



Tom 1

# Zaawansowane techniki mięśniowo-powięziowe

Bark, miednica,  
kończyny górna i dolna

Til Luchau

Słowo wstępne  
Robert Schleip

Redakcja wydania polskiego  
Rafał Gnat

# Kończyna dolna

- 4 Restrykcje typu 1 stawu skokowego i zapalenie powięzi podeszwy
- 5 Restrykcje typu 2 i widełki stawu skokowego
- 6 Uszkodzenia stawu skokowego a kość strzałkowa
- 7 Palce młoteczkowate
- 8 Łuki stopy
- 9 Uszkodzenia mięśni kulszowo-goleniowych





# Restrykcje typu 1 stawu skokowego i zapalenie powięzi podszwy



Rycina 4.1

Pomiędzy mięśniem trójgłowym łydki a powięzią podszwową (której włókna zaznaczono na łożosiowo) istnieje ciągłe powiązanie. Zmniejszenie elastyczności w jakimkolwiek punkcie tego łańcucha daje w wyniku ograniczenie zakresu ruchu zgięcia grzbietowego stawu skokowego oraz może przyczynić się do podrażnienia ścięgna Achillesa i rozwoju zapalenia powięzi podszwowej.

Staw skokowy zgina się i prostuje. Z jakich powodów ruchy te są jednak istotne funkcjonalnie? Spróbuj wykonać kilka kroków bez poruszania tym stawem. Jeśli kiedykolwiek chodziłeś w butach narciarskich, z pewnością łatwo ci będzie zrozumieć nienaturalne odczucie sztywności pojawiające się po wyeliminowaniu lub ograniczeniu zakresu ruchu stawu skokowego.

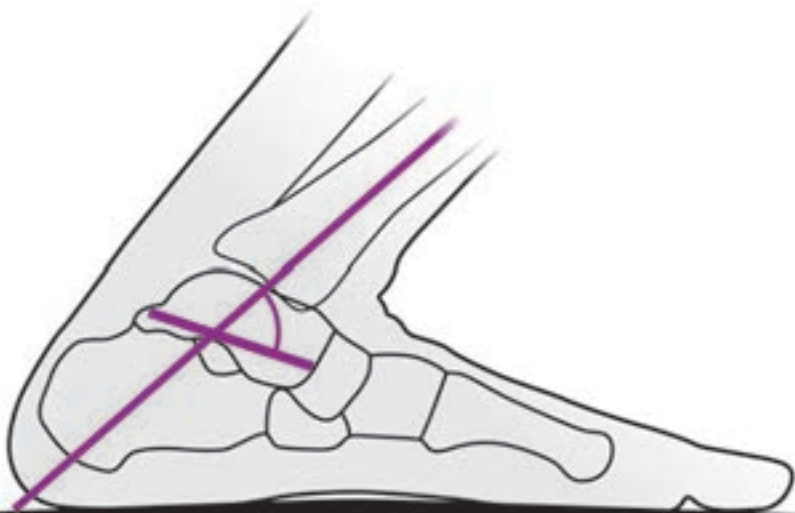
W płaszczyźnie strzałkowej staw skokowy porusza się w dwóch kierunkach – zgięcia podszwowe (od łacińskiego *plantaris flectere*) oraz zgięcia grzbietowego. Zgięcie podszwowe pojawia się w momencie mocnego odepchnięcia od podłoża w każdym kroku oraz zapewnia sprężystość podskokom. Zgięcie grzbietowe jest równie istotne. Przysiad, klękanie, wypady, bieganie i lądowanie po wykonaniu skoku, wszystkie z tych czynności wymagają zgięcia grzbietowego, podobnie jak i wiele innych zapewniających człowiekowi nieskrępowane możliwości codziennego funkcjonowania. Zaburzenie tego ruchu wpływa nie tylko na czynność stawu skokowego – w znaczącym stopniu limituje ono ogólne zdolności ruchowe i adaptacyjne.

Istnieją dwa główne typy zaburzeń strukturalnych prowadzących do ograniczenia zakresu ruchu zgięcia grzbietowego stawu skokowego<sup>1</sup>. Nazywamy je tutaj restrykcjami typu 1 i 2:

- Typ 1: ograniczenie zgięcia grzbietowego następuje w wyniku zaburzenia rozciągliwości tkanek miękkich położonych na grzbietowej stronie podudzia i podszwie stopy, do których należą: mięsień trójgłowy łydki, powierzchowna i głęboka powięź podudzia, długie mięśnie zginacze oraz powięź podszwowa.
- Typ 2: zaburzenie elastyczności struktur łączących kość strzałkową i piszczelową (np. troczków prostowników, błony międzykostnej, więzadeł piszczelowo-strzałkowych) ogranicza zakres oddalania tych kości od siebie, uniemożliwiając klinowatej kości skokowej przemieszczanie się

<sup>1</sup> Do powstawania obydwu typów ograniczeń mogą przyczynić się również skrócenia, stwardnienia lub zbliznowacenia tkanek miękkich pojawiające się w wyniku przeciążeń, nawyków posturalnych, zabiegów chirurgicznych oraz urazów, jak również w przebiegu schorzeń neurologicznych, np. mózgowego porażenia dziecięcego. Takie restrykcje będą zwykle dobrze odpowiadać na przedstawiane tutaj techniki. Możliwe są również problemy wynikające z nieprawidłowości stawowych lub zaburzeń wzrostu kości. W tych przypadkach proponowane podejścia mogą okazywać się pomocne, jednak najczęściej niezbędne będzie też zastosowanie środków oferowanych przez specjalistów innych dziedzin medycznych.





Rycina 4.2

Zakres zgięcia grzbietowego stawu skokowego obrazuje kąt pomiędzy kością skokową i piszczelową.



Rycina 4.3

W teście zgięcia grzbietowego ocenie podlega zakres tego ruchu uzyskany przed oderwaniem się pięt od podłoża. Dodatkowo, poza kątem utworzonym przez kość skokową i piszczelową, bierze się pod uwagę kompensacje, jak np. skierowanie palców stóp na zewnątrz (widoczne u osoby po lewej stronie ryciny), pronację stopy, uniesienie ramion w celu zachowania równowagi, pochylenie tułowia w przód (widoczne u osoby po prawej stronie ryciny). Wszystkie z nich mogą wskazywać na ograniczenie zgięcia grzbietowego stawu skokowego.

w kierunku grzbietowym (więcej na ten temat w rozdziale 5, *Restrykcje typu 2 i widełki stawu skokowego*).

Obydwa typy restrykcji mogą pojawiać się jednocześnie, jednak zazwyczaj jeden z nich będzie dominował. Typ 2 wydaje się być przyczyną większych ograniczeń zgięcia grzbietowego (jak u osoby po prawej stronie ryciny 4.3), jednak nie jest to zezależna reguła.

W niniejszym rozdziale rozpoczniemy dyskusję nad możliwościami oddziaływania na restrykcje typu 1, koncentrując się nad tym, jak poprawić elastyczność i zwiększyć długość struktur położonych w grzbietowej części podudzia. Ograniczenia typu 2 – związane z relacjami strzałka-piszczel – zostaną przedstawione w następnym rozdziale.

### Test zgięcia grzbietowego

Zakres ruchu zgięcia grzbietowego stawu skokowego i dominujący typ restrykcji można ocenić, prosząc pacjenta o wykonanie głębokiego zgięcia stawów kolanowych ze stopami ułożonymi na podłożu równoległe do siebie (ryciny 4.2 i 4.3). Jak mocno mogą zgiąć się kolana nim zostanie wyczerpany zakres zgięcia grzbietowego stawów skokowych i pięty zaczną odrywać się od podłoża?

Ogólnie obowiązuje zasada: im więcej zgięcia grzbietowego, tym lepiej, nawet u osób prezentujących objawy niestabilności stawu skokowego w płaszczyźnie czołowej (np. związanej z pronacją/supinacją stopy) i tendencją do nawykowych zwichnięć (większe zdolności adaptacyjne w płaszczyźnie strzałkowej mogą redukować wielkość sił działających w płaszczyźnie czołowej wywołujących niestabilność).

Po wykonaniu testu należy podjąć decyzję, w jakim punkcie rozpocząć pracę. Zwykle sam pacjent jest w stanie nakierować terapeutę na dominujące ograniczenie. W momencie osiągnięcia limitu zgięcia podszwowe go zapytaj: „Co powstrzymuje cię przed kontynuowaniem ruchu? Gdzie dokładnie to odczuwasz?”. Najczęściej słyszy się odpowiedzi mówiące o odczuciu napięcia

2 Czasami pacjenci donoszą o napięciu lub skurczach pojawiających się na przedniej powierzchni podudzia, a nie o rozciąganiu w części tylnej lub zakleszczeniu w przedniej. Jeśli wydają się wskazywać na mięsień piszczelowy przedni, to zazwyczaj będzie to miało związek z ograniczeniem typu 2, które zostanie omówione w rozdziale 5. Gdy źródłem odczu są położone bardziej bocznie mięśnie strzałkowe, to dobrze odpowiedzą one na oddziaływanie bezpośrednie w miejscu dyskomfortu, w połączeniu z czynnym ruchem zginania grzbietowego i podszwowe go stawu skokowego, gdyż mięśnie te mogą przyczyniać się do wielkości ograniczenia zgięcia grzbietowego (zob. rycina 4.5).



Rycina 4.4

Wykorzystanie rozluźnionej pięści w połączeniu ze wspomaganym udem terapeuty zgięciem podeszwowym stawu skokowego w *Technice dla mięśnia trójgłowego łydki*.

i rozciągania w tylnej części podudzia, a niekiedy także na podeszwie stopy (ograniczenie typu 1), lub też o ucisku, trzaskach lub zakleszczeniu w przedniej części stawu skokowego (ograniczenie typu 2)<sup>2</sup>. W dalszej kolejności zajmiemy się technikami znajdującymi zastosowanie w pierwszym typie restrykcji, tj. związanych ze skróceniem struktur grzbietowej części podudzia i podeszwy stopy.

## Techniki dla mobilności stawu skokowego

### Rozluźniona pięść

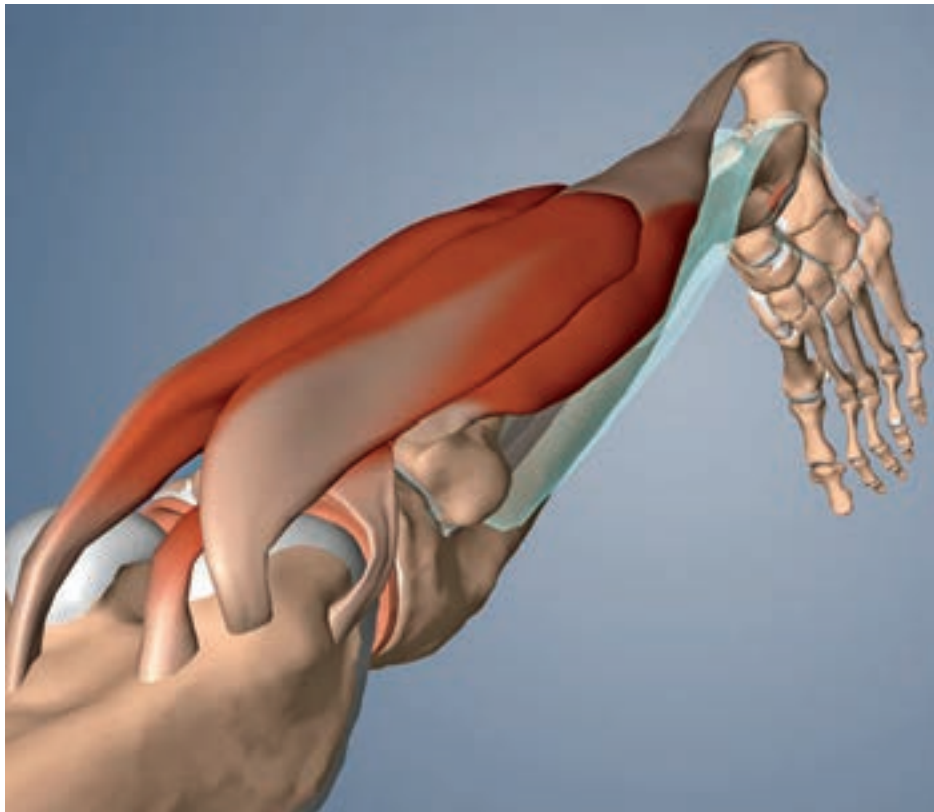
W obydwu technikach zaprezentowanych w niniejszym rozdziale terapeuta będzie wykorzystywał luźną pięść jako swe narzędzie. Wykazuje ona pewną przewagę nad użyciem powierzchni dłoni, palców czy innych części ręki, jak tradycyjnie robi się to w terapii manualnej tkanek miękkich:

- Kiedy już przyzwyczailiśmy się do pracy luźną pięścią, zauważymy, iż pozwala ona oddziaływać na pewne struktury i warstwy tkanek z mniejszym wysiłkiem, gdyż utrzymywanie nadgarstka i kości śródreżcza w jednej linii umożliwia transmisję znacznie większych sił niemalże bez zaangażowania mięśni.
- Neutralna pozycja stawu nadgarstkowego otwiera kanał nadgarstka i zapobiega uciskowi struktur nerwowych i naczyń, a także zmęczeniu zwyrodnieniu stawu, które towarzyszy długotrwałej pracy w wyproście.
- Kluczowe punkty do uzyskania efektywnej i wrażliwej luźnej pięści to zachowanie pozycji neutralnej nadgarstka, otwarcie dłoni i wykonywanie pracy kłykciami środkowych palców.

### Technika dla mięśnia trójgłowego łydki

Jako największy i najsilniejszy mięsień na tylnej powierzchni podudzia mięsień trójgłowy jest najbardziej oczywistym miejscem do rozpoczęcia pracy w przypadku ograniczenia zakresu ruchu zgięcia grzbietowego stawu skokowego. Jego uszkodzenia

<sup>2</sup> Czasami pacjenci donoszą o napięciu lub skurczach pojawiających się na przedniej powierzchni podudzia, a nie o rozciąganiu w części tylnej lub zakleszczeniu w przedniej. Jeśli wydają się wskazywać na mięsień piszczelowy przedni, to zazwyczaj będzie to miało związek z ograniczeniem typu 2, które zostanie omówione w rozdziale 5. Gdy źródłem odczuć są położone bardziej bocznie mięśnie strzałkowe, to dobrze odpowiedzą one na oddziaływanie bezpośrednie w miejscu dyskomfortu, w połączeniu z czynnym ruchem zginania grzbietowego i podeszwowego stawu skokowego, gdyż mięśnie te mogą przyczynić się do wielkości ograniczenia zgięcia grzbietowego (zob. rycina 4.5).



Rycina 4.5

Technikę dla mięśnia trójgłowego wykorzystuj na całej przestrzeni od jego przyczepów proksymalnych na kości udowej (lewa strona ryciny) do przyczepu końcowego. Zaprezentowano również mięśnie strzałkowe długie i krótkie (przezroczyste), które podobnie jak mięsień trójgłowy mogą ograniczać zakres ruchu zgięcia grzbietowego stawu skokowego.

i przeciążenia są powszechne, szczególnie w związku z uprawianiem takich sportów jak tenis, koszykówka, narciarstwo lub biegi. Obkurczenie tkanek związane z urazem, a nawet normalnym ich wykorzystywaniem, prowadzi do ograniczenia ruchu zginania grzbietowego.

U pacjenta w pozycji leżenia przodem ze stopami wysuniętymi poza kozetkę wykorzystaj rozluźnioną pięść, aby uciskać uformowane w kształcie pończochy warstwy powięzi (powierzchnową i głęboką). Każdą z warstw opracowuj z osobną. Po uzyskaniu rozluźnienia przemieszczaj się głębiej. Poproś pacjenta o wykonywanie czynnych ruchów stawu skokowego (zgięcia grzbietowego i podeszwowego). Wydłużanie się tkanek towarzyszące zginaniu grzbietowemu wykorzystuj do pracy nad rozciąganiem i rozluźnianiem wszelkich napiętych i twardszych pasm tkanek (rycina 4.4), aplikując niewielką siłę skierowaną dogłównie na struktury znajdujące się pod twoimi rękami.

Choć twoje palce będą się nieznacznie ślizgać na powierzchni skóry, pozwól czynnemu zgięciu grzbietowemu wykonywanemu przez pacjenta inicjować i nadawać tempo twoim ruchom. Po wycuciu rozluźnienia warstw powierzchniowych skieruj się głębiej, do ścięgna Achillesa i połączonych z nim brzuśców mięśni brzuchatego łydki oraz płaszczkowatego. Wraz ze stopniowym zagłębieniem się w tkanki należy kontynuować ruchy czynne. Często zwracaj pacjentowi uwagę na ich zakres i tempo. Jako mięśnie posturalne trójgłowe łydki są zawsze aktywne w pozycji stojącej i mogą w związku z tym wykazywać dużą wrażliwość, zwłaszcza na głębszych poziomach.

Jako że długie zginacze palców mogą również przyczyniać się do ograniczenia zgięcia grzbietowego stawu skokowego, poproś pacjenta o wykonywanie wyprostu palców w połączeniu ze zgięciem grzbietowym. Działanie takie zwiększa długość i poprawia separację mięśni zginacza długiego palucha i palców od siebie oraz od ich sąsiadów. Są to najgłębsze warstwy tkanek miękkich podudzia, więc ruch czynny znakomicie poprawia oddziaływanie na nie opisywanej techniki.



### Punkty kluczowe: Technika dla mięśnia trójgłowego łydki

#### Wskazania

- Ograniczenie zgięcia grzbietowego stawu skokowego typu 1.
- Ból ścięgna Achillesa lub tylnej części podudzia.
- Zapalenie powięzi podeszwowej.

#### Cel

- Poprawa separacji i zdolności adaptacyjnych tkanek.
- Przygotowanie powierzchniowych warstw tkanek do głębszej pracy.

#### Instrukcje

- Wykorzystaj delikatne tarcie i nacisk do zidentyfikowania i wyeliminowania wszelkich restrykcji w obszarze tylnej części podudzia.

#### Ruch

- Czynne zgięcie grzbietowe

Jeśli nie wprowadza to dyskomfortu dla pacjenta i ciągle pozostaje on rozluźniony, ruch czynny stawu skokowego można wspomagać biernym rozciąganiem mięśnia trójgłowego z użyciem uda terapeuty (rycina 4.4). Wykorzystuj wtedy swą luźną pięść lub palce do wywierania nacisku na mięsień, rozpoczynając od jego przyczepów początkowych (boczna i przyśrodkowa głowa mięśnia brzuchatego) na kości udowej (rycina 4.5), zwracając szczególną uwagę na nerwy i naczynia w dole podkolanowym.

### Technika dla powięzi podeszwowej

Na podeszwie stopy występują kolejno ułożone: szeroka warstwa tkanki łącznej, warstwa krótkich i mocnych mięśni oraz długich, przypominających struny ścięgien i więzadeł. Skrócenie każdej z nich może powodować ograniczenie zakresu ruchu zgięcia grzbietowego stawu skokowego, a to ze względu na powiązania i ciągłość z kompleksem mięśni

płaszczkowatym/brzuchatym łydki, co uwidoczniono na rycinie 4.1. Powięź podeszwowa to mocna, włóknista warstwa tkanki łącznej pokrywająca całą dolną część stopy, położona powierzchownie w stosunku do krótkich mięśni zginaczy palców, a głębiej niż podskórna warstwa tkanki tłuszczowej (rycina 4.7). Zapalenie tej powięzi stanowi dość częsty problem objawiający się bólem w okolicy pięty lub śródstopia, a zwykle również punktowym wzrostem pobudliwości w okolicy przyczepu powięzi do tylna-dolnej części guza piętowego. Czynniki sprzyjające rozwojowi zapalenia to zaburzenia mechaniki stopy, przeciążenie, skrócenia struktur łącznotkankowych w rejonie podudzia i tylnej części uda.

Bezpośrednia praca na podeszwie stopy, włączając jej powięź, jest wskazana, gdy pacjent uskarża się na odczucie rozciągania lub ból w tym rejonie podczas testu zgięcia grzbietowego. Lokalny ból, napięcie i sztywność w okolicy podeszwy także stanowią wskazanie do wykonywania przedstawianej tutaj techniki, podobnie jak zapalenie powięzi podeszwowej.

Konwencjonalna wiedza zakazuje bezpośredniej pracy w miejscu występowania dolegliwości, jeśli mamy do czynienia z procesem zapalnym powięzi podeszwy (zwykle w okolicy jej przyczepów na guzie piętowym). Choć niektórzy terapeuci donoszą o korzystnych efektach takich działań, to najbardziej bezpiecznie będzie rozpocząć pracę rozciągając i rozluźniając struktury położone na podeszwie stopy raczej dookoła niż dokładnie w punktach bolesnych. Jeśli efekty takiego pośredniego podejścia nie są zadowalające, można zaproponować pacjentowi przejście do bardziej bezpośredniego, uprzedzając jednak o ryzyku zaostrzenia zapalenia po zakończeniu terapii. W sytuacji gdy pacjent donosi o zmniejszeniu, nawet krótkotrwałym, dyskomfortu w kilka dni po takiej sesji, jesteś na właściwej drodze. Jeśli występuje zaostrzenie symptomów lub brak jakichkolwiek zmian, należy powrócić ponownie do podejścia bardziej globalnego.

Bardziej odporne zapalenia powięzi podeszwy traktuje się chirurgicznie, doprowadzając do jej



Zobacz Technikę dla powięzi podeszwowej na <http://advanced-trainings.com/v/la05.html>





Rycina 4.6

W *Technice dla powięzi podeszwowej* wykorzystuje się luźną pięść oraz wprowadza czynne lub bierne ruchy wyprostów palców. W przypadku zapalenia powięzi podeszwy należy unikać wywierania bezpośredniego nacisku na najbardziej bolesne punkty, aby niepotrzebnie nie intensyfikować procesu zapalnego. Zamiast tego, lepiej zająć się rozluźnieniem tkanek położonych dystalnie w stosunku do nich.

rozluźnienia poprzez częściowe rozciągnięcia, co ma na celu wyeliminowanie nadmiernych sił oddziałujących na przyczepy. Nasze intencje są podobne, choć realizowane z użyciem odmiennych środków – zamiast uszkadzać tkanki, w obydwu proponowanych tutaj technikach staramy się doprowadzić do ich wydłużenia. W połączeniu z pracą nad mięśniami kulszowo-goleniowymi lub strzałkowymi dają one najczęściej wymierne efekty w postaci złagodzenia nadwrażliwości w ciągu jednej lub dwóch sesji terapeutycznych. W stanach chronicznych niezbędna jest większa liczba spotkań z pacjentem, regularny stretching, zmiana nawyków ruchowych i poprawa biomechaniki (metodami strukturalnej integracji, za pomocą ortez, poprzez właściwe instrukcje odnośnie do ruchu lub zmianę obuwia).

W pracy nad powięzią podeszwy wykorzystuje się kłykcie położonych środkowo palców luźnej pięści (rycina 4.6). Tak jak w *Technice dla mięśnia trójgłowego*, pracę rozpoczyna się od powierzchniowych warstw tkanek, rozluźniając w pierwszej kolejności skórę, następnie tkanki podskórne, a w końcu samą powięź podeszwy. W działaniach można wspomagać się biernym lub czynnym wyprostem palców stopy, który dodatkowo będzie uruchamiać uciskane tkanki. Należy pozostawać przy tym wrażliwym, uważnym i nie spieszyć się. Pamiętaj, pragniesz osiągnąć wyciszenie układu nerwowego pacjenta i rozluźnienie jego tkanki łącznej, zapewnij więc swemu podopiecznemu czas na oddychanie, relaks i wczucie się w realizowaną technikę.

Techniki zaprezentowane w tym rozdziale stanowią znakomite przygotowanie do rozpoczęcia głębszych oddziaływań opisanych w rozdziale następnym, gdzie skoncentrujemy się na drugim typie ograniczeń ruchomości stawu skokowego, związanym z relacjami kości podudzia względem kości skokowej.



**Rycina 4.7**

Powięź podeszwa to szeroka warstwa twardej tkanki łącznej pokrywająca dolną powierzchnię stopy. Zawiera ona pasma ułożonych podłużnie włókien (tzw. rozciągna podeszwa zaznaczone na pomarańczowo). Bliższy przyczep powięzi jest położony głębiej w stosunku do poduszki tłuszczowej guza piętowego (przezroczystej).

## **Punkty kluczowe:** *Technika dla powięzi podeszwy*

### **Wskazania**

- Ograniczenie zgięcia grzbietowego stawu skokowego lub wyprostu palców.
- Bóle podudzia.
- Ograniczenie zgięcia grzbietowego typu 2 (przygotowanie).

### **Cel**

- Zwiększenie separacji i zdolności adaptacyjnych struktur mięśniowo-powięziowych.
- Przygotowanie tkanek do *Techniki dla błony międzykostnej*.

### **Instrukcje**

- Luźną pięścią lub powierzchnią przedramienia wykonuj ślizgowe ruchy na podeszwie stopy, starając się wyczuwać rozluźnienie tkanek w fazie ich rozciągania (zgięcie grzbietowe, wyprost palców).

### **Ruchy**

- Czynne zginanie grzbietowe i podeszwaowe stawu skokowego, wyprost i zginanie palców.

## **Źródła rycin**

Ryciny 4.1, 4.5 i 4.7 dzięki uprzejmości Primal Pictures.

Ryciny 4.2, 4.3, 4.4 i 4.6 dzięki uprzejmości Advanced-Trainings.com.

# Pytania testowe

Restrykcje typu 1 stawu skokowego i zapalenie powięzi podeszwy

- 1 W teście zgięcia grzbietowego przy ograniczeniu ruchomości stawu skokowego typu 1 dolegliwości mogą się pojawiać:
  - a w przedniej części podudzia
  - b w okolicy kostek
  - c w rejonie błony międzykostnej
  - d w tylnej części podudzia
  
- 2 W typie 1 ograniczeń ruchomości stawu skokowego najkorzystniej jest podjąć działania terapeutyczne na:
  - a mięśniu trójgłowym łydki
  - b kościach tworzących staw skokowy
  - c mięśniu piszczelowym przednim i długich zginaczach palców
  - d błonie międzykostnej i więzadłach piszczelowo-strzałkowych
  
- 3 Przy restrykcjach typu 2 stawu skokowego w teście zgięcia grzbietowego dolegliwości zwykle odczuwa się:
  - a w tylnej części podudzia
  - b w przedniej części stawu skokowego
  - c w rejonie powięzi podeszwowej
  - d w dole podkolanowym
  
- 4 Podczas wykonywania *Techniki dla mięśnia trójgłowego łydki* należy zachować ostrożność, by nadmiernie nie uciskać nerwów:
  - a w zagłębieniu pomiędzy głowami mięśnia brzuchatego łydki
  - b wzdłuż przyśrodkowej krawędzi mięśnia płaszczkowatego
  - c w dole podkolanowym
  - d w okolicy przyczepów ścięgna Achillesa
  
- 5 W przypadku zapalenia powięzi podeszwy należy unikać bezpośredniego nacisku na najbardziej bolesne punkty znajdujące się:
  - a w okolicy dystalnych przyczepów powięzi
  - b w środkowej części powięzi
  - c w okolicy proksymalnych przyczepów powięzi
  - d na poduszce tłuszczowej guza piętowego

Klucz do odpowiedzi można znaleźć na końcu książki (zob. s. 187).



Til Luchau

**Zaawansowane techniki mięśniowo-powięziowe** to książka, która łączy wyjątkową szatę graficzną z przejrzystymi instrukcjami. Stanowi ona doskonałe źródło wiedzy zarówno dla doświadczonych praktyków, jak i dla początkujących terapeutów. Jest przejrzystym, jasno skonstruowanym przewodnikiem, przedstawiającym techniki terapii manualnej – od prostych po bardziej skomplikowane.

Anne Williams, dyrektor ds. edukacji, Associated Bodywork & Massage Professionals

Każdy terapeuta, niezależnie od rodzaju wykonywanej pracy, początkujący czy bardzo doświadczony, pracujący w klinice, spa czy prywatnym gabinecie, z pewnością się przekona, że sposób przedstawienia informacji i ich praktyczna mądrość poszerzają horyzonty i sprawiają, że praca staje się bardziej inspirująca i bardziej efektywna.

Art Riggs, posiadacz certyfikatu Advanced Rolfer™, autor publikacji z dziedziny terapii manualnej

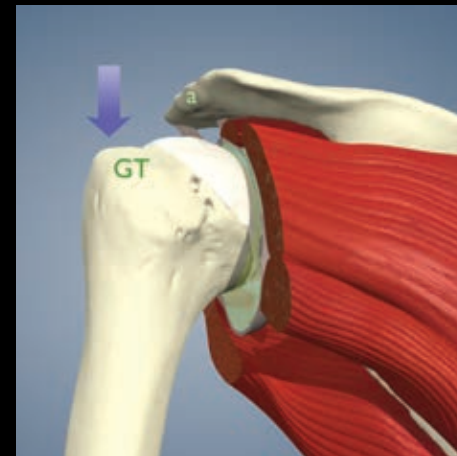
To piękny, oparty na badaniach naukowych podręcznik terapii stosowanych w najczęstszych dolegliwościach. Til Luchau dzieli się w nim swoim wieloletnim doświadczeniem praktycznym i naukowym. Ten wspaniały przewodnik powinien znaleźć się na półce każdego specjalisty czy nauczyciela terapii manualnej, a także w każdej bibliotece.

Erik Dalton, PhD, posiadacz certyfikatu Advanced Rolfer™, autor publikacji z dziedziny terapii manualnej

Obecnie na rynku znajduje się zaledwie kilka książek na temat technik powięziowych. Ta oferuje szczegółowe i wyczerpujące opisy przedstawionych metod. Niezwykle cennym aspektem jest połączenie prezentacji technik i ich odbioru przez samego pacjenta.

Cheryl Locicero, posiadaczka certyfikatu Advanced Rolfer™, RMT, Barral Institute, NCBTMB, IASI

Utrzymany w jasnym i przystępnym stylu podręcznik **Zaawansowane techniki mięśniowo-powięziowe** oferuje praktykom terapii manualnej (specjalistom integracji strukturalnej, fizjoterapii, rehabilitacji, masażu, osteopatii, akupunktury, chiropraktyki i in.) użyteczne narzędzia, które mogą oni wykorzystać w swojej codziennej pracy. Niezwykle przystępny tekst i przejrzyste ilustracje z pewnością będą bardzo atrakcyjne także dla tych, których praca dotyczy prawidłowego funkcjonowania ludzkiego ciała – specjalistów terapii ruchowej, trenerów sportowych, instruktorów pilatesu i jogi oraz wielu innych.



Informacje zawarte w podręczniku opierają się na materiałach wykorzystywanych podczas szkoleń oraz serii nagrań wideo dotyczących zaawansowanych technik mięśniowo-powięziowych. Wyróżniają się skutecznością, pragmatyzmem i przystępnością ich prezentacji. Od roku 1985 ponad 5000 specjalistów wykorzystujących terapię manualną z ponad 20 krajów skorzystało z możliwości edukacyjnych, które Til Luchau oferuje za pośrednictwem witryny Advanced-Trainings.com.

Til Luchau zachwyca stylem łączącym aspekty techniczne i piękno przekazu we wszystkich swoich publikacjach na temat terapii manualnej – które ukazują się na całym świecie. Autor posiada certyfikat Advanced Rolfer™, pracował jako koordynator wydziału w Rolf Institute's Foundations of Rolfing Structural Integration. Obecnie jest głównym instruktorem instytutu Advanced-Trainings.com.

Każdy rozdział zawiera opis praktycznych działań mających na celu przywrócenie funkcji danego narządu, poprawę propriocepcji oraz zmniejszenie dolegliwości bólowych:

- niezwykle dydaktyczne ilustracje, odwzorowujące rzeczywiste warunki anatomiczne ludzkiego organizmu;
- przejrzyste, zwięzłe komentarze, odwołujące się do wyników najnowszych badań;
- opisy głównych celów terapeutycznych, ważne przestrogi i uwagi;
- pytania testowe dotyczące treści podręcznika, które pozwalają zweryfikować zdobytą wiedzę; można je też wykorzystać w celach edukacyjnych;
- filmy wideo ukazujące zaawansowane techniki mięśniowo-powięziowe.

