

Kwestia technik osteopatycznych – przyszłość podejścia strukturalnego i funkcjonalnego

Dr Alain Abehsera DO

Tradycja pozostawiła nam w spuściźnie dwie wielkie rodziny technik osteopatycznych „strukturalne” i „funkcjonalne”. Podział ten nasuwa różnorodne pytania natury historycznej, filozoficznej, fizjologicznej oraz technicznej. W szkołach osteopatycznych, a także w kręgach zawodowych, w sposób bardzo swobodny podchodzi się do stosowania powyższych określeń – czasami wykazując się niewiedzą i niezrozumieniem, do czego się one właściwie odnoszą. Na podstawie analizy technik funkcjonalnych autor niniejszego artykułu ma nadzieję naświetlić główne zasady, które przyczyniły się do wyłonienia się dwóch wspomnianych paradygmatów postępowania. Celem jaki sobie stawia jest, wysnucie następującego wniosku: osteopata przyszłości, jakiego byśmy życzyli, powinien być równie „dobry” strukturalnie, jak i funkcjonalnie. Taki praktyk byłby pozbawiony ograniczeń, przed którymi

stoją specjaliści podążający tylko jedną bądź drugą drogą osteopatii. Będąc samemu oddalonym od takiej równowagi, autor przytoczy pewne wydarzenia ze swojej biografii, swoje doświadczenia i refleksje, które pozwalają mu odczuć, dlaczego takie ujęcie jest właściwe. Jest to refleksja skierowana do studentów osteopatii i do osteopatów, którzy nadal czują się studentami lub z sentymentem wspominają swoje kształcenie.

Na początku przywołam niektóre wspomnienia z mojego osteopatycznego „dzieciństwa”, czyli z lat 1971-1974. „Strukturaliści” czy też potocznie zwani „nastawiacze” stanowili wówczas przeważającą większość. Gdy mówię o przeważającej większości, czuję się zobligowany, do podania właściwych proporcji. W czasach, o których mówię było we Francji kilka tuzinów osteopatów oraz kilkuset „fizjo-oste-



opatów”, którzy mówili coś o „manipulacjach”, lub też je praktykowali. W Anglii, gdzie zdobyłem moje wykształcenie, szkoła była punktem odniesienia – zresztą cały czas nim pozostaje – i była ona w swojej istocie ukierunkowana strukturalnie – dokładnie tak samo, jak prawie wszyscy praktykujący osteopaci. Podejście „funkcjonalne” wykładane było dopiero na kursach podyplomowych i było zastrzeżone jedynie dla „dorosłych”. Podejście czaszkowe? Trzeba było przejść test białej rękawiczki, aby zostać wyselekcjonowanym do grupy wybrańców, mogących uczestniczyć w seminariach organizowanych w Stanach Zjednoczonych. Osteopatia była to po pierwsze i przede wszystkim reguły Fryette’a, a wielcy mistrzowie rzemiosła, byli tymi, którzy byli w stanie wyczuć uszkodzenie pierwszego, drugiego stopnia – mówiono także o stopniu trzecim – oraz ją zmanipulować, co przypominało nieco hierarchię mistrzów, szczytujących się zdobyciem pasa w sportach walki. Nigdy jednak nie zadawało się pytania o obiektywizm odnośnie tego, co robiliśmy. Mistrzowie byli przewodnikami w podróży, którzy byli w stanie wyczuć to „coś”, co określane było mianem uszkodzenia – lezji. Wiedzieli jak odróżnić najważniejsze lezje od pozostałych, pomniejszych, a z kolei, jak spośród tych najważniejszych, dotrzeć do lezji pierwotnej. Gdy już ją znaleźli i byli w stanie ją określić za pomocą kompleksowych parametrów, widzieli jak dokonać jej korekcji, jak ją „naprostować”. Podejście strukturalne to była logika – beton, jak mawiało się w żargonie. Lekarze, za wyjątkiem niewielu ortopedów, nie wchodzili wtedy nikomu w paradę, tak że cała przestrzeń pozostawała do zagospodarowania. Osteopatia, definiowana jako nastawianie przemieszczonych struktur, potencjalnie mogła pretendować do miana nauk ścisłych. Nikt z nas nie miał wątpliwości, że była ona przemyślanym środkiem do zastosowania w przypadku lumbago lub rwy kulszowej. Ileż to razy, jako młodzi studenci, byliśmy zafascynowani

jednym czy drugim nauczycielem, który u kulejącego z bólu pacjenta był w stanie spośród wszystkich powykęcanych i pospinanych struktur znaleźć dokładnie ten kręgi, który należało zmanipulować! Któż by sobie wówczas pomyślał, że rwa kulszowa mogłaby zniknąć po manipulacji kręgu C2? A u innej osoby po manipulacji C3 lub Th3? Prawdziwa magia, lecz jednocześnie racjonalna, ponieważ mówiono nam, że te odległe od dolnego kręgosłupa uszkodzenia torsyjne, są prawdziwą przyczyną rwy. Te rozwiązania pojawiały się jako remedium w miejsce niebezpiecznych zastrzyków z kortyzonu, które najczęściej były nieskuteczne i, jak nam opowiadano, raczej zamiatały cały brud pod dywan. We wszystkich tych pieśniach pochwalnych jedna nuta nie brzmiała zbyt dobrze: wszędzie tam, gdzie nie było mowy o bólu, osteopatia strukturalna stąpała po cienkim lodzie. W starych tekstach można było przeczytać, że Still i Littlejohn byli w stanie leczyć wszystkie choroby – od cukrzycy, po raka. Jednakże, ponieważ nikt z nas nie był w stanie tego powtórzyć, pozostało to w sferze naszych legend. Rzeczywiście, uczono nas, jak leczyć zapalenie płuc za pomocą osteopatii strukturalnej, jednakże nie znałem nikogo, kto by się na to odważył, bez zastosowania antybiotykoterapii.

Pogłębienie lezji

Podczas naszego klasycznego kształcenia niektórzy z nas zetknęli się – głównie dzięki lekturze artykułów – z pojęciem osteopatii funkcjonalnej. Pierwszą cechą charakterystyczną, a zarazem rewolucyjną, było to, że w przeciwieństwie do pracy strukturalnej, która skierowana była „przeciwko” lezji, w podejściu funkcjonalnym podążało się „w” kierunku uszkodzenia. W tym podejściu, tak mówiono, pogłębiało się uszkodzenie. Nie jest właściwie nawet możliwe, aby temu zwrotowi w myśleniu nadać tutaj

należną mu rangę. Zasluguje on jednak na to, żeby go przedyskutować i przyswoić wiedzę, jak należy z tego podejścia korzystać, ponieważ wydaje się, że obecnie trochę o tym zapomniano zaniechano. Podejście funkcjonalne było wielkim worem, do którego można było wepchnąć wszystkie techniki, które nie klasyfikowały się jako strukturalne, nie dawały charakterystycznego „kliknięcia”, czyli techniki czaszkowe, trzewne, naczyniowe etc. Nie panował w tym żaden rozsądny porządek, lecz były one „zsyłane na banicję” poprzez wykluczenie ich z grona technik strukturalnych. Pewnego dnia powinniśmy zająć się historią powstania tych technik: czaszkowo-krzyżowych, funkcjonalnych technik Hoovera, technik energizacji mięśniowych Mitchella, metod L.H. Jonesa i R. Beckera. Po części są to techniki bardzo różnorodne, jednakże jakiś konsensus osiągnięto, wszystkie je razem wpychając do jednej szuflady. Stanowiły one dla nas ciemną nadzieję, dla nas wszystkich, którzy czuli się przekleci, myśląc, że do końca swoich dni będą zmuszeni za pomocą technik strukturalnych zajmować się lumbalgiami lub rwa-
mi. Metody funkcjonalne stanowiły dla minimalną dziurkę, przez którą dawało się zajrzeć do czaszki, a zatem i do mózgu, do organów i do całego mnóstwa chorób w stosunku do których osteopatia strukturalna wydawała się mieć niewielkie oddziaływanie, nawet jeżeli nasze legendy mówiły coś innego, lub

gdy zasłyszano się, że gdzieś w dalekim, najdalszym zakątku Francji, jest jeden bądź drugi osteopata, który manipulował, w przypadku takiej, bądź innej choroby. Pomijając problemy bólowe aparatu ruchu, cała sława podejścia strukturalnego opierała się głównie na przekazach i plotkach.

Homo sapiens osteopathicus manipulensis

Minęło trzydzieści, może czterdzieści lat. We Francji można naliczyć kilka tysięcy osteopatów. Cóż pozostało z uprzednich różnic? Życzyłbym sobie, aby któryś ze studentów wybrał to zagadnienie jako temat swojej pracy dyplomowej: obecny udział osteopatów praktykujących w podejściu strukturalnym lub funkcjonalnym, i aby w miarę możliwości porównał proporcje wśród „starszych” i „młodszych” stażem osteopatów. Kierując się tylko przeczuciem, nie dysponując żadnymi liczbami, wydaje mi się, że osteopaci strukturalni są obecnie w zaniku, a szala przechyliła się w kierunku tak zwanych technik funkcjonalnych lub energizujących. Obserwuję to przy okazji spotkań i zebrań zawodowych oraz analizując tematy prac dyplomowych. Mogę się mylić, lecz wydaje mi się, że homo osteopathicus manipulensis jest na wymarciu. Ci, którzy jeszcze pracują strukturalnie, wstydzą się troszeczkę, mówić o tym głośno.



Czują się nieco prześcignięci. Sytuacja odwróciła się w stosunku do tej, która miała miejsce na początku. Jak doszło więc do wymierania tego gatunku. Przychodzą mi na myśl różnorakie przyczyny. Obszar podporządkowanej niegdyś ortopedii, nie jest już tak niezasiedlony, jak wcześniej. Także lekarze i fizjoterapeuci go zasiedlają go. Osteopaci, poprzez zwrócenie się ku metodom funkcjonalnych, odbiegli nieco do przodu. Dzięki temu w ostatnich latach osteopatia niepodważanie zaczęła święcić sukcesy na nowej płaszczyźnie: w pediatrii. Położne należą do tej medycznej grupy zawodowej, która w największym stopniu świadoma jest dobrodziejstw tego podejścia. Można także powiedzieć, że metody strukturalne na tym polu praktycznie nie mają racji bytu. Dobrze się wyuczyliśmy, jak powinno się „manipulować” dzieci, nikt jednak już nie stosuje tych technik - może z niekorzyścią, może dla dobra, natomiast można powiedzieć, że osteopatia czaszkowa święci tam triumfy. Inny powód wymierania: można by przytoczyć inne charakterystyki technik funkcjonalnych, zaprezentować ich podejście „globalne”, przedstawić je jako „respektujące tkanki”, jako „nieinwazyjne” itd., z kolei do podejścia strukturalnego można by odnieść takie etykiety, jak „specyficznie odnoszące się do poszczególnych części”, „nierespektujące tkanek”, „brutalne”..., a także, w końcowym rozrachunku, wrażenie ich pewnego „nieociosania”, ciągłej zależności od swoich historycznych korzeni, od tego że osteopatia strukturalna była uzależniona od swojej dawnej historii, pracy z bólem, w przeciwieństwie do podejścia funkcjonalnego, które rozwinęło dyskurs odnośnie zdrowia, jako pojęcia ogólnego i opracowało sposoby postępowania coraz głębiej przemyślane i wysublimowane. Nie wolno także nie brać pod uwagę całego gremium, które tak licznie opowiedziało się za podejściem funkcjonalnym – właśnie ze względu na jego szeroko rozumiany szacunek. Odróżniają się oni od sportowców, dla których dobrowolne okaleczanie się jest częścią aktywności, którzy tworzą ariergardę, dla której traumatyzujące manipulacje podejścia strukturalnego są akceptowalne i poszukiwane. Nie będziemy już wymieniać różnic w obrębie naszej grupy zawodowej – trzeba by je było bowiem poprzeć danymi liczbowymi, a także wytłumaczyć. Jedno jednakże możemy potwierdzić a priori: ani podejście strukturalne, ani podejście funkcjonalne nie przedłożyło żadnych dowodów, które pozwoliłyby stwierdzić wyższość

jednego z nich nad drugim. Osteopatia stoi obecnie przed trudem dostarczenia dowodów swojej ogólnej skuteczności. Wyższość podejścia funkcjonalnego w stosunku do podejścia strukturalnego, czy też odwrotnie, nie jest do dnia dzisiejszego w żaden sposób ugruntowana – należy to bezustannie powtarzać, aby stało się za dość naukowej i historycznej sprawiedliwości. Kompleksowość biomechanicznego sposobu myślenia strukturalistów, czy też globalne spojrzenie funkcjonalistów nie przesunęły granic skuteczności naszego oddziaływania klinicznego. Wszyscy niemalże Osteopaci leczą prawie te same patologie występujące u osób dorosłych, niezależnie od indywidualnego sposobu podejścia.

Nieunikniony powrót strukturalistów

Nie mogę opowiadać się za technikami, których ani nie opanowałem, ani nie praktykuję. Wolę oprzeć mój wywód na zaobserwowanym rozwoju wydarzeń i opierając się na moich czterdziestoletnich rozważaniach nad tą kwestią. W związku z tym pozwolę sobie zająć stanowisko w stosunku możliwie najbardziej pożądanej ewolucji technik osteopatycznych. Postaram się zdefiniować w sposób najbardziej esencjonalny mój obszar pracy praktycznej - podejście funkcjonalne. Następnie, nieco krócej, przedstawię te sytuacje, w których podejście strukturalne może być bardziej uzasadnione. Mój wielki szacunek do przeszłości zobowiązuje mnie w końcowym rozrachunku, do przyjęcia założenia, że proporcje pomiędzy poszczególnymi podejściami powinny rozkładać się pół na pół. Jeżeli obydwa sposoby postępowania zostaną w sposób jasny zdefiniowane, okazuje się, że obydwa są konieczne. Obecnie obserwowane wymazywanie podejścia strukturalnego jest moim zdaniem jedynie fazą rozwoju historycznego, czasem wycofania, mającym na celu umożliwienie zakorzenienia się podejścia funkcjonalnego. Jednakże powrót strukturalistów jest nieunikniony. Czas żniw, czas postępu klinicznego osteopatii będzie mógł nadejść dopiero wtedy, gdy obydwa podejścia – strukturalne i funkcjonalne – będą silne i znajdą się w równowadze.

Wyznania niepełnego strukturalisty

Jako student osteopatii uczyłem się „podejścia strukturalnego”, nigdy jednakże nie wywoływało ono we

mnie zachwytu. Kiedyś nie poradziłem sobie również z diagnostyką – oblałem. Kiedy wykonywałem testy mobilności, musiałem zmuszać się do podjęcia decyzji, w którym kierunku było ograniczenie. Za każdym razem ogarniało mnie zdumienie, w jakim stopniu inni wydawali się być pewni siebie w podejmowaniu takich decyzji. Czy jednakże rzeczywiście byli? Wiem, że aby przypodobać się nauczycielom, żeby nie wyjść na idiotę, lub żeby nie zatrzymać w miejscu całej grupy, mówiłem, że doskonale czuję, że ruchomość w prawo jest znacznie mniejsza niż w lewo – szczególnie wtedy, gdy wykładowca już wcześniej przeprowadził badanie i oznajmił, że tak właśnie jest. W rzeczywistości jednak nie czułem, żadnej różnicy. Nie było w tym cienia obiektywizmu. Równie dobrze, mógłbym zdecydować, że ruchomość była bardziej ograniczona w lewą stronę. Nie odważyłem się jednak na taki krok. Mówiłem więc sobie, że nie jestem obiektywny, jednakże że osteopatia z pewnością taka jest. Wskazywało na to poczucie pewności nauczyciela, który po zbadaniu pacjenta, potrząsał jego placami z lewa na prawo, odnalazł segment, który poruszał się w najmniejszym stopniu – pierwsza niemożliwość dla mnie – następnie stwierdził, w jaki sposób poruszał się w najmniejszym stopniu – druga niemożliwość dla mnie – następnie stwierdził, jak należy całość naprawić – trzecia niemożliwość – i na końcu, gdy kazał wyczuć, jak to wszystko lepiej się poruszało po przeprowadzeniu manipulacji – czwarta niemożliwość w moim przypadku. Wszyscy, przyglądając się, wykrzykiwali „ochy” i „achy”, a ja mogłem się jedynie przyłączyć do tego chóru. Nie chcę przedstawiać mojego braku zdolności w kwestii technik strukturalnych w zbyt mrocznych barwach: bardzo dobrze radziłem sobie z ogólnym leczeniem osteoplastycznym (GOT), miałem dobre wyobrażenie o rytmie, ruchu, dobry kontakt manualny, byłem w stanie dobrze imitować manipulacje, tak że dochodziło do „kliknięć”... Ale dla mnie przypominało to jedynie małpowanie. Nie miałem bladego pojęcia, jak odnaleźć pierwotne uszkodzenie w gąszczu setek stawów ludzkiego ciała, jak dobrać odpowiednie parametry, a jeszcze gorzej było z podjęciem decyzji, jak to wszystko nareperować. Ponieważ jednak szybko opanowałem pewien stopień wiedzy, przyzwyczałem się do tego, aby zachowywać się tak, jakbym cokolwiek czuł, zresztą tak samo, jak robili to inni. Ze względu na poczucie niekompetencji musiałem wyrzec się osteopatii strukturalnej. Ponieważ w żadnej domenie mechaniki nie byłem uzdolniony (np. jakichkolwiek naprawach), a

uzdolnionymi w podejściu strukturalnym byli ci, którzy także potrafili naprawić gniazdko elektryczne, silnik samochodu, lub sprytnym chwytem otworzyć zablokowane drzwi – czara mojego ogólnego mechanicznego baraku zdolności wypełniła się w wystarczającym stopniu, abym poczuł się pokonany. Odkrycie przeze mnie tak zwanych funkcjonalnych zasad osteopatycznych było dla mnie szczęśliwym darem od losu. Mogę powiedzieć, że byłem żywym przykładem tego, co w tamtych czasach było często obserwowanym przypadkiem: „nieudacznik” strukturalny, z którego wyrósł funkcjonalista. Niektórzy koledzy przeżywali wtedy osteopatów czaszkowych fryzjerami, szamponiarzami; mamisynkami, którzy nie byli w stanie wykonać ciężkiej pracy nastawienia kręgow, więc zamiast tego woleli masować głowę, twierdząc, że w ten sposób wprawiają w ruch płyn mózgowo-rdzeniowy. Poza tym osteopatia funkcjonalna stała się spokojną przystanią dla kobiet, z natury słabszych i dlatego niebędących w stanie „trzasnąć” jak należy. Trzeba było sobie znaleźć jakąś niszę...! Ta krytyka, w odniesieniu do mnie, nie była w pełni nieuzasadniona. Zgadza się, trawestując słowa Coluche’a, można powiedzieć, że pojęcie funkcjonalne stanowi otwarte drzwi do wszelkich nadużyć. Można było z radością uwolnić się od całej biomechaniki, wszystkich technik typu „know-how”, poprzez stwierdzenie, że wystarczy podążyć za tkanką. Z pewnością dochodziło do nadużyć. Sam przypominam sobie sceny, gdy jako student sam robiłem użytek z niezwykle mglistych definicji leżki osteopatycznej w rozumieniu funkcjonalnym, aby zamaskować moją całkowitą niewiedzę odnośnie zjawisk mechanicznych. Nie bacząc na to, wiem, że moje spotkanie z podejściem funkcjonalnym, stanowiło wielkie wydarzenie w moim życiu zawodowym, w moim tak krótkim życiu. Jednak nie stało się tak natychmiast; moje pierwsze doświadczenia były rozczarowujące. Na przykład nie byłem w stanie rzeczywiście wyczuć ograniczeń ruchomości kości czaszki. Przykładowo, dobrze widziałem „strukturalne” różnice w położeniu kości skroniowej, ale od tego, do wycucia ograniczonej mobilności, kompresji, naprężeń... I tu znowu... gdy „prof.” mówił, że dobrze wyczuwa fazę fleksji pierwotnego ruchu oddechowego, odpowiadałem: tak, oczywiście, ja też! Radziłem sobie z funkcjonalną tak samo kiepsko jak ze strukturalną, gdy trzeba było wykonać technikę funkcjonalną, która miała imitować technikę strukturalną, gdy należało wylegitymować się kartą obiektywizmu.

Bardzo podobały mi się techniki Mitchella, czy też Jonesa. Miały one pewną logikę, pewien sposób, aby obejść problem obiektywności, związany z tym, co czuje terapeuta. U Mitchella trzeba było po prostu wyczuć różnice w ustawieniu, co ogólnie rzecz biorąc było proste, a technika sama w sobie miała logiczną strukturę, w odniesieniu do tego, co się czuło, czego się dotykało, a w dodatku dawała ona zdumiewające rezultaty – nie na płaszczyźnie klinicznej, tylko ze względu widzenia mechaniki; po jednej sesji wszystko odzyskiwało ruchomość, kręgosłup się prostował. Jones znalazł inny sposób obejścia palpacji wszystkich niezbędnych komponent lezji: każdemu stawowi przyporządkowana jest pewna strefa, w której może on być bolesny, poszukuje się pozycji, która wyłącza ten ból, czyli oczywiście pozycji korekcyjnej. To, co mnie nudziło w tych technikach, to pewna monotonna powtarzalność. Wpędzają one w rutynę, stanowią pewnego rodzaju schemat, przez który „przepuszczany” jest pacjent. To mnie nudziło... Nie dostrzegałem też w nich żadnego medycznego potencjału. Wydawały mi się one być odpowiednimi jedynie w odniesieniu do problemów mięśniowo-szkieletowych.

Praca na miarę tkanki

Odkrycie Rollina Beckera stanowiło punkt zwrotny w moim życiu zawodowym, jeżeli chodzi o techniki. Opisał on to, co dla mnie było prawdziwym odczytaniem napięć wszystkich rodzajów tkanek: mięśni, naczyń, trzewi itd. Nareszcie pojawiła się uniwersalna technika! Nie wydawała mi się ono przepełniona rutyną, ponieważ każdy pacjent posiadał swój „wewnętrzny schemat”, który mógł zmieniać się z momentu na moment. Co dotyczyło subiektywizmu odczuć – tutaj nie zadawałem sobie żadnych pytań. To, co się czuło, było zawsze „dobre”; pochodziło z tkanek i nie trzeba było się porównywać z żadnym innym terapeutą. Moje spotkanie z R. Beckerem okazało się trudne. Udałem się do niego, aby mu podziękować, że nareszcie nauczył mnie tego, czego zawsze poszukiwałem. Odpowiedział mi, że nie rozumiałem jego pism. Dopiero później, gdy poddałem się terapii wykonywanej przez ortodoksyjnych „Bekerianistów”, uświadomiłem sobie, że rzeczywiście nie rozumiałem tego w taki sposób, w jaki oni to zrobili. Sposób postępowania jest wyczerpująco przedstawiony w literaturze. Opiszę pokrótce, w jaki sposób ja to wtedy rozumiałem – krótko rzecz ujmując – jako coś bardzo prostego. Gdy

kładzie się na kimś ręce, wyczuwa się pomiędzy nimi pewien rodzaj „pola”, w którym pojawiają się powolne ruchy. Ruchy te występują przez jakiś czas, po którym następuje moment uspokojenia, który nazywa się punktem wyciszenia – still point – podczas którego można wyczuć „topienie się” tkanek, zmianę w obrębie pola pomiędzy rękami. W następstwie tego „stopienia” pojawia się powolny, symetryczny rytm. Schemat ten był uniwersalny... wszędzie, gdziekolwiek przyłożyło się ręce, można było wyczuć następującą sekwencję: 1) powolne asymetryczne ruchy, 2) punkt wyciszenia, 3) powolne symetryczne ruchy (rytm). Proste, skuteczne, cudowne, powtarzalne. Nie przejawiałem podówczas żadnego zainteresowania innymi technikami osteopatycznymi. To było to, czego tkanka potrzebowała – skrojone dla niej na miarę. Koniec z prefabrykatami innych metod, przy których z góry mówiono, co należy zrobić. Nie dostrzegałem, co jeszcze mogło przynieść podejście strukturalne, pochłonięty tak wielkim respektem tej techniki wsłuchującej się w potrzeby każdej tkanki. Zgadza się, że w muzeum technik osteopatycznych należałoby przechować niektóre terapie strukturalne, jak na przykład technikę pompażu wątroby lub klatki piersiowej, aby zastosować je w jakiś szczególnych przypadkach, ale wyczuwalne roztopianie się tkanek w czasie punktu wyciszenia było czymś, czemu nic nie mogło dorównać. Tym razem dawało to rezultaty w leczeniu. Metoda skrojona na potrzeby tkanki dawała godne uwagi efekty.

Historia i prehistoria osteopatii

Część mojej biografii osteopatycznej, która nastąpiła po dokonaniu tego odkrycia, zajęłaby zbyt wiele czasu, aby ją tutaj opowiedzieć. Nadmienię jedynie, że z jednej strony nastąpił wieloletni okres niespodzianek odkrywcy nieznanego ładu, z drugiej zaś okres równie wielkich rozczarowań. Na samym początku powiedziałem sobie, że odnalazłem osteopatyczne i medyczne panaceum. Roztapianie się napięć pokazywało mi za każdym razem, że jakość cyrkulacji krwi oraz procesów neuronalnych po prostu musiała zmieniać się na lepsze, a wraz z tym, niejako z konieczności, także wpływać na wszystkie istniejące problemy. Nie dostrzegałem żadnych ograniczeń takiej techniki. W przypadkach mięśniowo-szkieletowych często była ona w stanie zdziałać prawdziwe „cuda”. W samej mojej głębi odczuwałem – czemu czasami dawałem wyraz podczas prowadzenia zajęć – że osteopatia strukturalna

zasłużyła na wieczny odpoczynek wraz z pojawieniem się podejścia funkcjonalnego. Nie mówiłem tak, kierowany respektem w stosunku do tych, których znałem, „Starych”, którzy tyle mnie nauczyli, lecz dlatego, że w głębi duszy wiedziałem, iż na tym polu okazałem się być pozbawionym zdolności. Mówiłem sobie, w końcu nikt nikogo nie zmusza, aby znać przeszłość. Można od razu jeździć wyścigówką, nie trzeba wcześniej stać się mistrzem szarzy konnej.

Wszystko idzie bardzo dobrze, ale bardzo boli!

Po początkowym wybuchu entuzjazmu pojawiły się tabuny niepowodzeń, które były coraz bardziej jaskrawe: jak na przykład przypadek rwy, gdy zrobiłem terapię wszystkiego, od stóp do głów, gdy kość krzyżową, potylicę i kręgosłup pozostawiłem w „perfekcyjnym” stanie mechanicznym, jeżeli mówimy o jakości i symetrii rytmu, gdy jednak pacjent, który czuł się jak gdyby był z waty, po wstaniu, mógł jedynie stwierdzić, że boli go tak samo bardzo, jeżeli nie gorzej!! Nie byłem w stanie tego zrozumieć. To było wbrew zasadom! Niepowodzenie tego kalibru, kazało mi zapomnieć o setkach innych rozwiązanych problemów bólowych. Jak również inny przypadek banalnego skręcenia stawu skokowego, o którym sobie przypominam; gdy wyginałem się na wszelkie sposoby, aby wprowadzić punkt wyciszenia całej nogi, miednicy, głowy, stołu, planet i... nic, to samo głupie zablokowanie zgięciowe stawu sokołowego szydziło sobie ze mnie. Osteopata strukturalny, świadek tej sceny, podszedł i zmanipulował na leżance kość skokową. W przeciągu kilku sekund problem został rozwiązany, a ja stałem w miejscu, jak idiota. Cóż za upokorzenie przed moim kolegą, który widział mnie tylko przy tym jednym niepowodzeniu. Nie widział tych sukcesów, których sam najprawdopodobniej by nie osiągnął! Stanowiłem potwierdzenie obrazu „funkcjonalisty”, który nie opanował podejścia strukturalnego i dlatego był nieefektywny. Cóż za piękna lekcja dla mnie! Nigdy więcej już nie powiedziałem, że strukturalka umarła i została pochowana. Wiedziałem przynajmniej, że w przypadku dyslokacji kości skokowej, jedynej kości w ciele, która nie ma bezpośredniego przyczepu mięśniowego, techniki *écoute* (nasłuchu) były bezradne. Bez dźwigni mięśniowej, która wszystko z powrotem doprowadziłaby do pionu, ciało oczekiwało na pomoc z zewnątrz, której mógł udzielić mu osteopata.

Martwi w doskonałym stanie mechanicznym

Na drugim końcu, w przypadku schorzeń ogólnych także piętrzyły się niepowodzenia mojej cudownej osteopatii. Wierzyłem, że przy jej pomocy także i rak będzie w końcu możliwy do wyleczenia. Czyż principia nie głosiły, że „prawo tętnic” górowało nad wszystkim pozostałym? Dobra waskularyzacja – czyż nie musiałaby ona spowodować zniknięcia guzów? Choroby neurologiczne, zaniki wieloukładowe, stwardnienie rozsiane, Parkinson itd. były polem licznych rozczarowań. Spędzałem tyle godzin, aby odtworzyć rytm czaszkowy, starałem się leczyć mózg, aż do szarych jąder podstawy – bez żadnego rezultatu, a czasami nawet z pogorszeniem po niewielkiej poprawie. Można było zwariować! Dlaczego normalizacja mechaniki mózgu – a w związku z tym także krążenia mózgowego – nie wykazywała żadnego działania? Można by mi było odpowiedzieć, że nie zastosowałem odpowiedniej techniki nasłuchu, że wykonałem „złą” pracę tkankową. Odpowiedziałbym na to: po pierwsze, to, co zrobiłem, było bardzo skuteczne na polu innych klasycznych zastosowań osteopatii, a po drugie, zgodnie z moją wiedzą, do dnia obecnego żaden pracujący zgodnie z zasadami funkcjonalnymi osteopata, nie mógłby wstać i głośno powiedzieć, że jego metody są skuteczne we wszystkich wyżej wymienionych jednostkach chorobowych. Jak powiedziałaby Rollin Becker: wszyscy pacjenci nowotworowi, których leczyłem, umarli z sukcesem. Przyznajmy więc, istnieje rozłam pomiędzy naszymi principiami i naszą praktyką. Osteopata strukturalny może odnieść znakomite rezultaty w przypadku pewnych dolegliwości aparatu ruchu, osteopata funkcjonalny może natomiast zapewnić swojemu pacjentowi głęboki doświadczenie błogostanu, ale ani pierwszy, ani drugi, nie znają odpowiedzi w przypadku „spraw poważnych”. Piękna mobilizacja miednicy, wspaniała punkt wyciszenia czaszki, uwolnienie więzadła Treitzza na nic się nie przydają w przypadku poważnych patologii tych obszarów. Rozpadlina między principium a praxis rozdziera swoją czeluść i każe nam maszerować w pustą przestrzeń, depcząc bajeczne następstwa osteopatycznej terapii tkankowej. Pracujemy raczej w celu „złagodzenia” dolegliwości, na „symptomach”, niż na czymś innym i powinniśmy przyjąć to z pokorą.

Pół D.O.

Ta sytuacja nie jest pożądana dla naszej grupy zawodowej. Nie nosi ona znamion dalekosiężności. Musimy wybrać: czy powinniśmy wyrzucić za pokład beżycieczne w odniesieniu do naszej praktyki, owładnięte manią wielkości i beżsensowne zasady? Powinniśmy raz na zawsze stwierdzić, że osteopatia strukturalna i funkcjonalna to dwa różne podejścia, służące zaprowadzeniu porządku w przypadku niemalże podobnych problemów. Jednakże zgadza się, że ta druga metoda zdaje się być nieco uboższa ryzyko w porównaniu z tą pierwszą, a także jest łatwiejsza do nauczania się. Powinniśmy także zdecydować, czy można być osteopatą, który ma jedynie ograniczoną znajomość technik strukturalnych, czy może odwrotnie, trzykrotnie mniej zrozumienia dla podejścia funkcjonalnego. Uzmysłówmy sobie, że ta sytuacja wygląda tak już od dawna. Gro znanych amerykańskich osteopatów czaszkowych i funkcjonalnych nie doświadczyło żadnego istotnego kształcenia strukturalnego. W trakcie swój nauki uniwersyteckiej odbyli tylko kilkugodzinne prezentacje – tak było i tak cały czas robi się w koledżach osteopatycznych w USA. W Stanach Zjednoczonych Osteopatia strukturalna skończyła się wraz z Fryettem w latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku. Czy wolno te sławy nazwać osteopatami z pełnym dyplomem? Przy całym szacunku, który im się należy... nie! Niegdyśjsze wzory z naszej przeszłości nie są przykładami dla naszej przyszłości. Także oni znali granice swojej skuteczności i także oni doświadczyli rozłam między prawami a praktyką. Powinniśmy wiedzieć, że osteopatia funkcjonalna, czy też czaszkowa, były tworzone i rozwijane przez praktyków, którzy nie radzili sobie w podejściu strukturalnym lub się z nim nie zgadzali. I że ta niewiedza, która nie jest żadną słabością, musi zostać wykryta, ponieważ to ona znajduje się w centrum ograniczeń współczesnej osteopatii – czy to funkcjonalnej, czy to strukturalnej. Nie czcimy Idoli z przeszłości; miałyby to bowiem smutne konsekwencje dla przyszłości. Odnotowujemy sukcesy danej osoby w pewnym specyficznym obszarze, ale także niepowodzenia w obszarach ogólnych. Wszyscy osteopaci przeszłości, z niewielkim wyjątkiem w postaci Stilla, Littlejohna i Fryette'a, poznali rozłam między principium a praxis. Ponieważ jednak nie chodzi o to, żeby użalać się nad przeszłością, czy też, aby kogokolwiek osądzać, a szczególnie tych, od których tak wiele się nauczyliśmy, podejmiemy kwestię przyszłości. Jaka osteopatia zasłuży sobie w całości, aby nosić to miano?

Trochę historii też jest potrzebne...

Kilka uwagi o historii pozwoli nam odkryć korzenie strukturalizmu i funkcjonalizmu. Sięgają one daleko w przeszłość, lecz my ograniczymy się do ojców założycieli. Still, pod kątem stosowanych przez siebie technik, jest trudny do rozszyfrowania. Z jego opisów trudno jest zrozumieć, co właściwie robił. Niektóre elementy jego biografii są jeszcze bardziej zagadkowe. Jedyne film, na którym został uwieczniony, ukazuje, jak manipuluje bark, jakby to robił znachor. Zresztą sam nazywał się nastawiaczem kości (bonesetter)! Ale historie, które się o nim opowiadało, opisują go także, jako magnetyzera lub uzdrowiciela. Dokładniej mówiono o mesmeryzerze, zwolenniku mesmeryzmu, który rozwijał pojęcie mesmeryzmu animalistycznego. Still zachował swoje mesmerystyczne korzenie, przykładowo potwierdzając, że stawiał diagnozę w przeciągu pierwszej sekundy od ujrzenia pacjenta. Leczył również pacjentów na odległość, z dystansu kilkuset kilometrów od swojego miejsca pobytu. Człowiek, który za pomocą swoich myśli mógł uleczyć w mgnieniu oka z odległości tysiąca kilometrów bolesny bark, jakby znajdował się tuż przed nim. Chodzący paradoks. W jego mniemaniu nie było w tym sprzeczności. Nastawianie barku, a także terapia na odległość były legitymizowanymi aktami osteopatycznymi. Jak można rozumieć taki paradoks? Bardzo prosto, powołując się na fakt, że jego wykształcenie w dzieciństwie, jego lektury, jego zamiłowania, jego sytuacja życiowa jako męża i jako człowieka czynnego zawodowo ciągle konfrontowały go z dwoistą naturą świata. RZECZYWISTOŚCIĄ była zarówno mechanika pełna trybów i kół zębatych, jak również kryształ ducha. Nastawianie odpowiadało mechanicznemu sposobowi odczytywania ludzkiego ciała. Należało rozebrać poszczególne części (i je nasmarować) – to właśnie pokazuje nam ten fragment filmu, w którym manipuluje bark. To, czego jednakże nie mógł nam pokazać żaden film, to diagnostyka i terapia na odległość za pomocą spojrzenia lub wizualizacji, jak to się dzisiaj nazywa. One pochodziły z duchowej natury RZECZYWISTOŚCI.

Wielka schizma osteopatyczna

Still jest jedyną w swoim rodzaju mieszanką „magnetyzmu” i „nastawiania kości”, właściwie dwóch zupełnie różnych metod, które łączył ze sobą początkowo intuicyjnie, następnie racjonalnie. Zupełnie bez znaczenia,

przy wykonywaniu której z technik był obserwowany, stosował również i drugą. Za każdym razem gdy przykładał ręce, robił to zawsze z wizją skierowaną w głąb ciała. Był on mechanikiem zasady witalnej – teoretycznej niemożliwości – lecz jednak wierzył, że ją odkrył. Jego próba syntezy dawała rezultaty kliniczne, o których z chęcią chciał nam powiedzieć i które w żaden sposób nie są porównywalne z naszymi. Leczył tą metodą wszystko: od astmy do gruźlicy, zapalenia płuc, malarii, dyzenterii i... lumbago. W każdym razie tak to przedstawiał. Można założyć, gdy jego słowa potraktuje się poważnie, że rozłam między principium a praxis był w jego przypadku mniej rozarty niż w naszym pokoleniu. Nie można jednak powiedzieć, że nie znał on smaku niepowodzenia – jednak w jego przypadku był on dużo mniej odczuwalny. Still był „osteopatą uniwersalnym”, widział wszystko i leczył wszystko. Jego uczniowie przejęli to dziedzictwo, właściwie nie rozpoznając jego dwoistej natury. Szybko zaczęli dokonywać się rozłam. Ci, którzy w sercu i w duchu byli mechanistami, podążyli za korzeniem poznania i nadali mu anatomiczną „bullę tytułu szlacheckiego”... Fryette jest najbardziej znany spośród nich. Spirytyści z serca i ducha podążyli za korzeniem magnetyzmu i także jemu nadali miana anatomiczne. Sutherland, a następnie Becker, wstawili się tu najbardziej. Ci następcy zachowali jednak łączność z obydwoma źródłami. Na przykład Fryette leczył za pomocą technik strukturalnych poważne choroby ogólne. Jednakże rozłam pogłębiał się szybko... aż do dzisiejszych osteopatów, którzy częstokroć zaznali niewiele poznania z drugiej gałęzi. Taka sytuacja znana jest z USA. W Europie pozostawia się decyzję szkołom i każdemu praktykującemu osteopatię, który szybko opuszcza jedną lub drugą gałąź i czerpie z tej, która dopowiada jego zamiłowaniom, zdolnościom, odczuciom. Pozytywnym tego aspektem jest – dobrze obserwowalne – wysubtelnienie w obrębie dokonanego wyboru. Nastawianie prawie całkowicie uwolnione od magnetyzmu, mogło rozwinąć się w bardzo dobrze udokumentowaną, rygorystyczną biomechanikę. Magnetyzm, prawie całkowicie uwolniony od nastawiania, mógł także rozwinąć się w kierunku tzw. technik energetycznych lub tkankowych, w których w sposób niezmacony mogła wyrazić się subiektywność – co trzeba przyznać – w pięknej postaci. Mówię „prawie” ponieważ każda z gałęzi musiała zachować pewne odniesienia do tej drugiej. Energetyzery cały czas powołują się na anatomie, a nastawiacze kości na ho-

lizm, czego w obydwu przypadkach wymaga tytuł osteopaty.

Osteopatia poprzez korespondencję

Gdy przywołuję historię, mogę powiedzieć, że moja droga kształcenia i moje lektury doprowadziły do tego, że przyłączyłem się do stronnictwa „magnetyzerów” i tak też mnie określano. Była jednakże pewna różnica: długo studiowałem podejście strukturalne i poznałem wybitnych praktyków tej dziedziny, którzy wpoili we mnie trwałe szacunek dla tego podejścia. Krótko przedstawię moje doświadczenia z okresu, który nastąpił po odkryciu przez mnie tak zwanych technik nasłuchiwania tkanek. Pewnym trafem odkryłem w 1984 roku, że mogłem odczuwać na (pewien) dystans powolne ruchy, które nauczyłem się rozpoznawać podczas kontaktu dotykiem! Siedząc w pobliżu pacjenta, w pustej przestrzeni pomiędzy moimi rękami, byłem w stanie odczuwać powolne, asymetryczne ruchy tkanek, minimalne odkształcanie się kości, ponowne unoszenie się organów – tak jak bym ich dotykał. Po ruchach tych następował moment uspokojenia, punkt wyciszenia, a po nim roztopienie się tkanek. Tym razem „pole” znajdujące się pomiędzy moimi rękami, dawało wyraźne wrażenie rozpyływania się. Odczucie to przypominało wrażenia, jakie wywołuje drugi magnes trzymany w pewnej odległości. Nie dostrzegłem w tym nic wyimaginowanego. Ja, który miałem takie problemy z obiektywnością testów palpacyjnych, nie odwołując się do dotyku, byłem przekonany z całą pewnością, że czuję!! Pacjenci także w wielu przypadkach odczuwali „roztapianie się”, z takim samym poczuciem wiarygodności, o czym mi mówili. Doszło do tego, że gdy przeczuwałem zbliżanie się do moich rąk punktu wyciszenia, mogłem powiedzieć pacjentowi, że zaraz poczuje pewną zmianę. Tak to wyglądało prawie za każdym razem. Nigdy przedtem nie przeżyłem czegoś równie powtarzalnego. Z technicznego punktu widzenia, znalazłem się w bardzo złożonej sytuacji historycznej. Było to dla mnie zupełnie jasne: osteopatia ultrafunkcjonalna, z zachowaniem uczucia, że wykorzystuję ją w sposób bardzo strukturalny. Czym bardziej precyzyjny byłem w mojej wizualizacji anatomii, tym lepiej wszystko wychodziło. Przypomina mi to wypowiedź Stilla, jakiej udzielił, gdy zapytano go o różnicę pomiędzy tym, co robił, a „mesmeryzmem” (magnetyzmem). Powiedział: anatomia i jeszcze raz anatomia! Tak jak on, miałem poczucie, że

„nastawiałem” principium vitale.

Precz z rękami!

Przy zgłębianiu tej techniki, stało się dla mnie jasne, że ręce nie odgrywają roli nadrzędnej. Trudno jest mi to wyrazić: czułem ruchy w jednym mgnieniu, mówiąc o mgnieniu, mam na myśli coś zdecydowanie więcej niż mgnienie oka. Chodzi o postrzeganie, dostrzeganie, percypowanie, które obejmuje widzenie, dotyk, głębię ciała. Z czasem byłem w stanie wyczuć powolne ruchy, właściwie tylko poprzez obserwację przestrzeni, którą zajął pacjent, przy czym początkowo jeszcze myślałem, że ręce są do tego konieczne. Rezultaty kliniczne tego sposobu postępowania były, co zaskakujące, równie imponujące, co rozczarowujące, zresztą podobnie, jak i w poprzednim okresie. Z pewnością, mogłem zrobić więcej... jak na przykład prowadzić terapię problemów hormonalnych, a praktycznie nawet chirurgicznych. Ale wielkie niepowodzenia pozostały takie same – żadnego oddziaływania przy poważnych chorobach. Ale przecież nie jest niczym niewłaściwym, żeby próbować!! Czułem się poległy – prawie – na tym polu. Po dziesięciu latach praktyki tego sposobu leczenia, znalazłem się w stanie poważnego wyczerpania. Zaczęło się to od poczucia zmęczenia po każdej terapii, ogromnie nasilającego się po najdrobniejszym zabiegu osteopatycznym, jaki komukolwiek innemu wykonywałem. Badania, które musiałem wykonać, wykazały zaawansowaną osteoporozę z powodu nadczynności przytarczyc. Ten tekst, jak już wielokrotnie nadmieniałem, musi być rozumiany jako całość, gdy mowa jest o technikach strukturalnych i funkcjonalnych. Który z tych sposobów leczenia jest zdrowszy, mniej niebezpieczny, czy też toksyczny dla praktyka? Uważam, że odpowiedź na to pytanie jest teraz transparentna: metody strukturalne, w głównej mierze wykonywane rękami i angażujące stronę fizyczną praktyka, wydają się być mało „niebezpiecznymi” w praktyce. Podejście funkcjonalne, a w moim przypadku było ono ultrafunkcjonalne, bez posługiwania się rękami, bez aktywności fizycznej, może być niebezpieczne dla praktyka i budzić wrażenie, że upuszcza on swoją energię.

Auto-osteopatia

Ta droga rozgorzałego studenta osteopatii zaczęła źle się kończyć w roku 2000. Musiałem całkowicie porzucić

moją młodzieńczą miłość – praktykę osteopatyczną – nawet nauczanie, czemu oddawałem się z tak wielką chęcią. Jak można uczyć innych tego, co niemalże mnie samego pozbawiło życia? Nastąpiły dwa, może trzy lata całkowitego zmieszania. Rozpoczął się okres, w którym, z konieczności pozostania przy życiu, odkryłem nowy aspekt technik osteopatycznych. Ponieważ na mój stan nie istniała żadna terapia medyczna ani osteopatyczna, musiałem umieć samemu sobie poradzić – po prostu zgodzić się na rendez-vous ze sobą samym i samemu na sobie przeprowadzić leczenie. Było to odkrycie auto-osteopatii: pojęcie trochę głupie, ale na poziomie technicznym znaczyło to, że wszystko, czego nauczyłem się stosować na innych, musiałem teraz zrobić na sobie... A jak pracować z samym sobą? Technikami strukturalnymi? Możliwości są bardzo ograniczone... Funkcjonalnie? Z technicznego punktu widzenia jest to możliwe... Już wcześniej poczyniłem takie próby, zanim odkryłem leczenie na dystans. Kładłem ręce przy sobie, odczekiwałem aż minąły ruchy asymetryczne, następnie punkt wyciszenia... rezultat: niezadowolający i nietrwały, i dlatego szybko nużący. Chciałbym z chęcią wspomnieć kilka następstw technicznych tej pracy, którą wykonywałem przez dłużej niż dziesięć lat. Początkowo nie było dla mnie możliwości, leczenia samego siebie z oddali! Jak mam spojrzeć na samego siebie z zewnątrz? Próbowałem przed lustrem, a także innych interesujących eksperymentów. Wszystkie okazały się nieprzydatne, trzeba jednak dotrzeć do tych przydatnych – istotnych. Wszystko jest możliwe: można samemu siebie leczyć, gdy przeniknie się swoim wewnętrznym spojrzeniem w głąb swojej anatomii, fizjologii, patologii. Równie dobrze można wykorzystać w tym celu swoje ręce, jak również ich nie używać. Istotne jest, że gdy pracuje się z samym sobą, natychmiast doświadcza się różnicy między podejściem strukturalnym i funkcjonalnym. Narzuca się ona natychmiast – jak konieczność. Przedstawienie tego doświadczenia w szczegółach przekracza ramy naszej dyskusji poświęconej oczywiście dualizmowi strukturalno-funkcjonalnemu. W celu podsumowania tych doświadczeń proponuję przeprowadzenie na sobie samym ćwiczenia palpacyjnego, które pozwoli na otwarcie debaty, także teoretycznej, i zadawanie sobie odpowiednich pytań.

Krótkie ćwiczenie, aby odróżni dotyk od spojrzenia

Przyjmijmy klasyczną sytuację: pacjent leży na plecach, przede mną, zewnętrznym (stojącym w stosunku do niego na zewnątrz) terapeutą. Przykładam ręce po obydwu stronach jego czaszki. Jak tylko pomyślę „leczenie”, będę odczuwał, co odbywa się pomiędzy moimi rękami, będę mówił o napięciach oponowych, o kościach itd. Mogę także powiedzieć, że schodzę niżej i odczuwam przepoń, miednicę, która jest trochę bardziej ufiksowana z prawej strony, po lewej jest ustawiona nieco wyżej... itd. Tak często postępują osteopaci. O ile zrozumiałe jest pierwsze przypuszczenie, które dotyczy tego, co czuję pomiędzy moimi rękami, o tyle trudne do przyznania jest drugie z nich, odnośnie tego, co czuję niżej, w miejscu oddalonym od moich rąk. W jaki sposób przechodzę od głowy do miednicy? Poprzez napięcia tkanki łącznej, która łączy ze sobą każdą część ciała z każdą pozostałą? Poprzez płyny czy nerwy? Poprzez energię, Czi, czy też jaką nazwą posługujemy się, myśląc o sile życiowej? Być może wszystko to jest prawdą, ale czy na chwilę obecną, da się tego dowieść? Często pacjent nie jest w stanie potwierdzić tego, co odczuwa terapeuta. Kontaktują się tu ze sobą dwa systemy: terapeuta z jego Już-Przeżytym, oraz pacjent z jego Już-Przeżytym i one nie harmonizują ze sobą. Powróćmy do punktu widzenia terapeuty: podaje, że odczuwa napięcia pomiędzy swoimi rękami oraz napięcia, które znajdują się poza przestrzenią między jego rękami. W tym przypadku miesza on dwie rzeczy, dotyk i kontakt. To przede wszystkim dzięki dotykowi odczuwam, co się dzieje między moimi rękami a dzięki wglądowi – zwanemu też wizualizacją – odczuwam, co się dzieje z dala od moich rąk. Podziały te są nieco sztuczne, ponieważ widzenie współuczestniczy w dotyku, a dotyk współuczestniczy w widzeniu, co można było wykazać w prosty sposób. Jednakże istotne jest, aby te dwie modalności oddzielić od siebie, w sytuacji, gdy to jeden terapeuta – zewnętrzny w stosunku do pacjenta – prowadzi leczenie. Należy też przyznać – jako najmniejszy wyraz uprzejmości skierowany w stronę nauki – że to, co odczuwamy między rękami, musi być czymś innym, niż to, co percypujemy z dala od nich. Wykonajmy jeszcze jedną próbę... Wystarczy poprosić osteopatę, aby był zarówno swoim terapeutą, jak i pacjentem. Cudowne umiejętności praktyka, który jest w stanie wyczuwać różne zmiany z odległości, odnajdą tak proste rozwiązanie, że odzwierciedlą się one w bezpośrednim doświadczeniu. Poza tym łatwo

można zrozumieć, jaką rolę odgrywa dotyk, a jaką wzrok.

Osteopacjent

Zajmijmy się wyżej opisaną techniką dotyczącą terapeuty-pacjenta. Leżąc na plecach, układa się ręce po obydwu stronach własnej czaszki. Od tego momentu, otwierają się przed nami dwie drogi. Pierwsza: odczuwanie napięć pomiędzy rękami, wykonanie na sobie technik czaszkowych, dokładnie tak, jakby się to robiło u pacjenta. Jest to interesujące doświadczenie – nie tak bardzo na poziomie klinicznym – ponieważ sądzę, że wpada się w te same pułapki i ograniczenia niepełnej osteopatii – lecz na poziomie doświadczenia anatomicznego. Odtworzenie, przywołanie wiedzy anatomicznej na samym sobie, tej samej, którą przyswajało się z książek, sekcji, z pracy z pacjentami, jest pasjonującym doświadczeniem, ćwiczeniem wizualizacji, zupełnie innym, niż to, które przeżywa się z innymi. Jest też druga droga: przykładają się obydwie ręce po bokach czaszki, tym razem jednak nie są one wezwane do poruszania się, czy też do podążania za jakimkolwiek ruchem. One same stają się granicami pola świadomości (percepcji). Wtedy przywołuje się swój wewnętrzny wzrok, aby wy badać przestrzeń między rękami, wyczuć ewentualne powolne ruchy, lecz przede wszystkim, aby doznać tego, co dzieje się „gdziekolwiek indziej” w ciele, na przykład w miednicy, lub w trzewiach. To „gdziekolwiek indziej” weźmie udział w rozgrywającej się grze i zacznie „rezonować” z ruchami czaszki. Przypomnijmy sobie: przy tej technice ręce służą przede wszystkim „zamknięciu pewnego obszaru ciała w ramach”, w tym przypadku czaszki, i pozwoleniu, aby wszystkie pozostałe wewnętrzne napięcia mogły się wyrazić poprzez tę zamkniętą przestrzeń. Za naszymi amerykańskimi mistrzami, nazwijmy ten rodzaj percepcji „wewnętrznym osteopata”. Kompleksowość schematów, które w taki sposób można konstruować, nie napotyka na żadne ograniczenia. Siedząc na krześle, można położyć ręce na kości biodrowe i wyczuć ruchy obydwu stron klatki piersiowej w odniesieniu do miednicy, obydwu połówek czaszki w odniesieniu do klatki piersiowej, gdy potraktuje się to jako odpowiedź obydwu kości udowych i kręgu szczytowego w stosunku do regionu przejścia szyjno-piersiowego. Wielowymiarowy spacer poprzez samego siebie.

Czuję, więc jestem

Porównajmy jeszcze raz działania zewnętrznego osteopaty z wewnętrznym osteopatą. Z jednej strony, jeden z nich mówi o doznaniach płynących spomiędzy jego rąk – co jest możliwe – oraz z obszaru spoza swoich rąk, co prawie zupełnie nie daje się zweryfikować, lub co najwyżej w bardzo ograniczonym stopniu. Z drugiej strony, wewnętrzny osteopata, może odczuwać pomiędzy swoimi rękami, ale także poza nimi. ...ale tym razem jest to sprawdzalne, ponieważ jest zarówno leczącym, jak i leczonym, tym samym, a nie jednym z nich, informującym drugiego... Gdy po raz pierwszy zostanie otwarte okno do samego siebie, technika ta może wnikać jeszcze głębiej: można nauczyć się wy-czuwania bardzo kompleksowych zależności mechanicznych: między długością nóg, pozycją obydwu kości skroniowych, napięciem opłucnej w stosunku do kręgu szczytowego, osierdzia w stosunku do przejścia szyno-piersiowego, poziomów kości gnykowej, żuchwy i blaszek oczodołowych kości czołowej. Taka dyskusja dotycząca uszkodzeń następczych była już od dawna prowadzona przez zewnętrznych osteopatów. Znajduje ona jednakże potwierdzenie dopiero wraz z wewnętrznym osteopatą. Przyznajmy: żaden osteopata nie może odczuwać w zastępstwie swojego pacjenta, nikt nie jest w stanie percypować, co w danym, konkretnym momencie zachodzi w innym człowieku. Któż może u kogoś innego odczuwać w tym samym czasie uczucie ciężkości lewej łydki, kulminację fali lęku w klatce piersiowej, ucisk paska lub bransoletki na prawym nadgarstku, ćmienie zainfekowanego korzenia zębowego itd.? Jakkolwiek wielki by był dar wglądu, terapeuta może doświadczyć jedynie nieznaczącej części odczuć tego, co odgrywa się w rzeczywistości zewnętrznej w stosunku do niego.

Odczucie własnych funkcji

Powyższe techniczne unaocznienie pozwala mi odstąpić precyzyjną definicję tego, co powinno być kwintesencją osteopatii funkcjonalnej. Tradycja odpowiada nam, że w przeciwieństwie do osteopatii strukturalnej, pozwala ona na przysłuchiwanie się tkankom, pozwala im na wyrażenie się, jednocześnie bez wywierania na nie wpływu, na ich drodze ku wyzdrowieniu... Ta sytuacja zachodzi kompletnie jedynie wtedy, gdy terapeuta jest swoim własnym pacjentem. Ręce pozbawione są wtedy roli nadrzędnej, są podporządkowane wglądowi, pomagają jedynie w

ograniczeniu stref wglądu, sposobów patrzenia, mających swoje źródło w podmiocie patrzenia. To wewnętrzne spojrzenie przetłumaczone zostaje na język anatomii. Ponieważ obserwujemy samych siebie i znamy naszą żywą anatomie, żyjemy jej ruchami, torsjami, osiągamy poziom rzeczywistego nasłuchu i respektu dla tkanki. Jak wiele ktoś inny byłby w stanie za nas odczuć, jakkolwiek godne uznania i wielkie byłyby jego ekspertyzy, może to być jedynie niewielką częścią tego, co sami możemy wiedzieć. Przyszłym przeznaczeniem osteopatii funkcjonalnej jest więc pedagogika osteopatii wewnętrznej. Powinniśmy uczyć się stosować ją na nas samych i dzielić się tymi informacjami z innymi, z tymi, których nazywamy naszymi pacjentami. Podjąłem tu próbę, jak najlepszego zdefiniowania, czym powinna być osteopatia funkcjonalna. Czym jest ona w danym momencie – w praktyce i w procesie kształcenia – jest z konieczności odzwierciedleniem indywidualnych i kolektywnych kompromisów. Czym bardziej precyzyjni będziemy w naszej definicji podejścia funkcjonalnego, tym lepszą – poprzez wyłączenie – będziemy w stanie osiągnąć definicję osteopatii strukturalnej.

Badanie palpacyjne własnego refluku

Właśnie stwierdziliśmy, że osteopatia funkcjonalna – we właściwym sensie tego słowa – nie jest manipulatywna, to znaczy, niezależna od czynności rąk. Jest funkcjonalna, a wewnętrzne spojrzenie znajduje się w bezpośrednim kontakcie z funkcjami tkankowymi. Jest ono wprost przeżywaną funkcją, bez pośredników. Czuję palenie mojego kwasu żołądkowego, czuję ciężar w moim żołądku i tylko ja mogę odczuć te rzeczy i zintegrować je w jeden mechaniczny schemat. Ręce nie wiele mogą w tym przypadku „zobaczyć”. Można by spróbować dokonać palpacji żołądka – aby się upewnić – lecz jest to również sposób wątpliwy, a do tego jeszcze w odniesieniu do z refluku... Ręce mogą być bardzo pomocne przy ocenianiu przepony, na przykład poprzez to, że wspomagają wewnętrzny wzrok w stworzeniu przestrzeni, w której autonomiczne ruchy tkanki pomogą zaprowadzić porządek tkankowy i w taki sposób umożliwią odnalezienie właściwej drogi do wyzdrowienia. Musimy się dobrze zrozumieć, proces zdrowienia jest wielowymiarowy. Osiągnięcie kwintesencji podejścia funkcjonalnego, bezpośredniej percepcji swoich własnych funkcji, nie powinno być proklamowane jako TO jedno rozwiązanie – przyna-

jmniej jeszcze nie teraz. Osoba, która cierpi z powodu refluksu, nie jest jedynie „posiadaczem” przemieszczonego żołądka oraz struktur kostnych, uciskających nerw błędny, co tłumaczyłoby występowanie palenia podczas zgagi. Jest także osobą zjadaną (gryziona) przez wyrzuty sumienia. W tym momencie docieramy do bardziej kompleksowego systemu współzależności odgrywających tutaj rolę: afektywnych, społecznych itd. Dajmy jednakże możliwość wyrazić się w pełni podejściu funkcjonalnemu. Funkcje bezspornie tworzą ze sobą połączenia: gdy odczuwa się palenie refluksu, być może w tym samym czasie uświadamia się sobie „kąsanie” własnego sumienia („wyrzuty czegoś z sumienia”). W ten sposób spojrzenie na naszą mechanikę spotyka się z wglądem w naszego ducha. Osoba z doświadczeniem płaci podwójnie. Zawczasu wiemy, że najlepsza technika funkcjonalna, nawet ta, którą się nam proponuje, nie jest odpowiedzią na wszystko. Do dnia dzisiejszego zebrałem znaczne doświadczenie jedynie w odniesieniu do siebie samego, gdy z powodu konieczności stałem się pacjentem i terapeutom w jednej osobie. Połączone ono było z godnymi uwagi przeżyciami, sukcesami, a także niepowodzeniami; sukcesami w pewnym konkretnym obszarze, w którym, jak sądzę, zewnętrzna osteopatia nie mogła mi pomóc. Można powiedzieć, że w przypadku leczenia poważnych chorób osteopatia funkcjonalna tego rodzaju powinna szybciej posuwać sprawę naprzód. Umożliwia ona pacjentowi przypisanie znaczenia całej gamie środków takich jak: mdłości, uczucie pełni, drżenie i innym „drobnostkom”, którymi nikt inny nie wyraża zainteresowania, poza tymi, którzy mogliby się tym zainteresować, zanudzać... homeopatami, psychologami.

Niesienie pomocy

Sądzę – zawsze w odniesieniu do mojego doświadczenia – że wspomniana wewnętrzna osteopatia, mimo tego, że sięga dalej, niż to, co jest możliwe do osiągnięcia obecnie, także napotka na własne ograniczenia, ponieważ zaniedbuje drugi biegun osteopatii – strukturalny. Ta starodawna tradycja manipulacji – mimo tego, że rzekomo zadaje gwałt ciału – ma przed sobą znakomitą przyszłość. Po tym jak, jak sądzę, odsłoniłem kwintesencję osteopatii funkcjonalnej, jesteśmy w stanie lepiej zrozumieć, czym jest podejście strukturalne – nawet jeżeli to zrozumienie miałoby miało by mieć charakter wykluczający, w

stosunku do tego, co nie jest funkcjonalne. Co prawda nie mogę zagłębić się tak bardzo w detale, jak w przypadku podejścia funkcjonalnego – zarówno ze względu na ograniczenia tekstu, jak i ze względu na szczerą w poczuciu kompetencji – tym niemniej pozwolę sobie utrzymać pogląd, że jej kwintesencją są właśnie manipulacje, siły skierowane od zewnątrz, konieczność dostarczenia „wsparcia” w znaczeniu dosłownym i figuratywnym. Jesteśmy warunkowani zarówno przez siły wewnętrzne, jak i zewnętrzne, przy czym każda z nich wiąże się z charakterystycznymi dla niej okolicznościami patogennymi. Musimy się nauczyć ustalania równowagi między podążaniem w kierunku osteopatii wewnętrznej – która w końcowym rozrachunku stawia sobie za cel bycie „sfagocytowanym” przez pacjenta – a osteopatią zewnętrzną, która jeszcze ma przed sobą dni sławy, jako przywilej wykształconego praktyka. Bardzo ogólnie, definicja osteopatii strukturalnej nie może ograniczać się jedynie do „nastawiania”. Odnosi się ona bowiem do tych wszystkich sytuacji, w przypadku których konieczne jest zadziałanie siły zewnętrznej, co zresztą przyjmować może różnorodne formy: gimnastyki, tańca, boksingu. W każdym przypadku zastosowanie siły powinno być koherentne ze stanem pacjenta i z biomechaniką. Znane są liczne przypadki, w których zastosowanie takiej siły zewnętrznej jest korzystne, a nawet stanowi jedyną możliwość. W przypadkach tych zewnętrzny osteopata bierze sprawy w swoje ręce – ze znakomitymi rezultatami – co często mogliśmy zaobserwować. Jednakże, w sytuacjach codziennych, gdy leczy się pacjenta, który osiągnął wiek i możliwości samoświadomości, instancją odwoławczą staje się osteopatia wewnętrzna, natomiast zewnętrzna pełni funkcję pomocniczą. Jednakże i tutaj możliwe są różne formy mieszane: można pracować strukturalnie na samym sobie oraz na innych; tak samo można pracować funkcjonalnie na sobie samym lub na innych. Nie ma dogmatów, w każdej sytuacji zostaje wystarczająco miejsca dla eklektyzmu. Ta jedna droga – inspirowana mocnymi zasadami pragmatyzmu – pozwoli zredukować rozłam między *principium* i *praxis*, który doświadczamy obecnie i który towarzyszy nam od czasów Stilla; pozwoli zredukować, lecz nie zniesie go całkowicie, ponieważ inne nauki też mają dla siebie swoje miejsce.

Punkt wyciszenia plus technika pompażu

W naszej przeszłości nauczyliśmy się, nawet jeżeli jest to nauka bardzo mglista, że jeżeli chcemy doprowadzić do powrotu do zdrowia, powinniśmy skorzystać ze wszystkiego, zarówno technik funkcjonalnych, jak i strukturalnych – w zależności od przypadku i wymagań. Uważam, że tego rodzaju hybrydowe terapie będą zanikać, co jest zjawiskiem pożądanym. Jak mówi porzekadło: będziemy we wszystkim amatorami, natomiast w niczym nie staniemy się profesjonalistami. Mimo tego można sobie wyobrazić pewne interesujące mieszanki: terapię, w której pacjent-terapeuta, posiłkując się pedagogiczną pomocą zewnętrznego osteopaty, będzie pracował nad swoją wątrobą, nad jej funkcją, w poszukiwaniu dobrego punktu wyciszenia. Gdy zostanie on osiągnięty, dlaczego by nie zastosować po nim rozsądnej techniki pompażu wątroby, wykonanej przez zewnętrznego osteopatę? Można sobie wyobrazić wiele takich mieszanek, które na nowo ożywiają cały aparat osteopatii strukturalnej, który myślowo odstawiliśmy już do muzeum. Kwintesencja osteopatii strukturalnej polega więc na udzieleniu pomocy ciału w wykonaniu tego, czego nie może (lub już nie może) wykonać samo. Do tego potrzebuje świadomości kogoś innego. Podejście funkcjonalne motywuje ciało, aby samo z siebie wykonało to, co jest najlepsze do wykonania. W tego rodzaju podejściu zawiera się Ja, zawiera się funkcja, której źródłem jest Ja. W przeciwieństwie do tego, struktura należy do Innego, nawet jeżeli to ja kładę rękę na moją skórę. Skóra jest bowiem poddawana terapii jako obiekt, dotykany moją ręką, która czuje. Każdy stopień zmieszania tych dwóch świadomości jest możliwy do wyobrażenia, gdy wszystko zostało zdefiniowane w jasny sposób. Gdy pewne „rzeczy” zostały poprzesuwane, wprowadzone w nieład – np. podczas porodu, w przypadku noworodka, jak u starca, przygniatanego siłą ciężkości, jak u sportowca, który doznał ciosu – potrzeba najprawdopodobniej kogoś z zewnątrz, kto przyjdzie i „rzeczy” te przesunie na ich pierwotne miejsce. Gdy siły wewnętrzne są przyczyną przemieszczeń, bałaganu, pozwólmy odtworzyć ład siłom wewnętrznym. One bowiem znają lepiej niż ktokolwiek miejsce i porządek „rzeczy”. A jeżeli zgadza się, że można próbować głową przebić mur, lub niemalże powiesić się, kierując się myślą, aby pozbyć się kompresji kości czaszki, lub uszkodzenia szczytowo-potylicznego, to w tych przypadkach interwencja kogoś innego jest zawsze

bardziej precyzyjna i współczująca, niż to, co możemy zrobić sami. Połączenie pomiędzy podejściem strukturalnym i funkcjonalnym, którego ja próbuje, polega na ośmieleniu pacjenta w nawiązaniu kontaktu ze swoim wewnętrznym osteopatą; i od czasu do czasu dostarczam pomocy, aby wzmocnić odczucia (percepcję) dzięki mojej znajomości anatomii. Przypomina to podejście funkcjonalne, jest jednakże również podejściem strukturalnym! Wszystko jest możliwe... Byłoby więc wyrazem niekonsekwencji myślenie, że jedno z tych podejść – czy to funkcjonalne, czy też strukturalne – zostało prześcignięte, jest ociężałe, że jest kłamstwem. Czy to retorycznie, świadomość czy też poczucie siebie – domeny reprezentujące kwintesencję podejścia funkcjonalnego – nigdy nie zostaną prześcignięte przez świadomość i poczucie siebie innej osoby – przywilegia strukturalisty. Ale także odwrotnie. Każde z podejść ma swój obszar zastosowania i kompetencji. Każde na swój sposób korzysta z anatomii i fizjologii. Dyplomowany osteopata przyszłości będzie mógł się tytułować pełnym osteopatą, gdy stanie się wybitnym pedagogiem własnej świadomości i aktorem świadomości innego. Osteopatia, która zastała pojęta w jej korzeniach, może w sposób naturalny otworzyć się na inne aspekty, które zawierają się w zdrowiu i w chorobie. Świadomość mojego Ja to nie tylko percepcja mojej mechaniki, lecz przykładowo także świadomość wpływu tego co jem, na moje ciało i na mojego ducha. Świadomość Innego jest nie tylko historią osteopatycznego niesienia pomocy, lecz także innych sposobów niesienia pomocy. Narzuca się tu gra słowna: międzyludzkie (gra słowna nieprzetłumaczalna na polski: le coup de main = niesienie pomocy, les mains = ręce, humains = ludzie). Bardzo szeroko mówiąc, podejście funkcjonalne i strukturalne są bramami do tego, co żywe. Jeżeli wolno mi powiedzieć coś o sobie, od momentu, gdy zrozumiałem wszystko, tak jak zostało to tu przedstawione, zawsze z przyjemnością zgłębiam podejście funkcjonalne na sobie samym i zawsze od nowa zgłębiam podejście strukturalne u innych. W pewnym momencie topnieją wszelkie różnice i pozostaje po prostu radość z leczenia siebie i pomagania innym.