уровня относительных вибрационных частот, что представляет собой не «твердую» материю, в которую обычно привыкли верить люди и, которая более тесно сопряжена с мировосприятием с помощью пяти физических чувств. Твердые атомы, являющиеся строительными блоками мира Ньютона, заменяются плеторой субатомных частиц, таких как кварки, лептоны, мюоны и нейтрино. Все же, эти субатомные частицы проявляются больше как вибрационные частоты, имеющие заряд, а не как твердое вещество, и обычно измеряются в электронвольтах, нежели как более типичные единицы измерения массы, например, в граммах. Ведь не только материя нашего обычного физического мира уступает невещественным субатомным частицам, но и поведение данных частиц представляет собой равносильную странность. Повторные наблюдения показывают, что в мире, где есть два состояния материи — частица и волна — может сосуществовать и состояние, которое называется наложением. По внешнему виду, это наложенное состояние проявляется только тогда, когда происходит фактическое измерение уровня «частица-волна». Этот «коллапс» данного наложенного состояния создает мир, который мы способны видеть. К тому же, это то, что вы, как человек, проводящий эксперименты, выбираете, как проводить измерение того, что действительно определяет предмет того, чем становится измеряемое: частицей или волной! Другой квантовый кварк, нелокальность или теорема Белла, показывает, что нелокальные эффекты не только возможны, но и предсказуемы. То есть, событие с одной стороны Вселенной может реально

и одновременно влиять на событие с другой ее стороны и, таким образом, это указывает на его нелокальность. Цитата Дипака Чопра, гласящая о том, что «Квантовая механика — это не только чужеродное, каким вы его представляете, она является еще более чужеродной, чем вы можете себе представить!» Однако, с учетом всех возможностей точно описывать наш физический мир, текущие взгляды на мир сопряжены с несколькими проблемами. Единственное, что данная модель не может объяснить — это то, что ежедневно видят люди, которые используют Энергетическую медицину для лечения. Как могут нематериальные сигналы, например, удерживать акупунктурные точки или освещение цветными лучами чакры, достигать полного излечения? В чем состоит физика лечения? Почему обычное стимулирование отдельных акупунктурных точек кожи вносит изменения в болевые ощущения и решает проблемы, в основе которых лежат мышцы и органы, нормализуя функцию довольно реальных физических и физиологических систем?

Существует новая модель физики, содержащей здравую суть основ математики, которая не только дает ответы на эти вопросы, но также обеспечивает механизм, благодаря которому намерение человека может быть взаимосвязано с физическим миром. Это фактически модель, по которой намерения человека могут изменять функцию физического мира. Как только пришло осознание данной новой модели, она открыла связующее звено с Энергетической медициной. Но, неясно то, как вы можете применить данную новую модель в лечении без глубинного понимания структуры и функций энергетических систем тела.

Концепция гомеостаза и уровни стресса синдрома общей адаптации во взаимодействии с принципами теории хаоса и положительной—отрицательной теории времени/пространства Тиллера-Эйнштейна предполагает новую модель лечения, основанную на тонких энергетических потоках Вселенной.

Уровни стресса синдрома общей адаптации Ганса Селье исходят из необходимости сохранения физиологического гомеостаза в постоянно изменяющейся среде во избежание пересечения фазы транзитных границ в рамках гомеостаза, что впоследствии переходит в фазу общего недомогания. Во избежание недомогания и возврата его физиологических параметров в рамках гомеостаза, тело генерирует в себе ряд компенсационных механизмов. Если стрессор, вызывающий недомогание, остается неразрешенным, это приводит к обращению к длительным хроническим физиологическим компенсационным механизмам, в результате чего появляется новый компенсирующий гомеостаз, а последующий исходит из оптимальной функции.

Ввиду того, что гомеостаз представляет собой полный комплект динамически взаимодействующих динамичных равновесий, теория хаоса представляет собой наилучшее описание этой новой самоорганизованной системы. Как только она самоорганизовалась, новые компенсационные сопротивления гомеостаза изменяются, но, пока они не декомпенсированы и не приведены в хаотическое

состояние путем пересечения фазы перехода компенсированных гомеостатических границ, она не может измениться.

Однако, как только система входит в хаотичное состояние, что же вызывает реорганизацию для приближения к уровню оптимального гомеостаза?

В предложенной модели, основанной на положительной—отрицательной теории времени/пространства Тиллера-Эйнштейна, дельтронный поток, выраженный в форме любви и сострадания из отрицательного пространства/времени и руководствующийся намерениями человека, предоставляет информацию организационного характера для того, чтобы «дать толчок» к реорганизации с целью оптимизации функции. Этот процесс называется лечение!

Для того, чтобы понять эту новую модель энергетического лечения, для начала нам надо предоставить краткий обзор стандартной модели квантовой механики, плюс теории хаоса, а также того, как это относится к биологическим системам.

Раздел IX

МОДЕЛЬ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ИСЦЕЛЕНИЯ

Чтобы правильно понять принцип действия энергетической медицины или процесса вибрационного исцеления, для начала необходимо обрести понимание действующей модели физики и более современных физических моделей, включающих как физическую, так и метафизическую сферы. Вплоть до недавнего времени превалировала только классическая физическая модель — мир, управляемый законами движения, впервые сформулированными Исааком Ньютоном в XVII веке. Эти законы изменились с появлением модели относительности Эйнштейна, а затем снова изменились при введении вероятностного выражения механизмов функционирования нашего мира в квантовой механике.

Во многих отношениях квантовая механика сводит наш физический мир к сфере относительных вибрационных частот, а не к твердому «веществу», в существование которого многие до сих пор верят, которое больше соответствует тому миру, какой мы воспринимаем с помощью своих пяти органов чувств. Цельные атомы, строительные блоки ньютоновского мира, заменяются обилием субатомных частиц, таких как кварки, лептоны, мюоны и нейтрино. Но эти субатомные частицы представлены, скорее, как вибрационные частицы, обладающие зарядом, нежели как твердая материя, и они измеряются в электронвольтах, а не в более привычных единицах массы, таких как граммы.

Не только материя нашего типичного физического мира уступает место малосущественным субатомным частицам, но и поведение этих частиц столь же необычно. Многократные наблюдения поддерживают такой взгляд на мир, в котором могут сосуществовать два состояния материи — частица и волна, и такое состояние называется суперпозиция, или наложение. Такое, казалось бы, невозможное суперпозиционное состояние возникает только тогда, когда происходит фактическое измерение частицы-волны. Такое «свертывание» или «сокращение» этого суперпозиционного состояния и создает тот мир, который мы наблюдаем. И то, каким образом вы, как экспериментатор, решаете произвести его измерения, и определяет, чем он становится, — частицей или волной. Еще одна теория квантовой нелокальности или теорема Белла утверждает, что нелокальные эффекты не только возможны, но и преполагаемы. То есть событие в одной части вселенной может повлиять одновременно на событие в противоположной части вселенной и поэтому нелокально. Говоря словами Дипака Чопры: «Квантовая механика не просто намного удивительнее, чем вы о ней думаете; она гораздо удивительнее, чем вы вообще можете думать!»

Но несмотря на всю его способность давать точное описание нашего физического мира, у такого современного взгляда есть некоторые недостатки. Одной особенностью, которую данная модель никак не объясняет, является то, что каждый день наблюдают специалисты энергетической медицины при излечении клиентов. Каким образом такое несущественное воздействие, как, например, удержание акупунктурных точек или воздействие цветным фонариком на чакру, приводит к абсолютному исцелению? Какова физика исцеления? Почему стимуляция конкретных акупунктурных точек на коже убирает боль и устраняет мышечные и органические проблемы, нормализуя функционирование реальных физических и физиологических систем?

Существует новая физическая модель с логичным математическим обоснованием, которая не только дает ответы на эти вопросы, но и предлагает механизм, с помощью которого человеческое намерение может взаимодействовать с физическим миром. По сути, с помощью этой модели человеческое намерение может менять функцию физического мира. Если понять эту новую модель, то мы получаем целостный взгляд на энергетическую медицину. Но без исчерпывающего понимания структуры и функции энергетических систем тела неясно, как можно применять эту новую модель для излечения.

Понятие гомеостаза и стадий стресса общего адаптационного синдрома, вкупе с принципами теории хаоса и моделью позитивно-негативного пространства-времени Тиллера-Эйнштейна, дает новую модель излечения на основании потоков тонкой энергии вселенной. Стадии стресса общего адаптационного синдрома Ганса Селье обусловлены потребностью в поддержании физиологического гомеостаза в постоянно меняющейся среде, чтобы не пересечь границу фазового перехода гомеостатической нормы, так как при выходе за пределы нормы формируется дистресс. Чтобы предотвратить дистресс и привести физиологические параметры при дистрессе обратно в гомеостатические пределы, тело формирует ряд компенсаций. Если не устранить стрессор, вызывающий дистресс, то он приведет к долгосрочным хроническим физиологическим компенсациям, и в результате возникнет новый компенсированный гомеостаз, отдаленный от оптимальной функции. Поскольку гомеостаз представляет собой комплексную систему динамически взаимодействующих подвижных состояний равновесия, то теория хаоса наилучшим образом описывает эту новую самоорганизованную систему. После самоорганизации новый компенсированный гомеостаз противится изменениям, и только в том случае, если произойдет декомпенсация

и организм придет в хаотическое состояние в результате пересечения границы фазового перехода гомеостатической нормы, могут произойти изменения. Но когда система приходит в хаотическое состояние, что приводит к реорганизации и смещению ближе к оптимальному гомеостазу? В предложенной модели, основанной на модели позитивно-негативного пространства-времени Тиллера-Эйнштейна, дельтронный поток в форме любви и сострадания от негативного пространства-времени, направленный человеческим намерением, предоставляет организующую информацию, которая продвигает реорганизацию в направлении оптимальной функции, и этот процесс называется ***исцелением***.

Чтобы понять эту новую модель энергетического излечения, нам необходимо, прежде всего, представить краткое описание стандартной модели квантовой механики, а также теории хаоса и того, каким образом они связаны с биологическими системами.

Глава 46

СТАНДАРТНАЯ МОДЕЛЬ КВАНТОВОЙ МЕХАНИКИ

Элементарные частицы материи

Твердая физическая материя состоит из атомов, первичных элементарных частиц, как изначально предположил греческий философ Демокрит. Вплоть до начала XX века атом, в соответствии с боровской моделью, с твердым ядром из положительно заряженных протонов и нейтральных нейтронов, вокруг которого движутся маленькие отрицательно заряженные электроны, считался элементарной частицей материи (см. рис. 46.1).

Позже ученые обнаружили, что атомы состоят из субатомных частиц, называемых *фермионами*. Хотя фермионы и не обладают той плотностью, которой, как мы считаем, обладает материя, они обладают массой и представлены различными вибрирующими частицами, измеряемыми в электронвольтах. Ниже дается краткое описание фермионов и их силовых частиц.[1]

- Фермионы представляют собой субатомные частицы: кварки и лептоны (электроны, нейтрино, мюоны и тауоны). Кварки бывают шести сортов или *ароматов*: верхний, нижний, странный, очаровательный, прелестный и истинный.
- Фермионы оказывают друг на друга воздействие, обмениваясь силовыми частицами, которые называются *бозонами*. Они отличаются от фермионов спином: фермионы обладают спином, равным S, а бозоны обладают спином, равным 1.
- Кварки притягиваются благодаря обмену глюонами — бозонами, переносящими сильное ядерное взаимодействие.
- Это сильное притяжение связывает вместе три кварка, в результате чего формируются барионы (протоны и нейтроны) или мезоны (состоящие из кварка и антикварка).
- Отрицательно заряженные электроны связаны с положительно заряженным ядром (из протонов и нейтронов) через обмен фотонами — бозонами, переносящими электромагнитную силу.
- Слабое ядерное взаимодействие переносят тяжелые W- и Z-бозоны, играющие роль в радиоактивном распаде, но они получают свою массу от бозонов Хиггса, спонтанно возникающих в любой точке пространства и *тянущих* за собой W- и Z-бозоны, придавая им массу.[1]
- Природа квантовой вселенной — вакуум или пустота, тем не менее, не пустая, но бурлящая как хаотичное море виртуальных частиц, возникающих и исчезающих, занимающих энергию у вакуума, которая называется вакуумной энергией или энергией нулевых колебаний, огромной по объему. (Более подробно об энергии нулевых колебаний можно прочитать в книге Линн МакТаггарт «Поле».[2])

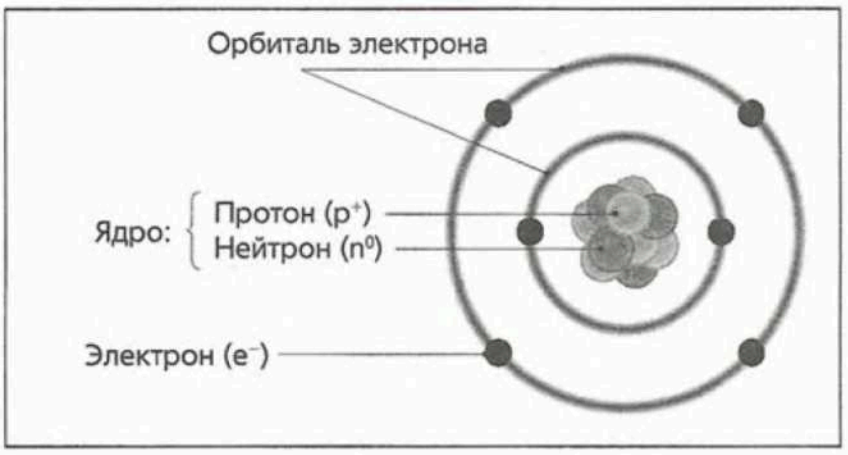


Рис. 46.1. **Боровская модель атома.** Существует плотное ядро, состоящее из положительно заряженных протонов и нейтральных нейтронов, вокруг которого вращаются отрицательно заряженные электроны. Число протонов равно числу электронов.

Оболочки электронов, или орбитали, расположены на постоянных расстояниях от ядра или проквантованы в соответствии с вычислениями с константой Планка. Энергия, поглощаемая атомом, высвобождается электронами, которые перескакивают на более высокие орбитали, а затем возвращаются на свои изначальные орбитали, испуская фотон, квант света.

Четыре основные силы

В настоящее время в физике различается четыре основных силы, переносчиком каждой из которых, как считают ученые, является определенный или предполагаемый бозон. Ниже приводится описание этих сил и их бозонов.

1. *Электромагнитная сила*, ее переносчиками являются бозоны — фотоны между отрицательно и положительно заряженными частицами, а также *магнитная сила*, переносчиками которой являются гипотетические бозоны, которые называются магнетонами.

2. *Сильное ядерное взаимодействие*: его переносчиками являются бозоны — глюоны между кварками для формирования трехкварковых частиц (протонов и нейтронов).

3. *Слабое ядерное взаимодействие*: переносится W- и Z-бозонами, которые получают свою массу от бозонов Хиггса, спонтанно возникающих и исчезающих в любой точке пространства.

4. *Сила тяжести*: переносится гипотетическими бозонами, которые называются гравитонами.

Сильное ядерное взаимодействие превосходит электромагнитную силу, и именно поэтому положительно заряженные протоны могут быть плотно сжаты вместе в ядре несмотря на электромагнитное отталкивание. Электромагнитная сила превосходит слабое ядерное взаимодействие, удерживающее атомы вместе, именно поэтому атомы, в особенности тяжелые атомы, такие как уран, сохраняются со временем и распадаются очень медленно в течение длительного периода времени. И все три этих силы превосходят силу тяжести. Магнитное притяжение считается частным случаем электромагнитной силы в поле земли, где магнитная сила оказывается пятой отдельной силой, поскольку может существовать отдельно от электричества. Тем не менее, с позиции космоса, магнитное притяжение Земли также электромагнитно, поскольку вращающееся железное ядро Земли пересекает магнитные силовые линии и формирует электромагнитные поля Земли. Но с позиции здесь на Земле, электричество никогда не может существовать отдельно от магнитной силы (отсюда и *электромагнитная сила*), но магнитное притяжение может существовать отдельно от электричества.

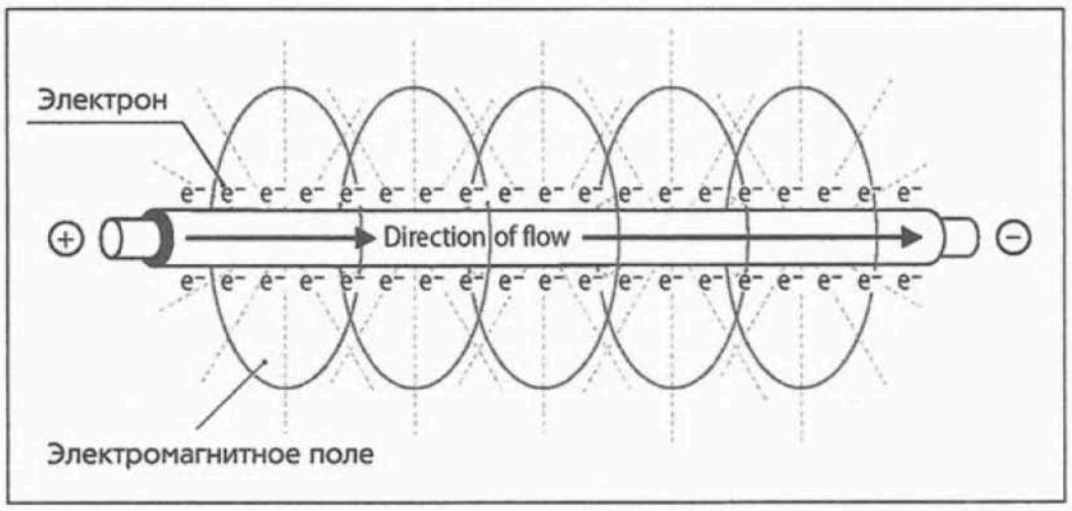


Рис. 46.2. **Электричество и электромагнитные поля.** Электричество представляет собой поток электронов по проводнику из области с переизбытком электронов (отрицательный электрод или катод) в область с недостатком электронов (положительный электрод или анод), от отрицательного к положительному. Как только электрон начинает двигаться по проводнику, возникает электромагнитное поле перпендикулярно направлению потока электронов. ЭМС — электромагнитная сила.

К примеру, магнит может формировать магнитное поле, не создавая электричества.

В любой момент, когда наблюдается поток электронов, называемый электричеством, незамедлительно и в обратном направлении возникает магнитное поле, перпендикулярно направлению движения электронов. Это и есть электромагнитное поле электричества, причина, по которой электроприборы, высоковольтные линии электропередач и мобильные телефоны могут оказывать влияние на наше здоровье (см. рис. 46.2). по причине движения электронов в теле каждый живой организм вырабатывает электрический ток, и эти токи сопровождаются соответствующими электромагнитными полями. Эти поля, такие как мозговые волны, зарегистрированные с помощью электроэнцефалографии, или волны сердца, зарегистрированные с помощью электрокардиографии, измеряются и используются в западной медицине для постановки диагноза. И именно по той причине, что тело производит электричество и электромагнитные поля, внешние электромагнитные поля *должны* оказывать воздействие на поля тела, нарушая их функцию. Вопрос лишь в том, насколько велико это нарушение и наносит ли оно вред.

Наши знания о нашем физическом мире во многом зависят от нашей способности измерять электромагнитные энергии спектра электромагнитного излучения и ограничены ею (см. рис. 46.3). До изобретения электронных контрольно-измерительных приборов наши знания об электромагнитном спектре ограничивались спектром видимого света, очень небольшим участком диапазона примерно между 400 нанометрами и 800 нанометрами (то есть от 400 до 800 миллиардных метра). Но разработка и внедрение электронных инструментов расширили такое ограниченное физическое восприятие, и сейчас мы знаем о космических лучах с одного конца и очень длинных радиоволнах с другого конца этого очень широкого спектра. Причем каждый раз, когда изобретают новый инструмент, способный измерить более высокие или низкие частоты, открывают новые, не известные ранее частоты.

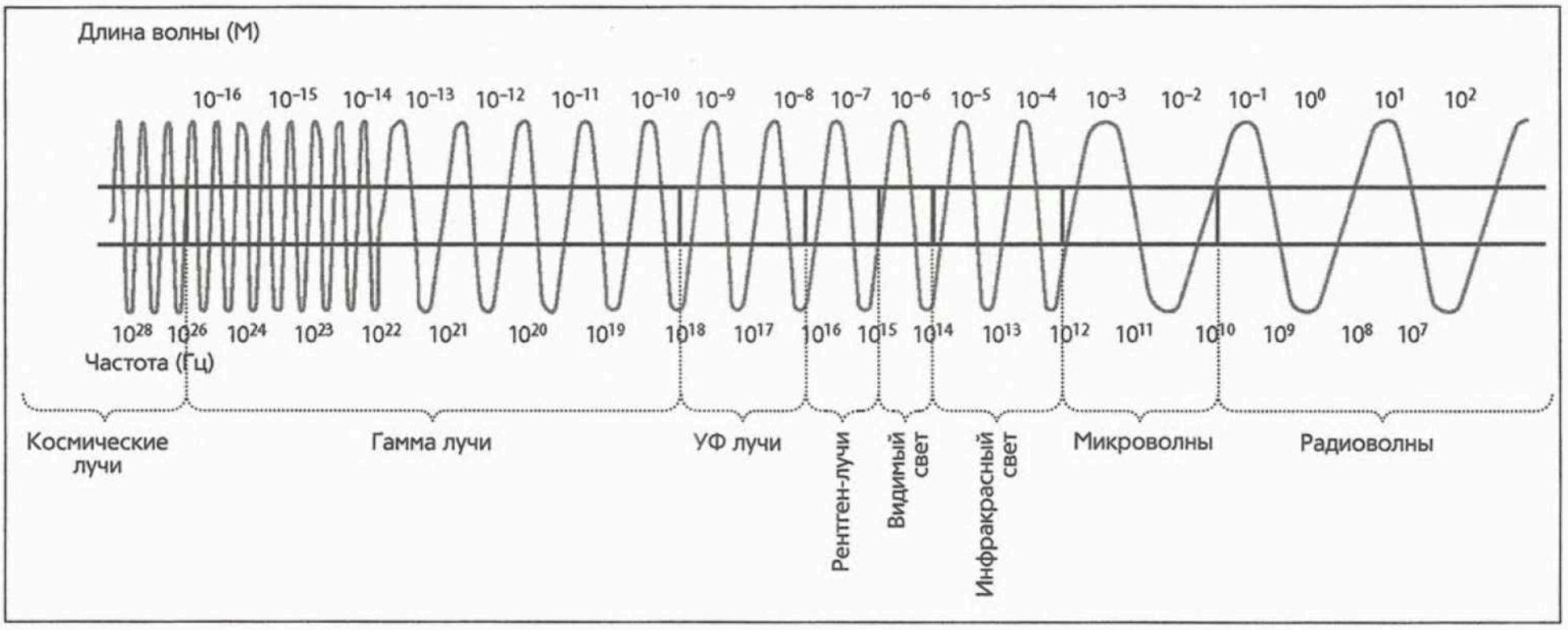


Рис. 46.3. **Электромагнитный спектр.** Электромагнитный спектр — это распределение частот электромагнитных полей от очень длинных радиоволн до микроволн и инфракрасных волн и далее до очень узкого участка этого обширного спектра, который мы воспринимаем своими органами чувств, — частот видимого спектра, воспринимаемого как цвет, и далее к ультрафиолетовым лучам, рентгеновским лучам, гамма-лучам и лучам с самой высокой частотой — космическим лучам. Длина волны измеряется в метрах, а частота — в герцах или периодах в секунду.

Основные свойства физического мира

Основные свойства физического мира заключаются в следующем:

- Физическая материя состоит из атомов и их субатомных частиц.
- Основной поток энергии — это электричество.
- Электромагнитные поля всегда формируются благодаря движению электронов (электричеству).
- Электромагнитные волны измеряются частотами, то есть количеством подъемов или спадов в секунду. Поэтому они всегда включают время и полярность, поскольку подъем символизирует (+), а спад (−), и частота — это время между подъемами или спадами после какой-либо контрольной точки.
- Существуют магнитные диполи: у магнитов всегда есть северный (−) магнитный полюс, соединенный с южным (+) магнитным полюсом, так что два полюса или полярности всегда связаны.
- Положительная энтропия — это свободная энергия любой системы, которая увеличивается со временем, создавая и поддерживая случайный характер вакуума. Другими словами, беспорядок обладает внутренней тенденцией со временем увеличиваться.
- Скорость материи ограничивается скоростью света (около 300 000 километров в секунду).

Последнее из этих свойств является прямым последствием известного уравнения Эйнштейна $E = mc^2$, поскольку энергия и масса связаны скоростью света.[3] Когда скорость медленная, изменения массы несущественны, но при увеличении скорости и приближении к скорости света масса растет пропорционально ско-

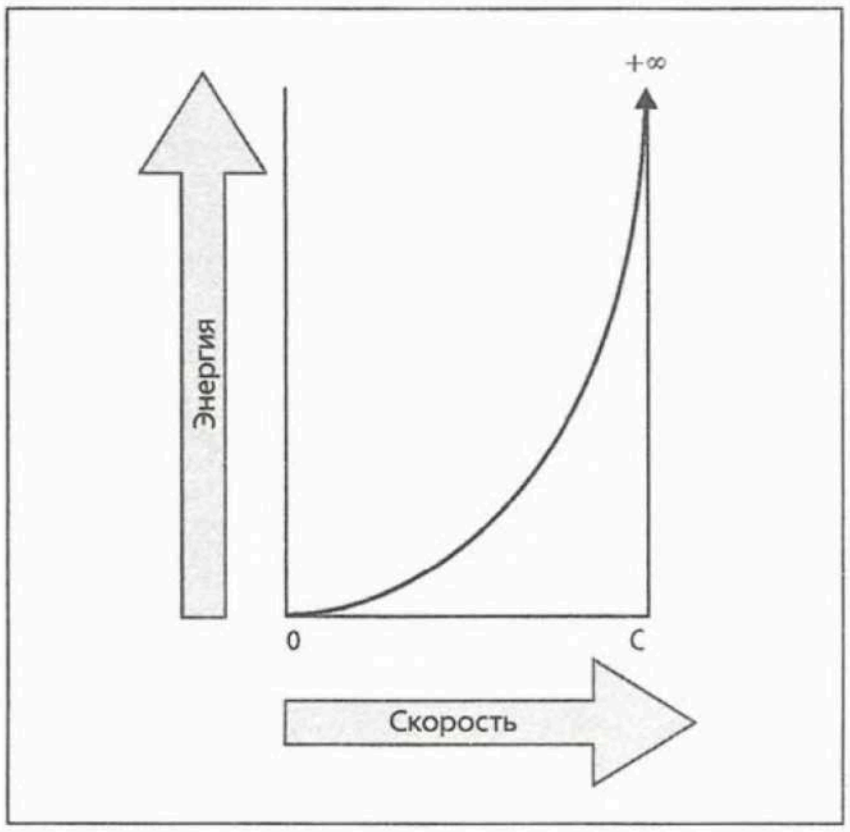


Рис. 46.4. **Скорость света постоянна благодаря взаимодействию материи и энергии, как представлено в известной формуле Эйнштейна** $E = mc2$. Скорость света одинакова в любой точке вселенной (186 000 миль в секунду или 300 000 километров в секунду), потому что фотоны обладают очень малой массой, следовательно, необходим экспоненциальный рост в объеме энергии для увеличения его скорости, так что при такой скорости кривая достигает асимптоты.

рости света. Таким образом, чем больше масса, тем больше энергии необходимо, чтобы быстрее ее перемещать, отчего она становится еще больше, опять же требуя больше энергии, поэтому скорость света никогда не будет меньше, чем скорость тела с физической массой (см. рис. 46.4).

Темная материя

Из наблюдения звезд и других небесных тел в далеких галактиках теперь очевидно, что во вселенной недостаточно наблюдаемой массы, которая дает объяснение тому, каким образом небесные тела ведут себя по законам гравитации. Чтобы компенсировать дефицит массы, ученые выдвинули предположение, что в пространстве также имеет место темная материя и что объем этой темной материи таков, что небесные тела ведут себя так, как мы видим. Эта гипотетическая темная материя составляет от 70 до 95% массы во вселенной. Поскольку вселенная, как известно, расширяется, то если бы не было этой темной материи, то она бы стремительно рассеялась и уже бы не существовала.

Но так как мы видим много тел в космосе, то темная материя должна существовать, поскольку движение этих тел в точности соответствует законам гравитации. В свое время была выдвинута еще одна гипотетическая модель — суперсимметрия. В этом случае было бы достаточно материи, чтобы в соответствии с законами гравитации сформировалась видимая, измеряемая вселенная.

Суперсимметрия

Эта гипотетическая модель утверждает, что для каждого стандартного фермиона существует более тяжелый, но идентичный бозон, а для каждого стандартного бозона существует более тяжелый, но идентичный фермион. Таким образом, отпадает необходимость, по которой темная материя должна составлять невидимую массу вселенной.

Эти дополнительные частицы известны как *суперпартнеры* или *суперчастицы*, которые обитают в море виртуальных частиц, море Дирака, и происходят из него, постоянно возникают и исчезают. В этой модели:

- электрон является партнером селектрона,

- верхний кварк является партнером сверхнего скварка,
- фотон является партнером фотино,
- W-бозон является партнером вино,
- Z-бозон является партнером зино.

Проблемы стандартной модели

Проблемы стандартной модели приведены ниже.

- Тогда как стандартная модель может объяснить любое взаимодействие между частицами материи, она не объясняет четвертую фундаментальную силу, силу тяжести, равно как и не дает разъяснения всей темной материи во вселенной, которая должна составлять большую часть массы вселенной, чтобы вселенная вела себя именно так, как мы наблюдаем в соответствии с законами гравитации.
- В то время как магнитные монополи вычислены теоретически, их не смог увидеть ни один ученый, даже несмотря на все многочисленные попытки их увидеть.
- Важно то, что, хотя стандартная модель и объясняет эволюцию физической вселенной, она не объясняет возникновение жизни. Жизнь особенно парадоксальна, поскольку представляется кратковременным нарушением второго закона термодинамики, энтропии, тенденции всей материи в физической вселенной со временем увеличивать хаотичность.
- Точно так же она не объясняет исцеления, то есть отрицательной энтропии в действии: хаотичная ткань «спонтанно» становится более организованной, возвращаясь к своему изначальному состоянию.
- Стандартная модель также не объясняет определенные явления, которые можно отнести к *парапсихологическим явлениям*, которые, несмотря на то, что относятся к парапсихологии, в значительной мере подтверждены экспериментально, к примеру, телекинез, дистанционное зрение и способность сфокусированного намерения человека изменять физические параметры, такие как pH, скорость ферментативных реакций и скорость роста организмов.[1,2]
- Кроме того, она не объясняет, как действует гомеопатия, несмотря на незначительные экспериментальные и единичные доказательства ее воздействия на живые организмы. (Более подробное обсуждение этой темы вы найдете в книге Линн МакТаггарт *«Поле»*[2].)
- Стандартная модель также не предоставляет никаких механизмов, поясняющих внетелесные переживания или переживания в состоянии клинической смерти, несмотря на то, что такие события были в большом количестве задокументированы, часто с подкрепляющими доказательствами того, что переживания, испытываемые в таких нематериальных состояниях, были истинны в физической реальности.[3]

Следует отметить, что многие из указанных выше явлений, хотя и были подробно экспериментально зафиксированы, по меньшей мере, столь же точно, как и многие общепринятые результаты различных научных экспериментов, до сих пор без обсуждений отрицаются ведущими учеными. Встретив достаточно серьезные статистические данные, доказывающие потенциально парапсихологические явления в обзорной статье

в журнале *New Scientist* в 2006 году, один авторитетный ученый сделал совершенно «ненаучное» заявление: «Мне все равно, какое иное объяснение вы используете, но оно должно быть лучше, чем парапсихологическое явление!» Иными словами, «Не докучайте мне данными — я и так уже все для себя решил!»

Безусловно, то, что мы считаем истиной, зависит от того, что мы считаем доказательством. В той же самой обзорной статье авторы представили две серии мета-анализов — A и B. Изучение данных четко показало, что набор данных B обладает более высокой статистической значимостью, и, следовательно, велика вероятность, что эти данные не являются случайным результатом и потому истинны. Первый набор данных являлся мета-анализом всех исследований стрептокиназы — лекарства, которое, как считается, помогает предотвратить сердечный приступ, в то время как второй набор данных являлся мета-анализом исследований, описывающих воздействие парапсихологического явления. Достаточно неожиданным стало то, что набор данных A, с наименьшей статистической значимостью, был признан доказательством, что стрептокиназа *в действительности является* эффективным лечением сердечных заболеваний; в то время как набор данных B, с наибольшей статистической значимостью, посчитали доказательством того, что парапсихологического явления *не* существует.

Автор выдвинул предположение, что являющееся доказательством больше связано с тем, во что мы уже верим, и мы скорее утверждаем то, во что хотим верить, чем фактические данные. Большинство ученых верят в существование ферментов и в то, что они могут оказывать влияние на физиологическую функцию, но сомневаются в существовании парапсихологических явлений. Следовательно, они готовы принять менее правдоподобные доказательства того, во что они верят, чем доказательства того, что они считают маловероятным.

Литература

1. Tiller, WA, Dibble, WE & Kohane, MJ 2001, Conscious Acts of Creation, Pavior Publishing, Walnut Creek.

2. McTaggart, L 2008, The Field, HarperCollins, New York.

3. Kübler-Ross, E 1997, On DeaThand Dying, Touchstone, New York.

Глава 47

НАУКА МЕТАФИЗИКА: НОВАЯ МОДЕЛЬ ФИЗИКИ

Модель Тиллера-Эйнштейна положительной-отрицательной временной-пространственной доминанты.

На протяжении четырех десятилетий почетный физик Уильям Тиллер работал над созданием научных моделей, которые дают обоснования определенному тонкому энергетическому феномену, например, потоку энергии Ци, и различным физическим феноменам, таким как телепатия, ясновидение на расстоянии, или лечении на расстоянии. Он создал модель реальности, которая в итоге переходит в объединение западной физической и восточной метафизической доминант.

В книге под названием *Вибрационная медицина*, Ричард Гербер дал этой модели название — *Модель положительного-отрицательного пространства/времени Тиллера-Эйнштейна*, поскольку ее сущность происходит от уравнения Эйнштейна, и относится к энергии материи по формуле: $E = mc2$.1 Уравнение Эйнштейна гласит, что энергия и материя являются взаимно превращаемыми и взаимосвязанными, где субатомное вещество считается связкой застывшей энергии. Высвобождение энергии из ее застывшей формы представляет собой большую мощь, стоящую за мощностью ядерной бомбы.

Тогда как мы привыкли считать, что у реальности всего лишь три измерения, уравнение Эйнштейна указывает на концепцию пространства/времени, являющееся четвертым измерением, и в нем мы живем. Гравитационная сила в данной модели тяготеет к деформированию временно-пространственной материи с помощью физической массы. Если вы считаете, что данная концепция трудна для вашего восприятия, учтите тот факт, что даже физик Стивен Хокинг признавал в своих трудах, под названием *«Краткая история категории времени»*, трудность осознания четвертого измерения для себя самого.[2] Данная новая модель считает, что реальность состоит, по крайней мере, из двух доминирующих позиций: положительной пространственно-временной доминанты, и отрицательной пространственно-временной доминанты (см. рис. 47.1).

Каждая из доминант имеет свои собственные уникальные свойства и управляется в соответствии со своими индивидуальными принципами. Несмотря на то, что в своей многомерной модели Тиллер определил пять важнейших и уникальных доминант, четыре из них представляют собой «вакуумные» подструктуры, поэтому для своих интересов мы будем считать все эти подструктуры как отрицательные пространственно-временные доминанты.

Для более широкого и более детального понимания, читателю следует ссылаться

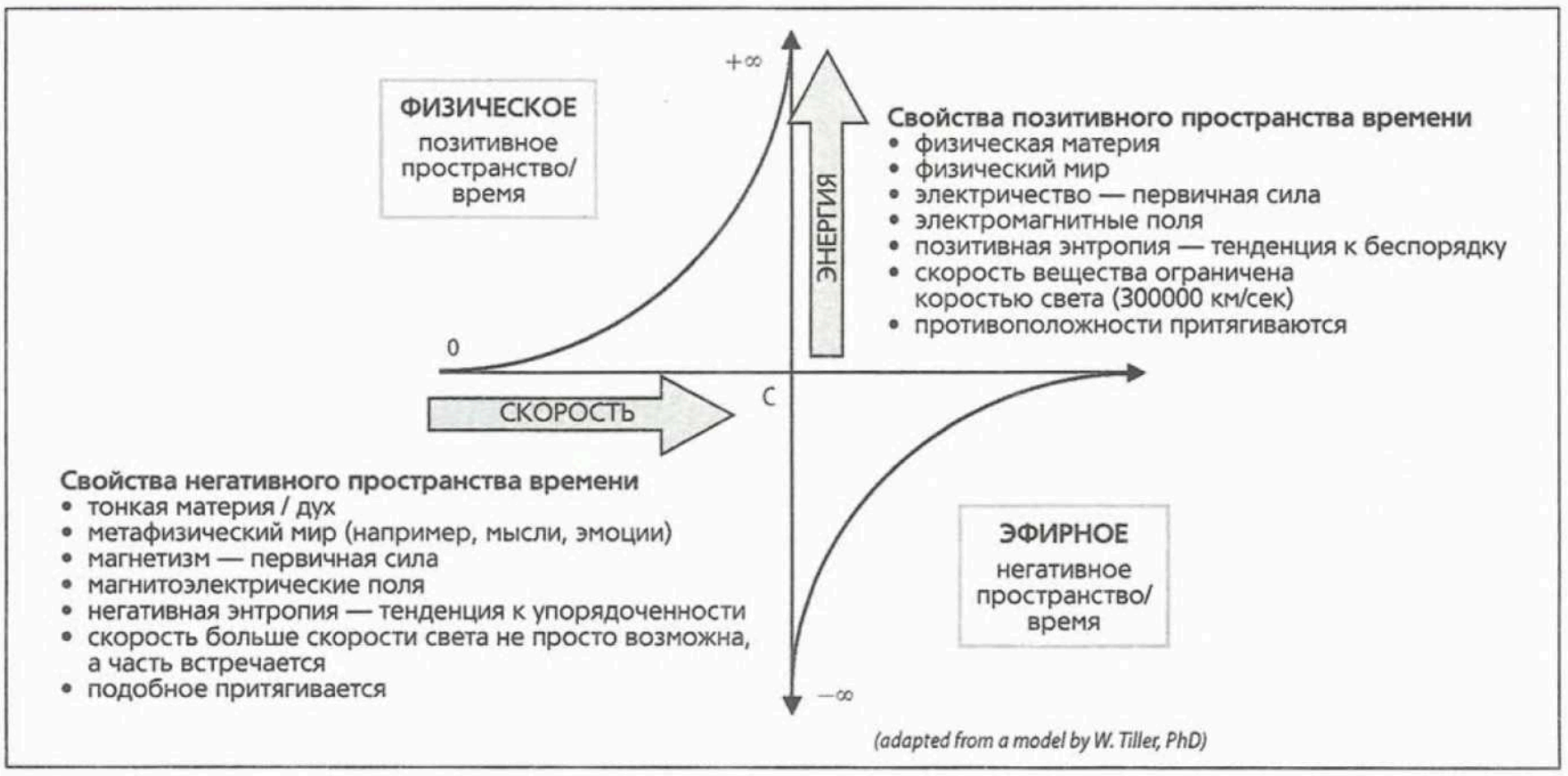


Рисунок 47.1. **Положительная-отрицательная пространственно-временная модель Тиллера.** На этом рисунке показаны контрасты и качества положительной пространственно-временной доминанты, физического мира, и его составляющие, отрицательной пространственно-временной доминанты, области тонких энергий, разума и духа — метафизического мира. Электричество и электромагнитные поля положительной пространственно-временной доминанты дополнены магнетизмом и магнитно-электрическими полями, положительной энтропии такой, какая она есть, имеющей тенденцию к хаотичности, дополненную отрицательной энтропией, тяготеющей к упорядочиванию.

на основополагающие труды под названием *Наука и преобразование человека: Тонкие энергии, намерение и сознание, сознательное действие творения: появление новой физики* и *наука психоэнергетика: вторая шкала революции Коперника*.

Пятая основополагающая сила: магнитно-электрическая сила

Тиллер выдвинул положение о существовании пятой основополагающей силы: магнитно-электрическая сила (подобно суперсимметрии, гипотетическая для настоящего времени), обратная сила для электромагнетизма, приводимая в действие другой частицей, предположительно дельтроном. Потоки дельтронов дают возможность магнитно-электрической силе взаимодействовать между отрицательными и положительными пространственно-временными доминантами. Таким образом, дельтроны — это бозе-частицы магнитно-электрической силы.

В данной модели магнитно-электронные потоки дельтронов между отрицательными или обратными пространственно-временными (из метафизического мира) и положительными пространственно-временными (из материального мира) доминантами составляют тонкие энергии, которые упорядочивают физический мир. Эти дельтроны составляют основу тонких энергий, которые противодействуют влиянию вто-

рого закона термодинамики, энтропии, увеличению расстройств какой-либо из физических систем на протяжении длительного времени. Обычно, подразумевается, что расстройства имеют тенденцию увеличиваться на протяжении времени до тех пор, пока не наступает хаос (представим, как развивается ржавчина на гвозде из частиц железной руды, из которой он сделан). Такие негативные энтропийные потоки лучше всего прослеживаются в живых организмах, так как они являются примерами отрицательной энтропии в положительной пространственно-временной доминанте, то есть, высокоструктурированные физические существа, которые создавались и формировались на протяжении длительного времени в противовес тенденции развития расстройств в физическом мире.

Первичные свойства метафизического мира

Первичными свойствами метафизического мира являются:

- Область тонкой материи или восприятия.
- Первичный энергетический поток — это магнетизм.
- Магнитно-электрические поля созданы с помощью потока дельтронов.
- Область магнитных монополей: чистые постоянные северные или южные поля существуют раздельно.
- Отрицательная энтропия — это снижение «свободной» энергии на протяжении длительного времени, которая уменьшает хаотичность вакуума. Это можно назвать тенденцией к упорядочиванию.
- Избыточное быстродействие скорости света не только допустимо, но и является общепринятым.

В отличие от принципов в физическом мире, где субстанция всегда имеет массу, тонкую материю иногда называют *виртуальной субстанцией*, где отрицательная пространственно-временная доминанта не имеет массы за единицу времени (сек), а всего лишь представляет собой вибрационную частоту. Поскольку все тонкие материи и частицы не имеют массы, не существует ограничений по скорости, с которой они могут двигаться. Уравнение фактически показывает их скорость, которая приближается к бесконечности, то есть, времени как такового не существует, поскольку они присутствуют везде одновременно.

При отрицательной энтропии, принимаемой в качестве руководящего принципа, и взятой с допустимым критическим состоянием постоянно повышающегося упорядочивания приведет, в итоге, к абсолютному порядку, или к «божественному». Но это повышение степени упорядочивания может восприниматься только с позиции положительной пространственно-временной доминанты, а с позиции отрицательной пространственно-временной доминанты она всего лишь «есть».

Потоки дельтронов создают образцы энергии, которые являются основой жизни

Потоки дельтронов — это тонкие энергии ауры, например, потоки энергии Ци в меридианах, согласно восточной меди-

цине и энергетические потоки энергии праны чакр, а также каналы нади в науке йога.

Поскольку дельтроны переносят магнитно-электрическую силу, они несут организующую энергию от отрицательной пространственно-временной доминанты, которая взаимодействует с частицами или же материей в положительной пространственно-временной доминанте. Впоследствии, этот поток дельтронов создает образец энергии, который упорядочивает хаотичность физических частиц, создавая упорядоченную материю в наиболее вероятную форму — живые организмы. Если данный поток дельтронов снижается или блокируется, физические структуры, упорядоченные с помощью этого потока, начинают действовать согласно второму закону термодинамики на протяжении длительного времени, в результате чего возникает болезнь, дистрофия и разложение физических тканей.

Поток дельтронов и лечение

Когда энергетический меридиан Желудка блокируется, упорядочивающий поток дельтронов, который включает энергию Ци, сокращается, и материальная область желудка начинает деградировать, могут развиться заболевания органа, такие как, например, язва желудка. Как только в результате энергетического балансирования поток дельтронов восстановлен, желудок снова восстанавливается и укрепляет свою гомеостатическую структуру. Этот процесс называется лечение!

Процесс лечения при повышающемся упорядочивании происходит спонтанно, как только связующий поток дельтронов становится непрерывным и способен переносить отрицательные энтропийные магнитно-электрические энергии в физические ткани. Этот процесс может служить базисом «лечебной энергии» или *связующих тканей* согласно утверждению древнегреческого ученого Гиппократа.

На западе данные виталистические модели были заменены на текущую модель западной медицины, которая отрицает все эти жизненные энергии, и рассматривает организм, в том числе и организм человека, как единственную биохимическую и биомеханическую машину, которая в случае выхода из строя, нуждается в медикаментах или хирургическом вмешательстве. Данное отрицание частично основывалась на отсутствии допустимого механизма и доказательства существования этой жизненной энергии. Поэтому, восточные концепции Ци и прана также опровергались.

Литература

1. Gerber, R 1988, Vibrational Medicine, Bear, Santa Fe.

2. Hawking, S 1996, A Brief History of Time, Bantam Books, New York.

Глава 48

ТЕОРИЯ ХАОСА И БАЛАНСИРОВКА БИОЛОГИЧЕСКИХ СИСТЕМ

Вступление в теорию хаоса.

Теория хаоса была изначально описана в трудах знаменитого французского математика Генри Пуанкаре, который в 1899 году вывел уравнения, подтверждающие теорию хаоса. Однако, благодаря повторяющейся природе данных уравнений, вывести их одновременно было невозможно. В действительности, миру пришлось подождать до 1960-х, пока данные уравнения не получили дальнейшее развитие. Это случилось благодаря созданию компьютеров, которые обладали достаточной вычислительной способностью для того, чтобы вывести эти уравнения.

Пуанкаре также заложил математическую основу голограммы, и даже понятие относительности, но и он не смог вывести данные уравнения одновременно.

Вслед за созданием фрактальной геометрии, сначала Лоренсом, принципы теории хаоса получили свое развитие в течение последующего десятилетия. Фрактальная геометрия и теория, подтверждающая теорию хаоса, были поставлены на прочную математическую основу знаменитым математиком и «двигателем» всех направлений Бенойтом Мандельбротом.

В 1977 году Илья Пригожин получил Нобелевскую премию по химии за подробнейшее истолкование данной теории.

Несмотря на то, что появление теории хаоса изначально рекламировалась как основная концепция понимания комплексных систем, вскоре наука потеряла к ней интерес, особенно такие научные направления как физика, поскольку она хоть и носила описательный характер, все же была непрогнозируемой.

Большинство физических описаний биологических систем, от структуры жилкования листьев и структуры листьев папоротника до циркулирующих и респираторных систем человека, можно в точности представить в математическом порядке с помощью фрактальной геометрии и уравнений из теории хаоса. Но ввиду крайне сложного взаимодействия комплексных систем, особенно биологических, которые связаны со многими видами взаимодействия различных комплексных динамических балансов, очень маленькие входящие сигналы с периодами критического времени, называющиеся *фазовыми переходами,* способны реорганизовать всю систему целиком. Они указывают на то, какие именно входящие сигналы в какие периоды, к сожалению, являются непрогнозируемыми. Не удивительно, что Лоренс начал развивать теорию хаоса, пытаясь спрогнозировать погоду, которая представляет собой крайне хаотичную систему.

Существует несколько поразительных, не поддающихся интуитивному восприятию, необычных характеристик теории хаоса, которые являются превосходным примером общего лечения, а также показывают то, почему структурная система Энергетической кинезиологии, в част-

ности, может приводить к таким основательным результатам лечения.

Данные результаты часто кажутся недостижимыми с точки зрения чисто классической механики, так как такие утонченные промежуточные периоды не способны производить столь тонкие результаты. Краткое описание основных принципов теории хаоса представлены ниже.

Принципы теории хаоса

Теория хаоса — это наилучшая система, которую изобрел человек для описания динамики комплексных систем взаимодействия, которая содержит ряд переменных, и множество взаимодействующих динамических балансов. Биологические системы — это одна из известнейших наиболее сложных динамических систем.

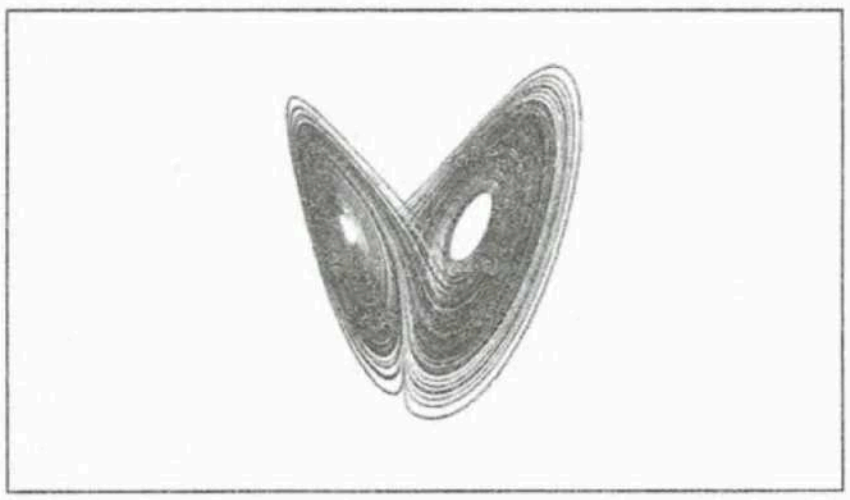


Рис. 48.1. Точка притяжения Лоренца. Бытует мнение, что в классической физике все системы со временем достигают стабильного состояния, подобно маятнику, которые на начальном этапе сильно расшатываются, но вскоре приходят в стабильное состояние, возвращаясь в то же самое русло на каждой из сторон. Напротив, в комплексных взаимодействующих динамических системах, имеющих целый ряд переменных величин и взаимосвязанных балансов, система создает автомодельные образцы относительно фиксированных точек, которые называются *точкой притяжения*

Динамический баланс — это система, которая постоянно изменяется по некоторым значениям благодаря серии механизмов обратной связи. Результатом действий данных механизмов обратной связи является то, что система осциллирует общие значения, но почти никогда не имеет данных значений. Например, сердцебиение, в среднем производит 72 удара в минуту, изменяется при каждом втором ударе, от нескольких ударов в минуту до сотен ударов в минуту. Это представляет собой основу измерения изменений частоты сердечных сокращений, которая показала, что является одной из наилучших показателем заболевания (болезни), и падения всех физиологических переменных. Вероятно, это происходит потому, что переменная сердцебиения показывает баланс между парасимпатическими (замедляющимися) и симпатическими (ускоряющимися) сигналами и, таким образом, представляет собой баланс вашего основного физиологического гомеостаза.

Нарушения динамического баланса влекут за собой действия компенсирующей обратной связи, которая реагирует на отрицательное расстройство системы, создавая новые, альтернативные пути. Они стремятся или вернуться к первоначальной осциллирующей величине, или же установить новую осциллирующую величину, но только такую, которая зачастую требует гораздо больших энергетических затрат.

Когда несколько динамических балансов взаимодействуют друг с другом, создается сильно упорядоченная динамическая взаимодействующая система, в которой переменные одной из систем стано-

вятся нарушением в одном из динамических балансов, и наоборот, приводит к постоянно изменяющейся и варьирующей обратной связи с задействованным динамическим балансом. На самом деле, именно поэтому их называют *динамическими*!

Когда комплексные взаимодействующие динамические балансы приходят в действие, ввиду того, что каждый баланс действует как неконтролируемое нарушение для другого баланса, система в целом становится хаотичной. Однако, при этом, в течение определенного времени эти взаимодействующие динамические балансы самоорганизуются в новую стабильную систему, осциллирующую как одно целое вокруг новой, уже стабильной величины, которая после своего становления противодействует дальнейшим расстройствам.

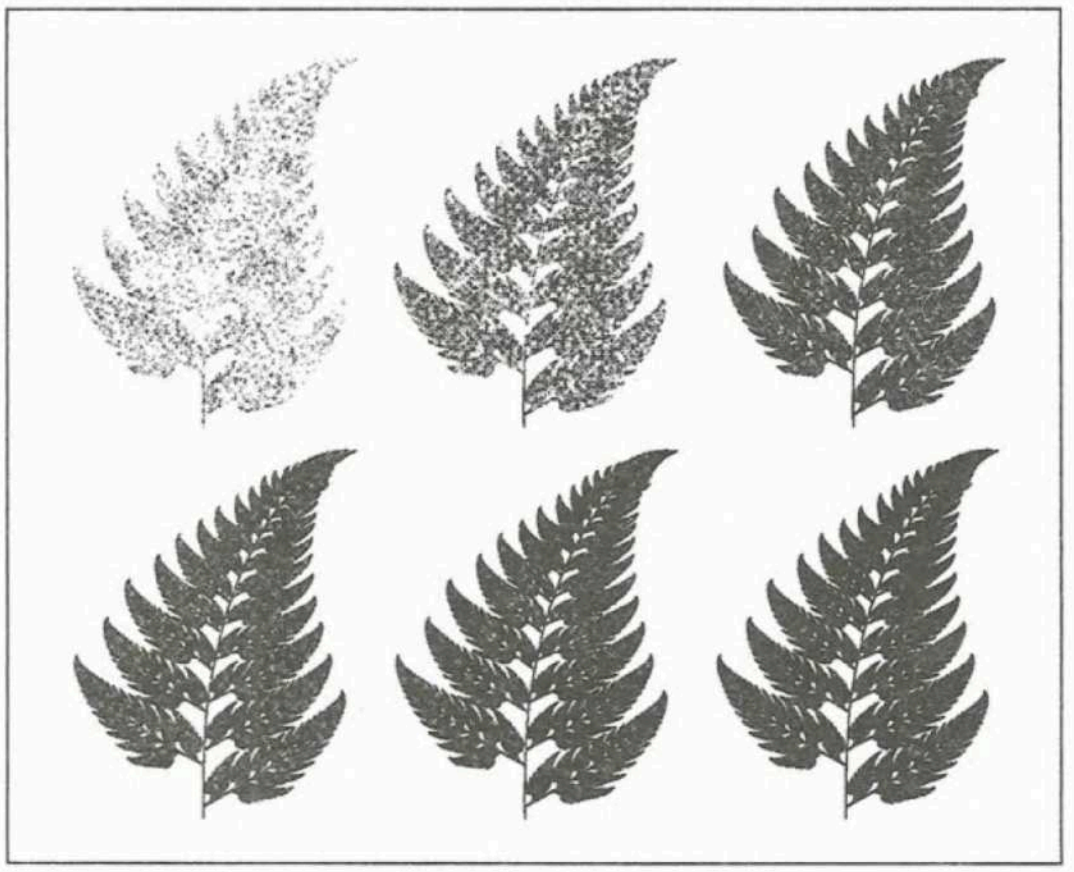


Рис. 48.2. **Образование комплексных биологических структур из рекурсивных уравнений.** Рекурсивная геометрия — это раздел математики, который указывает на хаотичные системы, которая может создавать комплексные образцы из простых повторяющихся уравнений. Каждая новая точка появляется в случайном порядке, но постепенно из информации, вложенной в несколько простых правил, формируется картинка, напоминающая ветку папоротника.

Данное поведение впервые наблюдалось, и было описано метеорологом по имени Эдвард Лоренс в 1960х годах. Он использовал новейшие на то время компьютеры, делая попытки описать и спрогнозировать погоду, представляющую собой крайне хаотичную систему, составляющую бесконечно взаимодействующие динамические балансы. Когда Лоренс применял уравнения данных упрощенных образцов, ему удалось обнаружить, что данные системы, абсолютно противоречащие его интуиции и текущей научной теории, не могли достигать состояния баланса стабильной величины, но образовывали бесконечно изменяющиеся автомодельные образцы относительно фиксированной точки, которую он назвал *точкой притяжения*. Данный вид математического уравнения Лоренс в итоге назвал точкой притяжения в свою честь (см. рис. 48.1).

Бенойт Мандельброт, гениальный математик, работающий в компании IBM, начал впоследствии моделировать комплексные взаимодействующие системы. Он признал, что эти самоорганизующиеся автомодельные образцы могут определяться математическим путем с помощью нового вида математики, которая называется фрактальная геометрия.

Он вывел уравнения, используя новую математику, которая генерирует цифры,

известные как множество Мандельброта, которое можно понять только тогда, когда оно выражено в виде рисунка, особенно если он цветной. Одной из основных качеств множества Мандельброта, помимо его изысканности, является то, что его образцы появляются повторно на разных уровнях шкалы.

Фрактальная геометрия определяет раздел математики, относящийся к хаотичным системам и, которая показывает то, как в действительности могут генерироваться относительно комплексные образцы с помощью довольно простых повторяющихся уравнений, рассчитывая их комплексные взаимодействия с применением мощных компьютеров. Примечательно, что многие структуры в биологических системах по своей природе являются фрактальными, например, кишечные ворсинки; разветвления кровяных и лимфатических сосудов; бронхиальные разветвления и бронхиол легких, а также множество структурных образцов, наблюдаемых у растений, например, жилкование листьев и структура листьев папоротника (см. рис. 48.2).

После того, как хаотичная система, состоящая из множества динамических балансов, самоорганизуется, то есть, развивается повторяющийся набор балансирующего взаимодействия, она резко начинает противодействовать расстройствам, или же претерпевает дальнейшие изменения из-за последующих входящих сигналов. Это продолжается до тех пор, пока не будет достигнута определенная критическая точка, при которой один или более входящих сигналов выводит из строя точку притяжения, и система снова становится хаотичной. Данная критическая точка, при которой система приходит в состояние хаоса, называется *фазой перехода*.

Однако, хаос, следующий за фазой перехода на протяжении определенного времени, способствует формированию новой самоорганизующейся системы вокруг новой точки притяжения, которая замыкается на еще одном самоподдерживающемся образце.

Одной из важнейших характеристик фазы перехода является то, что благодаря комплексной природе множества взаимодействующих балансов, небольшой входящий сигнал при критическом времени способен запустить фазу перехода и, таким образом, реорганизовать всю систему. Вторая важная характеристика состоит в том, что на первый взгляд, не существует способа определения: 1) точного фактора, который запустит фазу перехода; 2) новой системы, которая самоорганизуется из хаоса из фазы перехода.

Поэтому, несмотря на то, что теорию хаоса довольно легко описать относительно того, как работает биологическая и другие комплексные динамические системы, она не является достаточно полезной в линейной перспективе классической физики, поскольку является непрогнозируемой.

В биологических системах комплексные взаимодействующие балансы самоорганизуются вокруг гомеостаза, и после этого противостоят расстройствам. Но, поскольку расстройства усиливаются, самоорганизующиеся балансы, представляющие гомеостаз, движутся к границам гомеостаза и точке фазы перехода данной биологической системы. Если данная

фаза перехода пройдена, это приведет в действие функцию хаоса, по крайней мере, в нескольких взаимодействующих задействованных динамических балансах. Хаос, созданный при переходе гомеостатической границы, приводит к очевидному расстройству, которое в случае своей продолжительности, называется *болезнью* или *заболеванием*.

Таким образом, расстройства подталкивают взаимодействующие динамические балансы к гомеостатическим границам, а компенсирующие физиологические механизмы активируются с целью предотвращения перехода системы через фазу перехода. Если эти первоначальные физиологические компенсирующие механизмы неспособны предотвратить переход системы через границу фазы, система приходит в состояние разлаженности.

После этого, эта разлаженность инициирует ряд последующих компенсационных механизмов для того, чтобы вернуть систему в рамки гомеостатических ограничений. Однако, для того, чтобы это выполнить, необходимо ввести сигнал дополнительной энергии в разлаженную систему, обычно задействовав энергию из других динамических взаимодействующих балансов, которые поддерживали другие физиологические системы или функции, что в свою очередь приводило к расстройствам в этих системах и требовало других компенсационных механизмов.

Конечный результат состоит в том, что система в целом приходит в состояние сбалансированного дисбаланса, который снова, попадая в рамки гомеостатических границ, является затратным для удержания в энергетическом отношении.

В математике, когда расстройства приводят к фазе перехода, вы переходите от одного, относительно самоорганизованного образца, к новому, относительно самоорганизованному образцу. Но в биологических системах у вас есть возможность переходить от одной самоорганизованной системы, которая называется *живой,* к другой самоорганизованной системе, представляющей гораздо меньший интерес, по крайней мере, к вовлекаемому организму, который называют *мертвым*!

Теория хаоса и гомеостаз

Принципы теории хаоса хорошо описывают и болезнь, и здоровье, и переход между ними, то есть то, что мы называем *лечением*.

Состояние гомеостаза — это действительно комплекс взаимодействующих балансов с постоянной вибрацией вокруг нескольких оптимальных величин для каждой из психологических систем и функций. Если границы гомеостаза превышены, это приводит к дисфункции, заболеванию или болезням. Например, границы гомеостаза для pH крови составляют всего лишь ± 0.1 pH единиц. Для температуры тела они составляют ± 0.5°C, и касательно уровней кислорода — ± 50 — 100%. Ввиду того, что уровни кислорода и температура влияют на pH, а pH контролирует много реакций, определяющих способность передачи кислорода и температуру тела, взаимодействие этих трех физиологических систем может быть очень сложным. Следовательно, они постоянно изменяются на протяжении времени (см. рис. 48.3 а).

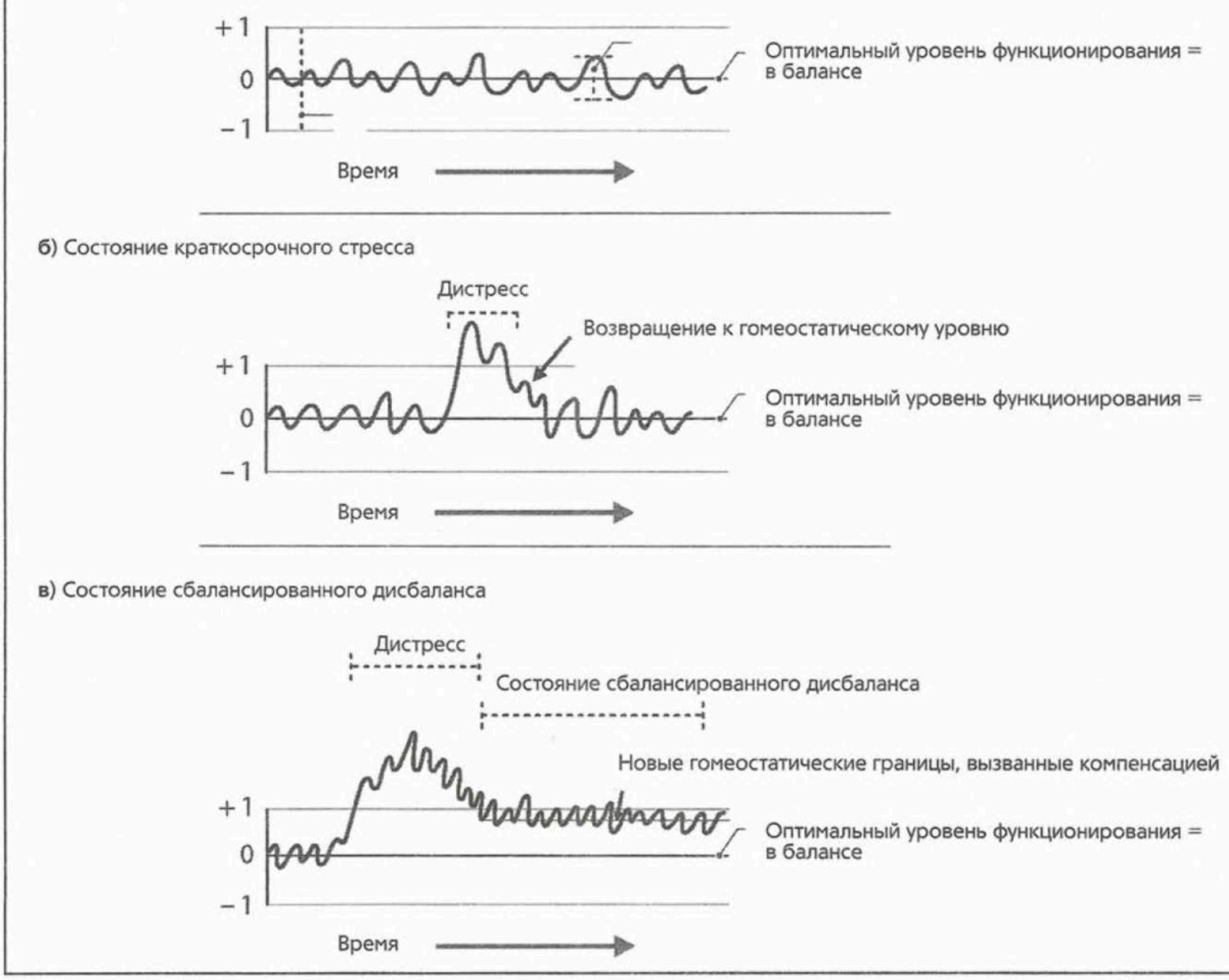


Рис. 48.3. **Гомеостаз и стресс. а) Нормальная гомеостатическая функция (НГФ).** Все физиологические функции организма изменяются вокруг «нормальной» величины, поскольку динамические взаимодействия многих систем отрицательной биологической обратной связи задействованы в процессе жизнеобеспечения. Гомеостатические ограничения (ГО) — это область колебания вокруг данной нормальной величины, которая является допустимой без нарушения гомеостаза, обозначаемая как +1 и −1. Отклонение от этой нормальной величины автоматически активирует компенсационные механизмы для возврата нарушений функции до оптимальной величины гомеостаза. Данные результаты в нормальной области колебаний: НГФ. **б) Кратковременный стресс: расстройство.** Если на определенный момент времени кратковременный стрессор запускает функцию вдоль верхнего или нижнего ГО, в системах появляются расстройства, которые немедленно запускают компенсационные механизмы для того, чтобы вернуть данную функцию в рамки ГО, локализуя расстройство и восстанавливая нормальную функцию гомеостаза. **с) Состояние баланса/дисбаланса, или компенсирование.** После периода текущего расстройства, организм разрабатывает ряд компенсационных механизмов, которые возвращают нарушенную функцию в состояние гомеостаза, но в данном случае, он устанавливает новый гомеостатический уровень, выходящий за рамки оптимальных величин, либо ближе к верхнему уровню или нижнего ГО из-за наличия текущего стрессора. Данное компенсированное состояние гомеостаза часто называют состоянием баланса/дисбаланса, оно представляет собой текущую компенсацию, которая несмотря на свою функциональность, является очень затратной в энергетическом отношении.

Однако, если биологическая система расстроена на протяжении длительного периода времени, она начинает вырабатывать компенсационные гомеостатические границы, от оптимальных гомеостатических величин посредством физиологической компенсации. Ввиду того, что теперь этот новый комплекс взаимодействующих динамических балансов удерживает фазу гомеостаза, это влечет за собой затраты, и эти затраты подразумевают гораздо большие затраты энергии. Поэтому, представляя новую самоорганизованную систему, этот новый компенсированный гомеостаз будет противодействовать расстройствам для того, чтобы вернуть более оптимальные гомеостатические уровни. Следовательно, для того, чтобы более близко подвести данную систему к оптимальному уровню гомеостаза необходимо, чтобы эта компенсированная система погрузилась, хотя бы временно, в состояние хаоса, так как только благодаря состоянию хаотичности может выполняться переход к реорганизации до уровня подлинного гомеостаза.

Поэтому, когда первоначальный стрессор оказывает влияние на биологическую систему, он нарушает одну или более взаимодействующих динамических балансов, и в результате этого появляется первоначальный психологический стресс, поскольку эта система разбалансирована, и вызывает определенный дисбаланс всех остальных балансов, с которыми она взаимодействует. Если этот стрессор временный, и имеет недостаточную магнитуду для того, чтобы вытолкнуть систему, которая находится в состоянии стресса, за ее гомеостатические границы, то система начнет образовывать временные психологические компенсационные механизмы для того, чтобы вернуть систему до уровня ее начальных гомеостатических величин, таким образом, снова осциллируя вокруг некоторых оптимальных величин.

В рамках относительно короткого периода времени выполняются различные психологические настройки, возвращая функцию в ее нормальные гомеостатические границы, и они устанавливаются снова.

На рис. 48.3б показан уровень стресса 1, то есть стрессового состояния при расстройстве, физиологического хаотичного состояния функции, которая решается после того, как некоторые факторы выводят данную систему за рамки нормального состояния гомеостаза.

Эта позиция была достигнута путем реорганизации данной новой хаотической системы назад в ее предыдущее состояние гомеостаза, сразу после устранения первоначального стрессора.

Однако, если стрессор действует слишком длительный период, и превышены первоначальные гомеостатические лимиты, или же он достаточно сильный для того, чтобы удерживать систему в ее гомеостатических границах, то система выходит из строя и погружается в состояние хаоса, вызывая физиологические расстройства. В этом случае, происходит фаза перехода, как только другие физиологические системы взаимодействуют с разлаженной системой, реорганизовываясь для стабилизации разлаженной системы посредством процесса физиологического компенсирования. Поскольку в настоящее время новая самоорганизованная система является более стабиль-

ной, чем состояние расстройства, и состояние первоначальной функции вернулось в гомеостатические границы, она уже больше не находится близ оптимальной величины и, следовательно, способствует сбросу энергии организма в целом (см. рис. 48.3 с).

Но виду того, что в данном случае это система самоорганизованная, и она противостоит изменениям, лечение может выполняться только тогда, когда данный самоорганизованный компенсационный механизм возвращается обратно в состояние хаоса. Затем появляется фактор, который присутствует для обеспечения возврата к ее первоначальной оптимальной гомеостатической величине.

Теория хаоса и лечение

Для того, чтобы начался процесс лечения, компенсированная система должна быть декомпенсирована, чтобы создать состояние хаотичности, из которого будет возможным формирование нового самоорганизованного состояния. После этого, должна появиться сила, позволяющая системе, находящейся в хаотичном состоянии, направиться в направлении гомеостаза или упорядочивания. Без данного толчка, декомпенсированная система реорганизуется ближе или дальше от гомеостаза, наугад, основываясь на других небольших переменных факторах, происходящих одновременно. Таким образом, процесс лечения требует, как декомпенсации для создания хаоса, так и направления системы, чтобы вернуться в состояние гомеостаза.

В действительности, роль установок в Энергетической кинезиологии состоит в том, чтобы дестабилизировать состояние компенсирования для того, чтобы создать состояние декомпенсации, то есть более хаотичного состояния. Поскольку каждое изменение мышцы-индикатора входит в контур посредством интервала запирания, представляя другой стрессор или искривление энергетического потока, энергетические системы погружаются в состояние полного хаоса. И из данного хаотичного состояния начинается реорганизация. Однако, степень реорганизации полностью зависит от уровня хаотичности, возникшей в системе. Чем выше уровень декомпенсации, тем более хаотичной становится система, и тем больше возможности ее изменения. Следовательно, если порядки в кинезиологии создают невысокий уровень хаотичности, система может реорганизовываться только в ограниченных рамках, тогда как более сложная, многокомпонентная упорядоченность дает возможность достичь более глубокой реорганизации всей системы. Самый большой вклад в современную Энергетическую кинезиологию внес Алан Бирдалл, разработав пальцевые пробы и интервал запирания, а также Ричард Атт, создавший концепции закладки в контур, форматирования по точкам акупрессуры и сил стресса. Эти инструменты дают возможность существенно увеличить степень декомпенсации и, таким образом, хаоса, создаваемого в процессе упорядочивания.

Таким образом, коррекция или баланс обеспечивает возможность обратного толчка по направлению к оптимальной гомеостатической величине нерасстроенной системы, то есть процесса, который мы называем лечением. Баланс указы-

вает направление к самоорганизации, которая таким образом, автоматически движется благодаря комплексному взаимодействию динамического балансирования, относящегося к данной отдельной системе. Следовательно, эта система реорганизуется, приближаясь к оптимальным гомеостатическим величинам. Но что же представляет данный толчок в энергетическом лечении?

Какой бы ни была методика лечения, первичным фактором, который позволяет осуществить такой толчок в контекстуальных системах лечения энергетической медицины, является любовь и отзывчивость специалиста-практика. Это позволяет направлять прямой источник потока дельтронов из отрицательной пространственно-временной доминанты, неся вместе с этим организующую энергию в лечебных целях.

Таким образом, источником всех лечебных методик является активация данного потока дельтронов, который несет в себе информационный поток энергии, порождающий самоорганизацию из состояния хаоса.

Когда специалист-практик проводит кристаллом по ауре при лечении с помощью кристалла, нажимая на акупунктурную точку, как при акупрессуре, укалывая акупунктурную точку или просто направляя энергию по методике Рейки при терапевтическом касании, то это показывает, что специалист-практик намерен провести лечение, которое активирует данный энергетический поток дельтронов. Впоследствии, данный поток преобразовывается посредством ряда энергетических систем в физиологию лечения.

Вторая функция специалиста-практика в энергетической медицине состоит в удержании стабилизирующей силы в процессе упорядочивания для того, чтобы разрешить энергетической системе клиента испытать хаотичность декомпенсации.

Без данной стабилизирующей силы человеку небезопасно входить в фазу хаотичности декомпенсации именно потому, что компенсирующий механизм был создан для завершения хаотичности расстройства в начальном месте! Любовь и сочувствующая отзывчивость являются наиболее гармоничными силами в природе и, следовательно, способны стабилизировать высокие степени хаотичности, а также выполнить толчок в обратном направлении к самоорганизации гомеостаза.

Пример данных феноменов представлен ниже в недавно изданной книге доктора Вильяма Тиллера под названием *«Несколько научных наблюдений с настоящим магическим оттенком»*. Доктор Тиллер и доктор Кребс провели ряд опытов в своей лаборатории в Пейсоне и Аризоне, выполняя ряд различных мероприятий по упорядочиванию, и применяя различные корректирующие методики лечения. Лаборатория доктора Тиллера представляет собой пространство с необходимыми условиями, то есть, такими условиями, при которых энергетические доминанты находятся в гармоничном состоянии (для более подробной информации относительно специального пространства см. книгу Тиллера под названием *«Наука и трансформации человека: тонкие энергии, феноменологичность*

и сознание»). Это позволяет проводить более быстрые наблюдения за результатами воздействия тонких энергий.

Лаборатория снабжена целым набором измерительных приборов для замеров pH, с помощью которых проводится постоянный мониторинг pH в ряде различных мест, позволяющих фиксировать изменения в хаотичном пространстве. Пространство, на самом деле, не является пустым. Оно представляет собой бурлящее море присущих частиц, которые появляются и исчезают. Когда они появляются, они забирают энергию из пространства, но одновременно также появляются виртуальные античастицы, и при этом они быстро аннулируют друг друга с помощью этой энергии, возвращаясь в пространство.

Ввиду того, что суммарные изменения энергии между появлением и аннулированием частицы равны нулю, такое же количество энергии, утерянной в пространстве, при появлении частицы возвращается при аннулировании этой частицы. Следовательно, имеет место нулевая потеря энергии, поэтому это пространство называют *полем нулевой отметки*.

С точки зрения современной физики пространство является абсолютно хаотичным и, таким образом, как фактор в процессе проведения опытов ее можно игнорировать. Однако, Тиллер и его группа на протяжении многих лет показали, что данное положение является правильным только в отсутствие желаний человека. Не только Тиллер, но и ряд уважаемых ученых подтвердили, что желание человека играет существенную роль в том, как работает наш физический мир, и данное исследование подытожено в труде Л. МакТаггарта[1] под названием *Поле*.

Желание человека способно направлять информационную энергию в форме потока дельтронов от обратной отрицательной пространственно-временной доминанты в положительную пространственно-временную, что моментально понижает хаотичность пространства. Это легко измерить с помощью простой физико-химической системы pH. При отсутствии желания человека pH будет хаотично изменяться в величине содержания, в которое погружен pH электрод. Эту величину легко установить с большой точностью с помощью буферного раствора для того, чтобы удерживать стабильность pH.

Однако, все еще будут существовать хаотичные вариации pH, вызванные шумом в самой системе.

В системе pH существует несколько переменных, которые дают объяснение всем присущим вариациям в концентрации ионов водорода, H+ ионов. pH измеряет: концентрацию H+ ионов или кислотность раствора. Раствор с избытком H+ ионов в соотношении с водой — это кислота, а недостаток H+ ионов делает из раствора щелочь. Только температура и растворенный кислород в состоянии оказать значительное влияние на pH в закрытой системе, поскольку эти факторы смещают динамический баланс, контролирующий концентрацию H+ ионов.

В лаборатории Тиллера были установлены измерительные инструменты pH,

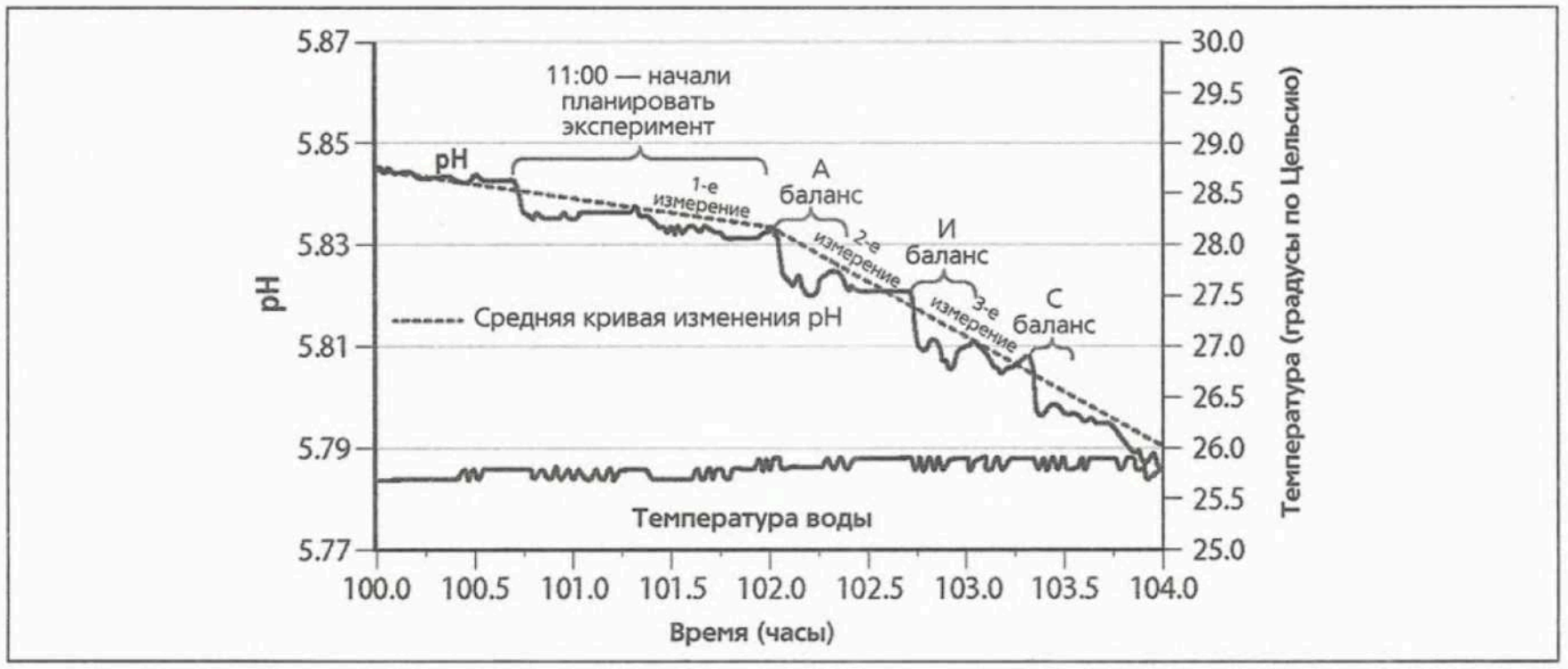


Рис. 48.4. **Влияние процесса лечения на состояние хаотичности пространства**

которые постоянно записывали уровень pH из разных мест напрямую в память компьютера. В отсутствие людей в лаборатории, вариации pH были абсолютно хаотичны, изменяясь на величину всего лишь ± 0.01 pH единицы в конце дня, а изменения pH только по температуре и растворенному кислороду случаются по физико-химическим принципам. Измерители pH были изолированы с целью снижения температурных перепадов, а содержание кислорода обычно изменяется относительно мало в открытом пространстве, быстро балансируя свой кислородный состав окружающего воздуха, в результате чего получается минимальное изменение pH, вызванное колебаниями состава кислорода.

Желание человека, при его фокусировании и направленности, может сильно меняться в пространстве в хаотичном порядке, что впоследствии, изменяет направление pH в постоянном потоке, возможно, при движении организующего «энергетического» потока из пространства. Данная энергия представляет собой информацию, и в этом случае, она не является хаотичной, а скорее направленной, и возможно, является основой энергии лечения, которую используют в энергетической медицине! В действительности, с точки зрения современной физики она тяготеет к тому, чтобы указывать скорее на информацию системы, а не на энергию или массу системы, поскольку информация считается более фундаментальной.

При проведении опытов Тиллера, Кребс лечил несколько разных людей, имеющих разное состояние, от физической боли до психоэмоциональных и ментальных проблем, связанных принятием решений. Он инициировал контур путем ввода расстройства в интервал запирания, и затем продолжил процесс закладки. После этого он продолжил формирование закладки, локализуя ряд факторов, которые создавали или изменяли стрессоры, способствовавшие появлению текущего состояния, он использовал мышечную био-

логическую обратную связь в процессе мышечного мониторинга, в соответствии с предыдущим описанием в данной книге.

Стрессоры, или факторы менялись от отдельных физических дисбалансов, например, в напряженных сухожилиях, до психоэмоциональных состояний.

Когда он уже больше не имел доступа к дальнейшему стрессу в контуре, он определил тип корректирующей методики для балансировки контура, снова используя биологическую обратную связь мышц. При этом, Кребс сказал: «Балансировку начинаем сейчас!», и технический специалист привел в действие устройство записи событий, сохраняющее данные pH. После того, как балансировка завершилась, он заявил: «Теперь балансировка закончена!» и технический специалист снова привел в действие устройство записи событий.

На следующий день, когда Кребс пришел в лабораторию, технический специалист уже проанализировал полученные данные за прошлый день и сообщил: «Хорошо, теперь я верю этому!».

Интересно то, что как только Тиллер и Кребс прошлым утром пришли в лабораторию и начали открыто планировать проведение этих опытов, то есть выражали свои желания, измерители pH зафиксировали отклонение от хаотичного состояния. Но когда Кребс заявил: «Начинаю балансировку сейчас!», произошло поразительное снижение хаотичного состояния пространства, поскольку уровень pH начал быстро падать, и это продолжалось до тех пор, пока он не сказал: «Теперь балансировка завершена!». При этом, уровень pH вернулся на ту же траекторию снижения pH, как и было до начала корректирования, оставаясь на ней до начала следующего корректирования. Это снова сопровождалось резким снижением уровня pH, указывая на другое снижение степени хаотичности пространства (см. рис. 48.4).

Одним из наиболее интересных наблюдений заключалось в том, что поток лечебной энергии или организующая информация из отрицательной пространственно-временной доминанты вызвал снижение степени хаотичного состояния пространства, как показали измерения резкого понижения уровня pH вначале каждого действия, связанного с лечением. Затем данный поток вернулся к случайным колебаниям уровня pH в конце действия. Все действия, связанные с лечением, выглядели одинаковыми, кроме того периода, когда применялись принципиально разные лечебные методики.

Доктор Вильям Тиллер предоставил следующие комментарии по результатам этих опытов в Энергетичекой кинезиологии. Они были проведены в лаборатории в Пейсоне в 2001 году: «Вопреки различным позициям, при наличии разных проблем и применяемых разных методик корректирования, инструментальная реакция «подпись» была практически одной и той же. Этот факт стойко указывает на то, что акт «лечения» создает уникальную «подпись» повышения степени упорядоченности в окружении действительного преддверия S/1 даже на расстоянии нескольких метров от места проведения «лечебного действия».

Можно выдвинуть гипотезу о том, что лечебный акт инициирует поток организующей энергии (потока дельтронов) из обратной пространственно-временной

доминанты, и именно этот переход «организующей» энергии составляет, или инициирует процесс лечения».

Это показывает, что энергетические потоки являются просто механизмами информационного потока, и это та информация, в которой нуждается организм для реорганизации и лечения.

Роль, которую выполняет кинезиолог, или человек, который проводит лечение

Гомеостаз — это самоорганизующаяся система, которая происходит от ряда комплексных взаимодействующих динамических балансов, необходимых для поддержания жизни.

Изначально, стресс вводит данную систему в состояние хаоса, но ввиду наличия самоорганизующихся систем, она противостоит расстройствам, создавая кратковременные компенсационные механизмы (если первоначальный стрессор устранен), или же долговременные (если стрессор в действии). В результате этих компенсационных механизмов происходил или возврат к нормальному состоянию гомеостаза в случае, если стрессор устранен, или же устанавливалось компенсированное состояние сбалансированного дисбаланса, если стрессор находился в действии. Компенсированное состояние сбалансированного дисбаланса, даже в рамках границ гомеостаза, в дальнейшем исходит от оптимального гомеостатического состояния и, таким образом, требует больших затрат энергии для поддержки этого компенсированного состояния.

В дальнейшем, для того, чтобы данный компенсационный механизм удерживался, он должен получить энергию из других систем организма, что создает дисбаланс в других системах.

В результате применения методики упорядочивания в Энергетической кинезиологии происходит декомпенсация состояния сбалансированного баланса путем высвобождения блокируемой энергии. Однако, это создает чрезмерно хаотичное состояние в процессе декомпенсации. Именно благодаря этому хаотичному состоянию декомпенсации может происходить реорганизация. Чем более глубоко декомпенсированной становится система, тем выше состояние хаотичности, и тем вероятнее возможность реорганизации системы до уровня оптимального гомеостатического состояния. Однако, для того, чтобы система реорганизовалась до данного уровня, требуется информация или энергия для того, чтобы упорядочить данное хаотичное неорганизованное декомпенсированное состояние.

Это основная роль, которую выполняет человек, проводящий лечение, или же специалист-практик.

Роль такого человека в процессе энергетического лечения двойственная. Первое: удерживать пространство, то есть, обеспечивать энергетическую стабильность, необходимую для того, чтобы разрешать системе входить в состояние хаотичности. Второе: обеспечивать поток отрицательной энтропичной энергии, которая несет в себе организующую информацию или энергию из отрицательной пространственно-временной доминанты, необхо-

димой для толчка в хаотичное состояние, и энергии декомпенсации в новое самоорганизующееся состояние, *то есть то, которое близится к* оптимальной границе гомеостаза.

Эта организующая информация или энергия лечения исходит от желания человека, которая управляется чувством любви или сочувствующей отзывчивости, которая активирует отрицательный энтропичный поток дельтронов в хаотичном состоянии системы, предоставляя организующую информацию, необходимую для создания нового самоорганизующегося состояния. Однако, без выражения желания человека и чувства любви, хаотичное состояние декомпенсации, в действительности, тоже самоорганизуется, но не обязательно будет близким к состоянию гомеостаза.

Цель процесса упорядочивания состоит в том, чтобы предоставить информацию на всех уровнях дисбаланса, порождаемого стрессорами, которые вызывают текущее состояние. Однако, прямой доступ к данной информации, большая часть из которой исходит из подсознательного физического, эмоционального и энергетического уровня доминант, напрямую недоступна человеческому сознанию. Таким образом, при мышечном мониторинге появляется необходимость в обратной связи на уровне подсознания, которая взаимодействует со всеми другими подсознательными доминантами.

После того, как Кребс побывал на первом в его жизни вечернем тренинге по кинезиологии, он зашел в свой офис и задумался о том, что он только что испытал.

Одно осталось для него неясным. Если на уровне разум-тело предоставляется информация о сущности проблемы на казуальном уровне, а затем ею руководствуется специалист-практик относительно того, как балансировать или корректировать данную проблему, то почему же проблема не решается на уровне разум-тело? Почему существует необходимость в человеке, который проводит лечение?

Находясь в замешательстве, он отправился к своему другу Робу Крекету, бывшему монаху Цзен, который достиг состояния озарения. Кребс задал ему вопрос относительно того, почему на уровне разум-тело известно то, какая присутствует проблема, *и* как ее разрешить, и почему же она не разрешается сама? Роб ответил: «Чарльз, то, что ты говоришь, правильно. Существо знает, в чем состоит проблема *и* также знает, как ее разрешить. Но ты не понимаешь того, что две части этого одного потеряли между собой связь. В этом и заключается одна из функций того, кто проводит лечение — обеспечить эту связь.

После того, как она установлена, организм может, в итоге, лечить сам себя!». И снова, организму не хватает лишь информации для лечения, но эта информация недоступна из-за блокировки данной информации или потока энергии. В конце концов, не лекарь лечит, он лишь предоставляет контекст для процесса лечения, информацию, которой не хватало человеку для излечения.

Истинно также и то, что на физическом уровне это выполняется в физических и физиологических состояниях: организм лечит сам себя, но иногда ему

нужно лишь изменение контекста для того, чтобы лечение происходило само по себе. Когда у вас появится бактериальная инфекция, которая может подавить иммунную систему, это предоставит контекст для инфекции в первоначальном месте, и возможно понадобится антибиотик для снижения количества бактерий, чтобы ваша иммунная система смогла вернуться к начальному уровню и выполнить действие по устранению остаточного количества патогенных бактерий и восстановить иммунный баланс. Впоследствии, ныне сбалансированная иммунная система удерживает этот баланс после того, как вы прекратили принимать антибиотики, предотвращая повторную реакцию на инфекцию.

Антибиотики не лечат, они лишь задают контекст — меньшее количество бактерий — для иммунной системы организма, которая излечивается от инфекции и, впоследствии, в течение определенного времени, избавляется от этой инфекции. Теория зародыша, естественно, трактуется некорректно, твердя, что «человек болеет из-за вирусов, бактерий и паразитов». Это не так! Правильная трактовка теории зародыша должна быть следующей: «Человек болеет из-за присутствия вирусов, бактерий и паразитов *и* подавленной иммунной системы!»

Для того, чтобы лично убедиться в данном утверждении, подумайте о том, как часто вы бываете в офисе или других рабочих местах, и видите, что вокруг вас находятся люди, которые чихают и кашляют. Воздух, вдыхаемый вами, содержит море болезнетворных микробов и вирусов гриппа, но вы еще пока что не болеете! Однако, если вы находитесь в стрессовом состоянии, истощены и/или подавлены, и пребываете в той же среде, насыщенной микробами и вирусами, вы заболеете почти сразу. Следовательно, именно контекст определяет то, какие виды дисбалансов или в каком состоянии вы будете пребывать, и как скоро вы поправитесь.

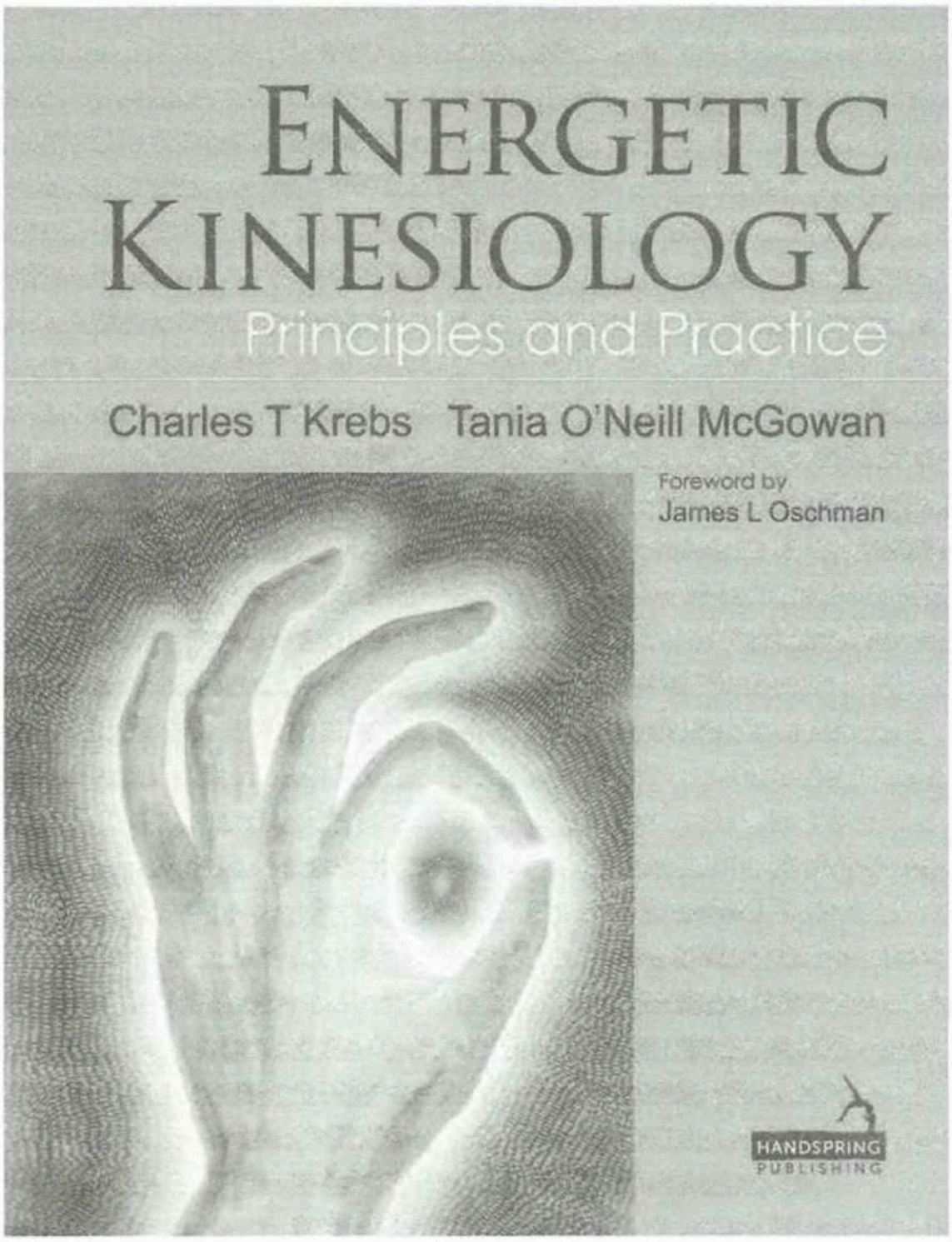
Таким образом, истинная природа заболевания и дисфункции — это потеря связи между частью тела, которая видит проблему, и частью тела, которая содержит информацию, необходимую для повторного достижения состояния гомеостаза. В действительности, Энергетическая кинезиология является эффективным средством идентификации подтверждающих факторов, создающих проблему, и впоследствии, обеспечивает связь и информацию организму для самолечения.

Три прибора для фиксирования уровня pH в различных местах ведут непрерывную запись показаний уровня pH. Каждое действие в процессе лечения, или же баланс, выполняется в виде схожих образцов: pH выстраивается на плоскости тогда, когда Кребс вводит информацию в интервал запирания, и выполнение коррекции создает сильную потерю pH (отклонение от состояния хаотичности, указывая на выделение информации из пространства). Затем уровень pH снова выстраивается перед тем, как тот же самый эпизод повторяется при каждом эпизоде лечения.

Следует отметить, что, несмотря на использование различных лечебных условий при каждой балансировке, реакция pH или *лечебная подпись* во всех случаях была практически одинаковой. Вильям Тиллер.

Литература

1. McTaggart, L 2008, The Field, HarperCollins, New York.


ENERGETIC
KINESIOLOGY
Principles and Practice
Charles T Krebs Tania O'Neill McGowan
Foreword by
James L Oschman
HANDSPRING
PUBLISHING

ISBN 978-5-8493-0417-5

Ирина Константиновна ЧОБАНУ,
к. м. н., директор ЧУ ДПО «Институт кинезиологии»,
президент МОО «Ассоциация профессиональных кинезиологов»

Впервые в России вышла широко известная за рубежом книга Чарльза Кребса «Энергетическая кинезиология». Это знаменательное событие!

Во всем мире кинезиологи с огромным воодушевлением приветствовали это произведение, поскольку именно в нем автор подробно разбирает и объясняет принципы работы кинезиолога. Чарльз Кребс приводит много научных теорий и гипотез, помогающих понять, что происходит во время кинезиологической сессии или в учебном классе.

Чарльз Кребс — профессиональный биолог с ученым званием, поэтому к теме кинезиологии он подошел основательно и серьезно. Его книга носит научно-популярный характер. С одной стороны, автор научно обосновывает кинезиологию, с другой стороны, достаточно простым и понятным языком объясняет сложные вещи.

В книге всесторонне освещена главная тема – что такое энергетическая кинезиология? Вы прочитаете про историю развития, особенности разных направлений, предварительное тестирование, пальцевые пробы, форматы, закладку в контур, работу с лимбической системой и про многое другое. Особое внимание автор уделяет принципам физики и биологии, которые помогают увидеть в кинезиологии вполне понятные механизмы действия.

Книга пропитана уважением к кинезиологии и кинезиологам. Она дает надежду на то, что со многими современными сложными проблемами можно справиться с помощью кинезиологии: снять стресс текущего дня, разобраться с хроническими заболеваниями, перестроить и перенастроить свой организм на здоровье и помочь себе продлить жизнь в радости и любви!

Каждый уважающий себя кинезиолог просто обязан прочитать этот труд Чарльза Кребса!