



ВВЕДЕНИЕ	11
----------------	----

Знать младенца 15

I – Знать младенца	17
I-1 – Незрелое существо	17
I-1 а – Незрелое существо	18
I-1 б – Дыхательная система	27
I-1 с – Нервная система	27
I-2 – Сенсорно-моторное существо	41
I-2 а – Кожа	42
I-2 б – Мышцы, сухожилия, суставы	43
I-2 с – Вестибулярные рецепторы, уши, глаза	44
I-3 – Чувствительное существо	45
I-4 – Существо в процессе постоянного развития	46
I-4 а – От 0 до 3 месяцев	48
I-4 б – С 4 до 6 месяцев	50
I-4 с – 7–9 месяцев	52
I-4 д – 12–24 месяца	54
I-4 е – В картинках	57
I-5 – Личность	61

II – Сомато-психологическое путешествие по личности человеческого детёныша. Кто ты, малыш?	65
II-1 – Принять беременность	66
II-2 – Роды	71
II-3 – Первые недели	74
II-3 а – Переживания новорождённого и зависимость от взрослого	74
II-3 б – Ранние и практические взаимодействия при материнском уходе	76
II-4 – 0–2 года: что происходит на психоаффективном уровне, какое влияние на моторное развитие?	78
II-4 а – 1–9 месяцев – рождение аффективности	78
II-4 б – 8–14 месяцев: отлучение от груди	79
II-4 с – 12–24 месяца – относительная самостоятельность!	81

Лечение 85

I – Причины лечения физиологических цепей	87
---	----





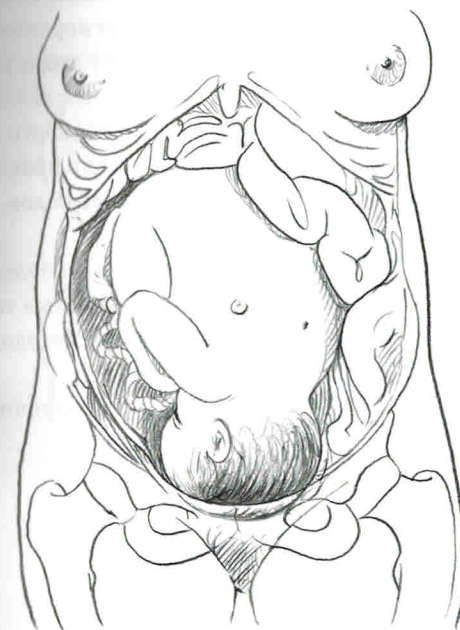
I-1 – Компрессии	88
I-1 а – Компрессии внутриматочного происхождения	88
I-1 б – Компрессии при родах	91
I-2 – Вытяжение	92
I-3 – Влияние этих трудностей	92
I-3 а – Компрессии на уровне основания черепа	93
I-3 б – Вытяжения на уровне шейного отдела	93
I-3 с – Вытяжение цепи сгибания при выходе ребёнка из родовых цепей	95
II – Цели лечения физиологических цепей	97
II-1 – Построить тело по уравновешенной схеме	97
II-2 – Если напряжений нет в теле – их нет и в психике	98
II-3 – Для неврологической интерпретации, свободной от всех напряжений	98
III – Когда лечить?	101
III-1 – В каком возрасте?	103
III-2 – В какой момент?	105
IV – Анамнез	105
IV-1 – Какова причина консультации?	106
IV-1 а – Нарушения сна	108
IV-1 б – Постуральные асимметрии	109
IV-1 с – Плач	111
IV-1 d – Расстройства пищеварения	112
IV-1 e – Двигательное возбуждение	113
IV-1 f – Проблемы с сосанием	113
IV-2 – Как проходила беременность?	114
IV-3 – Как проходили роды?	115
IV-4 – Кормление грудью – бутылочкой – сочетание?	115
IV-4 а – Если ребёнка кормят соской	116
IV-4 б – Если ребёнка кормят грудью	117
IV-4 с – Если у ребёнка смешанное вскармливание	117
IV-4 d – Почему надо учитывать кормление грудью в лечении физиологических цепей?	118
IV-5 – Как спит ребёнок? Какое положение он любит??	119
IV-6 – Расскажите о вашем малыше	121
V – Лечение	121
V-1 – Массаж	124
V-1 а – Какова методика массажа?	125
V-1 б – Практика массажа	125



V-2 – Освобождение нервно-сосудистой цепи	151
V-2 а – Положение in utero	151
V-2 б – Роды с абдоминальной экспрессией (нажатие на живот мамы)	153
V-2 с – Рождение с тазовым предлежанием	155
V-2 d – Рождение с тракциями и ротациями, затруднёнными в силу сопротивлений	160
V-2 e – Практика освобождения нервно-сосудистой цепи	160
V-2 f – Вывод	204
V-3 – Освобождение висцеральной цепи	205
V-3 а – Расслабление зоны эпигастрия	207
V-3 б – Расслабление зон левого подреберья, левого бока, левой подвздошной впадины, нижней части живота, правой подвздошной впадины	208
V-3 с – Примечание	211
V-4 – Освобождение мышечных цепей	212
V-4 а – Тесты мышечных цепей	213
V-4 б – Техники ингибирования	221
V-4 с – Техники разворачивания	223
V-5 – Что делает ребёнок на сеансе? А после него?	225
V-5 а – Для ребёнка в возрасте 0–3 месяцев	226
V-5 б – Для ребёнка в возрасте 4–6 месяцев	226
V-5 с – Для ребёнка в возрасте 7–9 месяцев	227
V-5 d – Для ребёнка в возрасте 12–18 месяцев	228
V-5 e – Для ребёнка в возрасте 18–24 месяцев	228
V-5 f – Вывод	229
V-6 – Несколько советов	231
V-6 а – Кривошея	231
V-6 б – Положение ребёнка	232
V-6 с – Как укладывать ребёнка	232
V-6 d – Как носить ребёнка	234
V-6 e – Сидение в автомобиле для ребёнка 0–6 месяцев	235
V-6 f – Ходунки	235
V-6 g – Резиновые «прыгунки»	238
V-6 h – Вывод	238
VI – Вывод	241
VII – Библиография	243
VIII – Благодарности	248



Причины лечения физиологических цепей



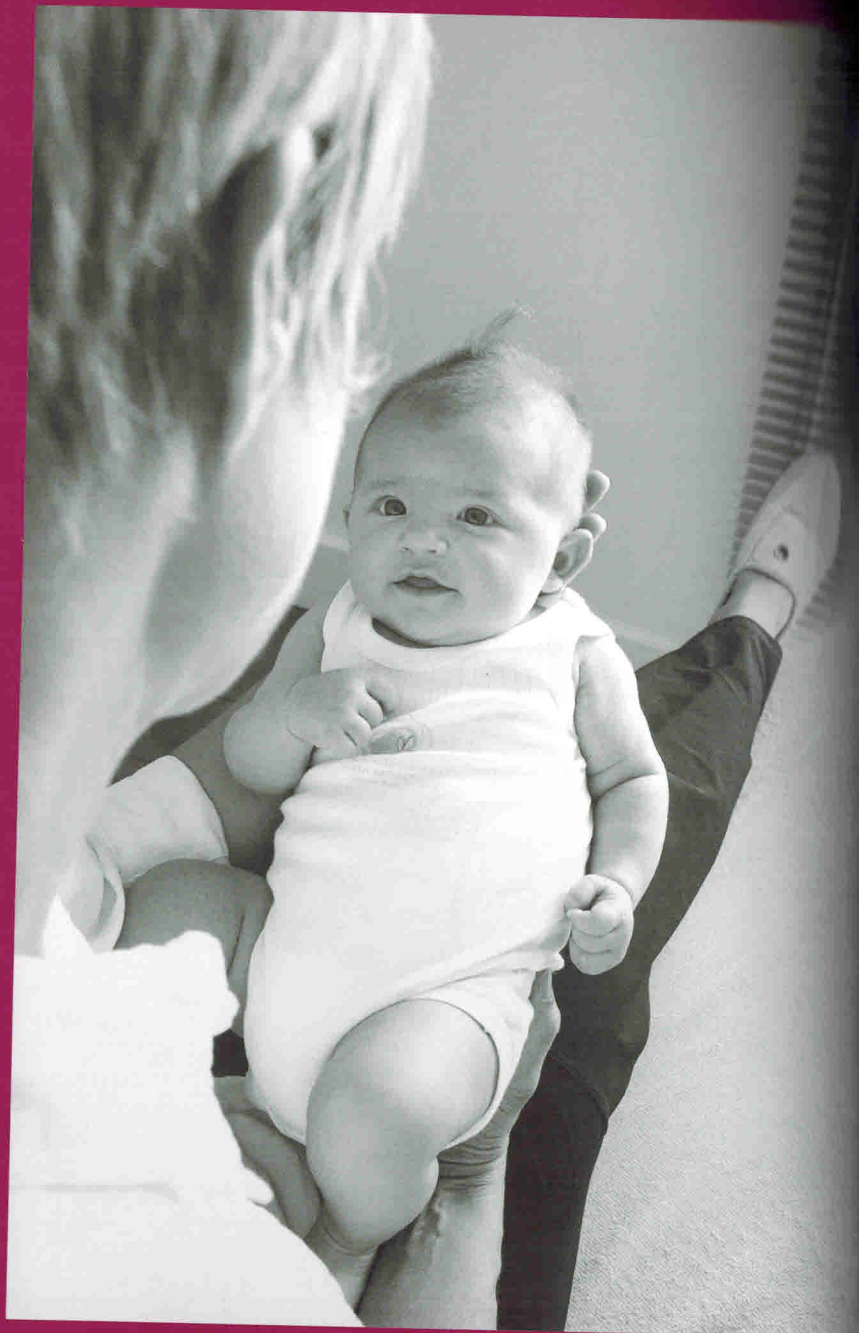
По Неммеру

В матке ребёнок защищён. В последние недели внутриутробной жизни ребёнку всё теснее в его «доме», потому что он подрос и потолстел.

Из-за уменьшения пространства некоторые области оказываются стиснуты, это может оставить следы. Кроме того, некоторые позы могут создавать неравновесие напряжения телесной оболочки зародыша, что неизбежно при родах через влагалище.

При родах тело ребёнка подвергается не только сильным давлениям, но и интенсивным тракциям.

Физиологически, у новорождённого вполне есть жизненный потенциал, чтобы самостоятельно оправиться после трудностей физиологических родов. Но если они долгие, трудные, искусственно вызванные, с применением инструментов, излишнего количества медикаментов, они явно удалены от «естественности».





Трудности при этом гораздо менее физиологичны. К телу младенца применяются гораздо более мощные силы компрессии и тракции, чем предусмотрено природой. Использование щипцов, шпателей, лопаток, добавление внешнего давления на живот роженицы, использование фармакологических препаратов (обезболивающие, ускорение или замедление ритма сокращений) допустимы, только когда от этого зависит здоровье младенца или мамы. Эти медицинские техники не следует применять из соображений экономии или организации времени работы родблока.

В некоторых условиях, когда силы «компрессии тракции» гораздо более обременительны, чем предусмотрено биологией родов, жизненного потенциала ребёнка может оказаться недостаточно.

Так же дело обстоит с любыми внутриутробными положениями, которые, так сказать, «отпечатали» тканевые напряжения в теле плода.

В этих не патологических ситуациях лечение Методом физиологических цепей полностью подходит для ребёнка.

Понаблюдаем за тем, что происходит при этих различных напряжениях:

I-1 – Компрессии

I-1 а – КОМПРЕССИИ ВНУТРИМАТОЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

– Матка маленькая и/или ребёнок большой.

В этом случае ребёнок сдавлен, находится в компактном положении.

После рождения эти дети сохраняют своё положение зародыша. Надо подождать несколько дней, чтобы некоторые неврологические тесты были надёжны в их интерпретации.

У этих детей сдавлена позвоночная ось, или шея втянута в плечи. Не надо удивляться, что им нравится, когда их берут на руки в положении сворачивания вперёд и сильно сжимают. Им нужен практически постоянный контакт с их телом.

– Зародыш в поперечном положении.

Ткани на выпуклом изгибе вытягиваются, а в вогнутом положе-



жении принимаются. При рождении у таких детей положение тела в форме запятой.



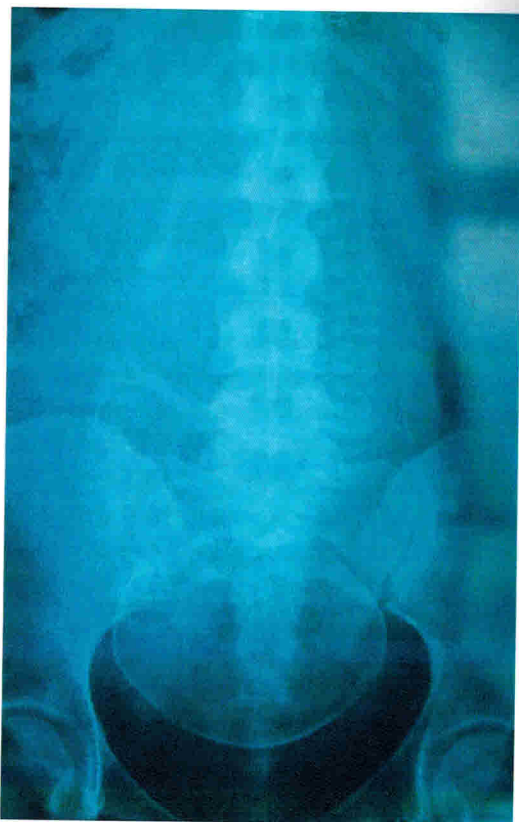
Зародыш в поперечном положении



Младенец: положение в форме запятой

– Множественные беременности.

При рождении у детей может быть положение в форме запятой. Это положение отражает зоны компрессий, которым подвергается каждый зародыш in utero.



Рентгенограмма младенца

Во время беременности череп опирается на твёрдую структуру таза матери. Череп может подвергаться местным компрессиям. Хрящевой череп поглощает эти сжатия, деформируясь. Компрессия становится внутривисцеральной. При рождении мы видим, что череп уплощён, сжат, вогнут. Этим деформированным зонам трудно расправиться из-за внутривисцеральных компрессий. Асимметрии заметны тем более, что череп активно развивается в первые месяцы, и развитие деформированных зон заторможено.



Пуповина вокруг шеи, в положении шарфа, латерально.

Положение пуповины навязывает плоду определённое положение. В этом может установиться неравновесие тканевых напряжений, которое можно наблюдать на телесном уровне у младенца. Если у младенца пуповина окружает шею, то у него разгибание затылка и более застойный поворот в одну сторону. Ребёнок, у которого пуповина находится латерально, то есть окружает плечо и бедро с той же стороны, имеет положение тела в виде запятой, вогнутой с той стороны, где проходит пуповина. Та же адаптация мы видим, если пуповина в форме шарфа.



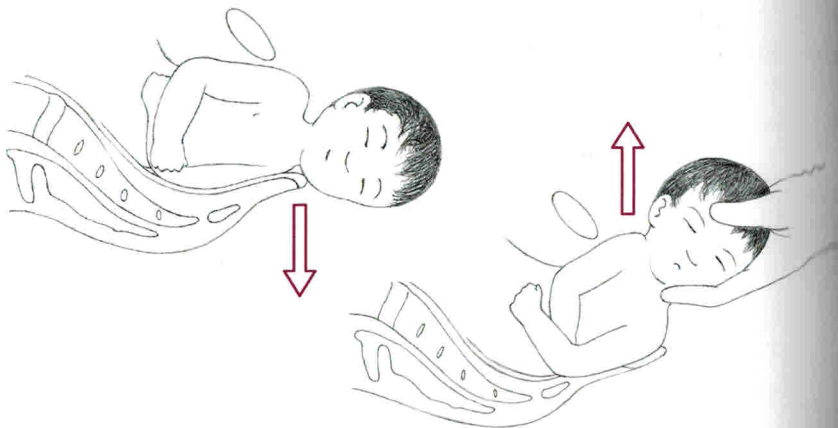
1.1 b – Компрессии при родах

При разных фазах родов череп подвергается моделированию-компрессии в разных местах. (см. с. 179)

Череп новорождённого может остаться в этих «паттернах сжатия». Они реагируют во время роста головы младенца как зоны торможения. Позвоночная ось также может подвергнуться этим напряжениям компрессии (см. с. 153, глава V2 b).

I-2 – Вытяжение

На фазах отодвигания, вхождения в родовые пути и опускания плеч, акушер или гинеколог делает тракцию головы и тянет за затылок новорожденного, чтобы облегчить выход. Если это вытяжение даёт ноцицептивную (болевою) информацию (не будем забывать, что этот нервный контур уже созрел), новорожденный принимает защитное положение, чтобы как можно больше ингибировать эту ноцицептивную информацию; он аворачивается вокруг зон чувствительности.



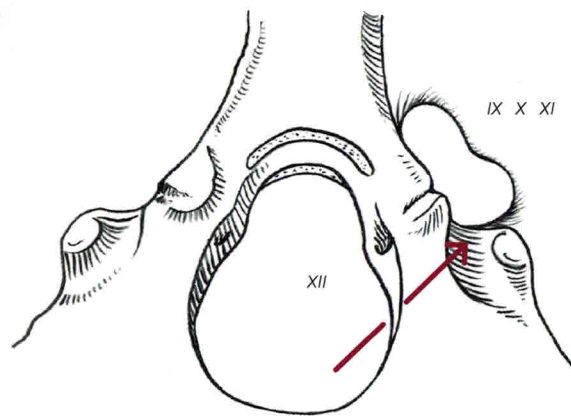
Фаза отодвигания, вхождения в родовые пути и опускания плеч

I-3 – Влияние этих трудностей

Эти компрессии, эти вытяжения, являющиеся источником ноцицептивной информации, может оказывать внутренние влияния, которые могут нарушить физиологическое висцеральное функционирование.

I-3 а – Компрессии на уровне основания черепа

Эта компрессия может сосредоточиться на зоне отверстия яремной вены, из которого выходят черепные нервы (IX, X, XI). Нерв X оказывает значительное воздействие на нервно-вегетативную систему,



По Буше и Кийере

Если эта зона сдавлена, физиология этого нерва может быть нарушена (см. ниже).

I-3 б – Вытяжения на уровне шейного отдела

На уровне шейного отдела выходят левый и правый диафрагмальный нервы. Они оказывают двигательное действие на мышцу диафрагмы, а также чувствительное действие на уровне купола плевры, перикарда и верхней париетальной брюшины.

Значительное вытяжение затылочной кости может оказать ятрогенное действие на физиологию этих нервов. Диафрагмальные нервы проходят в раздвоении апоневроза передних лестничных мышц. Этот апоневроз формирует своего рода канализацию для нервов. В случае мышечного «стресса» напряжение лестничных мышц может уменьшить просвет этой канализации, оболочки, окружающей диафрагмальные нервы. Физиологически необходимо, чтобы между нервом и облегающим его каналом на соединительной ткани было скольжение. Это необходимо для кровотока и дренажа нерва. В случае контрактуры, нерв косвенным образом «страдает» от этого тканевого напряжения: больше нет свободной подвижности, скольжения различных структур.



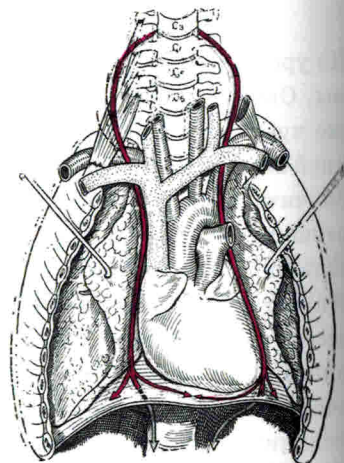
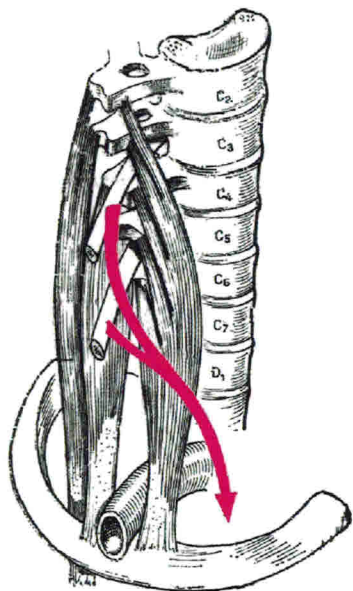
Мышечная структура больше не скользит вокруг нерва. Кровообращение и венозный дренаж уже не происходят нормально, из-за мышечного напряжения.

Эта дисфункция может нарушить нервную физиологию, в частности на уровне сердца.

В специализированной литературе желудочно-пищеводные рефлюксы очень часто связываются с кривошеей.

Если у грудного младенца кривошея, это может быть результатом вытяжения мышечных структур затылка. Реагируя на ноцицептивную информацию, вызванную и этим вытяжением, новорождённый заворачивается вокруг болезненной зоны.

Это положение и является кривошеей – физиологическое последствие, компенсирующее иритацию нервных структур. Диафрагмальный нерв, который находится в области вытянутых структур, в этом случае подвергается напряжениям, скольжение тканей и сосудистый дренаж затруднены. Эта дисфункция, кроме того, влияет на физиологию диафрагмально-пищеводного отверстия и иногда вызывает желудочно-пищеводный рефлюкс.



Диафрагмальный нерв (По Perlemuter u Waligora)



1-3 с – Вытяжение цепи сгибания при выходе ребёнка из родовых цепей

Когда ребёнок рождается, он находится в полном лордозе. Полное разгибание позвоночника вызывает вытяжение всей передней поверхности корпуса, в частности цепей сгибания и висцеральной цепи (точнее, и пищеводной оси). Пищевод присоединяется на уровне основания черепа, горла, погружается в средостение и пересекает диафрагму на уровне отверстия пищевода. При выходе из родовых путей, гиперразгибание вызывает вытяжение пищеводной оси со значительным натяжением пищевода кверху. В этой ситуации первый вдох, за которым следует первый крик, вызывает значительную работу диафрагмы. Она резко опускается. Тогда зона пищеводного отверстия в торакальной диафрагме подвергается большим нагрузкам, в силу натяжения пищевода вверх или диафрагмы – вниз. Эти натяжения могут породить более или менее значительные спазмы или повреждения на уровне отверстия пищевода. Надо «мануально» помочь этим детям, чтобы на этом уровне не сформировались спайки, и не установился рефлюкс.

Эти младенцы заворачиваются вокруг их зоны напряжения, они любят спать на животе, любят, чтобы их брали на руки, заворачивая цепь сгибания. В долгосрочной перспективе эти напряжения, в зависимости от их силы, вызывают вдавленную грудину с усиленным кифозом.

Лечение физиологических цепей ребёнка будет полезно, если причина висцеральной проблемы связана с компрессиями и/или вытяжениями.

Естественно, мы ни в коем случае не получим результатов, если висцеральные проблемы вызваны:

- неадекватностью слизистой оболочки пищеварительных органов;
- пищевой непереносимостью;
- специфической патологией.



ДЕКОМПРЕССИЯ ОСНОВАНИЯ ЗАТЫЛКА

Ребёнок лежит на спине, голова в положении лёгкого сгибания. Врач сидит у головы ребёнка.

Положение рук такое же, как для расширения основания черепа. Он добавляет контакт больших пальцев сзади от внешних орбитальных выступов.

Манёвр:

Этап 1: натяжение больших пальцев вперёд.

Этап 2: поперечное натяжение указательных пальцев.

Этап 3: натяжение назад и расхождение в стороны пальцев 3, 4 и 5.

Этап 4: натяжение по оси позвоночника.

Один из родителей может придерживать таз ребёнка, положив одну руку на крестец, другую на таз.



Цель:

- На 1-м этапе: мы делаем постурирование декомпрессии по направлению вперёд, между основанием затылочной кости и телом сфеноиды;
- На 2-м этапе: мы устанавливаем положение поперечной декомпрессии, направленное на затылочно-сосцевидные швы;
- На 3-м этапе: мы устанавливаем постурирование декомпрессии между синхондрозами Бюдена и основанием затылка;
- На 4-м этапе: мы устанавливаем расслабление вокруг затылочного отверстия и по оси шейного отдела позвоночника. Этот манёвр постурирует всю цепь разгибания и всю нервно-сосудистую цепь, которые могли быть сдавлены на 5-м этапе родов или вытянуты асимметричными силами при высвобождении плеч.



ДЕКОМПРЕССИЯ МЕЖТЕМЕННОГО ШВА ИЛИ САГИТТАЛЬНОГО ШВА

Ребёнок лежит на спине, голова в положении лёгкого сгибания.

Врач сидит позади от ребёнка.

Большие пальцы скрещены позади от брегмы, с обеих сторон от межтеменного шва.

Указательные пальцы помещаются на передне-латеральные углы теменных костей.

Средние и безымянные пальцы вытянуты по сторонам свода.

Мизинцы возвращаются на задне-латеральные углы теменных костей.

Манёвр:

Врач прилагает силы расширения к теменным костям, с помощью скрещенного давления больших пальцев вниз, латерально и вперёд.

Другие пальцы производят поперечное раздвижение свода, применяя «grip» (сцепление) к латеральной части свода сверху и спереди.



Цель:

Декомпрессия межтеменных швов, которые подверглись значительным давлениям:

- на 3-м этапе родов;
- при родах с присоской.

**ДЕКОМПРЕССИЯ ЛОБНОЙ КОСТИ, ВЕНЕЧНЫХ ШВОВ**

Ребёнок лежит на спине, голова в положении лёгкого сгибания.

Врач сидит позади от ребёнка.

Он кладёт руки латерально на череп, большие пальцы лежат на верхушке черепа, пальмарная сторона указательных пальцев ложится на лобную кость перед венечным швом, за каждым внешним орбитальным отростком. Средние пальцы располагаются сзади от венечного шва с каждой стороны.

Манёвр:

Указательные пальцы устанавливают натяжение вперёд (вентрально) от ребёнка. Средние устанавливают противоположное натяжение назад (дорзально).

Цель: Декомпрессия правого и левого венечных швов.

**ДЕКОМПРЕССИЯ ШВА МЕЖДУ ДВУМЯ ПОЛОВИНАМИ ЛОБНОЙ КОСТИ (МЕТОПИЧЕСКИЙ ШОВ)**

Ребёнок лежит на спине, голова немного приподнята.

Врач сидит у головы ребёнка.

Обе руки лежат плоско на лобной кости, указательные пальцы с обеих сторон от метопического шва.

Манёвр:

С помощью «grip» (сцепления) пальмарной стороны указательных пальцев, мы устанавливаем поперечное натяжение в латеральном направлении от средней линии.

Цель:

Декомпрессия метопического шва, который мог подвергнуться аномальным воздействиям:

- на 2-м, 3-м и 4-м этапах родов;
- при родах с помощью инструментов.

**ДЕКОМПРЕССИЯ ВИСОЧНО-СКУЛОВОГО ШВА**

Ребёнок лежит на спине, голова в положении лёгкого сгибания.

Врач сидит сбоку от ребёнка.

Он кладёт пальмарную сторону указательного и среднего пальца с обеих сторон шва.

Манёвр:

Указательный и средний палец одновременно осуществляют давление и латеральный толчок (расширение).

Цель:

Этот шов мог подвергнуться компрессиям:

- когда ложка или щипцы сжали эту область;
- на 3-м, 4-м и 5-м этапах родов.

Этот манёвр направлен на декомпрессию шва.

**ДЕКОМПРЕССИЯ ПОЛОВИНЫ ЛИЦА**

Ребёнок лежит на спине, голова в положении лёгкого сгибания.

Врач сидит сбоку, на уровне головы ребёнка. Он мягко поворачивает голову ребёнка к себе.

Большой и указательный палец краниальной руки ложатся на два внешние орбитальные столба.

Указательный палец каудальной руки ложится на скуловую кость, а пальмарная сторона среднего пальца ложится на щеку на уровне зубной дуги верхней челюсти сбоку.

Манёвр:

Этап 1: Краниальная рука осуществляет давление и тракцию на лобную кость к вершине черепа. Постурирование усилено с той стороны, которая требует лечения.

Этап 2: Каудальная рука осуществляет декомпрессию вниз и вентрально.



Цель:

Декомпрессия скулово-этмоидного и лобно-этмоидного швов, которые могли подвергнуться компрессиям в родах или в связи с нажатием шнуров, ложек.

ДЕКОМПРЕССИЯ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Ребёнок лежит на спине, голова в положении лёгкого сгибания.

Врач сидит сбоку, на уровне головы ребёнка. Он кладёт краниальную руку на лобную кость, пальцы направлены к носу. Подушечка среднего пальца лежит на назионе. Подушечка указательного и безымянного пальца устанавливают контакт со средней частью левого и правого верхних орбитальных краёв. Каудальная рука берёт передний край носового хряща между указательным и средним пальцем.

Манёвр:

Головная рука осуществляет натяжение к макушке ребёнка, а каудальная – вниз, в направлении спинки носа.

Цель:

Декомпрессия носовой перегородки: носовой хрящ, сошник, собственные кости носа, назион и швы между лобной костью и этмоидом.

Этот манёвр следует делать для ребёнка, про которого мама говорит: «Он родился с насморком». Терминология не точна, но отражает симптоматику. Эти зоны просто сдавлены, и воздух в них циркулирует с трудом. Когда эта зона будет освобождена, расслаблена, её функции могут полностью восстановиться.

Это постукивание может быть эффективно только после лечения декомпрессии всего лица.



ПОСТУКИВАНИЕ СЛЁЗНОГО КАНАЛА

Ребёнок лежит на спине, голова в положении лёгкого сгибания.

Врач сидит сбоку, на уровне головы ребёнка.

Подушечкой мизинца он устанавливает «grip» (сцепление) на верхнем веке, а подушечкой другого мизинца – на нижнем веке.

Манёвр:

На основе «grip» (сцепления) пальцев на двух веках он делает постукивание по направлению к слёзному каналу, чтобы расправить кожу, которая закупоривает отверстие. Мы делаем постукивание в форме лучей звезды вокруг этого отверстия.



Цель:

Это очень эффективная работа для новорождённого, когда его слёзный канал закупорен тканями, которые могут быть защемлены при компрессиях лица во время родов.

Примечание:

Можно показать основы этого постукивания родителям грудного ребёнка, чтобы они выполнили его потом у себя. За 2–3 раза слёзный канал освобождается.

Мы делаем постукивание подушечкой того пальца, который больше всего подходит к морфологии лица.





Итак, мы достигли освобождения нервно-сосудистой цепи на черепно-шейном уровне.

С помощью манёвров, обеспечивающих:

- расширение основания черепа;
- декомпрессию основания затылочной кости.

Мы оказали расслабляющее действие:

- на сдавленные швы;
- на цепь разгибания;
- на нервно-сосудистую цепь;
- на шейные апоневрозы.

Мы осуществили декомпрессию свода черепа с помощью следующих манёвров:

- декомпрессия сагиттального шва,
- декомпрессия венечных швов.

Затем мы работали с лицом, в котором также могут быть зоны напряжений.

Мы провели следующие манёвры:

- декомпрессия метопического шва;
- декомпрессия височно-скулового шва;
- декомпрессия половины лица;
- декомпрессия носовой перегородки;
- постурирование слёзного канала.

Лечение, которое проводится в краниальной сфере, не направлено на то, чтобы исправить деформацию.

Нашими манёврами мы не меняем непосредственно форму черепа. Это невозможно. Мы расслабляем зоны компрессии или напряжения тканей, которые ведут себя как зоны торможения, фиксации при росте и развитии краниальной сферы.

Расслабление, декомпрессия этих напряжений компенсируется пластичностью черепа, который вновь уравнивает и расправит структуры в течение последующих дней и недель после сеанса:

- под действием давления внутри черепа, которое осуществляется спинномозговой жидкостью (СМЖ);



- под действием увеличения внутричерепных давлений в связи с ростом полушарий головного мозга и мозжечка;
- под действием механических мышечных действий динамики сосания, глотания, дыхания, жевания и фонации;
- под действием динамики мышечных цепей при освоении выпрямления позвоночника (равновесие между тонусом мышц цепей сгибания и мышц цепей разгибания), сидячего положения, ползания, поворачивания, ходьбы на четвереньках, положения стоя, ходьбы (равновесие между цепями открытия и закрытия).

Если компрессия появилась в родах, результаты будут быстрыми. За несколько недель наблюдается гармонизация черепа, потому что у зон компрессий не было времени запечатлеться в костных структурах (достаточно 1–3 сеансов).

Если компрессия внутриутробного происхождения, результаты получаются позднее, так как зоны компрессии в этом случае оставили отпечаток на морфологии и биомеханике костных структур.

Постурирование, которое мы проводим при лечении, должно быть каждый раз долгим, чтобы почувствовать, как эффект манёвра проникает в глубину этих зон наибольшего сопротивления. Чтобы получить конкретный результат, понадобится 6–9 месяцев лечения (5–8 сеансов). Это время позволяет «включить» все механические мышечные действия. Кроме того, динамика всех цепей (сгибание, разгибание, открытие, закрытие, висцеральная цепь) постепенно закрепляется в структуре, чтобы она вновь обрела развитие и гармоничную форму.

Как вы могли заметить, единственная цель метода физиологических цепей – расслабить напряжения, которые могли оставить у ребёнка роды и/или положение в матке в период его внутриутробного развития. Мы не производим жёстких, анти-физиологичных и даже опасных манёвров, таких, как так называемые техники «возрождения». При этих техниках создают напряжения, существовавшие при родах, чтобы их воспроизвести. Возникает вопрос, какова логика этих агрессивных действий, какова их причина? В любом лечении приоритет всегда отдаётся простой истине – «не навреди».

Ничья рука не может заменить собой таз матери, а также силы сокращений матки в родах.



Кроме того, действие амниотической жидкости, которая преобразует давление схватки в пульсирующую мягкую изгоняющую силу, невозможно воспроизвести искусственно. Эта сила не может быть заменена или смодерирована внешними давлениями.

Подобные техники – грубые подражания уникальному событию рождения; эти подражания являются антифизиологичными, в них нет уважения к человеку и природе. Они могут оказаться опасными для здоровья ребёнка.

V-2 f – Вывод

Чтобы освободить нервно-сосудистую цепь, мы производим:

- декомпрессию крестца между подвздошными костями;
- декомпрессию позвоночной оси;
- декомпрессию основания и свода черепа;
- декомпрессию швов черепа.

Наше действие повлияет на:

- положение бёдер;
- положение позвоночной оси;
- положение головы;
- гармоничное развитие задней и передней половин черепа.

Это тканевое освобождение позволит всем функциям (сосудистая, неврологическая, висцеральная, мышечная) максимально реализовать свой потенциал, а также сделает возможным гармоничный рост всей целостности тела ребёнка.



V-3 – Освобождение висцеральной цепи

Расслабление этой цепи мы выполняем, только при условии, если исключена какая-либо висцеральная патология. Манёвры расслабления различных абдоминальных квадрантов делаются только начиная с месяца скорректированного возраста, учитывая анатомию и физиологию новорождённого. Оно не производит эффекта в случае незрелости и/или пищевой «непереносимости».

Цель нашего лечения – расслабление различных структур, которые оставляют висцеральную цепь. В результате влияние на симптоматику (желудочно-кишечный рефлюкс, запор, колики...) конкретно и наблюдается в течение 24 часов после консультации.

Варианты взаимных позиций врача и ребёнка:

1 – Врач сидит, положив левую щиколотку на правое бедро. Обе ноги представляют собой треугольную зону. Ребёнок сидит в этой зоне лицом к врачу, который кладёт левую ладонь на уровень поясницы. Она служит опорой, пока правая рука делает манёвры расслабления. Врач может подкачивать ребёнка ногой, на которой лежит его голова.

