# 12

# Masaż tajski a technika nerwowo-mięśniowa

*Howard Evans*

TREŚĆ ROZDZIAŁU


| | |
|---|---|
| **Masaż tajski – przeszłość i teraźniejszość** | **294** |
| **Sen, nadi, meridian, ścieżki mięśniowo-powięziowe?** | **295** |
| **Sen a meridiany chińskie** | **296** |
| **Sen a ajurwedyjskie nadis** | **296** |
| **Sen a ścieżki mięśniowo-powięziowe** | **298** |
| **Mięśniowo-powięziowe sen** | **300** |
| **Linie mięśniowo-powięziowe kończyn dolnych** | **301** |
| **Linie mięśniowo-powięziowe kończyn górnych** | **302** |
| **Linie mięśniowo-powięziowe grzbietu** | **304** |
| **Masaż tajski jako masaż mięśniowo-powięziowy** | **304** |
| **Masaż tajski jako technika nerwowo-mięśniowa** | **305** |
| **Wnioski** | **307** |


W swojej książce pt. *Human Machine and Its Forces* („Machina ludzka i jej siły" – przyp. tłum.) opublikowanej w 1937 roku dr Dewanchand Varma pisał:

> *Udało się nam odkryć, iż cyrkulacja prądów neuronalnych ulega niekiedy zwolnieniu wywołanemu uciskiem związanym z adhezjami; włókna mięśniowe ulegają stwardnieniu i prądy neuronalne nie mogą się przez nie przebić. Zaprezentowaliśmy efektywne metody mające na celu odtworzenie stanu równowagi nerwów, która promuje właściwy przepływ krwi i umożliwia rozpoczęcie procesu tworzenia nowych tkanek.*
>
> *(Chaitow 2003, s. 32–33)*

Przebywając w Paryżu, dr Varma praktykował metodę manualnego leczenia tkanek miękkich, którą nazywał „pranaterapią". Wywodziła się ona z ajurwedy, tradycyjnego systemu medycznego rodem z Indii, ojczyzny dr. Varmy. Metoda ta stała się podstawą podejścia terapeutycznego nazywanego dzisiaj techniką nerwowo-mięśniową (TNM).

Stanley Lief, który kształcił się w USA w dziedzinie chiropraktyki i naturopatii, usłyszawszy o dr. Varmie, udał się w podróż do Paryża, by skorzystać z serii sesji terapeutycznych. Był pod tak dużym wrażeniem, że nakłonił Varmę do głębszego zapoznania go z metodą. Z pomocą swego asystenta i kuzyna, Borisa Chaitowa, Lief rozwinął i udoskonalił poznane podejście i nadał mu nazwę „technika nerwowo-mięśniowa" (Chaitow 2003, s. 32–33).

Kiedy studiowałem TNM pod okiem Leona Chaitowa, bratanka Borisa, zaskoczył mnie fakt, że wiele aspektów tej metody wykazywało cechy

wspólne z masażem tajskim – systemem, który wówczas praktykowałem od trzech lat. W tym samym mniej więcej czasie odkryłem prace Idy Rolf i doświadczyłem praktycznej aplikacji jej metody w postaci dziesięciu sesji „rolfingu". Te inspiracje zmieniły mój sposób rozumienia masażu tajskiego, który w latach 90. uważany był za czysto kliniczny i mający słabe podstawy teoretyczne.

## Masaż tajski – przeszłość i teraźniejszość

Podobnie do „pranaterapii" dr. Varmy masaż tajski wywodzi się z hinduskiej medycyny ajurwedyjskiej. Za ojca tej formy masażu uważany jest Jivaka Kumar Bhaccha, lekarz z północnych Indii. Fundacja dr. Shivaga Komarpaja w Chiang May zachowała jego imię we własnej wersji masażu tajskiego. Od roku 1962 fundacja ta organizuje krótkie szkolenia w zakresie tej metody w Old Medical Hospital.

Jivaka Kumar Bhaccha był członkiem społeczności (sangha) zgromadzonej wokół Buddy około 2500 lat temu. Zgodnie z zapisami w Vinaya Pitaka, zapisie therawadyjskim dokumentującym życie oryginalnej sangha, ojcem Jivaki był współczesny Buddzie król Bimbisara, władca Imperium Magadha w północnych Indiach. Matką zaś była żona pewnego kupca, która uległa urokowi monarchy, podczas gdy jej mąż wyjechał w interesach. Tuż po urodzeniu chłopiec trafił na dwór, gdzie wychowywał się w królewskim otoczeniu.

Jako młody człowiek Jivaka zrozumiał, że jego przeznaczeniem jest medycyna. Za zezwoleniem ojca został poddany szkoleniu po okiem Atreyi, znanego lekarza. Atreya był osobistym medykiem ojca króla Bimbisara, Padmy dPal. Studia przyniosły bardzo dobre wyniki. Jivaka okazał się najbardziej uzdolnionym ze studentów. Szybko wyrobił sobie reputację znakomitego medyka, a jego duma równa była sławie. Jivaka przechwalał się, że nikt nie potrafi leczyć dysfunkcji somatycznych tak jak on, jak też nikt nie potrafi uśmierzać problemów psychiki tak jak Budda. Podobnie jak wielu jemu współczesnych, udał się również do Buddy, by ten pomógł mu w wyzwoleniu się od cierpienia (Rapgay 1981).

Uważa się, że imię Jivaki i jego system leczniczy dotarły do Tajlandii wraz z buddyzmem, chociaż nie wiadomo dokładnie, kiedy. Niektóre zapisy sugerują, że Asoka, pierwszy imperator Indii, wysłał tam misjonarzy w II wieku p.n.e. Asoka przyjął buddyzm w odpowiedzi na potworne okrucieństwo, którego doświadczył w czasie podboju państwa Kalinga, i później zaczął być rozpoznawany jako „Książę Pokoju" (Kinder i Hilgemann 1978).

Kamienne inskrypcje z roku 1292 n.e. zawierają deklarację Ramy Khamhenga, króla Syjamu, mówiącą, iż buddyzm stanowi oficjalną religię tego kraju (Gold 2007, s. 65). Poza tym wiadomo niewiele więcej. W trakcie najazdu birmańskiego na Tajlandię w roku 1767 została zniszczona stara królewska stolica państwa, Ayutthaya, a wraz z nią wszelkie historyczne teksty medyczne.

W roku 1832 król Rama III zebrał wszystkie pozostałości zapisów medycznych, nakazał wykuć je w kamieniu i wbudować w ściany Wat Pho, głównej świątyni buddyjskiej w Bangkoku. Rzeźbienia zawierają 60 rycin przedstawiających linie i punkty terapeutyczne na powierzchni ciała wraz z krótkimi wyjaśnieniami (Brust 1990, s. 5).

Do końca lat 80. XX wieku masaż tajski był mało znany poza granicami Tajlandii, nawet w krajach posługujących się tradycyjnym systemem medycznym, do którego masaż ten należał. Podobnie jak jej azjatyccy sąsiedzi, Tajlandia przyjęła zachodni model rozwoju przemysłowego i ekonomicznego, a wraz z nim nowoczesny system leczniczy.

Masaż tajski przeżywa obecnie renesans w samej Tajlandii, a także trafia do centrów masażu, hoteli i kurortów na całym świecie. Ożywienie to jest związane z zainteresowaniem przybyszów z Zachodu, którym udało się dostać do tradycyjnych szkół masażu lub trenować bezpośrednio u lokalnych specjalistów. W związku z problemami językowymi uczyli się oni głównie praktycznych aspektów wykorzystania tego podejścia w połączeniu z niewielką dawką teorii. Mimo to, a być może właśnie ze względu na niedociągnięcia teoretyczne niektórzy z zachod-

nich studentów odkryli mocną więź z praktyką, a w efekcie sami zostali nauczycielami.

Od lat 80. zmieniło się podejście do masażu tajskiego. Powstało wiele szkół oferujących kursy w Tajlandii i innych częściach świata. Opublikowano także wiele książek. Z głównego nurtu wyłoniły się odrębne podejścia, takie jak „refleksologia tajska" czy „tajski masaż głowy", a dołączyły do niego elementy zielarstwa i aplikacja „tajskich kompresów ziołowych" w gabinetach i salonach. Chociaż masaż tajski zyskał zasięg ogólnoświatowy, to jednak ciągle nie poczyniono znacznych kroków w kierunku głębszego zrozumienia systemu medycznego, z którego się wywodzi.

Wiadomo, że masaż tajski stanowi jedną z trzech gałęzi tradycyjnej medycyny tajskiej – obok naturopatii i praktyk duchowych. Medycyna tajska wykazuje wyraźnie związki z buddyzmem therawadyjskim, ezoterycznym i monastycznym odgałęzieniem buddyzmu praktykowanym w południowo-wschodniej Azji i na Sri Lance. W Tajlandii medycyna tradycyjna ciągle funkcjonuje pod auspicjami buddyjskiej społeczności monastycznej.

Masaż tajski jest jedynie niewielkim elementem buddyjskiego podejścia do medycyny i z tego powodu wiedza na jego temat jest znikoma. Budda nauczył Jivakę Kumara, że przyczyną wszelkiego cierpienia – czy to fizycznego, czy duchowego – jest chciwość, gniew i ignorancja nieoświeconego umysłu. Chociaż w medycynie buddyjskiej znajdują się środki naturopatyczne i elementy fizjoterapii, to zawsze na pierwszym planie pozostaje nauczanie duchowe i praktyczne wskazówki oferowane przez lekarzy lamów w społecznościach monastycznych. Medycyna w systemie buddyjskim jest przedstawiana adeptom tej sztuki w szerszym kontekście filozoficznym i tak samo ordynowane są interwencje terapeutyczne.

Chociaż niektórzy przedstawiciele świata Zachodu nauczyli się języka tajskiego i próbowali głębiej eksplorować kulturę i religię Tajlandii, ja do nich nie należę. Z tego powodu w dyskusjach nad masażem tajskim nie będę się uciekał do rozważań nad jego duchowymi aspektami, a główny punkt będą stanowić techniki pracy z ciałem. Zobaczymy, że mocną stroną tej odmiany masażu w kulturze zachodniej może okazać się to, że niesie on ze sobą jedynie cząstkę ideologii systemu medycznego, z którego pochodzi. Uwolniony od znacznego bagażu teoretycznego i rygorów systemowych, którym musiałby się podporządkować, stanowi wyśmienity zbiór technik terapeutycznych. Spróbujemy zrozumieć, dlaczego.

## Sen, nadi, meridian, ścieżki mięśniowo-powięziowe?

Masaż tajski składa się z trzech głównych form oddziaływania:

- manipulacji wykonywanych na liniach leczniczych nazywanych „sen",
- aplikacji biernego stretchingu i pozycji ciała pochodzących z hathajogi,
- wywołania stanu głębokiego, „medytacyjnego" rozluźnienia.

Indywidualny udział tych trzech form w sesji zabiegowej jest zmienny i zależy w dużym stopniu od preferencji terapeuty. Do niektórych bardziej przemawiają jogiczne aspekty pracy i oferują oni oddziaływanie bardziej dynamiczne. Inni preferują techniki stretchingu i wyznają podejście „brak bólu – brak efektu", popularne w masażu sportowym. Moje osobiste podejście koncentruje się na manipulacjach w obrębie linii sen i wywoływaniu relaksacji. Jest ono oparte na rekomendacji dwóch nauczycieli, którzy kształcili się w Old Medical Hospital w Chiang Mai.

Linie „sen" zostały udokumentowane na kamiennych tablicach wbudowanych w Wat Pho. Mówi się, że inskrypcje przedstawiają sieć 72 000 linii lub kanałów oplatających ciało. Dziesięć z nich wykorzystuje się w masażu. Są to tzw. linie „ten sen". Tablice Wat Pho oprócz samych linii zawierają również opisy punktów terapeutycznych.

Kiedy w 1992 roku rozpocząłem studia nad masażem oraz nad diagramami linii sen, zaprezentowano nam również ryciny obrazujące punkty terapeutyczne na rękach, stopach i twarzy, podobne do ilustracji związanych z chińską akupresurą lub zachodnią refleksologią. Informacje na temat ich wykorzystania były skąpe,

więc postanowiłem je zignorować i skoncentrowałem wysiłki na zabiegach wykonywanych na liniach sen.

Asokananda (AKA Harald Brust), u którego studiowałem zaawansowany masaż tajski, tak wypowiada się na temat punktów terapeutycznych: „W masażu tajskim nigdy nie wyróżniono standardowego zestawu punktów leczniczych, a terapia koncentrowała i koncentruje się na obfitej sieci linii" (Brust 1996, s. 18). Jeśli zaakceptujemy odstawienie na bok koncepcji punktów leczniczych, w polu działania pozostanie jedynie masaż oparty na manipulacjach na liniach terapeutycznych.

Nawet jeśli przyjmie się twierdzenie, że w masażu wykorzystywanych jest dziesięć podstawowych linii sen, to ciągle kwestia ta pozostaje dyskusyjna. Podstawowe linie to: sen sumana, sen ittha, sen pingkhala, sen kalathari, sen sahatsarangsi, sen thawari, sen lawusang, sen ulangka, sen nanthakrawat i sen khitchanna. Chociaż sen lawusang i sen ulangka biegną dokładnie tak samo, to jednak znajdują się po przeciwnych stronach ciała. To samo odnosi się do sen sahatsarangsi oraz sen thawari, a także sen ittha oraz sen pingkhala. Ostatecznie mamy więc do czynienia jedynie z siedmioma liniami.

Sytuację komplikuje fakt, że w masażu tajskim wykorzystuje się jedynie fragmenty wymienionych linii, a nie ma zgody co do tego, które to fragmenty. Z tego powodu wielu zachodnich terapeutów w poszukiwaniu wsparcia teoretycznego ucieka się do innych systemów, takich jak tradycyjna medycyna chińska, medycyna ajurwedyjska, hathajoga, które również wyróżniają linie i kanały wykazujące pewne podobieństwa z sen.

## Sen a meridiany chińskie

Najbardziej znanym na Zachodzie systemem medycyny orientalnej jest tradycyjna medycyna chińska. Jest ona oparta na zachodnim modelu anatomicznym, jednak z naniesionymi na nim kanałami i punktami akupunkturowymi. Kanały odzwierciedlają wzajemne relacje poszczególnych systemów funkcjonalnych organizmu. W podejściu tym występuje jednak nie 7 czy 10, lecz 14 kanałów. Dodatkowo istnieje również wiele kanałów drugorzędnych, do których należą kanały łączące, mięśniowe oraz strefy skórne. Kanały łączące dzielą się dalej na małe, krążeniowe i skórne kanały łączące (Maciocia 1991). Tworzą one skomplikowaną sieć zaangażowaną w dystrybucję płynów i energii. Chociaż nie operuje się tutaj liczbą 72 000 kanałów, to jednak wydaje się, że sieć ta ma coś wspólnego z systemem sen wykorzystywanym w medycynie tajskiej, zwłaszcza jeśli weźmie się pod uwagę, że obydwa podejścia powstawały około 2500 lat temu.

Często zdarza się, że zachodni autorzy lubiący porównywać sen do linii akupunkturowych dokonują również innego uogólnienia, uznając masaż tajski za formę „oddziaływania energetycznego" podobnego do japońskiego shiatsu lub chińskiej akupresury (Mercati 1998, Brust 1990, s. 6, Gold 2007, s. 12). Moje doświadczenia zdobyte w trakcie studiów nad akupunkturą z J.R. Worsleyem na początku lat 80. pozwalają na rozpoznanie pewnych podobieństw pomiędzy sen z masażu tajskiego i kanałami akupunkturowymi. Porównania takie mogą być jednak niebezpieczne, ujawniają bowiem nasze braki w wiedzy o sen. W masażu tajskim nie pojawia się idea kompletnego systemu linii sen porównywalna z akupunkturą, nie istnieje również specyficzne podejście diagnostyczne usprawiedliwiające wykorzystanie określenia „oddziaływanie energetyczne".

## Sen a ajurwedyjskie nadis

Inne źródło informacji umożliwiające podejmowanie prób wyjaśniania masażu tajskiego znajduje się w Indiach. Tutaj, w ojczyźnie Jivaki Kumara, patrona tradycyjnej medycyny tajskiej, można odnaleźć bogate zapisy historyczne w postaci Upaniszad i Wed. Dokumentują one rozwój systemów medycznych i duchowych, na których wzrosły religie hinduizmu i buddyzmu. Najstarsze z Upaniszad, Brihadaranyaka i Chandogia, datuje się na VIII wiek p.n.e., a najstarsze z Wed na 1000 lat p.n.e. (Milne 1995).

Ajurweda jest naturopatycznym systemem medycznym do dzisiaj praktykowanym w Indiach. Pochodzi on z czasów wedyjskich (1800–1000 p.n.e.)

i uważa się, że dał podstawy tradycyjnej medycynie tajskiej. Najstarszym, encyklopedycznym opracowaniem medycznym jest Sushruta-Samhita. Chociaż znaczna jego część została skompletowana już we wczesnej erze chrześcijaństwa, to jednak niektóre teksty pochodzą z epoki prebuddyjskiej (Feuerstein 1990, s. 88).

Hathajoga, najbardziej popularna na Zachodzie odmiana praktyk jogicznych, jest opisana w serii Upaniszad pomiędzy VI a XIV wiekiem n.e. W tym okresie w Indiach narodził się nurt tantryzmu, którego celem było „pokonanie dualizmu między ostateczną rzeczywistością (jaźń) a rzeczywistością warunkową (ego) poprzez podkreślanie ciągłości pomiędzy procesami świata oraz procesem wyzwolenia i oświecenia" (Feuerstein 1990, s. 251).

Chociaż dla wielu przedstawicieli Zachodu hathajoga nie stanowi nic więcej poza zbiorem ćwiczeń, dla jej prekursorów była esencją setek lat badań. W efekcie powstał system desygnowany do integracji życia duchowego z fizyczną rzeczywistością organizmu. Hathajoga oznacza „jogę mocy", a jej celem jest osiągnięcie „błogiego i ekstatycznego stanu stapiania się z boskością" (Feuerstein 1990, s. 246).

W Upaniszadach jogicznych można odnaleźć wzmianki o „nadi", ajurwedyjskich odpowiednikach sen. Znany współczesny nauczyciel hathajogi B.K.S. Iyengar opisuje nadi jako kanały, „którymi przemieszcza się energia nerwowa" (Iyengar 1984, s. 117). Podobnie do systemu tajskiego, niektóre Upaniszady wspominają o istnieniu 72 000 nadi, a inne nawet o 350 000. Niektóre wyróżniają 10 głównych nadi, inne – 14–15 (Motoyama 2003, s. 135).

Istnieją również inne podobieństwa między ajurwedyjskimi nadi a tajskimi sen. W obydwu systemach trzy kanały uważane są za szczególnie istotne. W masażu tajskim są to sen sumana, sen ittha oraz sen pingkhala; w ajurwedzie – sushumna-nadi, ida-nadi oraz pingala-nadi. Poza podobieństwem nazw sen ittha oraz ida-nadi są w obydwu systemach symbolizowane przez księżyc i stanowią cechę żeńską, a sen pingkhala oraz pingala-nadi są symbolizowane przez słońce i stanowią cechę męską.

Z dalszych porównań wynika jednak, że więcej jest różnic niż podobieństw. Na przykład zgodnie z opisami tajskimi sen sumana rozpoczyna się na pępku i wędruje w górę we wnętrzu klatki piersiowej, przez gardło i kończy się u podstawy języka. Sen ittha oraz sen pingkhala biegną po obydwu stronach sen sumana i ciągną się w kierunku nóg. W tradycji jogicznej linie te przedstawiane są w formie kaduceusza, którego trzon stanowi sushumna-nadi, a ida-nadi oraz pingala-nadi formują wokół niego podwójną helisę, przecinając się w siedmiu centrach ułożonych wzdłuż długiej osi ciała. W sanskrycie centra te nazywane są „czakrami", co oznacza koło lub wir (Motoyama 2003, s. 197–198).

W tradycji jogicznej sushumna-nadi oznacza „prąd, który jest najbardziej łaskawy" (Feuerstein 1990, s. 260). B.K.S. Iyengar nazywa go nadi ognia i umiejscawia we wnętrzu kręgosłupa. Wskazuje również, że jest to główny kanał przepływu energii nerwowej (Iyengar 1984, s. 439). Chociaż istnieją pewne wariacje, tradycyjne źródła są przeważnie zgodne co do tego, że sushumna-nadi rozpoczyna się w okolicach krocza, a kończy na szczycie głowy w punkcie nazywanym „koroną" (Motoyama 2003, s. 141).

Tradycyjna joga wnika jeszcze głębiej i wyróżnia w obrębie sushumna-nadi inny kanał – vajra-nadi, a w nim jeszcze jeden – citrini-nadi (Feuerstein 1990, s. 260). Według Shat-Chakra-Nirupana, dzieła napisanego w 1577 roku przez bengalskiego guru zwanego Purananda, wewnątrz citrini-nadi znajduje się jeszcze głębszy kanał Brahma-nadi (Motoyama 2003, s. 164).

Studiując literaturę jogiczną, szybko można spostrzec, że nadi stanowią część kompletnego i kompleksowego systemu związanego nie tylko z medycyną, ale zaangażowanego także w wytwarzanie świadomości. W świecie Zachodu znajomość tego systemu ogranicza się przeważnie do praktykowania asan. Według Yoga Sutras, skompilowanym między II wiekiem p.n.e. a II wiekiem n.e. i opublikowanym przez Patanjali, asany są tylko jednym z ośmiu elementów praktyki jogicznej. Hiroshi Motoyama, japoński kapłan shinto, weteran praktyk jogi i naukowiec, wypowiada się o tych działaniach następująco:

> *Są tacy, którzy uważają, że dla człowieka zbyt ambitnym celem jest stanie się czymś więcej niż człowiek. Należy jednak zauważyć, iż cel ten nie*

*jest ani nieosiągalny, ani zbyt niebezpieczny, pod warunkiem bezbłędnego wykonywania pewnych praktyk. W rozwiązywaniu trudności pojawiających się na tej drodze kluczową kwestią jest pomoc wykwalifikowanego nauczyciela.*

*(Motoyama 2003, s. 29)*

## Sen a ścieżki mięśniowo-powięziowe

W roku 1990 Dick Larson, akupunkturzysta i rolfer, napisał artykuł traktujący o powiązaniach między płaszczyznami powięziowymi a kanałami wykorzystywanymi w akupunkturze. Według niego starożytni Chińczycy uświadamiali sobie znaczenie, jakie ma tkanka łączna dla meridianów akupunkturowych. W czasach dynastii Han (206 p.n.e. – 220 n.e.) „książę Mang nakazał lekarzom i rzeźnikom przeprowadzenie operacji na więźniach politycznych, by dokonać pomiarów ich organów oraz ustalić przebieg i pochodzenie naczyń krwionośnych" (Larson 1990, s. 25). Larson sugeruje również, że pisarze dynastii Qing (1644–1912) jeszcze dogłębniej zbadali te zależności i opisali system, w którym „rozpoznano, iż meridiany podążają za przebiegiem powierzchownych warstw powięziowych" oraz że:

*System rozgałęzień meridianów oplata całe ciało, podobnie jak powięź powierzchowna. Z tego powodu, kiedy meridiany „spiralnie oplatają" parzyste narządy wewnętrzne, muszą przebijać się przez otaczające je powięzie.*

*(Larson 1990, s. 27)*

Larson odnosi się również do pracy innego rolfera, Stanleya Rosenberga, który w roku 1986 zasugerował, że:

*meridiany akupunkturowe stanowią mapę płaszczyzn powięziowych. Układając w odpowiedni sposób (inny niż w tradycyjnej akupresurze) ręce na meridianach, mogę wywoływać pewne przewidywalne zmiany strukturalne, łatwo i bez wysiłku.*

*(Larson 1990, s. 29)*

Ida Rolf również zauważyła istniejące tutaj powiązania, jednak odniosła je do refleksologii, a nie do akupresury. W swojej książce *Rolfing*, po raz pierwszy wydanej w 1977 roku, autorka pisze:

*Wiele osób wie, że na podeszwowej stronie stopy odnaleźć można liczne punkty odruchowe. Kiedy któryś z organów wewnętrznych wykazuje niewydolność, ucisk określonego punktu na stopie będzie wywoływał ból, niekiedy intensywny […] w takich sytuacjach płaszczyzny powięziowe mogą stanowić ścieżkę transmisji sił mechanicznych.*

*(Rolf 1989, s. 39)*

Kiiko Matsumoto i Stephen Birch, którzy studiowali związki między kanałami akupunkturowymi i tkanką łączną w latach 80., sugerują, że: „być może powięzie, tkanki pokrywające i wyścielające ciało oraz organy mają pewne specjalne cechy, właściwości i funkcje, które zostały rozpoznane już przez medyków za czasów dynastii Han" (Larson 1990, s. 26).

Powięź (i bardziej ogólnie – tkanka łączna) ma naprawdę unikatowe cechy. Pierwszą z nich jest zapewnianie łączności między środowiskiem zewnętrznym a sercem każdej komórki oraz pomiędzy wnętrzem poszczególnych komórek. Wszystkie komórki mają łącznotkankowy cytoszkielet, zapewniający wsparcie, oraz środek łączności różnych struktur komórkowych i jądrowych w ich wnętrzach. Białka o nazwie integryny sięgają od cytoszkieletu poprzez błonę komórkową w kierunku zewnętrznej macierzy łącznotkankowej. W najbardziej zewnętrznej warstwie skóry tonofilamenty naskórka przyczepiają się za pomocą półdesmosomów do skórnej tkanki łącznej. Z tego punktu fibryle łączące prowadzą do macierzy łącznotkankowej (Oschman 2000, s. 45–47). W ten sposób można zidentyfikować ścieżkę wiodącą od rąk terapeuty do każdej komórki organizmu.

Inną specyficzną właściwością tkanki łącznej jest obecność włókien kolagenowych w substancji podstawowej, włóknach i komórkach. Kolagen jest „najdłuższą cząsteczką, jaką kiedykolwiek udało się wyizolować", i „potrafi sprostać większym naprężeniom niż stalowy drut" (Juhan 2003, s. 72), co czyni go najlepszym kandydatem do pełnienia funkcji wspierającej i komunikującej. Już sama struktura kolagenu służy odgrywaniu jego istotnej roli w cyrkulacji i ko-

munikacji. James Oschman, badacz w dziedzinie „medycyny energetycznej", mówi o energii życiowej jako o „bioelektrycznej, biomagnetycznej, biochemicznej i bioakustycznej sygnalizacji transmitowanej przez włókna kolagenowe, substancję podstawową oraz związane z nimi warstwy cząsteczek wody" (Larson 1990, s. 25).

Co ciekawe, wykazano, że we wnętrzu tubuli kolagenowej znajduje się nie tylko, jak można przypuszczać, limfa i substancja podstawowa, ale również płyn mózgowo-rdzeniowy (Juhan 2003, s. 72). Odkrycie to dowodzi niezwykłej komunikacji od źródeł płynu mózgowo-rdzeniowego w komorach w centrum mózgu do potencjalnie każdej komórki ciała, co zauważyli już specjaliści terapii kraniosakralnej, wyznający przekonanie, że płyn ten jest „nośnikiem oddechu życia".

Powięź jest nazwą odnoszącą się do grubej, nieregularnej warstwy tkanki łącznej otaczającej mięśnie, kości i stawy. Składa się głównie z luźno ułożonych włókien kolagenowych zanurzonych w substancji podstawowej. Zapewnia ona wsparcie i ochronę oraz kształtuje strukturę ciała. Ida Rolf stwierdza: „Powięź stanowi wewnętrzną sieć współdziałającą z ciałem, o kluczowym znaczeniu dla organizmu, dla jego dobrobytu oraz jego aktywności. Jasne jest, że tonus powięzi i jej naprężenie są podstawowymi czynnikami zapewniającymi komfort" (Rolf 1989, s. 39).

Powięź składa się z trzech warstw: powierzchownej, głębokiej i podsurowiczej. Powięź powierzchowna znajduje się bezpośrednio pod skórą. Do jej funkcji należy gromadzenie tłuszczu i wody oraz tworzenie przejść dla nerwów i naczyń krwionośnych. W niektórych częściach ciała zawiera ona elementy mięśniowe umożliwiające poruszanie się skóry.

Powięź głęboka leży pod powierzchowną. Wspomaga ona ruchy mięśni oraz, podobnie jak powięź powierzchowna, tworzy przejścia dla nerwów i naczyń. W niektórych częściach ciała służy jako miejsce przyczepu mięśni oraz odgrywa rolę poduszki amortyzującej pomiędzy mięśniami.

Warstwa podsurowicza znajduje się między powięzią głęboką a błonami wyścielającymi jamy ciała. Obszerna przestrzeń pomiędzy nią a powięzią głęboką pozwala na ruchy narządów wewnętrznych.

Powięź mięśniowa stanowi elastyczne i dynamiczne odgałęzienie powięzi głębokiej, pokrywające, wspierające i oddzielające mięśnie szkieletowe. Powięź śródmięsna otacza pojedyncze włókienka mięśniowe. Omięsna zawiera pęczek włókien, a namięsna obejmuje cały mięsień. Te trzy typy powięzi mięśniowej zawierają włókna kolagenowe biegnące w kierunku tkanki łącznej, przyczepiającej mięsień do kości lub innego mięśnia. Elementy łącznotkankowe mogą również rozciągać się poza mięsień w postaci ścięgna lub rozcięgna (Tortora i Grabowski 1996, s. 240–241).

W przestrzeniach pomiędzy mięśniami powięź namięsna zapewnia ochronę przebiegającym tam nerwom, naczyniom krwionośnym i limfatycznym. W warunkach optymalnych mięśnie służą za „poduszki" dla tych struktur. Stopień amortyzacji jaki zapewniają, zależy jednak od ich napięcia oraz dynamiki ścieżki mięśniowo-powięziowej. W warunkach hipertonii mięśnie ograniczą przepływ krwi i chłonki w rejonie namięsnej, a także okolicznych tkanek.

Opis ten dokładnie odnosi się do stanu obserwowanego przez dr. Varmę, cytowanego na początku niniejszego rozdziału. Odbija się również echem w słowach Andrew Taylora Stilla (1828–1917), twórcy osteopatii. Still zawsze przypominał swoim studentom, że zadaniem terapeuty jest „delikatne usunięcie wszelkich przeszkód leżących na drodze przepływu rzek życia (krwi, limfy oraz płynu mózgowo-rdzeniowego). Resztę uczyni sama natura" (McPartland i Skinner 2005). Być może docenienie znaczenia powięzi dla wspomnianych „rzek życia" przez starożytnych medyków legło u podstaw tradycyjnych systemów leczenia, które są dostępne do dziś.

Yoshio Manaka, zmarły w roku 1989, bardzo przyczynił się do poszerzenia współczesnego zrozumienia akupunktury dzięki badaniom naukowym. Chociaż nie nawiązywał bezpośrednio do tkanki łącznej, stwierdził: „w sytuacji, kiedy nie możemy zaoferować jasnego opisu konstrukcji organizmu (*hardware*), sugerujemy, że lepszym wyjściem będzie zajęcie się badaniem i zdefiniowaniem oprogramowania (*software*)" (Manaka 1995, s. 55). Badacz ten odnosił się

do „systemu sygnałów X", nazywanego tak ze względu na brak pełnego wyjaśnienia sposobu jego działania, mimo że stanowi on, jak mówił autor: „system biologiczny leżący w samym sercu teorii i praktyki akupunktury oraz moksy". Manaka uważał go za prymitywny system sygnalizacyjny, nieznany biologom i niemożliwy do wytłumaczenia na gruncie neurofizjologii, ponieważ „manipulacje dokonywane na nim wymagają tak niewielkich impulsów lub stymulacji, że nie można zidentyfikować jasno ich wpływu na układ nerwowy" (Manaka 1995, s. 18). Na podstawie tego, co obecnie wiemy, wydaje się, że tkanka łączna może stanowić pokaźną część hardware'u tego systemu komunikacji.

Ostatnie badania wydają się potwierdzać takie hipotezy. Helene Langevin i współpracownicy z Vermont College of Medicine wykorzystali ultradźwiękowe mikroskopowe skanowanie akustyczne wysokiej częstotliwości w badaniu kanałów akupunkturowych i efektów nakłuwania. Langevin donosi, że „punkty akupunkturowe i meridiany są przeważnie usytuowane między mięśniami lub pomiędzy mięśniem, ścięgnem a kością" (Langevin 2001, s. 2279). Innymi słowy, meridiany akupunkturowe mogą odpowiadać ścieżkom mięśniowo-powięziowym.

W jednym z eksperymentów Langevin podjęła próbę zbadania zjawiska o ogromnym znaczeniu klinicznym dla specjalistów z tej dziedziny, nad którym dyskusje w tekstach dotyczących akupunktury toczą się już od 2000 lat. Zjawisko to nazywa się „de qi" lub „uchwyceniem igły" i opisywane jest jako pociąganie za igłę we wnętrzu ciała „na wzór ryby szczypiącej żyłkę wędkarską" (Langevin 2001, s. 2275). Obserwacje mikroskopowe wskazują, że obracanie igły powoduje owijanie się włókien kolagenu wokół jej trzonu. Wyjaśnia to nie tylko odczuwalne pociąganie igły, ale sugeruje również, że akupunktura przynajmniej część swoich efektów osiąga przez oddziaływanie na macierz tkanki łącznej. Langevin mówi:

> *Starożytne mapy meridianów i punktów akupunkturowych mogą w istocie wskazywać, gdzie należy umieścić igłę, by trafić w struktury łącznotkankowe. Rozprzestrzenianie się deformacji macierzy oraz aktywacji komórek wzdłuż płaszczyzn powięziowych może przyczyniać się do uzyskiwania efektów w miejscach odległych od aplikacji igły.*
>
> *(Langevin 2001, s. 2279–2280)*

Obserwacje takie oczywiście są zgodne z teorią Manaki o systemie sygnalizacji wymagającym jedynie minimalnych pobudzeń, bez mediacji nerwowej. Hiroshi Motoyama w swoich studiach nad praktyką jogiczną i ajurwedyjskimi nadi doszedł do podobnych wniosków: „Ogólnie, uważam nadi za odpowiedniki meridianów akupunktury chińskiej; moje badania wskazują, iż kanały te są uformowane przez tkankę łączną wypełnioną płynami ustrojowymi" (Motoyama 2003, s. 43).

Być może pewnego dnia uda się skonstruować model anatomiczny, na którego podstawie funkcjonuje tradycyjna akupunktura chińska. Badacze tacy jak Matsumoto, Motoyama i Langevin wskazują, że macierz tkanki łącznej może stanowić ważny element tego modelu. Macierz ta może zawierać 72 000 kanałów, 350 000 kanałów, a nawet tyle kanałów, ile komórek liczy organizm człowieka. W masażu tajskim wykorzystuje się jedynie dziesięć sen, lecz jeśli rzeczywiście stanowią one ścieżki mięśniowo-powięziowe, to być może ta dziesiątka stanowi najbardziej istotne szlaki przebiegające przez macierz tkanki łącznej, lub przynajmniej te, na które najłatwiej można wywierać nacisk kciukami. Być może stoimy właśnie na początku drogi, która umożliwi wyjaśnienie fizjologicznych korzyści płynących z manipulowania tymi liniami.

## Mięśniowo-powięziowe sen

> *Wszystkie szkoły masażu tajskiego zgadzają się co do istnienia dziesięciu podstawowych linii, jednak nie ma konsensusu w kwestii, którędy one biegną.*
>
> *(Brust 1996, s. 15)*

Jeśli zaczniemy postrzegać sen nie jako linie, lecz jako płaszczyzny czy ścieżki mięśniowo-powięziowe, to będziemy mogli uzyskać przejrzystość

**Rycina 12.1** Ogólny widok na linie terapeutyczne wykorzystywane w masażu tajskim.

opisu ich przebiegu, ponieważ sen zawsze związane są z mięśniami, kośćmi oraz kanałami mięśniowo-powięziowymi między nimi.

Jak wspomniano wcześniej, w praktycznym masażu tajskim wykorzystuje się jedynie fragmenty poszczególnych sen. W tym tekście określane są one mianem linii terapeutycznych (ryc. 12.1).

Istnieją jedynie dwie zasady odnoszące się do manipulacji przeprowadzanych na tych liniach:

- zawsze pracuj w miejscach, gdzie tkanki są miękkie,
- nigdy nie wywieraj nacisku na kość.

Oznacza to, że terapia zawsze nakierowana jest na zmiękczenie i zgłębienie kanałów mięśniowo-powięziowych między mięśniami lub pomiędzy mięśniem i kością.

## Linie mięśniowo-powięziowe kończyn dolnych

Kiedy po raz pierwszy spotkałem się z masażem tajskim, opisano nam pięć linii terapeutycznych kończyn dolnych. Obecnie niektórzy nauczyciele mówią o sześciu, prawdopodobnie by zachować zgodność z modelem meridianów akupunktury chińskiej. Na bocznej powierzchni kończyny znajdują się dwie linie nazywane zwykle 1. i 2. linią boczną kończyny dolnej (ryc. 12.2).

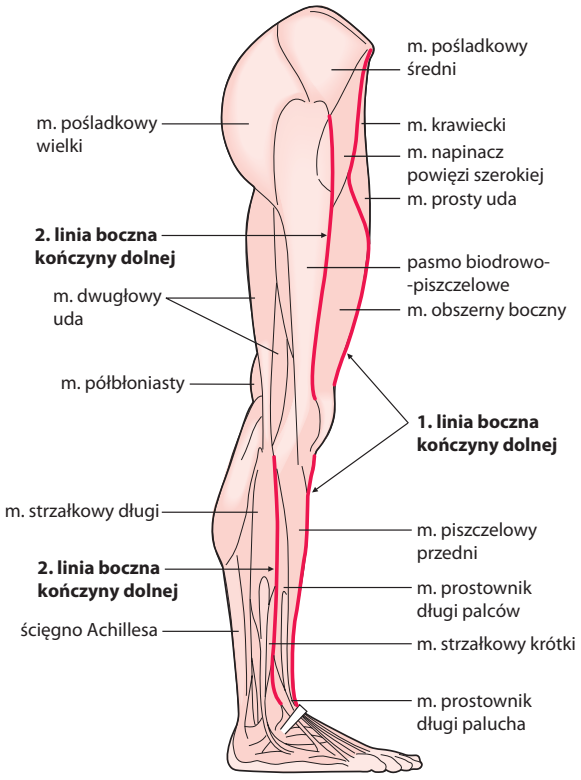
Linia boczna 1. rozpoczyna się tuż ponad kostką i biegnie w kierunku stawu kolanowego na bocznej powierzchni kości piszczelowej, między kością a mięśniem piszczelowym przednim. Technika pracy na tej linii polega na umieszczeniu kciuków na bocznej krawędzi kości piszczelowej i zsunięciu ich do kanału mięśniowo-powięziowego pomiędzy kością i mięśniem. Kciuki przemieszczają się ku górze, próbując za każdym pociągnięciem uzyskać większe zmiękczenie tkanek i większą głębokość.

Na powierzchni uda 1. linia boczna podąża wzdłuż bocznej krawędzi mięśnia prostego uda. Ta część linii zaczyna się na górno-bocznym kącie rzepki i biegnie do kolca biodrowego przedniego górnego.

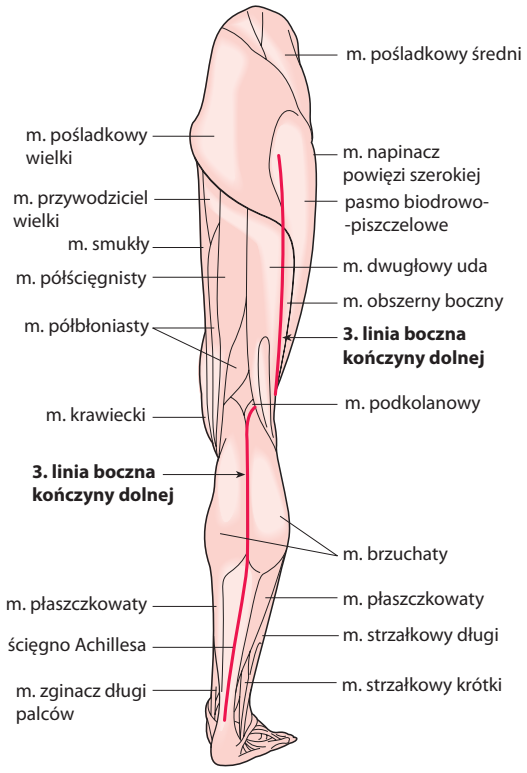
Linia boczna 2. zaczyna się tuż ponad kostką boczną i biegnie ku górze wzdłuż przedniej krawędzi mięśnia strzałkowego długiego. Celem terapii na tej linii jest zmiękczenie i otwarcie kanału mięśniowo-powięziowego między mięśniem strzałkowym i piszczelowym przednim. Uzyskuje się to, wpychając mięsień strzałkowy pod kość. Zwykle pojawia się tendencja do wykonywania rotacji wewnętrznej kończyny dolnej, która daje lepszy widok na opracowywaną linię, jednak należy jej unikać, ponieważ ruchy takie zwykle zwiększają napięcie sieci powięziowej, co jest przeciwne idei zmiękczania.

Powyżej kolana 2. linia podąża wzdłuż przedniej krawędzi pasma biodrowo-piszczelowego w kierunku głowy kości udowej. Technika terapeutyczna polega na spychaniu powięziowego pasma biodrowo-piszczelowego pod kość udową.

Linia boczna 3. leży w zasadzie na tylnej powierzchni kończyny. Rozpoczyna się w okolicy




**Rycina 12.2** Kończyna dolna w widoku bocznym z zaznaczeniem 1. i 2. linii bocznej.




**Rycina 12.3** Kończyna dolna w widoku z tyłu z zaznaczeniem 3. linii bocznej.

ścięgna Achillesa i biegnie między dwoma głowami mięśnia brzuchatego łydki do dołu podkolanowego. Powyżej linia ta podąża za boczną krawędzią mięśnia dwugłowego uda od kolana do biodra (ryc. 12.3).

Na przyśrodkowej powierzchni kończyny znajdują się dwie linie terapeutyczne, opisywane jako 1. i 2. linia przyśrodkowa kończyny dolnej (ryc. 12.4).

Linia przyśrodkowa 1. biegnie na przyśrodkowej krawędzi kości piszczelowej między kością a mięśniem płaszczkowatym. Powięzie związane z tą linią są często mocno napięte, należy więc uważać, by w trakcie zabiegu nie wywoływać bólu. Powyżej kolana linia rozpoczyna się na pochyłej powierzchni w górno-przyśrodkowej części rzepki. Od tego punktu 1. linia przyśrodkowa podąża za przyśrodkową krawędzią mięśnia prostego uda do okolic pachwiny.

Linia przyśrodkowa 2. rozpoczyna się na kostce po przyśrodkowej stronie ścięgna Achillesa i biegnie wzdłuż przyśrodkowej krawędzi mięśnia brzuchatego łydki do kolana. Powyżej linia zaczyna się na tylnej krawędzi mięśnia krawieckiego, tuż ponad przyczepem do kości piszczelowej. W drodze ku górze, w okolice pachwiny, linia ta podąża za tylną krawędzią mięśnia smukłego.

## Linie mięśniowo-powięziowe kończyn górnych

Wykorzystując mięśniowo-powięziowe podejście do masażu tajskiego, w obrębie przedramion odnajdziemy cztery linie terapeutyczne. Okazują się one bardzo użyteczne w rejonie ciała, który inne systemy masażu często pomijają (ryc. 12.5).

Linia środkowa kończyny górnej rozpoczyna się w rejonie nadgarstka, między ścięgnami mięś-