

Dr. Medjanik Zoja – Popova Lyudmila

**A GYÓGYÍTÁS
TUDOMÁNYA ÉS MŰVÉSZETE
SZISZTÉMÁS REKONSTRUKCIÓS TERÁPIA
(SZRT)**

2011



Dr. Medjanik Zoja

Dr. Medjanik Zoja – Popova Lyudmila

**A GYÓGYÍTÁS
TUDOMÁNYA ÉS MŰVÉSZETE
SZISZTÉMÁS REKONSTRUKCIÓS TERÁPIA
(SZRT)**

SZERZŐI JOGOK ÉS FIGYELMEZTETÉSEK

Ez a könyv a szerzői jogról szóló törvény védelme alatt áll.
A szerzők írásos engedélye nélkül tilos lemásolni a könyvet vagy annak bármelyik részét.
A könyv anyagának felhasználásakor kötelező utalni a forrásműre.

Ez a könyv nem tekintendő sem orvosi tankönyvnek,
sem a támasztó-mozgató szervrendszer (TMSZ) zavarainak diagnosztizálására
és gyógyítására szolgáló gyakorlati útmutatónak.
A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy a szisztémás rekonstrukciós terápia (SZRT)
nem szakemberek által történő alkalmazása kárt okozhat az ember egészségének.
Az SZRT veszélymentes és hatékony gyakorlati alkalmazása hosszú,
speciális előkészítést kíván, ami kötelező az orvosi területen dolgozók számára is.
A szerzők mostanáig nem tűzték ki célul – és nem is kísérelték meg –,
hogy mások részére tanítsák az SZRT-t.

A szisztémás rekonstrukciós terápia (SZRT) törvényi oltalom alatt álló
regisztrált védjeggyel rendelkezik és a szerző tulajdonában van.

A támasztó-mozgató szervrendszer (TMSZ) szisztémás rekonstrukciós terápia (SZRT)
segítségével történő kezelési módszere
a szerzői jogról és szabadalmakról szóló törvény védelme alatt áll.

Tudományos konzultáns: Dr. Popov Sz. V.,
a tudomány és technika doktora,
a Harkovi Nemzeti Rádióelektronikai Egyetem
tudományos főmunkatársa

Recenzens: Pereverzev A. Sz.,
a tudomány és technika érdemes művelője,
Ukrajna Állam-díjjal kitüntetett tudós,
az orvostudományok doktora

A szerzőkkel kapcsolatba lehet lépni az alábbi elérhetőségek egyikén:
E-mail cím: srt2011med@gmail.com
Telefonszám: +36 30 214 7981 • + 36 30 599 0398 • +36 88 44 3838

ISBN 978 963 08 1629 8
Copyright © Dr. Medjanik Zoja

Felelős kiadó: Dr. Medjanik Zoja

Nyomdai előkészítés:
AKCIDENS REPRO, Veszprém

Nyomda: OOK-Press Kft., Veszprém
Felelős vezető: Szathmáry Attila

RECENZIO

A környező anyagi világra vonatkozó tudományos ismeretek összekapcsolására és szintetizálására irányuló tendenciának köszönhetően az emberi tevékenység minden területén:

- nő a tudományos-műszaki fejlődés tempója;
- és új, fejlett – tudományigényes – technológiák kidolgozására kerül sor.

Az említett tényt szem előtt tartva kellő figyelmet kell fordítani erre a műre, arra a rendkívüli jelenségre, hogy megjelent ez a tudományos kutatómunka, amit van szerencsém kommentálni. A szerzők (akik szisztémás analitikusok, azaz a műszaki tudományos gondolat képviselői) ezt a munkát kifejezetten orvosi problémák tárgyalásának szentelték, nevezetesen: az ortopédia és a gerinc-ideggyógyászat, a vertebro-neurológia problémáinak a tárgyalására. Meg kell jegyezni, hogy az élet maga kényszerítette ki, hogy ilyen kutatásra sor kerüljön, mivel az említett orvostudományi szakmai irányok elméleti válsága túlságosan mély; és szemmel látható, hogy az akadémiai és a klinikai orvostudomány gyengének mutatkozik a támasztó-mozgató szervrendszer (a TMSZ) növekvő számú megbetegedéseinek kezelésére. Az említett problémának a komolyságát mutatja:

- mindenekelőtt a TMSZ patológiás betegségei által okozott munkaképtelenség miatt kieső munkanapok óriási mennyisége;
- az ilyen megbetegedések krónikus lefolyása;
- a TMSZ-zavarok egyre fiatalabb életkorban jelentkező, egyre gyakoribbá váló megnyilvánulása;
- a patológiás rendellenességeknek a gyógyíthatatlansága annak ellenére, hogy ezeknek a legyőzésére – a világ összes országában – milliárdokra rúgó pénzüsszeget különítenek el.

Aggodalomra ad okot az is, hogy a földgolyó lakóinak többségénél a TMSZ perzisztens patológiás állapotának etiológiája és patogenezise egyáltalán nem világos. Ez a tisztázatlanság már oda vezetett, hogy az orvosok – az egész világon mindenütt – diagnózis felállítása helyett jobbnak látják, ha:

- csupán az ilyen betegségekre jellemző szimptomákat említik (amik között a fájdalom a legjellemzőbb);
- csupán feltűntetik ennek a titokzatos betegségnek a megnyilvánulási helyét, azaz csupán behatárolják.

Az orvostudomány egyetlen ágazata sem ismert idáig ilyen „diagnózisokat”, a betegséggel szemben ekkora tehetetlenséget. Az orvostudomány ezen elméleti gyengesége miatt most mindenütt gyakorlattá vált olyan „diagnózisok” felállítása, mint a „hátfájás”, a „nyakfájás” stb., ami – a lényegét illetően – nem tekinthető diagnózisnak.

A dolog mára már odáig fajult, hogy:

- az orvostudomány arra hívja fel figyelmünket, hogy tanuljunk meg együtt élni ezzel a betegséggel;
- tiszteletre méltó orvostudósok a keletkezését az ember egyenes (két lábon történő) járásával kezdték magyarázni, azt állítva, hogy az iparosodott társadalomban elkerülhetetlen ez a testi rendellenesség, ami tulajdonképpen tagadása az emberiség fejlődésének és az evolúció értékének.

Íme, ilyen következtetésekig lehet eljutni, ha a probléma megítélése kizárólag csak orvosi nézőpontra támaszkodik. Az ilyen ismerettudományi (gnoszeológiai) hibák oda vezették az orvostudományt, hogy elválasztotta a fájdalmat anyagi táptalajától (szubszt-rátumától) és áthelyezte a problémát a központi idegrendszer patológiájának a területére, ahol ilyen zavarok fennállása esetén a legtöbbször nincs is patológiás megbetegedés (amit a szerzők be is bizonyítottak). A tudósok, jelen könyv szerzői is, éppen a központi idegrendszert vették vizsgálat alá. Azonban nem olyan minőségben tanulmányozták, hogy ez (az ellenőrzés alól kibújó idegrendszer) saját maga a „fájdalom generátora”; hanem a maga természetes minőségében vizsgálták. Azaz úgy, mint a szervezet irányítórendszerét, és mint a szervezet összes alrendszerének: a TMSZ-nek, a vérkeringésnek, az emésztésnek stb. az irányítórendszerét. Születése pillanatától kezdve ebben a minőségben tartózkodik az ember a Földön és itt sikeresen éli le életét külső beavatkozás nélkül. Ezért az ember egészségi állapotát is és a betegségeit is olyan szemszögből kell vizsgálni, hogy szervezetét, mint bonyolult biológiai önszerveződő rendszert, az agy irányítja céltudatosan. A megfelelő tudományágaknak tehát szuverén joguk az emberi szervezetet irányítás tárgyának tekinteni és ekként vizsgálni. Ha viszont a tudományokat nem alkalmazzák az emberi szervezet vizsgálatához, akkor az előbb vagy utóbb elméleti krízisbe juttatja az orvostudományt, ami be is következett az ortopédiánál.

Az említett megközelítési módot alkalmazva a szerzőknek sikerült önállóan, orvosok részvétele nélkül megtalálni a TMSZ krónikus, patológiás betegsége problémájának a megoldását. Ugyanis meg voltak győződve az Általános Rendszerelmélet Tudomány nagyszerűségéről és szépségéről és erről minket is meggyőztek.

Ez nemcsak elméleti, de gyakorlati problémákat is képes megoldani az élet bármelyik területén annak köszönhetően, hogy az élő és az élettelen természeti rendszerek azonos alakúságának (izomorf) tulajdonságát alkalmazza (felhasználja).

A szerzők a TMSZ-t a maga szisztémás épségében, szisztémás egységében vizsgálták; és nem vizsgálták egymástól elválasztva, külön-külön a gerincet, a porckorongokat, az izmokat vagy a TMSZ egyéb töredékeit és elemeit. Ezzel demonstrálták a szisztémás megközelítés igazi hatalmát, óriási erejét, és sikerült felfedezniük a TMSZ szisztémás patológiás folyamatának a jelenségét. Nem lehet meghatározni a patológiás állapotok kialakulásának pillanatát, és a bekövetkezését sem lehet megakadályozni. Egyszer csak bekövetkezik, és attól kezdve kíséri az egyént egész életén át; eközben fokozatosan, kérlelhetetlenül rongálja a támasztó-mozgató szervrendszer szisztémás felépítettségét, szerveződöttségét.

Ezek a szerzők az általános rendszerelmélet, a fizika, a szisztémás elemzés és az irányításelmélet törvényeinek a segítségével úgy tanulmányozták a TMSZ destruálódásának a mechanizmusát, mintha egy rendszer pusztulásának a mechanizmusát vizsgálták volna. Elvonatkoztattak a TMSZ konkrét patológiás betegségétől (ezt nem vették figyelembe); ily módon felépítették a TMSZ szisztémás, organikus elváltozásainak, ezeknek benne zajló szétterülésének új elméletét, amit a TMSZ szisztémás destrukciójának neveztek el (TMSZ SZD-nek).

Ilyen méretű és ekkora jelentőségű tudományos kutatómunka véghezvitelével – véleményem szerint – a szerzők tudományos hőstettet hajtottak végre, amit érdeme szerint fog értékelni az akadémiai orvostudomány; mert nem csak az említett problémára vonatkozóan gazdagították a szerzők ezt a tudományágat új problémakezelési módjukkal, hanem ennek más, égetően fontos problémákra vonatkozóan is. Ők váltak

a módszer úttörőivé és ők adtak ösztönzést hasonló problémák sokaságának további kutatására. Egyáltalán nem kételkedem abban, hogy az ilyen problémákra végül is megoldások születnek majd akkor, amikor az orvosok:

- úgy kezdik vizsgálni az ember testét, mint egy célirány szerint vezérelt, céltudatosan irányított rendszert; ezzel feltárják és kiderítik majd számos – irányítására vonatkozó – kritériumát;
- vizsgálni kezdik azt, hogy a szervezet IR-e miként valósítja meg irányító ráhatásait.

A TMSZ szisztémás destrukciójának elmélete e szervrendszer mindegyik patológiás betegségének a helyét az egységes, szisztémás destrukciós folyamatban határozza meg (ehhez a folyamathoz kapcsolja / ezzel köti össze). Ez az elmélet megmagyarázza a patológiás folyamatok keletkezését, lefolyását és kölcsönös kapcsolatait; ami azonban a legfontosabb – megmutatja az ilyen betegségekkel való szembeszállás útját, amit a szerzők meg is valósítottak a szisztémás rekonstrukciós terápia (az SZRT) formájában.

Azáltal, hogy az orvostudományba bevitték a szerzők az egzakt tudományok módszertani hozzáállását (azt a problémakezelési módot, ami a kutatás tárgyának a megengedhető elvonatkoztatás szintjén folyó vizsgálatát jelenti), sikerült konkrét diagnózisok nélkül, általános formában vizsgálniuk a TMSZ-t is és ennek patológiás megnyilvánulásait is. Ennek érdekében bevezették az ortopédiába a norma fogalmát, ami szinonimájával, az etalon TMSZ kifejezéssel együtt most (első ízben) bekerült az ortopédiai fogalmak körébe és a TMSZ abszolút szabályos anatómiai állapotának a kifejezőjévé vált „szabályos anatómiai státusz” néven. Bármilyen patológiás állapotról / folyamatról van szó, az „normától való eltérést” jelent. A TMSZ vonatkozásában ez azt jelenti, hogy ilyen állapot fennállása esetén alábbi három jellemzőjének valamelyike (bármelyike) eltér saját etalonjától:

- eltérés van a szabályos térbeli konstrukciótól; ez megfelel a TMSZ legalább egy eleménél a szabályos helyzettől való eltérésnek;
- eltérés áll fenn az elemek szabályos szövetösszetételénél és szabályos szövettulajdonságainál;
- eltérés áll fenn az elemek szabályos alakjához (szabályos formájához) képest.

A szisztémás destrukció elmélete gyökerében változtatja meg az orvostudomány elképzeléseit a TMSZ sok krónikusan zajló patológiás folyamatának állítólagos gerinc eredetű keletkezéséről, fejlődéséről és lefolyásáról. A szerzők rámutatnak arra, hogy a test központi támaszának, a gerincoszlopnak a pusztulása rendszerint a TMSZ szisztémás destruktív folyamatának nem a kezdeti, hanem a befejező szakaszát jelenti. Ez a pusztulás nem hirtelen és nem egy üres helyen keletkezik, hanem a gerincstruktúrára nehezedő nem-anatómiai terhelések következményének tűnik. A nem-anatómiai terhelések pedig azért lépnek fel, mert a TMSZ-elemek közötti szabályos mechanikai kapcsolatokban zavar keletkezik. A TMSZ elemeinek egy része az SZD-folyamat részévé válik, destruálódik. A belőlük képződött, organikusan elváltozott elemeket tartalmazó halmazok (konglomerátumok) között (a szerzők által bevezetett új fogalmakkal mondva: az üledékes struktúrák és a hiperstruktúrák között) új patológiás mechanikai kapcsolatok jönnek létre. Ezt azonban nem úgy kell érteni, hogy a szerzők megdöntik és teljesen felborítják a gerinc-ideggyógyászat (a vertebro-neurológia) alapjait. Az orvoslás ide vonatkozó alfejezeteiben leírt valamennyi patológiás állapot ugyanis valóban létrejöhet – és létre is jönnek – a TMSZ-ben mint a szabályos mechanikai státusztól való független eltérések. Ezeket azonban a szerzők csupán töredékeknek (fragmentumoknak)

tekintik: destrukciót indító és erősítő tényezőknek (IET-nek), amik elindíthatják vagy – meglétük esetén – erősíthetik az egész életen keresztül állandóan ható destrukciós folyamatot. Ezt a folyamatot a TMSZ-re ható első patológiás befolyás „indítja be”, ennek legelső eltérése az etalontól, azaz valamelyik IET. Ezt követően aztán maga az SZD szüli az összes többi eltérést, amik erősítik a TMSZ etalontól való saját eltéréseit. Ily módon létrejön egy sajátos láncreakció, amit kiegészítésként felgyorsítanak és tovább fokoznak az életben fellépő újabb IET-k.

Az ember soha nem születik tökéletesnek. Testfelépítésében mindig találhatók aszimmetriák is, ilyen vagy olyan súlyos anomáliák is; a TMSZ elemeinél és szöveteinél előfordulhatnak nagyon lényeges fejlődési hiányosságok is, amiket az ortopédia ír le, de lehetnek benne születéskor keletkezett traumák is. Később aztán, a kisgyermek fejlődése alatt, fellép az egyoldalú munkaorientáció következménye, ami felborítja a TMSZ szimmetriáját. Bekövetkeznek a traumák, a mikrotraumák. A TMSZ kezd hosszan tartó dinamikai és statikai terhelések hatása alá kerülni. A szervezetben kialakulhatnak anyagcserezavarok, amik feltétlenül hatással vannak a TMSZ fejlődésére. Ezek a zavarok jelentkezhetnek gyulladással, fertőzéssel kísért megbetegedések formájában és sok más (TMSZ-re káros) rendellenesség formájában, közöttük például az öregedés természetes folyamatát jellemző zavarokban. Azonban az említett patológiás folyamatok teljes spektruma feltétlenül egybekapcsolódik, összeáll egy közös destrukciós folyamattá. Amikor aztán mi vizsgálni kezdjük a TMSZ-t és látjuk, hogy az etalonhoz képest már több eltérés is fennáll, akkor már nem tudjuk tisztán kiválasztani, elkülönítve meghatározni, hogy az eltérések melyike lehetett primer jellegű, ami elindította az SZD-t, és melyek lehettek ennek további fokozói. A szerzők azt állítják, hogy mi mindig a TMSZ szisztémás destrukciójának általánossá vált eredményét látjuk, ami az izmok organikus elfajulásában ölt testet, és a TMSZ-elemek izmokhoz kapcsolódó (már destruált) más elemeinek térbeli eltolódásában nyilvánul meg. Emellett: minél több IET hat az emberre az élet során, annál súlyosabb fokozatú rongálódás keletkezik a TMSZ szerkezetében, aminek következtében valós állapota egyre jobban eltávolodik a szabályos anatómiai státusztól, az etalontól, a TMSZ ideálisan szabályos állapotától.

Az SZD-elmélet feltárja és leleplezi a TMSZ tönkremenetelének mechanizmusát. Bizonyítja, hogy mindig létezik szisztémás destrukciót elindító primer tényező, amiből egy is elég ahhoz, hogy a pozitív visszacsatoláson át önmagát erősíteni kezdje és szétterjedjen az egész TMSZ-ben. Ennek a mechanizmusnak a lényege tárja fel, hogy a TMSZ céltudatos irányítását a szisztémás irányításában kell keresni (és vizsgálni). A TMSZ fő szisztémás célja az, hogy biztosítsa saját térbeli stabilitását az erre a folyamatra irányuló energiafelhasználás minimalizálása mellett. Akár két lábon, akár négy lábon járó élőlényről van szó, vagyis akár függőleges, akár vízszintes helyzethez kötődik a gerinc tartása: a test stabilitása csak az összes izom állandó összehúzásával érhető el, aminek operatív (azonnali) irányítása a TMSZ-IR-től érkező impulzusokkal történik. Az izmok összehúzódásának mértékétől függ a hozzájuk kötődő csontelemek térbeli helyzete, amik eltolódhatnak az ízületek szabad mozgásának határain belül. Az izmok összehúzódása / összehúzása munkavégzést képviselő folyamat, ami a szervezettől energiaráfordítást kíván. Az energiaráfordításokat azonban a szervezet mindig törekszik minimalizálni saját továbbélése és fennmaradása érdekében. A könyvben bizonyítva van, hogy a TMSZ etalon állapotában az izmok normális feszítettségű, normális tónusú állapotban vannak, és ennek a feszességnek a fenntartása minimális energiafelhasználással történik. (A szerzők azok, akik elsőként fogalmazták meg világosan és pontosan

a normális tónus fogalmát.) A TMSZ rendszerben belső nem-anatómiai terhelések keletkeznek, amikor – bármilyen – patológiás folyamatról van szó. A TMSZ-IR ezeket egy pillanat alatt kompenzálja az izomzat tónusának elváltoztatásával az egész rendszerben. Ez tulajdonképpen egy alkalmazkodási (adaptációs) folyamat. Ennek következtében az izmokban hipertónus és hipotónus lép fel, aminek nyomán az ilyen izmokkal összekötetésben álló csontok térbelileg eltolódnak. Ha a patológiás folyamat sokáig fennmarad és nem szűnik meg, akkor a TMSZ-ben – a szervezet energiájával való takarékoskodás céljából – viszonylag gyorsan beindul az önszerveződési folyamat, ami az izomszövet organikus elfajulásával zajlik és az izomzat elváltozott tónusának rögzülésében (fixációjában) nyilvánul meg.

Figyelembe véve azt, hogy a TMSZ etalon állapota gyakorlatilag elérhetetlen: az ember TMSZ-ében születéstől kezdve elkezdődik az izmok organikus elfajulásának folyamata és a velük kapcsolatban álló csontelemeknek az eltolódása a térbeli konstrukcióban. Az önszerveződés abból áll, hogy a stabilitását elvesztő TMSZ kényszerül megváltoztatni aktív elemeinek (az izmainak) organikus állapotát úgy, hogy ezeket keménnyé változtatja. Ezzel a már létező, természetes teherviselő elemekhez (a csontokhoz, a szalagokhoz stb.) kiegészítő, pótlólagos teherviselő elemeket társít, amik kiegyensúlyozott helyzetét fenntartják. Ennek az a következménye, hogy a mozgékony-ság csökkenése árán sikerül megőrizni (fenntartani) a test stabilitását. Az izomszövetek destrukciója maga után vonja az idegi vezetőképesség és a véredény-rendszeri átteresztőképesség zavarát, a mikrocirkuláció és az anyagcsere rendellenességét az elfajult izmokban is és a TMSZ velük szomszédos elemeiben is. Ilyenkor vizenyők (ödémák) keletkeznek, és pangási tünetek lépnek fel, amik kaotikusan szétterjednek és behatolnak a környezetükben található TMSZ-elemek mélyébe és teljes szélességébe. Ezek után történik az „összeragadás”, vagyis az ilyen zónába került anatómiai egységek mechanikai egyesülése konglomerátumokká (üledékes struktúrákká és hiperstruktúrákká), ami megzavarja a TMSZ mechanikáját. Emiatt a TMSZ-ben új, nem-anatómiai terhelések jelentkeznek, amire a TMSZ-IR újabb adaptációs és önszerveződési reakciókkal válaszol. Mindennek nyomán a már destruált (és újabb) izmokban erősebbé válik az elkorcsosodás, és a TMSZ elemeinél újabb térbeli eltolódások keletkeznek. Fellép tehát egy patológiás pozitív visszacsatolás, ami az SZD-folyamat erősödéséhez és általánossá válásához vezet a TMSZ egyre nagyobb területén. Ha ekkor a rendszerre hatni kezd még egy (újabb) IET is, akkor az SZD-folyamat ugrásszerűen felerősödik; ahol pedig eddig is jelen volt, ott súlyosabbá válik. Ily módon pont az izmok fixációja, a TMSZ önszerveződési folyamatában létrejövő izomrögzítés válik az SZD fő aktivizáló tényezőjévé.

A fent említettekől az következik, hogy az ember élete során az SZD-folyamatban egyre újabb és újabb izmok térnek át a hipertónusos vagy a hipotónusos állapotba, majd utána a TMSZ-IR parancsára organikusan elfajulnak (és nem görcsös állapotban vagy a teljes ellazulás állapotában maradnak, ahogyan azt néhány orvos gondolja). Emellett a csontelemek megváltoztatják helyzetüket az ízületek szabad mozgásterének határain belül, és közben egyre jobban elveszítik mozgékony-ságukat. Végeredményben némelyiküket az organikusan elfajult izmok mereven fixálják, amit a szervezet saját erőivel nem képes visszafordítani. Ennek bebizonyításával a szerzők teljesen elvetették azt az alaptézist (a manuális terápia alapját képező azon posztulátumot), ami szerint bármelyik ízületnek, például a csigolyaközi ízületeknek a funkcionális leblokkolása megfordítható. Ezzel megfosztották a manuális terápiát elméleti alapjától, és nemcsak azt bizonyították be, hogy gyakorlatilag használhatatlan, sikertelen módszer, hanem azt is,

hogy ártalmas. Ily módon a szerzők azok, akik elsőként vezették be az orvostudományba azt az elképzelést, hogy a TMSZ stabilitásának fenntartási folyamatában a TMSZ-IR olyan szerv, ami parancsával elváltoztatja az izmok tónusát. Ezt követően pedig (a szervezet energiafelhasználásának minimalizálása végett) utasításaival saját maga idézi elő az izmok organikus elfajulását, aminél a hipertónus izomkeményedésbe megy át, a hipotónus pedig izomsorvadásba (atrófiába). Ez bekövetkezhet, és, miként az esetek túlnyomó többségénél tapasztalható, valóban meg is történik a gerinc és az idegrendszer normális állapotánál is (amikor még nem áll fenn csigolya eredetű patológiás megbetegedés).

Az SZD-elmélet világos, határozott elképzelést nyújt arra nézve, hogy az egész élet folyamán miként változik a TMSZ állapota: ez szisztémásan (teljes egészében) destruálódik. Lágyan, megrázkódtatások nélkül megy át az állapotok teljes során: az etalon közelítől elindulva az egyre inkább és a még inkább destruált állapot felé. Ez idő alatt pedig az emberi test egész konfigurációja megváltozik annak következtében, hogy az SZD-folyamatban az izmok organikusan elfajulnak, és a velük kapcsolatban lévő csontok a helyükről eltolódnak: egyes testrészeknél aránytalanságok jelentkeznek és elvész a vonalak esztétikus folyamatossága. Megváltoznak az embereknél az izomtakaró fizikai tulajdonságai: többségükénél ez egyre inkább keménnyé válik, „megkövesedik”; a nagyon keveset mozgó embereknél és a fekvő betegeknél viszont ennek ellenkezője lép fel: az izomtakaró fellazul, pépszerűvé válik.

Az egyes embereknél az SZD kialakulásának és fejlődésének tempója különbözik egymástól. Ez sok tényezőtől függ. Ugyanakkor jelenleg a lakosság nagyobbik részénél a szisztémás destrukció fejlődési ütemének növekedési tendenciája figyelhető meg. Ez oda fog vezetni, hogy a Földön egyre kevesebb olyan ember marad majd, akinek TMSZ-e viszonylag szabályos anatómiai státuszú, hiszen ez ma már a gyermekek többségénél, a korai gyermekkortól kezdve torzulást szenved. Ez a patológiás folyamat eleinte szabálytalan alakban nyilvánul meg. Később (a súlyosabb stádiumába való átmenetnél, annál, amit már az ortopédusok is kezdenek észrevenni) a meghatározása már konkrétabb diagnózisokkal nyer kifejezést; olyanokkal, mint a scoliosis, kyphosis és más testtartási rendellenesség.

Nem ritka eset ma már olyan (korábban a felnőttek betegségének számító) patológiás elváltozások és kórképek megjelenése gyermekeknél, mint: a csigolyaközi porckorongok és az ízületek betegsége, sőt: a csigolyaközi sérvekig és a gerincinstabilitásig súlyosbodott állapot elérése. A felnőtteknél mindez természetesen még fokozottabb mértékben jelentkezik.

A TMSZ szöveteinek SZD-folyamatban történő elfajulása már korai stádiumában meg nyilvánul különböző vázizomfájdalmak formájában. Ezek olyan diagnózisokkal váltak ismertté, mint a „hátfájás”, az „izomhártya triggerpontok” / („myofasciális triggerpontok”) stb. Ugyanakkor ebben a stádiumban a diagnosztizálás modern műszaki módszerei (a röntgenfelvétel, a számítógépes tomográfia – a CT) még nem mutatnak ki semmilyen eltérést.

Ez meglepődést vált ki az orvosoknál és zavarba ejti őket, mivel nem látják a csigolya eredetű patológiás állapot szimptomáit, amit az ember majdnem minden hiányossága bűnös okozójának tartanak; emiatt aztán észre sem veszik, hogy a TMSZ már régóta el van nyomva. Ezek az eltérések azonban elkerülhetetlenül jelentkeznek később; sőt, néha olyan későn, hogy, akorra az SZD már „eljutott” a gerinchez; „lépteinek” sebessége azonban minden embernél más és más.

Miként említettem már: az SZD-jelenség felfedezése, elméletének felépítése kiemelkedő tudományos eredmény, aminek nincs analógiája. A szerzők azonban még tovább mentek: elkezdtek vizsgálni ezt a jelenséget a gyakorlatban. Ezért megtanulták, hogyan kell ezt érzékszerveik segítségével (taktilisan) diagnosztizálni, mivel egyedül a kezek bizonyultak olyan eszköznek, amivel a legmegbízhatóbban, gyorsan és mindenre kiterjedően, a TMSZ szisztémás megfigyeléséhez szükséges módon lehet diagnosztizálni az SZD-t. Tehát úgy döntöttek, hogy megpróbálják tapasztalati úton bebizonyítani elméleti eredményeik igazát. Ezen az úton hajtották végre második tudományos hőstettüket: kidolgozták a TMSZ korrigálására szolgáló új technológiájukat, a szisztémás rekonstrukciós terápiát, és ennek segítségével 30 év alatt több mint 40 ezer páciens TMSZ-ének mindenféle súlyos patológiás betegségére vonatkozó fizikai rehabilitációt végeztek. Ezen betegek közül sokak állapotát évtizedeken keresztül követték. Az SZD különböző megnyilvánulási formáinak vizsgálásával és az SZRT ilyen esetekben való alkalmazásával szerzett közvetett (nem mindig érthető, meglepő) eredményeiknek az elemzésével a szerzők vitathatatlanul bebizonyították elméletük igazát, a szisztémás destrukcióval szembeszálló, azt akadályozó, általuk javasolt technológia kiváló hatékonyságát.

Az SZRT technológia kidolgozását azért nevezem e könyv szerzői második hőstettének, mert – és ezt szeretném különösen hangsúlyozni – ennek segítségével a szerzők megoldották a kezdetben maguk számára kitűzött problémát: a TMSZ szabályos anatómiai státusza helyreállításának a problémáját, ami jóval több, mint az SZD-vel való szembeszállás problémája. Mindazonáltal kezdetben én megálltam a hátfájás probléma megoldásán, mivel az orvostudomány számára ez a „legfájóbb” kérdés. A szerzők által viszont ez a kérdés „automatikusan” megoldást nyert annak az alapvető problémának a megoldásával, ami az emberi test minden lehetséges deformitására, így a TMSZ-megbetegedés előtti stádiumában már létező testdeformitásokra vonatkozik. Ezáltal ugyanis lehetőség nyílik arra, hogy:

- meg lehessen előzni a csigolya eredetű patológiás állapotot, ami a modern társadalom korbácsa;
- valamint arra is, hogy nem engedjük meg, hogy ez a patológiás állapot továbbfejlődjék (és súlyos stádiumot érjen el), hiszen az SZRT-vel helyreállíthatjuk a TMSZ anatómiai státuszát, amittől az egész szervezet egészsége függ.

Tulajdonképpen miért állt elő az a helyzet, hogy különböző szakmák specialistái hirtelen bekapcsolódtak a TMSZ krónikus, patológiás betegségei gyógyításának orvosi problémájába? Maguk a szerzők ezt azzal magyarázzák, hogy őket tisztán tudományos szempontból érdekelte az, hogy az emberek teste miért nem szabványos (miért nem standard) az állatok testének szabványosságához képest. A szerzők feltételezték azt, hogy az emberek testének szemmel látható szabálytalanságát, aránytalanságát a destrukció okozza, vagyis a TMSZ elemeinél és szöveteinél bekövetkezett egy organikus elváltozás, amit ezeknek a térbeli konstrukcióban bekövetkező eltolódása kísér. Ezért, feltételezésük helyességének leellenőrzésére elhatározták, hogy kiderítik ennek (vagyis a destrukciónak) az okát. Ennek eredményeként született meg a TMSZ szisztémás destrukciójának az elmélete. Ez megmutatta, hogy az SZD-vel való szembeszállás problémája egy nagyobb problémakörhöz tartozik: a TMSZ szabályos anatómiai státusza kialakulásának és fenntartásának problémaköréhez. Amikor aztán 30 év alatt gyakorlati úton kidolgozták és tökéletesítették a szisztémás destrukcióval szembeszálló SZRT technológiát, akkor az alkalmazásával szerzett tapasztalatok azt a gondolatot keltették életre a szer-

zókben, hogy létezik egy még nagyobb probléma, ami magában hordozza a két első problémát:

- az egész szervezet vérkeringési és innervációs, vagyis általános, szisztémás zavarainak a problémáját, ami a TMSZ elemeinek organikus, patológiás állapotával kapcsolatos;
- és az anatómiailag szabályos térbeli konstrukció zavarával kapcsolatos problémát, ami a TMSZ szabályos anatómiai státuszának zavarával kapcsolatos.

A gyakorlat azt mutatta, hogy az SZRT ezt a nagyobb, még kiterjedtebb problémát is képes hatékonyan megoldani.

Az SZRT technológia a szervezet ön-helyreállítási lehetőségén / regenerálódási potenciálján alapszik, amit irányítórendszere valósít meg. A belső környezet állandóságát biztosító élettani folyamatok összességének, a homeosztázisnak a fenntartási folyamatában a szervezeti IR céltudatos irányítást valósít meg a negatív visszacsatolás elve szerint; vagyis minimalizálja az ellenőrizendő paraméterek értékeinek eltérését a normától. A szerzők feltételezték, hogy a norma a szervezet „általános, generális terve”, és ezért (egyebek között például) a TMSZ is mindig ismert irányítórendszerei számára. A „generális terv” szerint mindnyájunknak szabványosan arányos, külsőleg tetszetős, anatómiailag szabályos teste kellene hogy legyen. A valóságban sok ezer emberből csupán néhány válik ilyené. Ugyanis irányítórendszereik nem képesek megbirkózni olyan feladatokkal, amik ilyen magas követelményeket támasztanak. Gátolják az IR-ek irányító tevékenységét:

- a TMSZ (mindenkinél jelen lévő és a pozitív visszacsatolás – PVCS – által egyre erősödő és súlyosabbá váló) szisztémás destrukciójának hatásviszonyai, továbbá
- a szisztémás destrukció indító és erősítő tényezői (az IET sokaságának hatásviszonyai). (Megjegyzendő, hogy pont a munka – az embert az állattól megkülönböztető alapvető ismérv – képezi az IE-tényezők többségének alapját; pont a munka kelti őket életre.)

Ha viszont segítséget kapnak a szervezet irányítórendszerei, és a számukra szükséges körülmények létrejönnek, akkor ezek az irányítórendszerek képesek helyreállítani a TMSZ és a szervezet szabályos anatómiai státuszát. Ehhez szükséges, hogy irányításuk tárgya-ira, a TMSZ-re és az egész szervezetre kívülről gyakorolt korrigáló befolyások hassanak. Azaz legyen jelen egy nagyon **erős negatív visszacsatolással bíró külső – a páciens szervezetén kívüli – irányító kontúr** (vezérlőkör / szabályozókör). Ilyen ráhatást gyakorló külső kontúr szerepét töltheti be a speciálisan kiképzett rehabilitológus, a szisztémás rekonstrukciós terapeuta.

Az SZRT a logikai betetőzése a szerzők tudományos kutatómunkájának, és állítható, hogy ez az alkotásuk megkoronázása. Ez egy igen nagy hatású eszköz, olyan technológia, ami nemcsak a TMSZ-re, hanem az egész szervezetre gyakorol egészségjavító ráhatást. Nagyon sokáig lehet sorolni az SZRT előnyeit, ugyanakkor nem okoz semmilyen mellékhatást, ami rendkívül ritka dolog a modern orvosi gyakorlatban. Ahhoz, hogy ilyen hatást lehessen vele elérni, a szerzőknek elemzés alá kellett venni és végeredményben el kellett utasítani a TMSZ-re ható összes létező korrigáló módszert, mivel azok nem felelnek meg a kívánt követelményeknek.

A szerzők megtalálták a megoldást a TMSZ korrigálására / helyreállítására az általuk kifejlesztett módszerrel. Hatékonyságát illetően ennek nincs párja. Mechanikai befolyást gyakorolnak a TMSZ elemeire és szöveteire Adaptív Rekonstrukciós Terápiai nyomással (ART-pressinggel), ami sok fontos tulajdonsággal rendelkezik: alkalmazkodó (adaptív),

fájdalommentes, irányultsága van (azaz vektoriális jellegű), mélyre hatoló, dinamikus, simán (durva beavatkozás nélkül, folyamatosan / könnyedén) van végrehajtva, és szelektív (különválasztó / elválasztó) hatása.

Az SZRT kulcsfontosságú előnye:

- egyetemessége, univerzális jellege (mivel a TMSZ-ben keletkező – SZD-folyamat miatt kialakuló – bármilyen patológiás állapot rehabilitálására alkalmas),
- valamint a szervezetre gyakorolt, mindenre kiterjedő befolyása, mindent felölölő ráhatása.

Az SZRT segítségével irányított önhelyreállítás / regenerálódás nem csak a TMSZ szöveteit érinti, hanem az ember összes szervét és szövetét elsősorban azért, hogy normalizálja a vérkeringést, a nyirokkeringést, az innervációt és az anyagcserét (elég megemlíteni, hogy az ember vérének 50%-a állandóan a szövetekben van). Az SZRT-vel könnyen megszüntethető sok idegrendszeri és keringési rendellenesség. Olyan zavarok ezek, amiket „nem-tiszta”, „nem azonosítható” tünetek kísérnek. Közéjük tartozik az állandó gyengélkedés, a vázizom fájdalom, a fejfájás, a vérnyomás ingadozása, a krónikus fáradtság, a rossz közérzet és a szív táji fájdalom. Ugyancsak ide kell sorolni még az ingerlékenységet, a kimerültséget, a gyengeséget, az étvágytalanságot, a fizikai és a szellemi fejlődés késését, valamint (gyermekeknél) a hiperaktivitást, a kezelhetetlenséget, illetve (felnőtteknél) a depressziót és az emocionális kiegyensúlyozatlanságot.

Az SZRT másik fontos előnye az elkülönítő, kiválasztó ráhatás és az alkalmazkodó befolyásolás. Ez az előny a folytonos és mindenre kiterjedő diagnosztizálásra épül, ami az SZRT-kezelés egész ideje alatt az ART nyomás segítségével történik. Éppen az ART nyomás említett tulajdonságai, jellemzői teszik lehetővé, hogy a többitől elkülönítve – csak az elfajult szövetekre és csak ezekhez alkalmazkodva – történjen a befolyásolás, és ne lépjen fel egész sor mellékhatás, olyanok:

- amik az emberek szokásos masszírozásakor („meggyúrásakor”) szoktak jelentkezni a klasszikus masszázs vagy más manuáltechnika alkalmazása következtében;
- amik a fizioterápia és a tűszúrásos (akupunktúrás) terápia vagy a gyógytorna alkalmazásának hatására keletkeznek.

Az említett módszereknek az alkalmazása – gyógyításmódjuk alapelvénél fogva – nem nyújthatja a kívánt szelektivitást. Éppen az ART nyomás tulajdonságainak köszönhető, hogy az SZRT alkalmazása mindig fájdalommentes és tartós pozitív hatást biztosít. A szerzők vizsgálták az SZRT után 10–20–30 évvel megjelenő következményeket is, és ezek azt mutatták, hogy a rehabilitálásukon átesett emberek lényegében „visszagombolyították” az SZD fonalát és közeledtek az anatómiailag szabályos státuszhoz. Mintha nem is léteztek volna náluk azok a súlyos patológiás elváltozások, amik miatt őket korábban kezelték: a bordapúpokkal társult scoliosis, a kyphosis, a hátgerinc és a mellkas más rendellenességei, a TMSZ egyéb tagjainál és a hátgerincnél jelentkezett durva mozgathatóssági zavarok, a hátgerinc instabilitása, a porckorongsérvek, a sikertelen gerincműtétek következményei, a sántítás, az agy súlyos vérkeringési zavarai stb.

Az SZRT harmadik legfontosabb előnyénél szeretnék megállni: a prevenciónál, a TMSZ szabályos anatómiai státusza zavarainak megelőzésében jelentkező felülmúlhatatlan hatékonyságánál. Az SZRT, periodikusan alkalmazva, a lényegében véve egészséges emberen kiküszöböli a korai stádiumban lévő, patológiás megnyilvánulással (még) nem kísért SZD következményeit. Az ember még abszolút egészségesnek érzi magát, azonban az SZD-folyamat (mivel soha nem áll meg, és ha lassan is, néha azonban gyorsan, de állandóan) „rágja és szétrágja” ennek az egészségnek a gyökereit. A betegség

nek ebben a szakaszában, különösen gyermekkorban, az SZRT idejében történő alkalmazása lehetővé teszi, hogy megelőzzék az ember jövőjét fenyegető patológiás rendellenességeket: a szörnyű bordapúpokat, a kízó vázizomfájdalmakat, a porckorongsérveket és a durva testtartászavarokat. Ennek köszönhetően válnak megelőzhetővé vagy lényegesen kisebbé az idegrendszeri, a pszichikai eredetű és a szív- és érrendszeri (a cardiovascularis) patológiás rendellenességek. Sőt, az említettek mellett a korai gyermekkorban alkalmazott SZRT lehetőséget nyújt a TMSZ egyes elemeinek növekedési korban megvalósítható, kiegészítő-javító jellegű alakítására olyankor is, amikor azoknál bizonyos veleszületett anomáliák léteznek. Meglepő eredményeket ad az SZRT alkalmazása a gyermekkori agykárosodásnál, a GYAK-nál (infantilis cerebralis paresisnél, az ICP-nél): a születésük óta felállni egyszer sem tudó gyermekek járni kezdtek, képesek lettek jelentős távolságra eljutni, önmagukat ellátni.

Képletesen szólva az SZRT lehetővé teszi az ember fokozatos „átformázását”, újralakítását, helyreállítja a test anatómiai szabályosságát és szépségét. Sőt, amikor az ember nem is panaszodik TMSZ-problémákra, csupán szeretne szépnek látszani: az SZRT az ilyen esetekben is tud hatalmas kozmetikai hatást nyújtani. Arányosabbá teszi a testet, élénkíti az izmokat, javítja a testtartást, megszünteti a test egyes részeinél fennálló (oda nem illő) teltségeket, megszünteti a lazakötőszöveti gyulladást (a cellulitist), képes átformálni a női mellet (nagyobbá vagy kisebbé), helyreállítja az arcbőrt, kisimítja a ráncokat. Mindezt a legegyszerűbb szerszámmal, az emberi kézzel valósítja meg. Az emberi test fizikai rehabilitációjának ilyen csodáit mindenféle kiegészítő berendezés nélkül lehet elérni, kimondottan a rehabilitológus kezeivel és az agya irányítása alatt (ami rendelkezik az SZD-elmélet és az SZRT technológia ismeretével). A szerzők mindezt széleskörű gyakorlatuk számos példájával demonstrálták (Európa és Amerika sok országában 30 éven keresztül folytatott kísérleteikkel és munkáikkal).

Igen, az első felszínes pillantásra az SZRT gyakorlati eredményei csodának tűnnek. Ennek a csodának azonban van reális, szilárd elméleti alapja: a szisztémás destrukció elmélete. Ez az elmélet tárja fel és mutatja be a TMSZ szisztémás jellege pusztulásának univerzális mechanizmusát. Ennek az elméletnek a tanulmányozása nyomán válik érthetővé, hogy minden lokális patológiás folyamat a TMSZ általános szisztémás patológiás folyamatának elválaszthatatlan része. És nem lehet elkülönítve kezelni egyes részeket úgy, hogy nem kerül sor az egész TMSZ (az egész rendszer) patológiás állapotának a felszámolására. Az SZRT sikere és egyetemessége (univerzalitása) éppen az ilyen szisztémás hozzáálláson nyugszik: azon, hogy szisztémásan lett megközelítve a TMSZ patológiás állapota (és az eliminálásának módszertana is; vagyis a TMSZ szabályos anatómiai státuszának, rendszeriségének a helyreállítása). Bármivel fordul az ember a szerzőkhöz, ők rögtön a fő problémával, a minden embernél létező globális problémával kezdenek foglalkozni a szervezet fizikai rehabilitációjára szolgáló saját technológiájuk (az SZRT) segítségével. Ennek az a következménye, hogy automatikusan felszámolódik a TMSZ minden lokális destruktív elváltozása, az idegrendszer vezetőképességénél és az erek áteresztőképességénél keletkezett minden általános, szisztémás rendellenesség, zavar. Ez aztán soha nem látott, bámulatos eredményt szolgáltat: mind a TMSZ, mind pedig az egész szervezet sokféle krónikus és addig gyógyíthatatlannak tartott betegségének az eltűnését.

Nem kis fáradság árán idáig jutva megállapíthatom, hogy lehetetlen értékelni vagy legalább felsorolni egy recenzió néhány oldalán e könyv minden fontos momentumát. Ugyanis a bemutatott eredmények annyira újak, annyira fontosak és oly gyakran tük-

röződnek vissza a könyvben, hogy lehetetlen őket tömörítve, rövid formában ismertetni. Emiatt csupán javasolni lehet az olvasóknak, hogy közvetlenül (saját maguk) ismerkedjenek meg ezzel a kiemelkedő munkával, ami nemcsak saját korára vonatkozóan látszik élenjáró műnek, hanem sok eljövendő évre vonatkozóan is progresszív mű marad.

Ennek a tudományos kutatómunkának a terjedelme, az újdonságok foka és volumene egy egész akadémiai kutatóintézet munkájának felel meg. Az elért eredmények annyira jelentősek, hogy az orvostudomány új irányát nyitják meg, amiben sok évtizeden át hasznos kutatások fognak folyni, és sok doktori disszertáció megvédésére kerül majd sor.

Ez azt jelenti, hogy az itt tárgyalt elméleti felfedezések kidolgozóinak, e könyv szerzőinek alapvető tudományos – és nehéz gyakorlati – munkája érdeme szerint lesz értékelve, a könyv pedig az olvasók nagy érdeklődését váltja majd ki.



Professzor Pereverzev A. Sz.,
a tudomány és technika érdemes művelője,
Ukrajna Állam-díjjal kitüntetett tudós,
az orvostudományok doktora

ELŐSZÓ

Ennek a könyvnek a megjelenése rendkívüli eseményt jelent, mivel **tartalma** – terjedelme és unikális jellege alapján – **ritka összekapcsolása az ember szervezetét vizsgáló új, interdiszciplináris elméleti kutatásoknak és ezek gyakorlati alkalmazásának.**

30 évi sikeres gyakorlat támasztja alá és igazolja a szerzők által

- felállított elmélet igaz voltát (az ember támasztó-mozgató szervrendszerének – TMSZ-ének – szisztémás destrukcióját feltáró elmélet helyességét);
- kidolgozott SZRT technológia hatékonyságát (az SZD megelőzésére és a vele való szembenállásra szolgáló szisztémás rekonstrukciós terápia – SZRT – eredményességét).

A szerzők, akik az általános rendszerelmélet, az irányításelmélet, a szisztémás elemzés, és a fizikai rehabilitáció szakemberei, e könyvben meggyőzően bizonyítják, hogy a modern orvostudomány a mai napig nem rendelkezik olyan – egységes, összefüggő – elmélettel, ami képes visszatükrözni azoknak a destruktív zavaroknak a lényegét és mélységét, amelyeknek az ember életében a TMSZ-e ki van téve. Ilyen elmélet hiányában viszont szó sem lehet hatékony diagnosztikáról és a hasonló bajok gyógyításáról.

E könyv szerzői megoldották ezt az alapvető orvostudományi problémát. Az SZD-elmélet azt állítja, hogy a (születéskor fennálló – veleszületett – és a későbbi) rendellenességek, traumák, betegségek, statikai és dinamikai terhelések stb. – vagyis a TMSZ-t romboló tényezők – következményeinek fejlődési mértékét, halmozódásának fokát követi az ember irányító szerve (IR), az agy. A szervezet energiafelhasználásának minimalizálása céljából az agy az említett zavarokhoz adoptálja a TMSZ-t olyképpen, hogy megváltoztatja a TMSZ elemeinek organikus szerkezetét. A szervezet szisztémás tulajdonságainak következtében a TMSZ megváltozott elemei és a környezetükben lévő, velük szomszédos elemek idővel nem-anatómiai felhalmozódásokat, azaz konglomerátumokat hoznak létre. Ezek megkeményedett, elfajzott, összeragadt, egyetlen egységgé összepréselődött izmokból állnak, valamint a hozzájuk tartozó izompólyákból, inakból, ínszalagokból, porcokból és csontokból. Ezek a képződmények összegyűlt lerakódásokból kialakult – úgynevezett – üledékes struktúrák és hiperstruktúrák. Létrejöttük következményeként a TMSZ anatómiailag független elemei mechanikai kapcsolatba kerülnek egymással, ami az alábbiakhoz vezet:

- a belső mechanika dezorganizációjához;
- az egész csont-izom konstrukció elemeinek kaotikus térbeli eltolódásához (az emberi test deformálódásához);
- a szervezet azon szerveinek és rendszereinek az eltolódásához, amelyek támasza a TMSZ;
- az egész szervezet vérkeringésénél és beidegzésénél jelentkező zavarok fellépéséhez;
- a szervezet anatómiai státuszának szabálytalanná válásához.

A szisztémás destrukciót mindig pozitív visszacsatolás veszi körül, azaz állandóan erősíti önmagát. Ezért a szisztémás destrukció – pótlólag fellépő külső ráhatások nélkül – képes általánossá válni, elterjedni az egész TMSZ-ben.

A hátban, a nyakban, a derékban jelentkező érthetetlen „fájdalmak” és az egyéb, vázizmokban fellépő fájdalmak, az izomkötegek triggerpontjai és triggerzónái, az osteochondrosis, a porckorongsérvek, a gerincferdülés, a csonttritkulás stb., valamint az

idegrendszer vezetőképességénél és az erek átjárhatóságánál tapasztalható, az egész szervezetben megnyilvánuló zavarok: mind-mind a TMSZ általánossá vált, szétterjedt szisztémás destrukciójának egyedi, részleges megnyilvánulásai. Elsősorban a TMSZ izomszöveteinek (később aztán az összes többi szövetének és elemének) mindent magával ragadó organikus elfajulását kifejező megnyilvánulásai.

A szisztémás destrukció mechanizmusának tanulmányozása és ismertetése után az SZD-t akadályozó, vele szembeszálló új technológiára tesznek javaslatot a szerzők: a szisztémás rekonstrukciós terápiára. Az SZRT magának a szervezetnek nyújt segítséget ahhoz, hogy az megfordítsa a szisztémás destrukciót, vagyis helyreállítsa és fenntartsa saját szabályos anatómiai státuszát. A TMSZ minden elemét és minden szövetét érintő – adaptív, szelektív, korrigáló jellegű – mechanikai ráhatások komplexumát képviseli az SZRT.

Az SZRT segítségével 40 000 ember TMSZ-ét állították helyre a szerzők a világ különböző országaiban, többek között: Ukrajnában, Oroszországban, Magyarországon, Németországban, Hollandiában, Ausztriában, Franciaországban, Olaszországban, Görögországban, Csehországban, Szlovákiában, Romániában, Szerbiában, Argentínában, Brazíliában, Chilében, Kanadában, az Amerikai Egyesült Államokban stb. Ennek eredményeként a legsúlyosabb rendellenességek közé tartozó bajokat eliminálták:

- 4-es súlyossági fokozatú, gerincferdüléshez (kyphosishoz) társult bordapúpok,
- csigolyaköztí (intervertebrális) porckorongsérvek sokasága,
- csonttritkulások,
- a TMSZ némelyik veleszületett rendellenessége (gyermekeknél),
- vázizmokban jelentkező fájdalmak,
- az izmok rendellenes fejlődése és sorvadása (disztrófia és atrófia),
- bármely típusúhoz tartozó testtartászavarok,
- hátgerinc-instabilitás,
- alaki aránytalanságok (köztük nők emlőinek aránytalansága),
- vegetatív idegrendszeri zavarok,
- krónikus fáradtság,
- lelki-érzelmi (pszicho-emocionális) zavarok,
- álmatlanság (insomnia),
- fejfájások és szív táji fájdalmak,
- gyermekeknél a fizikai fejlődés késése,
- gyermekek és felnőttek testsúlyzavarai,
- és egyéb, eddig gyógyíthatatlannak tartott, az egész szervezetet és az egész testet érintő bajok és deformitások.

A szisztémás rekonstrukciós terápia említett sikerei – és ami a fő: a megelőzés területén jelentkező korlátlan lehetőségei – megengedik annak a következtetésnek a levonását, hogy: **az SZRT – az orvostudomány új ágaként – nagy jövővel rendelkezik.**

I. RÉSZ

A SZISZTÉMÁS REKONSTRUKCIÓS TERÁPIA (SZRT) ELMÉLETI ALAPJAI

1. FEJEZET

BEVEZETÉS

Jelen könyvben megkíséreljük közérthető formában ismertetni az emberi szervezetre – erre a bonyolult biológiai önszervező rendszerre – vonatkozó, több tudományágra kiterjedő (interdiszciplináris) elméleti és gyakorlati kutatásainkat, valamint ezek alkalmazásakor az ember fizioterápiás rehabilitációja terén gyűjtött tapasztalatainkat. Nem szokványos úton jutottunk el az orvostudomány aktuális problémáinak a megoldásához. Megvizsgáltuk a problémás kérdéseket más tudományok, mégpedig az általános rendszerelmélet, a rendszerelemzés és a vezetéselemélet szemszögéből is, mivel szakértőknek tartjuk magunkat az ismeretek eme területein. Figyelmünket legelőször az a probléma keltette fel, ami itt van mindenki szeme előtt, és – véleményünk szerint – alapvető a betegségek többségének megelőzésében, viszont az orvostudomány említésre méltónak sem tartja. Ez alatt a támasztó-mozgató szervrendszer (TMSZ) szabályos anatómiai státusza fenntartásának (az egyén / az individuum egész életciklusa alatti megőrzésének) a problémáját értjük.

Attól a pillanattól fogva kezdődött el munkánk az említett irányban, amikor érdeklődni kezdtünk az iránt a tény iránt, hogy az emberek többségének nem arányos (nem proporcionális) az alakja, és az emberi testek többségének felépítése messze van a tökéletestől. Ugyanakkor nyilvánvaló, hogy az embernek, a „homo sapiens” biológiai faj képviselőjének sajátja, hogy olyan szabványos (standard), arányos, anatómiailag szabályos alakja legyen, mint amilyent az anatómiai atlaszokban ábrázolnak. A valóságban azonban egyikünknek sem tökéletes (nem „standard”) a felépítése, amin nincs megütöközni való, mert úgy véljük, hogy ez normális dolog. Fordítsuk csak figyelmünket az állatokra: testük színében és eltérő mértékű teltségében megnyilvánuló különbözőségük ellenére ugyanazon fajhoz tartozó összes képviselőjüknek gyakorlatilag egyformán arányos a teste. Az állatokra vonatkozóan olyan fogalmak, mint a „TMSZ deformációja”, a „gerincferdülés” – ha alkalmazzák is őket, akkor is – csak nagyon ritkán fordulnak elő, és az ilyen esetek mindig súlyos sérülésekhez (traumákhoz) kapcsolódnak.

Az emberek viszont egészen eltérő testfelépítésűek, „nem szabványosak”, amit normálisnak, rendben lévőnek tartanak. Az embereknek az tűnik természetesnek és nyilvánvalónak, hogy ha az arcuk különböző, akkor az alakjuknak, a testfelépítésüknek is különbözőnek kell lennie. Mi ezt a „természetest és nyilvánvalót” kétségbe vontuk, és felvetettük azt a hipotézist, hogy az emberi test térszerkezetében (konfigurációjában) tapasztalható, szabványmintától (etalontól) való eltéréseknek a nagy része nincs a sors által eleve elrendelve, hanem a szervezet fejlődése és élettevékenysége során alakult ki. Ezzel kapcsolatban felvetődik az a kérdés, hogy milyennek kell lennie ennek az etalonnak. Véleményünk szerint az emberi test etalonja alatt a mindenre kiterjedő szabályosságát kell érteni, ami magában foglalja a TMSZ-elemek összetételének és szöveti tulajdonságainak, valamint ezen elemek formájának és térbeli elhelyezkedésének anatómiai szabályosságát.

Az „anatómiai szabályosság” szavak megjelenése gondolkodásunkban azonnal az orvostudomány egyik ágához vezetett bennünket, történetesen az ortopédiához, mivel éppen a TMSZ határozza meg az emberi test külső alakját. Az ortopédia a meghatározás [1] szerint az emberi test deformációinak (normális alaktól való eltéréseinek) felismerésével, megelőzésével és gyógyításával foglalkozik. Mi az orvostudomány eme területével foglalkozó számos irodalmi forrás tanulmányozása után megértettük, hogy a problémát sokkal szélesebb értelemben kell vizsgálnunk. Az ortopédia – klinikai irányultságánál fogva – a TMSZ nyilvánvaló patológiás állapotaival foglalkozik; mindezekelőtt a traumás esetekkel, a súlyos születési és a veleszületett rendellenességekkel és más deformációkkal, amikor ezek heveny stádiumba kerültek és már betegségnek nevezhetők. Emellett az ortopédia ezeket különálló testrészenként vizsgálja, és nem teszi fel a TMSZ szabályos anatómiai státuszának kialakulására és – az egyén minden életszakaszában – épségben való fenntartására vonatkozó kérdést.

Mi viszont elhatároztuk, hogy ezt a problémát szisztémás megközelítéssel fogjuk elemezni és megvizsgáljuk azokat a deformációkat is, amelyeket az ortopédia vizsgál, és azokat is, amelyek egyszerűen a szabálytalan, az ember számára nem kívánatos testkonfigurációhoz vezetnek. Ilyen például a nagyon nagy vagy nagyon kicsi testmagasság, az egyes testrészek, például a végtagok hosszúságának aránytalansága, ezek csúnya formája stb. Vizsgálataink során kiderült, hogy a fent említett példák ugyanannak a folyamatnak a különböző megnyilvánulásai. Például sok ember teste deréktól felfelé és lefelé nem egyformán telt. Ez különösen a nőknél észrevehető, például a széles, masszív vállak, telt karok, nagy mellek mellé sovány medence, sovány csípő és sovány láb társul; vagy fordítva: a masszív medencéhez és kövér lábakhoz kicsi mellek, kiálló kulcsontok, sovány nyak társul. A test alaki hibáinak eme listáját még nagyon sokáig lehetne folytatni. Másik példa: a vékony, 2 méter magas, sápadt, szürke arcú fiatalemberek esete, akik még katonának sem alkalmasak; vagy az alacsony, majdnem kocka alakú, kövérségtől felfújódott testű férfiak és nők példája. Érthető, hogy ezeket a deformációkat az ortopédia nemcsak megelőzni képtelen, hanem ilyen célt soha nem is tűzhet maga elé. Ezek az emberek talán nem szeretnék arányos, karcsú, középmagas testűek, finoman ívelt alakúak, vonzóak lenni? „De hiszen ezek egyszerűen egyéni adottságok, ezeket nem lehet megváltoztatni” – így jellemezték az ortopédus orvosok a hasonló deformációkat, amikor kikértük a véleményüket. Nem értettünk velük egyet és felvetettük azt a hipotézist, hogy először is a természet minden emberbe beprogramozta, hogy a test proporcionális, anatómiailag szabályos legyen; másodszor: az emberi szervezet egész életen át ennek a programnak a megvalósításán dolgozik.

Ha tényleg mindannyiunk testének anatómiai státusza kisebb-nagyobb mértékben eltér az etalontól, akkor ez nem genetikai norma, hanem kóros elváltozás, patológiás deformáció. Ez pedig azt jelenti, hogy mindannyiunk teste destrukciós elváltozásokon ment keresztül, amik olyan organikus elváltozásoknak számítanak, amiket a szervezet önmaga erejével nem tud visszafordítani. Továbbfokozódásuk a TMSZ súlyos deformitásaihoz vezet, amiket már betegségnek lehet nevezni, hiszen krónikus lefolyásúak, amiket az ortopédia sem képes megelőzni, sőt, lényegében véve radikálisan gyógyítani sem tud.

Ismeretes, hogy a forma határozza meg a tartalmat. Ha a valós alakok, az emberi testek nagyon eltérnek az etalontól, mert súlyos hibájuk, ferdülésük van; ha az ember csontváza eldeformálódott, az izmai pedig annyira elfajultak, hogy tömör, összenőtt, összepréselődött kemény páncélt képeznek, akkor érthető, hogy:

- a gerinc szerkezete károsodni fog,
- az összes belső szerv el fog tolódni anatómiailag szabályos helyéről,
- károsodni fog a térbeli geometria, valamint az ér- és idegrendszer működőképessége.

Ebből logikusan az következik, hogy a TMSZ etalontól való eltérései sok zavart okoznak az egész szervezet működésében, és magát a szervezetet patológiás állapotokra, betegségekre hajlamosítják. A TMSZ etalontól való eltérésének folyamatát elneveztük **a TMSZ destrukciójának**; ugyanakkor a TMSZ-elemek összetételének és szöveti tulajdonságainak a szabályos anatómiai státusztól való összes eltérését – közéjük számítva formájuk és térbeli helyzetük eltéréseit is – **destruktív elváltozás** kifejezéssel jelöltük.

Mit mond ezzel kapcsolatban korunk orvostudománya? Az irodalmi források elemzése és maga az élet is azt mutatja, hogy az ortopédia és ennek legújabb válfaja, a csigolya-ideggyógyászat (vertebro-neurológia) súlyos krízisben van a TMSZ destruktív elváltozásaira vonatkozó elméleti kérdéseket illetően. A degeneratív csontosodási zavar (osteochondrosis) elméletén kívül, vagy ahogyan ma nevezik: a porckorong eredetű (diszkogén) betegség elméletén [10] kívül (ez az egyetlen olyan elmélet, ami a TMSZ destrukciójának végső stádiumában a zavarok korlátozott csoportjára vonatkozóan többé-kevésbé pontosnak tűnik) csak a „hátfájás” fogalom (a nyakcsont, a keresztcsont – és más testrészek – fájdalmának fogalma) létezik.

A világon megjelent számos publikáció szerzője már nem tartja értelmetlenségnek, hogy a betegség szimptomáját, azaz magát a fájást önálló diagnózisnak tekintse. Sőt, ezt a szót ki is emelje a publikációi címében [16, 19, 26, 29, 38, 50, 51, 54, 56, 57, 62, 65, 69, 71, 74, 76, 77, 79, 88, 92, 97, 102, 103, 107–116, 120]. A WHO ennél tovább megy. 2003. évi közlönyében [2] szó szerint a következőt állítja: „Nem betegség a hátfájás, és nem is valamilyen diagnosztikai tényező. Ez egy szakkifejezés, ami az anatómiai téren jelentkező, különböző időtartamú, olyan gyakran nyugtalanító fájdalmat jelenti, hogy a külső és a belső ingerekre adott reakciók paradigmájává, mintájává vált. Például: „Ó, a fájós hátam!” mondat annak a kifejezésére szolgál, hogy az embert nyugtalanítja valami. A hátfájás elterjedtsége / gyakorisága körülbelül egyforma az egész világon. Ez az egyik fő (gyakran az első) oka a munkaképesség elvesztésének és a rokkantságnak, az életszínvonal csökkenésének és az orvoshoz járásnak. Azonban sok esetben okai nincsenek feltárva és meghatározva; és csak az esetek kisebb részében van közvetlen kapcsolata egy meghatározott szerv megbetegedésével”.

Ugyanakkor a világ egyik fontos orvostudományi szaktekintélyének számító WHO egyúttal hangsúlyozza ennek a problémának a jelentőségét is: „Ezért tehát a nem specifikus hátfájás – a diagnosztizálást és a gyógyítást illetően – fontos problémának látszik. Az Angliában végzett kutatások a hátfájást a fiatalság munkaképesség-elvesztésének leggyakoribb okaként definiálták. A kutatás kimutatta, hogy a hátfájás évente 100 millió munkanap kieséséhez vezet. A svédországi kutatások azt mutatták, hogy az 1980. évi (hátfájás miatti) 7 millió munkanap kiesés 1987-ben a négyszeresére, 28 millióra nőtt”. Egy másik szaktekintély, az USA Nemzeti Egészségügyi Intézete a következő szavakkal jellemzi ezt a problémát: „Az amerikaiak legalább 50 milliárd dollárt költenek a hátfájásra évente, ami a munkaképesség elvesztésének leggyakoribb oka és a munkaidő-kiesés vezető tényezője. A hátfájás a második leggyakoribb neurológiai betegség az USA-ban a fejfájás után.” [3].

Paradox és különös, hogy az orvostudomány nem ismeri fel, hogy a vázizom (skeletal-muscularis) fájdalmak – amiknek gyakori esetét pont a „hátfájások” jelentik – a TMSZ szabályos anatómiai státusza károsodásának, vagyis destrukciójának a következményei.

Ez pedig éppen az organikus megbetegedéssel fennálló közvetlen kapcsolatuk létezését jelenti, mivel a TMSZ destrukciója – a meghatározás szerint – organikus zavar, szervi rendellenesség. Hogyan történhetett az, hogy egy ennyire fontos problémának nem csak hogy nincs megoldása, hanem mostanáig hiányzik lényegének a megértése is? Mi azt gondoljuk, hogy ennek a krízisnek – az elmélet hiányára vonatkozó krízisnek – az ismeretelméleti (gnoszeológiai) gyökerei a TMSZ-kutatás egyoldalú megközelítésében rejlenek. Az orvostudományra jellemző, hogy az emberi szervezet életműködésének és patológiájának a vizsgálatánál keresi az ok-okozati összefüggéseket: a „Miért?” („Mi miatt?” / „Minek a következtében?”) kérdés megválaszolásakor. Ugyanakkor az orvosok a kutatásaikban soha nem teszik fel úgy a kérdést, hogy „Mi végett?”, vagyis „Mi célból?” („Minek az érdekében?”), jóllehet, ők mindenkinél jobban tudják, hogy az emberi szervezetet a legtökéletesebb irányító rendszer (IR), az agy irányítja. Az irányítórendszereknek pedig az a jellemző tulajdonságuk, hogy mindig van célkitűzésük. Azért kell az IR ilyen tulajdonságára odafigyelnünk, mert vannak a szervezetben olyan folyamatok, beleértve a kóros folyamatokat is, amelyek mechanizmusát nem lehet megérteni, ha azt kérdezzük: „Miért?”. Viszont könnyen érthetővé válik mechanizmusuk, ha úgy van feltéve a kérdés: („Minek az érdekében?”) „Milyen céllal?” működik ez a mechanizmus. Ez teljes mértékben vonatkozik a támasztó-mozgató apparátusra és ennek destruktív elváltozásaira. Még az orvostudománynak is sajátja az elemző hozzáállás, vagyis a TMSZ betegségeinek testrészek – különálló elemek, különálló szövetek – szerint történő szétválasztása és konkretizálása. Ez helyes klinikai hozzáállás egy konkrét beteg konkrét betegségének a gyógyításakor. Amikor azonban a valós dolgok (a reáliák) olyanok, hogy érthetetlen okból mindenhol fáj, de a „fájdalom” helyén nincsen semmilyen sajátos (specifikus) elváltozás [19, 29, 31, 32, 93, 121], akkor logikus felvetni a TMSZ tanulmányozásának és patológiás állapotának a szisztémás megközelítésére irányuló kérdést.

Ahhoz, hogy bebizonyítsuk a destruktív változások szisztémás jellegére vonatkozó hipotézisünket, el kellett távolodnunk az orvostudomány konkrétságától, és vizsgálatainknál a TMSZ-t bonyolult biomechanikai önszerveződő rendszernek kellett tekintenünk. Ez természetesen elvezetett minket ahhoz, hogy az általános rendszerelmélet, a rendszerelemzés és az irányításelmélet kategóriái és szakkifejezései szerint vizsgáljuk az embert. Azt tűztük ki célul, hogy az ember TMSZ-ében létrejött destruktív elváltozások fejlődési mechanizmusát elméletileg összefoglaljuk, tudományosan leírjuk. Kutatásaink során felfedeztük, hogy a TMSZ szisztémás szerveződésének károsodása terjeszkedő jellegű. Olyan jelenség, amit máris beindít az anatómiai normától való legelső (a TMSZ szervezetétől független) nem-szisztémás eltérés; ezt a folyamatot mi szisztémás destrukciónak (SZD-nek) neveztük el. Aztán megtanultuk a gyakorlatban felismerni a bárki TMSZ-ében lévő szisztémás destrukció konkrét megjelenési formáit. Később megtanultuk azt, hogy hogyan kell ezeket befolyásolni mind az anatómiai státusz már meglévő, etalontól való eltérései megszüntetése céljából, mind pedig a destruktív elváltozások megelőzése céljából.

Az általunk kidolgozott új technológiát, ami a TMSZ-re gyakorolt korrigáló mechanikai ráhatások technológiája – aminek sehol nincs analógiája –, elneveztük szisztémás rekonstrukciós terápiának, SZRT-nek. Ez a technológia lehetővé teszi, hogy átalakítsuk a TMSZ elemeinek és szöveteinek organikus elváltozásait és ellenhatást gyakoroljunk a szisztémás destrukcióra.

További kutatásaink lehetővé tették azon következtetés levonását, hogy a TMSZ egyetlen betegségét sem szabad vizsgálni és gyógyítani a TMSZ-ben lévő szisztémás destruk-

tív elváltozások folyamatának megértése nélkül. Mivel ezek az elváltozások mindig organikusak (azaz a TMSZ szöveteinek összetétele és szöveti tulajdonságai változnak), az ilyen elemeknél deformációk keletkeznek. Kezdetben ezek a deformációk jelentéktelenek, de már ezek is megbontják a test arányosságát és konfigurációját. Később ezt a kóros folyamatot – az idegek vezetőképességének és az erek átjárhatóságának a zavarát – magával ragadj a pozitív visszacsatolás. A folyamat térben és időben tovább növekszik: akadályozza a TMSZ szöveteinek vérkeringését és anyagcseréjét; a TMSZ elemeinél és a szöveteinél súlyosabb degeneratív-disztrófiás (elfajulásos-fogyatékos fejlődési) elváltozáshoz vezet és eléri a betegség szintet. E folyamat alatt fájdalmak keletkeznek a TMSZ-ben.

Éppen az SZD az oka a hát-, a nyak- és a derékfájásnak, valamint az olyan – legsúlyosabbnak számító – rokkanttá nyomorító betegségeknek is, mint a porckorongsér, a púposság (kyphosis) és a gerincferdülés (scoliosis). Sőt, az emberi szervezet struktúrájával kapcsolatos mindazon megbetegedések többségének is okozója, amik a vérkeringés és a beidegzés zavara következtében keletkeznek. Példának hozzuk fel a vegetatív idegrendszer zavarával kapcsolatos kóros izomtónus-rendellenességet (vegetatív dystóniát), az agy vérkeringésének elégtelenségét, a fejfájásokat, az álmatlanságot, a krónikus fáradtság szindrómáját, a szívfájást és a szívritmuszavart, a gyermekek fizikai és értelmi fejlődésben való lemaradását, a minden ok nélküli, állandó betegségérzetet és a sok idegi-pszichikai lehangoltságot, zavart.

További gyakorlatunk megerősítette azt a tényt, hogy a TMSZ szabályos anatómiai státuszának SZRT segítségével megvalósított rehabilitációjából származik, a helyreállítása következményének tekinthető:

- nemcsak az emberi test sok fizikai fogyatékoságának eltűnése,
- hanem összes degeneratív-disztrófiás sérülésének megszűnése is.

Mindez a TMSZ szövetei és elemei ön-helyreállítási (regenerálódási) folyamatának beindításával valósul meg, és elvezethet oda, hogy:

- a csigolyaközi porckorongok helyreállnak és a gerinc anatómiailag szabályos alakja visszatér,
- a bordapúpok eltűnnek,
- a TMSZ-ben érzett fájdalmak megszűnnek.

Ezenkívül az SZRT – azzal, hogy eredményesen helyreállítja a TMSZ idegrendszerének a vezetőképességét és a vérkeringést – helyreállítja az egész szervezet egészségét, normalizálja az összes szerv és rendszer működését. A gyakorlat azt mutatta, hogy nem lehet kiválóan meggyógyítani a szervezet egyetlen rendszerét sem, egyetlen belső szervét sem (főként, ha a szívről, az agyról és az érrendszerről van szó), ha a gyógyítással párhuzamosan a TMSZ-nél nem akadályozzák meg az SZD-t, és nem állítják helyre annak szabályos anatómiai státuszát.

Az SZRT alkalmazását a kis gyermek első életéveitől kell elkezdeni. Ez lehetővé teszi az SZD megelőzésének megvalósítását és ellenőrzés alatt tartását. A TMSZ állandó monitorozása (megfigyelés alatt tartása) és SZRT-vel való korrigálása nem engedi, hogy degeneratív-disztrófiás elváltozások és deformációk fejlődjenek ki az emberi testben; még akkor sem, ha ezeknek az oka a test szöveteinek veleszületett rendellenességében rejlik. Az SZRT lehetővé teszi az emberi alak sok fizikai hiányosságának a korrigálását, mivel nem engedi meg ezeknek a növekedését, TMSZ-betegség szintjéig való kifejlődését. Korai alkalmazása pedig lehetőséget nyújt ahhoz, hogy az ember anatómiailag szabályos, standard testet alakítson ki és fenntartsa ezt ebben az állapotban, késleltetve vele az öregedés folyamatát.

2. FEJEZET

A TÁMASZTÓ-MOZGATÓ SZERVRENDSZER (TMSZ) SZISZTÉMÁS DESTRUKCIÓJÁNAK (SZD) ELMÉLETI ALAPJAI

Az agy irányítja az emberi szervezetet, beleértve a támasztó-mozgató szervrendszert (a TMSZ-t) is. Az irányításelméleti szakkifejezésekben a TMSZ az irányítás tárgyát jelenti, az irányításáért felelős megfelelő agyi területek pedig a támasztó-mozgató szervrendszer irányítórendszerét (TMSZ-IR-t). Az egész emberi szervezethez viszonyítva a TMSZ alrendszert jelent, a szervezet irányítórendszere (a szervezet IR-e) pedig – a TMSZ-IR-hez képest – egy magasabb szintű rendszert képvisel. A TMSZ bonyolult biomechanikai önszerveződő rendszert testesít meg. Anatómiai szempontból a TMSZ a csont-izom rendszert (CSIR-t) foglalja magában és az emberi idegrendszer azon szegmentumait, amelyek a CSIR irányításáért felelősek. A legtöbb esetben értelmetlen a CSIR-t külön (az irányítórendszer figyelembevétel nélkül), egymagában vizsgálni, hiszen éppen az IR felel a test térbeli, határozott helyzetben tartásáért és mozgásáért. Állandóan ható idegrendszeri jelek (szignálok) nélkül (azaz olyankor, amikor az izomzat teljesen el van lazulva) a CSIR arra fog törekedni, hogy a hozzá tartozó elemek minimális mennyiségű potenciális energia felhasználásával járó helyzetet foglaljanak el; vagyis essenek el és legyenek fekvő helyzetben. Munkánkban a TMSZ-t azon feltételezés mellett vizsgáljuk, hogy irányítórendszere mindig működőképes. Azaz olyan állapotot, mint a bénulás, nem vizsgálunk.

A TMSZ – különálló anatómiai egységekből – egymással kapcsolatban álló elemekből áll: csontokból, ínszalagokból, porcképződményekből, inakból, fasciákból (izompólyákból / kötőszövetekből) és izmokból. Bármennyire különös, nem lehet pontosan megjelölni a TMSZ alkotóelemeinek a mennyiségét [117, 118]. Úgy számítják, hogy az embernek több mint 200 csontja és körülbelül 700 izma van. Miután kutatásaink számára nincs elvi jelentősége annak, hogy egy TMSZ pontosan hány anatómiai egységből áll, közelítésként feltételezzük, hogy 3000-ból.

A TMSZ-IR a szervrendszer aktív elemeit képező izmok segítségével irányítja a TMSZ mechanikáját. „Irányítás” fogalom alatt mindig egy – nyilvánvalóan vagy nem nyilvánvalóan kifejezett – meghatározott cél elérésére irányuló bizonyos tevékenységet értenek [139]. Ezért a TMSZ bármilyen orvosi nézőpontból történő tárgyaláskor abból az elképzelésből kell kiindulni, hogy a TMSZ céltudatosan irányítandó rendszer. Az orvostudomány ennek a rendszernek csupán szerkezetét vizsgálja: tanulmányozza e rendszer felépítését, megfigyeli az ingerületvezetési utakat, leírja az idegsejtek felépítését, az idegimpulzusok haladását az idegsejtek mentén és a legegyszerűbb irányító mechanizmusokat a reflexek szintjén. A TMSZ-IR meghatározott célkitűzéseinek szintjéig viszont soha nem emelkedik fel az orvostudomány, és nem vizsgálja az irányítás kritériumait [7–11, 13–18, 21, 23, 25, 28, 62, 63, 66, 68, 70, 72, 78, 80, 81, 92, 95, 121, 136]. Bár az orvostudomány szisztémás alapú megközelítést hangoztat, a tények azt mutatják, hogy nem rendelkezik az ezen elv realizálásához szükséges módszerekkel. A TMSZ elemeinek leírásánál mi eltekintettünk a konkrétumoktól és lemondunk e szervrendszer konkrét megbetegedéseinek bemutatásáról. Ugyanakkor a TMSZ működésének és kórtanának (patológiájának) logikai elemzését általánosságban, fő vonalakban elvégeztük. Ez elve-

zetett minket a TMSZ szisztémás destrukciója nyilvánvaló jelenségének a felfedezéséhez, amit eddig észre sem vett az orvostudomány.

Mi keveset használunk tisztán orvosi szakszavakat és még kevésbé orvosi definíciókat. Mindenekelőtt azért, mert nem léteznek orvosi szavak olyan fogalmak a kifejezésére, amikkel mi kutatásaink során dolgozunk. De azért sem, mert – még, ha sikerül is felkutatni a fogalmakhoz illő orvosi szakszavakat – többségük használata nem kellő szigorral történik, és hemzseg bennük a pontatlanság. Lehetővé teszik, hogy többféleképpen lehessen értelmezni őket. Ugyanis a szerzők nem törekszenek egységesítésre. Sőt, éppen ellenkezőleg: szeretnek bevezetni valamilyen „saját” értelmezést ezek alkalmazásánál. Emiatt ezeknek az orvosi szakszavaknak és meghatározásoknak a többségét nem lehet használni egzakt tudományok alkalmazásával folyó tudományos kutatásoknál. Ezért a témák tárgyalásánál „saját” szakkifejezéseinket és „saját” definícióinkat kellett bevezetni, amik e könyv szövegében **vastag, dőlt betűs írásmóddal** vannak kiemelve. Kezdjük a TMSZ szabályos anatómiai státuszának a meghatározásával.

A TMSZ anatómiai státusza kifejezés a TMSZ állapotát jelenti. Azaz anatómiai egységei (elemei) állapotának összességét kell ez alatt érteni, vagyis ezen elemek:

- térbeli helyzetének,
- szövetei összetételének és szöveti tulajdonságainak, valamint
- alakjainak (formáinak) összességét.

A TMSZ szabályos anatómiai státusza (TMSZ anatómiailag szabályos állapota, TMSZ etalon állapota, etalon TMSZ, ideális TMSZ) kifejezések a TMSZ olyan állapotát jelölik, aminél mindegyik eleme (mindegyik anatómiai egysége):

- anatómiailag szabályos pozíciót foglal el a TMSZ térbeli szerkezetében,
- anatómiailag szabályos szövetösszetétellel és szöveti tulajdonságokkal rendelkezik,
- anatómiailag szabályos alakkal bír.

Ebben az esetben a **TMSZ etalon állapotának zavara** (anatómiai státusza szabályosságának **rendellenessége**) kifejezésen azt az eltérést (deviációt) fogjuk érteni, ami a TMSZ legalább egy eleménél (legalább egy anatómiai egységénél) fennáll a szabályos anatómiai státuszhoz képest megnyilvánuló – legalább egy – **tartós eltérés** formájában az említett három állapotjellemző bármelyikére vonatkozóan. Még inkább vonatkozik ez arra az esetre, amikor ezek az eltérések bármilyen kombinációban, nagy számban fordulnak elő. Az etalon TMSZ-től különböző TMSZ-t **patológiásan (kórosan) elváltozott, destruált TMSZ**-nek fogjuk hívni. Ezen eltéréseknek (**destruktív elváltozásoknak**) a keletkezési folyamatát pedig a **TMSZ destrukciójának (pusztulásának)** hívjuk.

A „**tartós**” jelző azt jelenti, hogy a szervezet nem képes saját erőivel helyreállítani sérült eleme anatómiailag szabályos állapotát. A TMSZ-elem térbeli helyzetének tartós eltérését eltolódásnak (áthelyeződésnek) fogjuk nevezni.

2.1. A kutatási feladat kitűzése

A TMSZ tényleges anatómiai státusza minden embernél – élete bármelyik szakaszában – kisebb vagy nagyobb mértékben különbözik az ideálistól (az etalon állapottól). Sőt, mi több, az egyén életének előrehaladtával a TMSZ destrukciója fokozódik, azaz egyre nagyobb mértékben tér el a TMSZ a szabályos anatómiai státusztól. Mindez mechanikai szerkezetként való használatából, továbbá a szervezet közös szisztémás zavaraiából adó-

dik, valamint az öregedési folyamat következménye. Ismeretes, hogy az öregedés nem számít betegségnek, mivel természetes dolog. Ugyanakkor az öregedési folyamat alatt az egész szervezetben kóros elváltozások jelentkeznek, amennyiben a normától való eltérést tekintjük kórosnak [132]. Ilyenformán a TMSZ destrukcióját (pusztulását) az öregedési folyamat elválaszthatatlan részének lehet tekinteni.

Érthető, hogy ha az öregedési folyamat során ezek az elváltozások – gyors tempóban növekedve – bizonyos határt túllépnek, akkor olyan fájdalmak keletkeznek, amelyek végül is a szervezet pusztulásához vezetnek. A TMSZ-ben a destrukció folyamata hasonlóan zajlik, de a mai modern körülmények között agresszívebben. A tapasztalat azt mutatja, hogy az életük első éveiben lévő gyermekek többségénél már megfigyelhető a testtartás zavara, és 10–15 éves koruk után nem ritka a gerincsérv fellépte. Mindez a TMSZ – szabályos anatómiai státusztól való – eltéréseinek, azaz a TMSZ destrukciójának a következménye. Ezek az eltérések rendszerint a jóval idősebb korú emberekre voltak jellemzőek, akiknél ezeket már „természetesnek” tekintették. A TMSZ destrukciós folyamatának felgyorsulása, a természetes öregedési folyamat tempóját meghaladó sebessége a TMSZ önálló patológiájának kategóriájába – a társadalom és az orvostudomány jelentős problémáinak sorába – juttatják ezt a destrukciós folyamatot.

Magától értetődő, hogy az orvostudomány nem állíthat maga elé olyan célt, hogy az embert abszolút egészségesse vagy halhatatlanná tegye. Ugyanakkor a betegség megelőzésével foglalkozó orvostudomány célul tűzi ki, hogy megelőzze a szervezet megbetegedéseit. Lényegében véve ez azt jelenti, hogy törekszik a szervezet paramétereinek ellenőrzésére és normától való eltéréseinek a megakadályozására. Ehhez hasonló szerepet jelent az, ha ellenőrizzük a TMSZ anatómiai státuszát és megakadályozzuk az etalon állapottól való eltéréseinek kialakulását. Ugyanis ezzel ellenőrzés alá vonjuk természetes pusztulási folyamatát, visszafoghatjuk, fékezhetjük e folyamat sebességét és nem engedjük meg, hogy ez túlszárnyalja a természetes öregedés tempóját. Sőt, az is lehetséges, hogy ezzel magát az öregedés folyamatát is késleltethetjük.

A gyakorlatban nem lehet ideális (etalon) állapotot elérni a TMSZ-nél ugyanúgy, ahogy a szervezet egészségi állapotát illetően sem érhető el ideális állapot. A szabályos anatómiai státusz (az etalon) lényegében ugyanolyan absztrakciónak tekinthető, mint az egzakt tudományok sok fogalma, például: az abszolút kemény test, a pontos fényforrás stb. Az ilyen jelenségeket nem lehet ténylegesen megvalósítani, ugyanis ideális tulajdonságaik elérhetetlenek, mivel a valós anyagoknak és a valós tárgyakkal mindig jellemzőik a hiányosságok. Ennélfogva az említett fogalmak tényleges megtestesítése az életben – és az „abszolút egészséges ember” fogalom vagy az „etalon TMSZ” fogalom megvalósítása – mindig csupán bizonyos fokú közelítés az ideálishoz. Ugyanakkor kíváncsi, hogy az etalontól való eltérés minden embernél a lehető legkisebb mértékű legyen. Ennek megvalósítása érdekében a gyakorlatban mindenekelőtt arra van szükség, hogy tanulmányozzuk a TMSZ-ben fellépő destruktív elváltozások fejlődési mechanizmusát, felépítsük ennek elméletét. Ehhez azonban be kell vezetni az ideális TMSZ absztrakt fogalmát (az etalont).

Miként említettük már, az emberi szervezet olyan bonyolult önszerveződő rendszer, aminek fejlődésére és működésére irányítórendszere, az agy figyel. A szervezetben a TMSZ olyan alrendszer, amit saját irányítórendszere irányít: a támasztó-mozgató szervrendszer irányítórendszere (TMSZ-IR). A TMSZ-IR-be van betáplálva a TMSZ ideális terve, és ezt a TMSZ-IR nem csak őrzi, hanem az ember egész életciklusa alatt igyekszik megvalósítani. Mivel szervezetünk élettevékenysége nem ideális körülmények között zajlik,

a TMSZ-re ható zavaró hatások akadályozzák, hogy a TMSZ etalon állapota megvalósulhasson. Éppen emiatt a TMSZ-IR-nek nincs lehetősége arra, hogy szabályos anatómiai státuszt alakítson ki és tartson fenn. Ennek ellenére a TMSZ-IR az etalon TMSZ-állapottól való eltérés minimalizálására törekszik.

Logikailag érthető: minél jobban eltér az ember tényleges anatómiai státusza az etalonról, azaz minél súlyosabb a TMSZ destrukciója, minél szabálytalanabb a konfigurációja és minél nagyobb mértékben változik meg az emberi test szöveteinek összetétele és szöveti tulajdonsága, annál valószínűbb, hogy a testben betegségek alakulnak ki. A probléma (a szisztémás elemzés kifejezéseit használva: a kívánt és a tényleges állapot közötti különbség [138]) tehát abból adódik, hogy a TMSZ tényleges anatómiai státusza mindig eltér a szabályos anatómiai státusztól, amit a TMSZ-ben létrejövő destruktív elváltozások okoznak.

A fent említettekől következnek kutatásaink céljai, amik a következők:

- tanulmányozni kell a TMSZ destrukciójának fejlődési mechanizmusait és létre kell hozni a rá vonatkozó, vele kapcsolatos elméletet;
- meg kell alkotni a TMSZ destrukciójával szembeszálló ellenhatás módszertanát. Azaz a TMSZ anatómia státuszától (etalonjától) való eltérését minimalizáló utakat kell találni;
- ki kell dolgozni a TMSZ fizikai rehabilitációjának módszereit és a destrukciós elváltozások megelőzésének a módszereit.

2.2. A TMSZ-re gyakorolt irányítás kritériumai

A TMSZ-IR a szervezetünk élettevékenységéhez kapcsolódó folyamatban állandóan feladatokat old meg: bonyolult módon egymáshoz kapcsolódó, sőt, néha egymásnak ellentmondó feladatok sokaságát. Elsősorban minimális energiafelhasználással kell bármelyik tevékenységet vagy folyamatot végrehajtani, mivel a TMSZ a szervezet leginkább energiaigényes rendszere. Emellett azonban olyan (élettanilag fontos) folyamatok sokasága is létezik, amik állandóan fogyasztanak energiát, például a szívnek, a tüdőnek, az agynak stb.-nek a működése. Az energiakészletek viszont mindig korlátozottan állnak rendelkezésre. Ez a magyarázata annak, hogy miért ró ki „energiafelhasználás minimalizálására” vonatkozó követelményt mind a TMSZ-IR felé, mind pedig az ember más rendszerei és más szervei irányítását végző rendszerek felé az egész szervezet irányítórendszere (a szervezeti IR, ami az említettekénél magasabb szintű, azokat koordináló irányítórendszer). Az energiafelhasználás minimalizálásán kívül a TMSZ-nek más oldalról érkező parancsokat is teljesítenie kell, amiket a tudat közvetít felé; például járásra, tárgyak áthelyezésére stb.-re vonatkozó parancsokat. Ilyenkor is állandóan kiegyensúlyozott térbeli helyzetben kell tartani a testet: statikus (mozdulatlan) és dinamikus (mozgó) állapotánál egyaránt; akár pótlólagos megterheléssel nem járó, akár fizikai munka teljesítését kívánó parancsokat kell teljesítenie. Például súlyemeléskor a TMSZ-nek kell elosztania a terhelést úgy, hogy a felemelendő súly tömege ne borítsa fel a sportoló egyensúlyát, és az ne essen el. Ezen túlmenően (bármilyen funkció teljesítése közben) a TMSZ-IR-nek arra is ügyelnie kell, hogy ez a teljesítés ne vezessen a működésbe vont elemek sérüléséhez.

Ily módon az emberi TMSZ-IR állandóan sok kritérium optimalizálására irányuló feladatot old meg. E feladat kritériumai közé sorolandók: az energiafelhasználás minimalizálása, a térbeli stabilitás, az előírt mozgás sikeres teljesítése, a TMSZ elemeit érő negatív hatások minimalizálása. Az esetek többségében ezek a kritériumok nincsenek összehangolva egymással, azaz egyikük javítása elkerülhetetlenül maga után vonja egy vagy több másik kritérium rosszabbodását. Például: minél nagyobb súlyt emel fel a súlyemelő (minél sikeresebb a kívánt mozdulat teljesítése), annál több energiát ad le, annál nagyobb kárt okoz a TMSZ elemeinek. Ilyen esetben, vagyis amikor lehetetlen egyidejűleg teljesíteni mindegyik kritérium optimumát, működésbe lép az ezeket rangsoroló mechanizmus, ami szerint némelyik kritérium fontosabbnak tűnik, mint a többi. Szempontjaink alapján normális körülmények között a TMSZ-IR említett kritériumai a következő fontossági sorrendbe sorolhatók. Legfontosabb az „energiafelhasználás minimalizálása” kritérium, mivel az energiaveszteség közvetlenül az egész szervezet életképességére hat. Második helyre kerül a stabilitás kritériuma, mivel elvesztése esetén a TMSZ semmilyen hasznos funkciót nem képes betölteni. Harmadik helyre kerül az előirányozott mozgás sikeres teljesítése, és az utolsó helyre sorolandó a TMSZ elemeit érő negatív hatás minimalizálása. Megjegyzendő, hogy valamelyik pillanatban – tudatosan vagy nem tudatosan – módosulhat ez a rangsorolás: valamilyen – a TMSZ-IR számára ismeretlen – magasabb szintű cél elérése érdekében vagy a szervezet működési feltételeinek változása következtében. A súlyemelővel kapcsolatos példánál maradva ilyen eset áll fenn, ha ő tudatosan az első helyre rangsorolja a „kívánt mozgás sikeres teljesítése” kritériumot és így löki ki a súlyt, nem törődve az óriási energiaveszteséggel és annak lehetőségével, hogy elveszíti stabilitását és ezzel kárt okoz az egészségének. Az „energiaráfordítás minimalizálása” kritérium jelentősége lényegesen függ a szervezetben található pillanatnyi energiakészlettől. Ha hatalmas készlet áll rendelkezésre, akkor a szervezet IR-e jelentős energiameennyiséget különíthet el más kritériumok optimális teljesítésének elérésére. Ha a szervezet energiakészlete minimális, akkor a szervezet IR-e szigorú takarékosági működésmódra tér át, ami akár a szervezet egyes funkcióinak teljes kikapcsolásáig fokozódhat.

Minden élőlény optimális élettevékenységének domináns, fő kritériuma a „minimális energiaráfordítás” kritérium. Érvényes ez az elv a sejtek szintjétől kezdve egészen az egész szervezet szintjéig, mivel ebben a kritériumban az önfenntartási törekvés tükröződik vissza. Az energiatakarékosság külső megnyilvánulása a lustaság, ami jellemző az állatokra is és az emberre is. Például: a jóllakott ragadozó közelében veszély nélkül tartózkodhatnak azok az állatok, amelyek számára korábban (szó szerint néhány perccel jóllakottsága bekövetkezése előtt) táplálékul szolgálhattak volna. Az energiával való takarékoskodás szükségessége miatt törekednek lefeküdni az állatok táplálékuk elfogyasztása után, ugyanis a táplálék megemésztése energiaigényes folyamat. Az emberek többsége gyakran kényszerül akaraterővel legyőzni a lustaságot, és e tekintetben nincs különbség fizikai vagy szellemi munka „nem kívánása” között. Ugyanezen ok miatt a sportolóknál nem szívesen „engedélyezi” a TMSZ-IR, hogy elérjék izmaik hipertrófiáját (az izmaik túltengő megnagyobbodását); ez ugyanis pótlólagos energiát követel.

Ilyenformán a minimális energiafelhasználás közös kritériuma alá van rendelve a szervezet bármelyik alrendszerének irányítórendszere, függetlenül lokális, helyi céljaitól és feladataitól. Emlékezve ezen alapelvre, vizsgáljuk meg most a TMSZ-IR szisztémás célját. Ez nem más, mint a TMSZ térbeli stabilitásának a biztosítása, ami sikeres működésének elengedhetetlen feltétele.

2.3. A biomechanikai rendszert képviselő TMSZ stabilitása

A támasztó és a mozgató funkciók végrehajtásához, valamint a tárgyak munkavégzés közbeni áthelyezéséhez a TMSZ-nek a térben mechanikailag stabilnak kell lennie mind statikus (álló), mind dinamikus (mozgással kísért) állapotában: enélkül elképzelhetetlen az ember élettevékenysége. Ugyanakkor a majdnem 3000 anatómiai egységből álló TMSZ szerkezetileg rendkívül instabil, ugyanúgy, mint az összes élőlény TMSZ-e. Az élő testek térbeli stabilitása csakis a TMSZ-IR (az idegrendszer) meglétének köszönhető. A TMSZ-IR állandóan figyeli a TMSZ térbeli helyzetét, és ezt operatíván irányítja oly módon, hogy megfelelő jeleket, impulzusokat küld az operatív irányító szervekbe, vagyis az izmokba.

Vizsgáljuk meg részletesebben a biomechanikai rendszernek tekintett TMSZ stabilitásának fogalmát! Mechanikai szempontból vizsgálva a TMSZ egymással kölcsönös kapcsolatban álló, különböző típusú elemek meghatározott módon kialakított gyűjteménye. A csontok merev elemek, amik képesek elviselni mind a húzó igénybevételt (például a kéz csontjai), mind a nyomó igénybevételt (például a csigolyák). A csontok méretei és körvonalai, azaz térbeli alakjuk állandó, és gyakorlatilag ilyen, azaz változatlan marad a mechanikai terhelések alatt is. A porcképződmények, a porcos elemek viszont a TMSZ olyan rugalmas elemei, amik csak nyomó terhelés viselésére képesek. Térbeli alakjuk állandó, de nagyon nagy megterhelés esetén kismértékű rugalmas alakváltozásra (deformálódásra) is képesek. Az inak képviselik a TMSZ azon rugalmas elemeit, amik csak húzó irányú terhelés viselésére alkalmasak. Hosszúságuk állandó, de nagyon nagy terhelés alatt kismértékű rugalmas alakváltozásra ezek is képesek. A szalagok is a TMSZ azon rugalmas elemei, amik csak húzó terhelést tudnak elviselni. Térbeli alakjuk bizonyos mértékben szintén változhat, de már viszonylag kis terhelésnél képesek rugalmasan széthúzódní. A fasciák (az izompólyák), az izmokat borító vékony kötőszövetes hárták csak húzó irányú terhelések viselésére képesek. Térbeli alakjukat akadálytalanul tudják változtatni anélkül, hogy közben széthúzódnának (ami azt jelenti, hogy a fascia felületének nagysága állandó marad). Nagyon nagy terhelés hatására azonban képesek kismértékű rugalmas alakváltozásra.

Az izmok csak húzó irányú terhelés viselésére képesek. Térbeli alakjukat és az általuk kifejtett erőt külső irányító jelek (idegimpulzusok) hatására változtatják széles határok között. Ily módon tehát egyedül az izmok tekinthetők a TMSZ operatíván irányítható, aktív elemeinek (anatómiai egységeinek), a többi eleme anatómiailag passzív egységet képvisel.

A TMSZ elemei merev vagy mozgatható módon kapcsolódhatnak egymáshoz. A csontösszenövés a merev, rögzített kapcsolódású kötéscsoportba tartozik (mechanikai szempontból ezt a kötéscsoportot egy csontnak lehet tekinteni). A rögzített kapcsolódású kötések csoportjába tartozik az inak izmokhoz és csontokhoz kapcsolódása is stb. Merev kapcsolódású kötéseknel a TMSZ valamelyik elemétől érkező erő teljes egészében átadódik a hozzá kapcsolódó elemeknek. A mozgatható kötéseknel két kapcsolattípus létezik: a tangenciális, azaz érintő menti kötés és az ízületi kötés. Érintő menti kapcsolódásoknál a TMSZ-szel szomszédos elemek térbelileg szorosan egymáshoz zárkoznak, anélkül, hogy bármilyen merev kötés jönne létre közöttük; azaz nincs erőátvitel, erőtovábbítás az elemek között (példa: az izmok egymás mellett fekvő hártái – az izmokat borító kötőszövetek –, amik szabadon csúsznak egymás mellett). A TMSZ egy-

mással összeköttetésben álló néhány eleme képes funkcionálisan különálló csoportot alkotni; ilyen – láncszemenként egymáshoz kapcsolódó elemekből alkotott – csoportok a TMSZ ízületei; például a kéz, a gerincoszlop, az ujj stb. Az ízületek a csontok bonyolult, csuklós kapcsolódású kötőelemei, amik a TMSZ térbeli mozgathatóságát biztosítják. Az ízületek – nyomóerő továbbítására képes – porcképződményeket tartalmaznak, valamint szalagokat, amik a húzóerők továbbítására szolgálnak. Az ízületek révén a húzóerő teljes mértékben továbbadódik egyik csonttól a másiknak. Ilyenkor a csontok egymáshoz viszonyított kölcsönös helyzete (a közöttük lévő szög) – anatómiailag meghatározott határokon belül – szabadon változhat. Jóllehet, maga az ízület bonyolult, sok elemből álló egyesülést (TMSZ-láncszemet) képvisel, mechanikai szempontból egyetlenegy elemnek tekinthető.

Egészeiben véve a TMSZ állandóan biztosítja az emberi test stabil térbeli helyzetét a rá ható belső és külső terhelő erők átrendezésével és továbbításával. A belső terhelő erőkhöz lehet sorolni a TMSZ rugalmas elemei által létrehozott állandó erőket, a szervezet összes elemére ható nehézségi erőt, továbbá az izom-összehúzódás által létrehozott erőket. A külső terhelő erőkhöz sorolandók: a légköri nyomás által létrehozott, a bőr felületén át egyenletesen ható terhelés; vagy az a reakcióerő is, amivel a testre hat az őt (alá- / meg-) támasztó eszköz, például a padló vagy a szék; továbbá azok az erők is, amik az emberben (valamilyen) munkavégzés közben keletkeznek, például tárgyak felemelésekor és ezek térbeli áthelyezésekor.

A TMSZ olyan kiegyensúlyozott mechanikai szervrendszert képvisel, amit a mechanika törvényei szerint lehet vizsgálni. Newton első és harmadik törvénye szerint statikus (azaz mozdulatlan) állapotban a TMSZ bármelyik pontjában nullával egyenlő az erők összege (eredője). Kiegyensúlyozatlan erő felléptekor – Newton második törvényének megfelelően – a pont addig fog mozogni, amíg mozgását le nem állítja egy egyensúlyba hozó, kiegyenlítő erő. Mutassuk meg ezt most a járás példáján! Az ember súlypontja előre-helyezésével kezdi el mozgását, azaz kimozdítja magát az egyensúlyából (az egyensúlyi állapotából). Ha ekkor a TMSZ-IR nem foganatosít semmilyen intézkedést, akkor az ember az említett elmozdulás eredményeként egyszerűen előreesik. A stabilitás megtartása érdekében azonban a TMSZ-IR az egyik lábat áthelyezi, előre mozdítja, és ez a láb az előrezuhanó test súlyát magára vállalja és azt továbbítja az őt egyensúlyban tartó támasznak. Ezzel megállítja a test elesését. Ily módon zajlik le egy lépés.

A TMSZ alapját a csontváz alkotja. Ezért a TMSZ helyzetéről és az egész test térbeli helyzetéről éppen csontváza helyzete alapján lehet dönten. A csontok többsége mozgatható kapcsolatban áll egymással, következésképpen helyzetük a rájuk ható erőktől függ. Szigorúbban fogalmazva: minden csont abban a helyzetben található, amelyikben a rá ható erők vektorösszege nullával egyenlő. Amikor külső és belső terhelések keletkezésekor ezek eredője (az erők összege) nem azonos nullával, akkor elmozdul a csont, és mozgásban marad egészen addig, amíg ez az elmozdító erő nem szűnik meg vagy nem egyenlíti ki külső vagy belső terhelés. Belső kiegyenlítő erők létrejöhetnek izmok feszítésével vagy a TMSZ elemeinek rugalmassága révén. Ezen elemek szilárdságának (szilárdsági határértékeinek) túllépése sérüléseket fog okozni. Ha ugyanis nem lehet létrehozni elegendő ellensúlyozó – kiegyenlítő – erőt, akkor nem lehet ennek a csontnak a mozgását megállítani. Ekkor az anatómiai mozgáshatárokat átlépő csont rongálni kezdi az útjába eső egyéb más TMSZ-elemek – és az egész szervezet – térbeli épségét.

További tárgyalásunk során lényegében véve mi csak a TMSZ statikáját (mozdulatlan állapotra vonatkozó erőviszonyait) fogjuk vizsgálni, mivel csak statikus állapotban lehet

egyértelműen értékelni anatómiai státuszát. Egyértelmű meghatározás elérésére törekedve azt a testhelyzetet használjuk ehhez a vizsgálódáshoz, amit **alapállásnak** szokás nevezni. Ebben a helyzetben egyenes síkon áll az ember, egyenes testtartásban, kiegyenesített lábakon, kiegészítő (pót)támaszték nélkül; az izomzata nincs tudatosan megfeszítve, ezáltal súlya egyenlően oszlik el a két lábra; a fej egyenesen előre néz; kezei, szabadon leengedett helyzetben vannak. Ha ebben a testhelyzetben folyik a TMSZ vizsgálata, vagyis úgy, hogy az aktív elemek (az izmok) előzetesen már ki lettek kapcsolva, akkor ez a konstrukció nem tekinthető stabilnak azért, mert súlypontja a támasztó felület fölött (kb. 1 m) magasan helyezkedik el, és a támasztó felület mindössze néhány négyzetcentiméternyi területet tesz ki (a talpak támasztékkal érintkező része). Emellett a TMSZ összes fő „tagja” mobilitást (mozgathatóságot) biztosító összeköttetésben áll egymással és nagymértékű mozgásszabadsággal rendelkezik. Ezt a konstrukciót úgy lehet egyensúlyban tartani, ahogyan a zsonglőr a hosszú, függőlegesen felemelt nádbot végén tartja meg a tányt; ami azonban az egyensúlyi helyzetből való legkisebb eltérésnél leesik. Ezért az ilyen konstrukció stabilitásának megteremtésére olyan aktív irányítható elemek léte szükségesek, amilyeneknek mutatkoznak a TMSZ-IR irányítása alatt álló izmok.

2.4. Az izomtónus

Az ideális TMSZ-ben – nyugalmi állapotban – a terhelés egyenletesen oszlik el a hordozó elemeken: a csontokon, a szalagokon, a porcokon, a kötőszövetes elemeken. Az izmok szerepe ilyenkor az egyensúly megtartása; azaz a TMSZ egyensúlyi állapotának egy szempillantás alatt lezajló visszaállítása, ha az valamilyen zavaró behatás következtében attól eltér. Nagyszámú (lélegzés, szívverés stb. okozta), de nem kifejezetten nagy zavaró hatással szemben kell biztosítani, hogy a TMSZ egyensúlyi állapota stabil legyen. Ezért minden izom bizonyos – nem nagy – mértékű összehúzott állapotban (**tónusban**) van, amit izomfeszülésnek / izomfeszültségnek hívnak. A tudatalatti szinten (az ember akaratától függetlenül) a TMSZ-IR impulzusokkal tartja fenn ezt az izomfeszülést, s ezzel egyensúlyi helyzetben rögzíti a TMSZ-t. Ugyanazon testhelyzetben az egyes izmok tónusa eltér egymástól, és a különféle testhelyzetekben ugyanazon izomnak a tónusai szintén eltérnek egymástól; ez minden izomra érvényes. Ebből következik, hogy a tónusnak nem a hordozás a rendeltetése, hanem az erő (hordozó elemek közötti) elosztásának az irányítása. Az ilyen működésmód optimálisnak tűnik, mivel olyan elemekre van szétosztva a terhelés, amik a terheléséhez nem „fogyasztanak” energiát. Azaz egy etalon megtestesítő TMSZ-ben a szervezet egyensúlyi állapotának a fenntartására felhasznált energiamennyiség minimális: azonos a normális izomfeszültség állandó fenntartásához felhasznált energia mennyiségével.

A fentieket a következők szerint foglalhatjuk össze: az izomzat összehúzódásának azt a fokát, aminél az anatómiailag szabályos (ideális / etalon / abszolút egészséges állapotban lévő) TMSZ stabilitása statikus állapotban, alapállásban, pótlólagos terhelések nélkül elérhető, **normális izomtónusnak** nevezzük. A fordított állítás is igaz: a TMSZ-t etalon állapotában, anatómiailag szabályos helyzetben fenntartó izomtónus normálisnak számít. A normális izomtónus kifejezésen az izmoknak azt a – TMSZ-IR által állandóan fenntartott – összehúzódását értjük, amit a természet irányozott elő a szabályos

anatómiai státuszú emberi test számára azért, hogy stabilitást biztosítson neki a Föld tömegvonzási hatóterének (gravitációs erőterének) viszonyai között. Ez az izomszövet-összehúzódásnak olyan mértéke, ami nem zavarja a szervezet összes szervének és összes rendszerének a működését, köztük az idegrendszer vezetőképességét és az érrendszer áteresztőképességét.

Szükséges jól megérteni, hogy az izomtónus ugyanolyan izom-összehúzódást jelent, mint bármelyik másik izom-összehúzódás, és ennek a fenntartása is energiafelhasználást kíván. A különbség csupán az, hogy a célirányos izom-összehúzódás helyett ezt az izomtónust a TMSZ-IR a tudatalatti szinten tartja fenn, és ebben nem vesz részt az emberi akaraterő. Amikor a mindennapi életben az izmokat ellazítjuk, akkor ez nem jelenti azt, hogy az izmok egyáltalán nem fejtenek ki semmilyen erőt. Az izmok ilyenkor (ha a TMSZ szabályos anatómiai státusszal bír) a normális feszültségi állapotba térnek vissza, amit a tudat ellazult állapotként érzékel. Az etalon TMSZ normális izomtónusa a TMSZ bármelyik térbeli helyzetére meghatározható, mivel bizonyos fokú izom-összehúzódás mindig létezik: még akkor is, amikor az ember egészen elernyed, teljesen ellazult állapotban fekszik. Mi csak azzal a céllal vizsgáljuk alapállásban az embert, hogy növelhessük kutatási eredményeink bizonyosságát és elérhessük ezek ismételhetségét; továbbá azért, mert éppen ez a testhelyzet az emberi test fő munkahelyzete; vagyis ez az a helyzet, aminél maximálisan megnyilvánul a gravitációs tér hatása.

2.5. Anatómiai és nem-anatómiai terhelések

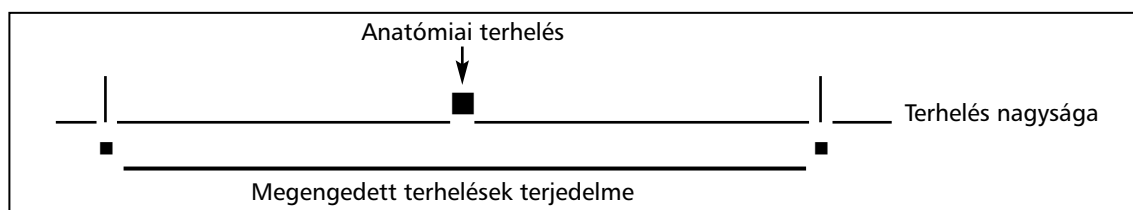
A TMSZ mindenekelőtt egy mechanikai rendszer, aminek az a rendeltetése, hogy létrehozza, elossa és kompenzálja az emberi testre ható külső és belső mechanikai terheléseket. Lehetnek ezek akár statikai, akár dinamikai terhelések és változhatnak széles határok között, például súlyemeléskor, futáskor, karon függéskor, eséskor stb. **Anatómiai** terheléseknek fogjuk hívni azokat a statikai terheléseket, amiket az etalon TMSZ elemei alapállásban érzékelnek, azaz amiket a TMSZ szerkezete eleve előzetesen kondicionál; valamint azokat, amiket szabályos anatómiai státuszánál elemeinek mechanikai tulajdonságai előre meghatároznak. A fentiekkel összhangban: **nem-anatómiai** terheléseknek fogjuk nevezni a TMSZ elemekre ható azon terhelő erőket, amik valamilyen módon (moduljuk nagysága vagy iránya szerint) különböznek az anatómiai terhelésektől; vagyis olyan terhelések ezek, amik a TMSZ szabályos anatómiai státuszánál nem jellemzők a szerkezetére.

Tartós nem-anatómiai terhelések közé tartoznak a TMSZ elemekre állandóan ható olyan terhelések, amelyeket a szervezet a saját erejével vagy nem képes megszüntetni (aminek szervi / organikus okai lehetnek, például traumák), vagy a TMSZ-IR tart fenn tudatalatti szinten (például az izmok hipertónusát vagy hipotónusát).

Mivel a csontok helyzetét a rájuk ható erők határozzák meg, a „szabályos anatómiai státusz” fogalom és az „anatómiai terhelések” fogalom szorosan összefügg egymással. Szabályos anatómiai státuszánál a TMSZ minden eleme anatómiai terheléseknek van kitéve; és fordítva: ha a TMSZ összes eleme anatómiai terhelésnek van kitéve, akkor a TMSZ szabályos anatómiai státusszal rendelkezik. Ha a TMSZ-ben nem-anatómiai terhelések találhatók, akkor kiegyensúlyozásuk a keletkezési okuktól függetlenül már csak a TMSZ csontelemeinek más (anatómiailag nem szabályos) helyzeténél érhető el, és az izomzat normálistól eltérő tónusánál.

Szót kell ejteni még egy fontos fogalomról: a „**megengedett terhelésekről**”. Ezek olyan terhek, amelyeknek „levétele” (azaz megszüntetése) után a TMSZ képes saját magától visszatérni etalon állapotába. Vagyis ezek a terhelések nem okoznak tartós eltérést a TMSZ elemeinek térbeli helyzetében, alakjában és tulajdonságaiban.

Amikor a TMSZ-ben akármilyen nem-anatómiai terhelés keletkezik, akkor a TMSZ kilép a kiegyensúlyozott, etalon állapotából. Ilyenkor a stabilitás megőrzése céljából a TMSZ-IR – az ember tudatos közreműködése nélkül – izmok segítségével kompenzálja ezt a terhelést, és ennek nyomán a TMSZ a térben új, kiegyensúlyozott helyzetet foglal el. Ez a folyamat az adaptáció (az alkalmazkodás). Ha a nem-anatómiai terhelés a megengedett határértékeken belül volt, akkor megszűnése után a TMSZ-IR visszatereli a TMSZ-t az eredeti, kiindulási etalon helyzetébe. Minden itt említett dolog az ember normális élettevékenységére vonatkozik és az ideálisan egészséges támasztó-mozgató szervrendszer működésére jellemző. Az ember mozog, fekszik, ül, fizikai munkát végez. Mindez a TMSZ célirányos működését jelenti, ami az ember akaratának hatására történik. A nap folyamán ezerszer változnak a TMSZ testtartásai, és ugyanilyen gyakran változnak a mindegyik elemére ható nem-anatómiai terhelések nagyságai. Ilyenkor a terhelőerők hatása alatt (a TMSZ-IR által tudat alatt irányított izom-erőfeszítések segítségével) szakadatlanul zajlik a TMSZ adaptációs folyamata. Ha viszont ezek a nem-anatómiai terhelések az adott egyén számára megengedhető terhelési határokon belül voltak, akkor a munka után (alapállásba helyezkedve, bármelyik pillanatban) az ember mindegyik elemére újból a rá jellemző anatómiai erő hat, és az ember egész izomzata ismét normálissá válik. Magától értetődő, hogy különböző emberek ugyanazon elemére ható anatómiai terhelések abszolútértéke különbözni fog egymástól. Az alábbi, 1-es számú ábra vázlatosan bemutatja a TMSZ valamelyik tetszőleges elemére ható anatómiai terhelések és a megengedett terhelések kölcsönös viszonyát.



1. ábra

A „maximális stabilitás” és a „minimális energiafelhasználás” kritérium lényegében két egymásnak ellentmondó kritérium, mivel az első az izomfeszülés fokozását követeli, a második pedig a kritérium szerinti követelmény teljesülése ellen hat. Az optimalizálási elméletben hasonló eseteknél az egyik kritériumot korlátnak tekintik. Esetünkben a normális élettevékenységhez szükséges stabilitási szint elérése lesz a korlátozó tényező, és az energiafelhasználás lesz „minimalizálva”. Az utóbbi kritériumhoz tartozó optimum a TMSZ szabályos anatómiai státuszánál érhető el. A TMSZ ezen állapota egyúttal a legkedvezőbb állapotnak számít a szervezet azon más szervei és szervrendszerei részére is, amelyek számára a TMSZ támasztéku szolgál. Ilyenkor ugyanis szerkezetileg ideális feltételek vannak biztosítva ezek működéséhez, és a test minden szervének vér-ellátásához és normális innervációjához is. Ugyanakkor azonban fokozott figyelmet kell fordítani arra, hogy a TMSZ támasztó funkciója passzív funkció! Ugyanis nem tartozik feladatai közé a szervezet többi szerve és rendszere térbeli helyzetének figyelemmel kísérése, és nem elemezi ezek állapotát.

2.6. A TMSZ szisztémás destrukciója (pusztulása)

Vizsgáljuk most meg a TMSZ azon strukturális változásainak mechanizmusát, amelyek miatt a TMSZ kilép az etalon állapotból. Minthogy a TMSZ – három döntő jellemzője szerint – akkor van etalon állapotban, amikor minden eleme számára biztosítva van az anatómiailag szabályos állapot: az etalonság (az etalon minőségű állapot) megsértése akkor lép fel, amikor e három jellemzőre vonatkozóan tartós eltérés keletkezik. Következésképpen az etalon állapottól való eltérésnek három típusa létezik a TMSZ minden elemére és magára a TMSZ egészére nézve: 1.) eltérés a szabályos térbeli konstrukcióban, ami azt jelenti, hogy legalább egy elemnél fennáll a szabályos pozíciótól való eltérés; 2.) eltérés a szövetek szabályos összetételében és a szabályos szöveti tulajdonságokban; 3.) eltérés a szabályos alakban.

Emellett: ha akár egyetlenegy eltérés is fennáll, akkor (a definíciónak megfelelően) erre a tényre úgy tekintenek, hogy nemcsak az általa érintett elem, de az egész TMSZ destruálódik, azaz kóros – patológiás – elváltozás alá került. A TMSZ ilyen destruált állapotánál ugyanakkor létezhet néhány olyan elem is, amelyeknél lehet, hogy semmilyen eltérés nincs. Számos konkrét ok létezik, ami az anatómiai státusz említett eltéréseit kiváltja. Ezeket – együttvéve – **iniciáló és erősítő tényezőknek (IET-nek)** nevezzük. Közülük némelyik tényező az emberi élet folyamán, ennek valamelyik pillanatában lép fel (traumák, mikrosérülések a TMSZ különféle betegségei következtében). Más eltérések kialakulását viszont beindíthatják veleszületett rendellenességek, a TMSZ fizikai használata vagy a szervezet egészének megbetegedése.

Bemutatjuk az ilyen jellegű okok listáját:

- a TMSZ veleszületett rendellenességei;
- a TMSZ veleszületett szöveti megbetegedései;
- születési sérülések;
- a test egyoldalú munkaorientációja (egyoldalú terhelése munkavégzés közben);
- traumák (sérülések) és mikrotraumák (apró sérülések);
- sebészeti beavatkozás;
- hosszan tartó statikai terhelések;
- hosszan tartó dinamikai terhelések;
- a TMSZ nem elegendő fizikai terhelése (az izmok inaktivitása);
- szív- és érrendszeri zavarok;
- az idegi vezetőképesség zavarai;
- általános anyagcserezavarok;
- belső szervek megbetegedése;
- daganatok a TMSZ szöveteiben,
- gyulladással járó folyamatok magában a TMSZ-ben és az egész szervezetben;
- a TMSZ és a szervezet fertőzés okozta megbetegedései;
- a TMSZ-szövetek bármilyen más megbetegedései;
- mérgezés (intoxikáció);
- belső (endogén) és külső eredetű (exogén), sérülést okozó ágensek;
- a természetes öregedés folyamata.

A felsorolt okok némelyike (például a traumák) az ütés bekövetkezésével azonos pillanatban tartós nem-anatómiai terhelést vált ki, és a TMSZ rendszerét azonnal kibillenti stabil állapotából. Más okok viszont (például a TMSZ szöveteinek krónikus gyulladásai)

fokozatosan erősödő mértékben hathatnak, aminek következtében az érintett elemre ható anatómiai terhelések fokozatmentesen mennek át a tartós nem-anatómiai terhelések sorába és eközben megzavarják a TMSZ stabilitását. Olyan okok, mint a hosszan tartó, naponta ismétlődő statikai és dinamikai terhelések, némelyik izomnál perzisztens hipertónust (állandóan fennálló nagy izomfeszülést) okozhatnak, és – ezzel egyidejűleg – az antagonistá izmoknál (a hajlító- és a feszítőizmoknál) hipotónust (kis izomfeszültséget) válthatnak ki. Vagyis: állandóan fennálló tartós nem-anatómiai terheléseket okozhatnak, amik a konstrukció csontjainál és más elemeinél hoznak létre eltolódást, áthelyeződést.

Ily módon – az eltérések minden lehetséges okát és típusát elemezve – azt a következtetést lehet levonni, hogy a szabályos anatómiai státusztól való bármilyen eltérés tartós anatómiai terhelések fellépését okozza az egész TMSZ-ben, és megzavarja a TMSZ stabilitását.

Helyénvaló most vázlatosan is bemutatni (*lásd a 2. ábrát*):

- a TMSZ etalon állapotból való kilépését követő szerkezetváltozás további folyamatát
- a TMSZ összes további elváltozásait, amiket a TMSZ elszenved az emberi élet folyamán (a különböző okok miatt ismétlődő jelleggel fellépő eltérések keletkezésekor).

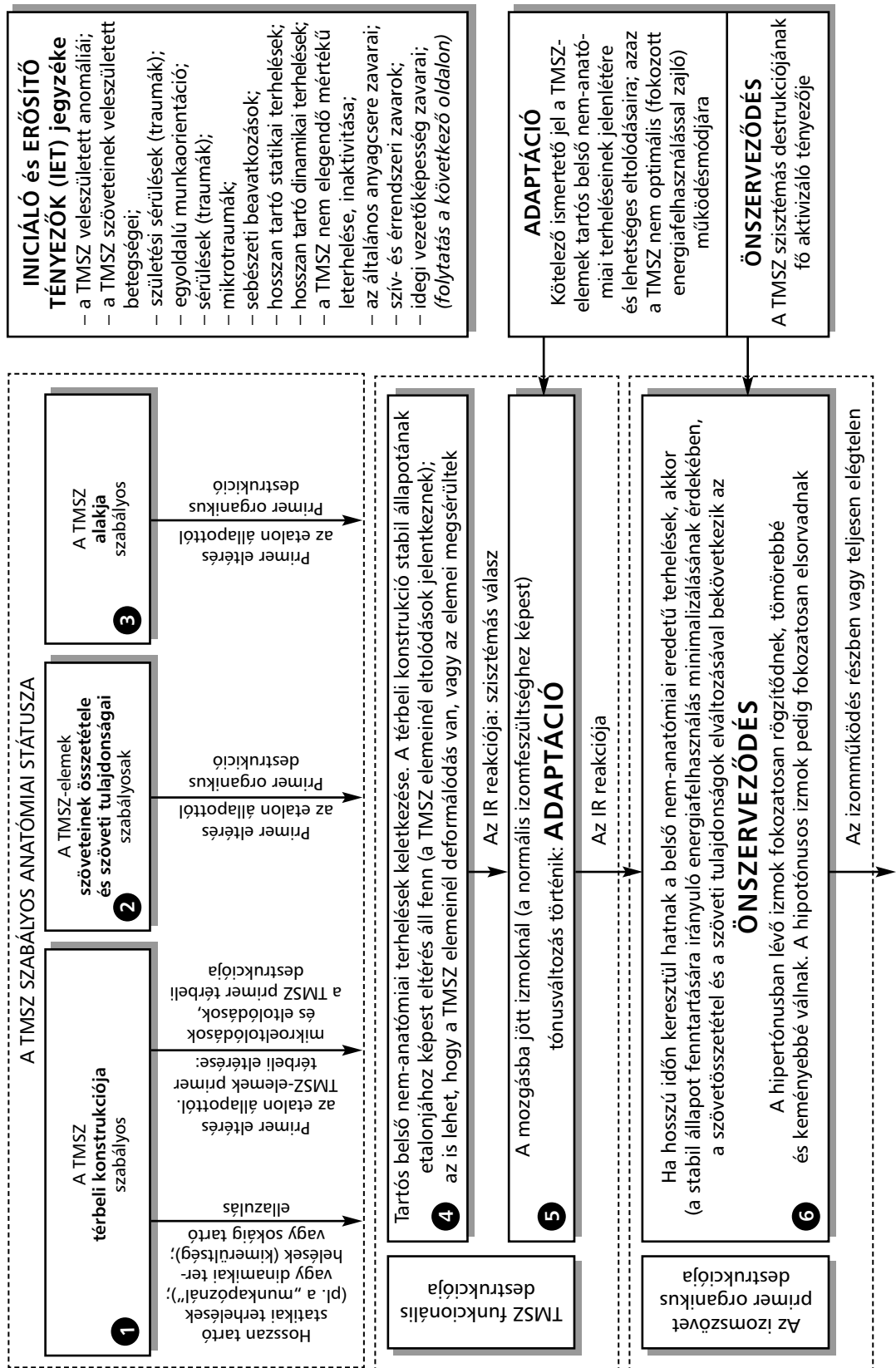
A TMSZ működését és kóros állapotát mi általános formában vizsgáljuk. Ugyanis pontosan ez a vizsgálódási módszer – a konkrét betegségektől és a konkrét diagnózisoktól való elvonatkoztatás – tette lehetővé számunkra, hogy a szisztémás szemlélet (a szisztémás felfogás) alapelveit teljes mértékben megvalósíthassuk. Pontosan ennek a vizsgálati módszernek köszönhető, hogy sikerült feltárnunk a TMSZ szisztémás szervezetét rongáló – az ember egész életciklusa alatt térben és időben keletkező – folyamatok teljes sokféleségének igazi lényegét.

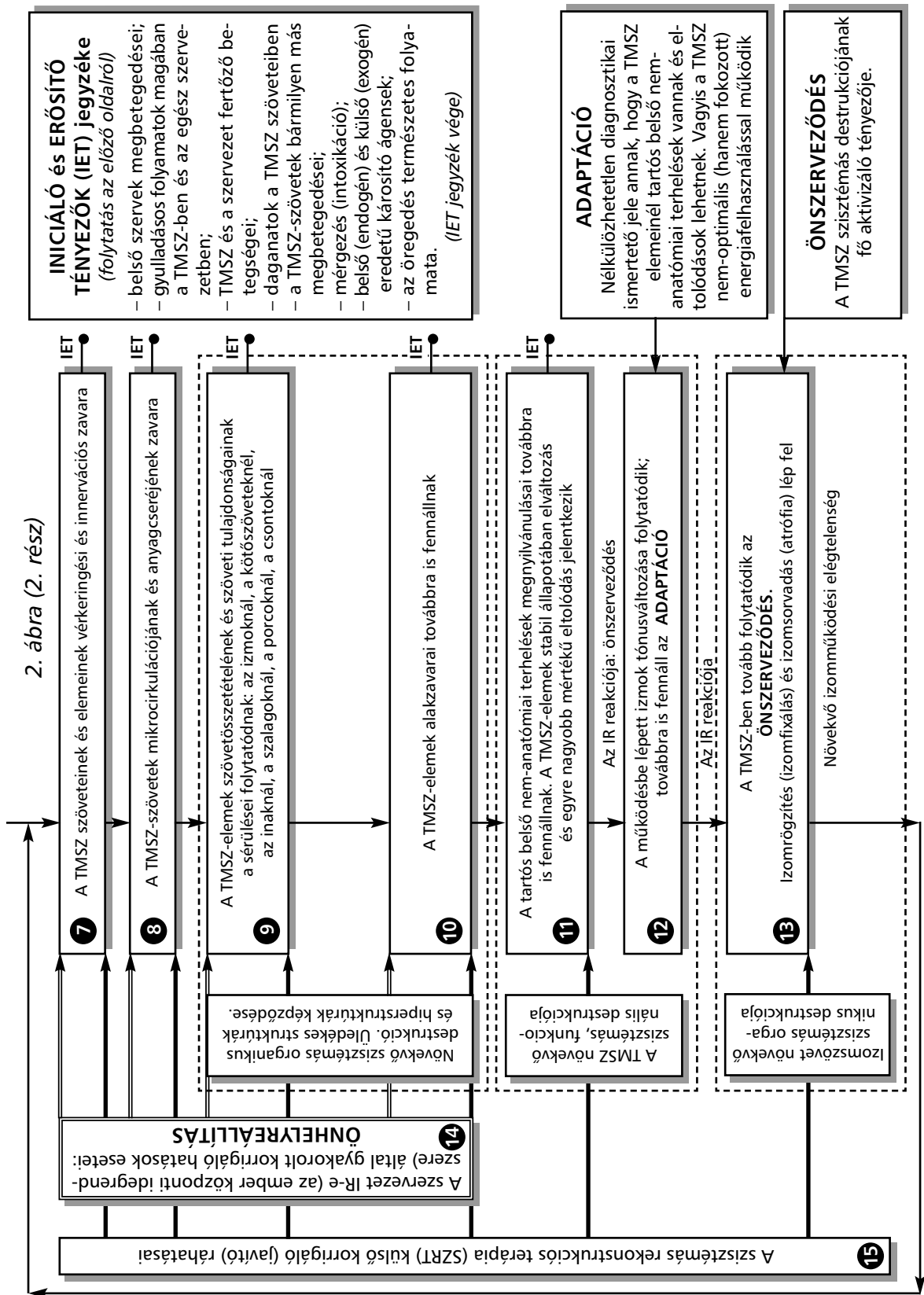
Mielőtt rátérnénk a két oldalon bemutatott vázlat tárgyalására, még egyszer pontosítjuk a TMSZ szisztémás célját. A TMSZ szisztémás célja az, hogy a test részére stabil térbeli helyzetet biztosítson úgy, hogy a szervezet minimális energiát használjon fel erre a folyamatra. A TMSZ-t alkotó elemek és az ugyanazon láncba kapcsolt tagjai – ízületei – (a TMSZ alkotórészei) mindegyikének megvan a maga lokális munkafunkciója aszerint, hogy mi az anatómiai rendeltetése és a térbeli konstrukcióban elfoglalt helyzete. Mindegyiknek különféle mozgásfajtát kell végeznie megszabott határok között; a szükséges erő kifejtéseket létre kell hoznia, és továbbítani kell az erőket a meghatározott irányokba.

Az ideális TMSZ-ben elemeinek és tagjainak lokális funkciói össze vannak hangolva a TMSZ szisztémás céljával (és ennek nem mondanak ellent). Ezért az anatómiailag ideális TMSZ egyidejűleg ideálisan funkcionáló rendszer és ideális biomechanikai rendszer is, ami sajátjaként rendelkezik az ember természetét jellemző összes támasztó és mozgató funkció teljes terjedelmével, ezen funkciók mindegyik fajtájával.

A TMSZ szisztémás célja mindig előtérben van elemei lokális funkcióival szemben. Ez azt jelenti, hogy a TMSZ stabilitásának biztosítására szolgáló folyamatban összes eleme és összes tagja (összes „láncszeme”) átlagosnak, azonos „közkatónának” számít, függetlenül attól, hogy a szervezet tevékenységében betöltött fiziológiai szerepük jelentősége és anatómia felépítésük bonyolultsága mennyire különböző. Ezen összefüggés felfedezése csak azért vált lehetővé, mert a TMSZ-nek (és patológiás állapotainak) tanulmányozását „szisztémás” vizsgálódás módszerével végeztük. Nehéz dolog ezt megérteni az akadémiai orvostudomány képviselőinek általában véve, és még inkább a vertebro-neurológusoknak (a csigolya-ideggyógyászoknak).

2. ábra (1. rész): A TMSZ-ben zajló szisztémás destrukciós folyamat vázlata
(A TMSZ anatómiai státuszától való eltérések térbeli és időbeli keletkezése és fejlődése)





Ez abból a példából is látszik, hogy az ortopédiai irodalomban a stabilitás fenntartását tárgyaló szövegösszefüggésben sehol sem hangzik el, hogy a hátgerinc a TMSZ-rendszerben közönséges „láncszem”, egyszerű tag; éppen olyan, mint a TMSZ többi tagja. Vagyis a TMSZ – mint rendszer – számára a hátgerinc nem rosszabb és nem jobb, nem jelent többet és nem kevésbé fontos, mint például az ujj vagy a medence. Ezzel szemben a (gerincoszlop anatómiai és többfunkciós bonyolultságától és szervezetre vonatkozó nagy jelentőségétől hipnotizált) orvostudomány kiragadja a TMSZ rendszeréből a hátgerincet. A „komplexitásra” figyelmeztető saját felhívásától [10, 14, 16] az orvostudomány valójában visszakozott (mi ezt a fogalmat, a komplexséget „rendszereszerűségnek” értelmezzük és a „teljes rendszerre kiterjedő” összefüggésnek / a teljes rendszerre vonatkozó hatályosságnak fogjuk fel).

Az orvostudomány nekiáll vizsgálni azoknak a patológiás állapotoknak összes lehetséges tüneti megnyilvánulását (szimptómáját) és tünetegyüttesét (szindrómáját), amik az idegek vezetőképességével és a véredények áteresztőképességével függnek össze; ezeknek azonban a TMSZ gerincmozgató szegmentumaiban keletkezett destrukció az elsődleges okozója. Ennél a pontnál aztán meg is áll az orvostudományi kutatás, és létrejön az orvostudomány önálló – külön – része: a vertebro-neurológia (a gerincscigolya-ideggyógyászat). Ez aztán ismételten – ciklikusan – „körbejárja” a gerincoszlopot, mivel uralkodó szerepet tulajdonít neki a TMSZ-ben. Ugyanakkor a hátgerinc igazi, átlagos, közönséges szerepét nagyon könnyű megérteni, ha állandóan emlékezünk a TMSZ-IR által „oldalról” gyakorolt hatásra, arra a vezető-irányító befolyásra, ami az ember térbeli stabil állapotának fenntartására irányul, és egyáltalán nem a gerincoszlop épségének és egészségének a fenntartására. A TMSZ stabilitása olyan állapot, aminél a (külső és belső terhelésből eredő) ráható mechanikai erők egyensúlyban vannak. És ez az egyensúly a TMSZ minden elemétől azonos mértékben függ. Függ a gerincoszloptól is, de se nem nagyobb, se nem kisebb mértékben, mint a többi elemétől. Ez jól látható lesz a további ismertetés során.

A stabilitás elérését szolgáló folyamatban – a TMSZ-IR irányítása alatt – az izmok olyan erőket hoznak létre, amelyek kompenzálják azokat a terheléseket, amelyek kibillentették a TMSZ-t az egyensúlyi állapotából, a stabilitásából. Ebben a folyamatban a TMSZ mindegyik eleme eltolódhat a saját helyéről, és eltolódása addig folytatódhat, amíg a rendszer nem kerül ismét új, stabil, kiegyensúlyozott állapotba. A gerincoszlop – lévén a test központi támasza – gyakran bizonyul ilyen kompenzáló eltolódásokba (a TMSZ többi elemével azonos mértékben) bevont elemnek. Amennyiben az ilyen eltolódásokat nem ismerték fel és nem szüntették meg idejében, akkor éppen ezek az eltolódások okoznak destrukciót a hátgerincben ugyanúgy, mint a TMSZ egyéb más elemében. Ezért mi soha nem vizsgáljuk a gerincoszlopot külön, egymagában, és nem tulajdonítunk neki valamilyen sajátos szerepet, hanem a TMSZ-t együttvéve, teljes egészében vizsgáljuk anélkül, hogy kiélezett figyelmet fordítanánk egyes elemeire és egyes – láncoltan egymáshoz kapcsolt – csoportos tagjaira.

Ahogy már az előzőekben megállapítottuk, a TMSZ szabályos anatómiai státuszának három fő jellemzője (lásd az 1-es, a 2-es és a 3-as számú tömböt a 2-es számú ábrán): a szabályos térbeli konstrukció; a TMSZ-hez tartozó elemek szöveteinek szabályos összetétele és szöveti tulajdonságai; és az elemek szabályos alakja. A **TMSZ primer destrukcióját** jelenti, ha bármelyik eleménél e három jellemző bármelyikével kapcsolatban bármilyen elsődleges eltérés keletkezik. Az elemek alakjában és a szöveteik összetételében és tulajdonságaiban jelentkező új deviációk primer **organikus (szervi)**

destrukciót jelentenek. Az elemek térbeli, első alkalommal jelentkező eltérései pedig (a mikroeltolódások és az eltolódások) primer **térbeli destrukciót** jelentenek.

Ezen eltéréstípusok bármelyike tartós belső nem-anatómiai terheléseknek a kialakulásához vezet (lásd a 4. tömböt a 2. ábrán). A normális izomtónusoktól való tartós eltérés (a hipertónus és a hipotónus) szintén egyik „útja” az ilyen nem-anatómiai terhelések keletkezésének. Ilyen deviációk keletkeznek:

- hosszan tartó statikai feszültségnél (munkavégzés közbeni testtartásnál / munkapóznál);
- hosszan tartó túlzott dinamikai erőfeszítéseknél (amik után az izmokban sokáig él még az úgynevezett „remanens”, visszamaradt izomfeszültség, amit nyugalmi állapotban sem tud megszüntetni az ember saját akaraterejével);
- és az izmok sokáig fennálló elgyengülésénél, amikor nincsenek bevonva kellő fizikai aktivitásba.

A tartós nem-anatómiai terhelések okozzák:

- a TMSZ eltérését az etalon jellegű, stabil állapottól;
- a TMSZ elemeinek eltolódását;
- a TMSZ elemeinek esetleges deformálódását, valamint
- ezen elemek esetleges sérülését, ha a rájuk ható terhelések túllépik a megengedett értékeket.

A stabilitás elvesztése egy szempillantás alatt kiváltja a TMSZ-IR szisztémás választ. Kifejezést nyer ez a működésbe vont izmok tónusának etalon állapothoz viszonyított elváltozásában, ami a tartós nem-anatómiai terhelések kiegyensúlyozására irányul (lásd az 5-ös számú tömböt a 2. ábrán). A TMSZ egy bonyolult mechanikai rendszer, ami egymással szoros összeköttetésben álló elemek sokaságából (körülbelül 3000 elemből) áll. A csupán egyetlenegy elemére ható tartós nem-anatómiai terhelés is elkerülhetetlen mechanikai hatást gyakorol szomszédai sokaságára, ezek pedig a saját környezetükben található szomszédokra stb. Ennek következtében a csontokra ható erők modulusa és iránya megváltozik. Eltérnek etalon értékeiktől, aminek következtében a csontok egyensúlyi állapotba kerülése már egy másik – eltolt – helyzetben valósul meg. Ezért a TMSZ akár csak egy elemében jelentkező bármilyen eltérés hatására azonnal tartós nem-anatómiai terhelések és eltolódások sokasága keletkezik. Ezek kompenzálása az egész szervrendszer reakcióját igényli, amit mi **szisztémás válasznak** nevezünk. A TMSZ elemeinek sokasága játszik szerepet ebben a válaszban; néha a primer eltérés forrásától eléggé messze álló elemek is, amik mind a tartós nem-anatómiai terhelések kiegyensúlyozását végzik. Az izomzat tónusváltoztatásával adott szisztémás válasz lényegében véve szintén létrehoz tartós nem-anatómiai terheléseket és eltolódásokat, amik azonban már a TMSZ új – etalon állapotától eltérő – egyensúlyi állapotának elérésére irányulnak.

Ily módon az izomzat tónusának változtatásával a TMSZ-IR alkalmazkodik (adaptálódik) azokhoz a tartós nem-anatómiai terhelésekhez, amiket a szervezet saját erőivel nem képes kiküszöbölni. Az új egyensúlyi állapot elérési folyamatában a TMSZ-IR nem törődik elemei egészségével. Azzal sem, hogy ezek az elemek az új egyensúlyi állapotban képesek lesznek-e (vagy nem lesznek képesek) arra, hogy teljes mértékben betöltsék a TMSZ rendszerében rájuk háruló saját, lokális funkcióikat; például a láb tud-e majd járni, a hátgerinc tudja-e majd biztosítani a hajladozásokat és a forgásokat. A dolgok ilyen állásáról mondjuk mi azt, hogy olyan ellentmondás jön létre a TMSZ elemeinek lokális funkciói és a TMSZ szisztémás célja között, ami mindig a rendszercél javára, a stabilitás biztosítására nyer megoldást.

A stabilitás biztosítására irányuló folyamatban a TMSZ minden lánctagja eltolódhat és deformálódhat, ha a rendszerben tartós nem-anatómiai terhelések jöttek létre. Ilyen eltolódások és deformálódások bekövetkezhetnek például a mellkasknál, a medencénél, az ízületeknél, a szalagoknál, az inaknál. Kezdetben ezek jelentéktelenek és nem vehetők észre. Azonban a TMSZ rongálódásának fokozódása nyomán (ami azért következik be, mert a már destruálódott TMSZ-re a szabályos anatómiai státusztól való új eltérések sokasága gyakorol befolyást) egyre fontosabbakká válnak ezek a kis eltolódások és deformálódások. Az ilyen eltérések azonban csak akkor kezdik nyugtalanítani az orvostudományt, amikor már eléri a test központi támaszát, a hátgerincet, és ennél mindenféle lehetséges elferdülést váltanak ki (a gerincelemek egymáshoz képest, valamint a csontváz más elemeihez képest jelentkező eltolódásait). Ez a nyugtalanság azért lép fel, mert pont a gerincnél jelentkeznek az ilyen eltolódásoknak a legkomolyabb következményei, mivel érintik a gerincvelőt, az idegeket és a tápláló ereiket. Az eltolódások valójában a test valamennyi részében már az ember életének első éveiben jelentkeznek, mivel a terhelések kiegyensúlyozásába a TMSZ – ami osztatlan mechanikai rendszert képvisel – minden elemével szerepel ilyen vagy olyan mértékben. Kezdetben ezen eltolódások közül sok nem mutat semmilyen világosan kifejezett rendellenességet, és ezért figyelembe sem veszik őket (többnyire azért, mert nehéz őket diagnosztizálni, de azért is, mert hiányoznak a megszüntetésükhöz szükséges módszerek). Azonban éppen ezek, vagyis a TMSZ bármelyik elemének idejében fel nem számolt eltolódásai válnak azoknak a tartós nem-anatómiai terheléseknek a forrásává, amik megtámadják a gerincet, és azt fokozatosan rongálják, pusztítják.

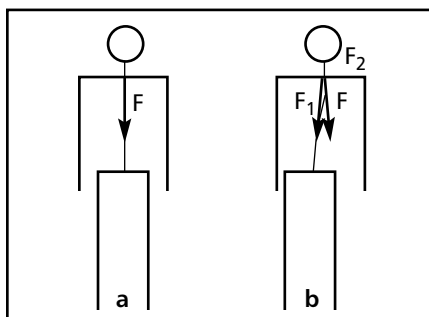
A 4-es és 5-ös tömbben (lásd a 2. ábrán) leírt folyamat a TMSZ funkcióinak korlátozásához vezethet; az ember teljes mozgásterjedelmének, sportolási és munkavégzési lehetőségeinek a korlátozásához. Azaz – e folyamat hatására – fellép a **TMSZ primer, szisztémás, funkcionális destrukciója**. Miért mondjuk azt, hogy szisztémás? Azért, mert nem csak a (sérülést szenvedett) konkrét elem zavara (léziója) miatt jelentkezik a destrukció – ez ugyanis magától értetődő dolog –, hanem a szisztémás válaszadás miatt is. Sérülés (trauma) esetén ez a kapcsolat nagyon világos. Például: még ha csak kis mértékű is a lábszár-lábfej ízületében bekövetkezett húzódás (vagyis csupán egyetlen eltérés történt), akkor is: az érintett személy máris sántítani kezd, és egy ideig teljesen elferdült testtartással jár a húzódás miatti eltérésre adott szisztémás válasz következtében. Ez azután az egész TMSZ térbeli destrukciójához vezet. Ha már most ez az ember megkísérli alapállásba hozni destruált TMSZ-ét, akkor ezt nem sikerül teljesen elérnie, mivel a TMSZ sok eleme el fog tolni, és az izomzat tónusa különbözni fog a normális izomtónustól.

Az adaptációs szakaszban vissza lehet-e téríteni a TMSZ-t az etalon állapotba? Elméletileg ez akkor lehetséges, ha a primer eltérést sürgősen megszüntették, azaz gyorsan megtörténik a destrukciót iniciáló (elindító) elem szabályos állapotának helyreállítása. Ilyenkor következik be a TMSZ-IR-nek a fordított reakciója: a szisztémás válaszadásban részt vevő izmok visszatérítése a normális tónushoz, és a TMSZ ezen izmokkal kapcsolatban álló elemeinél az elmozdulások spontán felszámolása. Ez azonban a gyakorlatban elég ritkán történik meg, mivel a primer és az utána következő eltérések rendszerint kapcsolatban állnak a TMSZ-ben keletkezett organikus zavarokkal (a baleseti sérülésekkel, a mikrotraumákkal, a betegségekkel). Ezeknek a megszűnése azonban elég hosszú időt kíván, ami alatt viszont a TMSZ-IR-nek sikerül elindítania az önszerveződési folyamatot. Kivételt képeznek azok a primer eltérések, amik a hosszú idő óta fennálló statikai

és dinamikai túlterhelésekhez, vagy a régóta fennálló izomelernyedésekhez (izomgyöngülésekhez) kapcsolódnak. Ezek az eltérések tartós hipertónust és tartós hipotónust váltanak ki az izmokban, a hozzájuk tartozó térbeli konstrukció szabályosságának károsodásával együtt (lásd a 2. ábrán az 1-es tömbtől a 4-es tömbhöz mutató nyilat).

Ha az ember előbb túlságosan sokat dolgoztatta bizonyos izomcsoportját, majd utána azt hosszú időn keresztül pihentette (vagy fordítva: fokozatosan terhelni kezdte a hosszú időn keresztül elernyed, hipotónusos állapotban lévő izomcsoportját), akkor az izomzat normális tónusának helyreállításával a TMSZ-IR automatikusan felszámolja (likvidálja) a szisztémás választ. Az ilyen primer eltérés gyors likvidálása történhet ezen izmokra gyakorolt más – célirányos – intézkedések foganatosításával is: masszázssal, gyúrással, fürdetéssel, speciális kenőcsök bedörzsölésével. Éppen ez történik a helyesen végzett sportedzéseknél és akkor, amikor az ember figyelmesen viszonyul saját TMSZ-éhez. Természetesen ilyenkor is (azaz a tartós, iniciáló természetű, nem-anatómiai jellegű terhelés gyors eltűnése után is) bekövetkezik az erre adott szisztémás válasz spontán likvidálása.

Ugyanakkor minden olyan esetben, amikor a primer eltérés sokáig fennáll, akkor az izomzatban is jelen van a tónus normálistól való eltérése. Ez azt jelenti, hogy a TMSZ nem optimális rezsimben, hanem fokozott energiafelhasználással működik. Ennek szemléletes példaként vizsgáljuk meg, hogyan kerül átadásra a gerincnek a felső testrésztől származó terhelés (lásd a 3. ábrát). Az ideális TMSZ-ben a terheléelosztás szigorúan szimmetrikus, és maga a gerincoszlop is szimmetrikus a frontális síkban. Következésképpen: az egész „F” erő szigorúan a hátgerinc tengelye mentén hat (lásd a 3.a ábrán), azaz teljesen a konstrukció ezen teherviselő elemére irányul. Amikor a test felső része elmozdul oldalra (lásd a 3. b ábrán), akkor a terhelés szimmetriája felbomlik. Ilyenkor az „F” erő felbomlik két összetevőre: a gerincoszlop tengelye mentén lefelé ható „F₁” erőre és az oldalirányba ható „F₂” erőre. A test térbeli stabil helyzetének fenntartása végett (a szóban forgó esetben egyszerűen azért, hogy az ember az „F₂” erő hatásirányába néző oldala felé el ne essen) a TMSZ-nek létre kell hoznia egy kompenzáló erőt, ami az ellenkező oldalra irányul. Ilyen kompenzáló erőfeszítést csak izomerő segítségével lehet létrehozni, mivel az etalon (állapotban lévő) TMSZ-ben nem léteznek olyan teherviselő elemek, amiknek ilyen nem-anatómiai terhelések rendeltetésszerű kompenzálása lenne a feladatuk. Következésképpen a rendszerben állandóan pótlólagos energiafelhasználás keletkezik, ami az „F₂” terhelés izomerővel történő kompenzálását szolgálja. Ily módon a TMSZ együttvéve számított, állandó energiafelhasználása – ami a test térbeli stabil helyzetének fenntartására irányul – a destruált állapotban lévő TMSZ-ben nagyobbak tűnik, mint az etalon állapotú TMSZ-ben; azaz ez a működési mód nem optimális.



3. ábra

Összegezzük a fentebb mondottakat: a TMSZ etalon helyzetből való bármilyen eltérése, orvosi nyelven szólva bármilyen patológiás deviációja (akár egyetlenegy anatómiai egységénél jelentkező betegség vagy trauma) fölborítja a belső mechanikai terhelések egyensúlyát. A TMSZ-IR viszont törekszik az egyensúlyt azonnal helyreállítani a számára létező egyetlen operatív beavatkozási móddal, az izomtónus változtatásával. Ennek az az eredménye, hogy a TMSZ helyreállítja a stabil állapotot, közben azonban egyes izmai túlságosan feszes (hipertónusos) állapotba kerülnek, más izmai pedig ernyedtek, csekély feszítettségű (hipotónusos) állapotba jutnak. Ezért a velük kapcsolatban álló összes csont eltolódik anatómiailag szabályos helyéről a térbeli konstrukcióban, mivel a csontok helyzetét az erők egyensúlya szabja meg, az erőket pedig az izmok irányítják.

Ezek a változások nem csak a patológiától sérült iniciáló elemnél zajlanak le, hanem a tőle távol eső anatómiai egységeknél is bekövetkezhetnek, mivel a debalanszot (az egyensúlytalanságot) kiváltó erők kompenzálását az egész rendszer valósítja meg. Ezt a jelenséget nevezik szisztémás válasznak. A nem etalon állapotban lévő TMSZ stabilizálásának fenntartására irányuló, a szervezet által megvalósított energiafelhasználás mindig eltér az optimálistól, mivel ilyenkor az erőegyensúlyt a túlságosan feszes állapotba került – hipertónusos – izmok állandó összehúzódásra irányuló aktivitása határozza meg.

Ha az iniciáló eltérés és a rá adott szisztémás válasz nem szűnik meg gyorsan, akkor beindul a **TMSZ önszerveződésének** a folyamata (lásd a 2. ábra 6-os számú tömbjét). Ugyanis a TMSZ-IR állandóan optimális működési módra (optimális funkcionális rezsimre) törekszik. Ez az önszerveződési folyamat új, optimális működési mód elérésére irányul. Arra, hogy a destruktív elváltozások miatt az etalon állapottól szintén eltérő, de immár új TMSZ-állapot elérése lehetőleg minimális energiafelhasználással történjék. A TMSZ-IR az összes cselekvésben részt vevő izom állandóan elváltozott tónusát rögzíti (fixálja) az izomszövetek állapotának és tulajdonságainak az elváltoztatásával.

A hipertónusos állapotban lévő izmok megkeményednek és ennek eredményeként képessé válnak arra, hogy a szükséges erő kifejtését ne összehúzódásukkal, hanem saját mechanikai szilárdságukkal hozzák létre. Ezáltal a részben vagy teljes egészében keménnyé vált izmok (a szalagokhoz és az izompólyákhoz hasonló) teherviselő elemekké válnak, és magukra vállalják a TMSZ – etalon állapothoz képest eltolódott – csontjai és egyéb elemei fenntartásának funkcióját. Az izomszövet ezen átalakulására (elfajulására) bizonyos mennyiségű energiát kell felhasználni. Ez azonban egyszeri, mindösszesen egyszer előforduló energiaráfordítás, ami összehasonlíthatatlanul kevesebb annál, mint amit a szervezetnek az eltolódott elemek új állapotának fenntartására kellene felhasználnia (az izmok állandó összehúzódására irányuló munkával). A csökkent feszültségű hipotónusos – állapotba lépő izmok részben elsorvadnak (atrofizálódnak), mivel nincs szükség „teljes értékű” izmokra az állandóan csökkent mértékű izomtónus fenntartásához. Az atrofizálódott izmok pedig kevesebb energiát fogyasztanak.

A TMSZ-IR számára kényszerű megoldásnak, egyetlen lehetséges reakciónak tűnik az önszerveződés, ami a szervezet épségben tartására és életképessége fenntartására irányul a TMSZ-nél hosszú ideje meglévő patológiás állapotok (szabályos anatómiai státuszától való eltérések) fennállásakor. Az önszerveződés azonban mindig a TMSZ funkcionális lehetőségeinek megfelelő – ezekkel összhangban álló – korlátozásához vezet. Ezek után ez a konstrukció lesz az új „etalon”, mivel külső beavatkozás nélkül az igazi etalonjához (szabályos anatómiai státuszához) a TMSZ spontán módon már soha többé nem tér vissza. Még akkor sem, ha a primer eltérés végül is likvidálva lesz, és

a destrukciót elindító nem-anatómiai terhelés eltűnik. Az adaptáció időszakában a szervezet önerőivel még megfordítható szisztémás válasz visszafordíthatatlanná válik az izmokat organikus elváltozásokkal rögzítő önszerveződés beindulása után.

A baleseti sebész orvosok állandóan szemben találják magukat a TMSZ önszerveződésének jelenségével, de nem ismerik fel – nem tudatosul bennük –, hogy erről van szó. Arra törekednek, hogy a sérült elemek gyógyítását minél előbb elkezdjék, mivel a gyakorlatból tudják, hogy – idővel – ez a folyamat egyre inkább problémássá válik a környező szövetek visszafordíthatatlan elváltozásai miatt. Miközben teljes figyelmüket a balesettel érintett elemre fordítják (vagyis a destrukciót elindító, etalontól való eltérésre összpontosítanak), egyáltalán nem törődnek a szisztémás válasszal, figyelmen kívül hagyják ezt. Ugyanis a szisztémás válasz gyakran semmivel sem ad jelt magáról, ha az elemek elmozdulása az ízületek szabad mozgáshatárain belül történt az iniciáló – tartós nem-anatómiai – terhelés kompenzálásának ideje alatt. Pedig némelyik izom a sérülés bekövetkezésének pillanatától kezdve egészen a teljes felgyógyulás pillanatáig (a TMSZ ilyen – számára nem jellemző – állapotában is) a TMSZ stabilitásának a megőrzésére törekedve a normálistól eltérő, elváltozott tónussal működik egészen a teljes gyógyulásig. Az ilyen izmokban (TMSZ-IR parancsra) fellépő organikus elváltozások már csak a traumából való felgyógyulást követően mutatkoznak meg. A későbbiekben ezek az organikus elváltozások a mozgásterjedelem tartós korlátozásának okozói lesznek az ízületekben; és nem feltétlenül a sérülés helyének közvetlen közelében!

Az izmokban zajló organikus elváltozások elkerülhetetlenül befolyással bírnak az idegek vezetőképességre és az erek áteresztőképességére: magukban az izmokban is és a TMSZ szomszédos elemeiben is (lásd a 2. ábrán a 7-es számú tömböt). Az idegeket érő mechanikai nyomás nehezíti az idegek normális működését. A véredényekre és a hajszálerekre nehezedő összeszorító nyomás pedig akadályozza bennük a vér normális áramlását. Emiatt sérül a vérkeringés, a nyirokáramlás és a beidegzés (az innerváció), de nemcsak az elfajult izmokban, hanem a TMSZ szomszédos elemeiben és a szervezet más rendszereiben is: azokban, amelyek kapcsolatban állnak az edények átjárhatóságának és az idegek vezetőképességének sérült szakaszaival.

Mindezek elkerülhetetlen következménye a TMSZ szöveteiben jelentkező rendellenesség: a mikrocirkuláció rendellenessége és az anyagcserezavar (lásd a 8-as számú tömböt). A sejtek munkájához szükséges anyagok (molekulák) sejtekbe történő felvétele és az anyagcsere során keletkező termékek elszállítása akadályozva lesz. Emellett nehezebbé válik a TMSZ elemeinek és szöveteinek működését vezérlő idegi és humorális (testnedvekkel kapcsolatos) szabályozás. Ez azt jelenti, hogy a TMSZ-IR és a szervezet IR által történő irányítás korlátozottá válik.

A mikrocirkuláció és az anyagcsere zavara a TMSZ-elemek szövetösszetételének és szöveti tulajdonságainak (lásd a 9-es számú tömböt a 2-es számú ábrán), ezek után pedig alakjuknak (lásd ugyanott a 10-es számú ábrát) súlyosbodó rendellenességéhez vezet: vagyis szabályos anatómiai státuszuktól való eltérésük fokozódásához. Ez nemcsak az összes iniciáló / elindító és a szisztémás válaszáadásba bevont elemet érinti, hanem a TMSZ ezekkel szomszédos összes elemét is. Ugyanis az említett zavarzónakban szivárgások keletkeznek, a szabálytalan anyagcsere termékei felgyülemlekednek, amiket mi közös szóval **lerakódásoknak** (üledékeknek / **depozítumoknak**) nevezünk. Ezekből keletkeznek az üledékes struktúrák.

Az üledékes (depozítumos) struktúra olyan konglomerátum, aminek alkotórészei a következők:

- az egészséges szövetek,
- az organikusan elváltozott (elfajult / elkorcsosodott) szövetek és
- a TMSZ egy anatómiai egységének határain belül képződött, különböző fizikai halmazállapotban (gáznemű, folyékony, szilárd állapotban) található üledékek, amik részben vagy egészen elváltoztatják ennek az anatómiai egységnek a mechanikai tulajdonságait.

Az üledékes struktúrák idővel befolyásuk alá vonják a TMSZ elemének egyre nagyobb részét és egyesülnek a velük szomszédos elemek üledékes struktúráival. Ezáltal jóval nagyobb nem-anatómiai képződmények jönnek létre, az úgynevezett **üledékes hiperstruktúrák**.

Hogyan alakulnak ki, hogyan jönnek létre ezek az egyesülések? Hosszú idő óta fennálló pangási tüneteknél az üledékes struktúrákon belül félfolyékony, ragacsos masszák (gélek) képződnek, amik fokozatosan szétterjednek a térben, és ezzel egy közös konglomerátummá egyesítik a TMSZ független elemeit. A lerakódások folyékony alkotói később felszívódnak, és a visszamaradó rész – az enyvhez hasonlóan – egymáshoz ragasztja az összes elemet és ezzel egy darabból álló üledékes hiperstruktúrát létesít. Az üledékes (lerakódási) struktúrák és hiperstruktúrák kialakulási folyamata – az említett módon – lényegesen hozzájárul a TMSZ szisztémás, organikus destrukciójának növekedéséhez.

Említést kell tennünk arról az értelmezésbeli különbségről, ami (a TMSZ elemére vonatkozóan) fennáll az általunk használt („eltérés a szövetek szabályos összetételétől és szabályos tulajdonságaitól”, valamint „eltérés a szabályos alaktól”) kifejezések és az orvostudomány által használt „degeneratív-disztrófiás elváltozások” („elfajulásos-fogyatékos fejlődést okozó elváltozások”) kifejezés között.

Ezek a kifejezések nem ugyanazt jelentik. A mi értelmezésünk szélesebb körű, mivel az említett típusú szabályosságoktól való eltérések hamarabb következhetnek be, mint az említett elváltozások: már akkor, amikor – bizonyos idő eltelte után – a lényegében még egészséges elem kezd elveszíteni a szöveteire jellemző mechanikai tulajdonságokat és szabályos alakját:

- az üledékes struktúrákban megjelent lerakódások miatt;
- az ezek által létesített nyomások miatt; vagy
- az üledékes hiperstruktúra közös térfogatában lévő más elemek és lerakódások szorítása miatt.

A TMSZ elemeiben a degeneratív-disztrófiás elváltozások viszont csak akkor jelennek meg, amikor az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák fogságába került szövetek táplálása már hosszú ideje rendellenessé vált.

Az üledékes hiperstruktúrák durván megváltoztatják a mechanikai erők terjedési irányait a TMSZ-ben. Emellett új, korábban nem létezett mechanikai kapcsolatokat visznek a TMSZ rendszerébe s ezzel dezorganizálják (zavarják) az izomhúzás irányát. Mindez egyre újabb és újabb tartós belső nem-anatómiai terhelés kialakulását eredményezi (lásd a 2. ábrán a 11-es számú tömböt). A nem-anatómiai terhelések – *ugyanúgy, mint a 4-es számú tömbben* – a TMSZ stabil állapotának változásához vezetnek; fokozzák a TMSZ elemeiben keletkezett eltolódásokat; esetleg deformációt vagy sérülést idézhetnek elő az ilyen elemekben. Mindez a TMSZ-IR részéről szisztémás választ vált ki (lásd a 2. ábrán a 12-es számú tömböt), ami a működésbe vont izmoknál az emberi test térbeli stabilitásának megőrzéséhez szükséges – további – tónusváltozásban nyilvánul meg. Ez a folyamat hasonlít az 5-ös számú tömbben leírt folyamathoz. A belső tartós nem-

anatómiai terhelések fellépte és az izomzat tónusváltozása szintén hozzájárul a TMSZ szisztémás, funkcionális destrukciójának növekedéséhez.

Ha a TMSZ-ben hosszú idő óta fennáll az izomzat tónusváltozása, akkor ez az önszerveződési folyamat újabb menetét, újabb fordulóját váltja ki (*lásd a 13. tömböt*) és (*a 6-os számú tömbhöz hasonlóan*) tovább növeli az izmok funkcionális elégtelenségét, működési hiányosságát.

Látjuk, hogy a *11–13-as számú tömbben* leírt folyamatok teljesen hasonlóak a *4–6-os számú tömbben* leírtakhoz. Mindössze annyi különbség van közöttük, hogy:

- a *4-es számú tömbben* a tartós belső nem-anatómiai terhelések keletkezését a TMSZ rendszerétől független (külső) primer okok idézik elő;
- a *11-es tömbben* viszont a TMSZ önszerveződési folyamatát kísérő mellékhatások következményei (azaz belső okok) váltják ki a szóban lévő folyamatokat;
- a folyamatokban egyre újabb és újabb elemek szerepelnek.

Ilyen módon a TMSZ destruktív elváltozásai keletkezésének és fejlődésének egész leírt folyamatát visszacsatolás fogja körül. Minél messzebbre jut / minél tovább fejlődik a TMSZ önszerveződése:

- annál erősebben sérül a vérkeringés és a beidegzés (az innerváció);
- annál inkább sérülnek a TMSZ-elemek szövetei: ezek összetétele és tulajdonságai;
- annál több tartós belső nem-anatómiai terhelés keletkezik;
- annál erősebbé válik a szisztémás válasz;
- és – végeredményként – annál mélyebbé válik, annál erősebb lesz maga az önszerveződés.

Ha a TMSZ bekerül a kóros állapot terjeszkedésének és növekedésének ilyen zsákutcájába, akkor abból nem tud kiszabadulni.

Az ilyen patológiás, visszatérő kapcsolatot, ami a „minél inkább, annál inkább” alapelvre épül, a vezetéseleméleti terminológia pozitív visszacsatolásának (PVCS) nevezi. Mi a **TMSZ szisztémás destrukciója (SZD)** nevet adtuk ennek – az általunk felfedezett – jelenségnek, aminek az a lényege, hogy a TMSZ kóros megbetegedésének növekedése és általánossá válása (generalizációja) – amit valamelyik elemének első sérülése indít el (inicializál) – a szabályos anatómiai státusztól való eltérések állandó növekedéséhez vezet. Bár mi ezt a jelenséget körfolyamatként írtuk le (vagyis ciklikusan, visszatérően ismétlődő jelenséggként), azonban itt a (*2-es számú ábrán lévő*) nyilak ennek csupán logikai kapcsolatait mutatják be; mindezek a folyamatok azonban a valóságban megszakítás nélkül és egyidejűleg zajlanak.

A TMSZ szisztémás destrukciója nem más, mint szisztémás szervezethez tartozó zavara (rendellenessége). Elméletileg csupán egy – a legelső – kóros megbetegedés is az egész szervezet destrukciójához vezethet a pozitív visszacsatolás miatt. Ilyen értelemben nincs jelentősége annak, hogy ez az eltérés milyen típusú és melyik elemekben történt, mivel ezek bármelyikénél sérülést szenved a TMSZ mechanikai stabilitása.

A szisztémás destrukció szemléletes példájául szolgálhat a scoliosis (a hátgerinc elgörbülése, elferdülése). Ez a megbetegedés az egyik csigolya szabályos formától való – nem nagy mértékű – aszimmetrikus eltéréssel kezdődik. (E soktényezős megbetegedésnek ez az egyik lehetséges kezdete.) Ezt követi a szisztémás destrukció nagyszámú ismétlődése, aminek hatására a scoliosis végül az egész TMSZ csúf torzójává válik. Ebben az állapotban aztán nem csak a hátgerincet, hanem a csontok többségét is degeneratív-disztrófiás elváltozások sújtják; anatómiailag szabályos helyükről ezek a csontok durván eltolódnak, a test összes izma szervesen elkorcsosodik, elfajul.

Éppen a szisztémás destrukció az oka a csigolyaközi (intervertebrális) porckorong-sérvek képződésének, a „hátfájások” kialakulásának és a TMSZ olyan durva, kóros megbetegedéseinek, mint:

- a bordapúpok,
- a végtagok korlátozott funkcionálása,
- a hátgerinc instabilitása,
- a test körvonalainak egyszerűen ijesztő torzulásai.

Ennek következménye a sok ideg- és érsérülés, ami megnyilvánulhat: fejfájásban, a vérnyomás és a szívritmus normálistól való eltérésében, szövetelváltozásban, agyvérzésben (inzultusban) és szívizomelhalásban (infarktusban).

Megvizsgáltuk a TMSZ-nél keletkezett, az anatómiai státuszától (az etalonjától) való eltérések folyamatainak egész logikai láncolatát arra az esetre nézve, amikor az eltérés egyetlenegy iniciáló tényező hatásának eredményeként jött létre. Ilyen triviális esetben alakul ki a TMSZ szisztémás destrukciója, aminek súlyosbodási üteme sok befolyásoló tényezőtől függ. Két csoportba sorolhatók ezek a ráhatások: egy részük erősíti a szisztémás destrukciót (*a 2-es számú ábrán ezeket jelölik a jobbról jövő nyilak*); másik részük ellenhatást fejt ki a szisztémás destrukcióval szemben (*a 2-es számú ábrán ezeket jelölik a balról jövő nyilak*).

Miként fentebb már említettük: mi egy – közös – elnevezésbe vontuk össze mindazon befolyásoló tényezőket, amik a szabályos anatómiai státusztól való eltéréseket elindítják (iniciálják) és erősítik: az iniciáló és erősítő tényezők (IET) elnevezésbe. Ha az említett tényezők közül bármelyik hatást gyakorol az etalon állapotban lévő TMSZ-re, akkor az utóbbi elindítja a szisztémás destrukciót. Érthető, hogy „kötelezően” iniciáló tényezőknek tekintendők az olyan IET-k, mint a TMSZ veleszületett anomáliái; a TMSZ szövetének veleszületett betegségei; és a születési sérülések is. Ha egyszer beindult az SZD, akkor az IET ismétlődő hatásai fokozzák, tovább erősítik ezt a folyamatot azzal, hogy pótlólagos nem-szisztémás eltéréseket váltanak ki. Ezek ugyanis külső indíttatásúak a szisztémás destrukció folyamatához képest. Ezek a pótlólagos, a szabályos anatómiai státusztól való nem-szisztémás eltérések a 7–11-es számú tömbökbe kerültek. Az IET jellegét tekintve lehet egyszeri (például baleseti sérülés), de lehet folyamatosan előforduló (például a természetes öregedési folyamat; a közös anyagcserefolyamat zavarai stb.). Az első esetben hatásuk következményei élesen nyilvánulnak meg; a második esetben viszont a tényezők állandó befolyása – legtöbbször – észrevétlen marad. Ugyanakkor ennek hosszú idő alatt összeadódó hatása az SZD mechanizmusán keresztül komoly zavarokhoz, akár rokkantsághoz is vezethet.

2.7. A szervezet helyreállítása önerővel (a szervezet regenerálódása)

A TMSZ szisztémás destrukciós folyamatában keletkező organikus zavarok, amik idővel egyre több elemét érintik (és egyre jobban eltávolítják etalon állapothoz tartozó anatómiai státuszától) nem maradnak észrevétlenek a szervezet irányítórendszere számára. A szervezet IR-e mindig törekszik az élettani folyamatok összességének (a homeosztázisnak) a fenntartására, azaz a belső környezet összetételének és tulajdonságainak állandóságára. Ezért a szövetek vérkeringési elégtelenségére (vagy a sejtközi / intercelluláris közeg szabálytalan összetételére) utaló jelzéseket stb. kapva a szervezet IR-e hatást gyakorol a szervezet működésének azon paramétereire, amelyek saját ellenőrzése alá tartoznak.

Például:

- tágít bizonyos ereket azért, hogy több vér áramolhasson a nehézséggel küzdő vérkeringési helyre;
- növeli a vérben nem elegendő mennyiségben található anyagok koncentrációját;
- törekszik csökkenteni a szervezet élettani működésében fellépő, normálistól eltérő paraméterértékeket.

Mivel ez az egész korrekciós folyamat a szervezeten belül zajlik, külső behatások és az emberi akaraterő részvétele nélkül, elneveztük a szervezet önhelyreállításának vagy regenerálódásának (*lásd a 14-es számú tömböt*).

Irányításelméleti szempontból a szervezet önhelyreállítása az eltérésfüggő irányítás tipikus példájának tekinthető. Azaz a negatív visszacsatolós rendszer olyan példájának, amiben a kimeneti paraméter eltéréseinek növekedése a szervezet IR-ének részéről e növekedés csökkentésére irányuló hatást fejt ki. Ily módon a szisztémás destrukció mechanizmusában a szervezet önhelyreállítása a pozitív visszacsatolás patológiás befolyásával szemben működik.

Vizsgáljuk meg részletesen ezt a mechanizmust. Ezért általánosított formában röviden ismét összefoglaljuk a szisztémás destrukció keletkezési és fejlődési folyamatának szakaszait. A TMSZ etalontól való bármilyen eltérése (az első is és az összes utána következő is) tartós belső nem-anatómiai terhelések forrásává válik, amik e szervrendszer térbeli mechanikai stabilitását zavarják. Az ilyen terheléseket szisztémás válaszadás követi, amit a TMSZ-IR szervez azért, hogy kompenzálhassa (kiegyenlíthesse) őket. Ebbe a válaszadásba tehát a TMSZ egybefüggő, összetartozó, egész rendszerként van bevonva. Ennek során – a válaszban – némelyik izom a saját normális tónusát hipertónusra vagy hipotónusra változtatja, ami a TMSZ (velük kapcsolatban álló) elemeinél eltolódást vált ki, és ezek a térbeli konstrukcióban anatómiailag szabályos helyükről eltolódnak. A TMSZ-IR ezen reakcióját adaptációnak (alkalmazkodásnak, illeszkedésnek) nevezik. Adaptációs működési módban a szervezet több energiát használ fel a TMSZ működtetésére, mint etalon állapotánál. Ezen energiaráfordítás minimalizálásának céljából a TMSZ önszerveződést hajt végre oly módon, hogy az izmok megváltozott tónusát fixálja (rögzíti) az izomszövetek organikus degenerálásával, organikus elkorcsosításával. A TMSZ-IR ilyenkor megszervezi az izomszövet gyors módosulását (elfajulását), és ezzel – a megváltoztatott tónussal – az izmokat alkalmasabbá teszi a TMSZ eltolódott elemeinek a tartására. Ez mindenekelőtt a hosszú idő óta fennálló elháríthatatlan, kóros megbetegedés viszonyai között lévő TMSZ működéséhez szükséges.

Az adaptáció és az önszerveződés a TMSZ önhelyreállításának a mechanizmusa, bizonyos fajta önmagának nyújtott segítség azzal számolva, hogy csak saját tulajdon erőire építhet. Ugyanis a szervezet soha nem tudja azt, hogy külső erők gyakorolhatnak rá befolyást, és az orvostudomány létezéséről, ennek ráható erejéről nincs tudomása. Mindez az önszerveződés jó oldala. A rossz oldala abban rejlik, hogy az izmok organikus elváltozásai az egész rendszerben zavart okoznak az idegek vezetőképességében és az erek áteresztőképességében a szervezet szisztémás integritása következtében. Emiatt az önszerveződés a TMSZ generálissá (általánossá) váló szisztémás destrukciójának fő mozgósító tényezője lesz. A TMSZ a szervezet alrendszere. Izmai egyrészt a TMSZ aktív elemeit testesíti meg, másrészt viszont, a szervezet (az egész rendszer) szempontjából nézve egyszerűen a TMSZ olyan szerveit képviselik, amelyek részére biztosítani kell a normális élettevékenységet. Ezért az izomszövet összetételében és tulajdonságaiban jelentkező elváltozásokra a szervezet IR-e azonnal választ ad, és a szövetek életben tar-

tási folyamatainak új állapotban történő optimalizálásával reagál az ilyen elváltozásokra.

Írányításelméleti szempontból a szervezet önhelyreállító tevékenysége más alrendszerének adaptációját és önszerveződését szintén tartalmazza: egyebek között az idegrendszerét és a szív- és érrendszerét. Az adaptálódási szakaszban ezeknek a működési paraméterei megváltoznak. Például a pulzusszám, az erek keresztmetszete, az idegi impulzusok frekvenciája. Az önszerveződés állapotában az ilyen alrendszereknél struktúrális elváltozások lépnek fel (például működésbe lép a kollaterális – a mellékági – vérkeringés). Ezek tanulmányozása azonban nem tartozott feladataink közé, jóllehet, ezekre fog majd vonatkozni egyik-másik feltételezésünk e könyv következő fejezeteiben.

Ha a szervezet elegendő erőforrással rendelkezik, akkor a szervezet önhelyreállítása képes kompenzálni a vérellátás, a beidegzés és az anyagcsere-folyamat elég nagy zavarait és ezzel ki tudja zárni a TMSZ önszerveződésével együtt járó, pótlólagosan jelentkező patológiás hatásokat. Ennek köszönhetően az önszerveződési folyamatba bevont elemek szövetösszetételénél és szöveti tulajdonságainál, valamint alakjánál ilyenkor nem történik további sérülés. Elkerülhetővé válik a TMSZ szomszédos elemeinek és más rendszereknek a bevonása is. Vagyis nem válnak általánossá a TMSZ organikus zavarai, és organikus destrukciója nem mélyül tovább.

Ha a szervezet önhelyreállító képessége korlátlan lehetőségekkel rendelkezne, akkor organikus destrukciós folyamata sohasem öltene szisztémás jelleget a pozitív visszacsatolás hiánya miatt. Az iniciáló és erősítő tényezők (IET) sokaságának hatása alatt azonban – a legtöbb esetben – az önhelyreállítás erőforrásai elég gyorsan kiapadnak és rendkívül lassan pótlódnak. Emiatt a szervezet irányítórendszere nem képes teljesen kompenzálni minden eltérést. A pozitív visszacsatolás hatására ezek az eltérések felhalmozódnak és felerősödnek; egyre újabb és újabb IET gyakorol pótlólagos destruktív hatást a TMSZ-re. Az organikus destrukció akadályozza a TMSZ elemeinek és szöveteinek önhelyreállítására irányuló jelek és erőforrások áthaladását. Oly mértékben, hogy bizonyos pillanatban ezek teljesen lefékeződhetnek, és ekkor az önhelyreállítás lehetetlenné válik. Ez meg is figyelhető az üledékes struktúrákban és az üledékes hiperstruktúrákban az anyagszállítás zavarainak formájában és a szervezet IR-étől jövő vezérlésének, illetve irányíthatóságának az elvesztésében.

A TMSZ szisztémás destrukciójának jelensége objektív valóság, amit megerősítenek az általunk 30 éven át végzett gyakorlati kutatások. Mi megtanultuk, hogyan kell diagnosztizálni a TMSZ anatómiai státuszát. Nyilvánvalóvá tettük és kimutattuk a TMSZ elemeire vonatkozóan, hogy a tartós belső nem-anatómiai terhelések és az esetleges eltolódások jelenlétének, azaz a TMSZ nem optimális működési módjának (funkcionális rezsimjének) mik a feltétlen diagnosztikai ismertető jelei. Megtanultuk, hogyan lehet felismerni a TMSZ izmaiban és más elemeiben keletkezett organikus elváltozások jelenlétét. Megtanultuk, miként lehet megállapítani az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák jelenlétét és határait. Azaz megtanultuk, hogyan kell diagnosztizálni bármelyik ember TMSZ-ében keletkezett szisztémás destrukció jelenlétét és ennek súlyosságát.

Amikor a szisztémás destrukciós folyamatra irányuló kutatásaink és az SZD-elméletnek a felépítése befejeződött, akkor azt a célt állítottuk magunk elé, hogy megteremtjük az SZD akadályozásának (a vele való szembeszállásnak), a TMSZ-nél pedig az anatómiai státusza etalonhoz való visszatérítésének a hatékony módszertanát. Ennek a munkának az eredménye a TMSZ anatómiai státuszának javítására vonatkozó technológia – a szisz-

témás rekonstrukciós terápia (SZRT) – kidolgozása *(lásd a 2-es számú ábra 15. tömbjét)*. Az SZRT aktivizálja a szervezet ön-helyreállítási folyamatait és megoldja a TMSZ anatómiai státusza külső korrekciójához kapcsolódó feladatok széles körét; azokat, amiket a szervezet saját erőivel nem képes megoldani. **A gyakorlat megmutatta, hogy az SZRT az ember TMSZ-ének fizikai rehabilitációjára szolgáló, kiváló hatékonyságú technológiának látszik.**

3. FEJEZET

AZ SZD-ELMÉLET ALKALMAZÁSÁNAK SZEMPONTJAI

Az emberi szervezet – a születés pillanatától a halálig – olyan világban él, ahol teljes erővel hatnak rá a fizika törvényei, különösen a mechanika törvényei. Olyan mechanikai erők hatóterébe kerül, mint a gravitáció, a légköri nyomás, a támasztófelületek reakcióereje, a munkával járó terhelő erők stb. Ahhoz, hogy – ne legyen elnyomva, hanem egyszerűen csak – létezzen, és a térben önmagát és a tárgyakat is mozgathassa, az emberi test rendelkezik egy bonyolult biomechanikai rendszerrel, az úgynevezett támasztómozgató szervrendszerrel (TMSZ). A TMSZ egy élő mechanikai szerkezet (egy élő gép), ami mechanikai erőhatásokat visel el, oszt szét, továbbít és hoz létre saját maga is. E bonyolult gépezet irányítása a TMSZ irányító szervére (a TMSZ-IR-re) van bízva, aminek alapvető rendszercélja az, hogy – a szervezet minimális energia felhasználása mellett – biztosítsa a TMSZ térbeli stabilitását.

Az emberi test stabilitásának fenntartására szolgáló tevékenység bonyolultságát nehéz elképzelni, hiszen a másodperc töredéke alatt az IR feldolgozza:

- a test különböző részeiben található adóktól (érzékelőktől / receptoroktól) érkező több ezer információt;
- a külső nyomásról tájékoztató, bőrben lévő tapintásérzékelőktől jövő információkat;
- a látóidegközpontok adatait;
- a vestibuláris apparátusok (a bemeneti szakaszok és csarnokok) adatait.

Ezek alapján egyedi döntést hoz mindegyik izom összehúzódására vonatkozóan, és ezt utasításként adja ki. Mindezt nehéz elképzelni, hiszen olyankor is, amikor mi – úgy tűnik – mozdulatlanul állunk: a valóságban picit ide-oda himbálódzunk, s emiatt a helyzetünkre vonatkozó információ egész idő alatt változik. Ugyanakkor bármelyik pillanatban szaladhatunk, ugrálhatunk, táncra perdülhetünk, vagy akár súlyos tárgyat vehetünk kezeink közé, mert szilárdan hisszük, hogy az IR biztosítja számunkra – bármelyik szituációban – a stabilitást. Szilárdnak, stabilnak lenni: az ember számára ez ugyanolyan egyszerű és megszokott dolog, mint a lélegezés. A valóságban azonban e funkció által nyújtott teljesítés látszólagos könnyűsége mögött a tudat alatti irányítás nagyon bonyolult algoritmusa áll, amit a legtokéletesebb irányítórendszer és a világ legtokéletesebb számítógépe, vagyis az emberi agy irányít. Ez idáig egy orvosnak sem jutott eszébe, hogy ennek az irányítórendszernek a „munkaeredményeit” tanulmányozva keresse és találja meg a TMSZ – és az egész szervezet – patológias állapotának az okait.

A TMSZ összes eleme – mechanikai szempontból – két kategóriába sorolható:

Az első kategóriába tartoznak a szerkezet teherviselő elemei (a csontok, a szalagok, a porcok, az inak és az izompólyák / a kötőszöveti elemek). Ezek merevségük révén tudják betölteni azokat a mechanikai funkciókat, amik nem követelnek ehhez – a szervezettől – energiaráfordítást. A teherviselő elemek passzív elemek, mivel nem képesek maguktól elmozdulni.

A második kategóriába a lágy, elasztikus, aktív elemek tartoznak: az izmok. Ezek a teherviselő elemekhez kötődnek, és a TMSZ-IR utasításainak hatására operatíván tudják változtatni alakjukat. Az izmok összehúzódásukkal és ellazulásukkal mechanikai erőket hoznak létre. Ezek továbbadódnak a teherviselő elemeknek úgy, hogy eközben az izmok fönntartják és térbelileg elmozdítják az ilyen elemeket. Önmagában véve

a TMSZ szerkezete rendkívül labilis. Tíz kilogramm többszörösét elérő összsúlyú, nem nagy támasztófelületre támaszkodó testet kell egyensúlyban tartania, ami – figyelembe véve azt, hogy szerkezeti elemeinek többsége mozgatható – olyan feladat, amire csak a TMSZ-IR képes. Az ember tudatos „felkelni” parancsának engedelmeskedve ez az IR a test 700 izma mindegyike számára kiválasztja a szükséges izomösszehúzó erőt, és ezek segítségével felemeli a testet vízszintes helyzetéből, és függőlegesen elhelyezi / elrendezi egymáson mind a 3000 anatómiai egységét. Eközben az izmok dinamikai munkát végeznek. Amikor már mozdulatlanul áll az ember, akkor az izmok áttérnek a statikai munkavégzési módra, ami a tónus (az izomfeszülés) fenntartására irányul. Ezt a feladatot szintén a TMSZ-IR tűzi ki / irányozza elő és ellenőrzi ezt idegi impulzusok formájában az izmoknak küldött utasításai segítségével. Ez azonban már az ember akaratának részvétele nélkül, a tudatalatti szintjén zajlik. Ha a TMSZ-IR – bármelyik pillanatban – kikapcsol, akkor az összes izom – egy szempillantás alatt – elernyed, és az ember a földre hull, összeesik, mint egy kártyavár.

Az izmok állandóan fogyasztják a szervezet energiáját, mivel a TMSZ-IR – az emberi akaratától függetlenül – tónusos, azaz feszes állapotban tartja őket nem csak dinamikus (mozgással járó), hanem statikus (mozdulatlan) állapotban is (amikor az ember áll, ül, fekszik, sőt még akkor is, amikor alszik). Mégpedig a TMSZ térbeli stabilitásának eléréséhez szükséges összehúzódnási foknak megfelelő tónusban. Ugyanazon izom tónusos összehúzódnásának foka a különböző statikus pózoknál – természetesen – különböző. A különböző izmok tónusos összehúzódnásának mértéke szintén különböző mindegyik konkrét testtartásnál. Az izmok többségének akkor legkisebb a tónusos összehúzódnása, amikor az ember alszik. Azonban ilyenkor – az alvó ember testtartásától függően – ennek ellenkezője is fennállhat: némelyik izom – éppen ilyenkor – erősebben megfeszülhet, mint ébrenlétkor, álló helyzetben. Ilyen eset állhat fenn például a nyakizmoknál, amikor oldalra fordul a fej stb.

Mivel a szervezet energiakészlete mindig korlátozott: az IR által a TMSZ-re gyakorolt irányító hatás mindig a szervezet energiafelhasználásának minimalizálására irányul, akár munkát végez a TMSZ, akár egyszerűen csak létezik és fenntartja önmagát. Ezt az igazságot nem szabad a TMSZ-IR közvetlen elutasító magatartásaként értelmezni; olyanként, ami ellenszegül és nem engedelmeskedik az emberi akaratnak, vagy akadályokat kíván gördíteni az egyén mozgató és munkavégző tevékenysége elé. Az utóbbi azonban igaz is lehet, amikor nagyon kevés az energia. Például betegség idején, a szervezet általános legyengülése miatt; vagy az izmok túlságos megerőltetése / kifáradása után; vagy a TMSZ elemeinek patológiás állapotánál stb. Ezt azonban a TMSZ-IR által folytatott szigorú ellenőrzésnek kell tekinteni, a TMSZ-elemek mozgáskontrolljának kell értelmezni, főként az izmok esetében, amik rendkívül nagy energiafogyasztók. Ez az ellenőrző-felügyelő tevékenység a mozgatási műveletek megszervezésekor máris az energiatakarékosságra irányul, mivel a TMSZ-IR arra törekszik, hogy az izmok csupán rövid ideig legyenek igénybe véve az ilyen műveletekhez. Csupán annyi ideig, ami alatt megtörténik a terhelő erő továbbítása a teherviselő elemekre, amik nem fogyasztanak energiát a terhelő erők hatásának elviselésére. Statikus állapotban az IR azzal ügyel például a (megfelelő) testtartás kiválasztására, hogy törekszik elkerülni az izmok túlságos elfáradását és – az izomterhelés csökkentésére – megpróbál felhasználni kiegészítő (pótlólagos) támasztó felületeket a TMSZ számára. Például, ha sokáig áll az ember, akkor arra törekszik, hogy valamilyen támasztéknak dőljön. Ugyancsak ide kell sorolni a TMSZ olyan reakcióit, mint az adaptáció és az önszerveződés, amik vezető szerepet töltenek

be a TMSZ elemeinek patológiás állapotában. Általánosan elmondható, hogy a TMSZ szerkezete – szabályos anatómiai státuszánál fogva – saját maga elősegíti az energiafogyasztás minimalizálását (a Föld felszínén uralkodó mechanikai erők hatóterében való folyamatos létezéshez szükséges energiafelhasználás minimalizálását).

Ha megvizsgáljuk az etalon TMSZ-t alapállásban is (vagyis a legjellemzőbb állapotában, amikor a síkban támasztó funkció szerepét tölti be) és mozgásra kész helyzetben is, akkor rögtön szembeötlik szimmetrikus felépítése. Ilyen állapotban ugyanis összes eleme egyensúlyban van; a teherviselő elemekre egyenlő mértékben van elosztva a terhelés; és az izmok szerepe csupán ezek pozicionálására irányul, azaz az egyensúly izomtónus segítségével való fenntartására. Éppen ezért választottuk a patológiásan elváltozott TMSZ etalonnal való összehasonlító elemzéséhez kiindulási állapotnak az alapállást, és ennek izomtónusát fogadtuk el (jelöltük ki) normális izomtónusnak. A továbbiakban az alapálláshoz tartozó tónusra vonatkozóan mutatjuk be, hogy a stabilitás fenntartására felhasznált energiamennyiség ilyen esetben minimális.

A TMSZ bármelyik eleménél jelentkező bármilyen patológiás állapot (bármilyen eltérése a normától), függetlenül konkrét megjelenési formájától (az orvosi terminológiával összhangban: függetlenül etiológiájától / kóroktanától és patogenezisétől / kórfejlődésétől), károsítja a TMSZ-nek mint mechanikai szerkezetnek a munkáját. Ez a negatív hatás elsősorban a stabilitásánál jelentkezik. Amíg azonban egy szokásos gépet, például egy gépkocsit meg lehet állítani, az elromlott alkatrészeket ki lehet cserélni és ezzel hamar helyre lehet állítani normális állapotát, majd utána lehet vele továbbutazni, addig az emberi géppel ezt nem lehet megtenni. A TMSZ-t csupán olyan értelemben lehet „javításra leállítani” – és ezt is csak részben lehet megtenni –, hogy levesszük róla a mozgásfunkciót. Arra azonban senki sem képes, hogy levegye a testről az őt övező – külső – fizikai világtól jövő mechanikai terheket. Hiszen a test állandóan ebben a térben van, és a támasztó, valamint a térbeli egyensúlyát fenntartó funkciója is éppen ilyen terheléseknek a legyőzésében / leküzdésében nyer értelmet (ez a feladatuk). Arra sincs tervezve az emberi gép, hogy valaki egy pillanat alatt eltávolítsa belőle a TMSZ sérült elemeit, és ezeket javított elemekkel kicserélje vagy egy szempillantás alatt meggyógyítsa. Ezért a TMSZ-IR hajthatatlanul tovább folytatja fő funkciójának a teljesítését:

- fenntartja a test térbeli egyensúlyát;
- a fellépő patológiás állapotra azonnali adaptációval, „alkalmazkodással” reagál;
- ha pedig a patológiás állapot fennmarad, és nem lesz gyorsan megszüntetve, akkor a TMSZ-IR igazodik ehhez az állapothoz és átépíti a támasztó-mozgató apparátust (szerkezetét).

A TMSZ-IR az itt felsorolt folyamatok mindegyikét – természetesen – a szervezet minimális energiaráfordítása mellett valósítja meg, engedelmeskedve ennek a legfőbb kritériumnak. A sérülés nyomán fellépő reakciók ilyen algoritmusát az ember – önfenntartási viszonyok között – sok millió évig tartó evolúciója munkálta ki. Kívülről jövő – például orvosi – segítségben soha nem reménykedik sem a TMSZ-IR, sem egyéb (idegrendszeri, vérkeringési stb.) alrendszer IR-e, sem ezek koordinátora és vezérlője a legfelsőbb szintű irányítórendszer, vagyis az egész a szervezet IR-e. Hiszen egyáltalán nem sejtik, hogy létezik / létezhet külső – orvosi – segítség, mivel a szervezet irányítását a tudat alatti szinten végzik, automatikus működési módban.

Az orvosi tudomány ismeri a szervezet és a TMSZ bizonyos képességeit, egyebek között az adaptációt és az önhelyreállítást, a regenerálódást. Legalábbis előfordulnak ilyen szavak az orvosi irodalomban. Azonban nem csak az a fontos, hogy valamit absztrakt

módon, csupán elvont fogalomként ismerjük, hanem az is, hogy az ilyen ismereteket helyesen alkalmazzuk. Az ortopédiával és a csigolya-ideggyógyászattal foglalkozó sok-sok könyvet elolvastván meggyőződünk arról, hogy az orvostudomány szinte mindent ismer a TMSZ-re vonatkozóan, csupán azt nem tudja, hogy miért fáj az ember háta és hogyan lehet neki segíteni. Ekkor döntöttünk úgy, hogy a TMSZ sokfajta betegségébe és traumájába nem fogunk részletesen belemerülni, hanem egyenesen és egyszerűen e bonyolult biomechanikai rendszer célkitűzéseit fogjuk vizsgálni. Továbbá azt, hogy miképpen lehet elérni az ilyen célokat a TMSZ ideálisan egészséges, etalon állapotánál és megváltozott, patológiás állapotánál. Összegezve tehát: azzal, hogy eligazodtunk ebben és megértettük, hogy konkrétan miben is áll a TMSZ adaptációjának és önszerveződésének a lényege akkor, amikor elemei patológiás állapotban vannak, sikerült megtalálnunk a legendás „hátfájás”, a legendás „myofascialis triggerpontok” (az izomhüvelyi / kötőszöveti fájdalomkiindulási pontok) megfoghatatlan forrását. Ezzel viszont megtaláltuk az emberi test összes szörnyű, egyáltalán nem kívánat deformitásának megfoghatatlan kiindulási pontját. Kiderült, hogy a szisztémás patológiás elváltozás mutatkozott e fájdalmak forrásául, amit a TMSZ bármelyik nem-szisztémás – spontán – patológiás kórfolyamata indít el.

A szisztémás patológiás kórfolyamat a „láthatatlanságnak a sapkájába” burkolózik és eltakarja magát az orvosok tudatlanságával (akik nem ismerik a bonyolult rendszerek irányításának közös törvényeit és szervezettségének alapelveit). Ezzel lehetőséget kap az SZD ahhoz, hogy korlátlanul terjeszkedjen és általánossá váljék az egész támasztómozgató szervrendszerben. Sőt, még akkor is észrevétlen maradjon igazi arca, amikor – nem találkozáva a klinikai orvostudomány ellenállásával – már degeneratív-disztrófiás elváltozásokat okoz a gerincszerkezetekben, fenyegetve ezzel az embert mozgásképesége, sőt, élete elvesztésével. Létezik több száz diagnózis, amik között a „diszkogén (porckorong eredetű) megbetegedés” a legnépszerűbb [10.] Ezek azonban nem tükrözik vissza a lényegét, csupán megnevezik az anatómiai egységeket és a sérülés mértékét, súlyosságát. A szisztémás patológiás folyamat (ami mindezen kóros betegségeknek a forrása) a TMSZ mellett még a szervezet sok más szervének és sok egyéb rendszerének munkáját is zavarja, és ezeket károsan befolyásolja. Figyelemre méltó, hogy a „TMSZ szisztémás destrukciója” tünetet mi akkor fedeztük fel, amikor:

- olyan „jó” reakciókat elemeztünk, mint az adaptáció és az önszerveződés;
- olyan nagyszerű tevékenységet vizsgáltunk, mint a munka (ami – miként mondani szokták – emberré alakította a majmot);
- és olyan kiváló gyógyító eljárás TMSZ-re gyakorolt befolyását tanulmányoztuk, mint az izmok erősítésére szolgáló gyógytorna.

3.1. Organikus elváltozások keletkezése az izmokban a TMSZ adaptációs és önszerveződési folyamatainak hatására

A szisztémás destrukciós jelenség megértéséhez részletesen, lépésről lépésre haladva kell átvizsgálni és elemezni a TMSZ részéről – elemei sérülése miatt – foganatosított reakciókat. Kezdjük az etalon állapotú TMSZ első kóros megbetegedésével, a szabályos anatómiai státuszától való első eltéréssel. Bármelyik elemének első kóros megbetegedése (akárcsak bármelyik ezután következő patológiás állapota), bárhol is fordul elő, gyengíti ezen elem és a TMSZ egész szerkezetének (anatómiailag „előírt”, „megkövetelt”) etalonképességét és azt, hogy az állandóan rájuk ható mechanikai terhet elviseljük. Ez aztán felborítja azt az erőegyensúlyt, aminél az anatómiailag szabályos TMSZ stabilitása fennáll. A patológiás hatásra elváltozott TMSZ-ben azonnal fellépnek olyan tartós belső nem-anatómiai terhelések, amilyenek nem állhatnak fenn a normális, azaz az egészséges TMSZ-ben. Ezért ezeket egy pillanat alatt kompenzálni kell, különben a test elveszíti az egyensúlyát és elesik. Ennek elkerülésére azonnal fellép az IR reakciója, az adaptáció, aminek lényege az egész rendszer teherviselő képességének erősítésében nyilvánul meg. A TMSZ-IR a számára létező egyetlen lehetséges módon, csak az izomfeszülés elváltoztatásával képes operatíván reagálni, azaz gyorsan intézkedni. Ennek hatására egyes izmok – részben vagy egészen – a hipertónus egy meghatározott, állandó fokozatába váltanak át (a normálisnál nagyobb mértékben húzódnak össze); a velük szemben működő, úgynevezett antagonista izmok pedig a hipotónus megfelelő állandó fokozatába lépnek (a normálisnál kisebb tónusba). Mivel az izmok csontokhoz kötődnek, ezek pedig, a maguk részéről – többnyire – mozgatható kötéssel kapcsolódnak egymáshoz, az izmok tónusváltozásának eredményeként a velük kapcsolatban álló csontelemek eltolódnak helyükről szabad mozgáshatáraikon belül. Ennek az a következménye, hogy ezek az elemek szabálytalan helyzetbe kerülnek a TMSZ térbeli szerkezetében. Az állandó hipertónusos állapotban lévő izmok nem a számukra, hanem a teherviselő elemek számára előírt szerepet kezdik játszani: a TMSZ stabil állapotban tartására szolgáló „támasztógerenda” / „tartórúd” szerepét töltik be.

Mivel a TMSZ valamennyi elemére ható összes terhelés finom, célirányos kiegyensúlyozásával érhető el a TMSZ stabilitása: akár csak egy eleménél jelentkező kóros megbetegedésre is az egész rendszer reagál (ez a szisztémás válasz). Ennek során sok izom tónusa megváltozik: a beteg elemmel közvetlen kapcsolatban lévő izmoké is és (lehet, hogy) a tőle távol lévő izmoké is. Az ezekkel kapcsolatban lévő csontoknál is ennek megfelelő mennyiségű eltolódás jelentkezik. Kedvező körülmények esetén az adaptációs időszak alatt mindezen mechanikai elváltozások visszafordíthatók, ha a TMSZ elemét ért bántalmat gyorsan megszüntetik. Amikor ugyanis a rendszerből eltűnik a tartós nem-anatómiai terhelés, azaz a szisztémás válasz is eltűnik, akkor a TMSZ-IR minden izmot visszatérít normális tónusába, és minden eltolódott elem elfoglalja majd szabályos pozícióját a térbeli konstrukcióban.

A valós életben ez rendszerint ritkán történik meg. Hiszen a (TMSZ-t ért) traumák kigyógyítása rendszerint hosszú időbe telik. A krónikus betegségekből való kigyógyítás pedig általában véve – még inkább – problematikus. Ezért az adaptációs szakasz után következik az önszerveződés, a TMSZ alkalmazkodása elemei hosszú idő óta meglévő kóros állapotához. Az önszerveződés a TMSZ-IR ellenreakciója arra, hogy a szervezet növeli az – adaptációs folyamatba bevont izmok állandó tónusának fenntartását szol-

gáló – energiafelhasználást. Nem az izmok rendeltetése az állandó teherviselés. A TMSZ-ben erre más egységek vannak rendszeresítve: a csontok, a szalagok stb. A patológiás folyamat által megtámadott TMSZ-ben azonban néhány izomnak a teherviselő elem szerepét kell magára vállalnia. Az izom-összehúzódással újonnan létesített „támasztógerenda” merevségének fenntartását szolgáló energiafelhasználás csökkentése érdekében a TMSZ-IR utasítást ad a kívánt erőfeszítés állandósítására, azaz az izomszövet elkorcsosítással történő rögzítésére (fixálására). Ilyen módon – az IR jeladásoknak engedelmeskedve – a patológiásan megváltozott TMSZ-ben elég gyorsan (részben vagy egészen) „elfajul” néhány izom és átalakul merev, teherviselő elemmé. Ezek az elváltozások organikus jellegűek, és a szervezet önerejével nem fordíthatók vissza. Akkor sem, ha az őket „beindító”, iniciáló patológiás elváltozás a későbbiekben megszűnik, mivel az önszerveződési folyamat soha nem megy fordított irányba. Ezzel arra utalunk most, hogy a TMSZ-IR nem tudhatja, hogy a TMSZ-szel mi történik majd a későbbiek során. Ugyanis a TMSZ-IR úgy van felépítve, hogy – feladatai végrehajtásához – magának a szervezetnek a csupán „itt és most” hozzáférhető erőire számít. A TMSZ-IR ezzel a szervezet épségét és életképességét biztosítja az adott pillanatban kevésbé fontos funkcionális lehetőségeinek részleges elvesztése árán.

Az izmok állandó hipotónusa szintén rögzítve van abban az állapotban, amibe „befagyasztotta” őket a mindent látó IR, aminek utasítására történik ezen izmok szövetének atrofizálása (elsorvadása). Ugyanis nincs értelme tovább fenntartani a korábbi, az egészséges állapot őrzésére szolgáló energiafelhasználást, ha az izom állandóan ellazult, elernyedtt állapotban van. Hiszen ebben az esetben már nincs szükség a nagyobb energiafelhasználásra (ahogyan – az adott pillanatban – „gondolja”, „számolja” az IR). Az ember régóta tudja, hogy a nem működő (inaktív) izom elsorvad. Ezt az igazságot megerősíti az orvostudomány is és a gyakorlati tapasztalat is. Azonban az, hogy ez a sorvadás az adaptáció és az önszerveződés mechanizmusával történik, mindaddig senkit nem érdekelt, amíg nem röpültek fel a világűrbe az űrhajósok. Az űrorvosokat meglepte az a tény, hogy az űrhajósok egészséges, teljes értékű, edzett izmai katasztrofális gyorsasággal sorvadtak el a világűrben, és ezt nem lehetett megmagyarázni az izmok inaktivitásával, csupán azzal a ténnyel, hogy az űrhajósok nem használták az izmaikat. Hiszen a fekvő ember sem használja az izmait, és a sorvadási folyamat nála lényegesen kisebb sebességgel zajlik és nem jut el ilyen mértékig [4]. A csontoknál is hasonló a helyzet, ezek is gyorsan veszítenek tömegükből [5]. Az űrorvosok már elég régen észrevették, hogy az izomsorvadás az irányítórendszer jeladásainak (szignáljainak) hatására következik be [37], azonban ennek magyarázatát mindmáig nem találják. Csak az általunk létrehozott szisztémás destrukció elmélete írja le teljességgel az összes – ilyen folyamatba bevont – mechanizmust. A világűrben lévő ember hipotónusa sokkal nagyobb mértékű (izmainak tónusa jóval alacsonyabb), mint a földön lévő, nem mozgó ember hipotónusa. Hiszen a TMSZ-IR az utóbbinál fekvő helyzetben is a test földi súlyának figyelembevételével tartja fenn a testre ható terhelések egyensúlyát. Ennek a földi hipotónusértéknek megfelelően szervezi a TMSZ-IR a szövetsorvadást és tartja a szövetet olyan állapotban, hogy az fenntarthassa az ehhez illő és ennél nem nagyobb izom-összehúzódást.

Hangsúlyozzuk, hogy az izomsorvadás szintén organikus elváltozás: az izomszövet organikus elfajulása. Az űrhajósok izomsorvadásának gyors irama, ami a szervezet energiafelhasználásának megtakarítását célozza, lényegét tekintve önszerveződés. (Hiszen a TMSZ-IR nem tudja, hogy ezek az űrhajósok, azaz ezek az izmok majd visszatérnek

a Földre.) Ez a gyors iramú izomsorvadás igen szemléletesen érzékelteti állításaink helyességét:

- azt, hogy a TMSZ-IR céltudatosan irányítja a TMSZ-t;
- és azt is, hogy a szervezet magasabb rendű, legfőbb IR-ének (a szervezeti IR-nek) az utasításai és céljai a TMSZ-IR-nél prioritással bírnak.

Így tehát a világűr rendkívüli viszonyai elméletünk alapelveit demonstrálják. Bizonyítják, hogy a TMSZ destrukciója nem csak a „mivel” / „mert” okán keletkezhet, hanem a „valamilyen cél elérése” okán is.

Ami az állandó hipertónus fixálását illeti, megjegyzendő, hogy – jelen könyv megjelenéséig – az ilyen izmok organikus elfajulási folyamata idáig még senki részéről sem lett megemlítve. Megerősítik ezt az állítást az olyan típusú kifejezések, mint:

- „az izmok görcsös állapota évekig elhúzódhat” [15, 16],
- „az izmok rövidebbek lettek”,
- „egyes izmok inkább hajlamosak a rövidülésre, más izmok pedig az ellazulásra” [9].

A „görcs” (a spazmus), a „rövidülés”, az „ellazulás” szavak az izmok működési (funkcionális) állapotának (és nem az organikus állapotuknak) a jellemzői. Az ilyen szavak használata egyértelműen tanúskodik az abszolút tudatlanságról. Arról, hogy az orvosok abszolút nem értik, vagy legalábbis nem alkalmazzák a szervezet legfontosabb – munkával kapcsolatos – alapelvét, az energiatakarékosság elvét. Ennek alkalmazása esetén ugyanis konkrét következtetéseket kellene felállítani:

- a hosszan tartó izom-összehúzódás ellentmond a fent említett (energiatakarékosságra vonatkozó) alapelvnek, és a TMSZ-IR soha nem enged meg ilyen ellentmondást;
- a TMSZ önszerveződési folyamatában az izmok a szükséges keménységet a bennük bekövetkezett elváltozások hatására érik el.

Mi azt állítjuk, hogy az ilyen elváltozásoknak nagyon gyakran nincs fogyatékos idegfejlődésre utaló (neurodisztrófiával kapcsolatos) természetük, hanem elsődleges jellegűek; vagyis ők okozzák az idegrendszer vezetőképességénél fellépő zavarokat és a véredények áteresztőképességét érintő rendellenességeket. Állítjuk, hogy az izmok merevségét okozó organikus változások lehetnek nem csigolyáktól származók, hanem olyanok, amik a TMSZ-IR (az emberi agy) utasítására keletkeznek. Méghozzá akkor, amikor a TMSZ szabályos anatómiai státuszát bántalom éri, és erre válaszolva a TMSZ-IR beindítja a TMSZ önszerveződési folyamatát azért, hogy ennek segítségével – az izmok elfajulásával – erősítse a TMSZ teherviselő (támasztó) funkcióját. Az említett módon a TMSZ-IR a patológiásan elváltozott TMSZ mechanikai stabilitását minimális energiameennyiség felhasználásával tudja biztosítani, vagyis ezzel a saját célkitűzését valósítja meg.

Az izomszövet sorvadása is és keményedése is organikus elváltozást jelent (azaz a TMSZ-elem szöveteinek – jelen esetben izomszöveteinek – szabályos összetételüktől és tulajdonságaiktól való eltérését jelentik). Ezért ezeket – a korábbi meghatározásainkkal összhangban – destruktív változásoknak lehet hívni; az orvostudomány elképzeléseinek lényege szerint pedig patológiás elváltozásoknak (kóros betegségnek). Ebből következik, hogy a „patológiásan elváltozott TMSZ” fogalom azonos a „destruált TMSZ” fogalommal. A TMSZ destrukciója pedig az a folyamat, ami a TMSZ-t ebbe az állapotba juttatja. Ily módon a TMSZ-re – egész rendszerére – az a jellemző, hogy legelső patológiás elváltozása – akár egyetlenegy elemében jelentkező legelső eltérés a szabályos anatómiai státusztól – az önszerveződés mechanizmusán át a patológiás állapot bővü-

léséhez, szétterjedéséhez vezet. Vagyis az egész rendszer destrukciójához, aminél már a szisztémás válaszba bevont TMSZ-elemek bizonyos sokasága tér el saját anatómiai normájától, azaz destruálódik.

3.2. Nem-szisztémás eltérések hatása a TMSZ anatómiai státuszára

Jelöljük $TMSZ_0$ jelöléssel a TMSZ etalon állapotát (szabályos anatómiai státuszát) és $TMSZ_1$ jelöléssel az első nem-szisztémás eltérés, Δ_1 keletkezése után létrejött, destruált állapotát (ami valamilyen külső, iniciáló-erősítő tényező / IET hatására jött létre). Ezt az állapotváltozást a következő egyenlettel lehet kifejezni: $TMSZ_1 = TMSZ_0 + \Delta_1$. A $TMSZ_1$ destruált állapota szintén stabil lesz, azonban az etalonhoz képest a $TMSZ_1$ funkcionális lehetőségei egyre korlátozottabbak, mivel az izmok bizonyos része organikusan elfajul (elkorcsosodik), és a szerkezet velük kapcsolatban álló csontelemeinél térbeli elmozdulás lép fel. A TMSZ szisztémás destrukciójára vonatkozó elméletünk kidolgozásának folyamán – amíg nem jutottunk el a gyakorlati kutatásokig – nekünk úgy tűnt, hogy a $TMSZ_1$ állapota változatlan marad addig a pillanatig, amíg a TMSZ rendszerében nem lép fel egy következő – külső tényezők által okozott – eltérés (Δ_2). Mivel a TMSZ-IR szisztémás célja változatlan maradt, a második eltérés is hasonló adaptációs és önszerveződés jellegű folyamatokat vált ki. Ennek eredményeként egy új – stabil – állapot keletkezik, a $TMSZ_2 = TMSZ_1 + \Delta_2$. Ennél az állapotnál, a $TMSZ_1$ -hez képest, még nagyobb, még súlyosabb destrukció keletkezik. Ez azért jöhet létre, mert a korábban érintetlenül maradt izmokban is megjelennek az organikus elváltozások, és lehet, hogy ezek még tovább mélyülnek azokban az izmokban, amiket már a $TMSZ_1$ állapotban érintett a destrukció. Érthető, hogy az ezen izmokban zajló elváltozásoknak megfelelően a szerkezet csontelemeinél új eltolódások jelentkeznek, már meglévő eltolódásaik pedig még tovább erősödnek.

Számunkra logikusnak tűnt, hogy ha az egyén élete során – TMSZ-állapotában az etalonhoz képest – bekövetkezett N darab, egymástól független patológiás eltérés, akkor minden új eltéréssel a TMSZ destrukciója tovább fog súlyosbodni (ez szemléletesen látható ugyanazon ember ifjúkori és öregkori alkatának összehasonlításánál). Az egyre nagyobb mértékben tönkrement TMSZ-hez tartozó stabil állapotok sorának bővülése pedig folytatódni fog:

$TMSZ_3 = TMSZ_2 + \Delta_3$, $TMSZ_4 = TMSZ_3 + \Delta_4$, + ... + $TMSZ_{(N-1)} = TMSZ_{(N-2)} + \Delta_{(N-1)}$,
 $TMSZ_N = TMSZ_{(N-1)} + \Delta_N = TMSZ_0 + \sum \Delta_i$, ahol $i = 1, \dots, N$. Ha valamelyik $(N + 1)$ -edik eltérésnél a TMSZ-IR többé nem lesz képes biztosítani a stabilitást, akkor az ember külső támasztó eszközre fog szorulni, ami lehet bot, mankó, kerekesszék stb.

Miután felépítettük ezt az elméletet, természetesen szeretnénk volna leellenőrizni a gyakorlatban. Az orvostudományhoz fordulván azt vettük észre, hogy egyszerűen nincsenek megfelelő diagnosztikai módszereik. Olyanok, amik szükségesek a TMSZ szabályos anatómiai státuszára vonatkozó döntés gyors (nagyfokú megbízhatósággal jellemezhető, nem invazív, azaz a szervezetbe való behatolás nélküli diagnosztizálásra épülő döntés) meghozatalához. Ilyen módszerek egyszerűen azért nincsenek, mert nem létezik olyan orvosi műszer, ami lehetővé tenné az emberi TMSZ-nél – 3000 anatómiai egysége mindegyikénél – az aktuális állapot károsodás nélküli, gyors, tömeges és alapos felmérését. Mégpedig alakjuk, szöveti összetételük és szöveti tulajdonságaik szabályos-

ságának, valamint a csont-izom szerkezetben elfoglalt térbeli helyzetük szabályosságnak a diagnosztizálását. Még a szupermodern, műszeres diagnosztizálási módszerek sem képesek „átfogni” az egész emberi testet és szükség esetén részletezni a test egyes elemeiben – főleg a puha izomszövetekben – jelentkezett destrukciós elváltozásokat. Ez a tény készítetett minket arra, hogy olyan diagnosztikai módszereket keressünk, amelyek igényeinknek megfelelnek, amellet egyszerűek és tömeges használatra alkalmasak. Ilyen diagnosztikai eszköznek mutatkoztak az emberi kezek; konkrétan szólva: jelen könyv szerzőinek a kezei.

Ezek után egy hosszadalmas időszak következett: tudományos hipotéziseink bizonyítási időszaka, az elmélet kipróbálásának periódusa, ami a maga nemében egyedülálló, unikális eredményekhez vezetett minket. Felépítettük a TMSZ szisztémás destrukciója keletkezésére és fejlődésére vonatkozó új elméletet és létrehoztunk egy vele szembeállító, hatékony ellentechnológiát, a szisztémás rekonstrukciós terápiát.

A gyakorlati tapasztalat segített minket abban, hogy tovább folytassuk elméleti kutatásainkat. Ez megsúgta a továbbfejlesztésük szempontjából elsőbbséget (prioritást) kívánó irányokat. Az elmélet – a maga részéről – szintén rendelkezik irányító és szervező hatással a gyakorlatra. Ez idő alatt több tízezer ember TMSZ-ének állapotát ellenőriztük és elemeztük. Ezek mindenféle korosztályba tartozó, beteg és egészséges emberek voltak; a TMSZ etalontól való eltéréseinek nyílt vagy szemmel nem látható megnyilvánulásaival; különböző fokú fizikai aktivitást kívánó, különféle szakmák képviselői. Sokak állapotát követtük életük első éveitől 2–3 évtizeden át. Másokat – középkorúakat – is megfigyeltünk ugyanilyen hosszú időn át; a harmadik csoport tagjait pedig érett felnőtt kortól a késői öregkorig kísértük figyelemmel.

A nagy gyakorlati tapasztalat annyira kifejlesztette kezeink érzékelőképességét / érzékenységét, hogy kezdtük érezni a TMSZ tapintással érzékelt szövetállapotai közötti különbséget; azt, ami fennállt az anatómiailag szabályos összetételű állapotuk és az ettől eltérő állapotuk között. Emellett kezdtük – finoman – érzékelni a csont-izom szerkezetben a TMSZ-elemek alakeltéréseit és az anatómiailag szabályos térbeli pozícióiktól való eltéréseiket (eltolódásokat) is. A tapintási tapasztalattal egyidejűleg fejlődött vizuális képességünk is; az, hogy nagy pontossággal tudjuk értékelni az anatómiai szabályosságot mind az egyes elemekre, mind pedig a TMSZ egész szerkezetére nézve.

Megtanultuk, hogyan kell diagnosztizálni az izmok tónusát és megkülönböztetni:

- a normális tónust a hipertónustól és a hipotónustól,
- az izom igazi hipertónusát a patológiásan kemény állapotba került (az önszerveződési folyamatban organikusan elfajult) izom tónusától,
- az igazi (az egészséges izomellazuláshoz tartozó) hipotónust az atrófiás (a sorvadásos) izom tónusától.

A gyakorlati diagnosztika során kidolgoztunk egy speciális fogást: azt, hogy a kezek hogyan hassanak mechanikailag a TMSZ szöveteire. Ezt a fogást mi adaptív rekonstrukciós terápiai nyomásnak (ART nyomásnak / ART-pressingnek) neveztük el. Erről még bőven fogunk beszélni a későbbiekben. Itt csupán annyit jegyzünk meg, hogy ennek segítségével tanultuk meg, hogyan lehet mélyen behatolni az izomszövetbe anélkül, hogy annak sérülést okoznánk.

Természetes dolog, hogy kerestük a TMSZ destrukciójáról alkotott elméletünk legelső változatának helyességére utaló, kézzel fogható jellemzőket, az izomszövet organikus elváltozásait. Különösen érdekelt minket a „lefagyott”, „lemerevedett hipertónusok”, azok az – érintéskor merevnek mutató – izmok vagy izomrétegek, amik – az irányí-

tórendszer utasítása nyomán – teherviselőkké, a destruált TMSZ stabilitását fenntartó elemekké váltak.

Többet találtunk annál, mint amennyit vártunk. Tény, hogy az izomszövet merev rétegei köpenyként burkolják körbe a csontváz elmozdult (helyükről eltolódott) csontelemeit. Tényleg lehetett tapasztalni, hogy az izmok annál „sűrűbbek” / annál tömörebbek voltak, minél nagyobb mértékben tolódtak el helyükről a velük kapcsolatban álló csontok. Előfordult azonban olyasmi is, amit mi sehogyan sem tudtunk megmagyarázni. Azt a jelenséget, hogy ha ugyanazokat a személyeket jelentős szünet (3 hónap, fél év, egy év) után vizsgáltuk, akkor izomkeménységük rohamos növekedését észleltük – úgy tűnt – minden látható ok nélkül. Azaz ennek – természetesen – volt valami oka, csupán mi nem tudtuk felismerni azt, mivel ennek okát a TMSZ-t kívülről érő patológiás ráhatások között kerestük (elméletünkéből ez következett). Kikérdeztük pácienseinket, hogy az eltelt idő alatt érte-e őket valamilyen trauma, érgyulladás, rendkívüli fizikai megterhelés, vagy érte-e a TMSZ-t bármilyen más észrevehető bántalom. A legtöbbször nemleges választ kaptunk. Az volt a benyomásunk, hogy az izomkeményedés rohamos súlyosbodásának oka maga az idő.

Ezt követően, amikor gyermekeket kezdtünk megfigyelni első élet éveiktől kezdve, nemritkán találkoztunk olyan esetekkel, hogy a 4–5 éves kisgyermek egész teste „gumiszerű”, monolit keménységű volt. Ez teljesen ellentétben állt elméletünkkel. Ezek a gyermekek lemaradtak a fizikai fejlődésben, fejfájásra vagy hátfájásra panaszkodtak, egészségtelen volt arcszínük; csenevész, satnya gyermekek voltak, ingerlékenyek és szófogadatlanok. A későbbiek során észrevettük, hogy némelyik hozzájuk hasonló gyermek igen alacsony maradt, és emellett mintha minden izmuk egymással összenőtt volna, és ennek következtében egy egységes konglomerátumot képeztek. Ez a konglomerátum, ez az elfajult szövetekből képződött réteg (köpeny) a letapogatásos érzékeléskor porcképződményre emlékeztetett. Az összes izom hasonló elfajulásait hordozó más gyermekek viszont az előbbieket ellentétét testesítették meg: túlzottan magasra nőttek, miközben nagyon vékonyak, gyengék maradtak, akárcsak a fénykedvelő növény, ami erős árnyékban nőtt fel (mint például a napraforgó). Az említett gyermekek jövőjének harmadik változatát jellemző betegségek:

- a legkülönbélebb típusú és súlyossági fokú scoliosisok, amik bordapúpokkal társultak;
- az elképzelhetetlen alakú kyphosisok (púposságok, hátgerincgörbületek);
- vagy, általában a gerinc és a TMSZ más lánctagjainak másfajta – bármilyen – elferdülései.

Emellett ezeknek a gyermekeknek a szülei, de maguk a gyermekek sem tudtak visszaemlékezni olyan esetre, ami kapcsolatban állt volna a TMSZ valamilyen előzetes sérülésével, megbetegedésével.

A felnőttek izmaiban viszont a kemény, szalagszerű összenövések mellett különböző konzisztenciájú (eltérő összetételű és eltérő sűrűségű) folyékony zárványok nagy területeit fedeztük fel. Ezek mintha egyszerűen vizet, gél, zselét tartalmaztak volna. Ezenfelül kötőmőr szövetekből álló, meghatározhatatlan alakú tömböket (konglomerátumokat) is kitapogattunk (azaz háromdimenziós elváltozásokat is), amiknek határain belül a kéz képtelen volt különálló izmokat megkülönböztetni, mivel azok – monolit-tömbként – úgy egymáshoz voltak tapadva, mintha a legerősebb enyv ragasztotta volna össze őket. Az ilyenfajta „monstrumok” fogságba ejtették a bennük és a közelükben húzódó ízületeket, és ezzel korlátozták az ezekben zajló mozgásokat. Az ilyen izmok

belsejében a legkülönbélebb széthúzódasokat, szalagokat, „összefonódásokat” érzékelünk, amik szinte különálló töredékekre (fragmentumokra) tagolták a testet. Ezek mind nem-anatómiai képződmények voltak. A benyomuló kézzel szemben más-más ellenállást tanúsítottak és eltérő módon viselkedtek. Rögtön szétestek különálló töredékekre; „lehamozódtak”, szétváltak rétegenként, mint a főtt burgonya; ujjaink alatt beszakadtak / behorpadtak, mint a rothadó gyümölcsök; szétestek, szétfolytak nyálkás „iszappá”; vagy „feloldódtak” és annyira elmozdultak, hogy a kéz „beesett” egészen a csontokig.

Elég gyakran fordult elő az egész izomtömeg elfajulásának két ellentétes változata. Az első változat: az az elfajulás, amelyik szabad szemmel gyakorlatilag nem érzékelhető. Ugyanakkor úgy néz ki az ember, mint egy koncentrációs tábor foglya: rettenetesen sovány, a csontokhoz tapadt bőr oly szorosan vonja be a csontvázat, hogy minden egyes csontocska – köztük az arccsont is – kiáll. A legkisebb próbálkozás, ami arra irányult, hogy az ilyen bőrt elmozdítsuk a csonttól, akkora fájdalmat okozott a páciensnek, hogy az nem tudta visszatartani felkiáltását és könnyeit. A TMSZ ilyen típusú destrukciójától inkább a gyermekek és a fiatal emberek szenvedtek. Megkerestek minket felnőttek is ilyen bajjal, de ritkán. Viszont pontosan ilyen destrukcióval tűntek ki a nagyon magas, 2 m körüli ifjak és leányok. A – sokkal inkább elterjedt – második változatnál az egész test fel van fúvódva és (teltsége miatt) monolitömbnek tűnik. Ilyenkor az izmok tapintással szinte nem is érzékelhetők, viszont a lágy szövetek összes rétege – a bőrtől a csontokig – egynemű tömegnek mutatkozik. Úgy tűnik, hogy az emberi test megszakítás nélkül összetapadt „sűrű tejbegrízből” áll. A második változat gyakrabban fordul elő a 40 évesnél idősebb felnőtteknél. Előfordult azonban néhány gyermeknél is, lényegében iskoláskorúaknál. Ezek az emberek különféle bajoktól szenvedtek:

- magas vérnyomástól (hipertóniától),
- vegetatív idegrendszeri disztóniától és érrendszeri disztóniától (kóros működési zavaroktól),
- hajlamosak voltak az elájulásokra, az erek begörcsöléseire, a szívritmuszavarokra,
- másoknál gyakrabban szenvedtek az ilyen emberek depressziótól (nyomott kedélyállapottól),
- fájdalomcsillapítók / analgetikumokkal és nyugtató / pszichotróp készítményekkel sikertelenül próbálkoztak megszabadulni legkülönbözőbb vázizomfájdalmaiktól és belső szerveik fájdalmaitól.

A TMSZ puha szöveteinél jelentkező destruktív változások összes felsorolt típusához legtöbbször világosan látható degeneratív-disztrófiás (elfajulási-fogyatékosági) elváltozások társultak, amik nemcsak a gerincet érintették, hanem a porcok, a kötő- és csontelemek jelentős részét is. Ezeket az elváltozásokat – tapintással – „meztelennek”, „száraznak”, gyengének lehetett érezni, olyannak, mintha műanyagból lettek volna. Azoknak, akik éhező emberekre emlékeztettek, általában az összes csontja ilyen volt. A csigolyák ilyen nyúlványos-tövises elváltozásaitól szenvedő felnőtt emberek többségénél a részletesebb orvosi – egyebek között a röntgenvizsgálat – rendszerint kimutatott „valamit” a vertebro-neurológiai diagnózisok (a csigolya-idegyógyászati kórismék) gazdag spektrumából. Vonatkozhatott ez porckorong eredetű (diszkogén) betegségekre, csigolyaporckorongok többszörös kizáródásaira (többszörös porckorongsérvekre), rendellenes csontfejlődésre, csontosodási zavarra (osteochondrosisra), csigolyamerevedési / csigolyasorvadási betegségekre (spondiloartrózisra); vagy lehetett ez azoknak a diagnózisoknak egyike, amik a szindróma (tünetegyüttes) vagy a neuropátia (ideg-bántalom) szavak valamelyikével kezdődnek.

A TMSZ destrukciójára irányuló gyakorlati kutatásaink évei lehetővé tették számunkra, hogy két összefoglaló következtetést vonjunk le:

1. Ahogyan nem létezik két olyan emberi szervezet, aminek állapotjellemzői egy és ugyanazon időben abszolút azonosak lennének, éppen úgy egyetlen pillanatban sem léteznek egyformán tönkrement TMSZ-ek. Ez azt jelenti, hogy a destrukció „rajzolata” mindegyik embernél abszolút individuális, azaz teljesen egyéni. Akkor is, ha az elfajult izomszövetek elfajulási típusai egyformák, vagy, ha a TMSZ ugyanazon anatómiai egységeit érintette a destrukció, nem is beszélve arról, ha az orvosi diagnózisok egyformák. **A destrukció „rajzolata”** a TMSZ elemeinél és szöveteinél jelentkező destruktív elváltozások egyéni felvétele, egyéni gyűjteménye. Ráadásul egyazon embernél ez rövid időn belül állandóan változik. Ebből következik, hogy a destrukcióellenes, TMSZ-re irányuló gyógyító ráhatásoknak / befolyásoknak (ha gyógyítási célt tűzünk ki):

- szelektív (elválasztó) tulajdonsággal és adaptív (alkalmazkodó) készséggel kell rendelkezniük;
- a ráhatásoknak a TMSZ konkrét elemének a kiválasztásban és a valós destrukciós állapothoz való alkalmazkodásban kell megnyilvánulniuk abban a pillanatban, amikor gyógyítás céljából alkalmazzák őket.

2. A gyakorlatunkból származó sok ezer esetet elemezve arra a következtetésre jutottunk, hogy a TMSZ destrukcióját tárgyaló elméletünk első változata nem eléggé teljes. Ebből a változatból ugyanis azt a következtetést lehetett levonni, hogy az N-edik nem-szisztémás eltérés hatása után létrejövő, ennek nyomán kialakult anatómiai státusz a szabályos anatómiai státuszból keletkezik. Azaz a rendszerhez képest külső eredetű tényezők által előidézett, az ember élete alatt bekövetkezett összes eltérés összegződésének eredménye az éppen létező anatómiai státusz: $TMSZ_N = TMSZ_0 + \Delta_1 + \Delta_2 + \dots + \Delta_{N-1} + \Delta_N$. A páciensek részletes kikérdezéséből azonban más következett, más kép rajzolódott ki. Többségüknél életük során nem fordult elő olyan sérülés (trauma) vagy más olyan ráhatás a TMSZ-re, ami annyira mélyreható destrukcióhoz vezetett volna, mint amilyen mélységűt megfigyeltünk náluk. Az elmélet és a gyakorlat ezen ellentmondása különösen szemléletesen nyilvánult meg azoknál a kisgyermekeknél, akiknek a testtartása durván eltorzult. Rövid életük során semmiképpen sem következhetett be annyi ilyen patológiás befolyás, ami – összegeződve – TMSZ-üket ilyen állapotba juttathatta volna: gyakran a roskatag öregek TMSZ-énél összehasonlíthatatlanul rosszabb állapotba. Azaz, a tények szerint, ebből az összegező képletből valamilyen tényezők még hiányoztak, amiket meg kellett találni.

3.3. A pozitív visszacsatolás mechanizmusai a TMSZ szisztémás destrukciós folyamatában

Kutatásaink során sikerült kimutatnunk olyan tényezőket, amik függetlenek voltak a külső hatásoktól. A TMSZ elemeiben fellépő destruktív elváltozások maguk mutatkoztak ilyen tényezőknek. Még hozzá éppen azokban az elemekben fennálló destruktív elváltozások voltak ilyen tényezők, amely elemek be lettek vonva a TMSZ önszerveződési folyamatába. Azaz a megtalált tényezők belső elemek voltak: olyanok, amiket maga a rendszer szült. Kiderült, hogy a TMSZ és a szervezet egészének szisztémás tulajdonságai olyanok, hogy a TMSZ-etalonban keletkezett bármilyen nem-szisztémás, egyedül fellépő (solitaer) zavar (amit a szervrendszerhez képest külső eredetű tényező okozott)

rendszeren belüli, újabb rendellenességet okozó tényezők keletkezésének vég nélküli, öngerjesztéses – egyre erősebbé és általánossá váló – folyamatát indítja el. Ezek a belső tényezők, amik TMSZ etalontól való újabb eltéréseit okozzák, megállás nélkül rombolják a TMSZ szisztémás rendszerét. Ezért szerepel a folyamat megnevezésében a „szisztémás” szó.

A szisztémás destrukció mechanizmusát a következőképpen lehet megmagyarázni:

1. A TMSZ-elemek szöveteinél jelentkező elfajulások és eltolódások, vagyis az ilyen elemeknek a destruktív elváltozásai (amik a TMSZ-IR utasításai nyomán keletkeznek az önszerveződési folyamatban) egyrészt a szervezet számára szükséges elváltozásoknak tekinthetők, amik a test térbeli stabilitásának fenntartásához kellenek; másrészt viszont patológiás jellegűek (azaz tünetegyüttessel kísért, kóros megbetegedést okozó elváltozások). A szervezet szisztémás épségénél (integritásánál) fogva a TMSZ destrukciója a szervezet egyéb alrendszerének működésébe zavart visz, és mindenekelőtt az idegrendszer, a vérkeringési rendszer és a nyirokrendszer működésében okoz zavart. A megkeményedett, valamint az elsorvadt izmokban, a szabályos helyzetükből elmozdult csontelemekben feltétlenül jelentkeznek az idegrendszer vezetőképességét és az erek átjárhatóságát akadályozó tartós zavarok. Amint ezek bekövetkeztek, a destruált elemek szöveteiben máris jelentkeznek a mikrocirkulációs áramlás és az anyagcsere zavarai. Ismeretes, hogy a szövetek idegrendszeri vezetőképességének és edényrendszeri átjárhatóságának zavarai, valamint a mikrocirkulációs rendszerüket és az anyagcseréjüket ért bántalmak a pozitív visszacsatoláson át egymással összeköttetésben állnak, azaz erősítik egymást. Végül is ez vezet oda, hogy a már destruált TMSZ elemeinél bekövetkezett eltérések (az anatómiai normájukhoz képest jelentkező – szöveti összetételt, szövettulajdonságokat és az elemek alakját érintő – elváltozások) tovább erősödnek, azaz a TMSZ destrukciója kezd elmélyülni.

2. Ezenkívül ugyanezen bántalmak és zavarok a destruált elemek tartózkodási zónáiban tartósan megmaradó, pangó jelenségeket hoznak létre, amik elősegítik ezen zavarok áttérjedését a szomszédos elemekre. Ez fokozottan érinti a bő vérellátással rendelkező lágy izomszöveteket (amelyek 1 cm^2 -nyi keresztmetszetén körülbelül 500 hajszálér [118] megy át). Az idő előrehaladtával a vizenyő (a vérből és a nyiroknedvből származó ragadós anyag) szétterjed. A TMSZ nagy területeibe és nagy zónáiba történő behatolását követi a TMSZ sok, egymáshoz közel fekvő elemének egy-egy önálló konglomerátummá váló „összeragadása”. Ezek a konglomerátumok részben üledékes struktúrák, azaz olyan lerakódási szerkezetek, amik egy anatómiai egység határain belül jönnek létre, részben hiperstruktúrák, amik már több anatómiai egységet kapcsolnak össze egy egésszé. A „depozítumos” (lerakódási / üledékes) jelző arra utal, hogy ezek a konglomerátumok lerakódásokat / üledékeket tartalmaznak, amik a TMSZ szövetsejtjeinek szabálytalan anyagcseréjéből származnak. Ezek a termékek megszakítás nélkül, folyamatosan felhalmozódó különféle anyagok, amik előfordulhatnak a három fizikai halmazállapot bármelyikének formájában: gáznemű, folyékony vagy szilárd halmazállapotú zárványok alakjában. A lerakódásokhoz tartoznak a folyadékokból álló vizenyők is, amik idővel elveszítik a vizet, és utána zselé formájában és sajátos képződményű, különböző sűrűségű „kocsonyák” formájában „megdermednek”. Az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák képződése végül is destruktív elváltozások létrejöttéhez vezet azokban az elemekben, amelyekben ilyenek korábban egyáltalán nem voltak (mivel nem szerepeltek az önszerveződési folyamatban).

3. A depozítumos struktúrák és hiperstruktúrák olyan nem-anatómiai képződmények, amikben:

- a TMSZ szerkezetére jellemző természetes mechanikai kapcsolatok fölerősödnek vagy meggyengülnek;
- ugyanakkor az anatómia egységek között kaotikusan – zűrzavaros módon – új, közvetlen, normáknak nem megfelelő kapcsolatok is keletkeznek.

Fizikailag ez azzal magyarázható, hogy a nagy mennyiségű ragadós vizenyőfolyadék – előre meg nem határozható módon – addig szívárog be az egyes elemek közé, amíg ennek nem állja útját valamilyen akadály, vagy maga a vizenyő el nem apad. Ebben a szétterjedési folyamatban – minden bizonnyal – nem kis jelentőségű szerepet tölt be a közel fekvő izmok munkaintenzitása, és itt nehéz egyértelmű következtetést levonni a munka befolyására vonatkozóan. Lehet, hogy egyes esetekben ez a munka elősegíti ennek a folyadéknak a gyors felszívódását. Más esetekben viszont lehet, hogy ennek a továbbjutását segíti elő; azt, hogy a folyadék még mélyebbre és még szélesebb terjedelemben hatolhat be a TMSZ puha szöveteibe.

Előbb vagy utóbb azonban akadályok jelennek meg, amik zárt térfogatra korlátozzák szétterjedését, és akkor a – térbeli határokkal bekerített – összes elemre ez a vizenyő rendkívül káros hatást kezd kifejteni. Az így lehatárolt területeken belül gyors iramban fokozódnak az idegrendszer vezetőképességének és az edények átjárhatóságának a zavarai; lényegesen lassúbbá válik a mikrocirkuláció és nagy mennyiségben halmozódnak fel a sejtek élettévékenységéből származó termékek. Ez viszont azt jelenti, hogy zavar keletkezik a sejttáplálási folyamatok összességében (a sejttáplálásban / troficában). Ez hivatott arra, hogy biztosítsa a TMSZ elemeihez tartozó szövetek összetételének és tulajdonságainak megőrzését. Ezek a zavarok az összes itt lévő elem gyors – degeneratív-disztrófiás – elfajulásához vezetnek; érintik az említett területen belül található összes, már elfajult elemet is és az „újakat” is, amik véletlenül „kerültek” az elemek hiperstruktúrájába. A lerakódási struktúrákat és a hiperstruktúrákat mi fedeztük fel annak a szimbiózisnak (kölcsonös együttműködésnek) köszönhetően, ami kifejezést nyert:

- egyrészt a TMSZ működésének tudományos kutatására irányuló sokéves munkában, ami a TMSZ bonyolult biomechanikai önszerveződő rendszerének vizsgálatára irányult;
- másrészt a TMSZ-szövetek tapogatása közben észlelt érzések aprólékos, nagyon figyelmes – és céltudatos – elemzésében (aminek során vizsgáltuk a kezeinken átmenő (különböző betegségektől szenvedő) rengeteg páciens TMSZ-ének tapogatása közben szerzett érzéseinket).

4. A TMSZ elemeinek növekvő destrukciójánál és főként az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák képződésénél (amikben durván eltorzult az izmok húzóereje a különböző izmok, izompólyák, inak stb. egymáshoz ragadása miatt) a TMSZ-ben feltétlenül – újból – tartós belső nem-anatómiai terhelések jelentkeznek. A destruált TMSZ-stabilitás emiatt újból sérül, így aztán a továbbiakban a folyamat kezd ismétlődni:

- fellép az IR reakciója, a szisztémás válasz;
- változik a folyamatba bevont izmok tónusa;
- folytatódik a TMSZ önszerveződése, és hatására a destrukciótól addig is terhelt izmok a korábbi állapothoz képest keményebbé válnak;
- és megjelennek az újonnan, első ízben destruálódott izmokkal bíró új teherviselő elemek;

- a szerkezet csontelemeinél új eltolódások keletkeznek, a régiek pedig tovább mélyülnek;
- ezek után az idegrendszer vezetőképességénél és az edényrendszer átjárhatóságánál még hosszabb lesz a rendellenessé vált szakasz stb.

Azaz a folyamat pozitív visszacsatolással zárul és tovább folytatódik, emelkedő trend szerint. Ezt mutatják a 2. ábrán látható, 3-tól 7-ig számozott tömbök. Itt emlékeztetnünk kell arra, hogy ennek a folyamatnak ciklikus formában való visszatükrözését mi az ok-okozati kapcsolatok szemléletes demonstrálására használtuk, és ez nem tükrözi ezek időbeni sorrendjét. A valóságban mindezek a folyamatok egyidejűleg, egymással párhuzamosan zajlanak. Az ember azonban eközben soha nem veszíti el a stabilitását, mert a TMSZ-IR ellenőrzi ezt a folyamatot; de azért sem, mert az egyik stabil, destruált állapotból a másik – sokkal rosszabb – állapotba való átmenet „simán” zajlik.

5. A szisztémás destrukció egy olyan patológiás folyamat, ami – képletesen szólva – szinte „kúszik” az ember testében és megszakítás nélkül terjeszkedik. Az SZD „lépése” annyira kicsi, hogy nem lehet észrevenni; éppen úgy, ahogy az emberi szem számára észrevehetetlen az óramutatók mozgása. Gyakorlati kutatásaink során éppen ezt a folyamatot sikerült megfigyelnünk a kórosan beteg TMSZ-ű embereknél. Betegségük az idő előrehaladtával – minden látható ok nélkül – súlyosbodott és a test egyre nagyobb területére terjedt szét.

Erre való tekintettel a destrukcióról készített elméletünk első változatát kiegészítettük úgy, hogy a valóság szabályos visszatükrözésére belevettük az időtényezőt.

A képletekkel leírt első változat kifejezte a TMSZ etalon állapotából, a $TMSZ_0$ -ból további stabil, (de már) destruált állapotokba, $TMSZ_1$ -be ... $TMSZ_N$ -be való átmeneteit; azonban ezek a képletek csak a nem-szisztémás eltérések hatására bekövetkezett átmeneteket (állapotváltozásokat) tükrözték vissza Δ_i (jelölésű) ugrásokkal:

$$TMSZ_1 = TMSZ_0 + \Delta_1;$$

$$TMSZ_2 = TMSZ_1 + \Delta_2;$$

$$\dots\dots\dots;$$

$$TMSZ_N = TMSZ_{(N-1)} + \Delta_N = TMSZ_0 + \sum_{i=1}^N \Delta_i, \text{ ahol:}$$

N a diagnosztizálás pillanatáig a TMSZ-nél az etalonhoz képest bekövetkezett nem-szisztémás eltérések számát jelenti, és i a nem-szisztémás eltérés sorszáma.

A fenti képletekből látható, hogy két egymást követő nem-szisztémás eltérés között változatlan marad a TMSZ stabil, destruált állapota. A valóságban azonban már az első olyan külső behatásnál, ami előidézte a TMSZ etalontól való első, nem-szisztémás eltérést, a TMSZ rendszerében beindul – és soha többé nem fejeződik be – a destruktív elváltozások növekedésének folyamata, a szisztémás destrukció.

Jelöljük most az első nem-szisztémás eltérés, Δ_{t_1} megnyilvánulásának időpontját t_1 -gyel. Az első stabil, destruált állapotot leíró képlet ebben az esetben a következő lesz:

$$TMSZ_1(t_1) = TMSZ_0 + \Delta_1$$

Ez már kifejezi, hogy a t_1 időponttól kezdve ez az állapot nem marad változatlan, hanem – az idő előrehaladtával – állandóan változni fog a szisztémás destrukció „működése” következtében. Δt idő után a TMSZ állapotát a következők szerint lehet kifejezni:

$$TMSZ_1(t_1 + \Delta t) = SZD [TMSZ_1(t_1), \Delta t].$$

Ha a t_2 időpillanatban fellép a második nem-szisztémás eltérés, Δt_2 , akkor az új stabil, destruált állapotot az alábbi kifejezéssel lehet megadni:

$$\text{TMSZ}_2(t_2) = \text{SZD} [\text{TMSZ}_1(t_1), t_2 - t_1] + \Delta_2.$$

A harmadik nem-szisztémás eltérésre vonatkozó kifejezés pedig a következő lesz:

$$\text{TMSZ}_3(t_3) = \text{SZD} [\text{TMSZ}_2(t_2), t_3 - t_2] + \Delta_3 = \text{SZD} \{ \text{SZD} [\text{TMSZ}_1(t_1), t_2 - t_1] + \Delta_2, t_3 - t_2 \} + \Delta_3 \text{ stb.}$$

A negyedik nem-szisztémás eltérésre vonatkozó kifejezés a következő lesz:

$$\begin{aligned} \text{TMSZ}_4(t_4) &= \text{SZD} [\text{TMSZ}_3(t_3), t_4 - t_3] + \Delta_4 = \\ &= \text{SZD} ((\text{SZD} \{ \text{SZD} [\text{TMSZ}_1(t_1), t_2 - t_1] + \Delta_2, t_2 \} + \Delta_3, t_4 - t_3)) + \Delta_4. \end{aligned}$$

Az itt leírt képletekből látható, hogy az új nem-szisztémás eltérések fellépésének pillanataiban ugrásszerűen változik a TMSZ állapota. A közöttük lévő idő alatt pedig, monoton módon, folyamatosan romlik az állapota a belső, szisztémás eltérések hatása alatt, amik a szisztémás destrukció következtében keletkeznek.

Kiderült, hogy az emberi gép közönséges mechanikai szerkezethez hasonlóan viselkedik. Az egyszerűség kedvéért térjünk vissza a gépkocsival való összehasonlításhoz. A gépkocsiban már egyetlenegy nem nagy rendellenesség is – ha sokáig fennáll – elkerülhetetlenül egyre komolyabb törésekhez és végül a gépkocsi teljes leállításához vezet. Ugyanez történik a TMSZ-szel is: akár egy „rendellenesség” is, az etalontól való egyetlenegy nem-szisztémás eltérés is elegendő ahhoz, hogy beinduljon szisztémás rongálódásának, szisztémás destrukciójának a folyamata. Ez pedig, az idő előrehaladásával a TMSZ funkcionális tarthatatlanságához, azaz működésképtelenségéhez vezet. Az ember azonban jóval biztonságosabb szerkezet, mint a gépkocsi, ezért ez a destrukciós folyamat rendszerint hosszú időre, évekre elhúzódik.

Elméletünkéből következik, hogy a szisztémás destrukció a TMSZ-nek nem valamilyen sajátos betegsége és nem valamilyen sajátos patológiás állapota / folyamata. Nem lehet tőle fertőzést kapni és nem örökölheto. A szisztémás destrukció – lényegében véve – a TMSZ elhasználódásának, a kopásának (általunk felfedezett és tanulmányozott) specifikus mechanizmusa. Annak a TMSZ-nek a sajátossága, ami egy biomechanikai önszerveződő rendszert képvisel a maga konkrét szisztémás tulajdonságaival és céljaival együtt. A szisztémás destrukció a TMSZ szisztémás szervezetét romboló mechanizmus, ami a rendszertől független patológiás folyamatra (a TMSZ-t és a szervezet egészét ért betegségekre, traumákra, fizikai terhelésekre, IET-re stb.-re) adott válaszként lép fel akkor, amikor ezek a TMSZ etalontól való legelső eltérését okozzák.

A szisztémás destrukciónak csupán egyetlen lökésre van szüksége ahhoz, hogy elinduljon, és azután már megy magától: egyre nagyobb lesz, és egyre jobban szétterjed, amivel – az atomhasadás láncreakciójához hasonlóan – egyre újabb destrukciós elváltozásokat generál a TMSZ-ben. Az SZD-t egy ember sem tudja elkerülni, mivel a rendszertől független, SZD-t kiváltó és erősítő külső tényezők száma igen nagy. Ezenkívül ezek között olyan tényezők is akadnak, mint az egyoldalú munkavégzési testhelyzet (egyoldalú munkaorientáció) vagy a természetes öregedési folyamat, amik feltétlenül beindítják a szisztémás destrukciós folyamatot. (Ha azt addig még nem indította el valami más tényező azok közül, amiket az előző fejezetben idézett IET-jegyzék felsorol). Emlékeztetünk arra, hogy az ott felsoroltak bármelyike iniciáló – indító – tényezővé válhat, és ekkor a többi tényező már erősítő tényezővé válik. Természetes, hogy mindegyik

emberre nézve az IET-gyűjtemény (vagyis ezeknek az iniciáló és erősítő tényezőknek a száma, valamint az élet folyamán TMSZ-re gyakorolt hatásuknak a sorrendje) szigorúan individuális, egyénhez kötött dolog.

Fellépésük függ:

- a szóba került konkrét esettől is;
- az ember általános egészségi állapotától is és szervezete „anyagától” is;
- egész sor öröklött adottságtól, hajlamtól;
- és még nagyon-nagyon sok olyan októl, ami nem mindig mutatkozik meg előttünk nyíltan.

Az IET működéséről és hatásáról még nagyon részletesen fogunk beszélni a könyv megfelelő fejezetében, mivel számuktól és konkrét fajtájuktól függnek a szisztémás destrukciós folyamat kibontakozásának tempói, ami nagyon fontos dolog. Ezenkívül ezek némelyikét el lehet kerülni, vagy legalábbis gyöngíteni lehet a hatásukat. Ehhez azonban legalább „látásból” ismerni kell őket, amiről szintén szólunk majd. Most viszont figyelmünket hangsúlyozottan magára az SZD-jelenségre fordítjuk, aminek arca a modern orvostudomány számára szintén ismeretlen még.

3.4. A szisztémás destrukciós folyamat miatt a TMSZ-ben keletkező kóros, patológiás betegségek (patológiás állapotok)

Mi voltunk az elsők, akik felfedeztük az SZD-t és elsőként mi tanultuk meg azt, hogy miképpen szálljunk vele szembe, hiszen ebből – ugyanúgy, mint az öregedésből – nem lehet teljesen kigyógyulni. Azt, hogy az SZD-t nem ismeri a modern orvosi tudomány, megerősíti az a tény, hogy még célzás sem fordul elő arra vonatkozóan, hogy a TMSZ-IR utasítására fellép az izomszövet organikus elváltozása, ami a szisztémás destrukció fő aktivizáló tényezője. Ugyancsak ezt (az SZD ismeretének hiányát) erősíti meg a klinikai ortopédia gerinc körüli és a gerinc degeneratív-disztrófiás elváltozásai körüli „forgolódása”. Az orvosok számára minden éppen ezzel kezdődik, holott a valóságban ezzel fejeződik be minden. Ugyanis minden a TMSZ első önszerveződési aktusának a pillanatával kezdődik; azzal az aktussal, ami válaszként jelenik meg a TMSZ etalontól való első eltérésére. Ez azonban rendkívül feltételes, nagyon viszonylagos időpillanat, mivel minden ember úgy születik, hogy TMSZ-e bizonyos mértékben már eltér a normától. A TMSZ-IR az ember születésének pillanatától, vagyis a mechanikai erők cselekvésmezejébe (aktivitáskörébe) jutásától kezdve teljes értékű rendszerként kezd működni. Ezért az ilyen eltérésekre rögtön képes reagálni az adaptációs és az önszerveződési folyamattal, ami annyit jelent, hogy már az élet első napjaitól kezdve képes utasítást adni az izmok fixálására (rögzítésére). Gyakorlatunkban – különösen Magyarországon – nem kevés esetben találkoztunk a szisztémás destrukció ilyen korai kezdetével: amikor a gyermekek születésük óta néhány éven át nem csak hogy járni vagy ülni, de még csak hasra fordulni sem tudnak, és a fejüket sem tudják megtartani az izomszövet teljes elfajulása miatt. Őket csak a mi szisztémás rekonstrukciós terápiánk állítja talpra; azok a speciális terápiák, amik helyreállítják az izomszövetet. Ez bizonyítja, hogy nem áll fenn csigolyától eredő (vertebrogén) baj még az ilyen rendkívül súlyos bántalmaknál sem. Az ilyesmit, természetesen, az SZD rendkívül súlyos esetei.

Az SZD lényegesen könnyebb eseteinek ismertető jeleivel találkozunk most majdnem minden picinyénél, 2–3 éves kortól kezdődően. Összefüggésben állhat ez a jelenség a TMSZ szöveteinek születés óta fennálló, veleszületett fejletlenségével, valamint általános anyagcserezavarával mind a kisgyermeknél, mind pedig az anyjánál. Ha az ember életében nem fordultak elő közvetlen traumák és nagy fizikai terhelések, akkor jóval később kezd szenvedni a gerinc az SZD-tól: akkor, amikor az elfajult izmok az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák képződésének stádiumában vannak, és ezek a test jelentős részén szétterjednek. Ezzel egyidejűleg azonban mi olyan emberekkel is találkoztunk, akiknél hajlott koruk ellenére majdnem teljesen egészséges volt a TMSZ, és a természetes öregedési folyamat sem idézte elő náluk az SZD súlyos fokozatát. Az ilyen esetek azonban – sajnos – csak a „szabály” alóli kivételek. Többségünkönél ugyanis a TMSZ SZD-je már általánossá vált, a szétterjedési fokozatba jutott, és mi nem is gyanakszunk erre addig, amíg nem lép fel nyíltan porckorong eredetű betegség vagy a gerincszerkezet valamilyen más rendellenességének formájában. A világ orvosai eddig nem ismerték az SZD kezdeti megnyilvánulásait és általános (generális) szétterjedésének fejlett fokozatát, vagyis az üledékes hiperstruktúrák keletkezését. Ez tette lehetővé, hogy az SZD (az ember fél életén keresztül) kígyómozgással kússzon előre, egyre veszélyesebbé váljon, és végül elkezdje a test központi támaszának a szétrombolását.

A gerincsérülés az SZD utolsó stádiuma; ekkor már durva mozgászavarok és erős fájdalmak formájába jelentkeznek. Az „objektív” orvosi diagnosztikai módszerek azonban csak most jutottak oda, hogy végre kezdik kimutatni / jelezni a csigolyaközi porckorongokban, a szalagokban és az ízületekben jelentkező nyilvánvaló organikus bántalmakat.

Az SZD lefolyását akár könnyűnek is lehetne mondani, ha már érett korban, csigolyától származó bántalmak formájában jelentkeznek. Éppen ilyen szokott lenni a lakosság 50%-ánál. Sokkal rosszabb viszont, ha az egész TMSZ-ben az SZD rohamos szétterjedése a TMSZ fejlődésének az időszakára esik; főként, ha ez a nagyon korai gyermekkorban történik. Ilyen esetben az SZD már az egész szervezet normális növekedési és fejlődési folyamatát kezdi elnyomni. És nem csak a gerincet fenyegeti az SZD a korábban kezdődő, csigolya eredetű bántalmak megnyilvánulásával, hanem az egész testet is fenyegeti durva – rokkanttá nyomorító – deformitásokkal, és az összes szervet és rendszert is kialakulásuk / fejlődésük és működésük zavarai. Mindez végzetes kimenetelhez is vezethet. Az SZD nagyon korai kezdete rendszerint a TMSZ-szövetek veleszületett fejletlenségében rejlik, és az egész szervezetben fellépő, általános anyagcserezavarban. Éppen ezek a tényezők találhatók az IET közös jegyzékének élén. Ilyen változat esetén már 4–5 éves korra összesen minden üledékes hiperstruktúra egy közös gumi puhaságú vagy kő keménységű páncéllá, ami jóval lassabban fejlődik, mint a csontváz csontjai. Éppen ilyen esetekben képződnek aztán a különféle scoliosisok bordapúpoktól kísérve, és a kyphosisok, amiknek görbületi íve olyan nagy, hogy az arc a föld felé néz. Ha viszont ez a közös „páncél” nem ennyire tömör, akkor:

- az embernek egyszerűen nem lesz szép az alakja, és olykor kis növésű marad;
- vagy szerencsésen megússza aránytalan testrészekkel: rövid nyakkal, tyúkmellel, rövid lábakkal (miközben karjai hosszúak) vagy ezek ellenkezőjével.

Nagyon gyakran fordul elő a masszív felsőtest – sovány altest típusú deformitás, vagy ennek fordítottja. Az SZD kisebb „ajándékai” között említhetők: a görbe lábak, a csípőízületi bőnye (a galífea coxae), a mell majdnem teljes hiánya a nőknél, a szabálytalan fejtartás, a kancsalság, az állkapocs-ízületek hiányosságai. A rendkívüli sovány-

ságnak vagy a test és az arc túlzott teltségének a forrása ugyanaz: a szisztémás destruktív folyamat. Ide sorolandók még a korai ráncok, a csapott, – akár csak a majomnál – előredőlő vállak, az előremeredő fogak, valamint az idegrendszeri eredetű és az érrendszerhez kapcsolódó megbetegedések számtalan sokasága. A gerinc nyaktáji (cervico-vertebrariumi) deformálódása és a nyakizmok kökemény elfajulásai miatt nagyon erősen szenved az agy vérkeringése. Ha ez az állapot már kialakult a korai gyermekkorban, akkor az ilyen gyermekeknél mindig lehet számítani olyan léziókra, mint a szellemi fejlődés késése, a hiperaktív, elviselhetetlen magatartás, az agresszivitásra való hajlam, sírás, hisztéria, az ok nélküli dühkitörés.

Az ilyen megnyilvánulások mellett elhalványul (csekélységnek vagy elviselhetőnek tűnik) sok más lézió: a fejfájás, az érrendszer vegetatív tónuszavara (a vegetatív vascularis disztónia), az ingerlékenység, a félénkség, az állandóan hideg kezek és lábak, a sápadt arc, a gyakori orrvérzés, a szemek alatti „kék karikák”, a gyors fáradékonyság és a tanórák alatti figyelemzavar.

Miután az idő múlásával egyre erősebbé válik a súlyosbodás irányába haladó SZD-folyamat, az életkor előrehaladtával ezek a megnyilvánulások egyre csak fokozódnak. Hangsúlyoznunk kell itt, hogy a modern orvostudomány számára még a hírhedt hátfájásnál is nagyobb talányt jelentenek a fent említettekhez hasonló rendellenességek, amik az idegrendszer vezetőképességének és az érrendszer átjárhatóságának zavaraival kapcsolatosak, és jelen vannak az ember egész testében, amit az üledékes hiperstruktúrák „acélos ölelésében” tartott izomszövet súlyos elfajulása kerített hatalmába. Az SZD jelenségének felfedezése és elméletének felépítése egy szempillantás alatt megoldotta ezt a sok évszázados problémát. Hiszen a TMSZ összes eleme (amikre az emberi test tömegének 40%-a jut) az emberi szervezet azon részeit képviseli, ami a vér- és nyirokerek széleskörű, kiterjedt hálózatával rendelkezik, s amiben az idegrendszer ugyancsak nem kevésbé széles körű és nem kevésbé szerteágazó hálózata található. Az SZD súlyosbodását követve az ilyen hálózatok mindegyike a hiperstruktúrák konglomerátumaiban egyre nagyobb nyomás alá kerül, ami odáig fokozódik, hogy működési (funkcionális) elégtelenség lép fel náluk, ami szintén egyre súlyosabbá válik az idő előrehaladtával. A konkrét, de változó formában megnyilvánuló idegrendszeri és érrendszeri elégtelenség megfigyelhető minden embernél, mivel a szisztémás destruktív folyamat minden ember TMSZ-ében mindig jelen van. Az SZD mélységétől függően ezen elégtelenség konkrét megnyilvánulásai – súlyossági fokozatokat tekintve – nagyon eltérőek: a gyengétől a katasztrofális fokozatúig különbözhetnek egymástól. Nemritkán találkozunk olyan páciensekkel:

- akiknek fáj a testük, állandóan szédültek, a látásuk és a hallásuk meggyengült;
- akik magas vérnyomástól, szívbetegségtől, álmatlanságtól és depressziótól szenvedtek;
- akik időszakosan előforduló „gyengeség és krónikus fejfájás” szindrómára panaszkodtak.

Mindezek ellenére az ilyen betegeknek nem sikerült feltárni semmilyen patológiás folyamatot sem az agyvelőben, sem a gerincvelőben, és a csigolyák szintjén sem voltak bántalmaik. Amikor azonban az SZRT segítségével elvégeztük náluk az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák eltávolítását, akkor az összes ilyen tünetnyomtalanul eltűnt, úgy, mintha egy varázspálca legyintésére történt volna mindez. Ilyenek a SZD-elmélet gyakorlati alkalmazásának eredményei.

Most álljunk meg egy rövid időre néhány elméleti jellegű szempontnál. Mi úgy véljük, hogy az SZD-elmélet „lezárja” a „sólerakódások” létezéséről szóló kérdéseket – e szavak egyenes, közvetlen értelmében –, valamint a myofascialis triggerpontok (az izomhártya-triggerpontok és a triggerzónák stb.) megmagyarázhatatlan természetére vonatkozó kérdéseket. Érthető, hogy a sók – kémiai vegyületek formájában – az esetek többségében (még ha a TMSZ elemeinek elfajult szöveteiben jelen is vannak) az izomszövetekben csupán elhanyagolható mennyiségben fordulnak elő. Igaz, jelenleg még nem ismert – és további kutatásokat igényel annak kiderítése –, hogy a TMSZ-IR konkrétan milyen módon tudja megszervezni az izmok megkeményedését: azokét az izmókét, amiket bevon az önszerveződési folyamatba és teherviselő elemekké alakít át. Vitathatatlan tény, hogy az állandó hipertónus „befagyasztása” az izomszövetek organikus elfajulásával, elkorcsosulásával történik. Úgy gondoljuk azonban, hogy egyhamar nem fogjuk megismerni azt, hogy konkrétan milyen kémiai reakciók segítségével valósítja meg ezt a folyamatot az irányítási rendszer. Ennek megismeréséhez széleskörű, nagy méretben foganatosítandó kutatásokra van szükség, amikbe erős laboratóriumi alapokkal rendelkező, hatalmas tudományos kutató szervezeteket, kutatóintézeteket kell bevonni. Reméljük, hogy a jövőben ez majd megvalósul. Azonban itt és most mi azt szeretnénk hangsúlyozni, hogy pontosan az organikus elváltozott izmokban lévő idegpályák vezetőképességének és a bennük található érhálózatok átjárhatóságának a zavarai miatt jelentkezik az embernél a „valami fölösleges” érzet, ami zavarja őt, nyugtalanságot és kényelmetlenséget vált ki benne. Lehet, hogy az ilyen izmokban nincsenek is „sók”, de az organikus elváltozások jelen vannak, és az izomszövet tömörségének és merevségének erősödése szintén – „kézzelfoghatóan” – jelen van. Természetes dolog, hogy az ilyen izmokban romlani fog az idegpályák vezetőképessége és az edények átjárhatósága, hiszen ezek puha és elasztikus izomszövetekben való működésre vannak „tervezve”, és nem a szerkezetileg nem tervezett izomszövet-tömörödségre.

Egy sor orvosi könyvből és cikkből [19, 29, 31, 32, 93, 121] tudjuk, hogy a képzeletbeli sólerakódások helyén és a myofascialis triggerpontokban „nem találtak specifikus elváltozásokat”. Azonban az organikus elváltozások jelenléte az említett helyeken az irányításelméletből következik, és bizonyítást nyert széleskörű gyakorlatunkkal és kezünk tapintásérzékenységével. A legfőbb bizonyítékot azonban – és ideje már erről szólni – a szervezet azon (általunk felfedezett) képessége szolgáltatta, amivel vissza tudja fordítani az ilyen változásokat a szisztémás rekonstrukciós terápia speciális fogásainak hatására. Ezek alkalmazása után nem érzékeljük többé az említett izomtömörégeket, a páciens pedig nem panaszkodik többé a korábbi helyeken jelentkező fájdalomra és az ott tapasztalható kellemetlen érzésre. Miután visszaadtuk az izmoknak a rugalmasságot, és a csontváz korábban eltolódott csontelemei visszatértek szabályos térbeli pozíciójukba, az ember alakja szemre sokkal szabályosabb lett, mozgulatai szabadabbá váltak. Joggal tehető fel tehát az a kérdés: ha az ilyen helyeken „nincsenek specifikus elváltozások”, akkor mi volt az, ami zavart és fájdalmat okozott és eltorzította a testvonalakat. Hogyan lehet visszafordítható az, ami nem is létezik? Nyilvánvaló, hogy a dolog lényege abban áll, hogy az orvostudomány képviselői – akárcsak a gyakorló ortopédorvosok – az életben sohasem nyúltak pácienseik testéhez, és figyelmüket csak a röntgenfelvételekre, a tomográfiás képekre és az „objektív” kutatások egyéb eredményeire fordították.

Magát a beteg emberi testet, valamint szövetei állapotát nem veszik számításba és ezeket nem tanulmányozzák kellő módon annak ellenére, hogy a TMSZ mint a szervezet

alrendszere igazán alkalmas (alkalmasabb már nem is lehetne) a tapintással történő kivizsgálásra. Kiderült, hogy éppen az élő emberi test önmagában tartalmazza a legobjektívabb és leginformatívabb patológiai mutatókat; azokat, amiknek a kimutatására ma még nincsenek műszeres mérésen alapuló módszerek. Azonban az orvosoknak – ahhoz, hogy ezt értsék – nagyon sokat kell dolgozniuk, és ezt a beteg testet jól kell tanulmányozniuk, nem bízva ezt a munkát a gyógytorna (a GYT) gyűróira és oktatóira. Előre látva a várható ellenvetéseket, rögtön megemlítjük, hogy a manuális terápiában elfogadott tanulmányozási „módszereket” (amelyek alkalmazása közben az orvos mégiscsak „hozzaér” az ember testéhez, standard / szokványos fogásokat alkalmazva) mi egyáltalán nem számítjuk információt adó módszernek, és erről a megfelelő speciális fejezet részben még említést fogunk tenni.

Még képtelenebbnek tűnik némelyik szerző [16, 19, 29, 48, 95, 96, 121] „triggerpontok”, vagy „kakas-(tarajos)-zónák” létezéséről (pontosabban szólva ilyen zónáknak a TMSZ izmaiban, izompólyaiban és más elemeiben való létezéséről) szóló elképzelése, ami szerint ezek lennének „az embernél meglepő módon mindenütt jelen lévő vázizomfájdalmak érthetetlen forrásai” [19]. Csodálatos, hogy ezek a szerzők milyen részletességgel írják le az ilyen pontokat és találnak ki ezek jellegére különféle elnevezéseket, olyanokat, mint: primer (elsődleges), szekunder (másodlagos), aktív, látens (lappangó), szatellit (hozzákapcsolt / kísérő), asszociatív (társuló) jellegű triggerpontok [19]. Zavarba hozták ezzel magukat is és a betegeket is, és a problémát a feje tetejére állítják. Érthetetlen, hogy az ilyen izomkutatók számára mindez, akárcsak Caesar felesége, mindig gyanú felett áll.

Amikor arról beszélnek, hogy a myofascialis triggerpontban (MTP-ben, vagyis az izomkötőszövet triggerpontjában) sajátos izomszövet-tömörülés érzékelhető és ennek megnyomására néha ezzel a ponttal anatómiailag semmilyen kapcsolatban nem álló területen fejeződik ki a fájdalom: akkor nem értik, hogy nem egy normális, egészséges izomban lévő pontot érintettek meg, hanem egy üledékes struktúra fogságába zárt pontot. Ami a többi hasonló struktúrával közösen alkotott konglomerátum (zárványeggyüttes) közvetítésével hozza létre, „szülő” a fájdalomjelzéseket. Mégpedig olyan fájdalomjelzéseket („pattern”-eket) (J. G. Trewell professzor kifejezésével élve: „fájdalomzónák jelkombinációját”), amiket csak rémálomban lehet látni. A valóság azonban még az álmnál is rosszabb. Az összenyomott és az üledékes hiperstruktúrákban egymással összeragadt, elfajult izmok előre meg nem jósolható, húzó és rángató jellegű, nem-anatómiai terheléseket adnak át a közel fekvő területeknek. A test nagyon távoli részei felé pedig a vizenyőkön keresztül továbbítódnak ezek a terhelések. Ugyanis ezek a hiperstruktúrák – létrejöttük kezdeti periódusában – rendszerint vizenyőkkel vannak körülvéve. Az ilyen konglomerátumokban természetesen össze vannak nyomva az edények is, az idegvégződések is; az izompólyák feszültséggel telítettek, és az inak olyan feszesek, mint a húrok. Nagy belső nyomás alá kerül és állandóan fáj a TMSZ minden elfajult szövete az ilyen zónákban: létrejöttük kezdeti szakaszában a vizenyők miatt, a későbbi „fejlődési” szakaszokban pedig azért, mert ezek a területek a lehető legnagyobb mértékben feltöltődnek megdermedt „kocsonyával” (zselatinnal).

Pascal még 1663-ban felfedezett, ismert törvénye azt mondja, hogy a folyadékfelületre ható, külső erők által keltett nyomást a folyadék egyformán továbbítja minden irányban. Ez azt jelenti, hogy a hiperstruktúra bármelyik (nem csak MTP) pontját megnyomva a nyomóerőt el lehet juttatni – továbbítani lehet – a folyadék segítségével a különféle csoportokhoz tartozó izmok összeragadási helyére; ez pedig fájdalomra kü-

lönösen fogékony hely, mivel állandóan szakítóerő hat rá. Ha pedig az összeragadás zónájába idegvégződés is bekerült, akkor egy „asszociatív” pont (MTP) is társul ehhez a zónához, vagy egy egész „kakastaréj-zóna”. Ha pont ezt a helyet nyomjuk meg, akkor garantált, hogy „ugrásszimptómát” kapunk (azaz az MTP megnyomására a beteg össze-rezzen, felkiált vagy a teste megrándul) [19].

Itt megszakítjuk az idézgetést, és az olvasónak azt javasoljuk, hogy nézze át azt a speciális mellékletet, amiben részletesen ismertetjük ellenvéleményeinket. Igen, ellenvéleményeink a „triggerpontok” és más áltudományos kitalálások hivatalos védelmezőivel szemben. Akiknek követői az organikus sérüléstől totálisan érintett izomzatú emberekben nem a beteget látják, hanem egy általuk kedvelt „célpontot”:

- akit majd túlvél megszűrnak;
- akibe majd anesztétikumokat (érzéstelenítőket), oxigént, vagy egyszerűen csak levegőt adnak, vagy (a fájdalomcsillapításra) botulinus toxint juttatnak [29, 54, 56, 59, 60];
- akit majd antidepresszánsokkal, nyugtatószerekkel fognak gyógyítani;
- akit – speciális szikét használva – közvetlen izomszétvágással [45] fognak „meggyógyítani”.

Mindeközben sokat okoskodnak, sokat beszélnek az MTP rejtélyességéről és a hátfájásról. No de mi azt gondoljuk, hogy ők egyáltalán nem fognak meghallgatni minket. Ugyan mit is lehetne várni az olyan „specialistáktól”, akik az egészséges izmokat nem képesek megkülönböztetni a destruált izmoktól? Az ember azt hihetné, hogy mi sem egyszerűbb ennél. Hiszen még a gyermekek is tudják, hogy ellazult állapotban a normális izom (még a jól fejlett és erős izom is) puha lesz, és kézzel benyomható. Ők azonban csak azért se! Fekvő állapotba helyezik az embert, és nem látják, hogy (a kemény, elfajult izomtömegekkel összeszorított szalagok feszessége miatt) az ember lábai nem fekszenek rá a támasztékra, hanem szétállnak, mint egy túlságosan felpumpált gumibaba lábai. Majd a páciens ilyen izmait borító kemény, áthatolhatatlan páncélt tapogatva felkiáltanak: „Ó, milyen jó kötésű izmai vannak önnek! Ön valószínűleg sportol!” Ez esetben az orvosok tényleg „telibe találták” a dolgot, mivel az ilyen izmok valóban átalakultak kötéssé (csontot körbepólyázó „fűzővé”), azaz kemény „páncéllá”, aminek semmi köze nincs az egészséges, normálisan működő izmokhoz. Mellesleg mondván még az „igazi” sportolók – és edzőik – is tévedésben vannak, amikor saját sikeres teljesítményüknek számítják az üledékes struktúrák reliefszerűen kidomborodó, kemény alakjait, amiké váltak már régóta elváltozott, túledzett izmaik. És arról álmodnak, hogy ilyen izmokkal majd világrekordokat fognak felállítani!

Az ilyen szép, kemény, reliefszerűen kidomborodó izmok titka azonban igen egyszerű: napi sok órás edzésükkel a sportolók izmaikat állandó hipertónusos (állandóan túlfeszített) állapotba hozzák, amit aztán a TMSZ-IR – energiatakarékossági céllal – ebben az állapotban rögzít az organikus destrukció segítségével. Az organikusan elfajult izmok beteg izmok, amik nem tudnak megduzzadni / „felfúvódni”; vagyis tömegük – és az általuk kifejtett erő – nem növekszik, akármennyit is edz az ember. A hatás éppen a kívánt ellentéte lesz: minél többet edz az ilyen izomzatú sportoló, annál inkább elfajulnak az izmai. Idővel ezek az izmok összenőnek egy zárt, tömör hiperstruktúrává, és akadályozzák a TMSZ lánctagjainak normális mozgását. Az ilyen sportolók izomszalagjai és inai állandóan elszakadnak; állandó hátfájás jelentkezik náluk (pontosabban: mindenütt „ok nélküli” fájdalom lép fel náluk); létrejönnek a „titokzatos” izompólya-triggerpontok (MTP); majd „hirtelen” – teljesen váratlanul – csigolyaközi porckorong-kizáródások,

porckorongsérvek észlelhetők náluk. Az eredmény tehát az, hogy az egészséges ember, a „nagyszerű izomkötéssel” rendelkező sportoló egyszerűen rokkanttá válik. A sportvilág zsúfolásig telve van ilyen tényekkel; a tények pedig, miként ismeretes, makacs dolgok.

Ez az, amit úgy hívnak: a problémát megfordítani, azaz feje tetejére állítani. Ez az, amikor a jelenségek igazi ok-okozati összefüggése ki van forgatva helyes sorrendjéből: a következmények válnak okozóvá, az okok pedig következményekké. Ilyenkor az jön létre, hogy először az egészséges embernél (aki normális TMSZ-szel és egészséges izmokkal rendelkezik) megjelennek a titokzatos MTP-pontok, amik fájnak maguk is és fájdalmat idéznek elő a tőlük távol lévő zónákban is. Ilyenkor „az izom-kötőszöveti triggerpontoktól (TP-től) visszatükröződő fájdalomnak nincs szegmentumhoz kötött jellege, és nem oszlik szét a neurológiai zónák törvényei szerint, hanem (...) részben más szegmentumokban is visszatükröződhet” [19]. „Az izom-kötőszöveti triggerpontok (MTP) a sérült izmok merevségét (rigiditását) és gyengeségét válthatják ki” [19]. „A triggerpontok a tőlük nagy távolságra lévő izmok diszfunkcióját képesek kiváltani. Így például a lábizmokban fájdalomérzetet és működéskorlátozottságot kiváltó triggerpontok (TP) aktivitásának hatástalanítása (inaktivizálása) az állkapcsokban elősegítheti a cirkuláció 30–40%-os növekedését, ha ezek mozgékonyágát a rágóizmokban lévő triggerpontok (TP) korlátozták” [19]. Íme, a triggerpontok egymás közötti milyen „misztikus” kapcsolataig lehet – gondolatban – eljutni, ha a TMSZ patológiás állapotának vizsgálatánál nem alkalmazzák a szisztémás szemléletű közelítést. Ezek szerint a dolog úgy adódik, hogy előbb léteztek a „pontok” és a „hátfájások”, de körös-körül minden nagyon egészséges volt, majd hirtelen megszüntették a lábokban a triggerpontok aktivitását (nyilvánvalóan botulinus-toxinnal), aminek hatására a más triggerpontok (TP) által összeszorított állapotban lévő állkapcsok egymáshoz szorítása megszűnt.

Az egészséges TMSZ belsejében a „semmiből” / a „sehonnanból” előbukkanó kóros betegség / patológiás folyamat fentiekhez hasonló ortopédiai értelmezése alkotja az alapját annak az orvosi koncepciónak is, ami a csigolyaközi porckorongsérvek képződésére vonatkozik. „Az élet első évtizedének végén a porckorongok rostos gyűrűjében szakadások keletkeznek. Az élet második évtizedének végén elkezdődik a kolloid mag fokozatosan növekvő víztelenedése, a vízvesztés. A csigolyaközi porckorongsér, a gyakorlat szerint, mindenekelőtt olyan személyeknél keletkezik, akiknél már elkezdődtek a csigolyaközi porckorongok degeneratív elváltozásai”[9]. Az orvostudomány hallgatásba burkolózik a tekintetben, hogy a TMSZ összes többi elemével mi is történt ezelőtt, ezalatt és mi fog történni ezután. A fentiek szerint a folyamat úgy zajlik, hogy már gyerekkortól kezdődően degeneratív-disztrófiás folyamat („porckorong eredetű – diszkogén – betegség) kezd kialakulni, egyből a test központi támaszában, miközben a körülötte lévő összes szerkezet egészséges. Vagyis, mintha az izmokban nem is lenne organikus elváltozás, mintha a csontelemek el sem tolódtak volna pozícióikból. Majd – valamikor később – történik egy „ügyetlen mozdulat” [34, 85, 110, 111, 115], és a porckorong „magja”, vagy a korong egy része beleesik a gerinccsatornába, és operálást javasolnak az embernek azért, hogy megóvják a bénulástól. Érdekes: vajon melyik / vagy milyen mozdulatot lehet „ügyetlennek” számítani annál az embernél, akinek – az orvosi előírás szerint – egész életén át olyan izomfűzőt kell viselnie, mint amilyent kisgyermekeknek javasolnak az orvosok [7, 9, 15, 83, 109, 110, 112, 114, 115, 146]? Minden úgy történik, mint a nő öregedéséről szóló ismert viccben: „Kisleány, nagyleány, ifjú asszony, ifjú asszony, ifjú asszony, ifjú asszony. Puff – no nézd csak – meghalt az öregasszony”.

Azért, hogy ne kerülhessünk ugyanilyen helyzetbe (és ne keresgéljünk a lábak és az állkapcsok közötti pontok társíthatóságához egzotikus okokat), mi a TMSZ-t a maga teljes egységében vizsgáljuk; úgy, mint:

- egy bonyolult biomechanikai önszerveződő rendszert, amit a maga konkrét, szerkezetileg determinált, „szisztémás kapcsolataival” együtt összetartozó egységnek kell tekinteni;
- a fizika – egyebek között a mechanika – törvényeinek hierarchikusan engedelmeskedő rendszert;
- az irányítását saját irányítórendszerével, a TMSZ-IR-rel megvalósító rendszert, ami hierarchiailag az ember közös irányítórendszere – lényegében véve az agy és az idegrendszer – alá tartozik.

Hasonló rendszerek elemzésére az emberiség régen megalkotta az irányításelméletet, az általános rendszerelméletet, a szisztémás elemzést, az optimalizálási elméletet, a mesterséges ész elméletet [138–145], amik – valamiért – nem nagyon érdekesek az orvostudomány számára. Bevezettük a „TMSZ szabályos anatómiai státusza” fogalmat, amit mi a TMSZ etalon állapotának tekintünk, s amit – egyúttal – patológiás folyamatainak / állapotainak elemzéséhez kiindulási pontnak tekintünk. Tettük ezt azért, hogy:

- ne vesszünk el az orvostudomány hiányos elméleteinek zűrzavarában;
- megragadhatunk egy fonalat a TMSZ egymással összefonódott patológiás, destruktív elváltozásainak gombolyagjából, és azt végig legombolyíthassuk anélkül, hogy elszakítanánk.

Azzal, hogy nyomon követtük és vizsgáltuk, hogy az irányítási rendszer miképpen reagál a TMSZ etalontól való nem-szisztémás eltéréseire, és ezek hogyan állnak összefüggésben az összes olyan külső patológiás tényezővel, amik az ember életében gyötörték a TMSZ-ét (a traumákkal, a szervezet és a TMSZ betegségeivel és az öregedéssel), felfedezésre tettünk szert. Sikerült felfedeznünk, hogy bármelyik ilyen eltérés szervezetben való első fellépésére – már első megnyilvánulásának nyomán – kialakul, majd térben és időben kezd megállás nélkül bővülni a szisztémás eltérések saját növekedési folyamata, a TMSZ szisztémás destrukciós folyamata (az SZD-folyamat).

Azzal, hogy felépítettük az SZD elméletét, bebizonyítottuk a támasztó-mozgató szervrendszer elemeiben keletkező organikus elváltozások egymás közötti határozott, kölcsönös kapcsolatát és evolúciójuk törvényszerűségeit; kimutattuk azt, hogy ezek az organikus elváltozások képezik a TMSZ azon betegségeinek forrását, amik – külsőleg – az emberi test egyre súlyosabbá váló deformitásaiban nyilvánulnak meg.

Azért, hogy olvasóink számára egyszerűbbé és érthetőbbé tegyük az SZD elméletének megértését, tömören összefoglaljuk a lényegét az alábbi tézisek formájában.

1. A TMSZ egy élő mechanikai szerkezet, egy gép.
2. A TMSZ-nek térbelileg stabilnak kell lennie ahhoz, hogy a szervezet által rábízott műveleteket: a támasztást és a mozgatót képes legyen végrehajtani.
3. A TMSZ stabilitása a 3000 elemére ható (külső és belső) terhelések kiegyensúlyozásával és ezeknek az egyensúlyban tartásával érhető el.
4. A terhelések egyensúlyban tartása izmok segítségével történik, amiket a TMSZ-IR operatíván irányít (a TMSZ elemei közül egyedül az izmok irányíthatók operatíván).
5. A szervezet IR-e irányelveként írja elő a TMSZ-IR részére, hogy a szervezet energiájával takarékoskodni kell. (Ez egyébként az összes szervre és rendszerre vonatkozó irányelv: olyan parancs, ami a továbbélésnek elengedhetetlen feltétele).

6. A fentiekből kiindulva: a TMSZ-IR globális szisztémás célja az, hogy a TMSZ térbeli stabilitása a szervezet minimális energiafelhasználásával legyen fenntartva.
7. Az emberi gépezetnek éppen az az állapota tekintendő a TMSZ szabályos anatómiai státuszának (etalonjának), amelyiknél stabilitása – minimális energiafelhasználás mellett – normális izomtónusnál érhető el.
8. A TMSZ etalontól számított legelső eltérése (akárcsak a többi utána következő szisztémás vagy nem-szisztémás – eltérése) a terhelések egyensúlyváltozását idézi elő az egész TMSZ-ben, ami stabilitása elvesztésével fenyeget.
9. A stabilitás megőrzésére törekedve a TMSZ-IR operatív módon megváltoztatja az egész TMSZ-ben az izmok tónusát. Hatására az izmokkal összeköttetésben álló csontok eltolódnak a térbeli konstrukcióban anatómiailag szabályos helyükről. Ezt nevezzük adaptációs folyamatnak.
10. Az izmok megváltozott tónusa (ami aktív embernél – lényegében véve – hipertónust jelent) fokozott energiafelhasználást igényel.
11. A megnövekedett energiafelhasználás minimalizálására törekvő TMSZ-IR igyekszik rögzíteni az izomzat már korábban elváltoztatott tónusát; ezért organikusan átalakítja az izomszövetet. Ez képezi az önszerveződési folyamatot.
12. Az izomszövet organikus elváltozásait nem lehet visszafordítani a szervezet saját erőivel. Ezek a TMSZ destruktív elváltozásai, amik zavarják az izomszövet anatómiailag szabályos összetételét és tulajdonságait (a definíció szerint).
13. Az izmok másik elváltozott tónusa a hipotónus (ami a fekvő betegek izmainak többségénél vagy az ember nagyon erős hipodinamikai gyengeségénél figyelhető meg) ugyancsak rögződik: organikus átalakulás / organikus elfajulás útján. A TMSZ-IR részben elsorvasztja az ilyen (inaktív, vagyis „nem-leterhelt”) izmokat. Ezzel a szervezet energiamegtakarítást hoz létre az olyan izmok életben tartására szolgáló energia felhasználásának a csökkentésével, amelyek teljes értékű állapotának további fenntartása a szervezet számára szükségtelen. Az izomsorvadás (az atrófia) tehát az izomszövetnek a destruktív elváltozása.
14. Az izmok fixálása és atrofizálása a szisztémás destrukció fő aktivizáló tényezői közé tartozik.
15. Az izmok organikus elváltozásai és a csontok eltolódásai gátolják a bennük lévő (és a közelükben található) elemekben az idegrendszer vezetőképességét és az érrendszerek átjárhatóságát. Ez zavarja a TMSZ-elemek szöveteiben zajló mikrocirkulációt és anyagcserét, ami a már megrongálódott elemekben a destruktív elváltozások növekedéséhez vezet; az elváltozások által eddig nem érintett elemekben pedig a destrukció megjelenéséhez. Ezzel a TMSZ rendszerében új szisztémás eltérések jelentkeznek. Ezek is rontják a TMSZ stabilitását, és ezzel az adaptáció és az önszerveződés újabb szakaszát idézik elő. Vagyis a rendszerben kialakul a pozitív visszacsatolás.
16. Ilyen módon a legelső iniciáló jellegű, nem-szisztémás eltérés által előidézett adaptációs és önszerveződési folyamatok (amik az első destruktív elváltozásokat szülték és az idegrendszer vezetőképességének és az erek átjárhatóságának zavaraihoz kapcsolódó pozitív visszacsatolást okozták) a TMSZ újabb és újabb adaptációs és önszerveződési szakaszait indítják be, amik az egész TMSZ-ben (destruktív hatású) organikus változások vég nélküli növekedéséhez vezetnek.
17. Különösen fokozza és gyorsítja az SZD-folyamatot a konglomerátumképződési folyamat. Az, hogy a TMSZ már elpusztult elemei és a közelükben fekvő, destrukci-

ótól még érintetlen elemei összetapadnak lerakódási struktúrákká és hiperstruktúrákká.

18. Az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák a TMSZ mechanikailag független elemeiből képződnek. Ezek a ragadós üledékmasszákkal egyetlen közös testté összecementálódtak, nem-anatómiai képződmények. Az ilyen képződmények zavarják az anatómiailag szabályos mechanikai kapcsolatokat, és ezzel új nem-anatómiai kapcsolatokat hoznak létre. Emiatt a TMSZ-ben nem-anatómiai terhelések keletkeznek azokon a helyeken és azokra az elemekre irányulva, ahová-amire a szerkezet jellege miatt ilyen terhelések nem voltak előírva. Ez viszont a TMSZ elemeinek deformálódásához és destrúciójához vezet. Ezenkívül az üledékes struktúrák és a hiperstruktúrák (maguk körül nagy vízenyőzőnák létesítésével és a szövetekben pangási tünetek előidézésével) a TMSZ összes – ilyen zónába jutott – eleménél elősegítik a degeneratív-disztrófiás elváltozások további növekedését.
19. A TMSZ etalontól való legelső eltéréseinek számít az az eltérés, ami első ízben indította el az egész TMSZ-ben az adaptációs és az önszerveződési folyamatokat, amikben aztán a TMSZ teljes egészében, egész rendszerével részt vett. Maga az említett legelső eltérés sok izomban organikus elváltozásokat szül, és az ilyen izmokkal kapcsolatban álló csontelemeknél eltolódásokat vált ki a térbeli konstrukcióban elfoglalt anatómiailag szabályos helyükről való áthelyeződéssel.

A destruktív elváltozások (az izmok organikus elváltozásai és a csontelemek eltolódásai) és **a destruált elemek szöveteiben keletkezett rendellenességek** (az idegek vezetőképességénél, az erek átbocsátóképességénél, a mikrocirkulációnál és az anyagcserénél fellépett zavarok) **miatt képződött pozitív visszacsatolás és az itt említett patológiás** – egész rendszert érintő – **állapotnak az áttejedése a TMSZ szomszédos elemeire a TMSZ stabilitását felborítja.**

Ennek hatására az adaptáció és az önszerveződés mechanizmusai újból bekapcsolódnak. Így aztán a pozitív visszacsatolás arra kényszeríti az ilyen folyamatokat, hogy vég nélkül ismétlődjenek. Ez az önszerveződés patológiás következményeinek további növekedését váltja ki; az organikus elváltozások tovább súlyosbodnak, és még tovább terjednek az egész TMSZ-ben.

20. A szisztémás destrúció súlyos stádiumában a TMSZ szisztémás szervezete sérülést szenved: sok, eredetileg nem teherviselő elem (sok izom) teherviselővé válik; ugyanakkor a teherviselő elemek (csontok, szalagok stb.) részlegesen elveszítik teherviselő képességeiket. Az izmok aktív funkciójának bántalmi miatt az ember mozgásainak – teljes befejezésig történő – végrehajtása korlátozott lesz. Az elemek teherviselő funkciójának gyengülése miatt pedig gyöngül a TMSZ támasztó funkciója. Kezdetben mindez az ember mozgékonyágát és nehéz fizikai munka végrehajtását lehetővé tevő képességét korlátozza; később azonban munkavégző képességének teljes elvesztését okozhatja és rokkantsághoz vezethet.

4. FEJEZET

A SZISZTÉMÁS DESTRUKCIÓS (SZD) FOLYAMAT INICIÁLÓ ÉS ERŐSÍTŐ TÉNYEZŐINEK (IET) ELEMZÉSE

A szisztémás destrukció jelenségének felfedezése eleve meghatározza a TMSZ összes lehetséges kóros megbetegedésének két részre osztását: szisztémás és nem-szisztémás patológiás elváltozásokra. Miután a TMSZ minden patológiás megbetegedését egy közös képben vizsgáljuk (és ezeket a TMSZ anatómiai státusza etalontól való eltéréseinek szakkifejezéseivel írjuk le), az említett elváltozásokat szintén 2 részbe soroljuk: szisztémás és nem-szisztémás csoportba.

A nem-szisztémás eltérések külső, TMSZ-től független tényezők befolyására jönnek létre.

A szisztémás eltérések a szisztémás destrukciós folyamat működésének eredményeként a TMSZ-ben létrejövő, e folyamattól függő eltérések.

A nem-szisztémás és a szisztémás eltérések közötti viszonyokat a vegyi és a maghasadási (nukleáris) láncreakció példáján lehet illusztrálni. Az ilyen reakciókra jellemző, hogy a reakció során keletkezett termékek magának a reakciónak a további végbemenetelét, folytatódását segítik elő. Az ilyen típusú reakció beindulásához rendszerint arra van szükség, hogy kívülről bekerüljön legalább egy aktív elem, ami beindítja a láncreakció folyamatát. Esetünkben ezt a szerepet tölti be az első nem-szisztémás eltérés. A reakció folyamán képződnek azok az új – a tulajdonképpeni aktív – elemek (szisztémás eltérések), amik pozitív visszacsatolást hoznak létre és a reakciót a továbbiakban fenntartják. Érhető, hogy ha az ilyen új elemekhez pótlólagos külső, aktív elemek (nem-szisztémás eltérések) is társulnak, akkor ezek gyorsítják a reakciót.

A fentiekhez hasonló bemutatás teljes összhangban van az SZD elméletével, ami szerint a TMSZ-ben a szisztémás destrukciós folyamat beindul legalább egy olyan külső, független tényező hatására, ami legalább egy nem-szisztémás eltérés okozója. Az ilyen eltérést a könyvben **primer** – elsődleges – **eltérésnek** nevezzük, az őt előidéző tényezőt pedig **iniciáló tényezőnek**. Ilyen módon – elmondható, hogy – az SZD-folyamat „mehete” hasonló a fönt leírt láncreakció lefolyásához.

Nagyon sok olyan külső tényező létezik, ami képes kiváltani a TMSZ szisztémás eltérését az etalontól. Az adott esettől függ, hogy ezek közül melyik válik iniciáló / elindító tényezővé a konkrét egyéni életben. Ha azonban egyszer már beindult az SZD-folyamat, akkor az élet további folyamán fellépő összes többi tényező erősítő tényezőnek számít (amik láncreakció-erősítő, pótlólagos, külső, aktív elemek szerepét fogják betölteni). A különféle tényezők működhetnek egymást követő sorrend szerint, vagy akár egy időben, és a konkrét embernél meglévő összes ilyen tényező közül működhet mind vagy csak némelyikük.

Az IET-k lehetnek folyamatosan (megszakítás nélkül) vagy csak diszkrétan (esetenként) hatók; hathatnak egy meghatározott ideig, és azután eltűnhet hatásuk; de olyan tényezők is vannak, amik az élet egész folyamán állandóan hatnak. Némelyik IET játszhat iniciáló szerepet, és utána rögtön áttér az erősítő szerepre. Minden az IET konkrét fajtájától függ, amelyek hatásainak rövid jellemzésére máris rátérünk.

Ismételten felsoroljuk az összes IET-t, amivel gyakorlati tevékenységünk alatt találkozunk (de rögtön megemlítjük, hogy nem igyekszünk azt állítani, hogy ez a jegyzék hiánytalan). Mivel az összes IET abszolút hiánytalan jegyzékének nincs elvi jelentősége,

mi csak a legfontosabb és a gyakran előforduló tényezőket ismertetjük, amelyek a következők:

- a TMSZ veleszületett rendellenességei;
- a TMSZ szöveteinek veleszületett megbetegedései;
- születési sérülések;
- egyoldalú munkavégzési (testtartási) irányultság;
- traumák;
- mikrotraumák (apró sérülések);
- sebészeti beavatkozás;
- hosszú idő óta ható statikai terhelések;
- hosszú idő óta ható dinamikai terhelések;
- a TMSZ nem elegendő fizikai terhelése (izmok inaktivitása);
- az általános anyagcserezavarok;
- a szív és az érrendszer bántalmai;
- az idegrendszer vezetőképességének zavarai;
- belső szervek megbetegedései;
- gyulladásos folyamatok magában a TMSZ-ben és általában a szervezetben;
- fertőzőes megbetegedések a TMSZ-ben és a szervezetben;
- daganatok a TMSZ szöveteiben;
- a TMSZ szöveteinek bármilyen más megbetegedései;
- mérgezés (intoxikáció);
- endogén és exogén károsító ágensek (belső és külső eredetű károsító anyagok)
- a természetes öregedési folyamat.

A 2. ábrán (lásd a 2. fejezetben) lévő grafikai ábrázolás (az 1–3-as tömböktől jövő nyíl) az IET-k közül az iniciáló tényezők hatását jelöli; a jobbról jövő, 7–11-es számú tömbökbe tartó nyílak pedig az erősítő tényezőket jelölik.

4.1. A TMSZ veleszületett rendellenességei

Ezek az anatómiai egység alakjának és/vagy térbeli elhelyezkedésének (pozíciójának) durva károsodásai. Általában ide sorolandó a szerkezet egyes elemeinek hiánya, de a szerkezetileg nem előirányzott egységek előfordulása is ide tartozik; vagyis a TMSZ-elemek összes fejlődési hiányossága, ami az ember születésének pillanatában már megvan. Az ilyen okból kialakuló patológiás folyamat egyértelműen a TMSZ szabályos anatómiai státusza sérülésének (attól való primer eltérésnek) számít (lásd a 2. ábra 1. és 3. tömbjét). Ez a tényező először iniciáló szerepet játszik, az SZD elindítója; később viszont az SZD erősítője szerepét tölti be, mivel állandóan létrehoz olyan tartós belső nem-anatómiai terhelést, amit a TMSZ-IR egész élet alatt kompenzálni kényszerül, elsősorban a test növekedési periódusában. És ha a későbbiekben ez az anomália meg is szűnik – mondjuk egy sebészeti beavatkozás következtében –, akkor is: maga az operáció már egy erősítő tényezőnek fog számítani. Ugyanis ráhatást fog gyakorolni – az ugyan már destruált, azonban – az adaptációs és önszerveződési képességei folytán ismét stabil, primer anomáliához alkalmazkodott TMSZ-re. Ilyenkor nem lehet előre tudni, hogy az egész TMSZ-re vonatkozóan pozitív eredményt hoz-e az operáció vagy a protézisbeültetés a messze előrehaladott szisztémás destrukciós folyamatban lévő TMSZ-nél. Ismeretes, hogy az SZD-t nem lehet visszatéríteni, mivel az általa létesített

organikus változásokat a szervezet nem képes saját erőivel visszafordítani, és azok teljesen, szisztémásan érintik az egész TMSZ-t. Ezért (annak ellenére, hogy az egyszerű előforduló IET ilyen esetben megszűnik egész élet alatt ható erősítő tényezőként létezni) az operáció pozitív hatása csak lokális szakaszon lesz elérhető. (Ami viszont lehet, hogy nagyon fontos a TMSZ lokális lánctagjának működéséhez, az ember sikeres élettevékenységéhez, külleme esztétikus érzékelésének normalizálásához.) Ugyanakkor az is lehetséges, hogy ez az operáció erős lökést ad az egész szisztémás destrukciós folyamat tovább erősödéséhez. Logikusnak tűnik, hogy teljes értékű pozitív hatás elérésére az egész TMSZ-rendszert kellene megoperálni, ez azonban technikailag lehetetlen. Hiszen megint csak az a helyzet, hogy semmilyen sebészeti nem képes visszafordítani a TMSZ szöveteiben és elemeiben meglévő organikus változásokat, jöllehet, ezek alakját és térbeli pozícióját meg tudja változtatni. Viszont még az ilyen feltételeken pozitívnak tűnő döntésnél is a rendszerben meglévő tartós belső nem-anatómiai terhelések továbbra is megmaradnak a TMSZ szövetei összetételének és tulajdonságainak egész életre szóló elváltozása miatt, és az SZD tovább fog fejlődni.

Mindebből olyan következtetést lehet levonni, hogy a javító, korrekciós célú intézkedéseket lehetőleg minél korábban kell megtenni: addig, amíg a kisgyermek még nem kezdett el járni. Ha pedig protézisről van szó, akkor azt cserélni kell a kisgyermek növekedésének megfelelő méret szerint.

4.2. Sebészeti beavatkozás

Ezt az IET-t már részben tárgyaltuk az előző pontban, itt azonban kiegészítjük még a korábbiakat azzal, hogy ez a tényező majdnem mindig erősítő tényezőként fordul elő. Elméletileg – és nagyon-nagyon ritkán – iniciáló szerepe is lehet olyan esetben, amikor az operációt szoptatott gyermekben hajtják végre, de ilyenkor is csak akkor, ha erre nem a TMSZ miatt kerül sor, hanem ennek csupán szöveteit érinti (például izomelválasztás esetén). Ellenkező esetben az a tényező lesz iniciáló jellegű, ami az ilyen operáció indítékául szolgált. A felnőtt embernél mindig található más IET, ami már beindította a szisztémás destrukciós folyamatot. Például a munka közbeni egyoldalú testtartás, a természetes öregedési folyamat. Az SZD erősödése ezen IET hatására vagy a TMSZ szöveteinek és elemeinek közvetlen zavara nyomán lép fel (tartós nem-anatómiai terhelések következtében), vagy az idegek és az erek károsodása miatt, ami a szisztémás destrukciós folyamatban a pozitív visszacsatolás erősödéséhez vezet.

Szeretnénk itt különösen hangsúlyozni a (porckorongsérvek miatt hátgerincen gyakran alkalmazott) csigolyaoperációk SZD-t erősítő hatását. Érthető, hogy életveszély esetén és más komoly indokok miatt feltétlenül szükséges lehet a sebészeti beavatkozás. Azonban magának a sérült porckorongnak az eltávolítása, vagy ennek műanyag porckoronggal való kicserélése, valamint a szomszédos csigolyák ezek után következő „összeforrasztása” (ami az ortopédorvos megkönnyebbült sóhaját váltja ki: sikerült az operáció! [122]) mind-mind olyan tett, ami a TMSZ rendszerébe pótlólagos tartós belső nem-anatómiai terheléseket visz. Az ilyen terheléseket pótlólagosoknak kell számítani az egész TMSZ-ben már eddig is létezett, a csigolyaközi sérv keletkezésének okául szolgáló terhelések mellett.

A lokális problémát megoldó operáció nem képes helyreállítani a TMSZ szabályos anatómiai státuszát, ami szükséges a sérvet okozó terhelések megszüntetéséhez. Ezért

az operáció új, nem-szisztémás eltéréseket szül, a szisztémás destrukció újabb menetét idézi elő, aminek vagy egy újabb porckorongsérv lehet a következménye, vagy az egész TMSZ durva deformációinak súlyosbodása. Az említett kimenetek bármelyike a TMSZ működési lehetőségeinek további súlyosbodásához vezet.

Ugyanezt lehet elmondani a súlyos stádiumú scoliosisok miatti operációkról is. Az operáció megállítja a hátgerinc további elferdülését, menti a szívet és a tüdőket a mellkaskváz okozta összenyomódástól. Tehát, ha életbevágóan fontosnak bizonyul az operáció, akkor alkalmazni kell. Ugyanakkor a csigolyák, a bordák, a medence és a csontváz egyéb elemeinél az összes degeneratív-disztrófiás elváltozás továbbra is megmarad. Az egész izomszövet szélsőséges organikus elfajulása szintén változatlan marad; márpedig az ilyen izomszövetek – miként elméletünkéből következik – a szisztémás destrukciós folyamat fő aktivizáló tényezői. A scoliosisos deformáció folyamatában gyorsan képződő, izomelfajulásból származó „páncél”, ami lényegében az izmot körbefogó fűző (egy természetes korzett, amit a TMSZ-IR apránként alakít ki a kisgyermek fejlődésének különböző időszakában azért, hogy ezzel megtámassza a gerincet) végül is összenő. Innentől kezdve aztán a páncél növekedésének sebessége kezd elmaradni a csontok fejlődésének sebességétől. Ezzel a páncél maga is durva scoliosisos deformációk okozójává válik, és ezt a páncélt ezek után semmilyen operáció nem képes megváltoztatni. Érthető, hogy műtete után is beteges annak az embernek a külső megjelenése, akinél a TMSZ összes szövetében ilyen degeneratív-disztrófiás elváltozások vannak, és emiatt – erőszakosan – megműtötték, a hátgerincét (amennyiben lehetséges volt) kiegyenesítették. Érthető, hogy ennek az embernek a külleme is és a megjelenése is kiált a fizikai „nem teljesértékűségéről” és tovább árulkodik a betegségről. Hiszen a gerincműtét a legkevésbé sem tette őt egészségesebbé és nem szüntette meg betegségének az okát, a szisztémás destrukciót. Minden itt említett dolog a scoliosisos deformáció képződésének, folyamata mechanikájának elemzéséből következik, amit könyvünk 7. fejezetében, a 33. példánál tárgyalunk.

4.3. A TMSZ szöveteinek veleszületett megbetegedései

Ez az IET rendszerint el is indítja, majd rendkívüli mértékben föl is erősíti az SZD-t azzal, hogy a TMSZ elemeinél a szabályos szövetösszetételhez és a szabályos szöveti tulajdonságokhoz képest eltéréseket vált ki (lásd a 2-es számú ábrán a 2-es számú tömböt). Az ilyenfajta eltérések negatívan hatnak a szervezet fejlődési periódusában is és a TMSZ mechanikai szerkezetként való aktív használatának időszakában is, mivel csökkentik az ember-gép szilárdságát és megbízhatóságát, és gyorsítják annak öregedési folyamatát. Ezen IET befolyását tükröző tipikus diagnózisnak tekinthető az izomdisztrófia (a rendellenes izomfejlődés), valamint a kötőszöveti diszplázia (a kötőszövet rendellenes fejlődése) Az utóbbi különösen gyakorivá, „divattá” vált napjainkban. Az ilyen IET a többi tényezőnél gyakrabban vezet az SZD katasztrofális következményeihez: a rokkantsághoz, a legsúlyosabb deformitásokhoz és a szervezet egyéb szerveinek és rendszereinek sok más megbetegedéséhez. Éppen ilyen diagnózisokat szoktak felállítani azoknál a gyermekeknél, akiknél – születésük óta – hiányzik a TMSZ aktív mozgása, és még a fejüket sem képesek megtartani, ugyanakkor idegrendszerük nem sérült és a csontvázukon sincs konstrukciós bántalom.

4.4. Születési sérülések (traumák), valamint traumák és mikrotraumák

A születési traumák (ugyanúgy, mint általában véve bármilyen trauma és mikrotrauma) károsítják a TMSZ elemeinek szövetösszetételét és szöveti tulajdonságait, valamint az elemek alakjának és térbeli elhelyezkedésének anatómiai szabályosságát. Vagyis a TMSZ etalontól való eltérése mindhárom típusának okozói. Ha ezek az eltérések primer jellegűek, akkor beindítják az SZD-t. Ha szekunder jellegűek, akkor fölerősítik a szisztémás destrukciót. A különbség csupán annyi, hogy születési sérülések gyakrabban szoktak iniciáló tényezőként szerepelni. Itt azonban teszünk egy kis megjegyzést. Éppen a traumák és a mikrotraumák válnak aktív iniciáló IET-vé a kisgyermekeknél, akik – szerencsére – gyakorlatilag egészségesnek születtek, s akiknél ez a tényező később jelentkezik: az őket körülvevő világ elsajátításának folyamatában. Ugyanis ez az az időszak, amikor a kisgyerek tanul ülni, járni, akadályokat leküzdeni, ami nemritkán esésekhez vezet.

A társadalom elfogadja azt a véleményt, ami szerint természetes dolog, hogy a kisgyermekes elesnek, és hogy az ilyen esések következmények nélkül elmúlnak. Ez azonban csak a ritkán előforduló csonttörésekre vonatkozóan igaz. Viszont a TMSZ elemeinél ilyenkor előforduló, nem nagy térbeli eltolódások (azok, amik szinte nem is okoznak hosszan tartó fájdalmat) tapasztalatunk szerint későbbre tolódó, jóval komolyabb következményeket vonnak maguk után.

Miként tudjuk, a TMSZ térbeli szerkezetének zavarával egyidejűleg (azaz a TMSZ-nél jelentkező, etalontól való elsődleges eltérések nyomán) megjelennek az SZD kezdeti periódusára jellemző összes ismérvek, a TMSZ szisztémás válasza és az alkalmazkodási, valamint az önszerveződési folyamatai. Ez idő alatt történik az izmok megváltozott tónusának rögzítése. Vagyis pontosan ilyen módon, észrevétlenül hatol be a még csöppnyi ember életébe a TMSZ SZD-jének fő aktivizáló tényezője. Ez viszont azt jelenti, hogy a szervezet viharos növekedése úgy zajlik, hogy közben organikusan elfajult kemény izmok vannak a szervezetben, amik jóval lassabban nőnek, mint a csontok. Az ilyen izmok feszesre húzott „szíjak” sokaságát képezhetik, amik kezdik eltolni a vázcsontokat előre meg nem határozható, de már semmi esetre sem szimmetrikus módon. Az ilyen ártalmatlannak tűnő csecsemőkori traumáknak és mikrotraumáknak „köszönhetik” közülünk sokan testvonalaik hibáit és alakjuk aránytalanságait.

Így tehát ez az IET egy „négyzetre emelt” IET, mivel nem csak gyakran beindítja az SZD-t, hanem állandóan rossz közérzetet teremt a gyakorlatilag egészséges emberekben akkor, amikor a tükörben nézik magukat, vagy ruhát vásárolnak és összehasonlítják magukat a szépségversenyek győzteseivel. Ezek azok az emberek, akiknek – az ortopédusok szavai szerint – „egyszerűen ilyen az alakjuk”. Még egyszer hangsúlyozni kívánjuk, hogy éppen a gyakorlatilag egészséges embereknel (azoknál, akik elkerülték a legtöbb IET hatását) válik a trauma és a mikrotrauma az SZD vezető tényezőjévé. Ez persze nem jelenti azt, hogy ez a tényező ne fordulna elő a betegeknel is. Gyermekkorban ugyanolyan gyakran fordul elő mindenkinél, mivel minden gyermek elesik. Azonban a beteg embereknel több a súlyosabb következményekkel járó IET, és számukra a traumák csupán pótlólagos „csekélységet”, „apróságot” jelentenek. Éppen a természettől jó egészséggel megáldott emberek mutatkoznak mozgékonyak gyermekkorban és felnőttkorban egyaránt, és az ilyen emberek gyakran választanak maguknak olyan szakmát, amit a traumaszerzés kockázata kísér; főként a sportolók ilyen emberek. A beteg emberek azonban nem lelkesednek az ilyen szakmák iránt, sőt, még a járásuk is óvatos.

A születési traumákra vonatkozó vélemény az, hogy ezek száma viszonylag alacsony, és hatásmechanizmusuk azonos a szokásos traumákéval. Igaz, az is ismeretes számunkra, hogy születéskor sok gyermek gerincének nyaktáji szakaszát kis sérülések (mikrotraumák) érik [89, 90, 119]. Ha ez előfordult, akkor ez az IET rendkívüli jelentőségre tesz szert, mivel egyenesen iniciálja az SZD-t már az élet első pillanatától kezdve, és az ember egész életében káros hatással bír az agyi vérkeringésre. Ezt a témát nem vizsgáltuk külön, mivel csecsemők fizikai rehabilitálásával csak végszükség esetén foglalkozunk (a könnyező, elkeseredett szülők kérésére). Ezek rendszerint olyan gyermekek, akiknek gyógyítását minden orvos elutasítja, mert TMSZ-ük vagy olyan súlyos veleszületett deformitásokkal terhelt, hogy csak a rokkantság vár rájuk; vagy egyáltalán nem képesek mozogni izmaik – születéstől kezdve fennálló – nem teljesértékűsége miatt. Megjegyzendő, hogy (általunk nem várt) nagyon kedvező hatást értünk el a „gyermekkori agybénulás” diagnózisával bíró gyermekek TMSZ-ének rehabilitálásánál.

4.5. Általános anyagcserezavarok

Ez az IET lehet iniciáló jellegű, majd utána rögtön erősítővé válik. Jelentőségének – közvetlenül a fenti, 4. 4-es számú pont után következő – magyarázatát az indokolja, hogy rá kell még mutatni az emberi test egyik korai, de nagyon-nagyon komoly deformitásának okára is. Amíg csak az előző pontban tárgyalt IET gyakorol hatást (a TMSZ nem sok elemére és olyankor is csak rövid ideig), addig az SZD – egyéb IET távolléte esetén – elég lassan növekszik. Ha viszont ehhez az IET-hez csatlakozik – már a korai életkorban – az általános anyagcserezavar is, akkor az SZD legsúlyosabb formáinak kialakulására lehet számítani. Olyanokra, mint a bordapúpokkal párosult gerincferdülés (scoliosis), súlyos oldalirányú gerincferdülés (kyphosis), a hátgerinc cikcakk alakú elgörbülése, a gerinc teljes befordulása / előregörbülése (inverziója), amikor a kyphosis átváltozik nyaki és ágyéktáji előrehajlássá (lordosissá), a lordosis pedig kyphosissá. No de már egy konkrét IET is nagyon veszélyes mind a csecsemőre, mind pedig a felnőtt emberre, mivel gyorsítja a testnél – elsősorban az izmoknál – az elfajulást. Ezzel sokszorosan felerősíti az SZD-t, aminek hatására ilyenkor gyorsan zajlik a konglomerátumképződés, az izomtömeg összeállása közös, üledékes hiperstruktúrává. Az így elkorcsozott izmok pedig páncéllá válnak, amik visszafogják az egész szervezet növekedését és fejlődését.

Tulajdonképpen a TMSZ valamennyi, súlyos deformációja vagy egyedül ennek az IET-nek, vagy más IET éppen ilyen tényezővel közös kombinációinak a következménye. Az SZD-re gyakorolt súlyosbító hatását tekintve csak a TMSZ-szövetek veleszületett megbetegedései kelhetnek vele versenyre. Az orvosi gyakorlat állandóan találkozik olyan betegségek megszámlálhatatlan sokaságával, amelyek alapját az anyagcserezavar képezi. Főntebb leírtuk már, hogyan keletkezik egy zárt, tömör páncél, ami egyesíti – közös, kemény köpennyé fogja össze – az összes elfajult izmot. A vizsgálni kívánt IET hasonló jelenséghez vezet.

A könyvben többször leírjuk ennek a páncélnak a TMSZ-re és az egész szervezetre gyakorolt patológiás befolyását és megnevezzük a TMSZ-ben emiatt keletkező konkrét betegségeket: a TMSZ összes szövetének és elemének degeneratív-disztrófiás elváltozásait, a súlyos deformitásokat, a csigolya-porckorong sérveket, a gerincvelő és az agyvelő sérüléseit. Leírjuk más szervek és rendszerek azon betegségeit, amik az idegi

vezetőképességnek és az erek áteresztőképességének a zavarai miatt keletkeznek az egész emberi testben.

Az SZD-nek ez a súlyos stádiuma (aminél egybefüggő, tömör páncélköpeny képződik az organikusan elváltozott, egybenőtt lágy szövetekből) majdnem teljesen elzárja azokat a szállítási utakat, amiken keresztül érkeznek a tápanyagok, elvezetődnek a sejtek élettevékenységéből származó termékek, amiken zajlik az információcsere az agy és az ellenőrzése alatt lévő objektumok között az összes – szervektől sejtekig terjedő – irányítási szinten. Ezt a súlyos állapotot a szervek és a rendszerek normális élettevékenységének zavara, kaotikus működése jellemzi, amit úgy lehet meghatározni, hogy elveszett az irányíthatóságuk.

Nincs mit csodálkozni azon, hogy ilyen szituációban az anyagcsere zavara rendszerint egész idő alatt fokozódik. Ez pedig tovább súlyosbítja a TMSZ SZD-t, aminek következtében még tovább nő az irányíthatóság zűrzavara. Vagyis a pozitív visszacsatolás alapelveinek megfelelően a páncél és ez az IET kölcsönösen erősíti egymást. Ez tehát az oka annak, hogy az SZD ezen típusánál az ember:

- egész teste, minden szerve fáj;
- elveszíti a látás és a hallás élességét;
- gyakran elveszti az eszméletét, és szédülési rohamai vannak;
- gyomra émelyeg és kerülgeti a hányinger;
- vérnyomása ugrál, mellkasából „kiugrik a szíve”;
- álmatlanságtól és depressziótól kezd szenvedni;
- szervezetének immunitása lecsökken;
- állandóan meg van fázva;
- szervezetében elkezdődnek a vég nélküli torokgyulladások, fülgyulladások, arcüreg-gyulladások, a légcsőhurut betegségek;
- elsatnyul, betegesen sorvadozik, lesóványodik.

Az ilyen ember kezd fölkeresni mindenféle szakorvost, akik közül mindegyik a maga módján próbálja gyógyítani.

No de itt van az ennél is bonyolultabb talány, a „hátfájás”, aminél egyetlen gyógyszer sem segít, még az sem, ami rendszerint mindenkinek használ. Pedig nagyon erős fájdalomcsillapítókat és narkotikum-anyagokat tartalmaz, és azért is írják fel ezeket az ilyen embereknek, mivel különösen erős fájdalmak gyötrik őket. Ilyenkor aztán egymás után vetődnek fel a különféle verziók:

- először az, ami szerint itt csupán a betegség szimulálása áll fenn;
- majd jön az a változat, hogy ezek a betegségek elsődlegesen pszichés alapon (lelki problémák miatt) keletkeznek;
- sőt, a nyilvánvaló pszichikai ziláltság (lelki zavar, idegösszeomlás) verzióját is felvetik.

Eközben soha egyetlen orvost (köztük egyetlen ortopédorvost és egyetlen manuálterapeutát) sem hozott még zavarba a páncélköpeny. Az, amit mi egyszerűen a szemünkkel is látunk, mivel a mi tekintetünk a betegre irányul: őt nézzük, őrá figyelünk. (Nem úgy, mint az orvosok, akik leggyakrabban más irányba, az úgynevezett „objektív” mutatókra néznek: az elemzési eredményekre és a különféle „... diagramokra”).

Az orvosok fel sem tudják tételezni, hogy gyógyszereik nem is juthatnak el a rendeltetési helyükre, mivel oda jutásukat éppen az a (mindenkinél szemmel látható) páncélköpeny akadályozza meg, ami elfajult szövetekből áll, és „tele van tömve” üledékekkel, lerakódásokkal.

Szólni kell arról, hogy ez a páncél egy áthatolhatatlanul kemény, vérthez hasonló izomréteg, egy izomköpeny, ami lehet vastag is és vékony is. Minél vékonyabb, annál keményebb, és annál erősebben nyomja a szervezet alatta fekvő anatómiai egységeit. Amikor az ember egy csupasz csontvázhhoz hasonlít (ami a gyermekeknél – sajnos – gyakrabban fordul elő), és a bőre olyan szorosan hozzánő a csontokhoz, hogy – úgy tűnik – a bőr már-már elpattan, akkor biztosak lehetünk abban, hogy egy régóta nagyon beteg, páncélköpenybe öltözött ember áll előttünk, aki nem szimuláns és nem is egy éhező. Ez az ember olyan régóta beteg, hogy minden izma „kiszáradt” már, és a csontjait körülfogó összes izomfűző (izomkorzett) – a bőrrel együtt – egyetlen üledékes hiperstruktúrává változott. Ha a szóban forgó ember felsőteste emellett még egy hengerre emlékeztet (mert alkotórészei nem normálisan fonódnak egymásba), akkor ez a személy gyermekkor óta beteg. Ugyanis az ilyenfajta deformitás korai életkorban alakul ki, amikor a növekvő üledékes hiperstruktúra zavarja a mellkas és a medence normális kialakulását. Tegyük hozzá, hogy a szemre egészséges, de áttörhetetlenül kemény izmok jelenléte az egész testben szintén páncélt jelentenek. Illik ilyenkor emlékezni arra, hogy ön előtt – még ha sportolóról is van szó – egy beteg ember áll.

Az SZRT fogásainak segítségével a lágy szövetek organikus elváltozásait mi 2-3 gyógykezelés (kezelés) alatt visszaforgatjuk. Szétromboljuk ezt a páncélköpenyt, és ennek köszönhetően – mihelyt helyreállt az idegek vezetőképessége és az erek átjárhatósága – normálissá válik a szervek, a rendszerek és a szövetek irányíthatósága. Normálissá válik a szervezet önszabályozása, és rögtön – külső, pótlólagos ráhatások és speciális gyógyítás nélkül – eltűnik az egész szervezetben a fent felsorolt betegségek egész csokra, azok, amiktől az ilyen emberek rendszerint szenvednek. Ennek eredményeként lényegesen javul az általános anyagcsere és gyengül az SZD-folyamatban a pozitív visszacsatolás. A gyakorlat azt mutatja, hogy a TMSZ állapotát még a csontsovány embernél is vissza lehet állítani egészen a normális állapotig.

4.6. A test egyoldalú terhelése munka közben (az egyoldalú munkaorientáció)

Ha az embernek nincsenek veleszületett rendellenességei, megbetegedései, és nincsenek születési sérülései (traumái), akkor éppen ennek az IET-nek jut az a „megtisztelő” jog, hogy az embernél SZD-t indítson el, majd utána ezt állandóan erősítse, és örökre sújtsa az embert. Még a bölcsőben fekvő csecsemő is inkább jobb kezével fogja meg a babákat (a lakosság 90%-a jobbkezes). Az emberi test jobb oldalának izmai – az állandó gyakorlás eredményeként – fokozatosan masszívabbá és erősebbé válnak, mint a bal oldali izmai. Ennek következtében a gerinc is a jobb oldalra hajlik. A TMSZ-IR – az egyensúly fenntartására törekedve – fokozza a bal oldali hátizmok tónusát, hogy megtartsa a hátgerincet. Ez a hipertónus állandóvá válik és – az energiafelhasználás minimalizálásának céljából – rögzítődik organikus elkorcsosulással, ami az SZD kezdetét vagy továbberősödését jelenti. A későbbiekben aztán akármilyen baj történik az emberrel, akármilyen új IET fokozza tovább a TMSZ-ben már meglévő szisztémás destruktív folyamatot, vagy akármilyen deformációja létezik már – teljesen mindegy: az egyoldalú munkavégzési testhelyzet a bajra „rátamad, szinte ráakódik”. A test jobb és bal oldala közötti aszimmetria képviseli ennek az IET-nek az erősödő hatását (megjelenésének ez a látható nyoma, a „vizitkártyája”).

Magunk között ezt az IET-t „ünnepnek” nevezzük Ernest Hemingway regényének címe után (Vándorünnep). Emiatt az „ünnep” miatt egy ember sem tarthatja magát teljesen szimmetrikusnak, és – legalább emiatt – bizonyossággal állítható, hogy a gyakorlatban nem lehet elérni a TMSZ etalonszerű, ideális állapotát. Pont emiatt, a testorientáció következményeként mindegyikünkönél fennáll néhány foknyi jobb oldali scoliosis. Ezt az „ünnepet” a munka ajándékozta nekünk; az a munka, ami emberré teszi az embert.

Gyakran olvasható olyasmi [34, 111, 120], hogy az állatoknál nincs osteochondrosis (csontosodási zavar / csontdegeneráció), az embernél viszont van, éspedig azért, mert felegyenesedett testtartással jár. Emlékezzünk arra, hogy az osteochondrosis nem légbőlkapott dolog, ez az SZD végső stádiuma. És ahány IET létezik, ugyanannyi SZD-elindító ok létezik. Közülük a munka a legfőbb ok, ami láthatatlanul ott áll majdnem mindegyik IET mögött. Az állatok teste szimmetrikus, náluk nincs „ünnep”, nincs munkaorientációból származó egyoldalú testhelyzet. Ők nem dolgoznak a mancsaikkal, hanem csupán esznek – a szájukkal. Az állatok nem terhelik túl izmaikat hosszú ideig tartó statikus vagy dinamikus munkával, ami az izomzat állandó hipertónusának és organikus elváltozásainak a forrása. Vagyis az állatok nincsenek kitéve az SZD fő aktivizáló tényezője hatásának, aminek végső pontját az osteochondrosis és a csigolyaközi porckorongsérvek jelentik. Az embernek, sajnos, megfeszítve dolgoznia kell, hogy táplálhassa magát. Ezért aztán, még ha négy végtagjára ereszkedne, akkor is kényszerülne arra, hogy folytassa a megélhetéshez szükséges (a „kenyérre való”) megkeresését. Ebből az következik, hogy az embernél mindig létezni fog a TMSZ szisztémás destrukciója, amit nála a munka, a „mindig vele lévő ünnep” indít el. Más dolog, hogy az ember képes és köteles úgy cselekedni, hogy ne engedje meg a szisztémás destrukciónak, hogy eljusson az osteochondrosis stádiumáig. Ennél sokkal hamarabb le lehet azt fékezni. Pontosán ezért alkottuk meg a szisztémás rekonstrukciós terápia technológiáját, és ilyen cél ösztönzött minket jelen könyvünk megírására.

4.7. Hosszú ideig tartó statikai terhelések

Az ember izmai állandóan igénylik a szervezet energiáját, mivel mindig tónusos (fesz) állapotban vannak, ami az ember térbeli stabilitását biztosítja. A tónus izomösszehúzás, az összehúzás pedig munka. És bármilyen csekély is: ez a munka kimeríti és fárasztja az izmokat. Az izmoknak viszont szükségük van arra, hogy időről időre ellazuljanak és pihenjenek. Ha az ember tudatosan nem ad pihenést a pózfenntartás statikai munkájával elfoglalt izmoknak, akkor az izmok saját maguk, spontán módon kezdik el a pihenést és ellazulnak saját maguktól. Erre az ember kezd elveszíteni a stabilitását, ingatagon kezd járni, vagyis ezzel megváltoztatja a testtartását. Ilyenkor – ha szükséges – az ember arra törekszik, hogy megtartsa előző testtartását és akarateréjével növelje az izmok feszességét (tónusát). Az ilyen hipertónus (amit hosszú időn át kell fenntartani – például: nap mint nap a sok órán keresztül tartó munkaidő alatt vagy az iskolapadban ülve), reakciót vált ki a TMSZ-IR-nél, ami energiamegtakarításra törekszik. Az önszerveződési folyamat eredményeképpen az izmok organikus átalakuláson esnek át, elfajulnak és megkeményednek. Ez viszont – miként ismert – a TMSZ szisztémás destrukciójának fő aktivizáló tényezője. A statikai terhelés, lényegében, destrukciót erősítő IET. Ez a tényező rendszerint az iskolai évek alatt jelentkezik, amikor az SZD majd-

nem minden gyermeknél létezik már és dús virágként kivirult (gazdag tapasztalatunkból fakadnak az ilyen következtetések). Ez az IET – a rohamos fejlődés időszakában – hatalmas lökést ad a TMSZ durva deformitásainak, amiknek a fő oka azonban a páncélköpeny, ami sokkal korábban alakul ki.

Illik megfelelő magyarázatot adni erre a tényezőre. Az izmok bármilyen statikus pózban képesek rögzülni:

- nem szabályos, nem szimmetrikus testtartásban is, amikor az iskolás gyermek ferdén (testét jobbra döntve) ül a padban;
- szabályos testtartásban is, amikor a gyerek festőien szép, egyenes testtartással ül a padban; és
- karosszékekben elterülő, lustálkodó ember testtartásánál is.

Az állandó hipertónus is és az állandó hipotónus is organikus destrukcióval van rögzítve. A szigorúan szimmetrikus testtartást azonban egyszerűen szebbnek tartják a kötetlen – laza – „majomtesttartásnál”.

A katonás testtartástól mindenki el van ragadtatva, ha az megmarad a késői öregkorig, és követendő példaként utalnak rá. A katonás testtartás meg is marad aztán az egész életen át, mivel ez nem más, mint egy elcsontosodott izomfűző (egy csonttá változott izomkorzett). Pontosan az a páncélköpeny, amiről mi már olyan sokszor beszélünk és olyan sok rosszat mondtunk. E mögött a köpeny mögött azonban beteg ember rejtőzik. Lehet, hogy sokkal betegesebb ember, mint a kiálló lapockájú, görbe testtartású iskolás gyermek, akinél ez a páncél még puhábbnak mutatkozhat fiatal életkora miatt. Márpedig, ha puhább, akkor ez jobb az ember egészségére nézve akkor is, ha nem tűnik esztétikusnak.

Nincs szüksége az embernek ilyen kínlódással elérhető, de főként nem egészséges „testszabályosságra”, „testharmóniára”. Az embernek egészséges, nem rögzült (nem fixálódott), rugalmas izmokra van szüksége, amiket úgy lehet irányítani, ahogyan szüksége van rá használatukkor. Akkor fel tud venni bármilyen pózt, és, ha történetesen szakmája szerint színész, akkor eljátszhatja vele a katona és a fejét vállai közé húzó utcai csavargó szerepét is.

Ebből az a gyakorlati következtetés adódik, hogy az embernek nem szabad megengednie, hogy izomzata hipertónusban vagy hipotónusban rögzüljön. Ehhez viszont szükséges, hogy a „természet cárja” tanuljon az állatoktól, amik – lényegében – állandóan lassan, fesztelenül mozognak. Ismeretes, hogy az állatok még alvás közben is sokszor változtatják testtartásukat. Az ember is így cselekszik álmában, amikor tudata nem zavarja TMSZ-IR-ét abban, hogy teljesítse funkcióit. Figyeljék meg a házi macskát. Állandóan mozog, nem marad sokáig egy helyzetben sem ülve, sem fekve. Ugyanígy viselkednek a gyerekek is, akiket ösztönük vezérel.

4.8. Hosszan tartó dinamikai terhelések

A hosszan tartó dinamikus munka hatására, főként olyankor, amikor nagy fizikai terheléseknek volt kitéve a szervezet, az izmok sokáig nem képesek – még nyugalmi állapotban sem tudják – helyreállítani a normális izomtónust. Az ilyen visszamaradó (remanens) hipertónus a TMSZ-IR látókörébe jut, mivel ez állandóan fürkészi a test minden izmának mozgási és energetikai működésmódját. Ha hosszú idő óta áll fenn ilyen remanens hipertónus, akkor a TMSZ-IR – az izomszövetek organikus elkorcsosításával –

intézkedik a szervezet energiafelhasználásának optimalizálásáról. Az elkorcsosítás viszont nem más, mint a TMSZ SZD-jének (egyik) fő aktivizáló tényezője.

Mindenki tudja, hogy a mozgás az életet jelenti. Azonban mindig csak mozogni pihenés nélkül „nem normális élet”, hanem a TMSZ SZD-jéhez vezető út. Különösen a sportolóknak kell ügyelniük erre; azoknak, akik sok-sok órás edzés árán érik el a rekordokat. Ők azt gondolják, hogy jó izmaik vannak. A valóságban azonban a középkori lovagok kemény vértetével, kemény páncéljával rendelkeznek, ami követi (ismétli) a testvonalakat. Ha sikerül is – mozgással – felfrissíteni az ilyen izmokat, tapintásra ezek akkor is porcként hatnak; a porcok pedig képezhetnek-e / jelenthetnek-e jó támasztékokat egy rúd számára? Még ha igen, akkor is csak a törzs és a lábak részére. A súlyemelő kézimainak feszítéskor egészségesnek, erősnek, rugalmasnak kell lenniük, lazításkor pedig puhának.

Nagy művészet ilyen izmokat kifejleszteni, az izomrostokat hipertrofizálódásra kényszeríteni és az izomerőt helyes edzéssel úgy növelni, hogy közben ne következzen be a hipertónusok rögzülése (fixálása). Ehhez először is szükséges, hogy születéstől kezdve egészséges izomszövete legyen az embernek (és szervezete általánosan egészséges legyen). Ez pedig – mint bármilyen tehetség – adottság kérdése: ha megadatott, akkor van, ha nem adatott meg, akkor nincs. Másodszor pedig arra van szükség, hogy okos és tapasztalt edző irányításával – és szabályosan – végezzék az edzéseket. A sportolók többsége fiatal éveinek és egészségének kíméletlen kihasználásával éri el rekordjait, és eközben izomnövesztő szerek használatával lényegében pusztítja az egészségét. Ennek az az eredménye, hogy mindegyiküknél páncélba van bilincselve az egész test. Azt pedig, hogy mit jelent a páncéllal együtt élni, már tisztáztuk (lásd a 4. 5. pontban).

Ez az IET lényegében erősítő jellegű tényező. Csak azoknál a – kezdettől fogva egészséges – gyermekeknél szokott destrukcióiniciáló szerepe lenni, akiket (a kertben, a ház körül) életkoruknak nem megfelelő, erőn felüli munkára vagy sportolásra kényszerítenek.

4.9. A TMSZ nem elegendő fizikai terhelése (inaktivitása)

Az izmok pihentetése és lazítása tekintetében ez az IET – jobban már nem is lehetne, olyan jól – demonstrálja a „minden jó, de mértékkel” alapelvet. Ha az izmok egyáltalán nem dolgoznak, akkor közülük igen sok állandóan hipotónusos állapotban van (a fekvő betegeknek ez gyakrabban figyelhető meg, mivel náluk az izmok többsége inaktív állapotban van). Ilyen állapot esetén a test összes izmának működésmódjára állandóan figyelő TMSZ-IR kezdi sorvasztani a „feleslegesnek” mutakozó izomszöveteket. „Ha az ember nem használja valamelyik izmát, akkor nem kell neki, nincs rá szükség”, így „gondolja” az IR és utasítást ad a nem használt izmok sorvasztásra. Ezzel a teljes értékű izom számára szükséges energiafelhasználást csökkenti. Az IR részére nem létezik takarékosági alsó határ: mindig törekszik a takarékoskodásra. Olyankor is, amikor – úgy tűnik – már csökkent az energiafelhasználás (mert az izmok már hipotónusos állapotban vannak), de még lehetőség kínálkozik annak további mérséklésére. Ilyenkor az IR megteszi ezt, és tovább csökkenti az energiafelhasználást. Az izmok elsorvadása, az atrófia ugyanolyan organikus elfajulás, mint a fixálásuk. Tehát az atrófia a TMSZ SZD-nek szintén aktivizáló tényezője.

A szóban forgó IET jellegzetes sajátossága, hogy gyorsan hat a csontokra, mivel a TMSZ-re ható fizikai terhelés elégtelensége a csonttömeg csökkenéséhez vezet, csontritkuláshoz, azaz osteoporosishoz [147]. Ezen IET ragyogó példáját szolgáltatják azok az eltérések, amik az úrhajósok testében zajlanak le, amikor sokáig tartózkodnak a súlytalanság állapotában. Ilyenkor a TMSZ-üket érő terhelés sokszorta kisebb a szokásos földi terhelésnél. Ez aztán a TMSZ rendszerében súlyos destruktív folyamat gyors kibontakozásához vezet, ami az izmok sorvadásában és a csonttömeg csökkenésében / elvesztésben nyilvánul meg [4, 5]. Az űrorvostudomány jól ismeri ezt a folyamatot, mivel ez számára a kulcsfontosságú problémák egyikének minősül. Mindez igazolja az SZD-ről alkotott elméletünk helyességét. A Földre való visszatérés után – a TMSZ normális működésének helyreállítására – az úrhajósok hosszú ideig tartó rehabilitációs programokban vesznek részt, amik a szokásos sportorvosi tudományra épülnek. Mindazonáltal mi meggyőződéssel állítjuk, hogy az SZD mechanizmusának ismerete és az SZRT alkalmazása lehetővé tenné:

- először azt, hogy az úrhajósok TMSZ-ét érő, a súlytalanság miatt fellépő negatív hatás csökkenjen;
- majd azt is, hogy hatékonyan lehessen visszavezetni őket a normális fizikai formába (állapotba).

Ezt sokszorosan igazolja fekvő betegek gyógyítása közben szerzett munkatapasztalatunk. (Mellesleg megjegyezzük, hogy pont a fekvő betegeket tekintí modellnek az űrorvostudomány a súlytalanság – emberi szervezetre gyakorolt – hatásának a vizsgálatkor).

4.10. Szív- és érrendszeri zavarok, ingerületvezetési zavarok

Ez esetben az SZD-folyamat pozitív visszacsatolásának összetevőiről van szó, amik behálózják az egész szervezetet. Természetes dolog, hogy az ilyen bántalmak (mint például a szívélegtelenség, az artéria falának elmeszesedése / az arterioszklerózis, az agyvelő és a gerincvelő bántalmai és ezek traumái) erősítik a szisztémás destrukciós folyamatot (ha ez már beindult) vagy beindítják az említett bántalmakat, ha azok születéstől fogva fennállnak (például veleszületett súlyos szívrendellenesség vagy gyermekkori agybénulás stb.).

4.11. Belső szervek megbetegedései

Első megjegyzés: egyes szervek megbetegedése anyagcsere-bántalmakhoz vezethet, ami már önmagában nagyon komoly baj (lásd a 4. 5. pontot). Második megjegyzés: bármelyik szerv megbetegedése rendszerint vértódulást idéz elő ehhez a szervhez és a közel fekvő izomszövetekhez. Ezután pangási tünetek jelentkeznek, és kialakulhat kisfokú vizenyősség (vagy nagy, ha a vesékről van szó). Ha a betegség nem hosszú lefolyású, akkor a sérülést szenvedett szerv környékén gyorsan felszívódnak a vizenyők, és a TMSZ-ben általuk létrehozandó tartós nem-anatómiai terhelések nem vezetnek önszerveződéshez a TMSZ-ben. A még visszafordítható adaptációs állapotban lévő rendszer pedig visszatér kiindulási állapotába. Ha viszont a szervezet megbetegedése áttér periodikusan felerősödő krónikus formára, akkor az összes mellette található izomban

fokozatosan besűrűsödnek / „megalvadnak” a vizenyők. Ha pedig a betegség még erősebbé válik, akkor az új vizenyők rétegenként rátelepülnek a régi, elkocsonyásodott vizenyőkre. Az SZD-mechanizmusba tartozó lerakódási struktúrák és hiperstruktúrák kialakulásának – ezen a helyen zajló képződésének – tehát ilyen a forgatókönyve. Ez főként a vesékre vonatkozik: ha a csecsemő veséi fájnak, akkor számára ez SZD-iniciáló tényezővé válhat.

A TMSZ diagnosztizálásával foglalkozva észrevettük, hogy a szervek fölött elhelyezkedő szövetek érzékelésével következtetést vonhatunk le ezek állapotáról. Ha csupán puha vizenyőt érezni, akkor a betegség nem régen kezdődött, ha viszont a szervek fölötti szövetszakaszok páncélra emlékeztetnek, akkor a betegség már évtizedek óta húzódik.

Azt is észrevettük még, hogy a hasüreg némelyik szervének állapotáról megbízhatóan lehet véleményt formálni a hátizmok organikus elfajulásának tükrében. Ha a medencétől nyakig terjedő szakaszon sajátos szövetkeményedés észlelhető és lényegében a jobb oldalon, akkor az ember mája és epehólyagja beteg. Ha ugyanilyen kép a bal oldalon észlelhető, akkor a hasnyálmirigy és/vagy a belek betegek. A gyomorbetegségek diagnosztizálása közvetlenül a gyomor mögötti izmok állapota alapján történik. Ha az üledékes hiperstruktúrák zóna rövidebb (csak a derék táján), de rendkívül kemény, akkor a megfelelő oldalon lévő vese beteg. Ha mind a két vesénél lézió áll fenn, akkor az izmok szimmetrikusan korcsosulnak el. Ha vizenyő található a csípőízület (az articulatio coxae) környékén, ami áthúzódik a hasra (ez azonban nem kizáró feltétel), akkor ebben az ízület saját maga vétkes. Legvalószínűbb azonban az, hogy homok vagy kő van az ezen az oldalon lévő vesében. Ha a hasizmok a köldök alatt – mind a két oldalon – atrofizálódtak, gyengék és egyáltalán nem tanúsítanak ellenállást a benyomuló kézzel szemben, akkor az illető bélrendszere kimerült, nagyon lanyhán működik, és ez krónikus megbetegedést jelent. Sőt, ha az ember feje, egyszerűen csak úgy magától, gyakran fáj, akkor még ennek az okát is meg lehet állapítani a nyakizom és a felkaröv keménységének mértéke alapján; a betegség fájdalmas periódusában pedig a koponyát borító bőr vizenyője szerint pontosan meg lehet jelölni a fájdalomzónát.

4.12. Gyulladásos folyamatok magában a TMSZ-ben és az egész szervezetben

A csecsemőknél ez iniciáló tényező is lehet, a felnőtteknél azonban mindig erősítő tényező. Egészeiben véve az IET hatása az előző pontbelihez hasonló, azonban előfordulnak kivételek is, a TMSZ szöveteiben fellépő specifikus gyulladások, amik organikus elváltozásokat hagynak maguk után a szövetekben, ami aztán direkt erősíti az SZD-t. A krónikus gyulladások (mindegy, hogy hol található, magában a gyulladás által érintett TMSZ-elemben vagy ennek közelében) az állandó vizenyők miatt:

- mindig széles körre kiterjedő üledékes hiperstruktúrákat hoznak létre a gyulladás helyén, amik tovább erősítik az SZD-t;
- pótlólagos nem-anatómiai terheléseket hoznak be;
- megváltoztatják a TMSZ-ben a mechanikai erők szerkezetileg előirányzott továbbítási irányát;
- mindezzel pedig elmélyítik az SZD-t.

4.13. A TMSZ és a szervezet fertőző megbetegedései

Minden fertőző megbetegedés mélyen érinti az ember egész szervezetét: a vérben mérgek (toxinek) jelennek meg; eközben növekszik a terhelés a szívre, a májra, a vesékre; a szervezetben víz halmozódik fel; az ember minden szövete bizonyos mértékig megdagad / vizenyőssé válik. Ha komoly fertőzésről van szó és a betegség sokáig tart, akkor a vizenyők tartós belső nem-anatómiai terheléseket hoznak létre, amik módosítják a TMSZ-ben a terhelések egyensúlyát. Gyakran fordulnak hozzánk influenzán átesett emberek a gerincükre panaszkodva: „Nálam szövődmény jött létre az influenza után. Begyulladtak az idegek”. Ez a „szövődmény” nem más, mint az SZD – hatalmas vizenyőkkel előidézett – új menete (újabb „felvonása”).

4.14. Mérgezés (intoxikáció)

Ez az IET lényegében erősítő jellegű. Az erősítés mechanizmusa hasonlít a 4. 13. pontnál közöltre. A mérgezés okai lehetnek fertőző megbetegedések, amikről már szó volt; lehetnek azonban súlyos mérgezések és a nem megemésztett étel. Az utóbbi állapot általában nagyon elmosódott; a mérgezés semmilyen nyilvános jelét, semmilyen tünetét nem idézi elő. Ugyanakkor a szervezet nagyon sok szövetében mérgezést és vizenyőket hoz létre. Az ilyenfajta mérgezés ismertetőjelei:

- a váratlan, ok nélküli ingerültség;
- az egyszerűen, minden ok nélküli szomorú közérzet, a nyomott / búskomor kedély;
- a kedvtelenség, kimerültség;
- a nap legkevésbé arra alkalmas idején feküdni, aludni vágyás;
- a fejfájás (minél erősebb a mérgezés, annál erősebb a fájdalom, ami élessé, pulzáló jellegűvé válhat).

Az ilyen fejfájást hívja az orvosi irodalom migrénnek, aminek etiológiája (kóroktana / eredetvizsgálata) és patogenezise (kórfejlődése) a mai napig nem világos, jóllehet – úgy tűnik – a migrén ugyanolyan idős, mint maga az emberiség. Gazdag tapasztalatunk olyan vélemény felé terel minket, hogy a migrén – lényegében véve – az emésztetlen étel, másrészt pedig mérgező metabolitok (anyagcseretermékek) vérbe jutásának a következménye.

A mérgezésnek van még egy ismertető jele: az egy alkalommal – és a 24 óra alatt összesen – ürített vizeletmennyiség hirtelen csökkenése. Ez azt jelenti, hogy a képződött mérgek megzavarták a vesék működését. Ez az oka annak, hogy az egész testben – egyebek között a nyakizmokban is – vizenyő jelentkezik, ami nyomja az agy szolgálatában álló artériákat és a vénákat. Mivel az artériás nyomás jóval nagyobb a vénás nyomásnál, a vér eljut a fejbe, azonban vénás elfolyása az agyból erősen gátolva van. Ez aztán az agyi vérkeringésben lényeges bántalmakat okoz: erős pulzálással párosult fájdalmat, az agy „túlgerjedését” idézi elő (a migrénekre jellemző, hogy alanya nem képes elviselni a hangos zajt, a fényt; émelyeg, hányás lép fel nála). A migrénre jellemző a sok órás (24 órás vagy még tovább tartó) elhúzódó fájdalom, amit nagyon nehezen lehet csökkenteni bármiféle – akár nagyon erős, narkotikumok közé tartozó – fájdalomcsillapító készítménnyel.

Ez az állapot teljes „zavarodottságba” viszi az orvosokat, akik „mossák kezeiket”, megadják magukat a migrén előtt, jöllehet, könnyen megmagyarázható a fizika törvényeinek a segítségével. A nyaki vizenyő, ami fizikailag nyomja el az ereket, nagyon lassan szívódik fel; viszont azok a gyógyszerek, amelyek segítségével törekednek megszüntetni a migrént, nincsenek a vizenyőre semmilyen hatással. Az SZD súlyossága az, ami nagy hatással van a migrén erejére. Ha az ember egész testében az izmok annyira elfajultak már, hogy pán céll állapotba jutottak, és ennek igájába a nyak is be lett fogva, akkor a vizenyő fellépte mindannak az összenyomásához vezet, ami a pán célon belül van. A vizenyő ugyanis saját nyomásával képtelen kibővíteni a pán célt. A nyaknál ez a szorító nyomás a benne található erek mechanikai összenyomásához vezet, és ez az, ami kiváltja a migrén főntebb leírt összes tünetét. Amíg nem szívódik fel a vizenyő, azaz nem csökken a nyomás a pán célon belül, addig nem tud segíteni semmilyen szer.

Ha nem fordít figyelmet az ember olyan „csekélyiségekre”, mint tulajdon közérzetének a függése az elfogyasztott tápláléktól, akkor a nem megfelelő emésztés miatt fellépő mérgezés krónikussá válik, ami nagyon erősen súlyosbítja az SZD-t: az izmok még erősebben összenőnek egymással a pán célon belül, a migrénrohamok pedig egyre gyakoribbakká válnak.

Sok ember azt mondja, hogy az életkor előrehaladtával a migrénrohamok egyre ritkábbá és kevésbé erőssé válnak. Nem szabad azonban megfeledkezni arról, hogy az idősebbek kevesebbet esznek, és emellett az életkor előrehaladtával jelentkező gyomor-bélrendszeri megbetegedések arra kényszerítik őket, hogy igényesen viszonyuljanak táplálékhoz.

Ebben a fejezetben azért írjuk le aprólékos gondossággal az SZD és az IET megnyilvánulásának minden kis részletét, hogy a beteg emberek megértsék: vannak olyan szakemberek, akik el akarnak és el tudnak igazodni a problémáikban. Előbukkan most emlékezetünk ből gyakorlatunk egyik esete. Harkov város egyik nagyon híres fül-orr-gégész specialistája (aki a legfelsőbb orvosi körökbe tartozó személy) TMSZ-ének rehabilitáláskor, az SZRT-kezelés alatt arról panaszkodott, hogy gyakran szenved fejfájástól. Érdeklődésünkre, hogy hogyan táplálkozik és melyik étel elfogyasztása után fáj erősebben a feje, talpra ugrott, tágra nyitotta szemeit a csodálkozástól és örömmel kiáltott fel: „Először hallok ilyen kérdést! Sok neurológus professzorhoz fordultam már és elmagaráztam nekik, hogy észrevettem: fejfájásom meghatározott ételek fogyasztásához kapcsolódik. Válaszuk erre az volt, hogy ez lehetetlen, és még nevettek is rajtam, ami nagyon bántó volt. Önök viszont itt most erről komolyan beszélnek!”

4.15. Daganatok a TMSZ szöveteiben

Bármilyen daganatokról legyen is szó, ezek tartós nem-anatómiai terheléseket visznek a támasztó-mozgató szervrendszerbe, és ezzel közvetlenül erősítik az SZD-t (lásd a 2. ábrát).

4.16. A TMSZ szöveteinek bármilyen más megbetegedései

Ez esetben azokról a specifikus megbetegedésekről van szó, amik a TMSZ meghatározott elemeit és szöveteit támadják meg. Hatásukra a három különböző típusú nem-szisztémás eltérés közül legalább az egyik mindig fellép (*lásd a 2. ábrán az 1–3. tömböt*), ami a pozitív visszacsatolás láncán át az SZD beindulásához vagy erősítéséhez vezet.

4.17. Külső (exogén eredetű) és belső (endogén eredetű), sérülést okozó ágensek

Ezek a tényezők a szövetösszetétel és a szöveti tulajdonságok patológiás elváltozásait idézhetik elő a TMSZ elemeinél is és az egész szervezetben is. Ilyen ágensek lehetnek a kémiai anyagok, de a sejtet károsító fizikai behatások is.

Az endogén eredetű károsító ágensek magában a szervezetben képződnek. Lehetnek ezek szabálytalan anyagcseréből, kóros anyagcsereutakból származó termékek, szabad oxigéngyökök, amik a sejtek normális anyagcseréjéhez tartozó oxidációs reakciók eredményeként képződtek [13]; lehetnek immunológiai reakciók termékei stb.

Az exogén eredetű károsító ágenseket a környező közegből a szervezetbe került anyagok képviselik: ipari termelésből származó hulladékok, gépkocsik kipufogógáza, gyomirtó szerek (herbicidek), por, azbeszt, üvegszál, füst, radioaktív részecskék, villamos áram, narkotikumok, alkohol, gyógyszerek, káros sugárzások (többek között az elektromágneses sugárzások).

Bonyolult dolog közvetlenül nyomon követni a szisztémás destrukció – ezen IET hatására keletkező – erősödését. Ugyanakkor megfigyelhető, hogy az SZD súlyos stádiuma leggyakrabban éppen azoknál az embereknél fordul elő, akik ökológiailag kedvezőtlen zónákban élnek.

4.18. Az öregedés természetes folyamata

Ez az IET elméletileg iniciáló jellegű lehetne, ha lehetne találni a Földön olyan embert, akinek sikerült élete során elkerülnie a többi IET hatását. Tehát ez a tényező mindig erősítő jellegű, mivel a szervezet azon önszabályozó mechanizmusait rontja, amelyek segítségével megpróbál saját maga ellenállni az SZD-nek; azaz ez az IET elnyomja az ön-helyreállítási képességet (ami azt jelenti, hogy elősegíti az SZD erősödését).

Ennek az alfejezetnek a megírásánál mi kimondottan a standard orvosi megközelítési módot alkalmaztuk: elemeztük azokat a tényeket, amelyek beindítják és erősítik a TMSZ szisztémás destrukcióját. Akárcsak az ortopédusok, mi is kerestük a patológiai okokat és találtunk is mindig újabbakat és újabbakat. Végül megértettük, hogy a folyamatot vég nélkül lehet folytatni. Mi csak a fő tényezőket boncolgattuk, de már érthető lett számunkra, hogy a szisztémás destrukciót nem lehet elkerülni. Megértettük azt is, hogy az ilyen tényezők legalább kis részének figyelembevétele szintén lehetetlen, mivel ezek a tényezők minden embernél különböző kombinációkban és különböző sorrendben hatnak, és az ilyen kombinációk száma milliókra rúg. Ezért értelmetlen dolog megkísérelni egy kimerítő listát összeállítani az IET-ről. Amikor egyenként vizsgáljuk az IET-t, akkor

világos elképzelésünk van arról, hogy a szóban forgó IET konkrétan milyen nem-szisztémás patológiás állapotot tud előidézni a TMSZ-ben. Amikor aztán elkezdjük diagnosztizálni az adott egyént, a konkrét embert, akkor már csak arról beszélhetünk, amit a valóságban éreznek kezeink az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák határaitól, az általuk rabul ejtett szövetek és elemek organikus elfajulásának mértékéről és a TMSZ-elemek eltolódási fokáról. Azt azonban sohasem tudhatjuk meg – és maga az érintett személy sem tudja –, hogy milyen úton jutott az ember ebbe az állapotba. Ez azért van így, mert az SZD egy végeredmény. Nagyon sok külső tényező (IET) és nagyon sok belső tényező (belső szisztémás eltérés) hatásának végső eredménye; ezek a tényezők együtt váltanak ki új szisztémás eltéréseket stb., és ez így folytatódik a végtelenségig.

Az SZD-t egy nagy, bővizű folyóhoz lehet hasonlítani, amelynek ezernyi vízpótló forrása van. E források típusát mi megnevezhetjük pontosan: mellékágak, föld alatti források, eső stb., azt azonban sohasem tudjuk pontosan megmondani, hogy melyik forrásból mikor mennyi víz jutott a közös mederbe.

Az SZD változékony és soha nem áll egy helyben. Ha csupán egy nap eltéréssel diagnosztizáljuk ugyanazt az embert (nem is beszélve arról, ha a két diagnosztizálás között hetek vagy hónapok telnek el), akkor a destrukció rajzolatáról – még ha kis mértékben is, de – már más képet kapunk. Most – akaratlanul – Hérakleitosz mondása jut eszünkbe: „Egyetlen ember sem léphet kétszer ugyanabba a folyóba”. A szisztémás destrukció egy szakadatlanul fejlődő folyamat, ami erősítő tényezőinek minden fajtáját magában foglalja. Hatásainak mi csupán végső eredményét figyelhetjük meg és azt is csak a diagnosztizálás pillanatára szóló érvényességgel.

Akkor hát miért tanulmányozzuk mi ennyire részletesen az IET-t?

Logikus válasznak tekinthető, ha azt mondjuk: azért, hogy elkerüljük őket. Azonban az IET általunk összeállított jegyzékét átnézvén megértettük, hogy a fontosabbnak számítók közül egyik tényezőt sem lehet elkerülni. Mi csak annyit tehetünk, hogy megkíséröljük csökkenteni hatásukat. Ez a próbálkozás elsősorban a mozgásrezsimre (a mozgás nemének és jellegének – fajtájának és végrehajtási módjának – választására) vonatkozik, amit az ember képes irányítani valamilyen mértékben. Ha azonban jól belegondolunk a dolgokba, akkor rájövünk, hogy – lényegében – még ezt a bizonyos mértékű irányítást sem gyakorolhatjuk, hiszen dolgoznunk kell, gondoskodnunk kell a nálunk gyengébb emberekről, váratlan körülmények fogságába kerülhetünk, és saját egészségünk őrzése mellett vannak még nekünk más, halaszthatatlan, sürgős céljaink is. Így aztán a dolgok úgy adódnak, hogy lehetetlen, hogy ne legyen a szervezetünkben szisztémás destrukció, és valójában nem mi irányítjuk az SZD-t, hanem ő irányít minket.

Ilyen – nem megnyugtató – következtetés levonása után elgondolkodtunk azon, hogy lényegében szervezetünk rengeteg más betegségét sem tudjuk megelőzni vagy véglegesen megszüntetni. Az orvostudomány pedig bármennyire is élenjáró, betegségek mindig vannak és lesznek. Mindezek mellett azonban bár betegeskedünk, de meggyógyulunk, majd ismét megbetegszünk, és ismét meggyógyulunk. Az orvosok mellett ki az, aki harcol még betegségeinkkel? És kinek / minek köszönhető, hogy még élünk? A válasz egyszerű: a szervezetünknek. Ennek a nagyfokú szervezethez való rendeltetés, bonyolult biológiai rendszernek és az irányítórendszerének. Ezért állítottuk magunk elé azt a célt, hogy:

- tanulmányozzuk, miként létesít a szervezet ellenállást a TMSZ-t romboló SZD-nek;
- megtanuljuk, hogyan tudjuk hatékonyan segíteni a szervezetet ebben az ellenállásban.

Célunkat elértük. Megértettük, hogy a szisztémás destrukciós folyamatnak ellenszegül a szervezet önhelyreállító képessége, amit a szervezet IR-e indít be és irányít.

A mi feladatunk tehát ebben az – SZD ellen folyó – harcban a szervezet támogatása kell hogy legyen. Segítsük abban, hogy olyan feltételeket teremtsünk, amiknél a szervezet önhelyreállítása (regenerálódása) a lehető leggyorsabban és leghatékonyabban fog megtörténni. Ehhez szembe kell állítanunk az SZD-vel egy új, vele szemben ható folyamatot (ami az SZD-nek mintegy visszatükröződése): ugyanazon TMSZ-nek saját szisztémás rekonstrukciós folyamatát, ami képes alkalmazkodni az SZD-hez és képes azt semlegesíteni és visszafordítani. Vagyis magunkra kell vállalni egy magasabb szintű irányítórendszer szerepét; el kell indítanunk, meg kell terveznünk és irányítanunk kell a szisztémás rekonstrukciós folyamatot, és ehhez – céljaink elérése érdekében – a szervezet önhelyreállító (regenerációs) képességét eszközként kell felhasználni.

Mindez gyakorlati megtestesítésre talált az általunk kidolgozott új – a TMSZ fizikai rehabilitálására irányuló – technológiában, a szisztémás rekonstrukciós terápiában.

5. FEJEZET

SZISZTÉMÁS REKONSTRUKCIÓS TERÁPIA (SZRT)

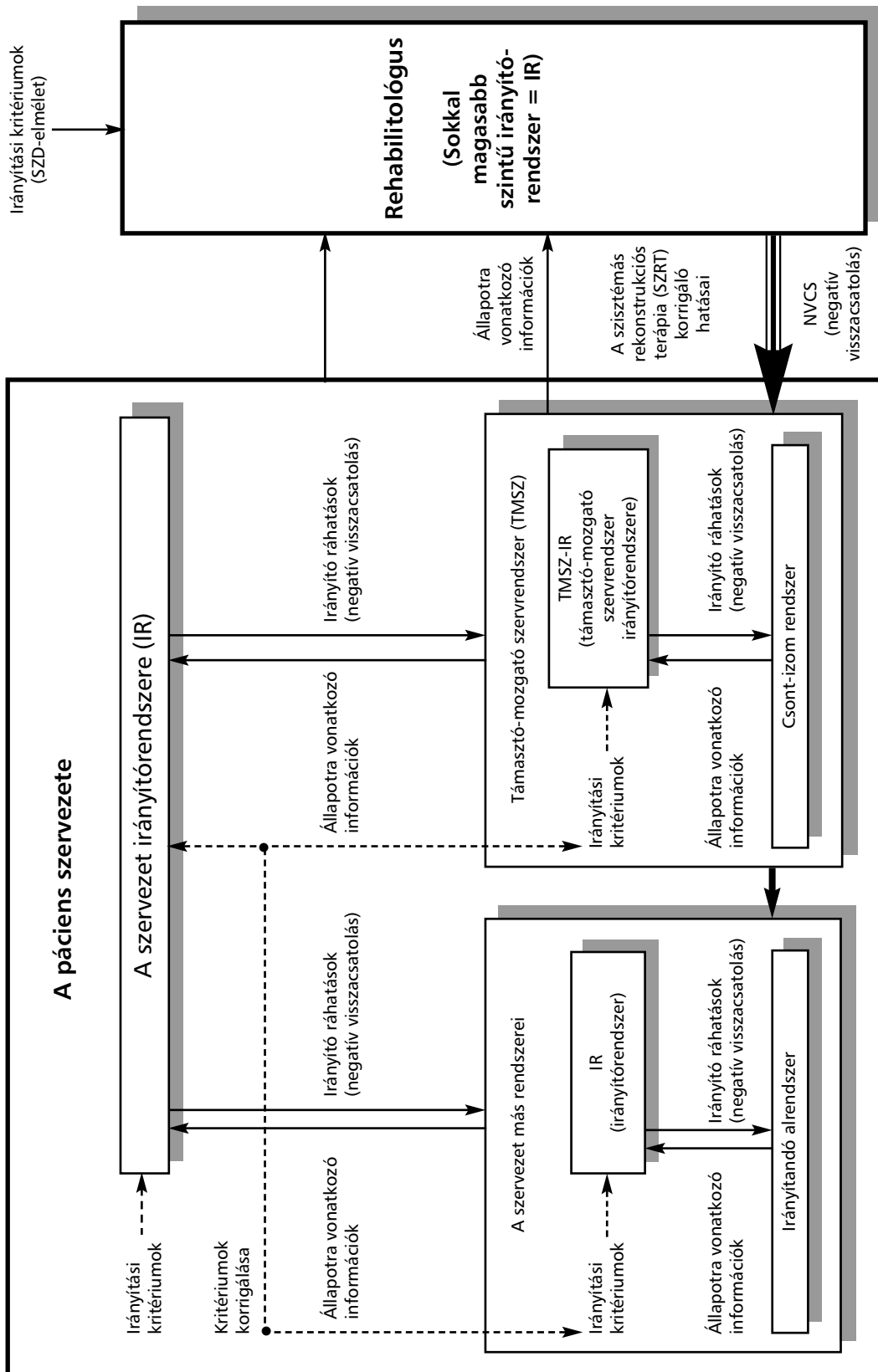
5.1. A szervezet alrendszerének együttműködése

Az emberi szervezet bonyolult biológiai önszerveződő rendszer, ami alrendszerek sokaságából áll (lásd a 4. ábrát). A szervezetet saját irányítórendszere vezérli (a szervezeti IR, az agy), amit, bármilyen körülmények állnak fenn, egy fő kritérium vezérel: a szervezet életben maradása. Ez a kritérium mérhető formában nyer kifejezést: a szervezet bármilyen tevékenységére irányuló energiafelhasználás minimalizálásában.

Az alrendszerek mindegyike szintén rendelkezik saját irányítórendszerrel (ezt az idegrendszer megfelelő részei testesítik meg, amik a szervezet ezen alrendszereiért felelősek). Ezeket az alrendszereket saját irányítási kritériumaik vezérlik, amik minden egyes alrendszerre vonatkozóan specifikusak. A TMSZ esetében ilyen kritériumnak számít a térbeli stabilitás fenntartása. Ugyanakkor fontos tudni, hogy a szervezet alrendszereinek irányítási kritériumai ellentmondóak: többségük egymásnak is és a szervezet fő kritériumának is ellentmondó kritérium. Vagyis egyikük javulása a többiek romlása árán következik be. Ez egyebek között azt jelenti, hogy a TMSZ stabilitásának fokozása az izomzat működtetésére felhasznált energiamennyiség növelésével érhető el.

Ilyen szituációnál azonban létezik a szervezet alrendszerei mindegyik kritériumára vonatkozóan egy bizonyos – minimálisan megengedhető, korlátként megadott – szint, aminek követelményét ki kell elégíteni [141–143]. Ily módon az egész szervezet optimális tevékenysége az összes alrendszer minimális energiafelhasználásra vonatkozó korlátozásainak a kielégítéséből áll. Mindegyik alrendszer irányítási minőségét lehet javítani, azaz a hozzá tartozó kritériumértéket lehet fokozni; ez azonban csak az energiafelhasználás növelésével és más kritériumok romlásával (a többiek rovására) érhető el. Az irányítási kritérium szerinti legkevesebb megengedhető energiafelhasználás és a korlátozásai szerint megvalósítható legnagyobb energiafelhasználás közötti különbség jelenti az adott alrendszer biztonsági tartalékát. Ha a szervezetet olyan kóros behatások érik, amik a megadott korlátozások alá viszik az ilyen kritériumokat, akkor éppen a biztonsági tartaléknak köszönhetően következik be a programban megadott kritériumszintek helyreállítása.

A TMSZ részére a stabilitási tényező egyben biztonsági tartalékot jelent, mivel (nem-anatómiai terhelések fennállása esetén) ez az, ami képessé teszi a TMSZ-t az egyensúly fenntartására. A kritérium megadott szintjének helyreállítási folyamatát mi **önhelyreállításnak** nevezzük. Ez a folyamat az alrendszer adaptációs és önszerveződési mechanizmusainak segítségével zajlik. Ugyanis a TMSZ éppen ennek az önhelyreállításnak a segítségével tudja megőrizni saját stabilitását majdhogynem bármelyik kóros megbetegedésnél. Ugyanakkor magának a TMSZ alrendszernek az irányítási kritériumai is egymással ellentmondásban lévő kritériumok. Ezért a stabilitási kritérium adott szintjének a megőrzése a mozgékonyági kritérium biztonsági tényezőjének csökkentésével történik. (A szisztémás destrukciós folyamatban elfajulnak a mozgékonyágért felelős – nem teherviselő – aktív elemek / az izmok, és átalakulnak merev teherviselő elemekké.)



4. ábra: A szervezethez tartozó különböző irányítási szintek kölcsönhatásának vázlata

Miként fentebb már említettük: a kritériumok, egyebek között a TMSZ-re vonatkozó kritériumok valamelyikének jobbítása, azaz egy patológiás behatás (egy nem-szisztémás vagy szisztémás eltérés bekövetkezte) után a stabilitás elérése a szervezet más alrendszereinél – a hozzájuk tartozó kritériumok szerint – feltétlenül rosszabbodást eredményez, aminek hatására ezek az alrendszerek válaszként bekapcsolják saját ön-helyreállítási mechanizmusait. Esetünkben ez az idegrendszer, a vérkeringési rendszer és a nyirokrendszer vonatkozik. Ily módon a szervezet bármelyik alrendszerére gyakorolt patológiás behatás valamilyen mértékben csökkenti a szervezet összes alrendszerének biztonsági tényezőjét.

Miután könyvünk a szervezet alrendszerei közül csupán egyre, a támasztó-mozgató szervrendszerre (a TMSZ-re) összpontosít, mi nem vizsgáljuk más alrendszerek működésének részleteit és nem emeljük ki ezeket az egész szervezetből. Ehelyett ezeket együttvéve külső közegnek tekintjük, amivel kapcsolatban áll a TMSZ. Ezért az említett alrendszerek adaptációs és önszerveződési folyamatait, azaz a bennük zajló ön-helyreállítási folyamatot a szervezet ön-helyreállítási folyamatának nevezzük, és azzal számolunk, hogy ezt a folyamatot a szervezet irányítórendszere vezérli *(lásd a 2. ábrán a 14-es számú tömbtől a 7–10-es számú tömbökhöz menő nyílat)*.

Egészséges szervezet esetében a TMSZ elemeinél és szöveteinél a vérkeringés és az innerváció (az idegekkel való behálózás) sérülései, valamint mikrocirkulációjuk és metabolizmusuk zavarai, vagyis a megfelelő kritériumok csökkenése a megfelelő alrendszerek ön-helyreállítási mechanizmusainak aktivizálását váltja ki. Ha ezek nem használták még el a biztonsági tartalékukat, akkor a kritériumok visszatérnek a megengedett szintre. Ellenkező esetben azonban ezen alrendszerek működési minősége a norma alá süllyed. Az idegrendszer, a vérellátó és a nyirokrendszer a szervezet egészében szétágazódó, bonyolult alrendszer. Ezért egyikük esetében sem teljesen korrekt dolog az egész alrendszer biztonsági tartalékáról beszélni. A perifériás részekben (az egyes hajszálerek szintjén) ugyanis ez a biztonsági tartalék (tényező) jóval kisebb, mint az alrendszer középpontjában (azaz a nagy erek szintjén). Emiatt az ilyen alrendszerekben a szisztémás sérülések elkezdődhetnek a perifériákon viszonylag nem nagy kóros behatásoknál (a TMSZ önszerveződési folyamatában fellépő organikus elváltozásoknál). A szisztémás destrukciós folyamatot felölölő pozitív visszacsatolás mélysége annak alapján különböztethető meg, hogy ezen alrendszerek működését sikerült-e teljesen helyreállítani, és ha igen, akkor ennek mi volt az ára.

A fent említettek fényében érthető, hogy a szisztémás destrukció mélysége mennyire eltérő a különböző embereknél, akkor is, ha azonos az életkoruk és az életmódjuk. Vannak olyan idős emberek, akiknek a TMSZ-e majdnem teljesen egészséges, ám vannak olyan gyermekek (gyermekek sokasága), akiknél már 4–5 éves korban megtalálható az SZD fejlett stádiuma: az üledékes struktúrák és a hiperstruktúrák jelenléte. Gyakorlatunk – mindent összevetve – azt mutatja, hogy a lakosság nagy részénél már gyermekkorban elkezdődik az, hogy a szervezet ön-helyreállítási mechanizmusai nem képesek megbirkózni a szisztémás destrukcióval. A szóban forgó embereknél az SZD-folyamatot mélyreható pozitív visszacsatolás (PVCS) fogja körül, és ez a folyamat gyorsan növekszik. Visszatükröződik ez az orvosi statisztikában, ami a TMSZ-megbetegedések számának növekedését jelzi minden évben [3, 6].

5.2. A krónikus TMSZ-betegség (patológiás állapot és folyamat) korszerű gyógyítási módszereinek kritikai elemzése

Miután elmélyülten tanulmányoztuk az SZD-t, majd megtanultuk, hogyan kell különböző fejlődési fokozatait diagnosztizálni szemrevételezéssel és tapintással, áttérünk kutatásunk soron következő feladataira, nevezetesen:

- a TMSZ szisztémás destrukciójával szembeni cselekvés módszertanának létrehozására (az anatómiai státusza etalontól való eltéréseinek minimalizálását eredményező utaknak a keresésére);
- a TMSZ fizikai rehabilitációját szolgáló konkrét módszereknek és destruktív elváltozásai prevenciójának kidolgozására.

A – szó szerint szembeötlő – megoldás nem más, mint a szembeszállás az SZD-vel a szervezet ön-helyreállítási folyamatainak erősítése révén; vagyis az, amivel a szervezet IR-e saját maga állandóan foglalkozik is (*lásd a 2-es ábrán a 14-es tömböt*). Hogyan lehet segíteni a szervezet IR-ét? Fontos, hogy ez esetben megkülönböztessük az SZD azon fejlődési szakaszait, amelyekben mi magunk törekszünk segíteni a szervezet IR-jének. Beszéltünk már arról, hogy – elméletileg – minden embernél létezik valamilyen mértékben kifejlődött SZD, és ez az állítás helyes. Gyakorlatilag az SZD fejlődését a következő szakaszokra bontjuk fel:

- a kezdeti szakaszra (az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák képződése előtti szakaszra);
- a fejlett szakaszra (ekkor már léteznek a TMSZ egyes zónáiban üledékes struktúrák és hiperstruktúrák);
- az általános szétterjedést (generalizálódást) tanúsító szakaszra (amiben az egész testet átszövik az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák, amiknek határai közel kerülnek egymáshoz). Az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák ilyenkor még nem alkotnak közös konglomerátumot és még nincsenek közös páncélköpenybe zárva);
- a páncélszakaszra (ami az SZD rokkantságot okozó stádiuma).

A páncélállapotok szintén különbözőek (fejlődési fokuk eltérő), ennek azonban már nincs alapvető, elvi jelentősége.

Mindenki számára érthető, hogy az ember annál egészségesebb, minél jobb a vérkeringése és idegrendszerének a vezetőképessége. Az egészséggerősítés annyit jelent, hogy betegségmegelőzést (prevenciót) folytatunk, aminek módszerei közismertek: helyes táplálkozás, napsütés, levegő és víz, mérsékelt fizikai tevékenység. Mindez helyénvaló az SZD kezdeti stádiumában, mivel az általános egészség-helyreállítási módszerek gyengítik a PVCS-t.

Úgy gondoljuk, hogy ilyen szavak után olvasóink fejében automatikusan megjelennek más – látszatra ártalmatlan – szavak: olyanok, mint a masszázs, reflexterápia, gyógyító testedzés (GYT), az oly kellemes víz alatti masszázs, valamint a Charcot-masszázs + zuhanyozás. Itt azonban mi azt mondjuk: Állj! Az izomszövet szerves elfajulásai (márpedig ezek mindenkinél előfordulnak) nem bocsátják meg a velük való helytelen, közvetlen érintkezésen alapuló bánásmódot, ami az itt felsorolt gyógyító intézkedések többsége mögött rejtőzik. Masszázs esetében csak a klasszikusat szabad alkalmazni, mélyre ható gyúrást semmi esetre sem!

A mai orvostudomány minden gyengesége abból fakad, hogy nem tudja: a mai, modern embernél megfigyelhető az izomszövet totális elfajulása, és ez az, ami az SZD fő

aktivizáló tényezője. A modern kor orvosai nem ismerik a bonyolult biológiai önszerveződő rendszerek működési alapelveit, ezért tehetetlenül állnak ezek szisztémás patológiája előtt. Az izomszövet szisztémás, organikus elfajulása, vagyis a test stabilizálásának fenntartása céljából – a TMSZ-IR jeleire – az izomzatban fellépő hipertónus- és hipotónus-fixáció képezi azt a víz alatti követ, amin széttört és széttörik az ortopédiai patológia és a csigolya-ideggyógyászati kórtan minden gyógyító eljárása. Az orvostudománynak a mai napig nincs fogalma a szisztémás destrukciós folyamatról, ennek egész TMSZ-t érintő, megállás nélküli szétterjedéséről, általánossá válásáról. Márpedig, ha így van, akkor nincsenek módszerei, amikkel szembeszállhatna vele. Miután az orvostudomány nem érti ennek a patológiás folyamatnak a szisztémás lényegét: az általa alkalmazott összes módszer valójában nem gyógyító eljárás. Sőt, az összes ilyen módszernek az a helyi hatása, hogy saját maguk válnak a mindent átölelő szisztémás patológiás folyamat elindító és erősítő tényezőivé (IET-vé).

Az egészséges izmokat lehet gyúrni óvatosan, mérsékelten adagolva a GYT-t. Azonban a beteg, organikusan elfajult izmoktól biztonságos távolságra el kell távolítani:

- az „erős” masszőröket,
- a tűszúrással (akupunktúrával) gyógyító specialistákat,
- a gyógytorna (a GYT) oktatóit,
- mindazokat, akik kedvelik botulinus toxinjukkal és érzéstelenítő szereikkel hatástalanítani (dezaktivizálni) a myofascialis triggerpontokat [29, 54, 56, 59, 60],
- azokat a sebészeket, akik izomszövetek mélyvágására való speciális szikével operálnak [45],
- és a manuálterapeuták nagy létszámú seregét, akik jogot formálnak arra, hogy kézzel gyakorolt ál orvosai tudományukat „az anatómia, a fiziológia, az ortopédia, az ideggyógyászat és a biomechanika területére vonatkozó tudományos ismeretek szintézisének” nevezzék [10].

Még az egészséges izmok is megsérülnek az erős kezű gyúrók izomszakító erőfeszítései alatt, valamint a víz alatti masszázs ütőhatása és a zuhanyrózsából kivágódó nagy erejű vízszugár verő hatása következtében. Ezek a traumát okozó hatások az izmokban organikus elváltozásokat hoznak létre, amik fokozzák a TMSZ szisztémás destrukcióját. Az itt említett eljárások következtében a már elfajult izomrétegek a destruktív elváltozásokból „pótagot” kapnak. A GYT ilyen izmokon kifejtett hatása szintén pótlehetőség arra, hogy ezek a pótagok gyorsan idézzenek elő pangási jelenségeket (hiszen az ilyen izmokban már eddig is erős vérkeringési zavar állt fenn). A foglalkozások során nagy buzgalommal végzett kezelésekkal pedig az állandó hipertónus fixációját lehet elérni, vagyis az IET egy újabb, soron következő adagját.

Az organikus izmelváltozás nem a normális izomszövet görcse (spazmusa), ahogyan a tudományos ismereteket „szintetizálók” gondolják. Ezért az organikus, destruktív elfajulást nem képes visszafordítani sem a masszázs, sem a tűszúrásos gyógy mód, sem a reflexterápia egyéb változata, sem a posztizometriás relaxációs gyógyító eljárás (utókezeléskor izmokra irányított, azonos mértékkel alkalmazott manuális „fogás”). Szerencsénk van az izmoknak, hogy a szisztémás destrukció kezdeti stádiumában a manuális terápia és az akupunktúra alkalmazását kívánó indikációk még nem léteznek, és egyelőre myofascialis triggerpontok sincsenek bennük. Ennek köszönhető, hogy nem alkalmaznak botulinus toxint, és nem alkalmaznak izomvágást szikével. Mindez azonban sorra kerül, amikor:

- az SZD fejlett szakaszában megjelennek az üledékes struktúrák és a hiperstruktúrák;

- az ilyen struktúrák szétterjednek az egész testben és a gerincet acélpántként fogják körül. Főleg olyankor következik be ez, amikor az SZD már általánosan szétterjedt. Hatására, a gerincnél működésleblokkolás lép fel, ami később visszafordítható. (A szerző így hívja a csigolyaízületekben és más ízületekben is jelentkező mozgáskorlátozottságot, amit funkcionális leblokkoltságnak tart [9].)

Valójában azonban azért keletkezik az ízületekben mozgáskorlátozottság, mert a hát mélyen fekvő izmaiban organikus elfajulás áll fenn (keletkezett), és degeneratív-disztrófiás elváltozások jelentek meg egyrészt azokban az inakban, amikkel ezek az izmok a csigolyákhoz kötődnek, másrészt a gerincet körülfogó szalagokban és a csigolyaközi porckorongokban is.

Még a betegek számára is érthető, hogy ilyen környezetben a gerinc sok szegmentumban elveszíti mozgékonyágát. Igaz, hogy a betegek – orvosi képzettség hiányában – a hátgerinc nehézkes mozgását meggondolatlanul sólerakódásnak nevezik, mintegy ösztönösen összekötve saját problémáikat a szerves elváltozásokkal. Mindez azonban mást jelent azoknak az orvosoknak a gondolkodásában, akiket még az orvostudományi egyetemen leszoktattak az önálló gondolkodásról és arról, hogy figyelmesek legyenek pácienseik érzéseire. Álláspontjaik egyszerűek és egyenesek, akárcsak a vasúti sínek: ha a csigolyaközi ízületekben nincs mozgás, akkor maguk az ízületek „vétkesek”. Érdekes (egyszerűen a magas logikájú gondolkodás gyöngyszeme) az a következtetés, ami a manuális gyógyító eljárást alkalmazó orvostudomány vezető egyéniségének és főpapjának (korifeusának és pátriárkájának) tartott K. Levitnél fordul elő: „Az a feladatumk, hogy a zavarokat megkeressük, és a gerincre jellemzőket megkülönböztessük a többitől. Ezek – elsősorban – a működést / a funkcióit érintik, és ezért visszafordíthatók” [9]. Nem kell híres orvosnak, elég csupán középiskolásnak lenni ahhoz, hogy megértsük: abból, hogy a gerincbántalmak működési zavarokra utaló jellegűek, semmiképpen sem következik az, hogy ezek visszafordíthatók. Minden éppen ellenkezőleg áll fenn. Ugyanis épp a TMSZ-ben minden működési zavar alapját, köztük a gerincműködés zavarának alapját is az organikus elváltozások képezik. Ugyanis a TMSZ-IR a megváltozott izomtónust gyorsan rögzíti organikus elfajulással, ami miatt a TMSZ összes többi eleme eltolódik, és az üledékes struktúrákban és hiperstruktúrákban disztrófiás elváltozások közé jut. „Ismerik” ezt – gyakorlatuk alapján – a baleseti sebészek, a traumatológusok is, akik igyekeznek lehetőleg minél hamarabb elkezdni a sérülések gyógyítását, emlékezvén arra, hogy a TMSZ visszafordíthatatlan szerves elfajulásai rohamos gyorsaságúak. Ugyanakkor a mozgásszervek gyógyítói, az ortopédus orvosok valamiért nem ismerik mindezt, jöllehet, mindnyájukat – a traumatológusokat is és az ortopédus orvosokat is – egyformán tanítják. Az ilyen funkcionális zavaroknál alkalmazott bármilyen manuálterápiás ráhatás a gerincstruktúrák durva traumáját jelenti.

Mi azonban eltértünk a témától (az orvostudományt a következő fejezetben fogjuk céltudatosan és szisztémásan kritizálni). Most viszont az a kérdés áll előttünk, hogy a szisztémás destrukciós folyamatban hogyan lehet csökkenteni a pozitív visszacsatolás (PVCS) működését. Valamilyen módszert szerettünk volna találni a normális idegvezetésnek és a vérkeringésnek (az edények átbocsátóképességének) a helyreállítására. Olyanokat, amik nem azonosak a szervezet IR-e által amúgy is – nélkülünk – foganatosított intézkedéseivel (a jelfőlerősítéssel, az erek tágításával), habár az ezekkel történő helyreállítást a szervezet (mindig csak korlátozottan rendelkezésre álló) tartalékainak a felhasználásával érheti el. Emlékezzünk arra, hogy a TMSZ elemeihez vezető utakon, az

impulzusok mozgáspályáin és az anyagszállítási útvonalakon mechanikai akadályok fekszenek. Ezeket egyrészt eredeti halmazállapotukban és formájukban található üledékek, lerakódások alkotják (ödéma-folyadékok, valamint a mikrocirkulációs mederből – az áramlási utakról – el nem távolított, el nem szállított anyagcseretermékek); másrészt üledékes struktúrák és hiperstruktúrák. Az utóbbiak pedig olyan összeragadt masszákat képeznek, amiket az említett üledékek hoztak létre:

- az egészséges, valamint a részben és az erősen elfajult izomrétegekből;
- egész izmokból, amiket saját izompólyaik vesznek körül;
- egész izomcsoportokból és ezek ináiból;
- valamint a közelükben fekvő csontos ízületi elemekből és szalagokból.

Mindezek az anyagmasszákon át (vékonyka, gyenge áramlással) vér és nyirok folydogál. Ezek az áramlási utak tehát még léteznek, de már nem képesek biztosítani az üledékes struktúrák összepréselt konglomerátumába került összes elem és szövet számára a teljes értékű táplálást és a feldolgozott anyagok maradéktalan elszállítását. Az összes ilyen súlyos zavar a periférián kezdődik. Kedves olvasóim! Ha van kiskorú gyermekük, akkor figyeljék meg, nem fázik-e állandóan gyermekük lábfeje és kézfeje (sőt, idősebb gyermekeiknél ezek fájhatnak is)! Ha ilyesmi észlelhető, akkor gyermekeiknél az SZD fejlett stádiuma áll már fenn.

Mit lehet tenni olyan emberrel, akinek kemény, kőtömör a teste, de ennek belsejében eltolódott helyéről az összes csont, hátgerincének minden fiziológiás hajlata sérült már és mindössze 10–12 éves? Általában véve – bármilyen életkorról legyen is szó –, ha bekövetkezett az SZD általánossá válása, akkor ebben a stádiumban az ember összes lágy szövete monolitikkémmé válik, csontjai helyükről eltolódnak, és gyengévé, disztrófiásan elváltozottá válnak. Az ilyen állapotban lévő ember testét azzal a vékony fával lehet összehasonlítani, aminek egész koronáját és törzsét az eljegesedett hó vastag, egy tömbbe összeállt rétege fedi, aminek súlya alatt ágai legörbülnek. Az ember csontja ehhez hasonlóan „fagy be” a megkeményedett, összepréselődött izomszövetekből álló páncélköpenybe.

Érthető, hogy az ilyen páncélköpenybe zárt csigolyaközi ízületek hogyan érzik magukat, amikor ebben a megkeményedett masszában erőszakos kézmozdulattal megpróbálják forgatni őket. A manuálterapeuták azonban azt állítják, hogy az ilyen manipulációikat kísérő jellegzetes ropogás műveleteik sikerét jelenti [9, 10, 14, 28, 95]. Léteznek emellett más „csonthelyreigazító” emberek is, az úgynevezett csontkovácsok [27]. Ők ököllel ütnek rá a „funkcionálisan visszafordítható, leblokkolt” helyekre. Vagy – ugyancsak az ízületek kiforgatásával – valamit „visszaigazítanak” valahová, a „helyére”. Ezek orvosi diplomával rendelkező emberek, akik azt hiszik magukról, hogy ők a „tudományos ismeretek szintézisét” valósítják meg, amikor a hátgerinc nyaki szakaszát olyan fogással ragadják meg, ami a dzsúdónál, a szambónál és más típusú birkózásoknál alkalmazott fogásra hasonlít, pontosan úgy, ahogyan két vízcsepp hasonlít egymásra. (Hasonlítsák össze a [10]-es számú forrásmű „48 v” számú fényképét a [128]-as számú forrásmű 142. oldalán látható fényképpel). Csontgyógyítók és kiropraktikát (kézrátételes gyógymódot) alkalmazók, csontkovácsok és manuálterapeuták (diplomások és diploma nélküliek) naponta száz és száz, ezer és ezer pácienszt nyomorítanak meg az „eltolódás megszüntetésével”, a „csigolyaközi porckorongsérv kisimításával”, az izmok görcsös szorításában lévő porckorongok „becsípődéseinek ledobásával” [15]. Ők mindnyájan azt hiszik, hogy a korongokat, a csigolyákat és az ízületeket – sok éven át – „izomgörcs-szorítással” leblokkolva lehet tartani, és ez alatt az idő alatt az izmok egész-

ségesek maradnak, vagy „megrövidülnek”, vagy csak egyszerűen „hajlamosak a rövidülésre” [9]. Ropogás felléptéig folytatott, erőszakos lökésekkel végrehajtott manipulációjuk eredményeként íme: a görcs el van távolítva, megszűnt. Könnyű és egyszerű ez az eljárás, „és a beteg máris egészséges”, miként állítja írásában az orvostudományok doktora, A. B. Szityel [10].

Mi azonban azt állítjuk, hogy ez a fantázia terméke, és az ilyen kezelés után senki sem távozik egészségesként! Az ilyen orvoslás iránt hiszékeny emberek pótlólag szerzett mikrotraumával távoznak. Bizonyos idő múlva az ily módon „gyógyított” emberek TMSZ-ében megháromszorozódik az organikus elváltozás, mivel a pótlólag szerzett mikrotraumák SZD-t iniciáló és erősítő tényezők. Három hónap után – fájdalmaik újbóli felerősödése miatt – ugyanezek az emberek ismét eljönnek ugyanezen rendelőbe, vagy elutaznak falura ugyanazon csontkovácsokhoz azért, hogy a ciklikusan ismétlődő utazgatásaik befejezése után végül megkaphassák kitüntetésüket, a gerincinstabilitást és a rokkantságot. Annyi áldozata van ennek (lehetetlen, hogy a manuálterapeuták ne ismernék ennek statisztikáját)! A manuálterápia virtuózai azonban továbbra sem értik, hogy a TMSZ izmainál, szalagjainál, porckorongjainál, csigolyáinál keletkezett organikus szövetelváltozásokat nem lehet visszafordítani semmilyen huzigálással, mozgósítással, lazítással, manipulációval, ütéssel, tűszúrással vagy izommetszéssel. Ezt nem érteni és izomgörcsökről beszélni^(*), méghozzá olyan izmokéről, amik régóta elfajultak és üledékes struktúrákká váltak; beszélni a görcsök gyors megszüntetéséről és a beteg teljes felgyógyulásáról: ez már az inkompetencia (az illetéktelenség / a hozzá nem értés) és a szakmai felelőtlenség csúcsa.

Éppen ezért – éppen a lényeg nem értése miatt – „a király mégis csak meztelen marad”, jóllehet, minden szónoki emelvényről és az összes orvosi könyvből állandóan árad a manuálterápiát dicsőítő himnusz. Eközben azonban a hátat, a nyakat, a derekat és a keresztcsontot gyöttrő fájdalom (a század ezen óriási titka) továbbra is büszkén lépdel a világban. Úgy tűnik, nem akarózik neki egy helyben ülni a „nyugtalan lábak szind-

^{*} Orvos urak! Végre értsék meg, hogy a hipertónusos állapotban rögződött izom nem lazulhat el, és nem is kell lazának lennie, hiszen a TMSZ-IR megparancsolta neki: legyen feszes, álljon szilárdan és tartsa a TMSZ-t stabil állapotban. Az így rögződött izom zavarja önöket abban, hogy az ízület „visszafordítható leblokkoltságát” megszüntessék. Azonban nem csak ez az egy, hanem még sok más izom található a testben hasonlóan rögzített állapotban. Hiszen az egész szervezet szisztémásan destruált! Az izmok ugyanis szervesen elfajultak a TMSZ önszerveződési folyamatában azért, hogy ne kelljen fogyasztaniuk a szervezet energiáját az állandó összehúzódásra. Most viszont merevségükkel „támaszt” biztosítanak az „önök” ízületének, ami eltolódott anatómiailag szabályos helyéről; és támaszt jelentenek a csontváz összes csontelemének is, amik szintén eltolódtak a helyükről. Uraim! Értsék meg, hogy önök előtt most nem egy „etalon ember” áll, hanem egy sérült anatómiai státuszú ember, akinek teste teljesen átrendeződött és organikus elváltozott. Önök viszont úgy lépnek fel, mintha csak az „önök” leblokkolt ízületéről szólna az egész dolog. Igen, az „önök” ízületét körülvevő izmok is fixált állapotban vannak; pont az ilyen hely számára szükséges rögzítettségi állapotban. Érhető, hogy önök az ilyen izmokat addig fogják rángatni, addig fogják húzgálni, amíg (mikrotraumák és rándulások, izomhúzódások árán) nem érik el saját célkitűzésüket. Nos, hát csak rajta! „Szüntessék csak meg az ízület leblokkoltságát” ... ám ezzel önök megzavarják a TMSZ stabilitását, és az önök által ily módon végrehajtott „fék kioldásra” a TMSZ azonnal reagálni fog az egész rendszert érintő adaptációs és önszerveződési folyamatokkal. Ennek pedig az lesz a következménye, hogy más helyeken az izmok destrukciói is és az elemek eltolódásai is még erősebbekké válnak, és feltűnnek majd valahol olyan ízületek is, amik még erősebben lesznek lefékezve. Jó, ha mindez nem a hátgerincen történik, mert az ilyen fék kioldással még csigolyasérvet is lehet „szerezni”. Uraim! Az, amit önök a leblokkoltság megszüntetésével próbálnak elérni, más módon érhető el: az egész TMSZ lépésenként történő, az etalon állapot elérését célzó visszatérítésével, a TMSZ valamennyi elemére szisztémásan, egyszerre gyakorolt ráhatással, hiszen a TMSZ pusztulása is ugyanígy történt. Csak fokozatosan, stabilitására ügyelve, az SZRT-fogások segítségével szabad levenni a TMSZ-ről a nem-anatómiai terheléseket. Elemekinek szerves elváltozásait fokozatosan kell visszafordítani. Összes eleménél helyre kell állítani az anatómiailag szabályos szövetállapotot és szöveti tulajdonságokat, az anatómiailag helyes alakot, és ezeket – a térbeli konstrukcióban – apránként vissza kell tenni a helyükre. Ez az a módszer, amivel bizonyos idő alatt viszonylag szabályossá lehet tenni az egész elferdült és elcsavarodott TMSZ-t. Ennek a helyreállító munkának következményeként aztán az önök összes ízületén maguktól kioldódnak a fékek, és fiziológiailag mindez úgy fog lezajlani, hogy önök észre sem fogják venni.

róma” miatt [129]. A „tudományos ismeretek szintézisének” titulált manuális terápia elméleti alapjai azonban továbbra is hiányoznak: nincsenek, nem is voltak és nem is lesznek, mivel semmilyen, az SZD keletkezésére vonatkozó elmélet sem létezhet a TMSZ irányításelméleti és általános rendszerelméleti szempontból történő vizsgálata nélkül. Elmélet nélkül pedig igazi gyógyítási módszerek sem léteznek, amit minden, csigolya eredetű bántalmakkal kínlódó beteg tud. Ezek a betegek pedig – mindnyájan, továbbra is – gyógyíthatatlan, krónikus betegségben szenvedő emberek maradnak, mivel a manuálterapeutánál tett szokásos látogatásuk után TMSZ-ükben a szisztémás destrukció csak tovább fokozódik.

Tehát a mai modern orvostudomány TMSZ gyógyítására vonatkozó összes lehetséges fogásának és módszerének a figyelembevételé után megértettük, hogy ez a tudomány nekünk semmit sem tud javasolni, mivel nem csak hogy nem képes gyógyítani, de nem is érti meg, nem is ismeri, mi az, amit gyógyít. Azonban ennél is rosszabb, hogy (az SZD kezdeti szakasza után, amikor még lehet javasolni a betegnek vérkeringést és beidegzeit javító, hagyományos, ismert eljárásokat, módszereket, általános egészségjavító intézkedéseket) a destrukció összes többi szakaszában az organikus elváltozások már olyan súlyosak, hogy az ember számára nem marad más cselekvési lehetőség, csak az, hogy várjon a természetes megoldásra: várjon az ettől az állapottól való megszabadulásra. Ehhez pedig, vagyis állandó fájdalmai valamilyen módon történő elfojtásához vegye igénybe azt, amit az őt sajnáló, feléje együttérzést tanúsító orvostudomány kínál számára: a fájdalomcsillapító gyógyszerek „lépcsőjét” (az analgetikumok valamelyik lépcsőfokát) [2].

Az Egészségügyi Világszervezet fájdalomcsillapítókra vonatkozó lépcsőzete:

Nem opioid fájdalomcsillapítók + (szükség esetén) kisegítő terápia.

Gyenge opioidokkal való kiegészítés.

Szükség esetén erős opioidok, kiegészítésként a nem opioidokhoz és a kisegítő terápiához.

Van-e még kérdés? Ki kételkedik még abban, hogy a modern orvostudomány a „tudományos ismeretek szintézise”?

Meg kell említenünk, hogy annak a kérdésnek az elemzési folyamatában értettük meg, hogy hibát követünk el, ami arra irányult, miként lehetne segíteni a szervezet IR-ét abban, hogy keresztülvigye, végrehajtsa (adaptációval, valamint az idegrendszer, a vérkeringési rendszer és a nyirokrendszer önszerveződésével) a TMSZ önhelyreállítását.

Ekkor értettük meg, hogy:

- nekünk nem szabad kiemelni és elkülöníteni a PVCS következményeit és minden mást kizárva csak a PVCS következményeivel foglalkozni;
- az ilyen döntés alapelveiben is zsákutcába vezetne minket.

Hiszen, ha engedtünk volna az ilyen csábításoknak, akkor szinte hivatalos ortopédusokká váltunk volna. Van egy orosz közmondás, ami szerint akivel barátkozol, szokást veszel át attól. Majdhogynem az SZD egy-egy alkotója egyenkénti elemzésének az útján indultunk el, és egy szisztémás probléma alkotórészei mindegyikénél majdhogynem az egy-egy alkotóra vonatkozó különálló megoldásokat kezdtük keresni. Később határozottan tudatosult bennünk, hogy a szisztémás destrukciós folyamat közös eredménye áll előtünk. És ebben az előttünk álló kötömbyszerűen kemény, elfajult, összekötözött, megviselt, ám mégis stabilitást, szívósságot tanúsító testben (vázcsontjainak elképzelhetetlen eltolódásai ellenére) nem szabad különválasztani a PVCS nyomán keletkezett szerves elfajulásokat azoktól a szerves elfajulásoktól, amelyek a TMSZ-IR parancsai nyomán valósultak meg.

5.3. Adaptív rekonstrukciós terápiás nyomás (ART nyomás)

Ekkor világosan megfogalmazódott bennünk, hogy a TMSZ javítására olyan szisztémás – átmenetet képező – folyamatot kell szerveznünk, aminél a súlyosan destruált állapotból a kevésbé súlyos állapotba úgy jut el a TMSZ, hogy közben sikerül megőriznie az egész rendszer stabilitását. Ezt a folyamatot úgy lehet megvalósítani, ha a TMSZ elemeiben keletkezett szerves elváltozásokat „visszaforгатjuk” és az elemek térbeli elmozdulásait megszüntetjük. Gyakorlati tapasztalatunk azt súgta, hogy a TMSZ szöveteivel való érintkezéshez nincs más eszközünk, csak a kezeink; továbbá, hogy új, nem a maszszaásra épülő fogásokat kell keresnünk a lágy szövetekkel történő munkavégzéshez; olyan módszereket, amik a TMSZ eltolódott elemeinek lépésenkénti visszahelyezését szolgálják. Ezeknek az új módszereknek a következő jellemzőkkel kell rendelkezniük:

- képesnek kell lenniük arra, hogy a TMSZ szöveteibe mélyen, simán és fájdalom nélkül hatoljunk be és a szöveteknél ne okozzunk traumát;
- képesnek kell lenniük arra, hogy segítségükkel a lágy szövetekben irányított (vektoriális), különböző intenzitású (azaz eltérő dinamikus hatású) nyomást lehessen létesítenünk, aminek ereje alkalmazkodik (adaptálódik) annak a szövetnek az állapotához, amelyikkel az adott időpillanatban kezünk éppen kapcsolatba került (együttműködik);
- az alkalmazott fogásoknak – szövetállapottól függően – szelektíven kell hatniuk. Azaz csakis a destruált szövetszakaszokra szabad hatniuk, az egészséges szakaszokat viszont el kell kerülniük.

Gyakorlatunkból megszületett a fent említett követelményeknek megfelelő gyógyító eljárás, amit adaptív rekonstrukciós terápiás nyomásnak (ART nyomásnak = ART-pres-singnek) nevezünk. Íme jellemzői az ábécé sorrendje szerint:

- adaptív (alkalmazkodó / illeszkedő) jellegű;
- dinamikus;
- fájdalommentes;
- mélyre hatoló;
- simán (folyamatosan) zajló;
- szelektív, különválasztó;
- vektoriális jellegű.

Az ART nyomás olyan nyomás, ami:

- a TMSZ szövetében a rehabilitológus a kezével hozza létre;
- erősíti a mikrocirkulációt;
- megszünteti a folyadékpanaszt;
- lehetővé teszi a lerakódások, az üledékek kivonását a szövetből;
- erősíti az artériás vér áramlását a TMSZ elemeihez;
- erősíti a szövetek folyadékvezetését (a drenálást) a vénás és a nyirokhálózat erein át.

Jellemzői sokféleségének köszönhetően az ART nyomás lehetőséget kínál arra, hogy a TMSZ szövetein és elemein el lehessen végezni az alábbi, különböző típusú diagnosztikai és korrigáló műveleteket:

1. Diagnosztizálás (pásztázás, sávonként végzett letapogatás – scanning – és azonosítás – identifikálás). Ennek segítségével különböztetjük meg az egyes elemek egészséges szövetét az organikusan elfajult szövetből és az izmok igazi tónusát az organikusan elfajult izomszövet tónusától. Ennek segítségével állapítjuk meg az izmok tónusos összehúzódásának nagyságát és a lerakódásokból keletkezett üle-

dékes struktúrák és hiperstruktúrák jelenlétét és határait a test térfogatában. Ennek segítségével találjuk meg a TMSZ helyükről eltolódott elemeket.

2. Aktivizálás (élénkítés). Erősíti a vérkeringést és a mikrocirkulációt a TMSZ szöveteiben.
3. Dezintegrálás (szétbontás). Ez a hatás az üledékes hiperstruktúrák likvidálására irányul. Ezen hatásidő alatt a kéz szétválasztja, azaz kisebb zónákra bontja az üledékes hiperstruktúrákat, és ezt a műveletet addig folytatja, amíg ezek nincsenek szétválasztva különálló, solitaer üledékes struktúrákká. Ennek során likvidálva van a nem-anatómiai kapcsolat (az összeragadás vagy a közös ödéma), tehát az, ami a hiperstruktúrát alkotó üledékes struktúrákat egyben tartotta.
4. Szeparálás (elválasztás). Ezzel a ráhatással történik az üledékes struktúrában lévő egészséges izomszövet elválasztása az elkorcsosodott szövettől.
5. Fragmentálás (darabokra törés). Az izom kötőmb keménységű szakaszának „feldarabolása” normális tömörségű állapotának visszaállításához szükséges. Ez azonban nem jelenti azt, hogy ekkor a szövetet szétszakítjuk. A szövet soha nem sérül meg. Ilyenkor olyan mechanikai hatást alkalmazunk, ami az elfajult izomszakaszból lágyan, fájdalommentesen, erőszak nélkül távolítja el az ödémát (a felgyülemlett szövetvizet) és az összeragasztó anyagot. Ennek hatására egyes izomkötegek és izomrostok önállóak – szabadok – lesznek, egymástól elválnak és visszatérnek normális anatómiai helyzetükbe.
6. Repozicionálás (visszahelyezés / pozíció helyreállítása). Ez a szabályos pozíció helyreállítását jelenti, azaz a szóban forgó elem helyzetének visszaállítását a TMSZ közös térbeli struktúrájában.

Egyáltalán nem kell arra gondolni, hogy ezzel a ráhatással mi rögtön „feldaraboljuk” és alkotórészeire „szabdaljuk” az embert. Arra sem kell gondolni, hogy minden szövet és az összes elem rögtön anatómiailag szabályossá és egészségessé válik, és ezeket majd alig győzzük helyükre tenni a térbeli konstrukcióban. Az itt felsorolt javító ráhatásokkal a TMSZ helyreállításában meglepő eredményeket lehet elérni, ez azonban nem hirtelen, hanem lassan, fokozatosan következik be, ami hetekig, hónapokig, néha évekig is eltart. Mi nem lépünk fel manuálterapeutaként, aki úgy gondolkozik, hogy a „visszafordítható funkcionális leblokkoláson kívül a TMSZ-ben más patológiás rendellenesség nem létezik”. A manuálterapeuta, éppen ezen álláspontját követve, igyekszik:

- rögtön „rárontani” az egész szervezetet érintő szisztémás kóros betegség éles megnyilvánulásának a helyeire, és
- arra törekedni, hogy valamit erővel repozicionáljon, egyvalamit erő segítségével „tegyen vissza” a helyére, anélkül, hogy számításba venné az összes elem és az egész konstrukció közös katasztrófális helyzetét.

5.4. Az organikusan destruált TMSZ korrekciójára nem fogadható el gyógyítási eljárásnak a manuálterápia

A destruált TMSZ-t egy majdnem összeomlott öreg házhoz lehet hasonlítani, aminél ledőltek a falak, elkorhadtak a szarufák, elgörbültek és keretükből kifordultak az ajtók, az ablakok és megvetemedtek a padlódeszkák. A ház gazdája – egy tehetetlen öreg – csak azokkal a támasztó dúccokkal tudja visszatartani a házat a teljes összedőléstől, amiket maga helyezett a falak alá. És ekkor arra jár egy „nem mindennapi erővel bíró” „karakán fickó”, aki azt mondja neki: „Öregapó! Hoztam neked egy új, vasalással megerősített ajtót. Gyerünk, hadd tegyem mindjárt a helyére neked!” Az elferdült ajtótokba azonban nem lehet egyből behelyezni az ajtót, ami egyáltalán nem zavarja a mokány legényt. Izmainak ereje lehetővé teszi, hogy nagy erőfeszítéssel ismét egy síkba állítsa a falat, és utána helyére tegye az ajtót. Az ifjú az ajtó acélkeretét hozzáerősíti az elgyengült, roskatag fatokhoz, felülteti az ajtót az acélkeretre és elmegy. A beavatkozás után az összes támasztó dúc, amivel alátámasztotta az öreg a házat, elmozdult a helyéről, és csak az ajtóbeszerelő „specialista” azon „becsületszávába” fogódzkodhattak, amivel elhitette az öreggel, hogy ezek után az öreg jobban fog itt élni. Néhány nap múlva azonban erős szél támadt, és a ház összedőlt. Érthető a hasonlat, vagyis az, hogy mi minek felel meg:

- a ház: a beteg támasztó-mozgató szervrendszer;
- a falakat támasztó dúccok: az organikusan elváltozott izmok, amik a TMSZ irányítórendszerének (az öreg gazdának) a parancsára teherviselő elemekké váltak;
- a mokány legény: a manuálterapeuta;
- a ház összedőlése: a „funkcionális zavar”, vagyis az ajtó ferdeségének kijavítására irányult manuális ráhatások eredménye;
- az ifjú „becsületszáva” egy úr, amivel az orvostudomány helyettesíti az elméletet, aminek magyarázatot kellene adnia arra, hogyan gyógyítja az embert a manuális terápia.

Mindig emlékezni kell arra, hogy a szisztémás destrukciót éppen azért hívják szisztémásnak, mivel szerves elváltozásokhoz vezet a TMSZ egész konstrukciójában. Amikor a beteg panaszodik a manuálterapeutának, és azt mondja, hogy annyira fáj a háta, hogy se lehajolni, se kiegyenesedni nem tud, akkor az orvosnak tudnia kell, hogy ennél a betegnél az egész TMSZ szisztémásan sérült, mégpedig organikusan. A manuálterapeuta ilyenkor a csigolyaközi ízületek funkcionális zárlatára vonatkozó saját elmélete szerint áll neki a páciens kezelésének. Végzi a kezelést a hátgerincen (porcropogás mellett vagy anélkül). Ilyenkor „a kezelés lehet direkt manipuláció, amikor a nyomás közvetlenül a hátgerincoszlopra irányul, vagy lehet közvetett, amikor a hatást a felső vagy az alsó végtagok, a medence, a felkaröv stb. mozgatása eredményezi” [14]. Az idézett szövegből érthető, hogy ez az orvos a TMSZ mindegyik szervét egészségesnek tartja: a csigolyákat, a szalagokat, a csigolyaközi ízületeket (amik a manipulálás céltárgyát jelentik), a csigolyaközi korongokat és az összes izmot, ami a gerincmozgást irányítja. Emellett egészségesnek tartja az összes felső és alsó végtagot, a medencét, a felkarövet és a test összes többi izmát is. Szerinte a feladata mindössze annyi, hogy gyakoroljon nyomást ott, ahol kell; forgasson, rántson (ott, ahol kell), és ennek nyomán az ízület leblokkoltsága megszűnik. Így is lép fel a manuálterapeuta, majd „a manipulálás” elvégzése után felajánlja, hogy „a beteg 20–30 percig maradjon fekvé” [10]. „A proce-

dúrákat rendszerint naponta kell végezni, ha azonban a beteg tűrőképessége rossz, akkor hetente csupán 2–3 alkalommal. Annál a betegnél is naponta kell végezni, akinél éles fájdalomszindróma jelentkezik ideggyök-összenyomódás (-becsípődés, -kompresszió) miatt” [10].

Milyen ártatlan szavak: „rossz tűrőképesség” és kész (ezzel minden, a tünet egész háttere, el van intézve). Pedig ez azt jelenti, hogy ilyen tűrőképesség esetén az ember TMSZ-e már teljesen destruált; összes izma már régóta nem izom, hanem depozitumokból álló üledékes hiperstruktúrák része. Ezek az izmok össze vannak ragadva, el vannak nyomva és közös masszává vannak összepréselve. Emiatt a gerincre irányuló erőátadás anatómiai szabályossága megsérült.

Lehet, hogy:

- a rá ható terhelések már túllépik a megengedett mértéket;
- lehet, hogy máris degeneratív-disztrófiás elváltozások állnak fenn az ízületekben, a szalagokban és a porckorongokban;
- az is lehet, hogy már osteoporosis (csontritkulás) áll fenn.

Amikor aztán az SZD következtében minden annyira „megérett” már, hogy a csigolyák kezdenek szabadon „sétálni” és becsípi az ideggyököt, akkor meg is jelenik az „éles fájdalom” szindróma. Úgy látszik, hogy ez indikátor szerepet tölt be; azaz olyan valomának tűnik, ami tanúsítja, szinte sugallja, hogy a meggyöngült csigolyákat – a kezelés kiegészítéseként – még naponta meg kell forgatni az üledékes hiperstruktúra anyagában, azaz abban a masszában, amivé változott az összes gerinc körüli szövet. Íme, így néz ki az a gyógyítás, ami után fél órát feküdni kell, hiszen ez egy közvetlen trauma, aminek szörnyű következményei vannak. Bizonyos idő után gerincsérv fog jelentkezni és – minden valószínűség szerint – nem is egy helyen.

Lapozzák át bármelyik manuális terápiával foglalkozó atlaszt, vagy a [9, 10, 14, 28] sorszámú forrásművek közül bármelyik könyvet. Igaz, hogy lenyűgöző a látvány? Nem emlékezteti-e önöket ez a látvány azokra a harci művészetekről szóló mozifilmbeli jelenetekre, amikben törik az ízületeket? Most tegyék hozzá mindehhez azt, hogy az orvosok nem tudják, hogy ezek a fogások (az ilyen kezelésmódok) a TMSZ szervesen elváltozott elemeinél vannak alkalmazva. Azért nem tudják, mert nem gondolják, mert nem gondolkoznak. Ha viszont megtudják, akkor csak legyintenek. Hiszen ki értene egyet azzal, hogy az orvostudomány egyik irányzatát, egy teljes tudományágat bezárjanak? Kikért? Az ilyen betegekért? Nem érdekes (ez semmiség); eltűrik majd ezt a kezelésmódot, hiszen rögtön segít. Lefeksznek majd 20–30 percre, és utána „egészségesként” távoznak.

Valójában azonban ez nem így van. Mert akármilyen merevség (rigiditás) keletkezett is a gerinc ízületeiben vagy más ízületekben, akármilyen gyökök csípődtek is be, vagy egyszerűen elkezdett szűrni a hát vagy meghúzódott a lapocka, mindezeknek egy a forrása: a TMSZ szisztémás destrukciója, ami elkezdődött már a gyermekkorban. Éppen ez ellen irányul a TMSZ korrekcióját szolgáló technológiánk, a szisztémás rekonstrukciós terápia (SZRT), ami arra az alapelvre épül, hogy az organikus elváltozásokat fokozatosan, lépésenként kell visszafordítani a TMSZ összes elemében. Az elemek lassú (kezelésről kezelésre egyre nagyobb sebességgel megvalósuló) visszahelyeződése anatómiailag szabályos helyükre a csontizmok konstrukcióján belül olyan ütemben zajlik, amilyen ütemben és mértékben bekövetkezik szöveteik szabályos összetételének és szabályos tulajdonságainak, valamint szabályos alakjának a helyreállítása. Az SZRT-elméletnek is megvan a saját „lépcsője”, vagyis az átmeneteknek az a lépcsőzete, amin át a TMSZ je-

lenlegi állapotától (ezen terápiás kezelések kezdő pillanatától) vissza lehet jutni a TMSZ etalon közeli anatómiai státuszához. Nem is szabad, nem is lehet csak úgy egyszerűen valamit megragadni és hirtelen felszabadítani a leblokkolt állapotból, vagy hirtelen kiszabadítani – például a becsípődött ideggyököt – anélkül, hogy eközben durván meg ne sértenénk a TMSZ egész destruált konstrukcióját.

Helyesebben mondva:

- lehet vágni is, és lehet operálni is;
- lehet a beteget a másik oldalra „fordítani” az alsó és felső végtagokból kialakított emelőkarokkal;
- lehet újból az előző oldalára „fordítani” a páciens akkor, amikor ismét eljön azért, mert egy újabb ideggyök-kompresszió történt nála.

Mindez lehetséges, mindezt meg lehet tenni, és így is cselekszenek. Az ilyen műveletek után azonban az ember nem egészségesként távozik, hanem betegebb állapotban, mint a kezelés előtt, mivel az SZD-folyamat iniciáló és erősítő tényezői új lökést kaptak. Hiszen mindez a TMSZ itt említett elemének – és a többi elemének – sérülése és mikrosérülései árán történik. Ha azonban az említettek mellett még az elemekben keletkezett degeneratív-disztrófiás elváltozásokat is figyelembe vesszük, akkor el lehet mondani, hogy az ilyen kezelés sürgős operációhoz vagy inzultus bekövetkezéséhez vezethet. Sőt, az is lehet, hogy halálesethez; főleg akkor, ha a nyakcsigolyánál alkalmazzák az ilyen manipulációkat.

Ilyen példát említ interjújában maga A. B. Szityel – az orvostudományok doktora –, amikor a szovjet számítástechnika „szülőatyjának”, V. M. Gluskov akadémikusnak a haláláról beszél. Ez egy manuálterápiás kezelés alatt következett be, közvetlenül a manipulációs kezelés közben: „a terapeuta szerencsétlenül fordította el Gluskov fejét” [131]. Az érintett orvos nevét – természetesen – nem említi, de nyilvánvaló, hogy az akadémikust nem egy egyszerű „praktizáns” gyógykezelte. Mi, ennek a könyvnek a szerzői, valamint a többi kollégánk is, jól emlékszünk arra, milyen kiváló tudós és nagyszerű ember volt Viktor Mihájlovics Gluskov, aki egyetemünk gyakori vendége volt. Élete váratlanul szakadt meg. Most azonban megtudtuk, mi volt ennek az oka. Ami a különféle károsodásokat és bántalmakat (inzultusokat) illeti: sok ilyen esetet ismerünk, ami azt jelenti, hogy már nem esetekről, hanem törvényszerűségről van szó. Csak nincs olyan személy, aki ezt állandóan figyelné, nyomon követné, majd pedig intézkedne.

Lássuk azonban még a „gyógyítás” mintapéldáját. Az alábbiakban idézett szerző a „kedvelt eltolódások” megszüntetője, aki az eltolódásokat tartja az összes gerincbántalom elsődleges okozójának.

„Odavezettem az ablakhoz és arra kértem, hogy olvassa el a szomszéd ház felső részén lévő reklámot. Csak a nagy betűs szöveget tudta nagy nehezen felismerni. Előzetesen jelezvén, hogy jelentéktelen fájdalmat fog majd érezni, lapát alakra formált tenyeremmel – teljes lendülettel – rácsaptam az utolsó nyakcsigolyák és az első hátszigolyák környékére; az ütés után valami tagolatlan, mellkasból feltörő, érthetetlen hangot hallottam. Ezután hirtelen térdre esett, és, bizonyos idő eltelte után, amikor már elmúlt sokkos állapota, halk hangon kezdte mondani: «A cégünk által készített szöveg-cselés... » – és mondta tovább a felírt reklámszöveget, olvasva annak legkisebb betűkkel írt részét is. Majd térdeléséből felállva felém fordult és nem titkolt csodálkozással mondta: «Látok!»” [130].

„Ilyen ütés után a páciens rendszerint olyasmit érez, ami a villamos áram hatásához hasonlít. Az érzés függ az ütés erejétől, de némelyik páciens nem érez sajátos különb-

séget. A «villamos áram» néha csak a derék környékéig jut el, néha csak a kezeken fut végig. Megfigyeléseim szerint mindez a gerinc állapotától függ, és minél több problémája van a páciensnek, annál nehezebb előidézni ilyen érzéseket. A manuálterápiás kezeléseket követő gerincállapot-javuláskor az impulzusok áramlása / a villamos vezetés javul az ütés után, főként a deréktáji szakaszon.” [130].

A diplomás orvosok védelme érdekében megemlítjük, hogy hasonló dolgot könyvekben nem találni (a [130]-as számú forrásmű szerzője nem diplomás orvos, hanem „tapasztalt manuálterapeuta praktizáns”). Vannak azonban más gyakorlók („praktizánsok”) is, akik ugyanilyen dolgokat művelnek. Egyik páciensnőnk hátgerincének mellkasi szakaszán már 15 éve egy mély horpadás található, ami egy ismert népgyógyító csontkovács öklének alakját „ismétli” (lenyomatát formázza).

Minden ily módon praktizáló amatőr „gyógyásznak” illik emlékeznie arra, hogy az üledékekből álló hiperstruktúrák destruált elemeinek a szövetszilárdsága hasonlít az ugyanilyen elemekből álló, patológiásan, kórosan beteg egyesüléseknek a szövetszilárdságához. Ez a figyelmeztetésünk minden amatőr gyógyásznak szól:

- azoknak is, akik a hátgerincre mért ökölcsapással „igazítják helyre” a gerincsérveket, és hasonló módon „igazítják helyre” a gyermekek scoliosisát; vagy akkorát ütnek a gyerekek gerincére, hogy az ütéskor keletkező csattanás hangját még a falak mögött tartózkodó szülők is hallják;
- azoknak a kézzel „gyógyító” amatőröknek is, akik a felső és az alsó végtagokkal manipulálnak;
- és mindazon „természet-tesztelőknél”, akik a „lapát alakra görbített tenyerükkel” végzett ütés következményét, a gerincvelő reakcióját kívánják tanulmányozni.

A szisztémás destrukció ezen stádiumában folytatott olyan kísérlet, ami arra irányul, hogy a TMSZ egyes elemeit szétválasszuk egymástól és elkülönítsük a többitől, vagy arra, hogy egyes elemeit más elemeihez képest áthelyezzük erőfeszítés alkalmazása mellett:

- javíthatatlan következményekkel járhat, mivel a szétválás bekövetkezhet nem a kezelésbe vett elemek hatásán, hanem magukban az elemekben.

A szemléletesség kedvéért a TMSZ destrukcióját összehasonlítjuk az óra szerkezetének eltörésével. Ha megszüntetjük az óra szerkezetének kenését, akkor egyes elemei között nőni fog a súrlódás. Ha nedvesség található benne, akkor a fém alkatrészekeken rozsdá jelenik meg. A rozsdá először a felületi réteget kezdi pusztítani; a meglazult vagy eler nyedt felületi részecskék leesnek, összeragadnak és összekapcsolnak egymással különféle fogaskerekecskéket. Mindez fékezi mozgásukat, káoszt és összehangolatlanságot okoz, és pontatlanná teszi az óra működését. Ha a rozsdá még nem hatolt mélyre, akkor eltávolítható, meg lehet szakítani az elemek közt létrejött szabálytalan kapcsolatokat, és helyreállítható a szabályos működés. Ha viszont az óra alkatrészei annyira elrozsdásodtak, hogy a bomlási folyamat megsértette belső struktúrájukat, akkor elvész a fém alkatrészek szilárdsága és épsége. Ezek szilárdsága a közöttük található kapcsolat, a kötőréteg szilárdságával mérhető össze (vagyis az összeragadt rozsdáüledék szilárdságával). Ha most a szerkezet alkotórészeit megpróbáljuk egymástól elválasztani és mozgásképes állapotba hozni, akkor előfordulhat, hogy a szétválás nem az alkatrészek határvonala mentén következik be, hanem az alkatrészekben. Ha – például – megpróbáljuk egy rozsdás óra mutatóját elmozdítani, akkor az rendszerint eltörik. Az ilyen mechanikai rendszer már nem kerül javításba, és hulladék anyagként van hasznosítva. Ezzel szemben a TMSZ élő mechanikai rendszerét teljesen helyre lehet állítani (az óra fent leírt állapotához feltételeesen hasonló helyzetéből) a szisztémás rekonstrukciós terápia fent felsorolt hat javító ráhatásának segítségével.

5.5. A rehabilitológus a destruált TMSZ külső – magasabb szintű – irányító köre

Sokéves gyakorlati tapasztalatunk során sikerült felfedeznünk a TMSZ organikus elváltozásainak visszafordíthatóságát, ami azonban csak kívülről indítható el. Nem vagyunk képesek arra, hogy az ember életéből kizárjuk a destrukciót iniciáló és erősítő tényezőket, és nem tudjuk kikapcsolni a TMSZ ön-helyreállítási funkcióját (az adaptációt és önszerveződési képességét); a pozitív visszacsatolást sem tudjuk megszakítani. Viszont képesek vagyunk közvetlen ráhatást, közvetlen befolyást gyakorolni a TMSZ-IR és a szervezet IR-e által irányított tárgyra: a csont-izom rendszerre. Készen vagyunk arra kényszeríteni a TMSZ-IR-t és a szervezeti IR-t, hogy dolgozza át, alakítsa át munkáját. Ehhez azonban meg kell teremtenünk ezen irányítórendszerek számára a megfelelő feltételeket külső javító ráhatások segítségével. A szervezet csak önmaga, egyedül képes arra, hogy reagáljon a külső hatásokra és alkalmazkodjon ezekhez.

A szervezet és a TMSZ nem tesz különbséget a behatások között olyan értelemben, hogy azok rosszak vagy jók, azaz patológiásak (kóros megbetegedésből eredőek) vagy helyreállító jellegűek. Reakciójuk mindig egy és ugyanaz: ha elváltozások történtek a szervezetben, akkor bekapcsolódik az adaptáció és az önszerveződés. Ha a ráhatás patológiás jellegű, akkor a TMSZ anatómiai státusza romlik. Ha a behatás javító-korrigáló jellegű, akkor státusza javul. Ugyanakkor a szervezet egyedül, önmaga nem képes javító ráhatást létrehozni, mivel nincsenek ilyen hatás létesítésére szolgáló mechanizmusai.

Például:

- az izmok csak húzó erőt tudnak létrehozni, és nem tudnak toló erőt létesíteni; márpedig éppen toló erő szükséges a TMSZ eltolódott elemeinek a visszahelyezéséhez.
- a szervezet nem rendelkezik olyan mechanizmusokkal, amik képesek eltávolítani az idegpályákon és a véredényekben felgyűlt akadályokat. Ezért csak azzal próbálkozhat, hogy ezeket megkerülje.

Egy külső rendszer azonban (vagyis egy rehabilitológus, aki egy magasabb szintű irányítási rendszer funkcióját teljesíti), miután tanulmányozta már a szisztémás destrukció elméletét, képes tüzetesen megvizsgálni és diagnosztizálás alá venni a TMSZ-t; és rendelkezik olyan lehetőséggel, hogy erre kívülről jövő, javító ráhatásokat fejtsen ki; képes megteremteni a negatív visszacsatolás irányítási kontúrját és képes helyreállítani az ember TMSZ-ét.

A gyakorlati tapasztalat arra a következtetésre juttatott minket, hogy az emberi test, ami gyurmából való szoborhoz hasonló, „át lehet formázni”. A szobrász ehhez összegyűjti az anyagát, és a szobrot újból megalkotja. Az élő rendszerben ezt alkalmazni nem lehet, viszont van egy hatalmas előnye: az, hogy élő, ami annyit jelent, hogy képes megújulni. Közismert, hogy az öreg sejtek elhalnak, a helyüket azonban új, fiatal sejtek foglalják el, s ez vonatkozik a TMSZ elemeinek szöveteire is. Ebből következik, hogy a TMSZ-IR és a szervezet irányítórendszere az összes hozzájuk tartozó rendszer „rajzait őrzi”, és mindkettő állandóan törekszik azok újjáépítésére, felújítására. Azonban a „rajz szerinti”, ideális szervezet létrehozatalához ideális körülményekre lenne szükség, ami valós világunkban lehetetlenség. Emiatt mondjuk azt, hogy a TMSZ szabályos anatómiai státusza (az etalon) csupán absztrakt fogalom (csupán egy kiindulási pont), és a gyakorlatban elérhetetlen. Ugyanakkor a tőle való eltérések valós deviációk, amiket az irá-

nyitórendszer (a TMSZ-IR) törekszik minél kisebbre csökkenteni. A szisztémás destrukciót elindító és erősítő tényezők (az IET) (és maga az SZD-folyamat, amit „átölel”/ behálóz a pozitív visszacsatolás) megnehezítik ezt a feladatot a TMSZ-IR számára is és a szervezeti IR számára is.

Emlékeztetünk arra, hogy a TMSZ-elemek etalontól való eltéréseinek 3 különböző típusa van:

- a szöveitek összetételénél és tulajdonságainál jelentkező eltérések,
- az alakjukat érintő eltérések,
- a térbeli helyzetüknél fellépő eltérések.

A két első eltérést képes kijavítani a szervezet TMSZ-e ön-helyreállítási mechanizmusa segítségével, ha az ehhez szükséges feltételek megvannak. Ezek létrehozásához a szervezet különböző alrendszereinek (idegi, vérkeringési, nyiroki stb. rendszereinek) szállítási útvonalain lévő akadályokat el kell távolítani, ami külső, mechanikai javító ráhatásokkal érhető el. Az eltérések harmadik típusa lényegében véve szintén – feltétlenül – igényel külső mechanikai, korrigáló behatásokat, amiket a szervezet saját maga nem képes létrehozni. A rehabilitológus az előbbi és az utóbbi mechanikai javító ráhatásokat is képes megteremteni, mivel kezei képesek mechanikai munkát végezni.

Tekintsük át ismét a 4-es számú ábrát. Ha a csont-izom rendszert az irányítás tárgyának tekintjük, és ilyen minőségben vizsgáljuk, akkor azt találjuk, hogy ezt a rendszert a szervezeten belül két különböző szintű IR irányítja: a TMSZ irányítórendszere (a TMSZ-IR) és az egész szervezet irányítórendszere (a szervezeti IR). Mindkét irányítórendszer a negatív visszacsatolás (NVCS) alapelve szerint működik. Mindkettő felelős a TMSZ specifikus alrendszeri funkcióiért (a támasztásért és a mozgatásért), valamint az egész szervezet és a TMSZ közös funkcióiért (a táplálásért, a vérkeringésért stb.).

Ezeknek az irányítási szinteknek (kontúroknak = vezérlőköröknek / szabályozóköröknek) a működési mechanizmusait és működési alapelveit korábban már ismertettük. Akkor jeleztük, hogy ezek nem képesek kijavítani azokat az elváltozásokat, amik a TMSZ szisztémás destrukciós folyamatának előrehaladása alatt keletkeznek. Sőt, mi több, a szervezet különféle (ellentétes kritériumok szerint irányítandó) alrendszereinek kölcsönhatása következtében az SZD-folyamatot pozitív visszacsatolás veszi körül, ragadja magával. A PVCS elnyomásához és a keletkezett eltérések kijavításához magasabb irányítási szintű (negatív visszacsatolással – NVCS-vel – rendelkező) kontúr szükséges (ami a páciens szervezetéhez képest külső irányítási kontúrnak minősül). Éppen ilyen magasabb szintű külső kontúrrá válik (ilyen szerepkört tölt be) az a rehabilitológus, aki a szisztémás rekonstrukciós terápiát alkalmazza.

Az SZD-folyamat megszakítás nélkül és állandóan zajlik. A rehabilitológus a TMSZ helyreállítási folyamatában rendszeresen ismétlődő időszakonként (periodikusan) együttműködik a pácienssel. SZRT-kezelésnek (SZRT-összejövételnek) hívják ezt az együttműködési alkalmat. Tapintásos és szemrevételezéses érzékelés segítségével szerez információt a rehabilitológus a TMSZ és az egész szervezet állapotáról. Ezen, valamint az előző állapotokra vonatkozó információk birtokában (amiket a korábbi kezelések alatt és a folyamatban lévő kezelés alatt – ennek elején – szerzett) a rehabilitológus:

- kidolgozza a javításra irányuló ráhatások programját saját irányítási kritériumai (az SZD-elmélet) és saját célkitűzései (a szabályos anatómiai státuszra vonatkozó ismeretei) által vezérelve;
- és alkalmazza ezt a programot a csont-izom rendszernél;
- ez pedig a páciens szervezetének más alrendszereire is befolyást gyakorol.

5.6. Az SZRT alkalmazásának megszervezése

A TMSZ rehabilitációja bonyolult, sok szakaszból álló folyamat, ami gondos tervezést és szervezést követel (lásd az 5-ös számú ábrát). Az SZRT alkalmazásakor minden kezelés a páciens TMSZ-ének általános szisztémás vizsgálatával és betegségeinek diagnosztizálásával kezdődik (lásd a 2-es számú tömböt). Ennek eredményeként a rehabilitológus beszerez minden információt, ami a kezelés koncepciójának kialakításához szükséges (lásd a 3-as számú tömböt): azaz, ami a találkozás céljának, a szükséges ráhatás dózisának, a kezelés időtartamának stb. meghatározásához kell.

A továbbiakban aztán összeállításra kerül a kezelés előzetes terve (4. tömb), azaz meghatározásra kerül:

- az összes olyan zóna, amelyben majd végrehajtják a korrekciót
- és a zónákban kifejtendő hatások sorrendje.

Mindezt el kell végezni az adaptív rekonstrukciós terápia (az ART) minden egyes különálló műveletére. Fontos megérteni, hogy a TMSZ olyan dinamikai rendszer, aminek állapota időben és az ART mindegyik korrekciós művelete után változik (az adaptáció következtében). Ezért az előzetesen összeállított terv az SZRT-kezelés végrehajtása közben is változhat mindegyik javító ráhatás eredményének a függvényében.

Amikor a terv elkészült, akkor elkezdődik a kezelés aktív fázisa. Ez az ART nyomás (az ART-pressing) sokszori, iterációs (egymás után ismétlődő) alkalmazásából áll, ami az előirányozott terv teljesítésére irányul és a szisztémás rekonstrukciós terápiás kezelés céljának elérését szolgálja. Először is kiválasztják a TMSZ korrekció alá kerülő zónáját (5. tömb). Ezek után megállapítják, hogy ezen belül hol lesz az ART művelet kezdési helye (6. tömb). Mindegyik adaptív rekonstrukciós terápiás művelet egy aktus, ami a TMSZ korrekcióját szolgálja, ami az ART nyomás segítségével valósul meg, és a kézzel történő érintés – a kézrátétel – pillanatával kezdődik és a kéz elvételének a pillanatáig tart.

Az ART művelet bonyolult, adaptív jellegű folyamat, ami magában foglalja:

- a TMSZ szöveteinek diagnosztizálását az ART művelet alkalmazásának helyén;
- a döntéshozatalt, vagyis annak meghatározását, hogy mik legyenek a folyamatban lévő ART művelet céljai és milyen típusúak legyenek az alkalmazandó korrekciós ráhatások;
- a kiválasztott ráhatások végrehajtását az ART nyomás segítségével (7. tömb).

Az ART nyomás hatására adott válaszként azonnal bekövetkezik a TMSZ adaptációja (lásd a 8. tömböt).

Az egész ART művelet átlagosan 3–5 másodpercig tart; maximum 10–15 másodpercig, nagyon bonyolult ART műveletek esetén, amik a TMSZ nagy szakaszaira terjednek ki, például az egész törzsre. Az ART művelet befejezésekor sor kerül eredményeinek kiértékelésére: a művelet céljainak és a TMSZ által az új állapotban, vagyis az alkalmazkodása után tanúsított stabilitásának a figyelembevételével. Ha az eredmény nem kielégítő, akkor bezárul a negatív visszacsatolási kontúr, és egy új ART művelet tervezése és kivitelezésére kerül sor. Ez addig folytatódik, amíg a kívánt eredményt nem éri el a rehabilitológus.

Ilyen módon – egymás utáni sorrendben – zajlik az összes tervbe vett zóna korrekciója addig, amíg az egész TMSZ-re vonatkozó korrekciós tervet a rehabilitológus végre nem hajtja (lásd a 10. tömböt). A SZRT-kezelés befejezésekor a rehabilitológus értékeli:

- az elért eredményeket;
- azt, hogy milyen mértékben sikerült teljesíteni a kezelés célját;
- a TMSZ szöveteinek állapotát
- és a TMSZ korrekció utáni stabilitását *(lásd a 9. tömböt)*.

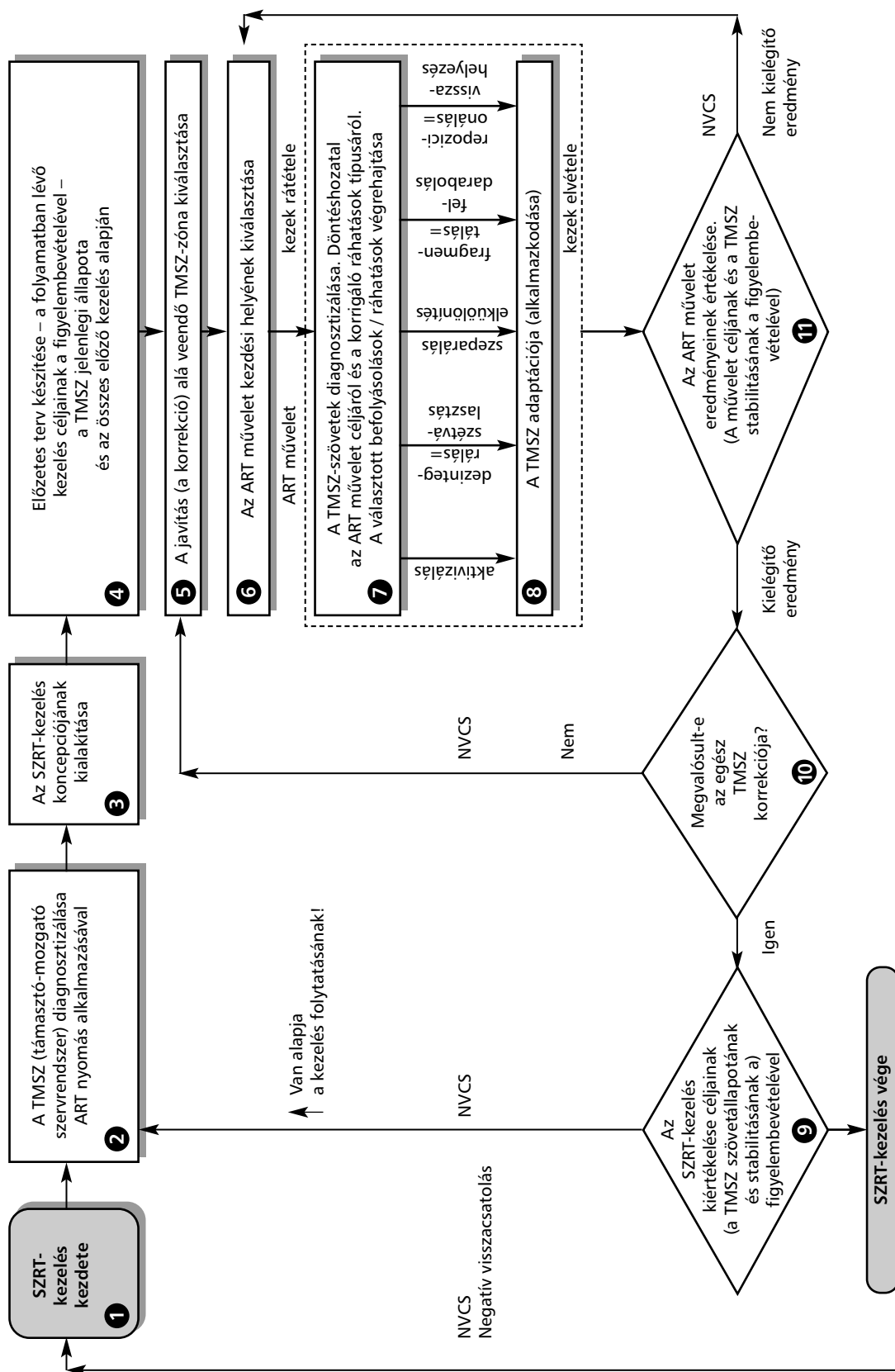
Ha az derül ki, hogy az addig gyakorolt ráhatás nem elegendő, akkor a negatív visszacsatolási lánc szerint visszatérnek a 2-es számú tömbhöz, és a kezelés folytatódik tovább.

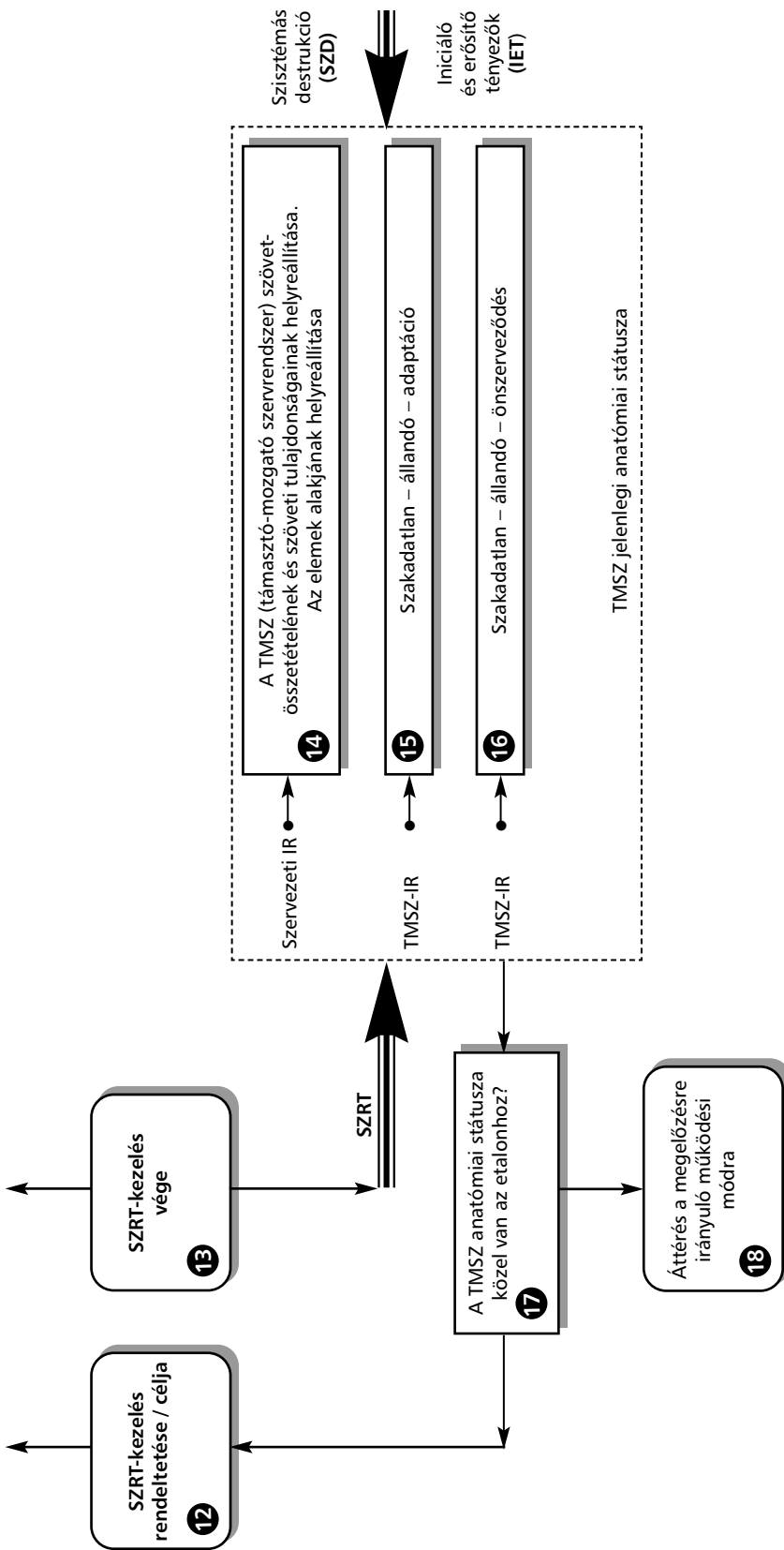
Egy SZRT-kezelés átlagosan 20–30 percig tart. Ez alatt az idő alatt körülbelül 300–400 ART műveletet hajt végre a rehabilitológus, vagyis ez egy bonyolult, munkaigényes folyamat. A kezelés egész ideje alatt a rehabilitációt végző személy:

- fejben követi, figyeli és kijavítja a kezelésre vonatkozó munkatervét,
- sokszor végzi el a TMSZ vizsgálatát
- és kidolgozza a javító célú korrekciós ráhatásokat.

A rehabilitológus agya mindezt megállás nélkül, folyamatosan végzi reális időléptékben a TMSZ állandóan változó állapotának figyelembevételével. Ilyen munkák elvégzéséhez szükséges képesség több évtizedes gyakorlat alapján fejlődött ki nálunk. Csupán könyvek olvasásával ez nem érhető el akkor sem, ha valakinek a keze veleszületett, fokozott tapintási érzékenységgel bír. Ezért mi óva intjük az olvasókat – köztük az orvosokat is – attól, hogy önállóan alkalmazzák az ebből a könyvből szerzett ismereteiket, mivel hozzá nem értéssel történő használatuk rendkívül negatív következményeket vonhat maga után.

5. ábra (1. rész): SZRT-terápia alkalmazásával történő TMSZ-rehabilitáció általános vázlata





5. ábra (2. rész):
A támasztó-mozgató szervrendszer (TMSZ) szisztémás rekonstrukciós terápia (SZRT) alkalmazásával történő rehabilitációjának általános vázlata

5.7. Az SZRT előnyei és lehetőségei

A rehabilitációt végző orvos összes korrekciós ráhatása összefonódik egymással és kölcsönös befolyást gyakorol egymásra. Az SZRT egész folyamatát úgy kell tervezni, hogy a lépésenkénti javuláshoz nagyon körültekintően jussunk el: megfontoltan, mindent mérlegelve közelítsünk az SZRT mindegyik kezelésének és mindegyik ART műveletnek a feladataihoz, így a ráhatás, a befolyásolás minden egyes – legkisebb – pillanatához is. Hiszen destruált szervezettel van dolgunk, aminél egy önmagában „jó” cselekedet egy különálló elem állapotát javítja, és közben lehet, hogy a szervezetre – egészében véve – kedvezőtlen hatást gyakorol. Például az üledékes hiperstruktúra dezintegrálását (alkotó összetevőire – üledékes struktúrákra – való szétbontását) nem szabad idő előtt – az egész TMSZ viselkedésének figyelembevételével – végrehajtani. Ez ugyanis a belső terhelő erők egyensúlyát hirtelen felboríthatja, ami előidézheti a TMSZ általános destabilizációját. A szisztémás destrukció olyan megszakítás nélkül zajló folyamat, amit a TMSZ-IR állandóan ellenőriz, és a TMSZ-ben fellépő legkisebb elváltozásra is azonnal reagál úgy, hogy a keletkező tartós nem-anatómiai terheléseket egyensúlyba hozza az adaptációs és az önszerveződési mechanizmusok működésbe hozatalával.

Amikor nekiállunk a TMSZ javításának, akkor emlékeznünk kell arra, hogy egy rossz, beteg, de egyensúlyban lévő konstrukcióval van dolgunk, és a feladatunk az, hogy az egyensúlyi állapot megsértése nélkül javítsuk a részek állapotát, és közben ne rontsuk az egésznek az állapotát. Hiszen a TMSZ szisztémás célja a test egyensúlyban tartása, térbeli stabil állapotának a megőrzése. Ez az, ami biztosítja az ember élettevékenységét, ezért elsősorban ezt kell teljesítenie, és ez mindig fontosabb bármilyen lokális célnál, a TMSZ egyes elemeinek egészségénél is. Példaként említhető egy hiperstruktúra gyors dezintegrálása: egyedi, különálló stuktúrákra való szétbontása, ami traumához vezethet, ha a benne lévő elemek nem készek a szétválasztásra. Megtörténhet az is, hogy ezek az elemek szétszakadnak, de az is, hogy leépítésük pótlólagos patológiás eltolódáshoz vezet. Hasonló dolgok elkerülése végett a rehabilitációt végző személy kezei mozgását (minden egyes mozdulatát) könnyen, fájdalomkeltés nélkül kell hogy végezze, reagálva a páciensnél jelentkező legkisebb – tapintással kiváltott – érzésekre is és a közérzetére is. Ilyenkor a fájdalom a (természet által számára előírt) pozitív szerepet játssza. A fájdalom ugyanis jelzi, ha nem helyesen cselekszünk.

Pácienseink szeretik az SZRT-kezeléseket, és úgy jönnek hozzánk, mint egy ünnepre. A következőkkel jellemzik érzéseiket: „Szeretném, ha az ön kezei örökké a testemen maradnának, ha soha el nem venné őket”. Miért van ez így? Azért, mert az SZRT-kezelés alatt a TMSZ szövetei és elemei megszabadulnak a feszültségtől, felélednek és kezdenek „lélegezni”, az idegvégződések kiszabadulnak az összeszorítottságból és az összecsúszásból. Miként már említettük, a destruált TMSZ-ben fáj minden, és ha hozzá is szokott az ember ahhoz, hogy ne vegye észre a nem nagy, tompa fájdalmakat, az agya mindent érzékel, és idegrendszere kimerül. Az ilyen páciens mindig ingerült, és nem világos, hogy milyen ok miatt. És íme, itt van a régóta várt SZRT-kezelés, ami alatt hirtelen feltámad benne egy szokatlan érzés: a könnyedség, a repülés érzése. Van, amikor elég egy érintés, aminek nyomán fellép a felszabadultság érzése a páciensnél, aki ezek után kitartóan kéri, hogy a kezelés legyen meghosszabbítva. Azonban ellenőrzés nélkül nem szabad így eljárni.

A szisztémás rekonstrukciós terápia és az adaptív rekonstrukciós terápiás művelet is programba foglalt, előzőleg felmért intézkedés. A rehabilitológusnak mindig pontosan kell tudnia és éreznie, hogy hány másodpercig szabad tartania minden egyes korrigáló ráhatásnak, amit az élő szöveten alkalmaz. Létezik nálunk egy olyan fogalom, mint a „szövetgyűrés”. Ez nem azt jelenti, hogy összepréseljük a szövetet és traumát okozunk benne. Az élő szervezet egyáltalán nem közömbös az ismételt hozzáéréssel szemben – még a gyenge hozzáérés iránt se –, ez ugyanis egy „beavatkozás”. A rehabilitológusnak az a feladata, hogy a kezelés folyamata alatt optimálisan adagolja a TMSZ-re a ráhatásokat. Fájdalommentesen, szigorúan korlátozott (nem nagyobb és nem is kisebb) terjedelemben történik az összes ART művelet végrehajtása.

Még egyszer szeretnénk aláhúzni, hogy a szisztémás rekonstrukciós terápia nem egy absztrakt (valóságtól elvont) elmélet, és nem egyszerűen egy csábító álmkép. Ez a terápia azt jelenti, hogy kézzel gyógyítjuk az embert és ennek során (mondhatni, gyökeréig) kijavítjuk a TMSZ összes hibáját (hiányosságát), megelőzzük és eltávolítjuk a jövőbeli súlyos destrukciók okát és ezzel a szervezet rendszereiben található összes betegség csíráit is. Az SZRT 30 évnyi kutatásaink nagyszerű gyakorlati eredményeinek kiértékelt összefoglalása. Megtestesítése azoknak az elképzeléseknek, leírása azoknak a tetteknek és gondolati következtetéseknek, amik már megtörténtek élő embereken, a pácienseinknél és az ő sorsukban. Ezért a 4. és az 5. ábrán bemutatott vázlatok nem egyszerűen valamiféle kitalált, bonyolult feltételezésekre épített tervek grafikus ábrázolása. Ezek a vázlatok kísérletet jelentenek; arra irányulnak, hogy kifejezzék és megmagyarázzák:

- a TMSZ élő, biomechanikai önszabályozó rendszerének rendkívül bonyolult, adaptív és önszerveződési mechanizmusait, valamint
- azt, hogy – mindezek kitanulmányozása után – hogyan létesítünk külső, javító ráhatásokat a TMSZ szabályos anatómiai státuszának helyreállítása közben.

Hangsúlyozzuk, hogy a destrukciós folyamat egy dinamikus folyamat, mint minden, ami az élő természetben zajlik. Ezért értelmetlen dolog szokványos (standard) fogásokat alkalmazni a TMSZ-en, hiszen ez egy mozgásban lévő (dinamikus) rendszernek a mozgás nélküli (statikus) irányítását jelentené: vagyis egy időben változó rendszer – egyszer és mindenkorra „előírt” – változatlan módon való irányítását, ami értelmetlen dolog. Az ortopédia emblémája is ilyen értelmetlenség: „kijavítani a növekedésben lévő, meggyöngyölt fiatal fát” úgy, hogy egyszer s mindenkorra odakötözik egy „egyenes karóhoz” [1].

Elsősorban tehát azt kell szem előtt tartani, hogy az SZRT-kezelésnek szisztémásan kell érintenie az egész TMSZ-t, mivel az SZD szintén szisztémásan zajlik. Emlékezni kell arra, hogy a rendszerben minden kapcsolatban áll mindennel, és nem lehet úgy hozzányúlni egy eleméhez sem, hogy az ne tükröződjék vissza az egész rendszeren. Az SZD tulajdonképpen a TMSZ szisztémás szerveződésének (szisztémás szervezettségének) a destrukciós folyamata. Az SZRT pedig ugyanezen szisztémás szervezettségnek a helyreállítási folyamata. A destruált TMSZ olyan rendszer, amiben:

- a mechanikai kapcsolatok részben megsérültek;
- egyrészt korábbi eredetű („megőrződött”), másrészt új, kórosan beteg kapcsolatok (üledékekből képződött hiperstruktúrák) is vannak. Ezekben már organikusan elváltozott minden elem vagy a benne lévő elemek egy része.

A szervezet nem képes visszafordítani az organikus elváltozásokat, mivel az SZD megátolja a szervezeti IR számára, hogy hozzáférhessen a TMSZ destruált elemeihez, amikhez tartozó szállítási útvonalak tele vannak szennyeződésekkel (a szállítási útvonalakon

mechanikai akadályok találhatók: lerakódások, üledékes struktúrák és üledékes hiperstruktúrák).

Érthető, hogy nem tisztíthatjuk meg közvetlen módon a TMSZ-t és nem is operálhatjuk meg. Emellett ez semmi javulást nem hozna, mivel semmilyen sebészeti gyógyító beavatkozás, semmilyen gyógyszer nem képes visszafordítani az izmokban keletkezett organikus elváltozásokat; főként akkor, amikor ezek az izmok gyakorlatilag már nem is léteznek (mivel páncéllá állapotba kerültek / átváltoztak páncéllá). A páncéllá állapot egyes változatainál a bőr és a csontok között helyet foglaló összes izom átalakul pókháló vékonyosságú „alátétte”. Ismeretes, hogy az izmok 75%-ban vízből állnak [117], viszont az üledékes struktúrákban és hiperstruktúrákban ebből elkészerítően kevés marad. De mivé alakul át az izmok többi, 25 százaléknyi része? Azonban a legcsodálatosabb dolog mégis az, hogy az izmok milyen gyorsan képesek helyreállni. Elegendő odairányítani a véráramlást, helyesen alkalmazni az ART nyomást, és 5–10 TMSZ-kezelés után az ember átalakul (újjaszületik): ismét megjelennek az izmai, mégpedig egészséges, teljes értékű izmokként. (A TMSZ-kezeléseket hetente egyszer alkalmazzuk, végső esetben hetente kétszer.) Ez arra utal, hogy a sejtek táplálási zavara esetén is és a szövetet mérgező lerakódások jelenléte esetén is a szervezet IR-e a szövetek életképességének fennmaradásához szükséges szintet fenntartja, és – amint normálissá válik a vérkeringés és a beidegzés (az innerváció) – a szövetek helyreállítják szabályos összetételüket és tulajdonságaikat.

Ugyanez mondható el a kötőszövetekről, a szalagokról, a porcokról és a csontokról. Körülbelül ugyanannyi idő alatt lehet helyreállítani a csontokat – mindenféle kalciumpótlás nélkül – időseknél és nagyon időseknél is. Amikor a helyreállítási folyamat abba a stádiumba jut, hogy már kezdenek eltűnni az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák, akkor a TMSZ elemei már könnyen engedelmeskednek a visszahelyezésnek, a repozicionálásnak. Apró, ismétlődő lépésekkel történik a térbeli konstrukció javítása minden alkalommal, és ezt, vagyis az egész konstrukció javítását rögtön mindegyik kezelés alatt el kell végezni; eközben azonban mérlegelni kell a TMSZ elemeinek stabilitását, szöveteik és alakjuk helyreállításának mértékét.

A TMSZ fizikai rehabilitációjára irányuló 30 évi munkával (ami kiterjedt a legkülönbözőbb korú embereknél előforduló összes szisztémás destrukció fokozatra és a legkülönbözőbb patológiás állapotokra) megismertük a szervezet kimeríthetetlen önhelyreállítási lehetőségeit. Csupán a kezek segítségével elérjük, hogy fokozatosan és fájdalommentesen:

- megszűnnek a bordapúpok, kiegyenesedik a gerinc;
- a bordák, a medence, a kezek, a lábak formája megjavul;
- eltűnnek a ráncok; megváltozik a test alakja;
- formálódik a mell az asszonyoknál (nemcsak a kicsi, de a nagy, széthúzódozó mellett is lehet „normálissá” formázni).

Az SZRT az egészséges emberi test sima (megrázkódtatások nélküli), fájdalommentes, szisztémás helyreállítása, „megformázása”. Amikor helyreáll a szabályos anatómiai státusz a TMSZ-nél (ami olyan háznak tekinthető, amiben különféle alrendszerek és szervek „élnek” és, ami fontos, e háznak a falain keresztül táplálkoznak), akkor az egész szervezet egészségessé válik. Említettük már, milyen kóros megbetegedéseket lehet megszüntetni a szisztémás rekonstrukciós terápiával. Ezeket mi nem gyógyítjuk, hanem kifejezetten likvidáljuk (felszámoljuk) és megelőzzük. Fizikai rehabilitációval foglalkozunk, azonban ennek minden meglepő eredménye a TMSZ és a szervezet önhelyreállító képességeinek következménye. Ezek a képességek pedig igazán óriásiak.

Különösen fontos kitérni a szervezet összes betegségének megelőzésére, amit az SZRT valósít meg. Ha az SZRT-t már korai gyermekkortól kezdve alkalmazzák, akkor:

- soha senkinél nem lesz gerincferdülés;
- soha senki nem fog hallani a csigolyaközi (porckorong) sérvről;
- senkinél nem fog előfordulni idegbecsípődés, hátfájás és a különösen fájó (myofascialis) triggerpont.

Ugyanis mindez az SZD elmélyült stádiumának következménye. Miután az orvosok az SZD már „beindult” formáival találkozhatnak: nem ismerik ennek etiológiáját és patogenezisét (kóroktanát és kórfejlődését); tehát még csak „látásból sem ismerik”. Nem kötelező azonban megvárni, hogy a baj az embert hétrétre görnyessze és utána (az SZRT segítségével) mi majd helyreállítjuk a TMSZ szabályos anatómiai státuszát. Mi viszont jelenleg éppen csak ezzel foglalkozunk. Jobb tehát nem megvárni a súlyos állapotot. Az SZD-t meg lehet és meg kell előzni a súlyos deformációhoz vezető úton akkor, amikor még nem destruálódott az egész TMSZ.

Az SZD-t – éppen úgy, mint az öregedési folyamatot – nem lehet megszüntetni, de mindig lehet jelentősen gyengíteni. Éppen erre való az orvostudomány és – egyebek mellett – az ortopédia, a mozgásszervi szabálytalanságok tudománya. Emlékezzünk csak arra, hogy mit is mond az ortopédia feladatát ismertető meghatározás [1]: „az ortopédia az emberi test deformitásainak megismerésével, megelőzésével és gyógyításával foglalkozik”. Nos hát: éppen az SZRT ortopédiában való alkalmazása az, ami lehetőséget nyújt az emberi test deformitásainak megelőzéséhez.

Meggyőződöttünk arról, hogy az SZRT számára még olyan diagnózis sem rémisztő, mint a TMSZ bármelyik szöveténél előforduló diszplázia (rendellenes szervfejlődés). Az SZRT lehetőséget nyújt arra is, hogy az anyaméhben kívüli emberi testet utólag formálja és tegye szabályossá. Gyakorlatunkban nagyon sok ilyen eset fordult elő. A születést követő néhány éven át mozgásképtelen gyermekek 2–3 havi SZRT-kezelés hatására felálltak és járni kezdtek. Mennyi születéstől fogva deformált lábfejet és kézfejet javítottunk meg! Hány gyermekkori agybénulással kényszerített gyermekeket (sőt, felnőtté vált személyt) állítottunk (szó szerint) talpra, tanítottunk meg járni, önmagát kiszolgálni, önállóan nagy távolságokra elmozdulni.

Az SZRT segítségével szabályos, szép alakot lehet kialakítani. Testünk szemmel látható összes hiányosságának forrása az SZD, aminek fejlett stádiuma már 2–3 éves korban is előfordul. A szervesen elfajult izmok üledékes hiperstruktúrákká egyesülnek és visszatartják, fékezik a csontok fejlődését; elhúzzák, eltolják helyükről a csontokat. Ha az ilyen „páncél” csíráit idejében megszüntetik, akkor minden gyerek magas és arányos növésű lesz. Az emberi élet teljesértékűségének nagyon fontos tényezője a testbőr és az arc egészsége. A cellulitisz (a bőr alatti kötőszövetrost gyulladása), a test petyhüdtsége, az arcon lévő ráncok, a száraz bőr mind-mind a szisztémás destrukció „ajándékai”, amik nemcsak torzítják és deformálják a TMSZ-t, de a test érintett részét megfosztják az idegek normális vezetőképességétől és a normális vérkeringéstől. Ilyenkor aztán a kozmetikusok semmilyen fufangja és semmilyen kozmetikai operáció sem tud segíteni. Az ifjúság és a szépség akkor lesz tartós, akkor marad meg sokáig, ha azt maga a szervezet tartja fenn. Nos hát: a szisztémás rekonstrukciós terápia (az SZRT) ilyen lehetőség garanciájának tűnik.

6. FEJEZET

BEFEJEZÉS

Ebben a könyvben kísérletet teszünk arra, hogy népszerű formában mutassuk be az emberi szervezetre, erre a bonyolult biológiai önszerveződő rendszerre irányuló nem szabványos elméleti és gyakorlati kutatásainkat és az alkalmazásukkal szerzett tapasztalatokat, amik az egészség helyreállítását és megőrzését szolgáló halaszthatatlan problémák megoldására irányulnak.

Jóllehet, mi már 30 éve foglalkozunk az itt tárgyalt kérdésekkel, könyvünk befejezésekor el kell ismernünk, hogy csupán az utat sikerült kijelölnünk: azt, amin majd elindulnak más kutatók és gyakorló orvosok. Lehet, hogy több évtized is el fog telni, mire az általunk felvázolt problémakör megtalálja végleges megoldását.

Munkánk azzal a pillanattal kezdődött el az említett irányba, amikor figyelmet fordítottunk arra a tényre, hogy az emberek többségének alakja nem arányos, azaz az emberi test külső képe a legtöbb embernél messze van a tökéletestől. Ugyanakkor az is nyilvánvaló, hogy egy biológiai faj képviselőjének – vagyis az embernek – jellemzője, hogy szabványos, anatómiailag szabályos teste legyen: olyan, mint amelyet az anatómiai atlaszokban ábrázolnak. Az életben azonban mindnyájan abszolút nem szabványos alakúak vagyunk, és ez normális. Az emberek természetesnek és magától értetődőnek tartják, hogy ha az arcuk különbözik egymásétól, akkor a testük is különböző legyen. Mi kétségbe vontuk ennek a „természetességnek és magától értetődőségnek” a helyességét és azt a hipotézist állítottuk fel, hogy az emberi test konfigurációjának etalonról való eltérései – legalábbis ezek többsége – nem eleve elrendelt dolog, hanem a szervezet alakulásának és élettevékenységének folyamatában szerzett eltérés. Ennek kapcsán felvetődik az a kérdés, hogy milyennek is kell lennie ennek az etalonnak. Véleményünk szerint az emberi test etalonja alatt annak minden vonatkozásában szabályos voltát kell érteni: azaz nem csak a testmagasság, a fejhossz, a lábfej stb. arányainak szabályosságát, amik – miként ismert – ősidők óta a szépségetalon alapvető részei.

Az „anatómiai szabályosság” szavak megjelenése fejtegetéseinkben egyből az orvostudományra, mégpedig az ortopédiára irányította figyelmünket, mivel éppen a támasztó-mozgató szervrendszer (TMSZ) határozza meg az emberi test külső képét. Az ortopédia foglalkozik az emberi test deformációinak megismerésével, megelőzésével és gyógyításával. Az orvostudomány ezen ágához tartozó irodalmi forrásokat áttanulmányozván azonban megértettük, hogy a problémát sokkal szélesebben kell felvetnünk. Klinikai rendeltetésénél fogva az ortopédia a TMSZ nyilvánvaló patológiás állapotaival foglalkozik: mindenekelőtt a traumákkal, a durva veleszületett rendellenességekkel, valamint azokkal a deformációkkal, amelyek már éles, heveny megnyilvánulási stádiumba jutottak és ezért betegségnek nevezhetők. Az ortopédia az ilyen deformációkat azonban a test különálló részeként vizsgálja, anélkül, hogy az egyén minden életszakaszára kiterjedően, ennek teljes egészében vizsgálná a TMSZ szabályos anatómiai státuszának alakulására és fenntartására vonatkozó kérdést.

Mi viszont úgy döntöttünk, hogy a problémát szisztémásan fogjuk kielemezni. Tehát az egész szervrendszerre vonatkozó összes deformációt / deformitást vettük vizsgálat alá: azokat is, amiket az ortopédia vizsgál, és azokat is, amik egyszerűen csak a nem szabályos, ember által nem kívánt testkonfigurációhoz vezetnek. Ilyen jellegű deformá-

ciótípusnak tartottuk a test nagy vagy kis magasságát, az aránytalan testrészeket, például a végtagok aránytalan hosszúságát és nem szép alakját stb. Úgy tűnt, hogy ezek a deformációk ugyanazon folyamat megnyilvánulásai. Például sok ember testénél a felső rész teltsége nem arányos a test alsó részének teltségével. Ez főként az asszonyoknál vehető észre: a széles, masszív vállakhoz, telt karokhoz és nagy mellekhez sovány medence, sovány combok és sovány lábak társulnak; vagy ellenkezőleg: a masszív medencéhez és a kövér lábakhoz fonnyadt mellek, kiálló kulcscsontok és sovány nyak társul. Nagyon sokáig lehetne folytatni a test alakbeli fogyatékoságainak ezt a listáját. Még egy példa: a sovány, magas, 2 méter körüli fiatal emberek esete, akiknek arca sápadtszürke, akiket be sem vesznek a hadseregbe; vagy gondoljunk az alacsony növésű, majdnem kocka alakú, kövérségtől szétpukkadni akaró testű férfiakra és nőkre. Érthető, hogy az ortopédia az ilyen deformitásokat nem gyógyítja, és nem is képes ezeket meggyógyítani. Vajon ezek az emberek – mindnyájan – nem szeretnék arányos, sudár, középmagas természetűek lenni, simán kirajzolódó testkörvonalakkal rendelkezni és „szemre szépnek” lenni? Amikor az orvosoktól megkérdeztük, hogy mi a véleményük minderről, akkor a hasonló alaki rendellenességeket a következő szavakkal jellemezték: „de hiszen ezek csupán egyedi sajátosságok, ezeket nem lehet megváltoztatni”. Mi nem értettünk egyet velük és az alábbi feltételezésekkel álltunk elő:

- először: a természet minden ember számára eleve arányos, anatómiailag szabályos testet programozott be;
- másodszor: az ember szervezete – az élet egész folyamán – ezt a programot valósítja meg, igyekezik e szerint működni.

Ha viszont a tények szerint testünk anatómiai állapota kisebb vagy nagyobb mértékben valóban eltér az etalonról, akkor ez nem genetikai norma, hanem patológiás deformáció. Ez viszont azt jelenti, hogy testünk olyan destruktív, organikus jellegű változásoknak lett kitéve, amiket a szervezet saját erejéből nem képes megfordítani. További súlyosbodásuk a TMSZ olyan súlyos deformációihoz vezet, amiket már betegségnek lehet nevezni, amik már krónikus jellegűek, s amiket az ortopédia megelőzni nem képes és – lényegében – radikálisan meggyógyítani sem tud.

Magunk elé tűztük azt a célt, hogy az ember TMSZ-ében jelentkező destruktív elváltozások fejlődési mechanizmusát elméletileg leírjuk, és ezt meg is tettük úgy, hogy a TMSZ szisztémás szervezettségét romboló folyamatot elneveztük szisztémás destrukciónak (SZD-nek). Utána megtanultuk hogyan kell felismerni – bárkinek a TMSZ-ében – a szisztémás destrukció konkrét megnyilvánulásait. Ezt követően tanultuk meg, hogy hogyan lehet az SZD-re hatni is: mégpedig azzal a kettős céllal, hogy az anatómiai státusz etalonhoz képest bekövetkezett, már meglévő eltéréseit felszámoljuk, és – egyúttal – megelőzzük a destruktív elváltozások keletkezését a TMSZ-ben. Az általunk kidolgozott új technológiát, ami korrigáló hatást képes létrehozni a TMSZ-en és lehetővé teszi elemei és szövetei organikus elváltozásainak megfordítását, elneveztük szisztémás rekonstrukciós terápiának, röviden SZRT-nek. További kutatásaink lehetővé tették, hogy levonjuk azt a következtetést: legyen szó a TMSZ bármilyen betegségről, nem szabad csak azt vizsgálni és gyógyítani a TMSZ-ben keletkezett destruktív elváltozások folyamatának megértése és figyelembevétele nélkül. Mivel ezek az elváltozások mindig organikus jellegűek, azaz a TMSZ elemeinek és szöveteinek összetételében és tulajdonságaiban jelentkeznek: megállapítható, hogy az ilyen elváltozások az említett elemek és szövetek deformációjához vezetnek. Ezek a deformációk kezdetben jelentéktelenek, de már ezek is torzítják a test konfigurációját és arányosságát. Később azonban a pozitív visszacsá-

tolás magával ragadja ezt a patológiás folyamatot az idegpályák vezetőképességének és az erek átjárhatóságának a rendellenességein keresztül. Ennek következtében a folyamat térben és időben tovább halad: gátolja a TMSZ elemeiben zajló anyagcserét, ezekben még súlyosabb degeneratív-disztrófiás elváltozások megjelenéséhez vezet és eljut a betegség szintjéig. Pontosan az SZD az igazi oka a „hátfájásoknak”, a nyakban, derékban stb. fellépő fájdalmaknak, valamint a legsúlyosabb, nyomorékká tevő patológiás folyamatoknak; olyanoknak, mint a hátgerincsérv, púposság (kyphosis), oldalirányú gerincgörbülés (scoliosis). További munkánk és a későbbiek során szerzett gyakorlatunk megerősítette azt a tényt, hogy a TMSZ szabályos anatómiai státuszának SZRT segítségével megvalósuló rehabilitációja következtében:

- nemcsak az emberi test sok fizikai hiányossága tűnik el;
- hanem operálás nélkül kigyógyul a test az összes degeneratív-disztrófiás rendellenességéből a TMSZ elemei és szövetei ön-helyreállítási folyamatának beindulása nyomán; sőt:
- a javulás elvezet a csigolyaközi porckorongok helyreállításához és a gerinc anatómiailag szabályos alakjának visszanyeréséhez, a bordapúpok likvidálásához.

Emellett – a TMSZ-ben lévő idegpályák vezetőképességének és az erek működésének hatékony helyreállításával – az SZRT az egész szervezetet gyógyítja, és normálissá teszi az összes szerv és az egész szervezet működését. Emellett korai gyermekkortól kezdődő alkalmazása lehetővé teszi az SZD ellenőrzés alatt tartását. A TMSZ állandó monitorozása és korrigálása:

- nem engedi meg a degeneratív-disztrófiás elváltozások kifejlődését;
- lehetőséget nyújt anatómiailag standard emberi test kialakítására;
- lehetőséget teremt ezen állapot fenntartására azzal, hogy lassítja az öregedési folyamatot.

Hipotéziseink bizonyítására el kellett távolodnunk az orvostudomány konkrét vizsgálódási módjától, és szisztémás megközelítést kellett alkalmaznunk az emberi szervezet vizsgálatánál, bonyolult biológiai önszerveződő rendszernek tekintve ezt. Ez a problémamegközelítési mód természetesen elvezetett minket ahhoz, hogy az emberi test vizsgálatát az általános rendszerelmélet, a szisztémás analízis és az irányításelmélet kategóriáit és szakkifejezéseit használva végezzük. Az ember szervezetét – ezen belül a TMSZ-t is – az agy irányítja. Az említett tudományágak szakkifejezéseit használva úgy fogalmazhatunk: a TMSZ jelenti az irányító tevékenység tárgyát, az irányításáért felelős megfelelő agyrészek pedig a támasztó-mozgató szervrendszer irányítórendszerét alkotják (a TMSZ-IR-t). Az egész emberi szervezethez viszonyítva a TMSZ alrendszernek számít, ezért az egész szervezet irányítórendszere – a TMSZ-IR-hez viszonyítva – egy sokkal magasabb szintű irányítórendszert képvisel. A TMSZ egy bonyolult biomechanikai önszerveződő rendszer, amit a TMSZ-IR irányít izmokból álló mechanika segítségével, amik a TMSZ aktív elemeinek számítanak. Az irányítás fogalom alatt mindig olyan tevékenységet kell érteni, ami valamilyen – világosan vagy nem világosan kifejezett – cél elérésére irányul. Ezért a TMSZ bármilyen orvostudományi szempont alapján folyó vizsgálatok mindig abból kell kiindulni, hogy a TMSZ-t céltudatosan irányítandó / irányított rendszernek kell tekinteni. Irányítórendszerének, a TMSZ-IR építményének a tanulmányozásakor az orvostudomány az építménynek csak a szerkezetét vizsgálja:

- nyomon követi az ingerületvezetési utakat;
- leírja az idegsejtek felépítését és az ingerek érzékelésekor keletkező impulzusok ezen utakon zajló áramlását;

- leírja a reflexek szintjén működő legegyszerűbb irányítási mechanizmusokat;
- de soha nem emelkedik fel a TMSZ-IR által kitűzött célok szintjére, és soha sem vizsgálja az irányítási kritériumokat.

Bár az orvostudomány azt hangoztatja, hogy szisztémás megközelítést alkalmaz, valójában nincs is módja ennek megvalósítására. Mi viszont (azzal, hogy a TMSZ elemeinek leírásánál eltekintettünk az orvostudomány konkrétságától és nem vettük figyelembe a TMSZ konkrét betegségeit, ugyanakkor ezekre közös szakkifejezéseket alkalmaztuk) el tudtuk végezni a TMSZ működésének és patológiás állapotának a logikai elemzését. Ez elvezetett minket a TMSZ szisztémás destrukciójának a felfedezéséhez, szisztémás pusztulása nyilvánvaló jelenségének a megismeréséhez, amit az orvosok nem ismertek fel.

A TMSZ etalonjának leíró jellegű meghatározására bevezettük az alábbi három jellemzőt (és ezek közös halmazával definiáltuk a TMSZ etalonját):

- a TMSZ térbeli konstrukciójának anatómiai szabályosságát (vagyis összes eleme – kölcsönös – anatómiailag szabályos helyzetét);
- minden TMSZ-elem szövetösszetételének és szöveti tulajdonságainak anatómiai szabályosságát;
- minden TMSZ-elem alakjának anatómiai szabályosságát.

Ha a fenti három jellemző bármelyikénél és annak akár egy eleménél (a TMSZ akár csak egyetlenegy egységénél) eltérés áll fenn, akkor az már a TMSZ etalon állapotának a zavarát jelenti, és még inkább ennek számít, ha ezek az eltérések – akármilyen kombinációban – nagyobb számban vannak jelen. Ezután bonyolult biomechanikai önszerveződő rendszerként kezeltük és vizsgáltuk a TMSZ működését, és először etalon (azaz ideális) állapotában vizsgáltuk. Utána pedig szabályos anatómiai státuszától való eltéréseinek – akármelyik patológiás folyamatának – az állapotában vizsgáltuk működését; mind a két esetben általánosan, konkrét diagnózisok nélkül.

Amikor az általános rendszerelmélet pozíciójából vizsgáltuk a TMSZ célirányos működését és irányítását, akkor ezen tudományos diszciplína szakkifejezéseinek és meghatározásainak már a legegyszerűbb leírási szintjén egész sor tudományos felfedezésre tettünk szert, amelyek, ahogy mondani szokás, ott heverték a szemünk előtt, a felszínen. A multifunkcionális – céltudatosan irányítandó rendszert képviselő – TMSZ-nek sok szisztémás célja van. Ezekből mi külön kiválasztottuk és elkülönítettük a globális célt (aminek elérése nélkül nem lehet elérni a többi célt): a TMSZ térbeli stabilitásának biztosítását. A támasztási-mozgató funkció feladatainak teljesítéséhez, a munkavégzés közbeni tárgymozgathoz (tárgyáthelyezéshez) szükséges, hogy a TMSZ térben – statikai és dinamikai értelemben egyaránt – mechanikailag stabil legyen. Enélkül elképzelhetetlen az ember élettevékenysége. Ugyanakkor az ember majdnem 3000 anatómiai egységből álló TMSZ-ének szerkezete – akárcsak az összes élőlény TMSZ-ének szerkezete – rendkívül instabil. Az élő testek térbeli stabilitásának elérése kizárólag a TMSZ irányítórendszere (az idegrendszer) létének köszönhető. A TMSZ-IR állandóan figyel – nyomon követi – a TMSZ térbeli helyzetét, és ezt operatív módon úgy irányítja, hogy az operatív irányítás szerveibe, az izmokba megfelelő jeleket küld. A TMSZ aktív anatómiai egységeit egyedül az izmok jelentik, összes többi egysége passzív egység. Térbeli stabilitásának biztosítására a TMSZ minden izmát bizonyos mértékig összehúzott állapotban tartja, és ezt az állapotot az ember akaratától függetlenül fenntartja irányító szervétől, a TMSZ-IR-től tudatalatti szinten érkező jelek hatására. Az izmok ilyen összehúzott állapotát hívják izomtónusnak. Minden izomnál az izom-összehúzottság azon fokát hívják normális izomtónusnak, aminél elérhető az anatómiailag szabályos (ideális, etalont képviselő,

minden téren abszolút egészséges) TMSZ stabilitása statikus állapotban, alapállásában, póterhelések nélkül.

A fentiek fordítottja is (vagyis a fordított állítás is) igaz: az etalont képviselő, anatómiailag szabályos állapotában lévő TMSZ-nél normális izomtónusnak tekinthető az, amelyik ezt az állapotot fenntartja. A normális izomtónus tehát az izmok minimális mértékű összehúzódását jelenti, amit a természet azért irányozott elő az emberi test számára, hogy biztosítsa ennek stabilitását a Föld gravitációs erőterének hatásviszonyai között. A normális izomtónus az izomszövet olyan mértékű összehúzódása, ami nem zavarja a szervezet összes szerve és rendszere működését, köztük az idegrendszer vezetőképességét és az erek átjárhatóságát, a vérkeringést. Az élő szervezetnél mindig korlátozott mértékben áll rendelkezésre az energia, ugyanakkor az izmok összehúzásához energia kell. Ezért a TMSZ-IR mindig arra törekszik, hogy a magasabb rangú rendszer, vagyis az egész szervezetet vezérlő IR direktívájának megvalósítása érdekében célratörően – azaz úgy – irányítsa a TMSZ-t, hogy az minimális energiafelhasználással működjön. A TMSZ térbeli egyensúlyának a fenntartása viszont akkor érhető el minimális energiafelhasználással, ha az anatómiai státusza szabályos, ha az összes működésbe lépett izom tónusa normális. A TMSZ egy élő mechanikai szerkezet, ami saját maga hoz létre mechanikai erőket, vagy elviseli és átrendezi a rá ható mechanikai erőket. Ennélfogva minden eleme valamilyen mechanikai terhelő erő hatása alatt van. Közülük azokat neveztük el anatómiai belső terheléseknek (anatómiai belső terhelő erőeknek), amiket etalon tulajdonságainak zavara nélkül képes elviselni a TMSZ.

Az ember teste akkor van stabil állapotban, amikor a rá ható erők egyensúlyban vannak, azaz minden pontjában nullával egyenlő a rá ható belső és külső erők vektorösszege. Mivel a TMSZ alapját a csontváz alkotja, ezért stabil vagy instabil térbeli helyzete – pont a csontok helyzete alapján – egyértelműen eldönthető. A legtöbb csont mozgatható kapcsolatban áll egymással; következésképpen helyzetüket a rájuk ható erők határozzák meg. Az erőkkel való irányítás pedig izmokkal történik.

Az ideális TMSZ-ben nyugalmi állapot esetén az összes anatómiai terhelés egyenletesen van elosztva a teherviselő elemekre: a csontokra, a szalagokra, a porcokra, az izompólyákra. Az izmok feladata ilyenkor az egyensúly fenntartására irányul. Azaz, ha a TMSZ valamilyen zavaró hatás következtében eltér egyensúlyi helyzetétől, akkor az izmok egy pillanat alatt visszatérítik az egyensúlyi helyzetbe. A számos kismértékű zavaró hatással szemben a TMSZ egyensúlyi állapotának stabilitását az biztosítja, hogy minden izma meghatározott tónusban van, ami a TMSZ-t stabil állapotban rögzíti. A tónus rendelkezése tehát nem teherviselés, hanem a terhelő erők – elemek közötti – elosztásának az irányítása. Ez a működési rezsím optimálisnak látszik, mivel a terhelő erők olyan elemekre vannak elosztva, amiknek nem kell energiát használniuk a terhek viselésére. Ez azt jelenti, hogy etalon állapotú TMSZ-ben a szervezet minimális mennyiségű energiát használ fel a stabil állapot fenntartására.

Ezek után vettük vizsgálat alá a TMSZ állapotváltozásának azt a mechanizmusát, aminek révén megszűnik a TMSZ állapotának etalont képviselő, egészséges, anatómiailag szabályos jellege. Azt az erőegyensúlyt, aminél a normális izomtónus segítségével sikerült elérni a TMSZ stabilitását, mindenképpen felborítja az etalon állapotától való legelső – akár egyetlenegy – eltérés. Bármilyen is volt ennek az eltérésnek a kiváltó oka (betegség, trauma, mértéktelen statikai vagy dinamikai terhelés, anyagcserezavar, külső vagy belső eredetű ágens stb.), és függetlenül attól, hogy ez az eltérés – a korábban említett három lehetséges eltéréstípus közül – melyikhez tartozik: megjelenése a belső terhelő erő kie-

gyensúlyozatlanságát okozza. Az etalontól való eltérés nyomán a TMSZ-ben nem-anatómiai belső terhelő erők keletkeznek, amikre a TMSZ-IR egy pillanat alatt reagál az izomzat tónusának változtatásával. Ennek következtében a térbeli konstrukcióban az elemek eltolódnak anatómiailag szabályos helyükről. A TMSZ akkor kerül majd új egyensúlyi helyzetbe, amikor – a mechanika törvényeinek megfelelően – minden pontjában nullával lesz egyenlő az összes erő vektorösszege. A TMSZ stabil állapota ilyenkor csak annak árán érhető el:

- ha néhány izom tónusa megváltozik, és a velük kapcsolatban álló elemek eltolódnak;
- vagy ha ezekhez – néhány eleménél – utólagosan, akár pusztulásukig vezető deformáció is társul.

Megismételjük hát még egyszer: a TMSZ etalon állapottól való bármilyen eltérése, vagy az orvostudomány nyelvén szólva bármilyen patológiás állapota / folyamata (akár egyetlenegy anatómiai egységének traumája vagy megbetegedése) megbontja az anatómiai belső erők egyensúlyát, amit a TMSZ-IR törekszik – egy pillanat alatt – helyreállítani a számára egyedül lehetséges operatív módon, az izmok tónusának változtatásával.

- Ennek eredményeként a TMSZ képes helyreállítani stabil állapotát, amit azonban:
- egyes izmaiban hipertónus, más izmaiban pedig hipotónus keletkezése kíséri;
 - és a velük kapcsolatban álló csontok térbeli konstrukcióban való eltolódása, saját – anatómiailag szabályos – helyükről való elmozdulása követ.

Emellett ezek az elváltozások nemcsak az elváltozást elindító – patológiás folyamattól sérült – iniciáló elemnél lépnek fel, hanem a tőle nagyon távol eső anatómiai egységekben is jelentkezhetnek, mivel az egyensúly elvesztését kiváltó erők kompenzálását az egész rendszer valósítja meg. Ezt a jelenséget hívják szisztémás válasznak. A nem etalon állapotban lévő TMSZ stabilitásának fenntartása mindig nem optimális energiafelhasználással történik, mivel ilyenkor a hipertónusba került izmok állandó aktivitása révén – összehúzódásra irányuló szakadatlan törekvésük nyomán – valósul meg az erőegyensúly. Ha nincs gyorsan elhárítva a folyamatot elindító eltérés, és az erre adott egész szisztémás válasz nincs gyorsan megszüntetve, akkor az energiafelhasználás minimalizálására törekvő TMSZ-IR az izomszövetek összetételének és tulajdonságainak változtatásával rögzíti / állandósítja (fixálja) az említett állapottal kapcsolatos összes működésbe hozott izom állandóan változó tónusát. A hipertónusba került izmok megkeményednek, aminek következtében a szükséges erőt már nem az izmok feszültsége hozza létre, hanem a megkeményedett izmok saját mechanikai szilárdsága. A hipotónusban lévő izmok viszont részben elsorvadnak, mivel nincs szükség teljes értékű izomra a tónus állandóan alacsony értéken tartásához.

Az összes fent említett állítást figyelembe véve már konkrétabban fogalmaztuk meg a globális irányítási célt, amit a TMSZ-IR-nek kell megvalósítania: biztosítania kell a TMSZ térbeli rendszerstabilitását a fenntartásához szükséges energiafelhasználás minimalizálása mellett.

A TMSZ-IR operatív reakcióinak folyamatát, ami az izomtónus elváltoztatásával a test stabilitásának fenntartását célozza, adaptációnak, azaz alkalmazkodásnak hívják. Az ember mozgásfolyamatait, munkavégzését, testtartás-változtatásait stb. állandóan izomtónus-adaptáció kíséri, ami az említett helyzetek mindegyikénél a stabilitás fenntartására irányul. A TMSZ céltudatos működését az emberi akarat indítja el, a működését kísérő adaptáció viszont a tudat alatt zajlik.

Az energiafelhasználás minimalizálása céljából a TMSZ-IR-nek magára kell vállalnia azoknak az izmoknak a rögzítését, amelyeknek tónusa hosszú idő óta eltér a normális-tól. Ezért irányítania kell a TMSZ-elemek szerkezetváltozásának a folyamatát, amit önszerveződésnek neveznek. Az önszerveződési folyamatot a szervezet önerővel nem képes megfordítani, mivel az a TMSZ elemeinek organikus elfajulását tartalmazza. Az önszerveződés a TMSZ-IR kényszerreakciója, ami a szervezet épségének (integritásának) és életképességének a megőrzésére irányul a TMSZ-nél már hosszú ideje fennálló patológiás eltérések (szabályos anatómiai státusztól való eltérések) viszonyai között. Ugyanakkor az önszerveződés – szervezetfenntartó hatása mellett – a TMSZ működési lehetőségeinek megfelelő korlátozásához is vezet mindig. Az önszerveződésnek köszönhetően a TMSZ térbeli konstrukciója új, stabil állapotába jut, amiben az – anatómiailag szabályos helyükről – elmozdult csontokat megbízhatóan rögzítik az elfajult izmok. Most már ez az új konstrukció válik „etalonná”, mivel kívülről jövő beavatkozás nélkül, spontán módon a TMSZ már soha nem lesz képes arra, hogy visszatérjen a korábbi – az igazi – etalonhoz (a szabályos anatómiai státuszhoz). A TMSZ önszerveződése önmaga számára pozitív jelenség, ugyanakkor negatív jelenség az ideg- és érrendszer számára. Ugyanis a TMSZ elemeiben fellépő organikus elváltozások akadályozzák a vérkeringést, a nyiroknedvek folyását, a mikrocirkulációt és az idegek vezetőképességét. Ez az akadályozó hatás nemcsak a TMSZ organikusan elfajult elemeinél lép fel, hanem a velük szomszédos elemekben is megnyilvánul a szervezet szisztémás tulajdonságai miatt. Ennek a következménye a TMSZ elemeinél jelentkező anyagcserezavar. Ez pedig azt jelenti, hogy az ilyen elemekben degeneratív-disztrófiás elváltozások kezdenek kifejlődni, azaz új patológiás folyamat kezd beindulni. Ezzel a ciklus bezárul, de ugyanakkor ki is bővül. Bezárul abban az értelemben, hogy:

- az elemek első ciklusban keletkezett patológiás elfajulása súlyosabbá válik a degeneratív-disztrófiás elváltozások miatt, amiket az egész szervezetben jelentkező zavarok fellépése okoz az idegek impulzustovábbítási képességében és az erek átjárhatóságában;
- a súlyosabb patológiás állapot a TMSZ mechanikai stabilitásában újabb zavart okoz és az adaptáció és az önszerveződés újabb menetét hozza létre.

Ugyanakkor kibővül a ciklus abban az értelemben, hogy:

- a degeneratív-disztrófiás elváltozások alá került szomszédos elemek mechanikai tulajdonsága változik; és
- az ilyen elváltozások miatt a korábbiaknál súlyosabb szisztémás reakció jön létre.

Az irányítási elmélet terminológiájával élve az ilyen patológiás visszacsatolást hívják pozitív visszacsatolásnak. Mi pedig szisztémás destrukciónak (SZD-nek) neveztük el ezt az általunk felfedezett jelenséget, ami a TMSZ valamelyik eleménél keletkezett legelső zavar által elindított patológiás állapot növekedésére és szétterjedésére (általánossá válására) vonatkozik; tehát arra a patológiás folyamatra, ami a szabályos anatómiai státusztól való eltérések állandó növekedéséhez, további fejlődéséhez vezet. Jóllehet, ezt a jelenséget mi ciklusként ismertettük, a valóságban ezek a folyamatok megszakítás nélkül, egyidejűleg zajlanak. A TMSZ szisztémás destrukciója a TMSZ szisztémás szerveződésének zavara. Elméletileg egy patológiás elváltozás – a legelső is – elvezethet az egész rendszer zavarához a pozitív visszacsatoláson át. Emellett nincs jelentősége annak, hogy milyen típusú az eltérés; és annak sincs jelentősége, hogy az eltérés melyik elemben keletkezett, mivel mindegyik esetben zavar keletkezik a TMSZ mechanikai stabilitásában. A szisztémás destrukció szemléletes példáját képviseli az oldalirányú ge-

rincferdülés (a scoliosis), ami az egyik csigolya szabályos alaktól való kismértékű aszimmetrikus eltéréssel kezdődik (e soktényezős megbetegedésnek ez csupán egyik lehetséges kezdete), majd a szisztémás destrukció sok-sok ciklusán áthaladva eljut abba a fázisba, amikor:

- már az egész TMSZ torz deformációjának kifejezésévé válik;
- a degeneratív-disztrófiás változások már megtámadják a legtöbb csontot, aminek hatására a csontok nagyon durván odébbtolódnak anatómiailag szabályos helyükről (például a bordapúpok);
- a test minden izma organikusan elfajul.

Az SZD-folyamat egész TMSZ-ben bekövetkező szétterjedését eredményezi (általánossá válásához vezet) a pozitív visszacsatolás alapelve, a „minél nagyobb, annál több” elv. Ez a folyamat vezet ahhoz a specifikus jelenséghez, ami kezdetben üledékes struktúrák keletkezésében fejeződik ki. (Az egy anatómiai egység határain belül található, éles anyagcserezavarral és organikus változásokkal terhelt zónákat tekintjük üledékes – lerakódási – struktúráknak.) Később ez a folyamat az ilyen struktúrák nagyobb méretű nem-anatómiai képződményekké válásában – úgynevezett üledékes hiperstruktúrákká történő egyesülésében – nyer kifejezést. Amikor az önszerveződés következtében az izomszövetek – organikusan jelentős mértékben – elfajultak, akkor ezekben is és a TMSZ ezekhez közel lévő elemeiben is állandóan rendellenes, zavart állapotban van a véráramlás is és a beidegzés (az innerváció) is. Az ilyen zavarzónákban szövetvíz-felhalmozódások (vizenyők / ödémák) keletkeznek, és összegyűlnek a szabálytalan anyagcsere termékei. Ezeket nevezzük közös szóval üledékeknek (depozitumoknak / lerakódásoknak). Hosszú ideje fennálló pangó jelenségeknél az ilyen zónákban félig folyékony, ragacsos masszák (gélek) keletkeznek, amik fokozatosan szétterjednek a térben, és közös konglomerátummá egyesítik, közös zárványba zárják a TMSZ független elemeit. Az üledékek folyékony alkotói idővel felszívódnak. A kiszáradó maradék – az enyvhez hasonlóan – az összes elemet összeragasztja egymással, és ezzel egyetlen üledékes hiperstruktúrát képez belőlük. A hipersruktúrákon belül szervezetlenné válik az izomhúzás, és belső nem-anatómiai, kiszámíthatatlan irányba ható (továbbított) terhelések lépnek fel, amik a TMSZ stabilitásának durva zavaraihoz és elemeinek térbeli eltolódásához vezetnek, vagyis a szisztémás destrukciós folyamat súlyosbodásához. Éppen az üledékes hiperstruktúrák okozzák:

- a csigolyaközi sérvképződését, a „hátfájásokat”, a TMSZ más, durva patológiás elváltozásait;
- a bordapúpokat, a végtagok korlátozott működőképességét és a gerinc instabilitását;
- a torz – egyszerűen visszataszító – testkörvonalakat;
- az említettek nyomán fellépő sokféle ideg- és érrendszeri zavart: a fejfájást, a nem normális vérnyomást, a szívritmuszavart, a szövetek helyi vérszegénységét (ischémiáját), a különböző bántalmakat (inzultusokat) és az infarktust.

A TMSZ-ben zajló szisztémás destrukciós folyamat a TMSZ szisztémás szervezettségét romboló mechanizmus, ami beindul a TMSZ bármelyik eleménél jelentkező bármelyik patológiás folyamat hatására. Ha pedig beindul, akkor ez a folyamat soha többé nem áll meg és idővel szétterjed az egész TMSZ-ben, mivel:

- a TMSZ elemei között szoros, kölcsönös mechanikai kapcsolat áll fenn;
- az elemek gyakorlatilag egyenértékű befolyást fejtenek ki a szisztémás cél elérése, a TMSZ egészére vonatkozó térbeli stabilitás biztosítása érdekében;
- a TMSZ szoros kapcsolatban áll az idegrendszerrel és a vérellátó rendszerrel.

A felsorolt kapcsolatok teljes halmaza nagyon sokféle okot hoz létre, amik a szisztémás destrukciós folyamatot beindítják vagy az erősödéséhez vezetnek (a pozitív visszacsatoláson át). Az ilyen előidéző okokat és a továbbberősítő okokat neveztük el iniciáló, illetve erősítő tényezőknek, röviden IET-nek.

A TMSZ SZD jelensége általunk történt elméleti felfedezésének pillanatától kezdve keresni kezdtük az SZD emberi testben való jelenlétének azokat a diagnosztikai tüneteit, ismertető jegyeit, amiknek alapján tévedhetetlenül megállapítható az SZD jelenléte fejlődésének bármelyik stádiumában. Keresni kezdtük azokat a módszereket, amiknek segítségével szembe lehet szállni az SZD-vel és helyre lehet állítani az ember szabályos anatómiai státuszát. Azonban nincs olyan orvosi eszköz, ami a TMSZ 3000 anatómiai egysége mindegyikénél lehetővé tenné a sérülésmentes, gyors és tömeges diagnosztizálást (vagyis az elemek alakjának, szövetösszetételének és szöveti tulajdonságainak, valamint a csont-izom konstrukcióban elfoglalt térbeli helyzetük szabályosságának a diagnosztizálását).

Ezért szemrevételezéssel (vizuálisan) és tapintással (taktilisan) kezdtük vizsgálni az emberi TMSZ-t. 30 év alatt több mint 40 000 ember TMSZ-ének állapotát vizsgáltuk meg. Közöttük minden korcsoport beteg és egészséges képviselője előfordult, akik különböző fokú fizikai aktivitást igénylő, más-más szakmák képviselői közé tartoztak, akiknél azonban a TMSZ nyilvánvalóan – vagy rejtve – eltért az etalontól. Sokukat életük első éveitől kezdve, 2–3 évtizeden át figyelemmel kísértünk, és másokat – középkorúak csoportjába tartozókat is – ugyanilyen sokáig. A harmadik csoportba pedig azok tartoztak, akiket felnőtt koruktól kezdve a késői öregkorig tartottunk megfigyelésünk alatt. A gyakorlati tapasztalat segítette minket abban, hogy folytassuk elméleti kutatásainkat, ugyanakkor sejtette / sugallta azt is, hogy milyen kutatási irányoknak adjunk prioritást. Ugyanakkor az elmélet gyakorlati munkánkat is irányította és szervező hatást gyakorolt rá.

Nagy gyakorlati tapasztalatunk rámutatott arra, hogy a (szemrevételezéssel anatómiailag arányos) szabályos alakúnak tűnő emberek TMSZ-szövelein tapintással nyert érzés eltér attól az érzéstől, amit az etalontól szemmel láthatóan eltérő testű emberek TMSZ-szöveleinél – tapogatás közben – lehet érezni. Megtanultuk azt, hogy:

- miképpen kell diagnosztizálni az izomtónust,
- hogyan kell megkülönböztetni a normális tónust a hipertónustól és a hipotónustól,
- hogyan kell megkülönböztetni az igazi hipertónust az (önszerveződési folyamat miatt) organikusan elkorcsosult / elfajult (patológias zavarok miatt megkeményedett) izom tónusától,
- hogyan kell megkülönböztetni az igazi hipotónust (az egészséges izom ellazulását) az izomsorvadástól (az atrófiától), ami szintén organikus zavara az izmoknak.

Megtanultuk azt is, hogy az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák határait hogyan lehet tévedés nélkül meghatározni szemrevételezéssel (az elemek eltolódásának jellege alapján), valamint tapintással (az izmok keménysége vagy rendkívül nagy mértékű ernyedtsége alapján).

Amikor felépítettük a TMSZ szisztémás szervezettségének destrukcióját illusztráló modellt, akkor a rá vonatkozó szakkifejezéseket sikerült „lefordítani” a szemmel és tapintással történő érzékelés egyszerű és könnyen érthető nyelvére. Ha a TMSZ ideálisan egészséges (vagyis etalon), akkor a szemrevételezésnél ez egy arányos, szabályos váz-izom-konstrukció, amelynek minden eleme anatómiailag szabályos térbeli pozíciót fog-

lal el (ezt a csontok alapján lehet legkönnyebben észrevenni), és minden izma normális tónusban van. Ilyenkor a test körvonalai „simák” és vizuálisan esztétikus látványt nyújtanak, mivel az izmok alakja anatómiailag szabályos, és éppen az izmok képezik a test körvonalaait. Normális tónus esetén az izmok rugalmasak és csak kis ellenállást fejtenek ki a beléjük nyomuló, gyúrást végző kézzel szemben.

Az etalontól való bármilyen eltérésnél a test alakja – kívülről szemlélve – nem tűnik esztétikusnak, mivel előtűnik az egyes testrészek aszimmetriája. A lágy izmok pont itt, az ilyen testrészeknél tanúsítanak fokozott (vagy csökkent) tömörséget. Nagyarányú szisztémás destrukció esetén a test nagy területei válnak kőkeménnyé, sőt, néha az egész test.

Más, sokkal ritkábban előforduló (nagyon idős fekvő betegeknél és késői öregkorukat élő öregeknél megfigyelhető) esetekben általános izomszövet-sorvadás következik be, amit a régóta hipotónusos állapotban lévő izmok okoznak. Mindegyik eset a TMSZ szisztémás destrukciójának egyenrangú megnyilvánulása, mivel ugyanaz a – főntebb ismertetett – mechanizmus alkotja mindkét eset alapját.

Az SZD-folyamat minden embernél előfordul, mivel az életet nem lehet leélni abszolút egészségesen a szisztémás destrukciós folyamat számos iniciáló és erősítő tényezőjének létezése miatt, amelyek hatását gyakorlatilag nem lehet elkerülni. Emellett a gyakorlat azt mutatta, azt tapasztaltuk (és ez egy nagyon fontos tudományos felfedezés), hogy az SZD-folyamat – gyakorlatilag mindig – már a gyermekkor első éveiben elkezdődik. A TMSZ – konstrukciója instabilitása miatt – érzékeny elemeinek bármilyen – akár kis mértékű – eltolódására; és nemcsak a traumákra, hanem a mikrotraumákra is. A TMSZ mechanikai stabilitását képesek megzavarni olyan mikrotraumák is, amiket nem kísér fájdalom, és ezért nem fordulnak velük orvoshoz (ilyenek keletkeznek például a kisgyermekek állni és járni tanulása alatt gyakran előforduló eleséseknél). Az ilyen mikrotraumák – az ízületek mozgáshatárain belül – képesek szisztémás választ kiváltani a csontelemek kismértékű eltolódásának formájában. Ez viszont az ilyen csontelemekkel kapcsolatban álló izmok azonnali adaptációját is jelenti; némelyik izomnál hipertónus, más izmoknál pedig hipotónus felléptét. Ha ilyen esetben a TMSZ szabályos anatómiai státusza néhány napon belül nem lesz helyreállítva (és nem lesz felszámolva etalontól való eltérése és az erre adott szisztémás válasz), akkor beindul a TMSZ önszerveződése, vagyis az izmok tónusváltozással járó organikus elfajulása. Pont az ilyen izmok létezése utal az SZD jelenlétére, pont ezek a fő diagnosztikai ismertető jelei.

Ha az SZD eljutott az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák képződésének stádiumába, akkor az emberi test egyes részei annyira tömörre válnak, hogy visszanyomják a rehabilitációt végző személy kezét. Ha ez a stádium korai gyermekkorban lép fel (márpedig mi ennek rengeteg példájával találkoztunk), akkor a magukba zárkózott, megkeményedett izmok kezdik visszatartani és fékezni a csontváz csontjainak növekedését, és ezeket kaotikusan eltolják.

A szisztémás destrukció következménye különböző lesz, attól függően, hogy a TMSZ melyik helyén következik be ez a nagyon erős organikus izomelfajulás, ami kifejeződik:

- kyphosis vagy scoliosis formájában;
- vagy olyan gerincferdülésben, amit egyáltalán nem lehet meghatározni, amivel együtt jár egy ennek megfelelő alaktorzulás;
- vagy az összes csont növekedésének elmaradottságában, amit az izmok megkövesedése, megkeményedése okoz, s aminek az a következménye, hogy az ember alacsony termetű lesz.

Ilyen embereknél gyakran fordul elő, hogy a kéz- és a lábhosszúság és az egyes testrészek teltségének aránya rendellenes. Íme: ez az oka, hogy sokunknál miért állnak fenn olyan esztétikai alakhiányosságok, amikről szót ejtettünk már a tárgyalás elején, s amik semmiképpen sem köthetők genetikai hajlamhoz.

Az olyan embereknél, akik nehéz fizikai munkát végeznek – a TMSZ-re ható súlyos statikai és dinamikai terhelő erők hatására – mindennél intenzívebben zajlik az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák képződése. Ilyen embereknek lehet tekinteni a sportolókat, de azokat is, akik hosszú időn keresztül kényszerülnek statikai feszültséggel járó testtartásban dolgozni. Ilyenek például a szabók, a gépkezelők, a szállító- és emelőgépek vezetői, a szolgáltatási szektor azon dolgozói, akik állandóan talpon vannak (például az eladók, a fodrászok stb.).

Álljunk meg itt, hogy részletesen leírassuk az ilyen szakmákat űző emberek izmaiban lejátszódó dolgokat. Ismeretes, hogy az izmok nem kis része olyankor is működik, amikor az ember sokáig van valamilyen testhelyzetben. Ilyennek tekinthető akár maga az élettani (a fiziológiai) testtartás is, amikor az ember például egyszerűen – szabadon – ül vagy áll. Ha ez a statikai helyzet órákon keresztül tart, akkor a működő izmok hipertónusos állapotba jutnak, ami még a hosszú ideig tartó pihenés (az alvás) után is fennáll úgynevezett visszamaradó (remanens) izom-összehúzódás formájában. A továbbiakban a TMSZ-IR az ilyen izmokat – az önszerveződési stádiumban – organikus elfajulással rögzíti és elindítja a szisztémás destrukció folyamatát, vagy – ha ez már fennáll, akkor – tovább fokozza. Ennek analógiája jelentkezik akkor is, amikor az ember hosszú időn keresztül végez dinamikai erőfeszítéssel járó munkát, és helytelenül szervezi meg a munka és a pihenés időbeosztását. Az ember izmai ilyen esetben is állandó hipertónusban maradnak, és a TMSZ-IR ilyen állapotban rögzíti a szóban forgó izmokat.

Miként látjuk: bármit is teszünk, az állandó munkavégzést kívánó mai, modern világban nem lehet elkerülni a TMSZ szisztémás destrukcióját. A klinikai orvosi hagyományokat követve a modern csigolyaortopédusok és csigolya-ideggyógyászok arra törekednek, hogy a konkrét beteg részére – amennyire csak lehet, annyira – részletes és konkrét diagnózist állítsanak fel a betegségről. Ezt a hozzáállást elvi szintre emelik, és feltétlenül szükségesnek tartják; ezzel, sajnos, hibát követnek el. Igen, ma már természetes dolog, hogy a komputertomográfiával (a CT-vel) pontosan meg lehet mutatni:

- a gerincoszlop sérült mozgató szegmentumát;
- azt a konkrét porckorongot, amelyiknél degeneratív-disztrófiás elváltozások bekövetkeztek;
- és a becsípődött ideggyököt.

Ez azonban nem a megbetegedés okának, hanem a következményének a megjelölése, leírása lesz. A TMSZ elemeinek számát alapul véve legkevesebb 3000 ilyen „diagnózist” lehet felállítani. Ha pedig ezek közül néhány elem már „működésbe lépett” és „szerepelni kezdett”, akkor már milliókban kell számolni az összeadandó kombinációk mennyiségét. No de a betegnek mi haszna van mindebből? Bármilyen is volt a felállított diagnózis, a „gyógyítás” továbbra is a szokványos marad: gyulladáscsökkentő és fájdalomcsillapító készítmények, masszázs, manuálterápia, tűszúrás (akupunktúra) és gyógytorna (GYT). Az említett gyógyító intézkedések közül azonban egyik sem képes megszüntetni a TMSZ összes degeneratív-disztrófiás sérülésének igazi okát: a szisztémás destrukciót. Sőt, mi több! Amikor még ilyen diagnózist sem sikerül felállítani, például a „hátfájásoknál”, azaz, amikor diagnosztizáló berendezés segítségével sem sikerül felfedezni az izomszövetben keletkezett patológiás elváltozásokat (az üledékes struktúrá-

kat), akkor elmeorvoshoz küldik a páciens, és nyugtatókat írnak fel neki; vagy a lélekelemzőhöz (a pszichoanalitikushoz) küldik. A lélekűvár aztán elméletet kezd gyártani arról, hogy „a lélekelemzés alapját (bázisát) jelentő isíász valamilyen kötelezettség alóli kibűjás vagy valamilyen veszélyelkerűlés kívánságának kifejezőjeként lépett fel”.

A diagnózis konkrét megfogalmazásain rágóóó, ezekben szétforgácsolóóó, szisztémásan gondolkodni képtelen orvosok nem látják a fától az erdőt, a fenyegető, szörnyű patológiás folyamatot, ami:

- már organikus elfajulást idézett elő az ember egész testében;
- már mélyen behatolt a TMSZ szöveteinek egész terjedelmébe és durván zavarja az erek átjárhatóságát és az idegek vezetőképességét;
- már a szervezet összes szervének és rendszerének működését zavarja.

Nagyon szemléletesen látható ez a gerincoszlopnál: az üledékes hiperstruktúrák által közrefogott, összeszorított csigolyatestek, valamint a csigolyaközti porckorongok és az őket összekötő apparátus „kiszárad” a vérellátásában keletkezett rendellenesség miatt. Az ugyanezen hiperstruktúrák által okozott nem-anatómiai terhelések pedig a meggyöngűlt elemeket durván eltolják saját helyűkről. Az ilyen patológiás folyamatok következményei a porckorongsérvek, valamint a gerincvelő és az idegek életveszélyes sérűlései. A gerincoszlop bármelyik szakaszáról legyen szó, az ilyen típusú patológiás folyamat mechanizmusa mindig ugyanaz, mindig egyforma, tekintet nélkül arra, hogy ilyen esetekben az orvosok sokféle diagnózist állítanak föl. Ugyanis ezt a patológiás elváltozást az egész TMSZ általánosan széttérjedt, mindenhová behatoló szisztémás destrukciós folyamata szűli.

Véleményűnk szerint a szisztémás destrukció jelenséget idáig azért nem fedezték fel, mert tagadták és nem ismerték fel (nem ismerték el) a TMSZ bonyolult, célirányosan működő irányítórendszerének (TMSZ-IR-ének) a létezését. Pedig ez az, ami fenntartja a TMSZ stabilitását és felel a tudat akarati célkitűzéseinek a megvalósításáért. Néha előfordul, hogy az orvostudomány észreveszi és izomgörcsnek (spazmusnak) nevezi az izomtónus-elváltozás formájában jelentkező reakciót; azt, amivel a TMSZ-IR reagál a stabilitás zavarára. Mivel nem találja igazi okát, azt állítja, hogy ez elhűzódhat évekig. A kérdés ilyenfajta föltevése maga mutatja a szervezetben zajló dolog teljes meg nem értését; nevezetesen azt, hogy:

- az izom-összehűzódás nagy energiafelhasználással jár, és a szervezet nem engedheti meg magának ezt a pazarlást;
- ezért a TMSZ-IR – viszonylag nem hosszú idő alatt – létrehozza az önszerveződést, azaz az izom-összehűzódást – céltudatosan – organikus elfajulással helyettesíti;
- ez a folyamat ilyenkor mindenestűl magával ragadhat egyes izmokat, sőt, egész izomcsoportokat.

A TMSZ-IR által irányított önszerveződési folyamat sokkal gyorsabban zajlik le, mint az orvostudomány által ismert, izomszövetszakaszoknál jelentkező – táplálási zavarok miatt fellépő – organikus elfajulási folyamat.

Az orvostudomány soha nem tűzte maga elé azt a célt, hogy az etalon TMSZ-t, vagyis az emberi test szabályos anatómiai státuszát fenntartsa vagy helyreállítsa. Elsősorban azért, mert nem vizsgálta a TMSZ egész patológiáját a maga szisztémás, kölcsönös összefűggésében. A gyakorló ortopédus orvos szempontjából például milyen összefűggés, milyen kapcsolat létezhethet – tegyük fel – a kartörés és a gerincoszlop körűli, deréktáji szakaszban zajló degeneratív meszesedési folyamat között; avagy a kartörés és a gerincoszlop bármelyik szakaszában megjelenő csigolyaközti porckorongsérvek képződése

között? Ha viszont az emberi testet a szisztémás megközelítés pozíciójából vizsgáljuk, akkor van közöttük kapcsolat a TMSZ mechanikai stabilitásán át. Mivel azonban az orvostudománynak nincs egyenértékű (adekvát) elmélete – nincs miből okosodnia, útmutatást szereznie –, a hatékony gyakorlat részére a „hátfájás” az egész világon minden orvos számára a mai napig talány marad. És ezért tekintenek az orvosok a hátgerinc egész degeneratív-disztrófiás patológiás állapotára úgy, hogy az megengedhető, krónikus, egyre súlyosbodó (progreál) betegség.

Mi azonban az említett problémákat a szisztémás szakemberek szemével vizsgáltuk, és azután, hogy elméleti feltételezéseinket sok évig tartó, nehéz gyakorlati munkával ellenőriztük, nekiálltunk és felépítettünk egy másik elméletet. Mivel már rendelkezünk az SZD-elmélettel, és ennek igaz voltát sokévi tapasztalattal bebizonyítottuk (és már megtanultuk azt is, hogy az SZD-t hogyan kell diagnosztizálni az emberi testben), képessé váltunk arra, hogy felvessük:

- a megelőzésére és a vele való szembeszállásra vonatkozó kérdést;
- a megnyilvánulásai minimumra csökkentéséhez vezető módszereknek a kérdését.

Tudatában voltunk annak, hogy az SZD-t éppen úgy nem lehet véglegesen felszámolni, mint ahogyan az öregedési folyamatot sem lehet megállítani és „meggyógyítani”.

Az említettek mellett azért sem lehet kizárni az ember életéből a SZD-t, mert az az egész TMSZ-en kezd eluralkodni: szétterjed a TMSZ – erekkel és idegekkel átszőtt – elemeinek szoros kapcsolatán át. Az SZD (egész TMSZ-ben általánossá váló) szétterjedését az egyre szaporodó, egymásra rakódó szisztémás válaszok hozzák létre, amik az ember élete során történő, a TMSZ etalontól való sok-sok eltérése nyomán keletkeznek. Az anatómiai státuszban bekövetkezett minden új eltérésnél a TMSZ (az előzőleg még stabil, de az eltérés nyomán már rendellenessé váló anatómiai státuszú állapotból) tovább mozdul a következő stabil állapotba. A már sokkal zavartabb anatómiai státuszú TMSZ azonban, végül, működésképtelenné válik.

Végeredményben a hosszú időn keresztül folytatott gyakorlat alapján sikerült kidolgoznunk egy új – a destruált TMSZ-re ráhatással bíró – manuális technológiát, ami a TMSZ anatómiailag szabályos státuszának helyreállítására irányul. Ezt az új technológiát neveztük el szisztémás rekonstrukciós terápiának (SZRT-nek).

A SZRT mechanizmusa az SZD irányával ellentétes irányban hat: a nagy destrukciós elváltozásokkal terhes stabil állapotból egy új – kevesebb destrukciós elváltozást tartalmazó – stabil állapot elérésére irányul, ami közelebb van a szabályos anatómiai státushoz. A szervezet saját magától nem képes elmozdulni az SZD-vel ellentétes irányba, mivel nem képes létrehozni önmagában olyan mechanikai erőket, amik a TMSZ elemeit visszafordítanák anatómiailag szabályos helyükre; azaz nem képes létesíteni visszahelyező (repozicionáló) erőket. Azonban egy másik – tanult – ember, aki a pácienshez képest egy magasabb szintű irányítórendszer szerepében lép fel, képes megtenni ezt.

Az SZD spontán módon lép fel és szakadatlanul zajlik az ember testében egész élete alatt. Egyre több izom fajul el, és egyre nagyobb mértékben; egyre több elem tolódik el szabályos anatómiai helyéről; egyre több elem szenved el degeneratív-disztrófiás elváltozásokat. Az SZD kezdete minden embernél egyéni, ami a későbbiekben előre kiszámíthatatlan módon, kaotikusan fejlődik tovább. Emiatt a destruktív elváltozások teljes konkrétuma, a destrukció rajzolata minden pillanatban minden embernél egyéni képet mutat. Az organikusan elfajult izmok, az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák,

valamint az eltolódott, degeneratív-disztrófiás elváltozások alá került elemek elhelyezkedésének teljes jellemzése mindenkinél egyéni. Az SZD-vel való szembeszállás módszertanát képviselő SZRT számításba veszi az SZD ezen fontos ismervét, ezért rehabilitációs fogásainak adagolása (a TMSZ 3000 anatómiai egysége mindegyikénél) a TMSZ-elemek és szövetek állapotának és valós térbeli helyzetének állandó diagnosztizálása közben történik minden kezelés alatt. Minden ember teste a maga nemében egyedülálló, megismételhetetlen.

TMSZ-e szövetösszetételének és szöveti tulajdonságainak a paraméterei ugyancsak egyediek (individuálisak); és – miként már említettük – saját SZD-jének rajzolata is egyedi, megismételhetetlen. Ezért az SZRT-t alkalmazó terapeuta (a rehabilitológus) minden embernél az egyéni sajátosságok figyelembevételével mellett végzi az illető TMSZ-ének helyreállítását. Tehát nemcsak mindegyik kezelés alkalmával, hanem minden egyes művelet végrehajtása közben is különböző, egyedi (individuális) taktikákat választ ki. Ezért aztán minden egyes művelet (a terapeuta minden egyes kézmozgása a páciens testén) az adaptív rekonstrukciós terápiás művelet (ART művelet) nevet viseli. Magától értetődő, hogy egy SZRT-kezelés az ART műveletek meghatározott halmazát jelenti. Az SZD tanulmányozására és a vele való szembenállásra fordított 30 év alatt szerzett *tapasztalatunk vitathatatlan megállapítása az, hogy az SZD megállítható*. Ez tény, ami viszont azt jelenti, hogy a TMSZ visszafordítható a szabályos anatómiai státuszba. Természetesen minél több év telt el az SZD elkezdődésének első pillanata óta, annál súlyosabb fokozatba jutott az SZD; és minél súlyosabb fokozatú a TMSZ elemeinél és szöveteinél bekövetkezett organikus elfajulás, annál nehezebb visszatéríteni a TMSZ-t az etalonhoz.

Mi az, amiben kifejeződik még a szisztémás destrukció jelensége? Mi az, amit minden beteg saját magán tapasztalt, és tapasztalt az őt gyógyító orvos is? A tüneti stádiumba jutott patológiás állapotot szívós, krónikus (elhúzódó) folyamat jellemzi, bárhol is van; valamint súlyosbodásának rendszeressége és – tegyük a kezünket a szívünkre és valljuk be őszintén – a kigyógyíthatatlansága. Emellett nem fontos, hogy a betegnél konkrétan milyen diagnózis lett felállítva: egyszerűen csak „hátfájások”, lumbágó, degeneratív csontosodási zavar (osteochondrosis), csigolyaízületi betegség (csigolyamerevedés / spondylarthrosis). Az sem fontos, hogy milyen idegek csípődtek be, vagy melyik ízületeknél következtek be degeneratív változások. A beteg egész életében megmarad az SZD-jelenség. Ami miatt mindez történik, ami miatt az ilyen diagnózisokat felállítják, az egyetlen okra: az üledékes hiperstruktúrára vezethető vissza. Ez az egyre élesebben fájó, egyre súlyosabbá váló patológiás struktúra egymáshoz kapcsolja, majd egyetlen konglomerátumba zárja a TMSZ összes destruktív elváltozás alá került elemét, később pedig – az SZD nagyon súlyos stádiumában – az ember egész testét.

Ebből a közös patológiás folyamat által létrehozott csomóból lehetetlen kiszakítani egyetlen fonalat és csak ezt az egyet gyógyítani, hiszen minden összefügg mindennel. Miként az egészséges TMSZ-ben az összes egészséges elem kapcsolatban áll egymással a szabályos mechanikai kapcsolatokon át, ugyanúgy a destruált TMSZ-ben is összeköttetésben áll egymással ennek minden eleme. Mégpedig szabálytalan mechanikai kapcsolatokon át, amiket az idő előrehaladtával a patológiás PVCS még jobban felerősít. A modern orvostudomány feldarabolja ezt a gordiuszi csomót, és az így keletkezett foszlányokat (az egymástól elválasztott patológiás állapotokat) külön gyógyítja. Az SZRT az egyetlen mód arra, hogy ezt a csomót ki lehessen bogni úgy, hogy a zsinog – vagyis a TMSZ – ép és egészséges maradjon. A SZRT az „SZD-vel szemben” elv (az „ellen-

kezőleg, nem úgy, mint az SZD” elv) szerint van felépítve. Ez szintén hosszú időt igénylő (de nem romboló, nem destruktív, hanem) helyreállító jellegű folyamat.

Miként már szó volt róla: az önszerveződési folyamatban a TMSZ összes eltolódott elemét organikusan elfajult izmok rögzítik. Az idegek vezetőképességének és az erek átjárhatóságának a zavarai miatt ezek az izmok üledékes struktúrák és hiperstruktúrák képződésének folyamatát indítják el. Más szóval olyan sajátos testzónák kialakulását, amik lerakódási üledékeket és degeneratív-disztrófiás elváltozások alá került, egyberagadt elemeket tartalmaznak. Az ilyen zónákban a TMSZ-IR nem képes teljes mértékben megvalósítani irányító befolyását. Az egészséges TMSZ visszaállításához meg kell fordítani a TMSZ-elemek organikus elfajulását; azaz a degeneratív-disztrófiás elváltozások alá került elemeket egészségessé kell tenni, majd pedig vissza kell őket állítani szabályos helyzetükbe. Ehhez az üledékes hiperstruktúrákat alkotó struktúrákat egymástól el kell választani, szét kell bontani, és el kell távolítani belőlük az üledékszárványokat. Vagyis az ilyen zónákat szét kell rombolni, helyre kell állítani bennük a normális vérkeringést és a normális beidegzést (az innervációt). Ezzel lehetővé válik az, hogy a TMSZ-IR újból bekapcsolódjon a TMSZ elemeiben zajló életfolyamatok irányításába.

Amikor aztán a páciens TMSZ-IR-e számára lehetővé válik, hogy hozzáférjen a degeneratív-disztrófiás elváltozásokkal terhes elemekhez, ezek mindegyik sejtjéhez, akkor a – rehabilitációt végző terapeuta ellenőrzése és irányítása alá került – TMSZ-IR képes létrehozni a destruált, rendellenes állapotba került elemek és szövetek ön-helyreállítási folyamatát. Ugyanakkor a TMSZ-IR nem képes létrehozni visszahelyező erőket. Helyette ezt a rehabilitológus valósítja meg. Ő az, aki ilyen erőket létrehoz; ő az, aki a páciens TMSZ-ének stabilitása szerint, erre ügyelve, kezelésről kezelésre haladva a vázizomzatban visszahelyezi az elemeket anatómiailag szabályos helyükre. Magától értetődik, hogy az SZRT a páciens szervezetének és a rehabilitológus IR-ének együttes, közös tevékenysége, ami nagy szakértelmet, sok évig tartó tanulást és gyakorlatot követel a rehabilitációt végző terapeutától. Az SZRT során alkalmazott manuális ráhatás (befolyásolás) taktikája abból áll, hogy speciális fogásokat alkalmazva mélyen behatolunk a páciens testébe. Mi ART nyomásnak (ART-pressingnek) neveztük el az ilyen fogást. Ez univerzális fogás, ami általánosan használatos a TMSZ-elemek diagnosztizálásának és organikus elváltozásaik megfordításának és visszahelyezésének minden szakaszában. Az ART nyomás szövetekre irányuló befolyást hoz létre. Következők a fő jellemzői:

- adaptív (alkalmazkodik annak a szövetnek az állapotához, amelyikre irányul);
- fájdalommentes;
- vektoriális (a szükséges irányba hat);
- mélyre ható (mélyen hatol a testbe, egészen a csontokig);
- egyenletes, sima (nem okoz sérülést a szövetekben ütésekkel, rángatásokkal és lökésekkel);
- szelektív tulajdonságú (az egyes izmok közötti különbségekre figyelő hozzáállást követel; csak az organikus elváltozással megtámadott szövetekre irányul és elfajulásuk súlyosságától függ; ezért az ilyen befolyás megvalósítása különböző nagyságú mechanikai erőt igényel).

Az SZD a test szisztémás szervezetét romboló – minden embernél elkerülhetetlen – folyamat. Elindítja a TMSZ legelső, hosszú ideje fennálló, etalontól való eltérése. Súlyosabbá válik minden ezt követő eltérés hatására, és önmaga fokozódásának forrásává válik a pozitív visszacsatolás révén. A patológiás elváltozás kezdetének időpontja, fejlődésének üteme és mélysége természetesen függ az eltérések súlyosságától és a po-

zítív visszacsatolás mélységétől. A gyakorlatban nem lehet elérni, hogy az ember teljesen egészséges legyen; éppen így elérhetetlen az is, hogy a TMSZ abszolút ideális legyen. Elérhetetlen ez azért, mert már a születés pillanatától kezdve számos olyan tényező kezd hatni az ember testére, amiket mi könyvünkben „a szabályos anatómiai státusztól való nem-szisztémás eltérések iniciáló és erősítő tényezői” (IET) névvel jelöltünk meg.

Tekintsük át az ilyen a tényezők SZD-re gyakorolt hatását az egyén egész életfolyamata alatt bekövetkező természetes keletkezésük sorrendjében. Először vegyük vizsgálat alá az újszülötteket, akiknek TMSZ-elemeiben létezhetnek veleszületett szövetmegbetegedések, fejlődési anomáliák vagy születéskor szerzett traumák. Nem mindegyik rendellenességet szokták észrevenni, vagy pláne kiküszöbölni a gyermek felállása előtti időpontig. Vagyis azon időpontig, amikortól a TMSZ teljes erővel kezdi teljesíteni fő feladatát: a test stabilitásának fenntartását a térben. Az említett eltérések azonnal kivátanak szisztémás választ, aminek hatására helyreáll a TMSZ stabilitása:

- egyrészt néhány eleme (a térbeli konstrukcióban elfoglalt anatómiailag szabályos helyéről való) eltolódása árán;
- másrészt a mozgásba hozott izmokban (az eltolódással egyidejűleg) fellépő hipertónus és hipotónus kialakulása következtében.

Ha ezek után nem kerül sor a TMSZ szabályos anatómiai státuszának helyreállítását szolgáló intézkedésekre, akkor a TMSZ-IR nekiáll rögzíteni a megváltozott tónusú izmokat. Megkezdődik ezek organikus elfajulása, és beindul az SZD-folyamat. Ez az SZD beindulásának legkedvezőtlenebb változata. Hiszen jelentős veleszületett rendellenességek fennállása esetén a TMSZ egész rendszerében is azonnal jelentős deformációk keletkeznek. Az elfajult izmok nagy kiterjedésű szakaszai gátolni kezdik a vérkeringést ezen izmokban, az eltolódott csontelemekben és a test velük szomszédos szakaszaiban. Ez aztán még nagyobb degeneratív-disztrófiás elváltozáshoz vezet azokban az elemekben, amelyekben elkezdődött, amelyektől elindult az SZD-folyamat. Növekedésben lévő szervezetnél ez a visszacsatolás legtöbbször a hátgerincferdülés súlyos formáihoz és az ember rokkanttá válásához vezet.

Szerencsére a gyermekek többségének nincsenek ilyen veleszületett rendellenességeik. A gyermekek első élet éveitől kezdődő – SZRT-módszerünkkel végzett – diagnosztizálásaink során viszont azt figyeltük meg, hogy 90%-uknál már fejlett szisztémás destrukciós folyamat létezett. A 30 évi gyakorlati munkánk során vizsgálatunk alá került gyermekek 20%-ánál (több ezer 2–3 éves korú gyermeknél) pedig az SZD már az általános szétterjedés stádiumában volt. Az anatómiai státusz milyen primer eltérései vezethettek ide? Véleményünk szerint ezek olyan traumák és mikrotraumák lehetnek, amiket a kisgyermekek önálló elmozdulásuk, játszadozásuk stb. kezdeti szakaszában szerezhetnek. Létezik olyan vélemény, ami szerint az ilyen eltérések gyermekek esetében nem okoznak kárt és számukra ezek teljesen természetesek. Azonban a korai gyermekkorban szerzett – szinte fájdalommentes – nem nagy mértékű eltolódás mégiscsak eltérést jelent a TMSZ etalon állapotához képest. Ezt az eltérést izomtónus-változás kíséri: a normálistól eltérő tónusú izmokat organikus elfajulás rögzíti, ami az SZD-folyamat beindulását jelenti. A gyermekek 20%-ánál észlelt általánossá vált, szétterjedt SZD pedig – véleményünk szerint – általános anyagcserezavarok következménye, tehát más szervek és rendszerek egészségtelen állapotához kötődik. A nem szabályos anyagcsere termékei és a gyulladásos folyamatok mérgező termékei a TMSZ izomszövetei és más szövetei számára belső eredetű (endogén), sérülést okozó ágenseknek tűnhetnek és emiatt gyorshatják a trauma által már elindított SZD-t.

Létezhet ezzel ellentétes szituáció is. Az, amikor a belső szervek megbetegedése miatti (az emésztő traktushoz tartozó gyomor vagy a bélrendszer, a vesék, a belső elválasztású mirigyek zavaraival kapcsolatos) rendellenességekhez, szabálytalan anyagcseréhez kapcsolódó szövetelfajulási folyamat indítja el az SZD-t. Az ilyen eredetű SZD rohamosan terjed az egész szervezetben. Minden izomszövet összeragad, összeáll egyetlen közös hiperstruktúrává, egy páncélköpennyé, ami akadályozza a kisgyermek növekedését és a csontrendszer összes csontjánál eltolódást okoz. Az ilyen gyermekeknél gyakran képződnek bordapúpok.

Ha feltételezzük, hogy a kisgyermek szerencsésen elkerülte az SZD elkezdődésének fentiekben említett összes változatát, azaz nincsenek veleszületett rendellenességei, traumái, mikrotraumái és anyagcserezavarai, akkor nagyon valószínű, hogy a TMSZ-re destruktívan ható folyamat elkezdődését beindíthatják azok az állandó statikai terhelések, amik a tanulási folyamattal – az iskolába járással – kezdődnek (a hosszú ideig tartó statikai feszültség olyan izomfeszültség, ami munkavégzési testtartásnak felel meg). Ha a TMSZ hosszú ideig rögzítve van valamilyen statikai helyzetben, és felvesz egy ehhez – a munkához, a tanuláshoz – igazodó alkalmas testtartást, akkor a működésbe lépett izmoknál önmagától (spontán módon) jelentkezik a hipertónus. Ha a pihenés ideje alatt nem következik be a normális tónus helyreállása (márpedig az esetek többségében éppen ez történik), akkor a TMSZ-IR az ilyen izmokat organikus elfajulással rögzíti, és ezzel elkezdődik az SZD – majd megy tovább, követve az általános sémát.

Az SZD kezdetének következő – tipikusnak tekinthető – fajtája az, amikor hosszú időn át fennálló dinamikai terhelés hatására következik be a megváltozott tónus rögzítése. Sok szülő úgy gondolja, hogy a sport, vagyis a fokozott izomtevékenység használ a gyermeknek és segíti a szabályos testtartás kialakítását. Ezzel azonban csak számos fenntartás mellett lehet egyetérteni.

Először: a fokozott izomtevékenységet ellenőrizni kell, és nem szabad (a konkrét szervezetnél túlzásba vinni) erőltetni, mert a fizikai túlterhelésből származó, visszamaradó (remanens) izom-összehúzódnás állandósul (éppen ez történik a sportolók többségénél). A TMSZ-IR ezt az állapotot hipertónusnak fogja fel, és – az energiafelhasználás minimalizálására törekedve – az izomszövet organikus elfajulásával elindítja a TMSZ önszerveződését.

Másodszor: edzeni és ennek révén pozitív hatást, vagyis feszes izmokat (izom-hipertrofiát) és izomerősödést elérni csak kezdetektől fogva egészséges izmoknál lehet. Vagyis olyan embereknél, akiknél még nem kezdődött el az SZD-folyamat; vagy ha igen, akkor még jelentéktelen.

Ellenkező esetben az önszerveződés főnt ismertetett folyamata nagyon gyorsan fel lép, mert az elfajult izmok nagyon gyorsan elfáradnak, megdagadnak (vizenyőssé válnak), és a bennük pangó jelenségek felerősödnek. Ez felerősíti a patológiás visszacsatolást, és a szisztémás destrukciós folyamat gyorsan eljut az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák képződésének stádiumába. Ha pedig léteznek már ilyen struktúrák az emberben, akkor a fizikai gyakorlatok alatt keletkező mechanikai erők szabálytalanul oszlanak el a TMSZ-ben. Ez viszont nagyon súlyos gerincferdülést, durva deréktáji és mellkasi eltolódásokat vált ki. Ezek az eltolódások többszörösen fölerősödnek annál az embernél, akinek a TMSZ-ében már léteznek hasonló deformitások, és most fokozott edzések hatása alá kerülnek. Nemegyszer észleltük ezt azoknál a gyermekeknél, akik nagy szorgalommal végezték a gyógytornát (GYT) a scoliosisos gyerekek számára szakosított internátusokban.

Nehéz elképzelni korunkban olyan embert, aki a gyermekkori és az iskolai nevelés minden szakaszán úgy tudott volna túljutni, hogy sikerült elkerülnie a szisztémás destrukció kezdeteit, bár ez – elméletileg – lehetséges. A gyakorlatban azonban ez nem fordul elő, mivel létezik az univerzális IET, amit egyoldalú munkaorientációnak neveznek. Amikor a gyermek tárgyakat kezd a kezébe venni, akkor valamelyik oldalát előnyben részesíti, és azt fokozottan kezdi használni (a legtöbb gyermek a jobb oldalát). Emiatt a jobb kéz izmai és az egész jobb oldali (tehát a munkát végző) testfélnek az izmai erősebben fejlődnek, ami a hátgerincet aszimmetrikusan terheli. Tulajdonképpen ezzel állandóan jobb oldalra tolódik a hátgerinc. Erre adott válaszként az ellenoldal izmai – a TMSZ stabilitásának megőrzésére törekedve – állandóan hipertónusban lesznek. Ezt aztán követi az izmoknak az elfajulása és az SZD-folyamat beindulása.

Az utolsó, teljes egészében hipotézisnek számító változatot az az abszolút egészséges ember képviseli, akinek a jobb oldalán és a bal oldalán az izmok egyenletesen vannak kifejlődve. Nincsenek veleszületett rendellenességei vagy születéskor szerzett traumái; soha nem is voltak traumái vagy mikrotraumái. Szervei szabványszerűen egészségesek, és a TMSZ-ére ható mérsékelt statikai és dinamikai terhelések optimális működésmódját betartva dolgozik: egyenlően, azonos mértékben használva mindkét karját és egyformán terhelve teste mindkét felét. Mivel azonban az öregedés miatt – végül is – a leg-egészségesebb szervezet is meghal, az öregedési folyamat fogja elindítani az ilyen ember testében az SZD-t. Az SZD-folyamat konkrét kifejezési formát fog ölteni vagy az idegek vezetőképességének és az erek átjárhatóságának zavarai, vagy izomrostorsorvadásban (atrófiában), ami a nem elegendő fizikai aktivitás miatt lép fel. A két utóbbi IET saját maga képes elindítani az SZD-t bármelyik – akármilyen korai – életkorban. Az idegek vezetőképességének és az erek átjárhatóságának a zavarai azonban a pozitív visszacsatolás elválaszthatatlan alkotórészét képezik.

Azért írtuk le ilyen részletesen az SZD-folyamat elindulását és fölerősödését kiváltó összes lehetséges okot, hogy érthető legyen: a szisztémás destrukciós folyamat bizonyos mértékben feltétlenül jelen van minden emberben; és minél több IET hat az emberre, annál mélyebb, annál súlyosabb ez a folyamat. Akkor tehát az a feladata az orvostudománynak, hogy olyan javaslatokat dolgozzon ki, amelyek lehetővé tennék:

- egyrészt azt, hogy minél több ilyen tényezőt sikerüljön elkerülni;
- másrészt az SZD-folyamat késleltetésének kitanulását, és, ha lehet, ennek a folyamatnak a megfordítását; vagyis a TMSZ visszatérítését anatómiailag szabályos státuszába.

Mindemellett mindig tudomásul kell venni, hogy az SZD-folyamatot teljesen megállítani nem lehet; éppen úgy, ahogyan az egész szervezet öregedését sem lehet elhárítani.

Ezek után kezdjük most azzal, hogy áttekintjük: mit is tud a mai napig az orvostudomány a szisztémás destrukcióról. Semmit, mivel nem látja ezt a folyamatot a maga teljességében, és csak helyi megnyilvánulásával foglalkozik: lényegében a hátgerinc degeneratív-disztrófiás elváltozásaival. Ezt tanúsítja az ortopédia két új szakosított (specializált) tudományágának: a csigolyagyógyászatnak (vertebrológiának) és a csigolya-idegyógyászatnak (vertebro-neurológiának) a létrehozása. Az SZD-elmélet szemszögéből nézve ezek a tudományágak az SZD-tevékenységnek csupán a végeredményét tanulmányozzák: a test központi támaszát jelentő gerincnek a megbetegedéseit. Az említett diszciplínák szerint minden baj a csigolyaközi porckorongokban jelentkező degeneratív-disztrófiás folyamattal kezdődik, miközben a valóságban minden ezzel fejeződik be.

Elméletileg mi már bebizonyítottuk, és a gyakorlatban mindig azt tapasztaljuk, hogy a szabályos anatómiai státusztól való első (meg nem szüntetett) eltérés fellépésétől kezdve az ember TMSZ-ében (már fiatal korban, majdhogynem a születésétől kezdve) elkezdődik szisztémás szervezettség tönkremenetele, rongálódásának folyamata, amit mi szisztémás destrukciónak nevezünk el. Ezt a folyamatot tovább súlyosbítják a ráakódó új eltérések és a patológiás visszacsatolás. Az SZD mechanizmusa a szabályos anatómiai státusztól való eltérések egyre nagyobb mennyiségéhez vezet, amik a TMSZ-hez tartozó elemek formájának, szövetösszetételének és szöveti tulajdonságainak organikus elváltozásaiban fejeződnek ki. Ezek az elváltozások degeneratív-disztrófiás elfajulásoknak nevezhetők. A térbeli konstrukcióban ezzel egyidejűleg zajlik a TMSZ összes elemének eltolódása, ami egy növekvő, egyre fokozódó eltolódási folyamat. Az SZD (működési) természetét a TMSZ-IR által gyakorolt, TMSZ-re ható céltudatos irányítás jelenléte határozza meg. Ez az irányítórendszer a TMSZ-nél fellépett traumákra, betegségekre és túlterhelésekre csak a normális izomtónus változtatásával képes reagálni azzal a céllal, hogy az új viszonyok között is ellássa fő feladatát: az emberi test térbeli stabilitásának – minimális energiafelhasználással történő – biztosítását (hiszen enélkül elképzelhetetlen az ember élettevékenysége). A stabilitás elvesztését kiváltó fent említett zavarokra a TMSZ-IR kénytelen azzal válaszolni, hogy a TMSZ-t törekszik alkalmassá tenni, adaptálni egy új, stabil állapot elérésére. Ezt úgy valósítja meg, hogy az etalon állapotot biztosító normális izomtónust hipertónusra és hipotónusra változtatja át azokban az izmokban, amelyek kapcsolatban állnak az eltolódott elemekkel. Ezután pedig – az új stabilitás fenntartásához szükséges energiafelhasználás minimalizálására törekedve – elindítja az önszerveződési mechanizmust: organikus elfajulással rögzíti (fixálja) azokat az izmokat, amelyek tónusát megváltoztatta. Az organikusan elfajult izmok és a helyükről eltolódott elemek jelentik az idegek vezetőképességének és az erek átjárhatóságának a zavarforrásait saját magukban is és – természetesen – a TMSZ szomszédos elemeiben is. Ez vezet el aztán az SZD-folyamatra jellemző specifikus jelenséghez: konglomerátumok képződéséhez, amik a TMSZ – üledékes zárványok által „összeragasztott” – egymással szomszédos elemeiből állnak. Hangsúlyoznunk kell, hogy az üledékes zárványok azoknak az organikus folyamatoknak a termékei, amik közvetlenül az ilyen szövetekben (a szabálytalan anyagcsere következtében) keletkeznek, és ezek nem valamilyen feltételezett (hipotetikus) „sólerakódások”. Létrejöttük kezdeti szakaszában ezek az üledékes zárványok enyvszerű, ragadós folyadékot képeznek, amik képesek bejutni a TMSZ szomszédos, egészséges elemeibe is, és ezzel új elemeket vonnak a cementálódási zónába. A későbbiekben bekövetkező kiszáradásuk merev, mechanikai, nem-anatómiai kapcsolatok kialakulásához, azaz üledékes hiperstruktúrák képződéséhez vezet. Ez az egyesülésre irányuló tendencia állandóan fokozódik, és végső soron az összes hiperstruktúra további nagybodásához és egyetlen páncélba zárásához vezet. Az ilyen hiperstruktúrák az SZD nagyon gyors fejlődéséhez vezetnek, mert olyan nem-anatómiai terhelő erőket képviselnek, amik a TMSZ-re és főként a gerincet alkotó struktúrákra hatnak. Éppen az üledékes hiperstruktúrák a közvetlen okozói az úgynevezett rendellenes csontfejlődésnek (az osteochondrosisnak), azaz a csigolyaközi porckorongok degenerációjának, amit a későbbiekben a korong előrecsúszása (prolapsus disci) és a korongtöredékek gerincvelő-csatornába esése követ. Pont az üledékes hiperstruktúrák belsejében keletkezett szövetcementálódás, szövet-összeragadás és szövetelnyomás vezet súlyos vérkeringési zavarokhoz az általuk közvetlenül bezárt elemekben és a hozzájuk közel lévő elemekben is a szervezet szisztémás tulajdonságai következtében. Ez

a folyamat vezet a csigolyaközi korongok elvíztelenedéséhez, táplálásuk zavaraihoz, vagyis degeneratív-disztrófiás elváltozásokhoz a korongokban is és más gerincstruktúrákban is (a szalagokban, az igazi ízületekben, a csigolyák csontszövetében). A TMSZ mechanikáját durván torzító hiperstruktúrák létezése esetén a járáskor és munkavégzés közben jelentkező nem nagy terhelések is okozhatnak a csigolyatesteknél váratlan, előzetesen meghatározhatatlan eltolódásokat és rongálódásokat a – destrukciótól meggyöngyült – korongoknál. Így néz ki az osteochondrosis és következményei fejlődésének igazi algoritmusai. Az SZD az igazi oka a TMSZ-ben jelentkező fent leírt – és az összes többi – degeneratív-disztrófiás deformitásnak: a scoliosisnak, a kyphosisnak, az emberi test arányainál jelentkező más torzulásoknak, amelyek közül az „egyszerűen nem szép” testalkatot tartják legkevésbé fontosnak. Az SZD megnyilvánulásainak kell tekinteni az összes vázizomfájdalmat, köztük a hírhedt „hátfájásokat” és az izomhártyák triggerpontjait. Az SZD válhat az izomsorvadás, a csonttritkulás, a rendkívüli soványság és kövérség, a testbőr és az arc idő előtti öregedése, a ráncok képződése valódi okozójává. A test bármelyik részénél jelentkező vérkeringési zavarok és az idegek vezetőképességénél fellépő zavarok, amiket a SZD indított el, pangó jelenségeket idézhetnek elő más szervekben és más rendszerekben is, de okozói lehetnek az ezekben már meglévő patológiás folyamatok krónikussá válásának is.

A mai modern orvostudomány a következő gyógyító eljárásokat és gyógyszereket alkalmazza a hátgerinc degeneratív-disztrófiás betegségeinek gyógyítására:

- 1.) sebészeti beavatkozást;
- 2.) fájdalomcsillapító és gyulladásgátló szerek igénybevételét;
- 3.) fizioterápiás gyógyítást, amihez különféle műszaki eszközöket vesz igénybe: hő-, fény-, mágneses, ultrahang hatással működő készülékeket;
- 4.) reflexterápiát, lényegében véve tűszúrásos gyógyító eljárást;
- 5.) gyúrást (masszázst);
- 6.) manuális terápiát;
- 7.) gyógytornát.

A felsorolt összes intézkedés a patológiás elváltozás fészkeire irányul, ami megjelenik fájdalom vagy gyulladás formájában, a fészekben és a tőle függő területeken fellépett beidegzési és vérkeringési zavarok, valamint a mozgásfunkciók és mozgatási funkciók zavarainak formájában. Hatékony-e az ilyen gyógyítás? Vezet-e tartós pozitív eredményre? Gyakorol-e hatást a patológiás betegség okára? Kizárja-e ugyanezen ok újbóli jelentkezését?

A sebészeti beavatkozás hatékony intézkedés, mivel a létfontosságú életjelzők figyelemmel kísérése mellett zajlik: a gerincvelő, továbbá ennek ideggyökerei és táprendszeri összenyomása veszélyének szem előtt tartása mellett. Ilyenkor a sérült porckorongot / porckorongokat eltávolítják, és a csigolyákat összekapcsolják, „összeforrasztják” csonttranszplantációkkal vagy fémbetétekkel (fémprotézisekkel), amiket csavarokkal rögzítenek. Magától értetődő, hogy a sebészeti beavatkozás – még ha sikeres is – hosszú helyreállítási időt követel, csökkenti a gerinc hajlékonyságát és működési lehetőségeit. Az SZD-elmélet megvilágításában azonban azt kell mondani, hogy a sebészeti beavatkozás a TMSZ szisztémás destrukciójának igen erős elindító és erősítő tényezőjének látszik.

A tünetegyüttes megszüntetésére irányuló összes többi (a 2–7. pontban felsorolt) módszer és eszköz részben segít a „heveny” megnyilvánulások időszakában. Ezután azonban sok éven át fennálló, néha a beteg életének végéig elhúzódó krónikus időszak

következik. Magától értetődő, hogy az ilyen gyógyítás hatékonysága kicsi. Azonban ez nem is lehet más. Hiszen az összes degeneratív-disztrófiás elváltozásnak és vészes következményeinek igazi oka a szisztémás destrukciós folyamat, ami magával ragadja az egész TMSZ-t. A súlyos stádiumba jutott SZD megzavarja a TMSZ egész mechanikáját, mivel:

- a TMSZ elemeinek összetételét, tulajdonságait és alakját megváltoztatja;
- az üledékes hiperstruktúrákkal minden oldalról nyomja a gerincet és ezzel rontja a vérellátást;
- ezenkívül arra kényszeríti a TMSZ-t, hogy kaotikusan ráható terheket viseljen.

Képesek-e a fent említett gyógyító intézkedések egy ilyen állapotban lévő TMSZ-re úgy hatni, hogy visszaadják szabályos anatómiai státuszát? Hiszen ehhez szükséges, hogy ezek az intézkedések:

- az üledékes hiperstruktúrák alkotóit, az üledékes struktúrákat egymástól elválasszák (dezintegrálják) és az összetartásukra szolgáló üledékes zárványokat eltávolítsák;
- a zárványokban fogva tartott elemeket szabaddá tegyék;
- az említett elemekben biztosítsák a szabályos vérkeringést és a beidegződést;
- a szabályos anatómiai státusz visszaállításához magában a szervezetben elindítsák, irányítsák és ellenőrizzék a helyreállítási (rekonstrukciós) folyamatot, mivel ez képes arra, hogy
 - megszüntesse az elemekben keletkezett degeneratív-disztrófiás elváltozásokat
 - és helyreállítsa az immár sok év óta patológiás elemek összetételét, tulajdonságait és alakját.

Végül az is szükséges, hogy külső (rehabilitológus által létrehozott) mechanikai erő segítségével a TMSZ térbeli szerkezetében az eltolódott elemet visszategyék anatómiai ilag szabályos helyére. A fent feltett kérdésre adandó válasz tehát – egyértelműen – csakis NEM lehet. Az ilyen intézkedések nem képesek visszaadni a TMSZ-nek szabályos anatómiai státuszát.

Az orvosok nem értik meg, hogy a gerinc egyik vagy több más szegmentumában jelentkezett patológiás állapotot lehetetlen gyógyítani úgy, hogy nem veszik figyelembe az egész TMSZ-ben fennálló zavarok teljes komplexumát, ami a csigolya „megszólalásának” a pillanatában már létezett, hiszen ilyen esetben a TMSZ már teljesen megváltoztatta anatómiai státuszát. Nevetséges, ugyanakkor részben rettenetes:

- olvasni a manuális terápia fogásairól szóló olyan tájékoztatót, ami jogot formál arra, hogy „az ember anatómiája, fiziológiája, ortopédiája, neurológiája és biomechanikája területére vonatkozó tudományos (szakmai) ismeretek szintézisének” nevezzék ezt a terápiát;
- találkozni olyan szóösszetételekkel, mint a „krónikusan begörcsölt izom”, hiszen pontosan tudjuk, hogy ilyenkor egy organikusan elfajult izomról van szó, ami valamilyen hiperstruktúra elválaszthatatlan részévé vált már.

Ugyanilyen „szintézisre” utaló találgatásokra nyújtanak alkalmat a következő mondatok:

- „a funkcionális leblokkolás (működésleállítás) a gerinc mozgató szegmentumának korlátozott (de helyreállítható) mozgatóképessége. Ez a leblokkolás az ereken belüli kötőszöveti elemek kölcsönös helyzetének változása nyomán jön létre: az edények körüli, reflexvezérléses izomrögzítés hatására.”;
- „a mozgósítási (a mobilizációs) és a befolyásolási (a manipulációs) technika olyan speciális, célzott fogásokat tartalmaz, amik megszüntetik a nem normális feszült-

séget a szalagokban, az izmokban, a tokokban (a kapszulákban), az ízületekben stb.” [9, 10].

Magunktól fűzzük hozzá, hogy ilyen esetben erővel végrehajtandó fogásokról van szó, amik sok év óta destruktívtól rongált, organikus elváltozás alá került elemekre irányulnak, amik nem reflexvezérléssel lettek rögzítve, hanem az izomszövet organikus elváltozásával! No de idézzük tovább ezt a szerzőt: „kilélegezési fázisban kezelést végzünk; ezalatt nem nagy térfogatú, de gyors mozgást hajtunk végre ... a mozgáskorlátozottság irányába. Ilyenkor gyakran hallatszik ropogás, ami egyáltalán nem kötelező, és a kezelés sikerességét sem tanúsítja. Ajánlatos, hogy a kezelés befejezése után feküdjön a beteg még 20–30 percig”. Nem folytatjuk tovább az idézetet. Hiszen ebből is látható már, hogy a szerzőnek fogalma sincs arról, hogy.

- a gerincnél – és nem csak a gerincnél – sok csontelem eltolódott anatómiailag szabályos helyéről;
- az ilyen elemekben degeneratív-disztrófiás elváltozások jöttek létre;
- a szóban forgó csontelemeket szorosan rögzítik a TMSZ önszerveződési folyamatban organikusan elfajult izmok, szalagok és inak;
- az ilyen elemeknek erővel történő kiszabadítása (nem normális feszültség alól való kivétele rángatással, mechanikai erőfeszítések útján) az elemek törését, szétrántását, traumáját jelenti.

Ezenkívül még azt is figyelembe kell venni, hogy a destruált TMSZ-ben durva rendellenességek és zavarok is keletkeztek a mechanikai kapcsolatokban, és lehet, hogy az idézett „gyors mozgás” egyáltalán nem oda továbbítja az erőt, ahová az orvos gondolta, ami aztán kiszámíthatatlan traumákat okozhat. Talán erre – a kiszámíthatatlan traumára – gondoltak a szerzők, amikor ropogásról beszélnek, és azt javasolják, hogy az ilyen „gyógyító” manipuláció után 20–30 percig maradjon fekvő a páciens? De hiszen még K. Levit, a manuálterápiás orvostudomány területének vitathatatlan tekintélye is őszintén elismeri: „még ha meg is vagyunk győződve arról, hogy a manuálterápiás fogásokkal végrehajtott gyógyítás eredményeként áll helyre a mozgás a bilincsbe vert ízületben, és, ha ehhez még a reflexmegnyilvánulások jelentőségét is számításba vesszük, akkor is csak nagyon nehezen, pontatlanul tudjuk elképzelni, hogy tulajdonképpen mi is játszódik le magában az ízületben” [9, 10].

Mi viszont SZRT-terápiánk segítségével 30 év alatt szerzett TMSZ-helyreállítási gyakorlatunk tapasztalatával rendelkezve nagyon pontosan el tudjuk képzelni, hogy a hivatalos orvostudománynak fogalma sincs az embernél mindig fennálló, TMSZ-re ható szisztémás destruktóról. Arról, ami miatt a TMSZ teljesen deformálttá válik, szövetei organikusan elváltoznak, és a gerincízületek (és más ízületek is) össze vannak préselve és kötömör üledékes hiperstruktúrákba vannak zárva.

Bizonyos analógiát lehet felállítani a destrukció által megtámadott TMSZ és a jégtömbbé összefagyott, földig lehajló fa között, aminek néhány ága kiáll a jégtömbből (vegyük úgy, hogy a fa a csontvázat jelenti, a jégtömb pedig a TMSZ összes, egyetlen közös hiperstruktúrává összenőtt lágy szövetét). Nos, a manuálterapeuta által alkalmazott fogások mindegyike:

- a mobilizáció, azaz az izmok mozgósítása,
- a manipuláció, azaz az izmok „kezelése”,
- a trakció, azaz az izmok kinyújtása, széthúzása (vagyis a nyújtógyakorlatok)

a már említett ember viselkedésére emlékeztetnek minket; arra, akinek eszébe jutott felemelni a meggömbült fát és kiegyenesíteni az ágait úgy, hogy ezeket a szabad, kiálló

végeiknél fogva húzgálja. Minden egészségesen gondolkodó ember számára nyilvánvaló, hogy a fa helyreállítását a jég felolvasztásával kell elkezdni, és közben óvatosan kell eljárni, lépésről lépésre haladva, azaz a korona szélétől a fa törzse felé. A terhelést egyenletesen és fokozatosan kell levenni. Ezért előbb a fa törzsét és koronája egy részét kell megmelegíteni, és nem szabad jégtömböt hagyni a többi ágon, mert annak súlya a támaszokat vesztett ágakat eltöri. Az SZD-vel folytatott küzdelemben a manuálterápia más (ügynevezett lágy) technikái, amik a „görcsbe összehúzódtott izmokra” irányulnak [9], szintén hiábavalók; például a befejezéskor alkalmazott szabályos ütemben végzett izomgörcslazítás (posztizometriás relaxáció). Itt újból emlékeztetnünk kell arra, hogy a destruált TMSZ-ben az izmok egyáltalán nincsenek görcsös állapotban, hanem organikus elfajulás stádiumában vannak. Ezért az említett technikák alapját képező nyújtógyakorlatok, amik az ilyen izmok erőszakos széthúzására irányulnak, természetesen nem képesek az organikus elváltozás megfordítására.

A manuálterápiát mi – a TMSZ gyógyításánál – veszélyes és nem hatékony módszernek tartjuk. Ugyanis: még ha sikerül is erőszakos módon szabaddá tenni az ízületet, akkor ezt az ízület sérülése, rongálódása kíséri; ami a későbbiek során – feltétlenül – az erőszakkal széthúzott szalagok és inak még nagyobb mértékű organikus elfajulásához, valamint a környező izmok még nagyobb hipertónusához vezet. Ez viszont a destruktív folyamat súlyosbodása miatt az ilyen izmoknak a további keményedéséhez vezet. Ez a fajta, részenként folyó „gyógyítás”, vagyis a destruktíótól érintett TMSZ-be való durva behatolás feltétlenül reakciót vált ki a TMSZ stabilitását ellenőrző szervnél, a TMSZ-IR-nél, mégpedig szisztémás választ. A válasz magával hozza a rendszer új, stabil állapotba való átmenetét. Az új, stabil állapot rendszerint rosszabb az előzőnél, mivel a TMSZ szabályos anatómiai státuszától való új eltérések árán jön létre, ami súlyosbítja az SZD-t.

A gyógytorna (GYT) ugyancsak kis hatékonyságú a destruktio súlyos stádiumában lévő TMSZ számára. Csak a kezdeti stádiumban lévő destruktiónál képes fékezni a GYT az SZD-t: akkor, amikor a hiperstruktúrákban lévő zárványok még folyékony halmazállapotban vannak, és a GYT lassítja ezek megkeményedési folyamatát. Ha azonban egyszer elkezdődött a GYT alkalmazása, akkor azt a beteg egész életében alkalmazni kell, és nem szabad abbahagyni, mert a gyakorlatok – akár rövid ideig tartó – szüneteltetése alatt az üledékes zárványok teljes tömege „megdermed”. Emellett az újból beindított edzések a megrongált, destruktio alatt lévő izmokban állandó hipertónust hoznak létre, mégpedig gyorsan, ami az SZD pótlólagos jellegű, újabb menetének kialakulásához vezet. Ez gyakran fordul elő azoknál a sportolóknál, akik abbahagyták a rendszeres sportolást, és nagyon gyorsan nagyon beteg emberré válnak.

A TMSZ szabályos anatómiai státuszától való – primer, iniciáló – eltéréseinek és az ezeket követő többi – destruktioerősítő – eltéréseinek okait, az indító és erősítő tényezőket (IET-t) vizsgáló fejezetrészen arra a következtetésre jutottunk, hogy nem lehet elkerülni az SZD-t. Mindemellett azonban állítható: minél kevesebb IET-t kell eltűrnie az embernek, és ezek minél későbbi életkorban kezdenek hatni rá, annál nagyobb annak a valószínűsége, hogy az SZD-folyamat kevésbé lesz súlyos (különösen fontos szerencsésen átjutni a növekedési perióduson).

Nem fogjuk megismételni azokat a javaslatokat, amik arra vonatkoznak, hogy milyen életmódot kell folytatni, és a TMSZ milyen működési módját kell alkalmazni ahhoz, hogy némelyik IET-t elkerülhessük. Mindezeket régóta ismertetik az ortopédus orvosok és más szakemberek (köztük az egészséges életmód propagandistái is). Ezeket a – lényegében – helyes javaslatokat könnyebb leírni, mint végrehajtani (sajnos ezt kell mondani).

Mindenki számára magától értetődő dolog, hogy kerülni kell a traumákat és a mikrot-raumákat, hogy kényelmes bútorokat kell használni, és az embernek nem szabad túlterhelnie saját TMSZ-ét.

Mi csupán **egyetlen – saját – javaslattal** állunk elő, aminek nem teljesítése azonban áthúzza, teljesen megsemmisíti az összes többi jó tanács és jó kívánság hatását: **az embernek kerülnie kell az izomzat hipertónusainak és hipotónusainak a fixációját.**

Miként többször is említettük, a hipertónust és a hipotónust az izomszövet organikus elfajulása rögzíti. Mikor keletkezik a TMSZ-ben ilyen állapot? Emlékezzünk rá, hogy etalon állapotban (a szabályos anatómiai státusznál) minden izom tónusa normális. Az emberi test státusza nagyon plasztikus: a csontváz nagyobbik része mozgathatóan van rögzítve, erre szolgál a „csont és izom” pár szétszakíthatatlan kapcsolata. Ha a TMSZ térbeli konstrukciójában egy csontot elmozdítunk anatómiailag szabályos térbeli helyéről, akkor ugyanazon pillanatban fellép a TMSZ-IR reakciója (az alkalmazkodásra vonatkozó utasítás), és ennek nyomán az elmozdult csonttal kapcsolatban álló összes izom megváltoztatja tónusát, ami már el fog térni a normálistól. Emellett egyetlenegy csont eltolódása is már egyensúlyzavart okoz, amire szisztémás válasz következik: a többi csont kompenzációs eltolódása és a velük kapcsolatban álló összes izomban az izomtónus-változások megfelelő láncolatainak jelentkezése. Mindennek a fordítottja is igaz: az izmok tónusváltozása maga után vonja a csontok eltolódását. Ilyen mechanizmus található minden mozgással kapcsolatos aktus alapjában: akár az emberi akarat utasítására történik a mozgás, akár a tudattól független, tudat alatti utasításra, vagyis a (TMSZ-t érő külső és belső erők hatása miatt) TMSZ-IR által kiadott utasításra.

Az életben állandóan keletkeznek az izomzatban hipertónusok és hipotónusok a statikus pózok (a mozdulatlan testtartások) hosszú ideig tartó változatlanságánál. Nincs is jelentősége annak, hogy az ember szabályos vagy szabálytalan testtartásban van. Például: nem fontos, hogy kényelmes vagy kényelmetlen padon ül az ember; az sem számít, hogy eközben a hátát egyenesen vagy ferdén tartja. Ugyanis az izmok organikus elfajulása rögzít bármilyen helyzetet, és – az adott helyzetnek megfelelően – vagy elkezdődik a destrukciós folyamat; vagy, ha ez már fennáll, akkor ez tovább fog erősödni. Természetesen az egyenes hát jobb, mint a görbe; de a katona „kiegyenesített” testtartása – egy sor megkeményedett izommal társulva – semmiképpen nem fogja az ilyen izmok gazdáját egészségesebbé tenni annál az otthonülőnél, aki a televízió előtt hátra dőlve sokáig üldögél a „kényelmes” karosszékekben, ami minden oldalról megtámasztja testét. Az ilyen ember izmai elernyednek a hosszú ideig tartó statikus póz miatt, mivel sokáig vannak hipotónusban. Nem kétséges, hogy a TMSZ-IR nem fog megfeledezni arról, hogy az ilyen izmokat rögzítse ebben az állapotban részleges izomsorvadással, ami szintén organikus elfajulás, s aminek következtében az organikus destrukció vagy beindul, vagy tovább fog folytatódni.

A másik változat a hipertónusok állandó rögzítése. Akkor lép fel ez a változat, amikor az ember túlterheli magát: sportedzésekkel, kerti munkával vagy túlásba vitt gyógytornázással abbéli törekvésében, hogy jól teljesítse, sőt, túlteljesítse az orvos javaslatait, aki azt ígérte neki, hogy a tornázás javítani fogja a testtartását. A túlterheléssel okozott remanens izomfeszültség azonban meggátolhatja a normális izomtónus helyreállítását a következő edzés kezdetéig. A TMSZ-IR a visszamaradt (remanens) izomfeszültséget hipertónusnak tartja, ezért az ilyen izmokat organikus elfajulással rögzíti.

A fentiek alapján milyen – az ember számára hasznos – mozgásrezsime (mozgásmódra / -rendre) vonatkozó következtetést lehet levonni? Az embernek periodikusan változtatnia kell testhelyzetét, nem szabad sokáig ugyanabban a testhelyzetben maradnia. Nem-intenzíven és egyenletesen kell terhelnie minden izmát. Nem szabad megengednie az izmok túlzásba menő fárasztását vagy sokáig tartó tétlenségét. Ki van olyan állapotban, ami ilyen életmód folytatására lehetőséget teremt? A gyermek. Pont a gyermekek azok, akik – ösztönösen – betartják a TMSZ számára szabályos mozgásrezsimet. Mindenki tudja, hogy nehéz a gyermeket hosszú ideig mozdulatlan állapotban tartani, és ugyancsak nehéz arra készíteni, hogy hosszú ideig aktívan mozogjon. A gyermekek nem egy helyben üldögélők, hanem mozgékonyak, és ezért állandóan – feszültség nélkül – mozognak. A tanulás és a munka gyökerében töri meg ezt az életmódot, a mozgásrezsimet. Az ember oda jut, hogy a TMSZ-IR csak alvás közben, tudat alatt kényszeríti testhelyzete periodikus változtatására. Ugyanilyen mozgásrezsime figyelhető meg a szabadban élő állatoknál. Ezek csendesen, fesztelenül mozognak, és csak szükség esetén végeznek intenzív mozgást: akkor, amikor a veszély elől menekülnek, vagy üldözik a zsákmányt. Utána aztán sokáig pihennek, és csak alvás közben változtatják testhelyzetüket.

Sok, a gerincbetegségekről író orvos gondolja azt, hogy az ember egyenes járása (testtartása) okozza az ilyen betegségeket. Arra hivatkoznak, hogy az állatoknak nincs rendellenes csontfejlődésük (osteochondrosisuk). Valójában azért nincs az állatoknak ilyen bajuk, mert nem dolgoznak. Ez lehetővé teszi számukra azt, hogy mindkét testfelet szimmetrikusan terheljék, és ezt a terhelésszimmetriát fenntarthassák a test mindkét felén. Ezzel sikerül elkerülniük az izomzat hosszú ideig fennálló hipertónusát és hipotónusát, vagyis a TMSZ általánosan szétterjedt szisztémás destrukciójának fő aktivizáló tényezőjét, a test központi támasza szétrombolásának utolsó felvonását jelentő destrukció fő mozgósítóját, a munkát. Az ember gerince (szerintünk) ugyanolyan jól alkalmas az egyenes testtartással történő járásra, mint amennyire az állatok gerince alkalmas a négy lábon járásra. Az emberi test csigolyáinak átmérője – fölülről lefelé haladva – egyre nagyobb, azaz az alsó csigolyák képesek nagyobb függőleges terhelést hordozni; emellett a hátgerinc képes meggömbülni, hogy ezzel amortizálja (enyhítse) a függőlegesen ránehezedő terheléseket. Az állatok hátgerince – teljes hossza mentén – körülbelül azonos átmérőjű és ív alakú (nincsenek benne görbületek). A gerinc íveltsége lehetővé teszi a törzs súlyának hatékonyabb elosztását az elülső és a hátsó végtagok között. A stabilitást illetően látnunk kell, hogy az összes (végtagokon mozgó) élőlény testszerkezete már eleve instabil, és minden élőlény egy izmokat vezérlő bonyolult irányítórendszer segítségével éri el testének stabilitását. Ha az állatot arra kényszerítik, hogy hosszú időn át azonos mozgást végezzen, akkor a keletkezett hipertónusokat és hipotónusokat az állat TMSZ-IR-e is organikus elfajulással fogja rögzíteni, mivel az állat TMSZ-IR-e is hasonló működési elveken nyugszik, mint az emberé: az is a szervezet energiafelhasználásának minimalizálására törekszik. Ha mindehhez még hozzászámítjuk a helytelen táplálkozásból származó anyagcsere zavaroakat, és figyelembe vesszük, hogy az idő nagyobbik részében be vannak zárva valamilyen helyiségbe, akkor elmondhatjuk, hogy az ilyen állat számára „eleve biztosítva van” TMSZ-ének szisztémás destrukciója. Pontosan ez történik a háziállatokkal.

Az emberben már meglévő SZD-folyamat további súlyosbodásához vezet a nem egyenes testtartással történő járás, és az, hogy kénytelen munkát végezni. Ez ugyanis arra kényszeríti, hogy:

- hosszú időn át azonos – ugyanazon – testtartásban maradjon (a szellemi munkánál), vagy
- túlságosan megterhelje az izmait valamilyen dinamikus munkarezsimben, és ezzel tovább növelje az izmaiban azt a káros hatást, ami az egyik testfél túlterhelése miatt keletkezik,
- a munkát bármilyen – még a legkedvezőtlenebb – körülmények között is elvégezze, ami gyakran okoz traumákat.

Az SZD szétterjedését segítő, nem kevésbé fontos tényezőnek tűnik a kedvezőtlen ökológia helyzet. Ez káros hatást gyakorol a szervezetre. Olyan külső eredetű (exogén) tényezőket hoz létre, amik a szabályos anyagcserében zavart keltenek; emiatt belső eredetű (endogén) ágensek lépnek fel, amik kárt okoznak a TMSZ szöveteiben.

II. RÉSZ

A SZISZTÉMÁS REKONSTRUKCIÓS TERÁPIA GYAKORLATI ALKALMAZÁSÁNAK BEMUTATÁSA

7. FEJEZET

PÉLDÁK

A SZISZTÉMÁS REKONSTRUKCIÓS TERÁPIA ALKALMAZÁSA BETEGEK GYÓGYÍTÁSÁRA (1–35. PÉLDA)

1. Gyermekek étvágy- és figyelemcsökkenése, gyors fáradékonyság

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: O. V., 1989.

Szakma: óvodás gyermek.

Tartózkodási hely: Ukrajna, Vinnica.

Megfigyelési időszak: 1994.

Panaszok. SZRT-kezelése közben felhívtuk a fiatalasszony figyelmét vele lévő kisfiára, aki nagyon sápadt, ingerlékeny gyermek volt. Nagyon elfáradt, amíg anyjára várakozott és sírva kéredezkedett haza. A kisgyermek – szemre – túltápláltnak tűnt. Javasoltuk az anyának, hogy ne adjon neki csokoládés cukorkákat és csökkentse le teljesen a cukrász készítmények fogyasztását, mivel a kisgyermekeknél az ilyen termékek gyakran okoznak anyagcserezavart és idegrendszeri izgalmat. Az anyuka ekkor hirtelen sírva fakadt és elmondta, hogy a fia egyáltalán semmit sem akar enni: sem otthon, sem az óvodában, és a gyermek táplálása nagy problémát jelent nevelőinek. Ezen kívül a nevelők arra is panaszkodtak, hogy a gyermek nem tud figyelni, és hamar elfárad sétáláskor; étvágytalansága pedig már 2 éve tart.

Gyógyítás orvosi intézetekben. Annak ellenére, hogy a szülők arról panaszkodtak, hogy a gyermek étvágytalan, a kicsit születése óta figyelemmel kísért gyermekorvos nem tapasztalt eltérést az egészségében.

Elsődleges SZRT-diagnosztika. A gyermek teste puha volt; mintha fel lett volna fűdve, tónusa pedig alacsony volt. Izmaiban pangást tapintottunk és az izomszövet el-fajulásának kezdeti stádiumát állapítottuk meg. Az édesanya kitartó kikérdezése révén végül is kiderült, hogy a gyermek 1 éves korától kezdve 3 éves koráig túl sok cukorkát fogyasztott, aminek következtében étvágytalansága már az édességekre is kiterjedt.

Rehabilitáció. 2 SZRT-kezelést alkalmaztunk a kisgyermeknél, ami alatt eltávolítottuk a vizenyőket, aktivizáltuk a vérkeringést az izmokban végzett szelektív, célhelyre irányított, könnyű ART nyomással. Ezzel megteremtettük az izomszövet önhelyreállításához szükséges feltételeket. Már az első kezelés után közölte az anyuka, hogy az óvodában a kisgyermek nemcsak jó étvággal kezdte megenni mindazt, amit kapott, de még repetát is kért. Az egy hét múlva sorra kerülő 2. kezelésre már rózsaszínű arccal hozta őt az édesanyja; ekkor észre lehetett venni, hogy soványabb lett, izmai viszont teltebbé váltak. Még 2 éven át megfigyelés alatt tartottuk, és ez idő alatt az anya elmondta, hogy gyermeke normálisan eszik és fejlődik, sokat kerékpározik és jó bizonyítvánnyal zárta az első osztályt.

Magyarázatok és javaslatok. Az SZRT korai gyermekkorban történő alkalmazása az egészség gyors javulásához és teljes helyreállításához vezet mindig. Gyermekek SZRT-kezelésével szerzett tapasztalatunk tárta fel előttünk azt, hogy az izmokban – a vérpangás okaként, például a helytelen táplálkozás miatt – fellépő, akár kismértékű vérkeringési rendellenesség is súlyos betegségekhez vezet nem csak a TMSZ-ben, de az egész szervezetben. Minél fiatalabb korban történik mindez, annál erősebb negatív hatást gyakorol ez a fejlődésben lévő szervezetre. Ugyanakkor az ilyen betegségeknek a megszüntetése nem jelent nagy munkát ebben az életkorban. Ezért a gyermekeknél alkalmazott SZRT preventív jelentőségét nehéz túlbecsülni. A szülőknek és az ortopédus orvosoknak eszükbe sem jut, hogy a gyermekek gerincferdülése gyakran pont az izmokban fellépő vérpangás miatt kezdődik. A vérpangást ugyanis az egész izomkorzett (az izmokból álló „fűző”) organikus átalakulása (elfajulása) és megkeményedése követi, ami kezdi lefékezni a csontok fejlődését, és görbülésre kényszeríti őket.

Az orvosoknál rendszerint nem váltanak ki visszhangot az egészségtelen állapot olyan enyhén megnyilvánuló, közös jellemzői, mint a rossz étvágy; a gyors fáradékonyság; a figyelem csökkenése. Ugyanis nem tudják, hogy miként reagáljanak ezekre, ha szokványos diagnosztikai módszereikkel nem észlelnek „komolyabb” szimptómákat. Ez nemcsak a gyermekeknél van így, hanem a felnőtteknél is. Az átlagos orvos válasza a rossz időjárásra, a környezetre utal, és el is felejtí ezt az esetet. A tehetséges orvos (aki elhivatottnak tartja az orvoslást), ha nem találja a betegség konkrétabb jeleit, akkor megnyugtatja a beteget, de megjegyzi az esetet és várja az események további alakulását. Különösen fontos megfigyelés alatt tartani a gyermekeket, és ez a körzeti gyermekorvosok szakmai kötelessége. A fent ismertetetthez hasonló patológiás elváltozásokat soha sem fojtják el csírájában, mivel a földgolyó egyetlen orvostudományi egyetemén sem tanítják a test szabályos anatómiai státuszától való eltérések korai felismerésének és likvidálásának módszereit. És egyáltalán nem tanítják azt, hogy a TMSZ megbetegedéseit miként lehet felismerni a kézzel történő tapintásos érzékelés segítségével. Ehelyett inkább az orvosi eszközök alkalmazására fordítják a hallgatók figyelmét. Éppen ez vezet aztán a testtartás durva zavaraihoz és a TMSZ megbetegedéseire már az élet első évtizedében [9], és ezzel egyidejűleg a szív- és érrendszeri megbetegedésekhez. Mindez azért következik be, mert a TMSZ betegségénél az izomszövet organikusan sérül (destruálódik), ez pedig megzavarja a véredények áteresztőképességét. Ennek következtében aztán már az egész szervezetben – a véredényrendszerekben, a szívben, az agyban – fellép a vérkeringési zavar. Hatással van ez az agy működésére, és ezért jelentkezhet az ilyen gyermekeknél lemaradás a szellemi fejlődésben, rossz tanulás, ingerlékenység, kezelhetetlen magatartás, ami az egész világon jelen van. A népmesékben is megfigyelhető, hogy a negatív személyek külsőleg mindig hasonlítanak a scoliosisos betegekhez, mivel görbék, elferdült vagy kicsavarodott valamelyik testrészük, sánták, vagyis olyan személyek, akiknél a test anatómiai státusza rendellenes. A fent említettek fényében válik érthetővé az a kijelentésünk, hogy jobb már a korai életkorban – az SZRT segítségével már csírájában – elfojtani a TMSZ szabályos anatómiai státuszától való eltéréseket, mintsem megengedni azt, hogy ezek tovább nőjenek és egy beteg testűvé, negatív karakterűvé váló felnőtt ember megoldhatatlan problémáivá váljanak.

2. Fejfájás, rossz alvás, állandó fáradtságérzés, állandó ingerültség

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: I. M., 1970.

Szakma: egyetemi hallgató

Tartózkodási hely: Ukrajna, Harkov.

Megfigyelési időszak: 1988–1992.

Panaszok. Állandó, hasogató fejfájás, rossz alvás, állandó fáradtságérzet, ingerlékenység. Az egészségromlás említett jeleit az után vette észre, hogy vizsgaidőszak alatt lábon hordta ki influenzáját. Gyengélkedése fél éve tart.

Gyógyítás orvosi intézetekben. Fájdalomcsillapító tablettákat szedett, macskagyökérfű (Valeriana) és gyöngyajak (Leonorus) tinktúrákat ivott idegnyugtatóként. Miután magát egészséges embernek tartotta, sokáig nem fordult orvoshoz. Később elvitte őt a nővére egy ismerős ideggyógyászhoz, aki megvizsgálta és az alábbi diagnózist állította fel: hipertóniás típusú véredényrendszeri tónusváltozás (vegetatív-vasculáris dystonia), idegrendszeri gyengeség. Ideggyógyász orvosa szanatóriumi-gyógyüdülői gyógykezelést és teljes kikapcsolódással járó pihenést javasolt. I. M.-et generális édesapja magával vitte a Honvédelmi Minisztérium szanatóriumába, ahol a leányt magasan kvalifikált, mindenféle szakorvos tüzetesen megvizsgálta. A diagnózist megerősítették, kísérő megbetegedést nem találtak. M. szépen gyógyult és sokat pihent: oxigénfürdővel, vízszármasszázzsal (tangentorral) gyógykezelték, ásványvizet ivott, fokozott erővel végzendő masszázst alkalmaztak egész testén, gyógytornagyakorlatokon vett részt, nagy sétákat tett és fürdött a tengerben. Minden gyengélkedése megszűnt, újból tudott aludni, a vérnyomása ismét normális lett: 110/70; közérzete pedig kitűnő volt. Szanatóriumból való hazatérése után, másfél hónappal később azt tapasztalta, hogy minden ismétlődni kezdett: vérnyomása 140/90 lett, álmatlansága fokozódott, és az izmaiban fájdalmak jelentkeztek. Ez vezette aztán hozzánk az említett panaszokkal.

Elsődleges SZRT-diagnosztika. Az egész testben az izmok erősen ödémásak. A hajás fejbőr alatt puha, kocsonyászerű – helyenként tömörebb – zárványok észlelhetők; kissé fokozott mértékű nyaki lordosis és mellkasi kyphosis. A testtartás egészében véve normális volt. Azonban már voltak jelei annak – helyesebben mondva a tapasztalt szem „meglátta” –, hogy van már nála egy alig észrevehető görnyedtség. Jeleztük ezt neki is és nővérének is, akik erre egybehangzóan kijelentették, hogy a szanatóriumi gyógyításig a test alakja normális volt. Az is felkeltette figyelmünket, hogy az izmokban lévő vizenyő nem tette lehetővé a gerinc kitapogatását a mellkasi szakaszon.

Rehabilitáció. M. már az első SZRT-kezelés után, alig hogy hazaért, mély álomba merült és aludt reggelig. Vérnyomása ekkor 120/80 volt. Egy hét múlva, a 2. kezelés alatt észrevettük, hogy eltűnt az izmokból a vizenyő. Majdnem teljesen felszívódtak a fejbőr alatti puha zárványok. Ugyanakkor – annak a vizenyőnek a felszívódása után, amelyik az első kezelésen akadályozta kezünk behatolását a test mélyébe – észrevettük, hogy tapintásnál keménynek mutatkoznak a nyak-, a hát- és a vállizmok, ezek kötőszövetei és a hozzájuk közel lévő inak, szalagok. Szinte összeolvadtak egyetlenegy konglomerátummá, ami szorította és nyomta az alatta lévő csigolyákat, lapockákat, bordákat, kulcsontokat. Ilyen patológiás egyesülés történik akkor, amikor a TMSZ egyes különálló elemeinek elkorcsosult szöveteit „összeragasztják”, „összeforrasztják” a lerakódási, üledékes zárványok. Ezek a zárványok:

– néha – tapintással – folyadéknak érzékelhetők (a „fiatal”, nem tömör, üledékes struktúrákban és hiperstruktúrákban);

- máskor megdermedt kocsonyának mutatkoznak (a közepes tömörségű struktúrákban);
- előfordulnak azonban tapintással meghatározhatatlan képződményként is; ilyenkor kiszáradt közegnek mutatkoznak. Gumyszerű vagy kötőmőrségű hiperstruktúrákat alkotnak olyankor, amikor a szövetelfajulás a végső stádiumába jutott, és a mikrocirkuláció rendkívül zavarttá vált bennük.

Ha csupán egy izomban észlelhető hasonló patológiás elváltozás, akkor az így létrejött képződmény egyszerű üledékes struktúra. Ha ez az elkorcsosodási, elfajulási folyamat megérintett és magával ragadott 2 – vagy több szomszédos – izmot, plusz mellettük lévő más anatómiai egységeket, akkor az ilyen egyesülést már üledékes hiperstruktúrának kell tekinteni. Mind az első, mind pedig a második esetben az izomszövet organikus elfajulása kezdi akadályozni a benne található folyadékok mikrocirkulációját: fellép az izmok blokkolása. Visszatérve esetünkre, megjegyezzük, hogy M.-nél közepes tömörségű üledékes hiperstruktúrát állapítottunk meg. A 2. kezelésnél óvatos felszíni ART nyomást alkalmaztunk. Ezzel aktivizáltuk a hiperstruktúra körzetében a vérkeringést anélkül, hogy mélyen behatoltunk volna a testbe, mert emlékeztünk rá, hogy az első szeánsz alatt ezen a helyen hatalmas vizenyő helyezkedett el: a vállak és a hát lapos, vízzel feltöltött „kispárnára” emlékeztetett, amit a szanatóriumban szerzett magának M. Ugyanis traumát okozott az ezen a helyen található izmokban a víz alatt rájuk zuhanyozott, rájuk vágódott erős vízszög és az erős fokozatú masszáz. (Emiatt a „kispárna” miatt vált szemmel is láthatóvá a görnyedtség, ami korábban nem létezett nála.) Nem lehet az ember izmaira és testére túl nagy erővel hatni anélkül, hogy ezzel el ne szakítanánk, össze ne gyúrnánk a szöveteket. (Mi például ösztönösen érezzük az alkalmazható erő határértékét; 30 év alatt kialakult, létrejött nálunk az erővel megvalósítandó ráhatás automatizmusa). Nem szabad „gyógyítani” a gerincet úgy, hogy rávágunk egy nagyot a páciens hátára; nem szabad durván „összegyúrni” az izmokat; emlékezni kell arra, hogy a test számára a „még erősebben” mindig a még rosszabbat jelenti. Még a klasszikus masszázst is – idő és erősség tekintetében – mérsékelten, gyógykezelésszerűen szabad adagolni. Mi vagyunk az elsők, akik tudományos módon tudják megmagyarázni ezt.

A „jól meggyúrni” kívánság lépten-nyomon felbukkan. Mégpedig nemcsak a tapasztalatlan masszőröknél, hanem a nagy gyakorlattal rendelkező egészségügyi dolgozóknál is, a diplomás manuálterapeutáknál is, olyankor, amikor szembe találják magukat a gumyszerű vagy éppen kőkemény tömörségű izmokkal, amiknek természetéről mélyen hallgat az orvostudomány. A „jól meggyúrni” kívánságot a tapasztalatlan masszőrök a „sók széttördelésével” magyarázzák. Az utóbbi két csoportba tartozó masszőrök viszont (mivel tudják, hogy a „só” kérdés az orvostudományban – imitt-amott ugyan még vitatott, összességében azonban ma már mégiscsak – elutasított téma) hallgatnak, de továbbra is ugyanúgy végzik a masszázst. Ezzel önmagukat ámitják, és becsapják a pácienseket is az ilyen „gyógyítás” ideiglenes hatásával. A páciensek többsége ugyanakkor azt hiszi, hogy az erős masszázs a masszőr minőségének a jele, és úgy mennek haza a kék foltokkal kidíszítve, mint a kitüntetésekkel kidekorált hősök. Hősiesen tűrik a testükben másnap fellépő fájdalmat (ami úgy fáj, mint amikor kővel dobják meg a testet). Ugyanakkor – bár mozogni is alig tudnak – mégis örülnek, mert azt gondolják, hogy szabadságot kaptak (jöllehet, csak ideiglenesen). Ugyanis valóban megszabadulnak a préseltség, az összenyomottság érzésétől, de csak bizonyos rövid időre. Ez azonban csalóka eredmény, mivel az izomszövetek organikus elfajulásának súlyos stádiumában

azért jöhet létre izomkeményedés, mert az izmok „leblokkoltak”, és a hiperstruktúrákban „összepréselődtek”. A hiperstruktúrák szilárd, szétválaszthatatlan egyesülések; miattuk bomlik fel az izomhúzás szabályossága és keletkezik benne zavar. Ezért válik nehezzé a mozgás; a test beszorul egy merev izomfűzőbe (egy izomkorzettbe), és ez erősen nyomja a véredényeket és az idegeket. Az ilyen izomállapottal rendelkező TMSZ-ben belső nem-anatómiai terhelések keletkeznek, amiknek hatására a váz csontelemei eltolódnak. Ettől különösen erősen szenved a hátgerinc, mivel a rá ható nem szabályos erők a csigolyákat kaotikusan eltolják a különböző síkokban, és csigolyarotációt (függőleges tengely körüli csigolyaelfordulást), valamint a csigolyaközi porckorongoknál kopást idéznek elő. A hiperstruktúrák képződési stádiumában a gerinc két ok miatt szenved:

- a szöveteiben fellépő anyagcserezavartól, amit az elfajult, kemény izmok okoznak az idegek, továbbá a vér- és nyirokerekek összeszorításával; és
- az anyagcsere mechanizmusának zavaraitól, amit a patológiás terhelések okoznak. Mindkét folyamat végeredményben oda vezet, hogy:
 - a gerinc elemei idő előtt megöregednek;
 - a gerinc ízületeiben és korongjaiban degeneratív-disztrófiás elváltozások lépnek fel;
 - kialakul a spondiloartrosis;
 - osteochondrosis jelentkezik a gerincben;
 - és számos csigolyaközi sérv keletkezik.

Amikor a kemény szöveteket durván „szétgyúrák”, akkor a hiperstruktúra mélyebben lévő részeibe egy ideig be tud hatolni a vér. Ilyenkor ezek a szövetek néhány órányi lélegzetvételhez jutnak és viszonylag szabadon táplálkozhatnak. A szabálytalan terheléseket továbbító izomkötegek is felpuhulnak, ezáltal a gerinc – ideiglenesen – megkönnyebbül. Az élő, teljes értékű izomrostok számára azonban végzetes következménnyel jár a mindenre kiterjedő szétgyúrás. Ugyanis az egészséges izomrostok egy része bennmarad a hiperstruktúra belső terében – bármelyik hiperstruktúráról van szó – és abban az elfajult rostokkal váltakozva fordul elő. Az erős masszázis következtében ezek a még ép izomrostok megsérülnek. Traumájuk és a hajszálereikből kiáramló vér („kék foltok”) vizenyőt és gyulladást hoznak létre. Ilyenkor mérgek kerülnek a vérbe, és az említett gyógymasszázs után néhány nap múlva az ember – szó szerint – beteg lesz. Ily módon az addig épen maradt izomrostok szintén elfajulnak (fibrosis lép fel), a destrukció pedig súlyosabbá válik. Idővel a hiperstruktúra még inkább áthatolhatatlanná / átjárhatatlanná válik.

Mi megtaláltuk a kiutat ebből a kilátástalannak tűnő helyzetből azzal, hogy létrehoztuk a mi sajátos, testre ható gyógyító fogásunkat, amit adaptív rekonstrukciós terápias nyomásnak (ART-pressingnek) neveztünk el. Ennek a fogásnak a végrehajtása közben kezeink nem nyomják a szöveteket, hanem szelektív (kiválasztó/elkülönítő), irányított jelegű nyomást (pressinget) hoznak létre a szövetek mikrocirkulációs medrében (edényzetében), ami egy teljesen más ráhatás. Ennek a nyomásnak az erejét ellenőrzés alatt tartjuk azon szövet állapotától függően, amelyiket az adott időpillanatban kezünk érint (adaptív tulajdonság). Az egészséges szövetben érzékelünk egy bizonyos nyomást. De már más nyomást érzékelünk az üledékes struktúrákban és hiperstruktúrákban. Megint másnak mutatkozik a nyomás az izmokban, a szalagokban, az ízületeknél, a csontoknál stb. Érthető, hogy a kezeinkkel és az agyunkkal egyidejűleg végzett szövetállapot-érzékelés (vagyis az állapot egy szempillantás alatt történő felismerése és meghatározása –

a pásztázó letapogatás = a szkennelés és az azonosítás = az identifikálás) olyan képesség, ami a TMSZ sokféle patológiás betegségének a kezelésével – hosszú idő alatt – szerzett munkatapasztalat eredménye. Az ART nyomás alkalmazása simán (egyenletesen), megszakítás nélkül (folyamatosan) végzett, lágy (enyhe) kézmozgással történik. A kéz mozgása a testen / testen megérintésének pillanatától kezdve egészen a kéz elvételéig a pillanatáig, 1–5 másodpercig tart. Az ezalatt megoldandó feladatok bonyolultságára való tekintettel ennek a kézmozgásnak az adaptív rekonstrukciós terápiás művelet (ART művelet) nevet adtunk. A rehabilitológusnál töltött egy látogatás (egy gyógykezelés) ideje alatt végrehajtott ART műveletek összességét, azaz az ezen idő alatt – testen belül – végrehajtott valamennyi cselekvés összességét pedig szisztémás rekonstrukciós terápiás szeánsznak (SZRT szeánsznak) nevezzük. Az ART nyomás közben alkalmazott nyomás iránya (a hatásvektor iránya) az ART művelet konkrét feladatától, tervétől függ. Ezt a műveleti tervet a rehabilitológus állítja össze, figyelembe véve az adott konkrét páciensnél korábban (alkalmazott összes SZRT alatt) megfigyelt és az éppen folyamatban lévő SZRT alatt megállapított szövetállapotokat. A testhez érés pillanatában a kéz létrehoz egy nyomást, és ezt simán, egyenletesen viszi tovább a szövet mentén és a szöveten át. E pár másodperc alatt a rehabilitológus értékeli a szövet állapotát, döntést hoz a teendőkről és megvalósítja ezt a döntést. Pont az ilyen fájdalommentes, sima (egyenletes) nyomással sikerül elérni, hogy erősebb legyen a mikrocirkuláció a TMSZ összes szövetében (ez az aktivizálás, az élénkítés). A mikrocirkulációs véredényrendszerben létrehozott nyomás:

- likvidálja a folyadékok pangását;
- biztosítja az üledékes zárványok kivitelét / eltávolítását;
- elősegíti az anyagcseréből származó felgyülemlett termékek elvezetését;
- erősíti a szövetek drénezését a vénás és a limfatikus rendszerekkel.

Még egyszer hangsúlyozzuk: az ART nyomás mindig tartalmaz olyan munkaszakaszt, amiben sor kerül a TMSZ pásztázó letapogatással folyó vizsgálatára (szkennelésére). Ennek segítségével lehet nyomon követni az üledékes struktúrákat, mivel az elfajult szövetek mindig nagyobb ellenállást tanúsítanak a nyomással szemben, mint az egészségesek. Ugyanezen fogással történik az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák „fékjeinek kioldása” is. Meghatározott módon koncentrált nyomás hatására az ödémák folyadécai áthelyeződnek és széttagozódnak; bekövetkezik a rétegekre bomlás és az egészséges szövetszakaszok elkülönülése (szeparálódása) az elfajultaktól; az elfajulási zónák határai világosan érzékelhetők. A szövetekre gyakorolt nyomás irányának (vektorának) változtatásával (ez – vagyis a nyomás irányváltoztathatósága – jelenti a művelet szelektív tulajdonságát) lehet megvalósítani a struktúrák szétesését, darabokra törését (fragmentálását, azaz a szövetdarabok egymástól való elkülönítését, összeragadásuk megszüntetését). A nyomás alatt zajló, irányított, elkülönítő, elválasztó mozgás a TMSZ elemeit vissza is teszi a helyükre, azaz helyreállítja ezek anatómiailag szabályos térbeli helyzetét. Szeretnénk hangsúlyozni, hogy az SZRT-kezelés alatt végzett minden egyes ART művelet tartalmazza az ART nyomás valamennyi elemét: a pásztázó letapogatást (a szkennelést), az élénkítést (az aktivizálást), a zárlatok megszüntetését (a deblokkolást) és a visszahelyezést (a repozicionálást). Mindezt egyedül a kéz mozgásával kell teljesíteni. Az ART művelet ideje alatt a magasabb szintű irányítórendszer – a rehabilitológus – kapcsolatot hoz létre az irány tárgyával – egy másik ember TMSZ-ével – és ezalatt közvetlen korrigáló hatást gyakorol rá. A ráhatás célja: létrehozni azokat a feltételeket, amik a TMSZ patológiásan elváltozott elemeinél a TMSZ-IR vezetésével történő önhelyreállításhoz szük-

ségesek. Az SZRT-kezelés alatt a rehabilitológus előkészíti és elindítja az ön-helyreállítási folyamatot, amit aztán a páciens TMSZ-IR-e irányít és valósít meg a rehabilitológus (következő SZRT-kezelések alatt végzett) ellenőrzése mellett. Az SZRT-kezelés folyamán mi – mindig – rekonstruáljuk és korrigáljuk az egész TMSZ-t, az egész testet a megnyilvánult patológiás folyamattól függetlenül. Ez képezi bármelyik rendellenesség likvidálása sikerének a zálogát, mivel csak szisztémás hozzáállással sikerül eltávolítani az idegek vezetőképességének és a véredényrendszer áteresztőképességének az egész rendszeren belül jelentkező zavarait, és csak a szisztémás megközelítés lépésről lépésre történő alkalmazásával vezethetjük a TMSZ-t stabil, de patológiás állapotából az etalon állapotához. Ilyen hozzáállásnál a TMSZ egyetlen rendellenességét sem lehet kikerülni, „nem észrevenni” vagy figyelmen kívül hagyni. Kezeinkkel „látunk” mindent és ráhatást tudunk gyakorolni mindenre. Ezzel tudjuk segíteni a TMSZ-IR-t abban, hogy megvalósítsa az emberi test felépítésére vonatkozó ideális tervét, megformázza a szépségetalont, ami mindegyikünk sajátja, mivel genetikailag adott mindegyikünk számára.

I. M. TMSZ-ének további gyógykezelése SZRT-vel a következőkből állt: A harmadik és negyedik kezelés alatt teljesen dezintegráltuk a fent említett üledékes hiperstruktúrát, azaz elkülönítettük egymástól az egymással összetapadt izmokat. Ennek következtében helyreállt a szabályos izomhúzás (vagyis a működésben lévő izmok erőfeszítéseinek iránya). (A kezelések hetente követték egymást.) Az ötödik kezelésre a fiatal leány szervezete eltávolította az összes üledékes zárványt és helyreállította az izomszövetet. Az izomfélek ezzel kioldódtak; következeképp eltűntek az összenövések, amik a nem-anatómiai erőket a váz csontelemeihez továbbították. Ekkor mi visszahelyeztük (szabályos anatómiai helyükre) a lapockákat, amik előzőleg eltolódtak fölfelé a destrukciós folyamat alatt; a vállakat leengedtük a helyükre, aminek következtében a fokozott mértékű nyaki lordosis és a mellkasi kyphosis visszatért a normához. Az öt kezelés alatt – természetesen – nem feledkeztünk el a test többi izmáról. Élénkítettük bennük a vérkeringést és mindet megtisztítottuk azoktól az üledékes, folyékony zárványoktól, amikkel azok szó szerint tele voltak. Öt kezelés után az izomfájdalmak megszűntek, M. egészséges lett. Eltűnt az álmatlansága, az ingerlékenysége, és a vérnyomása 110/70 lett. Az ifjú lány vidám, életteli, nyugodt személylé váltzott, olyanná, mint amilyen volt – a kárt okozó influenza előtti – egész életében. Javasoltuk neki, hogy félévenként legalább egyszer jöjjön el egy megelőzést jelentő SZRT-kezelésre. A tanulás azonban teljesen leköttötte minden idejét. Egészsége többé nem volt rossz (ez ugyanis emlékeztette volna rá), ezért aztán többé nem jött el. Véletlenül azonban többször is találkoztunk vele, legutoljára 3 évvel ezelőtt, amikor még az intézetünkbe járt. Az SZRT hatása stabilnak mutatkozott nála.

Magyarázatok és javaslatok. Súlyos influenza idején a szervezet mérgekkel telítődik, és az egész testben, az izmokban vizenyők keletkeznek. Ilyenkor ágyban kell maradni azért hogy a fekvő állapot megkönnyítse a szervezet munkáját: a mérgek eltávolítását a testből. Ehelyett M. mindennap órák hosszat statikailag feszült testhelyzetben ült könyveire görnyedve. Ezalatt a nyak, a felkaröv és a hát izmai hipertónusban (a normálnál erősebb tónusban), azaz összehúzott állapotban voltak. Emiatt duzzadtak meg (teltek fel vízzel). Elegendő pihenés esetén az izmoknak lehetőségük van arra, hogy teljesen ellazuljanak. M.-nél azonban a fentiek miatt a vizenyősséghez még pótlólagos ödéma is társult a szervezet mérgekkel való telítődése miatt. Ez megakadályozta, hogy az izmok teljesen helyreálljanak akkorra, amikor M. újra leült – ugyanabba a testhelyzetbe – a tanulás folytatására. Ennek következtében az izmok hipertónusa fixálódott.

Az irányítórendszer (a TMSZ irányításáért felelős agyvelő és a gerincvelő-segumentumok) állandóan figyeli minden izom tónusát, mégpedig kettős céllal; azért, hogy:

- biztosítsa az ember térbeli stabilitását;
- a szervezet energiafelhasználását összességében minimalizálja.

A magasabb szintű – vagyis az egész szervezetet vezérlő – irányítórendszer célkitűzése az energiafelhasználás minimumkritériumának a betartása, ami minden élőlény számára a túlélés törvényét jelenti. Ezen célkitűzés egyik megnyilvánulási formája az élőlények természetes lustasága. Ha az izom állandóan azonos, normálistól (teljesen mindegy, melyik irányban) eltérő tónusban van, akkor az IR fixálja ezt az állapotot, örökre rögzíti, és organikusan destruálja az izomszövetet. Mindnyájunk számára jól ismert a szervezet ezen tulajdonsága: amikor állandóan alacsony tónusról, az izomzat hipotónusáról van szó olyan betegeknél, akik a betegség alatt szinte mozdulatlanul fekszenek. Hiszen – például – elég csupán 3 napot lázasan fekvéssel tölteni, és máris nehezzé válik a járás a láb izmaiban kezdődő sorvadás (atrófia) miatt. Számunkra ez érthetőnek tűnik, és nem is gondolkozunk el azon, hogy az izomsorvadás az IR parancsára lép fel. Pont az agyunk az, ami megparancsolja az izmoknak az alacsony tónus rögzítését, hogy ezzel elkerülhetővé váljon az izmok munkaképes állapotának fenntartása, a felesleges energiafelhasználás. E cél elérésének egyik lehetséges útja az izomsorvadás, az atrófia. Ugyanakkor sokkal kevesebb ismerettel rendelkezünk arra vonatkozóan, hogy az IR miképpen bánt azokkal az izmokkal, amelyek a normálisnál több energiát fogyasztanak. Itt is két különböző fogyasztási változat létezik:

- a fokozott dinamikai terhelés esete és
- a fokozott statikai terhelés esete.

Az első esetben a fokozott izomfeszültség (izom-összehúzódás) periódusa után az izomban lazulás lép fel. Ez arra kényszeríti az IR-t, hogy energiát rendeljen ki az izom részére: egyik adagot a másik után, egyre többet és többet, úgy, ahogy ez történik a sportolóknál az edzés alatt. Ha az edzések helyesen vannak szervezve, akkor (az izmok számára megengedhető határon belül maradva, nem túl fárasztó terhelés esetén) egy idő múlva sikerül „meggyőzni” az IR-t, hogy az ilyen rezsim a szervezet számára szükséges. Ekkor az IR intézkedéseket kezd fogantatni: növeli az izom tömegét, és ezzel – bár remegő szívvel, de – elindul a szervezet energiafelhasználásának növelése felé. Azonban ezt a szükségességet nagyon sokáig kell bizonyítani az IR számára. Nem minden sportembernek sikerül növelnie az izmait; ez csak a legegészségesebbeknek, a legkitartóbbaknak és a legtehetségesebbeknek sikerül. A fokozott statikai terheléseknél viszont nem gondolkozik sokáig az IR. Nem kíván állandóan energiát felhasználni az izom állandó összehúzásának (hipertónusának) a fenntartására, tudva, hogy ugyanilyen keménységet tud elérni – egyszer és mindenkorra – azzal, hogy az izom összehúzott állapotát fixálja az izomszövet organikus elkorcsosításával. Ezzel annyira tömörre tudja tenni az izomszövetet, hogy az a hipertónussal egyenértékű erőfeszítést képes létesíteni, aminek a fenntartására ezek után már egyáltalán nem kell energiát vesztegetnie. Az IR – saját szemszögéből nézve – nagyon bölcsen cselekszik. Ha már egyszer ezen a helyen a szervezetnek állandó statikai feszültséget kell viselnie, akkor ezt egyszerűen egy kötél (az izomköteg / az izomszalag) vagy a csont tudja ideálisan elviselni; ezért az agy parancsára ilyenné kell átalakítani a teljes értékű, rugalmas (elasztikus) izmot. A szabályos anatómiai státusz fenntartásának érdekében azonban nekünk részleteiben is ismernünk kell az IR ilyen tulajdonságát, és nem szabad megengednünk, hogy az önkényesen járjon el és működési (funkcionális) elégtelenséghez vezesse az izmokat. Ez szabályosan egyet-

len módon érhető el: nem szabad megengedni az izmoknak, hogy a test sokáig mozdatlanul maradjon és izmaiban rögződjön a statikai feszültség. Ha a munka vagy a sport azt kívánja, hogy a test sokáig legyen statikai feszültséggel járó helyzetben (testtartásban), akkor gyakran kell beiktatni lazító szüneteket. Ajánlatos arra kényszeríteni az izmokat, hogy teljesen végigmenjenek az egész mozgásskálán, amit a nap folyamán többször történő tornázással lehet legjobban elérni. Emlékezni kell azonban arra, hogy a torna csak az egészséges izmok számára jelent megelőző – preventív – eszközt; vagy a csupán kismértékű funkcionális elégtelenségtől érintett izmok részére. Abban az esetben azonban, amikor már súlyos organikus elváltozások állnak fenn, és üledékes struktúrák és hiperstruktúrák képződtek, a tornázás már nem képes az elfajult izmokat helyreállítani. Legjobb esetben is csak késleltetni tudja a destrukciót. Nem szabad azonban összetéveszteni a tornát és a gyógytornát, ami – a legjobb esetben – csupán egy hiábavaló eszköz, mivel rendszerint inkább nagy kárt okoz. Főként olyankor, amikor:

- a ferde gerincű, eltolódott medencéjű vagy a csont-izom rendszer más bajától szenvedő betegeknek alkalmazták;
- előbb hipertónus lép fel, majd organikus rendellenesség keletkezik a csont-izom konstrukció térbeli zavaraihoz való alkalmazkodás miatt.

Ha a betegnél a GYT alkalmazása (szerepének és alkalmazhatósága helyének ismerete nélkül) nem kellő hozzáértéssel történik, akkor az megzavarhatja a TMSZ-IR önszabályozási mechanizmusát, ami siralmas következményekhez vezethet. Ilyenkor erősebbé válik és súlyosabb lesz a TMSZ patológiás állapota. Lehet, hogy ez az állítás vitathatónak tűnik sok olvasó számára, de a szakosított internátusok egykori, scoliosistól szenvedő betegei megértenek minket. Őket arra kötelezték, hogy gyakorolják a GYT-t, ami a javukat szolgálja. Azonban a GYT nagy adagjai ennek éppen a fordítottját eredményezték: kárt okoztak. Mennyi gyermek jár oda 2-es fokozatúnak minősülő scoliosissal és távozik onnan bordapúpokkal kísért, 4-es fokozatú scoliosissal. De azért is nagyon szomorú dolog ez, mert az ilyen gyermekek a legjobb, legszófogadóbb gyermekek szoktak lenni, akik buzgón végrehajtották az orvosok minden előírását.

No de térjünk vissza M.-hez. Az izmok statikus feszültsége miatt keletkezett üledékes hiperstruktúra nyomta a gerincét, főként a nyaki szakaszon. Emiatt kezdtek szenvedni a véredények, emiatt vált rendellenessé az agy vérkeringése, és emiatt léptek fel a kínzó fejfájások. Az említett rendellenességet tovább fokozták a fejbőr alatt a vizenyők, amik pótlólag képződtek a fejfájás folyamatában. Patológiás pozitív visszacsatolás keletkezett: agyi vérkeringés zavara → vizenyők → fejfájás → vizenyők → zavar az agyi vérkeringésben. Létrejött egy zárt kör, ami elhúzódhatott volna egész életére. Az SZRT azonban felszámolta ezt egy hónap alatt. I. M.-nek szerencséje volt. Ilyen esetek azonban milliósámmra fordulnak elő a világon. A fejfájás nem hiába áll az első helyen az Egyesült Államokban az összes idegrendszeri zavar között. Ez hivatalos statisztikai adat [3]. Nálunk ugyanez a helyzet, és ebben az olvasók most bizonyára egyetértenek velünk. Hiszen többségük számára ez a patológiás állapot – saját keserű tapasztalatukból – ismert. Viszont most azt is megtudhatták, hogy ezt milyen könnyen fel lehet számolni. Nincs szükség ehhez – az élet végéig szedett – fájdalomcsillapító tablettákra, amikkel csak rongáljuk az egész szervezetet.

Az M. izmaiban képződött üledékes hiperstruktúra volt a vétkes a magas vérnyomás kialakulásában is. Miután ez a vérnyomás stabilan magas volt, a diagnózis is úgy szólt: hipertóniás típusú vegetatív véredényrendszeri rendellenesség (dystonia). És ez így is maradt volna egész életében. Vérnyomása pedig még magasabb lett volna, mivel, az

idő előrehaladtával az organikus destrukció még erősebbé válik, és a vele vívandó küzdelemhez az SZRT-n kívül más módszer nem létezik. Enélkül csak kínlódott volna M. Időlegesen ugyan megkönnyebbülhetett volna az értágító szerektől, az „erős” masszázstól, a víz alatt rávágódó vízsugaraktól; később azonban (a destrukció új menetének felléptekor) elsírta volna magát az orvostudomány tehetetlensége miatt. A pozitív visszacsatolás következtében ezek a folyamatok M. egész testét magukkal ragadták volna. Meg vagyunk győződve arról, hogy olvasóink 90%-a (mintha tükörben nézné önmagát) M. példáján saját, évek óta létező szenvedéseit látja.

3. Fájdalom a hát- és deréktáji izmokban, fejfájások, nehézkesség, kéz- és lábzsibbadtság érzése, gyors fáradékonyság, látásélesség csökkenése

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: M. G., 1960.

Szakma: távolsági járaton dolgozó gépkocsivezető.

Tartózkodási hely: Ukrajna.

Megfigyelési időszak: 2001–2004.

Panaszok. Fájdalom a hátizmokban, a derékizmokban; fejfájás; elnehezülés és zsibbadásérzet jelentkezése a karokban és a lábokban; látásélesség csökkenése. Képtelen a szakmájában dolgozni, mivel körülbelül minden 2 óra (volán mögött töltött idő) után fellép nála olyan állapot, mintha egész teste megbénult volna, bilincsbe lenne verve, pulzusa pedig percenként 120 ütésre emelkedik. Ezért kényszerül kiszállni a gépkocsiból és ilyenkor vízszintes testhelyzetbe kell helyezkednie. Ha a körülmények nem teszik lehetővé, hogy lefeküdjön és ellazuljon, akkor erős fejfájása lesz, és a szemei elsötétülnek. Ilyenkor olyan félelemérzet keletkezik benne, hogy el fogja veszíteni tudatát és balesetet fog okozni. Ez az állapot már 5 éve tart.

Gyógyítás orvosi intézetekben. Több ízben volt orvosi megfigyelés alatt. Gyakorlatilag egészségesnek nyilvánították; a gerincről készült röntgenfelvételek nem mutatnak különös dolgot és az EKG-ja is normális. Nyugtatókat és fájdalomcsillapítókat szedett. Szabadsága alatt a nyomott lelkiállapot (a depresszió) elleni gyógyszereket vett be, amiket máskor, szakmai okok miatt, nem szabad szednie. Elmeorvos (pszichiátriai) klinikai megfigyelést javasoltak neki, de M. G. ettől elzárkózott.

Primer SZRT-diagnosztika. Az egész test izmai, de főként jobb oldalon a nyak- és karizmok rendkívül tömörek; annyira, hogy nehéz ezeket kézzel benyomni akkor is, amikor a test már ellazult és fekvő helyzetben van. Fokozott mértékű nyaki lordosis áll fenn, a mellkasi csigolyákat nem lehet kitapintani. A jobb oldali lapocka 2 cm-rel lejjebb van, mint a bal oldali. A mozgatás fájdalmat okoz a vállízületekben. A mellkas el van deformálódva. A gerincmozgásokat csak nehezen tudja végrehajtani: főként a test nyílirányú (sagittalis) síkjában végzendő (előre és hátra irányuló) hajlásokat. Fokozott mértékű deréktáji lordosis áll fenn: a deréktáji csigolyákat nem lehet kitapintani. A far- és a combizmok kőkemények. A csípőízületek és a térdízületek el vannak tolódva. A lábinak rendkívül feszesek.

A távolsági járatok gépkocsivezetői sok órát töltenek a volán mögött statikai feszültséggel járó munkahelyzetben. Az állandó fokozott mértékű izomtónus egy idő után organikus destrukció által rögzítődik (fixálódik). Vezetés közben a jobb és a bal kar működése aszimmetrikus, és emiatt a vállak eltérő nagyságú terhelésnek vannak kitéve. Ez eltolódásokat okoz a mellkasnál és a vállövnél, amik kompenzációt váltanak ki és

– együttvéve – az egész TMSZ-ben eltolódásokat okoznak. Emellett a gépjármű körüli térség állandó megfigyelés alatt tartásának szükségessége arra kényszeríti a gépjármű vezetőjét, hogy állandóan ide-oda forgassa a fejét, ami a nyakcsigolyák eltolódásához és – ennek nyomán – az agy vérkeringési zavarához vezet olyankor, amikor az izmok már átalakultak (elfajultak) és fixálva vannak.

Éppen ilyen állapotot lehetett megfigyelni M. G.-nél. Izmai súlyosan elfajultak; ennek következtében már üledékes lerakódások keletkeztek, amik vérkeringési zavarokat okoztak, és elkezdődött nála az üledékes hiperstruktúra képződésének folyamata. Ilyenkor az elkorcsosult szövetekből közös, tömör, összeforrt váz képződik, ami utánozza a test alakját. M. G.-nél ez a hiperstruktúra (alkotta köpeny) magába foglalta a nyak jobb oldali részét, az egész jobb kart, a jobb vállat, a lapockát, és a derék táján fejeződött be. Bal oldalon is volt egy hiperstruktúra, azonban ebben puhábbak voltak a szövetek a test jobb oldalán lévő, kőkeménynek mutató, be nem nyomható szövetekhez képest. Ezek a képződmények – ezek a hiperstruktúrák – azonban megnehezítették a kéz és gerinc mozgását, kényelmetlenség érzetét keltették, és hosszan tartó fizikai terhelés esetén (pótlólagos izomfeszültségnél) tompa, sajgó hátfájást okoztak. Az egész derék alatti testrész egy másik hiperstruktúrába volt bezárva, ami a medencét és a két lábat fogta össze (egy közös köpenybe). Itt a csípőízületek és a térdek nyilvánvaló eltolódása volt megfigyelhető, mivel a megkeményedett, rugalmasságukat veszített izmok a váz csontelemeire továbbították a nem-anatómiai terheléseket, eltolva ezzel a csontokat anatómiailag szabályos helyükről.

Rehabilitáció. A TMSZ ilyen állapotban az SZRT segítségével – függetlenül a szimp-tómák súlyosságától – könnyen rehabilitálható. A kezelésekre hetente egyszer került sor. A hiperstruktúrás zónában ART nyomás segítségével megvalósított mikrocirkuláció-erősödés két kezelés alatt azt eredményezte, hogy a hiperstruktúrák szétváltak különálló, kisebb tömbökké, üledékes struktúrákká, ami azonnal csökkentette a vázra nehezedő nem-anatómiai terhelő erőket. A gerincet szorító „bilincsek” annyira kinyíltak, hogy páciensünk már egészségesnek érezte magát és útra kelt a soron következő távolsági járatral. Egy hónappal később jelentkezett a harmadik kezelésre és ekkor elmondta, hogy ez idő alatt kétszer volt kiküldetésben. Első útja „simán” zajlott le, és nem léptek fel nála rohamok. Második kiküldetése alatt azonban – 5 órával az után, hogy a volán mögé ült – erős fejfájás jelentkezett nála; viszont nem nyugtalanította többé szapora szívverés. Elmagyaráztuk neki, hogy tartós, végleges eredményre csak azok után számíthat, amikor szervezete már helyreállította a test minden izmának a rugalmasságát (elasztikusságát); ehhez azonban időre van szükség és a – három hiperstruktúrába zárt – izmokon végzendő további munkára (ezek ART kezelésére). Ezenkívül a csípőízületeinél és a térdízületeinél helyre kell állítani a szabályos anatómiai helyzetet, különben nagyon hamar újból fájni fognak a lábai. Erre vonatkozóan megjegyezte, hogy ha váratlanul nagyobb távolságot gyalog kell megtennie, akkor a lábai tényleg fájnak, méghozzá tűrhetetlenül. Elmondtuk neki, milyen a mi univerzális gyógyító eljárásunk, amivel ráhatást gyakorolunk a TMSZ szöveire. Vagyis ismertettük az adaptív rekonstrukciós terápiás nyomást, aminek segítségével reálisan kiküszöbölhető minden zavara, és – ezen kívül – a TMSZ-ben keletkező egyéb lehetséges eltérések is megelőzhetők, hogy hosszú időre elfeledje bajait. Mivel M. G.-nek az általános egészségi állapota jó volt (normálisan működtek a veséi, a mája, a szív- és vérkeringérendszere), a következő öt kezelés alatt TMSZ-e összes szövetét sikerült helyreállítani (rekonstruálni). Közben az egész testen részleges izomműködés-leállásokat (izomleblokkolásokat) fedeztünk fel,

amiket menet közben megszüntettünk. Ezzel sok olyan megbetegedés csíráját sikerült likvidálni, ami a későbbiekben jelentkezett volna M. G.-nél. Ugyanakkor (tekintettel arra, hogy nem változtathatta meg a munkahelyét) ajánlottuk neki, hogy 3 havonta vegyen részt egy megelőző jellegű SZRT-kezelésen, amit azóta kötelességszerűen teljesít.

Magyarázatok és javaslatok. Ez az eset azért érdekes, mert a gépjárművezető az (orvosi eszközökkel) látható és nem látható csigolya-ideggyógyászati patológiás megbetegedések határán volt. A három hiperstruktúra egyike sem jutott még olyan kemény, olyan merev állapotba, amikor:

- a testet teljesen összeszorítja már „lovagi páncéljával” (ez a páncél a test saját – organikusán átalakult, elfajult – szöveteiből jön létre);
- az egész testben – ennek bármelyik helyzetében – közös, tartós vérkeringési zavar lép fel;
- gerincre ható patológiás nem-anatómiai terhelés keletkezik, ami a TMSZ elemeinél és struktúráinál elkerülhetetlen térbeli eltolódásokhoz vezet és az egész TMSZ mechanikájában zavart kelt.

A közös (az egész) vérkeringés ilyen zavara a szokásos, feszültséggel járó statikai munkapozícióban (munkavégzési testtartásban) mindenképpen jelt adna magáról az edényrendszer elégtelen működésével. A térbeli eltolódás pedig akkor mutatkozna meg, amikor az ember napi élettevékenysége folyamán elkövetne valamilyen ügyetlen mozdulatot: elcsúszna a jégen, hirtelen lehajolna, súlyt emelne fel, hirtelen felnyúlna például egy könyvért. Az idegzsába, a lumbágó, a degeneratív csontosodási zavar és a csigolyaközi porckorongsérv ezen „gyönyörűségei” vártak volna a továbbiak során erre a gépkocsivezetőre (elsősorban a gerinc nyaki szakaszánál). Mi azonban elcsíptük őket a határhoz való közeledésükkor. Ha azonban az említettek megtörténtek volna, akkor:

- az orvosi műszerek meglátták volna a korongokban bekövetkezett elváltozásokat;
- de a vizsgálat is egyszerűen adta volna eredményeit;
- a csigolya-ideggyógyászati diagnózist nehézség nélkül lehetett volna felállítani;
- az orvosoknak nem kellett volna lelki eredetű (pszichogén) titkos indítékot elővenni nyugtatószerek (antidepresszánsok) kiírására, amik csak szétzilálják az agy működését, és az egészséges ember számára végzetesek.

A betegségnek azon fázisában, amelyiknél hozzánk fordult M. G., egy nem világos (egyáltalán nem triviális) helyzet jött létre. A munkavégzési helyzetet kivéve az összes egyéb testhelyzetben a vérkeringés és a mozgékonyág elegendő volt még ahhoz, hogy a probléma nyilvánvalóan ne mutakozzon meg (ehhez azonban már minden közel volt). Ezért az orvosi vizsgálat nem állapított meg semmilyen eltérést. Azonban munkavégzési helyzetben – amikor a test sokáig van statikus feszültséggel járó pózban – az ízületekben utólagos összenyomódás (kompresszió) történt, pótvizenyősség (utólagos ödéma) jelentkezett a nyak, a vállak és a hát környékén, ami két óra múlva egyetlen egységgé egyesítette a felső testrészt két hiperstruktúrájával. A csapda bezárult – összecsapódott –, pont a gépjárművezető nyakán. A fej gyakori forgatásakor (amire az útviszonyok és az éppen zajló körülmények figyelése kényszerítette a járművezetőt) a nyaki csigolyáknál kismértékű eltolódás keletkezett: normális helyzetből (patológiás eltolódással kísért) nem-normális helyzetbe kerültek a csigolyák, majd ebből visszakerültek a normális helyzetbe, állandó „ingalengést” végezve. Ez ingerelte a csigolyákon átmenő ereket, ami éppen a nyaki gerincszakaszra jellemző ennek specifikus felépítése miatt. A véráramlás ciklikusan ismétlődő ingadozása saját maga hozzájárul az agy ingerléséhez, a rohamok formájában fellépő fejfájáshoz, a szapora szívveréshez, az izzadás hirtelen erősödéséhez

és azon természetes félelem jelentkezéséhez, ami a gépjármű-vezetői szakmával és felelősséggel amúgy is együtt jár. Ha ilyen pillanatokban M. G.-re orvosi műszerek lennének kapcsolva, akkor nem is vetődne fel a diagnózissal kapcsolatos kérdés. A vízszintes (fekvő) testhelyzet elfoglalása után – a lazítást és a pihenést követően – a vérkeringés helyreállt, az ödéma felszívódott, az összetapadt hiperstruktúrák egymástól elváltak és szokásosan elfáradt izmoknak álcázták magukat. M. G.-t nem egyszer, hanem többször is vizsgálták magasan kvalifikált szakemberek, professzorok, sőt akadémikusok is (mivel az orvosok érthetetlen eset előtt álltak); ezért kézzől kézre adták, egyre nagyobb szak tekintélyek vizsgálták. Minthogy az orvostudomány büszke csillagai – elektronikus műszereik birtokában – nem szoktak érzékeléssel (kézzel) történő diagnosztizálást végezni, ennek az igen súlyos patológiás folyamatnak sikerült előlük teljesen elbújnia és a figyelmük alól kisiklania. De, ha érezték volna is az izmok keménységét, akkor azt az izmok erősségének és teljesértékűsége jelének tartották volna; és megtörténhetett volna még az is, hogy megdicsérték volna a járművezetőt „jó formájáért”. Azért mondjuk ezt ilyen magabiztosan, mert tudjuk, hogy ilyen mondat hangzik el még a scoliosisos betegek vizsgálatánál is, ahol „jó formának” tartják a beteg gyerekek teljesen „elcsontosodott” izmait. Akkor hát minek is beszélünk mi itt a normális alkatú emberekről! A mi kezeink viszont csupán hozzáérték M. G. testéhez, és azonnal elértük, hogy az üledékes hiperstruktúráknak egyetlen lehetőségük se maradjon arra, hogy tovább folytassák az ember kínzását. Mi továbbra is ugyanazon – megváltást hozó – ART nyomás segítségével távolítottuk el a járművezetőnél keletkezett összes rendellenességet és levettük róla azt a gyanúsítást, hogy ő szimuláns és pszichikailag nem teljes értékű.

4. Mellméret- és mellalak-korrekción, súlyfelesleg az asszonyoknál

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: R. J., 1962.

Szakma: fodrász.

Tartózkodási hely: Ukrajna, Harkov.

Megfigyelési időszak: 1992.

Panaszok. Nem szép, széthúzódtott mell, a felső testrészt túlzottan telt, alakja szétfolyó. A szülésig 46-os méretű ruházatot viselt, jelenleg 54-est. Mellméretét nem lehet meghatározni, mivel a normális félgömbök helyén üres bőrzsákok lógnak le a köldökig. Ez az állapot már 7 éve tart.

Gyógyítás orvosi intézetekben. A hölgy fordult már endokrinológushoz, akitől a következő választ kapta: „De mit akar ön, ha nagyon sok volt a teje? Örülnie kell annak, hogy nem csak a saját kislányát tudta táplálni, hanem két másik csöppség számára is donor volt. Ön egy igazi nő és anya; viszont azzal, hogy a melle szétnyúlt, semmit sem lehet tenni”. J. más szakemberekhez, kozmetikai sebészekhez is fordult; elutazott Moszkvába, a Szépség Intézetbe, de ott is csak elképedtek ilyen szélsőséges deformitás láttán. J. azonban nem csak azt követelte, hogy egyszerűen kisebbé tegyék melleit, hanem igényt tartott arra is, hogy visszaadják egykori szépségét; ugyanakkor visszautasította, hogy implantátumot építsenek a mellébe.

Primer SZRT-diagnosztika. A hölgy egész felsőteste puha volt; izmai elernyedtek, széthúzódtak, elsovadtak (atrofizálódtak). Ugyanígy elváltozást mutattak a mell szövetei. Feneke és a lábai ennek ellenkezőjét mutatták: kőkemények, kimondottan soványak voltak, főként alsó lábszárai, lábikrái. Szemmel látható ellentmondás volt az alsó

és a felső testfél között: mintha különböző emberekhez tartozott volna a két testfél. Az egész alsó test egy közös üledékes hiperstruktúrát testesített meg; az izmok nem domborodtak ki. Az összes izomszövet összenőtt egymással, egyenletes, vékony réteget alkotott: valami sajátos „huzatot”, ami rendkívül szorosan húzódott rá a medencére és a lábakra, és emiatt úgy tűnt, mintha az izomszövet egy monolit gumidarabból lenne. A csípőízületek és a térdízületek mozgékonyasága 50%-ban elveszett. Az említett „huzat” annyira kemény, hogy a benyomuló kezét „visszadobja”, mint egy gumilabda. A puha izomszövetek szabad csúszása a csontok mentén teljesen hiányzik.

Mi nyíltan megmondtuk J.-nek, hogy nem ígérjük mellei változását, mivel első alkalommal találkozunk ilyen méretű elváltozással. Természetesen 60–70 éves személyeknél is javítottuk a melleket, de ezek olyan állapotban voltak, hogy mégiscsak hasonlítottak a mellre. A lógó, petyhüdt mell az SZRT-kezelések után felhúzódik és rugalmas lesz. Ugyanakkor az a csodálatos, hogy a kisméretű mell ilyenkor nagyobb és teltebb lesz, nedvvel telítődik, a nagy mell viszont kisebb méretűvé válik, lesaványodik (összemegy), határozott alakot ölt. Ily módon az SZRT alkalmazása mindkét szélsőséget kiküszöböli. Azonban ennyire üres melleket, mint amilyenek J. mellei voltak, mi csak a százéves öregasszonyoknál láttunk, de azok nem nagy, hanem kis mellek voltak. Olyat azonban soha nem láttunk, hogy üres bőrszakok lógjanak a has közepéig. Mi tehát csupán azt ígértük a hölgynek, hogy kiegyenlítjük az alsó és a felső testrészt, visszatérítjük az ízületek mozgékonyaságát, és visszautasítottuk, hogy – akár csak érintéssel – kezeljük a melleit. J. ekkor kiabálni és sírni kezdett; kiszaladt a rendelőből, majd 2 óra múlva váratlanul visszatért, fürdőruhával a kezében. Bejött, csendben levetkőzött, és ekkor figyelgettünk arra, hogy nem visel alsóneműt. Kezdte felvenni szép fürdőruháját előttünk, de ez sehogyan sem sikerült neki. Csőalakban összetekerte mellét és begyömöszölte a fürdőruha melltartó kosarába, ahonnan az rögtön kiesett. Ekkor értettük meg, hogy egyetlen méret sem jó neki, mivel a nagyméretű kosár ugyan megfelel a mellének, azonban a kosár majdnem üres marad. A kisméretű kosár térfogata – jöllehet, úgy tűnt – megfelelt összetekert melle térfogatának, viszont mellkörét nem tudta körbefogni, mivel a melltartó kosár körkerülete kicsi volt. Keserve ily módon történt demonstrálásával – egyetlen szót sem szólva – ez a hölgy arra készítetett minket, hogy lássunk hozzá teste javításához.

Rehabilitáció. J. hetenként egy SZRT-kezelésen vett részt. Kivételesen céltudatos páciensnek mutatkozott. Pontosan a megadott időben jött a rendelőbe, aminek alapján akár az óraművet lehetett volna ellenőrizni. Haragudtunk rá azért, mert nem mindig hozta magával kislányát, akinél fejlődési stádiumba jutott (progrediáló) scoliosist fedeztünk fel. Kicsinyét illetően messze nem volt olyan lelkiismeretes, mint saját küllemét illetően.

Az első kezelések alatt sikerült annyit elérni, hogy alteste hiperstruktúrájának a keménysége csökkent. Az ART nyomás utat nyitott a vér számára az alsó testrészbe. Amilyen mértékben helyreállt a „huzatba” zárt izmokban a mikrocirkuláció, ugyanolyan mértékben vastagodott az izmokat körbefogó „huzat” és vált kezelésről kezelésre egyre dagadtabbá, puffadtabbá. Ezeket a változásokat a levesbe dobott szárított gomba változásaihoz lehet hasonlítani, amikor is annak térfogata egy bizonyos idő múlva a korábbi ötszörösére nő. Az ART nyomást, természetesen, a felsőtesten is mindig, minden kezelésen alkalmaztuk, csak azt nem tudtuk, mit lehetne tenni a mellekkel, amiket egyszerűen csak simogatni tudtunk fölfelé irányított apró mozgásokkal. Nem volt észlelhető változás a 15. kezelésig. Ekkor azonban megéreztük, hogy a felsőtest hiper-

struktúrája szétesett különálló izmokra, amikbe könnyen behatolt a kéz. Ezek után – szó szerint 2 kezelés múlva – az alsó és a felső testrész teltsége egyforma lett, a mell pedig kezdett nedvekkel telítődni és felemelkedni. Most már mertük alkalmazni az ART nyomást a tejmirigyeknél is, de csak rendkívül óvatosan, „légies” ujjmozgásokkal.

Fél év alatt J. körülbelül 30 kezelésen vett részt. Amikor helyreálltak a medence izmai és a lábizmok, akkor teljesen helyreállt a csípőízületek és a térdízületek mozgékonyága is. Ekkor végezhattük el a medence visszahelyezését, ami hátrafelé volt eltolódva, s ami miatt J. szűnni nem akaró fájdalmat érzett lábaiban. Ő azonban erről csak azután tett említést, amikor ezek a fájdalmak megszűntek. Ugyanis azt gondolta, hogy az ilyen fájdalom normális jelenség annál, aki napi 8 órát talpon állva dolgozik. Ez valóban jellemző a futókra és azokra az emberekre, akik statikai feszültséggel járó pózban dolgoznak. Kiderült, hogy iskolás éve alatt J. futott; naponta több órán keresztül edzett, ami nem hagyott elegendő pihenési időt az izmok számára, ezek teljes értékű megújulására (regenerálódására). Az ilyen megterhelések következménye a lábizmok állandóan fennálló, visszamaradt (remanens) összehúzódása, amit állandó hipertónusként érzékel a TMSZ-IR. Végeredményben ez vezetett a medence izmainak és a lábizmoknak az organikus elfajulásához és fixációjához. Fodrászmunkája még tovább erősítette ezt az elfajulási folyamatot, mivel az ilyen munka kapcsolatba kerül ugyanazon – itt fent említett – izmok statikai feszültségével. A medence és a lábizmok egymással „összenőttek”, megkeményedtek és kezdték akadályozni a beidegzést és a vérkeringést. Ezek után a lábak kezdtek kiszáradni. Az ide irányuló vér a test felső részében rekedt, késleltetve lett, amitől az megduzzadt és feltelt. Vagyis a felső testrész teltsége nem a zsírlerakódások, hanem a törzs szöveteiben folyó anyagcseréből (metabolizmusból) származó mérgező termékek pangásának, az ezekben keletkezett vizenyők felhalmozódásának a következménye.

No de mi történt a melleivel? A csecsemő szoptatásának a befejezése után sok nőnél a tej „befülled” és visszamarad a tejmirigyekben mérgező vegyületek formájában, úgy hatva a szövetekre, ahogyan az ecet hat a „rablőhúsrá” (a saslikra). Ilyenkor a mellszövetek szétterülnek, kinyúlnak és lelógnak. A mell helyreállításához normalizálni kellett a vérkeringést nem csak a mellben, hanem az összes, környezetében található szövetben is. Ez azért is nagyon fontos volt, mert – a vizenyő felszívódása és a törzs teltségének hirtelen eltűnése után – kiderült, hogy mélyen az ödéma alatt, a mellen és a hason, ugyanolyan kemény, elfajult izomszövetekből álló rétegek húzódnak, mint amilyenek az alsó testrészben voltak észlelhetők. Ezek a rétegek alulról is és fölülről is nyomták a mellét és akadályozták teljes értékű táplálását. Természetes, hogy emiatt a mellszövetek elsorvadtak, és amíg nem állítottuk helyre az említett izmokat, a mell üres maradt és lefelé lógott. Azonban amikor biztosítottuk a vér bejutását, a mell máris kezdett dagadni; utána pedig, az ART nyomás hatására, kitisztult, megszabadult a mérgező zárványoktól és nagyon hamar helyreállt; megfiatalodott, rugalmas lett és összehúzódott 4-es méretre.

J. öröme határtalan volt. Ismét kezdte hordani korábbi, 46-os méretű, mélyen dekolált ruháját. Megfiatalodott, megszépült, mivel gyakorlatilag teste majdnem minden szövetét helyreállítottuk. Ezek után azt kérte J., hogy az arcán is alkalmazzunk SZRT-t. Ennek az lett a következménye, hogy a városunk fodrászüzleteiben dolgozó nők fele ostrom alá vette rendelőnket. J. nem volt rest arra, hogy elutazzon Moszkvába, ahol a – mellei ritka deformitása miatt – rá jól emlékező sebész egyfolytában kereste rajta az operáció után látható vágásnyomokat és törte a fejét, hogy milyen mellöltő lett alkal-

mazva J. Amikor J. elmondta, hogy a mellhelyreállítás csupán emberi kéz ráhatásával történt, akkor az orvos nem hitt neki, és sokáig kérte, hogy árulja el, melyik országban operálták meg.

Befejezésül még egyszer szeretnénk ráirányítani a figyelmet arra, hogy gyakran az elzsírosodás következményének tartják a mérgektől terhelt szövetek (petyhüdt, tézta-szerűen folyós) teltségét. Egyesek koplalókúrárt vezetnek be, éheztetési adagokon tengődnek és nem tudnak lefogyni addig, amíg szöveteiket nem tisztítja meg az ART nyomás, és nem választja el egymástól ezeket a sajátos, puha, üledékes hiperstruktúrákat, amiket közös vizenyő (egy közös ödéma) egyesített tézta-szerű masszába.

5. A sovány test szintén betegség

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: I. S., 1958.

Szakma: nehéztalálati edző.

Tartózkodási hely: Oroszország, Moszkva.

Megfigyelési időszak: 2002–2003.

Panaszok: Egy bentlakásos sportiskola súlyemelő sportolóival foglalkozva figyelmünk az edzőjükre irányult. A súlyemelők – akár fiatal, akár idősebb korosztályúak – erősen fejlett kéz- és lábizmokkal és igen erős törzzsel tűnnek ki. A tanítványok is éppen ilyenek voltak, viszont edzőjük, aki korábban ismert csúcstartó volt, vékony alakjával vonta magára a figyelmet. Úgy tűnt: az izmai laposak, kiszáradtak, mintha nem is léteznének, és a bőr alatt szinte nincs is izom; emellett szembeötlő volt a kéztövek és a bokák vékonysága. Mindettől az egész ember csinosnak tűnt; azonban ebben a kecsességben érződött valami „nem egészséges”. Ez az ember teljesen úgy nézett ki, mint egy kiszáradt virág. Sőt, az arc és a fej izomrétege is – ránézésre – vékony és száraz volt, akárcsak egy öregembernél. Az edző életkoránál sokkal idősebbnek tűnt és nem panaszkodott az egészségére, de beszélt a gyengeségéről, amit állandóan tapasztal, és nem teszi lehetővé, hogy valahogyan „tartsa a formáját”. Emiatt nem tudott reggelente tornázni és a futóedzéseken részt venni, mivel nagyon hamar elfáradt. Megígértük, hogy segíteni fogunk neki, és ezután kezdte látogatni a rendelőnket.

Gyógyítás orvosi intézetekben. Élete során I. S.-t még sohasem gyógykezelték. A sportsérüléseket nem számította betegségnek, és ezeket türelemmel viselte. Mindig arra törekedett, hogy a gyengélkedéssel ne törődjön és tudatát csakis a győzelemre és a rekordokra összpontosítsa.

Primer SZRT-diagnosztika. Az egész test izmai egyetlen homogén, vékony, kemény réteggé egyesültek, és szorosan körbefogták a csontvázat: szinte egybeforrtak, összenőttek a vázzal, egy közös egészet alkottak vele. Csontjait és lábfejeit olyan feszesen borította a bőr, hogy úgy tűnt: éppen most fog elszakadni, és a csontok kiállnak majd a bőr alól. Ugyanígy fedte a bőr a fejét is: annyira hozzánőtt a koponyához, hogy semmi szabad mozgása nem volt. Hajjal fedett rész csak egyes helyeken fordult elő: a feje búbjánál és a tarkónál. Minden ina „végsőig” feszes volt, főképpen a lábaiban. „Ugrálás”, egyenetlen járása volt. A gerincgömböletek kisimultak, eltűntek. A csontos kinövéseket alig lehetett kitapintani: kicsik és „szárazak” voltak. Minden csigolya – egymáshoz képest – egyidejűleg volt eltolva a különböző síkokban; sőt, ezek itt-ott a függőleges tengely körül is elfordultak. Nyakcsigolyái közül csak a hetediket lehetett kitapintani; a többit lehetetlen volt meghatározni, mert a megkövült nyakizmok ezt

megakadályozták. Mindenfajta mozgásának szabadsága erősen korlátozva volt. Fejét – mindkét irányban – csupán 30 foknyira tudta elfordítani; ennél nagyobb elfordulásnál a fejjel együtt elfordult a felsőtest is. A felsőtest ugyancsak 30 foknyira tudott elfordulni a frontális síkban is és a nyilírányú (sagittális) síkban is. Ismételt kikérdezése alatt derült ki, hogy I. S. rossz alvó, fülei állandóan zúgnak, hallás- és látáscsökkenésben szenved. Előfordult nála nyilálló fejfájás is, és egész testében állandó fájdalmat érzett az izmokban. Reggelenként arra kényszerítette a bénultság, hogy komplikált testmozgásokat hajtsen végre, míg végül is valahogyan – kezeire támaszkodva – fel tudott kelni. Kérdésünkre, hogy miért nem panaszkodik az egészségére, I. S. azt mondta: „De hát ez a sport!” Mi is történt tulajdonképpen az egykori sportolóval?

Magyarázatok. Minden sportoló – a rekordokra törekedve – túlfeszíti izmait a gyakori, sok-sok órán keresztül tartó edzéssel. Ez gátolja az izomszövet önhelyreállítását. Emiatt az izomszövetben feszültség marad (remanens izomfeszültség), és az anyagcseréből eredő melléktermékek is elakadnak. Minden újabb edzéssel csak erősödik ez a negatív folyamat, majd egyszer visszafordíthatatlanná válik, és ekkor már nem tudja megszüntetni a visszamaradt feszültséget sem a tartós pihenés, sem a sportorvosok által alkalmazott módszerek. Ha ez az állapot eléggé sokáig elhúzódik (néha elég erre csupán néhány hét), akkor az irányítórendszer, az agy kezdi kényszeríteni a TMSZ-t, hogy alkalmazkodjon az izomzat állandó, fokozott mértékű feszességéhez (tónusához). Energiatakarékossági célból az IR organikus destrukcióval rögzíti (fixálja) a hipertónusos állapotban lévő izmokat. Az IR logikája a következő: ha az izom állandóan feszes állapotban van, akkor ezen a helyen állandó statikai erő kifejtésre van szükség. Az izom azonban ennek a feladatnak a teljesítéséhez állandóan fogyasztja a szervezet értékes energiáját, aminek tartalékai mindig korlátozottak, és emiatt kritikus erőforrásnak minősülnek. Ezért az IR mindig keresi az energiatakarékosság módjait. Adott esetben az IR megváltoztatja az izom organikus szerkezetét és azt átalakítja keménnyé és tömörre. Hatására az izom képes a terhelést elviselni anélkül, hogy ahhoz energiát fogyasztana. Másrészt azonban ez az alkalmazkodás mellékhatásokkal jár: az izom részben elveszti működési lehetőségeit. Emiatt természetes, hogy a sportoló a kívánttól eltérő, azzal szemben álló hatásban is részesül: az izomtömeg növelése helyett (és az izmok működési lehetőségeinek erősödése helyett) elfajult izmok birtokosa lesz, és részben elveszíti mozgáslehetőségeit. Mindebben az a paradox dolog, hogy az elfajult izmok keménységét rendszerint a megnagyobbodott izomerő – pozitív – jeleként fogják fel; az állandó vízenyő pedig (ami a vérkeringés sérülésének a jele, és az izmot dagadásra / puffadásra kényszeríti) reliefszerűen kidomborítja az izmot, ami örömet szerez a sportolóknak is és az edzőknek is. Ugyanakkor azonban észreveszik azt is, hogy eredményeik nem javulnak, és ez arra készteti őket, hogy még szorgalmasabban eddzenek.

Az izomszövet organikus destrukciója a benne zajló vérkeringés zavarához vezet, ami viszont már nemcsak a TMSZ (közös rendszerhez tartozó) elemeinek szisztémás sérülését jelenti, hanem az egész szervezet szisztémás sérülését is. Ez pedig késlelteti az anyagcsere-folyamatot az izmokban, és ezzel együtt csökken az izmok működésének hatékonysága. A sportoló ekkor nekilát a még erősebb edzésnek, amivel a destrukció újabb fordulóját idézi elő. Vagyis a folyamatot átfogja a pozitív visszacsatolás. Ha olyan sportnemről van szó, ami lényegében véve dinamikus jellegű (például a futás, az úszás vagy a torna), ahol az izom-összehúzódás izomellazulással váltakozik, akkor a pozitív visszacsatolás hatása jóval gyengébb, mint azoknál a sportnemeknél, ahol jelentős statikai terhelések vannak. A súlyemelőknél, lényegében véve, csak a kezek kerülnek dina-

mikai terhelések alá; a törzs és a láb az idő nagyobbik részében statikai feszültséggel járó állapotban van. Ezért a súlyemelőknél az izomfajulási folyamat lényegesen gyorsabb.

Említést kell itt tennünk azoknak a hormonkészítményeknek a szedéséről, amik elősegítik az izomrostok hipertrófiáját; az izomrostok ugyanis – ideiglenesen – képesek fokozni a sportolók izomerejét. Ilyenkor azonban durva sérülést szenved az anyagcsere, ami arra kényszeríti a sportolókat, hogy egész hátralévő életük alatt egészségükkel fizessenek (bűnhődjenek) elért győzelmeikért és rekordjaikért.

Pontosan ez történt I. S.-sel is. A hipertrófia révén I. S.-nek az izmai valóban sokkal erősebbek és sokkal vastagabbak lettek, ő pedig országos csúcstartóvá vált. Ezután megjelent előtte a világbajnoki cím „illúziója”; ezért edzései még feszesebbé váltak. Azonban sem a sportoló ambíciói, sem edzői, sem a hormonkészítmények nem képesek leváltani a TMSZ alkalmazkodási mechanizmusát (ami a szervezet energiafelhasználásának csökkentésére irányul): a minden előre vonatkozó túlélési törvényt. A túlterhelt izmokban szüntelenül visszamaradó (remanens) feszültség miatt fellépő állandó hipertónust – függetlenül attól, hogy az izmok normális vagy már hipertrofizált állapotban vannak – változatlanul fixálta az izomszövet organikus destrukciója. Az önhelyreállítás (ami lokális jellegű folyamat, és a vérkeringésnek az intenzitásától függ) erőtlenség, bágyadtan harcolt az organikus destrukciós folyamattal, amit I. S.-nél továbbra is fenntartott izmai állandó aktivitása. Így hát ezek a folyamatok egymás ellen fordultak, és ez – végül is – egy sajátos dinamikai egyensúly kialakulásához vezetett, ami viszont rögtön felborult, amikor abbamaradtak az edzések. Ezenkívül: a súlyemelés alatt nem-anatómiai terhelések keletkeztek, amik elég gyakran veszélyeztetik a TMSZ épségének megőrzését. Egy sor esetben az ilyen nem-anatómiai terheléseket nem lehetett ellensúlyozni a megfeszített izmok erejével. Az ilyen esetek aztán eltolódásokat okoztak, és ezek következtében sérült a test stabilitása. Legtöbbször a deréktáji csigolyáknál (a súlyemelők legsérülékenyebb helyén) jelentkeztek ezek az eltolódások. Ennek hatására élesen megváltozott az izomzat tónusa, és ez az elváltozás már – rendszerint – örökre megmarad, mivel a csigolyaeltolódásokat valójában soha nem szüntették meg.

Itt említjük meg, hogy megdöbbenett minket az a tény, hogy a váratlan lumbágó (derékzsába) megszokott jelenség azon 14–17 éves fiatalok körében (köztük leányoknál is), akik ezt a sportnemet választották maguknak. Előremutatva itt említjük meg, hogy törekedtünk minél hamarabb elmenni ebből az intézetből, ahol azt láttuk, hogy az ifjú leányok nyögnek és összegörnyednek a gerincfájdalomtól, ugyanakkor azonban fatális módon készek továbbra is szenvedni a sportgyőzelmek érdekében. Mit is tehettünk volna mi? Csak egyet mondhattunk volna nekik: „Nem kell nektek súlyemeléssel foglalkozni; még gyenge szervezeteket nem kell aláásni és hormonkészítményekkel megzavarni. Nézzetek csak az edzőtökre, aki már maga is majdnem rokkant, és titeket hamarosan saját hasonmásává fog tenni”. Mi tudtuk, hogy szavainkkal kiváltjuk a sportiskola vezetőségének elégedetlenségét. Azonban – most már az „ügyis mindegy” elv alapján – a sportsikerek soron következő áldozatával foglalkozva hasonló szavakat mondtunk, majd gyorsan elmentünk. Nem vártuk meg, hogy ezt ők kérjék tőlünk, azzal indokolva, hogy mi „bomlasztó tevékenységet” folytatunk abban a baráti, összeforrt sportkollektívában, ami nem többre és nem kevesebbre vágyik, mint az olimpiai dicsőségre.

No de térjünk vissza a csigolyák eltolódásaihoz. Amikor ilyesmi történt, akkor a gyermekeket a manuálterapeutához vezették, aki az ismert csontkovácsnak a módszerével,

„a hátra mért ütéssel” gyógyított. Igaz, hogy ennek a terapeutának hatalmas munkatapasztalata volt: valamikor éppen ő volt az, aki ennél az edzőnél „helyreigazította a csigolyákat” élete korábbi, legjobb éveiben.

Így aztán az edzőt (I. S.-t) félig rokkant állapotba juttató folyamatról nem csak visszapillantást nyerhettünk igen könnyen, de módunkban állt megfigyelni a jelen időben zajló folyamatot is a manuálterapeuta tetteiben, az edzőhöz tartozó tanítványok gerincére irányított csapásiban. Módszere abból állt, hogy gerincére mért nagy ütéssel a has irányába előrelökte / előredöntötte a hátgerincet. Nyilvánvalóan arra gondolt: az ütés arra készíti a kimozdult porckorongot, hogy elmozduljon előre és szabadabbá tegye a becsípődött idegvégződést. Ez itt megingathatatlan, nyílt nézet volt, egyenes, mint a sínek. Ha pedig a gerinccsatorna hátrafelé fordult el, a hát irányába (ami veszélyes elmozdulási irány a porckorong számára, mert kieséséhez és előre nem látható, bonyolult helyzetekhez, akár lebénuláshoz is vezethet), akkor a szemközti irányból rá mért csapással térítették vissza a korongot a megfelelő helyre. Ezután a csontkovács – markos kezeivel – felemelte a levegőbe a páciensét és jól megrázta: azért, hogy a gerincoszlop minden szerkezeti eleme saját maga helyezkedjék el úgy, „ahogyan kell” (hasonlóan ahhoz, ahogy a derelyék helyezkednek el a szakács által jól megrázott tálban). Érdekes, hogy az orvostudomány ezt a (falusi csontkovácsoktól lemásolt) „népi” gyógyító eljárást másképpen interpretálja: azt állítja, hogy ilyenkor a valódi csigolyaközi ízületek félhold alakú porcinak, a meniszkuszoknak a becsípődése megszűnik. A sikeres gyógyítást pedig az jelzi – és ez kíváncsú is –, hogy a manipuláció alatt „ismeretlen eredetű” száraz roppanás hallható [9]. Így aztán érdekes szituáció adódik: a falusi nagyapák a „korongok helyreigazításáról” beszélnek. Diplomás kollégáik viszont a csigolyaközi ízületekről, mivel a gerinc anatómiai ismerete nem engedi meg nekik, hogy azt mondják: „az ilyen 'pontos' módszer – mint a hátra mért ütés – egy ötvös precizitásával igazítja helyére a gerincoszlop nyomásától összeszorított és struktúrájába belenőtt korongot”. Helyreigazítani azt a korongot, amit nyitott operáció alatti is csak olyan speciális mechanikai szerkezetek segítségével lehet elmozdítani, amik képesek ezt a gerincnyomást legyőzni! Ugyanakkor mindkét tábor állítja, hogy valamit likvidál. Az előbbieket, a csontkovácsokat azt mondják, hogy megszüntetik a korong eltolódását. Az utóbbiak – az orvosok – azt állítják, hogy felszabadítják, deblokkolják a csigolyaközi ízületeket. Csakhogy mindenki tudja: ha már – legalább egyszer – jelentkezett a derékzsába (a lumbágó), akkor ez végigkíséri az embert egész életében, függetlenül attól, hogy már hányszor „likvidálták”. Most viszont (a számítógépes diagnosztizálás megjelenése óta) ilyen esetekben porckorongsérveket határoznak meg, amik a szisztémás destrukció folyamatának eredményeként jelentkeznek. Ez a szisztémás destrukció a gerincszerkezetekben (a gerincstruktúrákban) és a hozzájuk kapcsolódó izmokban keletkezett organikus elváltozások növekedésében fejeződik ki. Példáinkban mi – nem is egyszer – leírjuk ezt a folyamatot. A vizsgált személy szakmájától és a munkájával járó fontosabb terhelésfajtáktól függően, valamint a TMSZ betegségeitől függően a destrukciós folyamat – mindegyik konkrét esetben – különböző egyéneknél különböző módon indul el. Azonban a TMSZ szisztémás jellege miatt a destrukciós fordulók (menetek) felgombolyítása és ezeknek a további előrehaladása már egyformán zajlik. Ez azt jelenti, hogy a TMSZ-ben keletkezett nem-anatómiai terhelések (amik „kivitték” a TMSZ-t szabályos anatómiai státuszából) vezetnek a csontelemek eltolódásához és a velük kapcsolatban álló izmok tónusának elváltozásához. Ezek hatására az izomszövet organikus elváltoztatásával beindul az adaptáció ehhez az új – megváltozott – izomtónushoz. Ezt pedig követi a vér-

keringés, a beidegzés, a mikrocirkuláció és a szövetek anyagcseréjének a zavara az érintett izmoknál is és a TMSZ velük szomszédos elemeinél is.

Igy képződnek olyan zónák, amik patológiásan elváltozott elemeket zárnak magukba. Ilyennek tekintendők az üledékes (a lerakódási) struktúrák és hiperstruktúrák zónái, amik újból nem-anatómiai belső mechanikai terhelésekhez vezetnek. Hatásukra a szisztémás destrukció kereké kezd növelni fordulatszámát, hogy már csak az ember halálakor álljon meg. Az I. S.-nél látható sportváltozatnál ez a folyamat nagyon gyorsan haladt előre, mivel:

- az izmok túlterhelése (az állandó hipertónus) is organikus elváltozásokhoz vezetett, és
- a csontelemek – súlyemelés közbeni – eltolódásai is ugyanilyen hipertónust és organikus elváltozásokat váltottak ki ugyanabban az izomcsoportban is és más izomcsoportokban is.

Mindkét erősítő tényező egy irányban hatott. Mindehhez társult még egy tényező: a hormonszedés miatti anyagcserezavar. Az állandó aktív edzések ösztönözték a vérkeringést és valahogyan segítették a sérült anyagcsere-folyamatban keletkező termékek idejében történő kivonását. Amikor ezek az aktív edzések elmaradtak, akkor felerősödött a vérpangás, és I. S.-nek minden izma üledékes zárványokat tartalmazó kásává alakult. (Vizenyőkből és mindazon egyéb komponensekből képződött kásává, amikben az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák „gazdagok”). Egy idő után a folyékony összetevők mégis csak eloszlottak és felszívódtak; a visszamaradó üledékes zárványok pedig véglegesen összeragasztottak minden sérült szövetet és kezdték elfojtani az egészséges sejteket úgy, hogy ezeket disztrófiás elváltozásra kényszerítették. Az elfajult izmokról álló kemény páncél nyomta I. S.-nek a csontvázát, és megakadályozta a vér eljutását a csontokhoz. Emiatt a csontok kezdték elveszíteni a vizet és kezdtek kiszáradni. A degeneratív-disztrófiás folyamat kiterjedt az egész testre; az edző kezdett soványodni és kiszáradni, mint az a virág, ami egy csepp nedvességet sem kap. Megkeményedett teste elemi mozgások végrehajtását sem engedte meg, fájdalmat okozott és egyre inkább sorvadott, egyre jobban kiszáradt. A későbbiekben I. S.-nek a teste olyanná vált volna, mint a 8. példában ismertetett N. Zs.-é. Ők külsőleg hasonlítottak is egymásra, mivel mindketten megzavarták saját anyagcsere-folyamatukat: I. S.-nél ez hormonokra ható szerekl történt, N. Zs.-nél pedig cukorfogyasztással. Mindkét ember, az idős is és a fiatal is – szemlátomást – kiszáradt és összezsugorodott.

Rehabilitáció. I. S.-nél hasonlóan zajlott a rehabilitáció, mint N. Zs.-nél: a vérkeringés aktivizálásával, a még életképes sejtek felélesztésével. Az egyes hiperstruktúrákat (amivé testük elfajult) először arra kellett kényszeríteni, hogy duzzadjanak, mint a beáztatott kétszersült. A fogságukba jutott szöveteket meg kellett tisztítani a helytelen anyagcsere termékeiktől, hogy bennük a vér szabadon áramolhasson. Ezzel elkezdődött a TMSZ szövetek helyreállítása a páciens saját szervezetével. Ezek után az lett a feladatunk, hogy az SZRT módszereivel ellenőrizzük ezt a folyamatot, és az egyes elemeket – helyreállításuk mértéke szerint – lépésenként visszahelyezzük anatómiailag szabályos helyükre. Eközben mind a két feladat végrehajtását (a helyreállítást is és az ellenőrzést is) az irányításunk alatt kellett tartani és felváltva kellett alkalmaznunk; eközben pedig számításba kellett venni ezek hatását az egész test stabilitására nézve.

A két történet vége eltérő. N. Zs.-nél szerencsés kimenetelű, I. S.-nél viszont nem egészen, mivel övele több éven át kellett együtt dolgozni, amit később megzavart területi különválásunk. Emiatt nem tudtuk munkánkat 100%-osan befejezni, csak 70%-osan.

Igaz: nemrégén levelet küldött nekünk az edző, és ebben azt írta, hogy sokkal jobban érzi már magát, hízott 10 kg-ot és apránként edzi az izmait, de – természetesen – a súlyokhoz többé nem nyúl. Az SZRT-re jellemző az ilyen hosszú idő után jelentkező következmény, mivel a szervezet ön-helyreállítási lehetőségei részére széles horizontot nyit meg. A szabályos anatómiai státusz helyreállítása után még hosszú ideig tart, amíg a szervezet helyreállítja a betegség ideje alatt elvesztett vagy megsérült funkcióit.

6. Gyermekek lassúbb fizikai fejlődése

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: G. L., 1984.

Szakma: kisgyermek, művészi tornával foglalkozik.

Tartózkodási hely: Ukrajna, Harkov.

Megfigyelési időszak: 1991–2004.

Panaszok. G. L. édesanyja, aki maga művészitorna-vezető, lányát 4 éves korától edzette azért, hogy ezzel megelőzze a scoliosis kialakulását, amitől ő maga korai gyermekkorától kezdve szenvedett, és állapota 4-es fokozatúvá súlyosbodott! Félve attól, hogy saját kisgyermeké hasonló sorsra jut, mindennap magával vitte őt munkahelyére és számára nagy megterheléseket írt elő, hogy – az orvosok ajánlása szerint – ezzel erősítse gyermeke izmait. Mi a mamát gyógyítottuk, és ő gyakran magával hozta a kislányát. Először 5 éves korában láttuk L.-t. Elmúlt 2 év, és ezalatt magassága nem változott, nem nőtt: 7 éves korában úgy nézett ki, mint egy 4–5 éves. Mondtuk az édesanyjának, hogy sürgős intézkedésekre van szükség, és az anyuka örömmel kezdte hozni hozzánk, mivel már ő maga is kezdett nagyon nyugtalankodni lánya fizikai fejlődése miatt, és a rokonai is értetlenül álltak az előtt, hogy a kislány nem nőtt.

Gyógyítás orvosi intézetekben. L. édesanyja felhívta a körzeti gyermekorvos figyelmét a kislány fizikai fejlődésénél tapasztalt késedelemre. Válaszként az orvosnő vállvonogatva csak annyit mondott: „De hiszen önöknél a családban mindenki kisművész!”

Primer SZRT-diagnosztika. A kisgyermek teste kemény, gumitömorségű, s ez jellemző volt teste egész terjedelmére oly mértékben, hogy még az arcizmai is kemények voltak. Ezen tulajdonsága miatt mindjárt „elkereszteltük” L.-t guttapercha kislánynak az ismert mesében szereplő guttapercha kisfiú analógiájára. Kézfejei és kis lábfejei különösen picinyek voltak: akkorák, mint egy hároméves kisgyermeké. A TMSZ összes fő lánctagja – a mellkas bordázata, a medence, a vállöv, mindegyik végtag – erősen eltolódott. A gerinc deréktáji, rendkívül súlyos patológiás lordosis (előredőlése) tetőzte be a kis gyermektest anatómiai státuszának sérüléséről árulkodó, elénk táruló képet. Nem lehetett kitapogatni a csigolyákat annak ellenére, hogy csöppnyi teste nagyon sovány volt. Egész hátgerince valahogyan „bement” / „betolódott”, és azon a helyen, ahol behúzódott, tapintás közben azt lehetett érezni, mintha ott egy „gumipáncél” lenne. Mindezek alapján megértettük, hogy az egész izomszövet nemritka, de mindig ijesztő hatású, általánossá vált elfajulásával van dolgunk, vagyis az egész TMSZ szisztémás destrukciójával.

Hogyan fejlődött ki ez a patológiás folyamat? A hajlékonyság fokozására irányuló fizikai gyakorlatok (amiket azért végzett a lányka, hogy jó tornász legyen) naponta okoztak bántalmat a gyöngye gyermeki inszalagoknak. Emiatt kezdtek eltolódni a csontjai; azaz olyan helyzetet foglaltak el, ami nem felelt meg az emberi test anatómiai felépítése elveinek. Nem-anatómiai terhelések keletkeztek, amik zavarták a test térbeli stabilitását.

Az irányítórendszer – a stabilitás fenntartására törekedve – az elmozdult csontokkal kapcsolatban álló izmoknak utasítást adott, hogy feszüljenek meg és tartsák kiegyensúlyozott helyzetben a TMSZ-t. Emiatt néhány izomnál állandó, fokozott mértékű tónus lépett fel, és ezek ellentétéinél (az antagonistáknál, amelyek az ellenkező irányba fejtnek ki húzóerőt) a tónus az előbbi fordítottjává vált, állandóan alacsony lett.

Miért állandósulnak ezek az izomtónusok? Vizsgáljuk meg és kövessük végig L. edzésének minden fázisát és magyarázzuk meg a TMSZ állapotával kapcsolatos IR-reakciók sorrendjét ebben a folyamatban. Kezdjük egy egyszerű összehasonlítással. Tételezzük fel, hogy L. reggelenként végzett tornagyakorlatai közben a szokásos módon előredől. Ilyenkor a TMSZ előrehajlik a test mellső felén lévő izmok (akarat / tudati utasításra bekövetkező) összehúzódása következtében; ugyanekkor a test hátsó felén lévő izmok passzívan széthúzódnak. Az előrehajlás az ízületek szabad mozgásának határain belül történik. A hajlás alsó pontjában minden izom laza, és a törzset a test hátsó felén lévő, feszes állapotba került szalagok tartják. Emeléshez a test hátsó felén elhelyezkedő izmok megfeszülnek és visszatérítik a testet a függőleges helyzetbe. Ezután az egész izomzat a normális izomfeszültséghez tartozó állapotba tér vissza; vagyis a normális tónusba, ami ahhoz szükséges, hogy a test – a függőleges állapotban – stabil helyzetben maradjon. Most végezzon L. hasonló hajlást edzés közben. Ilyenkor azt követelik tőle, hogy hajoljon le olyan mélyre, amennyire csak lehet, aztán pedig még lejjebb, minél mélyebbre. Ezt csak úgy tudja teljesíteni, ha az összes működésbe vont szalag a végsőkéig megfeszül. Bizonyos idő múlva L.-nek sikerül elérnie a szükséges „kinyújtózkodást”: előrehajlásnál oda tudja nyomni arcát a térdeihez. Az edző anyuka most már elégedett, de ezt az eredményt a szalagok visszafordíthatatlan széthúzásával sikerült elérni, vagyis a szalagoknál bekövetkezett mikrotraumák (mikrosérülések) árán. Ezután L. visszatért a függőleges testhelyzetbe; csontjai azonban ekkor már nem tértek vissza a korábbi, anatómiailag szabályos helyzetükbe, hanem ehhez képest eltolódtak; azaz ennek következtében rendellenessé vált a test stabilitása. Az erre utaló jelzések máris eljutottak az agyhoz, amire az IR azonnal reagált és módosította az izomtónust. Erre a működésbe vont izmok – az akarat mellőzésével – spontán megfeszültek; az ellentét (az antagonisták) izmok viszont rendkívül ellazultak azért, hogy az ember ne essen el. Az IR jeladására bekövetkező – fokozott tónussal megvalósuló – új izomállapotot (ami a – traumától és eltolódástól – megzavart, „rendellenes” TMSZ-nél a test stabilitásának fenntartására irányul) hipertónusnak hívják; csökkent tónusú állapotát pedig hipotónusnak.

Képesek-e a csontok arra, hogy saját maguk visszatérjenek normális helyzetükbe? Nem! A csontok soha nem térnek vissza korábbi helyzetükbe külső korrigáló ráhatás nélkül, ugyanakkor a széthúzódt szalagokat a szervezet saját maga kezdi helyreállítani. Ezt a folyamatot az érintett szövetek gyulladása és organikus zavarai kísérik. Mivel a gyakorlatok tovább folytatódnak, a szalagok behegedése (begyógyulása) széthúzódt állapotban történik, ezért a csontok soha nem kerülnek vissza az eredeti helyükre. Ez pedig azt jelenti, hogy a stabilitás állandó fenntartásához szükséges hipertónus és hipotónus szintén állandó marad.

Mit kellett volna tenni ebben a szakaszban ahhoz, hogy L. TMSZ-ét vissza lehessen téríteni a szabályos státuszba? Elsősorban abba kellett volna hagyni az edzéseit, és a TMSZ számára nyugalmat kellett volna biztosítani arra az időre, amíg az ínszalagok helyreállnak. Biztosítani kellett volna a TMSZ orvosi ellenőrzését, esetleg lehet, hogy gyógyszerrel is kellett volna szednie. Mi is történt azonban a valóságban? „Ügyes vagy! Jól sikerült! Menj le most spárgába! Ne lustálkodj! Rajta: nyújtsd szét a lábaidat,

nyújtsd!” És ez így megy napról napra. Sőt! Olyan trénerek is vannak, akik odaszaladnak és lefelé tolják a gyermekeket a spárta helyzetben, odanyomva őket a padlóhoz.

A tornászok naponta körülbelül száz hasonló, lábak szétfeszítésével járó gyakorlatot végeznek. Azaz tudatosan teszik tönkre és tolják el a TMSZ-t azért, hogy hajlékonyak legyenek, sportfokozatot kaphassanak és – ezzel együtt – egész életükre beteggé tegyék a TMSZ-üket. Ez azonban már senkit nem nyugtalanít. Az a nyugtalanító, ha a kiváló sportolónő hirtelen ténylegesen („de facto”) rokkant lesz, és többé nem szerepelhet, és nem tudja fenntartani az ország presztízsét. A potenciális (vagy a jövőbeni) rokkantság nem indok arra, hogy lemondjanak a sportgyőzelmekről.

Így hát a csontok bármilyen eltolódása az izomzat hipertónusához és hipotónusához vezet. No és mit tesz a továbbiakban az IR? Figyeli, hogy ezek az állapotok milyen sokáig folytatódhatnak. A néhány nap is – szerinte – sokáig tartó állapot. Az IR logikája ilyenkor a következő: „Én már 3 napja fokozott izomtónust tartok fenn. Összehúzódom izmaim értékes energiát vesztegetnek erre és elfáradnak. Ha viszont ezen múlik, és ettől függ a test stabilitása, akkor erre szükség van. És ha ez alatt a 3 nap alatt a csontok nem kerültek vissza a helyükre, akkor az ilyen izmokat, az egész további életben, továbbra is feszes állapotban kell majd tartani. De honnét veszek én majd ehhez annyi energiát? Hiszen mindig takarékoskodni kell az energiával. Az izom-összehúzódomással létrehozott statikai erő kifejtést azonban másképpen is el lehet érni: az izomszövet tömörítésével, amit részleges, organikus izomelkorcsosítással lehet megvalósítani. Ez is kíván energiát, azonban csupán egy alkalommal, és jóval kevesebbet, mint a normális izom állandó összehúzásának fenntartása. A másik – az antagonista – izmok viszont hipotónusos, ellazult állapotban vannak, és a normálisnál kevesebb energiát fogyasztanak! Ez sincs rendben. Itt is lehet megtakarítani energiát. Utasítást adok részleges elsorvasztásukra. Miért kellene állandó jelleggel fenntartani egy nagy izmot, amikor többé nincs is szükség az erejére, mivel a csontok többé már nem térnek vissza a helyükre? Főnököm, az egész szervezet IR-e, most majd elégedett lesz velem”. Körülbelül így „okoskodik” a TMSZ-IR, mivel a „tudatában” így van elhelyezve „főnökének” (a magasabb szintű rendszer – az egész szervezet – IR-ének) a szigorú utasítása (irányelve). Így diktálja a természet a maga szigorú feltételeit minden élőlénynek: „Takarékoskodjatok az energiával. Lehet, hogy holnap nem lesz táplálék; lehet, hogy holnap betegek lesztek; ki tudja, milyen szituációkat hoz nektek a holnap? Lehet, hogy holnap hanyatt-homlok menekülni kell valamilyen veszély elől, háború lesz, vagy valamilyen elemi csapás lép fel! Akkor aztán szükség lesz minden energiára, hogy azt túl lehessen élni”. Ezt a folyamatot alkalmazkodásnak, a TMSZ adaptációjának nevezik. Másképpen szólva: a nagyobb energiafelhasználással járó, nem optimális működési módokhoz (rezsimekhez) való illeszkedésnek hívják, ami az izmok hipertónusának és hipotónusának jelentkezésekor keletkezik.

Az említett irányelv szerint az emberi agy pontosan nyomon követi és figyeli a normális tónustól való összes eltérést; az izmok pedig – az organikus átalakítással – abban az állapotban kerülnek rögzítésre, amelyik állapotban az idő nagyobbik részét töltik. Traumákkal kapcsolatos tapasztalatai alapján mindenki tudja, hogy a TMSZ bármilyen húzódomást szenvedett szövetét (de más traumákat is) gyorsan kell gyógyítani. Amikor azonban a TMSZ elemei vagy lánctagjai hosszú időn keresztül mozdulatlan – immobilis – állapotban voltak (például csonttörésnél), akkor utána még nagyon sokáig kell „munkálni” (ismételten kezelés alá venni) az ilyen csontokkal kapcsolatban álló izmokat, és le kell győzni az irányítórendszer által elrendelt és működésbe léptetett alkalmazkodást, az adaptációt.

Így hát L. sporteredményeinek „folyamata” alatt napról napra folytatódtak csontjainak eltolódásai. Emiatt a helyükről eltolódott csontokat fenntartó egész izomzat megkeményedett. Ezt tudat alatti szinten az IR szervezte, vagyis L. agya. No és mi történt a továbbiakban? A keménnyé vált izmok összeszorították az idegeket és a véredényeket; fellépett a vérkeringés és a beidegzés zavara. Ez pedig azt jelenti, hogy:

- vénás és limfatikus pangás következett be;
- a sejtközi folyadék mikrocirkulációja sérülést szenvedett;
- hypoxia (oxigénhiány) és anyagcserezavar lépett fel a szöveteknél;
- vagyis rendellenessé vált a sejtek táplálása és a sejtek élettevékenysége alatt keletkező termékek, más szóval a mérgező anyagok elvezetése.

Ez a másodlagos patológiás folyamat a részben atrofizálódott izmokat is érintette, mivel ezek a leblokkolódott izmok térbeli szomszédjai, és a pangási jelenségek elkerülhetetlenül áttérjednek rájuk is. Minden izom kezdett ödémássá és begyulladtá válni. Ez pedig azt jelentette, hogy megváltoztak a mechanikai tulajdonságaik, és emiatt a TMSZ-ben új nem-anatómiai terhelések léptek fel. Ez pedig a csontok újabb eltolódását eredményezte és felborította a test stabilitását, aminek következtében ismét megváltozott az izomzat tónusa, újra beindult az adaptációs folyamat, és ezzel a kör bezárult. A zavarok ilyen patológiás, egymást előidéző gyűrűje jól ismert az irányításméletben, ugyanis ez képezi a pozitív visszacsatolás alapelvét. Ezt a folyamatot indította el a legelső rendellenesség (L. esetében az eltolódás jelentette ezt). Utána aztán folytatódott ez a folyamat és magától „gurult” tovább. Az összes ezután következő lézió (például egy véletlen trauma) már nem számít primer (elsődleges) rendellenességnek. Ezért a későbbiek mindig csak tovább erősítik az egyszer már beindult folyamatot, aminek „kellemetlen” elnevezése: a TMSZ szisztémás destrukciós folyamata. Szisztémásnak hívják azért, mert ez a folyamat mindig szétterjed a TMSZ egész rendszerére. Destruktívnak hívják azért, mert ez a folyamat magával vonja a támasztó-mozgató szervrendszer szerkezetének a tönkremenését (rongálását / pusztítását). Miben nyilvánul ez meg? Egyrészt az elemek eltolódásában (ez a térbeli destrukció), másrészt az elemek szöveteinek az elfajulásában / átalakulásában (ez az organikus destrukció). Ha a folyamatot „elkapja” a pozitív visszacsatolás, akkor az összes elváltozás összegződik egy közös patológiás folyamatban, ami – ha egyszer (gyakorlatilag már a születéskor) elkezdődött – soha nem fejeződik be, és minden gyógyítás csupán gyengíteni, fékezni tudja. Íme, ez hát az oka annak, miért vált gumiszerűen keménnyé L. teste; íme, itt a magyarázata annak, miért vált ő guttapercha lánykává. A szisztémás destrukciós folyamatot nála – pótlólag – még tovább erősítette a gyakori edzés. A kifáradt izmok képtelenek voltak egy éjszaka alatt regenerálódni. Ezért állandóan összehúzott (fesz) állapotban maradtak, amit az IR ismét fokozott tónusként „fogott fel” és – emiatt – gyorsította az organikus destrukciót. A folyamat ezután generálissá vált, és a hatására létrejött egész „izomfűző” annyira keménnyé és áthatolhatatlanná vált, hogy nyomta már a növekvő – fejlődésben lévő – testet és majdnem leállította ennek fejlődését. A növekvő csontok kezdtek elgörbülni, ami elsősorban gerincferdülésben nyilvánult meg.

Rehabilitáció. A következő feladat állt előttünk: először életre kell kelteni és élénkké kell tenni (aktivizálni kell) az üledékes hiperstruktúra szöveteit (a gyermek egész teste egy üledékes hiperstruktúrának tűnt). Normalizálni kell a vérkeringést ebben az egyenletesen, egyformán gumiszerű testben: még most is rettenetes rá gondolni erre. Emellett, ráadásként, a kislány részéről váratlanul igen erős ellenállás volt tapasztalható. Még a nem erős nyomással történő simogatás alatt is – ami a megmentése érdekében fel-

tétlenül szükséges volt – éles fájdalom lépett fel nála. A kislány sírt, végigordította az egész, egy órán keresztül tartó SZRT-kezelést. Ha az anyukának nem lett volna elég bátorsága, ha a bajt nem értette volna meg tisztán, ha nem hitt volna a mi hozzáértésünkben: akkor nem bírtunk volna ezzel a kisgyerekekkel. Felugrált, elszaladt, arcán patakokban folyt a könny, és az ilyen viselkedés nemcsak az első alkalommal fordult elő. Volt már tapasztalatunk ilyen testtel, és tudtuk, hogy nem szeszélyről van szó, mivel a kezelés valóban fáj az ilyen gyerekeknek. L. reakciója azonban rendkívül felfokozott volt. Édesanyja az orvosi intézetek és a szakosított egészségügyi internátusok minden stádiumát megjárta már. Emlékezett arra, hogy neki nem segített semmilyen orvosi tekintély; látott más gyermekeket, akiket soha sehol nem gyógyítottak ki, akármennyire is akarták a szülők és a gyermekek is; ezért kitartóan törekedett tűrésre bírni a kicsit, és újra és újra elhozta őt hozzánk.

Öt héten keresztül tartott ez a kínlódás. Ez idő alatt L. öt kezelésen vett részt, és ezen a legenyhébb ART nyomással kezeltük egész testét. A 6. kezelésen a guttapercha kislány kiabálásai váratlanul megszűntek, és észrevettük, hogy a „gumizsák” már valamennyire mozog, és elmozdítható a csontokhoz képest. A 7. kezelés alatt ez a „gumizsák” már teljes szabadsághoz jutott, elvált a csontváztól, és ez már győzelem volt. Ugyanis tudtuk, hogy az ART nyomás most már teszi a maga dolgát: a közös izomkonglomerátumot szét fogja választani alkotóelemeire, és utána helyre fogja állítani az izomszövet rugalmas tulajdonságát is és az összehúzódási képességét is. Ezen a (7.) kezelésen vált először kitapinthatóvá a gerincoszlopa, és – rágondolni is rémes – a megpuhult izmok alatt kitapintottunk egy nem nagy S-alakzatot: L.-nek már 1-es és 2-es súlyossági fokozatú scoliosis (oldalirányú gerincferdülése) volt.

Ettől a kezeléstől kezdve megváltozott L. és saját maga kérte, hogy minél tovább dolgozzunk vele. Azt mondogatta: „Ott bent valami olyan kellemesen viszket, és ez nagyon jólesik nekem.”

Ilyen szavakkal fejezte ki a gyermek a kellemes ellazulás érzését, ami eltöltötte akkor, amikor az elfajult szövetekben helyreállt a vérkeringés. Ez jelezte, hogy sikerült likvidálni az organikus destrukciót. Ekkor elkezdtünk rendszeresen dolgozni a csontvázal, összehangolva ezt a munkát a puha szövetek további helyreállításával és a csontelemek erősítésével. Észrevettük, hogy a csigolyatestek keménnyé váltak és megnagyobbodtak. Most már, szép csöndben, el lehetett kezdeni a gerinc kiegyenesítését. 20 kezelés telt el, mire a kislány TMSZ-e helyreállt. L. 10 cm-rel magasabb lett, kézfejei és lábcskái kétszer akkorák lettek, mint korábban voltak. Orcái kikerekedtek, és sápadt szürke színük rózsaszínűvé változott. Itt említjük meg, hogy arcszíne a helyreállítás kezdetén olyan felnőtt asszony arcára emlékeztetett, mint aki nagy keserűséget viselt el: szemei alatt sötét karikák voltak; az arca sovány madár-arc volt, markáns, éles arcvonások jellemezték; a bőre szorosan ráfeszült a koponyájára.

Anyukája elmondta, hogy a kicsinek kora gyermekkorától kezdve rossz volt az étvágya, rosszul szokott aludni, és bélműködése sem volt rendben. A kislány ideges volt és nem volt vidám. Mindezek a zavarok a múltéi lettek. Ősszel iskolába ment L. Mi pedig – ideiglenesen – abbahagytuk SZRT-kezeléseit, hogy csökkentjük terhelését. Újévkor aztán eljött hozzánk L. Ekkorra erős, szép kislány lett. E néhány hónap alatt nőtt még 5 cm-t. Anyja azonban még egy éven át – rendszeres időközönként – elhozta őt ellenőrző kezelésekre. L.-t a mai napig is megfigyelésünk alatt tartjuk. Eközben felnőtt, és, ami csodálatos, magas lett 20 éves korára. Apjánál és anyjánál is nagyobb, 180 cm magas, arányos testalkatú lány lett, akinek gerince teljesen rendben van.

7. Súlyfelesleg

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: A. I., 1960.

Szakma: tisztviselőnő.

Tartózkodási hely: Ukrajna, Harkov.

Megfigyelési időszak: 1990.

Panaszok: A. I. 40 évesnek látszó, telt alkatú nő azzal a kéréssel fordult hozzánk, hogy segítsünk neki lefogyni.

Gyógyítás orvosi intézetekben. Nem járt egészségügyi intézményekben. Kevesebb étellel fogyasztásával próbált lefogyni, de nem érte el a kívánt eredményt.

Primer SZRT-diagnosztika. A. I. izmai nagyon kemények, nagyon duzzadtak voltak. Rögtön világos volt, hogy ezek nem egészséges, teljes értékű izmok, hanem vízenyőkkal körülvett üledékes hiperstruktúrák. I. 5 évvel ezelőtt hagyta abba a sportot: azelőtt súlylökéssel foglalkozott. Nagy izomtömeggel rendelkezett, amikor azonban abbahagyta az edzést, akkor meghízott. Kövérsége miatt koránál jóval idősebbnek látszott. Szokásos, egykori sportolókra jellemző esetről volt szó, akiknél az izomszövet organikus átalakuláson megy át (elfajul) az izmok állandó túlfeszítettsége miatt. Nagyon súlyos deréktáji lordosisa volt. A derék és a medence környékén hatalmas kemény üledékes hiperstruktúrát lehetett megfigyelni, ami kilökte a gerincet a has irányába.

Amikor I. még sportolt, akkor – mint minden sportoló – ő is túlterhelte az izmait, amitől azok megkeményedtek, elfajultak, átalakultak üledékes hiperstruktúrákká és lelassították a vérkeringést. Ugyanakkor az edzések alatt végzett dinamikai erőfeszítések valahogyan átpumpálták a vért ezeken a hiperstruktúrákon és visszatartották a vízenyők és pangási jelenségek képződését. Amikor abbamaradtak az edzések, a táplálkozás viszont olyan maradt, mint addig volt, akkor az összes anyag térfogata (az összes anyag struktúrája) rendellenessé vált, és zsírlerakódások keletkeztek. Az üledékes struktúrák izomszöveteinél oxigénszegény állapot (hypoxia) jött létre, vízenyők keletkeztek, és az üledékes struktúrák kezdtek egyesülni, összeállni hiperstruktúrákká. Ilyen állapotban a keménnyé vált test túltelítődik mérgező anyagokkal, amik sokáig nem ürülnek ki a szervezetből.

Ilyen esetben lehetetlen lefogyni. Először arra van szükség, hogy helyre legyen állítva a normális vérkeringés, amihez előbb:

- szét kell választani az üledékes struktúrákat és hiperstruktúrákat, és ezeket meg kell nyitni;
- el kell távolítani a bennük lévő zárványokat;
- normalizálni kell a szövetekben a mikrocirkulációt és az oxidációs folyamatokat; és csak ezek után lesz majd hatása a táplálék csökkentésének.

Rehabilitáció. Az első kezeléseken az ART nyomás segítségével – mint mindig, ezúttal is – gyors hatást értünk el. A vérkeringés aktivizálódott és az üledékes struktúrák megnyíltak. A vér mélyen behatolt az izomrétegekbe és a test felpuhult. A kezelési idő nagyobbik részében a derekával foglalkoztunk, arra törekedve, hogy minél hamarabb szabaddá tegyük a gerinc deréktáji szakaszát, ami egyáltalán nem tetszett nekünk, és betegnek találtunk azért, mert olyan feszes volt, mint egy szorosan összecsavart rugó. Az ötödik kezelés alatt a testnek ezen a részén lévő hiperstruktúra szétesett, a gerinc a helyére került, a lordosis normális lett. I. váratlanul abbahagyta nemcsak a kezeléseket, de a sportintézmény látogatását is, ahol – miként kiderült – mindannyian dolgoztunk.

Magyarázatok. Elmúlt egy év. Véletlenül találkoztunk A. I. barátnőjével, aki korábban többször elkíserte őt a kezelésekre azért, hogy „megtanulja” a módszert. Odajött hozzánk az utcán, ahol a következő dialógus zajlott le:

– Tudja, I. önt mindenkinek dicséri.
– Mi történt? Sikerült lefogynia?
– Dehogyan, nem erről van szó. I. gyermeket szült, és most mindenkinek azt mondja, hogy 10 évig sikertelenül próbálkozott teherbe esni; többször elutazott gyógyiszapkezelésre, professzorokkal konzultált, sok pénzt kiadott; most viszont 5 kezelés után rögtön teherbe esett. Azt is mondta: ha tudta volna, hogy a masszázs segít, akkor már régen elment volna erre a kezelésre és régen szült volna; a férje ugyanis majd hogy „el nem dobta” azért, mert meddő volt.

Válaszként elneveltük magunkat. Először is azért, mert örültünk munkánk sikerének. Másodszor pedig azért, mert I. a mi rekonstrukciós terápiánkat masszázsnak nevezte. Ugyanis a mi ART nyomásunknak semmi köze nincs a szokványos (standard) módon végzett masszázsfogásokhoz; ezt a nyomást csak a TMSZ organikusan elváltozott szöveteinél alkalmazzuk. Kezünkkel kiválasztó, irányított nyomást hozunk létre, ami az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák patológiásan egybenőtt szöveteit szétválasztja. Ez a nyomás elősegíti, hogy a szervezet eltávolítsa az üledékes zárványokat és ösztönzi a TMSZ elemeinek ön-helyreállítási folyamatát. Ennek eredményeként a szövetek felélénkülnek és minden elem helyreállítja saját szabályos anatómiai struktúráját.

Elmagyaráztuk ezt I. barátnőjének, mivel emlékeztünk arra, hogy ő „tanulás” céljával járt a kezelésekre. A következő analógiát említettük neki. „Képzeld el azt, hogy egy könyv lapjai összetapadtak. Ekkor fogod a könyvet és belefűjsz. Ettől a lapok elválnak egymástól, és szabaddá válnak. Ilyen átfűvést végeztünk mi I. dereka és keresztcsontja izmainál. Az üledékes hiperstruktúra ettől szétesett és többé nem szorította el a női szervekhez menő idegeket. Amikor aztán a beidegződés, az innerváció helyreállt, akkor helyreállt a nemzési funkció is.” Masszázs alkalmazásakor az izmokat együttesen mozgatjuk és teljes tömegüket átgyúrjuk. Semmilyen masszázs, semmilyen manuális terápia nem rendelkezik olyan fogásokkal, mint az SZRT, ami képes mélyen behatolni az organikusan elváltozott izomszakaszokba és a normális szöveteknél – traumát nem okozva – képes vért juttatni a szövetek patológiásan elváltozott rétegeihez.

Ilyen esetek tömegesen fordultak elő nálunk. Azok után, hogy a páciens átment a szisztémás rekonstrukción, teherbe esett. Mi nem foglalkozunk speciálisan a meddőség elhárításával, csupán helyreállítjuk a TMSZ-t. Ennek nyomán azonban felélénkül az egész szervezet és mindazon szervek és rendszerek, amelyek támaszát a TMSZ jelenti. A vérkeringésnek a helyreállítása a TMSZ-ben elősegíti a vérkeringés javulását a test egész keringési rendszerében. Innen erednek olyan kellemes, – általunk azonban várt – meglepetések, mint: a vérnyomás normalizálódása; a fejfájás és a szédülés megszűnése; a látás és a hallás javulása; a jó alvás és a jó étvágy. Vagy a máj, a vesék, a gyomor és a bélrendszer működésének a normalizálódása; az idegrendszer állapotának egyensúlyba kerülése; a gyermekek fizikai és szellemi fejlődésének a javulása; a szív működés javulása; a férfiak impotenciájának eltűnése. És még sok-sok minden más javulása, de lehetetlenség itt mindezeket felsorolni.

A nőknél – nemi területen – tapasztalt változások közül megemlíthető: a régóta várt terhesség bekövetkezése; a menstruáció fájdalommentes lefolyása azoknál a lányoknál, akiknél – mielőtt még a szeánszainkra jártak volna – rendszeresen kihívták az elsősegélyt (a mentőket), mivel rendkívül erős fájdalmaik voltak; önkívületi állapotba kerültek és

rohamot kaptak, ami már megszokottá vált a környezetük számára. A változás időszakában (a klimaxos korban) lévő nőket az SZRT megajándékozta az ifjúsághoz való visszatéréssel, mivel helyreállította a rendszeres havi vérzést; likvidálta az akarattól független (vegetatív) véredényrendszeri zavarokat olyan nőknél, akiket az ilyen zavarok évek óta gyötörtek a menstruáció elmaradását (a menopauza fellépését) követő időszakban.

8. Gyermekek rendkívüli soványsága az édességekkel való visszaélés következménye

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: N. Zs., 1982.

Szakma: elemi iskolás gyermek

Tartózkodási hely: Ukrajna, Harkov.

Megfigyelési időszak: 1993–2004.

Panaszok. Egyszer egy apa és egy anya elhozta rendelőnkbe 11 éves fiát, Zs.-t. Külsőjük alapján, kinézetre, a szülők átlagos embernek tűntek; gyermekük azonban úgy nézett ki, mintha a televízió képernyőjéről lépett volna közénk akkor, amikor a koncentrációs tábor foglyairól szóló filmet vetítik. Ha azt mondjuk, hogy nagyon sovány volt, akkor az azt jelenti, hogy semmit sem mondtunk róla. Amikor levetkőzött, akkor megláttuk, hogy egyáltalán nincsenek izmai; csupán szoros, pergamenszerű, száraz, sápadt-szürke bőre volt, ami olyan szorosan lapult a vázra, hogy minden csontocska látható volt. Kész exponátum volt egy anatómiai múzeum számára. A csontvázára tapadt bőr összenyomta és becsavarta őt egy keskeny hengerbe, amiből a vékony nyakacska egy nagy fej meredt kifelé. Rettenetesen kiálltak az éles, lapos medencecsontok, a mellkas, a végtagok, a váll, a lapocka, és térdizületei. Korához képest a gyermek nagyon magas volt, és az arca ilyen soványságával és sápadtságával olyan benyomást keltett, mintha nem is egy ember, hanem annak csupán árnyéka lenne.

Gyógyítás orvosi intézetekben. A szülők azt mondták, hogy a gyermek ilyen állapotban van kiskora óta, de 6 éves korától kezdve kinézete különösen rettenetessé vált. A kisgyermeket sokszor vizsgálták már a legkülönbözőbb szakágra specializálódott orvosok. Az összes lehetséges vizsgálatot és elemzést elvégezték nála; a diagnosztizálást nagyon gondosan, röntgengéppel és más készülékek segítségével végezték. A lényeg azonban az, hogy még csak feltételezett diagnózist sem tudtak felállítani. Egyedül az Ortopédiai és Traumatológiai Tudományos Kísérleti és Kutató Intézet ortopédus orvosa próbált diagnózist felállítani. Amikor a két szülő együtt bevezette gyermekét az ortopédus rendelőjébe, kitört belőle egy felkiáltás: „Ó, mi a gyermek baja?” „Éppen azért jöttünk ide, hogy öntől tudjuk meg” – volt a szülők válasza. Az ortopédus manuálisan megvizsgálta a gyermeket és Ukrajna itt említett – tekintélynek örvendő – orvosi intézményébe utalta újabb elemzésekre és röntgenvizsgálatokra. Nem találván magyarázatot erre a rendkívüli esetre, egy hónap után – amit az orvos saját maga kért átgondolásra és konzultálásokra – értesítette a szülőket, hogy egy rendkívül ritka orvosi könyvben ráta-
lált egy hasonló eset leírására. Ez a könyv egy XVII. században élt orvosra hivatkozott, aki ezt a rejtélyes betegséget leírta, s akiről ez a betegség a nevét kapta. Az ortopédus megmondta a betegség nevét, de a szülők nem tudták megjegyezni a bonyolult külföldi nevet. Az ortopédus orvos határozottan megmondta azt is, hogy nem tudja, milyen módon kellene gyógyítani a kisfiút, jöllehet, meg van győződve arról, hogy pont ebben

a ritka betegségben szenved. Nemegyszer kértük a szülőktől, hogy hozzák el ennek az ortopédus orvosnak és a többi orvosnak az írásos – orvosi – zárójelentését, kérésünk eredménytelen maradt. Érezhető volt, hogy ha ezt továbbra is szorgalmazzuk, akkor a szülők többé egyáltalán el sem jönnek, és nem lehet majd megtudni, hogy mi történt a későbbiekben a gyermekkel.

Primer SZRT-diagnosztika. A szülőknél feltett első kérdésünk a gyerek táplálkozására vonatkozott: „Születésétől kezdve kapott-e teljes értékű táplálékot? Lehet, hogy túltáplálták édességekkel?”. „Nem. Ő ugyanúgy szereti az édességet, mint mindenki. A fiút jól tápláljuk. Mi jólétben élünk.” Utána megkérdeztük, hogy volt-e hasonló eset a rokonságban, és erre is nemleges választ kaptunk. A kisgyermek vázcsontjai vékonyak és gyengék voltak, és úgy kiszáradtak, mintha műanyagból készítették volna őket. A gerinc sima, egyenes volt, mintha kisimították volna a fiziológiás görbületeket. A csigolyák kicsik voltak és betegesen gyengének tűntek. Miként említettük: az izomréteg rendkívül vékony volt. Csak a kezein és a lábain voltak az izmok kissé vastagabbak. Hasa beesett, és annyira megfeszült rajta a bőr, hogy ráütéskor olyan hangot adott, mint egy dob. Kellemetlen volt az arckifejezése, mivel koponyacsontjaival összenőtt a bőre, és ez rettenetes látványt nyújtott. Az emberben olyan benyomás keletkezett, hogy ez a kisgyermek a végsőig kimerült és legyengült. Ennek ellenére hangja nem volt gyenge és – a szülők tájékoztatása szerint – megfelelően tanult az iskolában; viszont rendkívül kiegyensúlyozatlan természet és hiperaktív viselkedés jellemezte.

Meg voltunk győződve arról, hogy az izomdisztrófia valamelyik ritka változatával van dolgunk, ami az izomszövet általánossá vált átalakulásával (elfajulásával) és az általános anyagcserezavarokkal áll kapcsolatban. Hozzá kell tenni ehhez, hogy a csontok és az izmok hasonló gyengesége és a lágy részek keménysége nagyon emlékeztetett a végső stádiumba sorolt, legmagasabb fokozatú kyphosistól szenvedő betegek TMSZ-ének szövetstruktúrájára. Ugyanakkor egyáltalán nem volt gerincferdülése; pont a kyphosisos gerincgörbület nem létezett nála. Egyszerűen a szerencsés véletlennek volt köszönhető, hogy a két testoldal szimmetriájánál valamiért nem keletkezett zavar. A váz, szerencsére, nőhetett fölfelé annak ellenére, hogy az egész izomréteg megkeményedett. Zs.-nek szerencséje volt. Az ilyen gyermekek testi fejlődése rendszerint rosszul alakul. Nála a fejlődő szervezet minden erejét az egyetlen lehetséges irányba – fölfelé – fordította.

Valószínűleg sokan láttak már ilyen fiatal embereket. Lényegében véve ezek két méter körüli ifjak; keskeny, hosszú, sápadt testalkattal, gyenge izomzattal, legtöbbször hajlott háttal és kiálló lapockákkal. Az ilyen legényeket nem veszik be a hadseregbe, mivel fizikailag gyengék és természetük kiegyensúlyozatlan. Testük az árnyékban nő, nap felé törekvő növények gyenge szárára emlékeztet. Fiatalabb korában Zs. – akárcsak a 6. példában említett L. – nyilvánvalóan guttapercha kisfiú volt. Abban a példában azonban a szövetátalakulás (a szövetelfajulás) a túlzásba vitt sportedzések miatt fellépő izomtúlterhelés és csonttöredéknyomás nyomán következett be.

Zs. viszont – nagymértékű izomgyengesége miatt – soha nem foglalkozott testneveléssel, még az iskolában sem. Végül is a – későbbiek során Zs.-t foglalkozásainkra elkísérő, szülőket helyettesítő – nagymama volt az, aki világosságot teremtett a történetekre nézve. Ugyanis a szülők két kezelés után „kiábrándultak belőlünk”, mert 11 éven keresztül disztrófiás gyermeküket nem látták máris teljesen egészségesnek. Így derült ki, hogy Zs. édesanyja korábban cukrászdában dolgozott, és a kicsi – pólyás korától kezdve – teleette magát édességekkel. „Én mondtam nekik, hogy ezzel tönkreteszik a gyermek egészségét, de senki nem hallgatott rám. Ő pedig csak követelte az édessé-

get és minden más ételt visszautasított. Reggelente – épp csak hogy kinyitotta a szemét és – máris: „kéjek szokolát!“. A szülők pedig korlátozás nélkül adták neki a csokoládét.”

Rehabilitáció. Hosszú időn át, nagyon részletesen magyaráztuk a nagymamának, hogyan kell helyesen táplálni Zs.-t. Ugyanezt elismételtük az édesanyának is, aki végül elismerte, hogy soha nem gondolkozott azon, hogy ártalmas lehet a kisgyermek számára, ha az egyedül csak bonbonokkal táplálkozik. Azokban az években a finom bonbon és a csokoládé még hiánycikk volt, és Zs. anyja büszke volt arra, hogy ezeket korlátlan mennyiségben tudta kicsinye rendelkezésére bocsátani. Sokszor elismételtük neki, hogy a csokoládét, a tortákat és más cukrászkészítményeket ki kell zárni a gyermek étrendjéből, és létezik olyan fogalom, mint a gyermek helyes étkezése. A gyerek iránti aggodalom miatt mi, saját magunk, megvásároltuk azt a könyvet, aminek Az iskolás táplálkozása volt a címe, és Zs. anyjának ajándékoztuk.

A szisztémás rekonstrukciós terápia Zs. esetében azt jelentette, hogy 15-ször került sor vérkeringése aktivizálására teste mindegyik kis szegletében. Akárcsak G. L., ő is kiabált a fájdalom miatt: akkor is, amikor éppen csak hozzáértünk a bőréhez, ami hozzánőtt a csontokhoz és rájuk feszült, és a feszültségtől – szó szerint – szét akart szakadni. Kibírhatatlan, féktelen természetű volt, mint minden olyan gyermek, aki visszaélt az édességekkel. Időnként úgy tűnt, hogy szellemileg visszamaradt, debilis gyermek. Kényeskedett (affektált), harapdálta a kezünket, fintorgatta az arcát, gorombán beszélt velünk is és a szüleivel is, és mindenkit tegezett. Súlyos megpróbáltatást jelentett számunkra a kezelése. Lehetetlen volt neki megmagyarázni, hogy fizikailag és szellemileg nem teljes értékű ember lesz; számára az is mindegy volt, hogy az udvaron a kisfiúk „csontvázacskának” hívták

Általános érvénnyel mondható, hogy ez volt a legképtelenebb, legdurvább eset a gyakorlatunkban. Azonban a gyermek sírására, üvöltésére, harapásaira figyelmet sem fordítva életet kellett lehelni a pókhálóvékonyra vált izmokba, amik – bármilyen organikus elváltozásról van is szó – mégis képesek helyreállni (újjaépülni), ha létrejönnek az ehhez szükséges feltételek. Az SZRT ilyen feltételeket létrehozó módszer. Bármennyire paradoxul hangzik: Zs. teste egyetlen üledékes hiperstruktúrává vált. Minden szövet összenőtt egymással és egyetlen közös egységet alkotott. Ezek a szövetek összepréselődtek, kiszáradtak, mert nem kaptak elegendő és teljesen megfelelő (adekvát) táplálékot. Az üledékes zárványok eltávolításához előbb „ki kellett nyitni / fel kellett bontani” a hiperstruktúrát. Ehhez meg kellett duzzadnia úgy, mint a kétszersültnek a vízben; itt azonban a vér látta el ezt a duzzasztó szerepet. Azután pedig – amikor feltöltődése már megtörtént – szét kellett esnie ennek a hiperstruktúrának azért, hogy ezzel lehetőséget biztosítson a vér szabad áramlásának. Ehhez mindkét fél (a páciens és a rehabilitológus) részéről időre, türelemre és bátorságra volt szükség. Ez nehéz munka volt. Végül, a 30. kezelés alatt lecsendesedett Zs. Abbahagyta a sírást, többé nem lökdösött minket a fejével; kezünket többé nem tolt el, nem csipkedte, nem harapdálta. Eltűnt szemeinek vad, felajzott tekintete. Egy év múlva nem lehetett ráismerni; többé nem hasonlított a koncentrációs táborok éhező foglyaira. Egyszerűen sovány, ugyanakkor nyugodt kisfiú lett belőle. Két évnek kellett eltelnie, mire izomszövetei helyreálltak és erőre kaptak. Az ART nyomás visszaadta neki a normális izmokat, csontjainak az erőt, és újjáteremtette vérkeringési és idegrendszerét. Jelenleg is a megfigyelésünk alatt tartjuk. Az iskolát normálisan befejezte, és bevették a hadseregbe. Külsőre semmiben sem különbözik a vele egykorúaktól. A katonaság után megnősült, van egy kisgyermek.

Magyarázatok. Ilyen esetek gyakran előfordulnak, csak nem ennyire szélsőséges formában. Az utóbbi időben azonban az ilyen megnyilvánulások egyre elterjedtebbé váltak az olyan „táplálékok” miatt, mint a chips, a rágcsálnivalók, a szénsavval erősen telített italok, valamint a táplálékok cukorkákkal és tortákkal való egyesítése következtében. A cukor mindig erősen megzavarja az anyagcserét, főként a fejlődő szervezetnél. Sok gyermeknél keletkezik úgy nevezett „cukoralkoholizmus”, ami utat nyit a valódi alkoholizmusnak, a kábítószeres használatának, és gyakran a pszichikai zavaroknak is.

Az édességekkel való visszaélés a hormontermelés zavarához vezet, ami fokozott aktivitásban és az agy gyorsabb fejlődésében nyilvánul meg. A rohamosan fejlődő agy és az ember személyiségének – és ezzel együtt erkölcsi minőségeinek – a kialakulása és formálódása közötti kiegyensúlyozatlanság (debalansz) az ilyen gyermekeket kis „öregekké” (koravénekké) teszi, akiket nem hozzájuk illő (nem adekvát) társadalmi magatartás jellemez. Az ilyen gyermekek képesek jól tanulni és gyorsan megértik a felnőttek viselkedésének motivációját. Ugyanakkor nem képesek ennek helyes erkölcsi (morális) értékelést adni. Az ilyen gyermekek válnak kiskorú szélhámosokká, akik olyan kifinomult, ravasz bűntetteket képesek elkövetni, amikre aligha gondol egy felnőtt, tapasztalt, visszaeső bűnöző.

Természetes dolog, hogy a normálisan gondolkodó szülők soha nem adnak a kisgyermeknek vodkát, cigarettát, kábítószeret. Viszont mindenki veszélytelen dolognak tartja, ha naponta visz haza nagy mennyiségben édességet. Gyakori eset, hogy maga az édesanya gondolkodik úgy, hogy a kisgyermek asztaláról nem kell elvenni a csokoládét és a cukorkát, mert enélkül nem is lenne gyermekkor ez a kor. Később aztán rémülten fogja hallani az 5 éves kisgyermektől jövő hangos mondatokat, például ilyen típusút: „Ha kikergetsz engem a vízből, akkor mindenkinek elmondom, hogy te azért nem fürdesz, mert most menstruálsz”. Szemtanúi voltunk ennek az incidensnek a strandon; amikor az édesanya nem tudta, hogy hová tűnjön el a szégyentől és a váratlanul elhallgató új ismerősök szemei előtt, akiknek a rokonszenvét szemmel láthatóan igyekezett elnyerni. Kicsit később – halkan – azt javasoltuk neki, hogy hagyja abba a kisgyermek édességekkel való etetését. Szavainkat hallván tágra nyitotta szemeit, és azt mondta: „De honnan tudják, hogy nagy édességfaló?”

Mindnyájan azt szeretnénk, hogy gyermekeink tiszteletreméltó emberré váljanak, de elgondolkozunk-e azon, eszünkbe jut-e gyakran, hogy helyes táplálkozás nélkül nincs helyes gyermeknevelés?

9. Többszörös csigolyaközi porckorongsér.

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: K. V., 1936.

Szakma: munkás.

Tartózkodási hely: Magyarország, Kaposvár.

Megfigyelési időszak: 2003–2004.

Panaszok. K. V. erős nyaki fájdalmai miatt fordult hozzánk. Nagyon „nehéz” páciens. 7 éves kora óta szenved epilepsziában, de 20 éve nincsenek rohamai, mivel állandóan roham elleni készítményeket szed. Gyermekkora óta nehéz mezőgazdasági munkával foglalkozik. Hosszú időn át – évekig – fájt a dereka, de nem volt ideje arra, hogy gyógyíttassa magát, mivel ő volt a családfenntartó. 1984 egyik napján, miután a kertben görnyedve dolgozott egész nap, váratlanul elvesztette az eszméletét és kórházi kezelésre

szorult. Ilyen rendkívül súlyos (eszméletlen) állapotban volt egy hónapon át, míg végül is felállították a diagnózist: prolapsus disci (a csigolyaközi korong teljes kiesése), gerincvelő-összenyomás. Budapesten megoperálták, és csak ezután tért magához K. V. Az operáció után (azóta 20 év telt el) többé nem tudott hajolni. Cipőjét felesége húzza fel, fűző nélküli cipőt hord. Derékfájdalmai nem szűntek meg; most találtak a derekánál két porckorongsérvet. Azonban a nyaka okoz különösen nagy fájdalmat, ahol a diagnózis szintén két porckorongsérvet mutat.

Állapota minden évben rosszabbá vált. Először nem tudta többé oldalra fordítani a fejét, később pedig már felemelni sem tudta; emiatt állandóan lefelé néz, és nagyon elkeseríti, hogy már 10 éve nem tud feltekinteni az égre. Nyaki fájdalmai éjjelenként elviselhetetlenek. K. V. szinte nem alszik, az ágyban gyakran változtatja testhelyzetét. Régen megbékélt azzal is, hogy nem tud hajolni, és a deréktáji fájással is. Azonban a nyaka „nem hagyja élni”. Az utóbbi időben lábai kezdenek „elnémulni” (elgémbe-redni); periodikusan előfordul, hogy lábait egyáltalán nem érzi, járni viszont tud.

Gyógyítás orvosi intézetekben. Az orvosok a nyaki sérv operációját javasolják, de nem ígérik, hogy utána mozgatható lesz a nyaka, mivel a csigolyák nagyon megsérültek és eltolódtak, két csigolya pedig ék alakú. Az orvosok azt mondták, hogy a sérvek veszélyesek, és nem garantálják a páciensnek, hogy az operáció sikeres kimenetelű lesz; ezért a páciens fél megoperáltatni magát. Ambuláns betegként gyógyíttatja magát; gyakran utazik termálvizes fürdőhelyekre. A gyógyítás azonban nem hoz eredményt; fájdalomcsillapító szereket (analgetikumot) szed állandóan.

Primer SZRT-diagnosztika. A nyak vékony és nagyon rövid, elgörbült; olyan, mint egy kérdőjel. Mélyen behúzódtott a vállak közé, állandóan egy helyzetben van, mint a Bechterew-betegségnél. A váll-, hát- és derékizmok kötőmórságúak, a törzs rövidebb lett; a mellkas „ráült” a medencére; jobb oldalon a bordák mélyen benyomultak a hasba és ezzel egyidejűleg élesen jobbra tolódtak. A medence dőlési szöge megnőtt, és ugyancsak jobb felé van eltolódva. A csigolyatesteknél számos kaotikus eltolódás áll fenn a gerincoszlop mindegyik szakaszában. A deréktáji csigolya emellett még jelentősen el is csavarodott a függőleges tengely körül. A csontizomzat destruált, és sok csigolyának, bordának és a medence sok csontjának alakja sérült. Érintéskor úgy tűnik, mintha vékony műanyagból lennének.

Az ízületek csatlakozó elemei elfajultak és hipertrofizáltak. Az izmok is elváltoztak organikusan, és összenőttek a környező elemekkel (a test egész térfogatában) egy közös üledékes hiperstruktúrává. A gyerekkor óta végzett kíméletlen fizikai munka a TMSZ összes eleménél általánossá vált organikus elfajuláshoz és ezen elemek kaotikus térbeli eltolódásához vezetett. Mivel K. V. nem gyógyíttatta magát kellő időben, és fájdalmát túrva folytatta beteg teste terhelését, TMSZ-e a végsőig elhasználódott állapotba került.

Diagnózisunk – természetesen – tipikus diagnózis volt: éppen olyan, mint az összes többi esetről, amikor az ember úgy dolgozik, mint egy teherhordó, málhás állat: a TMSZ-nél a legsúlyosabb fokozatú destrukció állt fenn. 20 évvel korábban is már fenyegető állapot állt fenn, és az elvégzett operáció lényegében véve semmit nem változtatott meg. Akárcsak az összes hasonló operáció, az ő operációja is a szisztémás destrukció következményeinek eltávolítására irányult (arra, hogy a csigolyaközi korong töredékeit eltávolítsák a gerincsatornából). A gerincromboló nem-anatómiai terhelések, a gerincsérv igazi okozói azonban – természetesen – továbbra is megmaradtak. Az operáció csupán arra volt képes, hogy a patológiás, mechanikai terhelések irányát (vektorát)

megváltoztassa, ami aztán új – negyedfokú – gerincsérvek képződéséhez vezetett: kettő ugyanebben a szakaszban jött létre, kettő pedig a gerinc nyaki szakaszánál.

Rehabilitáció. Rögtön megmondjuk, hogy nem számítunk különös sikerre. Minden azt mutatta, hogy reménytelen esetről van szó. Azonban bármilyen súlyos lézióval, vagy fordítva, akármilyen enyhe – felületi – sérüléssel is van dolgunk: ezúttal is – miként mindig – szisztémásan fogtunk hozzá a rehabilitációhoz. Kezeink segítségével kezdtük keresni a váz csontelemeinek térbeli eltolódásait és a velük kapcsolatos izomszövet keményedési (elfajulási) zónáit. Igen, bizony: zónákat! Ugyanis itt már nem különálló, leblokkolt izmokról volt szó (nem üledékes struktúrákról), hanem mechanikai egyesülésről: az elfajult izmok, izompólyák, szalagok, inak és csontok konglomerátumáról! Ezeket az összenőtt egyesüléseket ART nyomás alá vettük (ami kimondottan csak az ilyen szövetekre ható – célirányos – nyomás). Az ART nyomás hatására a hiperstruktúrák szétválnak alkotóelemeikre, ami az elfajult szakaszoknál elősegíti a vérkeringés, a mikrocirkuláció és a táplálás megújulását az említett elemekben. Az ilyen beavatkozások megteremtik az önerővel történő helyállítás körülményeit; azt, hogy a szervezet saját erejével likvidálja a destruktív elváltozásokat. Az ART nyomás hatására a TMSZ-IR képessé válik arra, hogy elvégezze az ilyen elemek regenerálását a TMSZ elemeinek (anatómiailag nem-szabályos) állapotáról szóló jelzések alapján; azaz képessé válik arra, hogy teljesen helyreállítsa a szövetek elvesztett összetételét és tulajdonságait.

Minden SZRT-kezelés, sőt: minden egyes kézmozdulat – végrehajtás közben – egyidejűleg egész sereg feladat (egy feladatkomplexum) megoldására irányul:

- a TMSZ szöveitei és elemei állapotának diagnosztizálására;
- az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák blokkolásának a kioldására és a bennük lévő elemeknek a szétválasztására;
- az elkülönített elemek helyreállítását (regenerálását) szolgáló feltételek megteremtésére;
- a csont-izomzat térbeli konstrukciójában a helyreállított elemek repozicionálására (anatómiailag szabályos visszahelyezésére).

K. V. esetében először nem lehetett az egész testre irányuló kezelést végezni, mivel csak ülni és állni tudott; ezért lábaihoz – kezdetben – nem nyúltunk. Ágyban sem tudott aludni, félig ülő helyzetben töltötte az éjszakákat. Öt kezelés után izmai puhábbá váltak, az üledékes hiperstruktúra kezdett szétesni, és óvatosan el lehetett kezdeni a mellkas, a bordák és a medence kiegyenesítését. Mihelyt a mellkas szabályosabb helyzetbe került, a nyak még erősebben kezdett fájni. Ez kritikus pillanat volt, mivel 20 év alatt a TMSZ adaptálódott a nem szabályos állapothoz, és most arra kényszerítettük, hogy readaptálódjék, azaz újból alkalmazkodjon, „átépüljön”; most azonban már a mellkas immár szabályos helyzetéhez, ami érintette a nyak helyzetét. Ezt – természetesen – figyelembe vettük, és egyidejűleg korrigáltuk a nyakcsigolyák helyzetét is; ezt azonban rendkívül kis ráhatásokkal végeztük: icipicit elfordítottuk a mellkast és icipicit a nyakat. Azonban ez az óvatosság sem kímélte meg K. V.-t a nyaki fájdalmaktól.

Nagy kockázatot vállaltunk, mivel a röntgenfelvétel azt mutatta, hogy ezen a helyen nem voltak csigolyatestek, csupán valami ezekhez hasonló. Ezért alig hogy elkezdtük a nyak helyreállítását, azt máris abba kellett hagynunk, és a csigolyatesteknek és a csigolyalakoknak a helyreállítására irányuló munkát kellett elkezdenünk. Ez azonban jóval több időt követelt. K. V. nem akarta megadni nekünk ezt az időt, mivel fájdalmai nem szűntek meg. Mi nem voltunk hibásak és nem is tévedtünk, mivel minden terv szerint ment. Előfordul, hogy a rekonstrukciós folyamat – egy időre, egy köztes állapotban –

függőben marad. Ez akkor fordul elő, amikor a TMSZ kilépett a stabil patológiás állapotból és még nem lépett be az új, szabályosabb állapotba, mivel a szöveteknek még nem volt idejük regenerálódni. Ilyenkor a páciens részéről megértésre és türelemre van szükség. Hiszen a TMSZ nem egy pillanat, hanem sok-sok év alatt destruálódott. Csak-hogy akkor K. V. patológiás betegsége minden újabb munka hőstettével még súlyosabbá vált, és ezek mindegyike újabb, még patológiásabb állapotba vitte őt. Mi viszont most ezt a folyamatot megfordítottuk, alvásra kényszerítettük, hiszen az SZRT mind-egyik lépése a TMSZ állapotának jobbítására irányult. Ez egy korrigálási folyamat, ami néha a fájdalom fokozódásával jár együtt, mivel át kell menni a szövetstruktúrák aktivizálásának stádiumán. Ahhoz, hogy regenerálódásra készítsük őket, a szöveteket ki kell hozni a pangás állapotából, és ezt a feladatot végzi el az ART nyomás. Ennek kell felkészítenie az organikusan elfajult szöveteket a regenerációs folyamatra, majd az IR „figyelmét rá kell irányítani” erre a helyre, hogy mobilizálódjék a rendellenesség eltávolítására.

Mindez a traumatológus működésére emlékeztet: ha a törött csont rosszul forrt össze, akkor azt a traumatológus újra „eltöri”, majd szabályos helyzetbe állítja, és rákényszeríti a szervezetet, hogy az ismét végezze el a saját munkáját. Ez a javítási folyamat – természetesen – orvosi ellenőrzés mellett zajlik, kíméletesen, fájdalommentesítéssel, függetlenül az első váratlan traumától. Az SZRT ugyanígy zajlik a mi ellenőrzésük alatt. Olyan részletekben adagoljuk korrigáló ráhatásainkat, amik az adott helyen, az egész konstrukció állapotát figyelembe véve – ebben az időben – a legoptimálisabbnak tekinthetők. A folyamat nincs szabadjárá engedve, mint a szisztémás destrukciónál. Mi nem „engedélyezzük” ösztönös lefolyását, hanem irányítjuk ezt a folyamatot. A testet „újraformázzuk”, pontosan ismerve és mérlegelve az előzőleg már megtett lépéssorozatot és tervezve az ezek után következőt (a pillanatnyilag fennálló helyzet és a felállított cél függvényében). Ezért egyetlen standard (szokványos) kézmozdulatot sem teszünk, és nem dolgozunk könnyelműen, meggondolatlanul. Ez az, ami megkülönbözteti az SZRT-t az összes – kivétel nélkül minden – manuális és masszázsgyakorlattól, technológiától (és egyéb gyógyító mechanikai ráhatásoktól, például a feszítéstől, a nyújtástól, a GYT-től stb). Kezünk csupán néhány másodpercig marad benyomva a testbe, és ez alatt a röpké idő alatt a mi irányítórendszerünknek, az agyunknak sikerül megoldania és teljesítenie egy bonyolult feladatot: hol és hogyan kell hatni a patológiásan elváltozott szövetre az egészséges szövetek megzavarása nélkül (ez jelenti a szelektív, szétválasztó tulajdonságot).

A 7. kezelésre érkezvén K. V. kezdte fújni „régí nótáját”: mi mennyire rossz, mi mennyire fáj. Mi azonban – miközben panaszára figyeltünk – odacipeltük a magas gyúróasztalhoz. Ezalatt annyira lekötötte őt fájdalmainak a leírása, hogy passzív módon segített nekünk, majd hirtelen elakadt a beszéde egy fél szónál; szája kinyílt a csodálkozástól, hogy már a hasán fekszik (20 év után első alkalommal). Hirtelen mindent megértett, lecsendesedett, mint a megszegyenült gyermek, és látható volt: ég a türelmetlenségtől, hogy megtudja, miért tud már feküdni. Ez az ember egy pillanat alatt megváltozott, szívébe megtelepedett az irántunk való bizalom és sokkal kevesebbet kezdett panaszkodni a fájdalmáról. Türelmesebb lett, tudván, hogy a gyógyulás felé tart. Most már tudta, hogy miért szenved, és megértette: mi tudjuk, hogy fájdalmai most már nem annyira erősek, mint akkor voltak, amikor ő majd beleszakadt a zöldségeszsákok cipelésébe, mint amikor kapálta és öntözgette a kertjét, két részre görbítve ezzel szerencsétlen gerincét.

Fekvő helyzetben megvizsgáltuk a lábait, amik szárazak, sápadtak, sárgák, élettelenek voltak. Végtelenül óvatosan, enyhe ART nyomással kezdtük aktivizálni lábizmait, és ez alatt a kellemes procedúra alatt páciensünk elaludt. Ezen a napon nem akarta elhagyni rendelőnket. Kérte, hogy naponta fogadjuk őt kezelésre, és megsértődött, amikor megmondtuk neki, hogy jöjjön egy hét múlva. Nehezen lehetett vele megértetni, hogy az SZRT, éppen úgy, mint egyéb nagyhatású szerek, szigorú adagolást követel, és a túl gyakori beavatkozás a szervezetbe éppen úgy káros, mint a málhás állatként végzett munka.

Egy hét múlva K. V. örömmel közölte, hogy kezdi érezni a lábait, és azok már nincsenek elgémberedve. Újból és újból aktivizáltuk a vérkeringést teste különböző részein, és ezt az élénkítő ráhatást váltogattuk az egyes testrészek – a mellkas, a medence, a medencekörnyék, a térd, a váll és végül a nyak – visszahelyezésével. Eközben éberen ügyeltünk arra, hogy amikor a TMSZ valamelyik elemét helyileg javítjuk és szabályos helyzetébe visszateszük, ne ártsunk az egész TMSZ stabilitásának. Ilyenkor a sietség végzetes következményekkel járhat. Az első kezelés alatt is – erőszakkal – a helyükre lehetett volna tenni az eltolódott csigolyákat, anélkül, hogy szétválasztottuk volna az egész lerakódási hiperstruktúrát, ami kiterjedt az egész felső testrészeire. Ennek az lett volna a következménye, hogy a TMSZ ezen vagy egy másik helyén egy pillanat alatt kiegyensúlyozatlan nem-anatómiai terhelés lépett volna fel, ami durván elmozdíthatta volna a TMSZ elemeit, közöttük más csigolyákat is. Újabb prolapsus keletkezhetett volna, hiszen ilyen súlyos fokozatú szisztémás destrukciónál degeneratív módon elváltozott már az összes csigolyakorong. Erről szokták mondani, hogy „fél lábbal már a sírban van”.

Itt említjük meg, hogy minket mindig elkap a remegés, amikor azt halljuk, hogy:

- hol ez, hol az a csontkovács (manuálterapeuta, természetgyógyász stb.) egy pillanat alatt „helyreigazítja” az eltolódott csigolyát, porckorongsérvet;
- az ember néhány másodperc alatt „egészségessé válik” azok után, hogy a hátára néhány erős ütéssel rácsaptak (vagy azon erős manipulálást hajtottak végre).

De miért is beszélünk a természetgyógyászokról, amikor itt van az orvostudománynak egy egészen nagy, „törvényes” területe, a manuálterápia. Ez magába szívta az osteopatológusok és a kiopraktikusok által szerzett összes tapasztalatot anélkül, hogy azt kétkedés alá vette volna (márpedig ez a tudomány alapelveinek legdurvább megsértése). Utána pedig – mindezt – gyorsan tudománynak nevezte. Számos monográfia és atlasz jelent meg, amiben leírták a trakciót (a nyújtást), a mobilizációt (a mozgásba hozatalt), valamint számos manipulációt (sokféle kezelésmódot) és egyéb, más technikákat, amiknek a hatékonysága nincs hitelt érdemlően bizonyítva. Emellett erről a témáról disszertációkat írnak és védenek meg az orvosok! Ha azonban ezekben egy szó sincs a szövetek organikus elváltozásáról, ami az agy utasítására történik azzal a céllal, hogy ez a szövetátalakulás a nem-anatómiai terhelések és eltolódások keletkezésékor a TMSZ stabilitását fenntartsa (úgy, ahogyan – például – a szétesni akaró hordót megtartják a ráhelyezett, körbefogó vasabroncsok): akkor az ilyen módszerek, alapjában véve, senkit sem tudnak meggyógyítani. Ellenkezőleg: csak kárt okoznak, mert durván beavatkoznak a TMSZ mechanikai szerkezetébe, amit a TMSZ-IR finoman egyensúlyban tart.

Eltolódások és elfajulások nem léteznek egymás nélkül: ezért ezeket mindig együtt, egyidejűleg kell eltávolítani. Csupán egyikük eltávolítására és a másik meghagyására irányuló kísérlet csak negatív következményekkel járhat. Miután – elvileg – nem lehet

gyorsan eltávolítani az organikus elváltozásokat, a manuális terápia minden olyan ígérete, ami az egy pillanat alatt bekövetkezett gyógyulásról szól, nem több áltudományos kitalálásnál. Ha pedig a kiopraktikusoknak, a csontkovácsoknak és a csontbántalmagyógyítóknak „sok évszázados” tapasztalatára hivatkoznak, akkor – kezdetként – illet volna a mai, modern tudományos módszerekkel ellenőrizni ezek gyógyító tevékenységének eredményeit. Hiszen az eltelt évszázadok alatt ők is hibázhattak, elfogadva a páciens közérzetének gyors (legtöbbször ideiglenes) jobbúlását végleges gyógyulásnak. Elkerülhetetlenül óvatossá tesz minket az a közismert tény, hogy az olyan ember, aki egyszer már megfordult a csontkovácsnál vagy a manuálterapeutánál, ismét visszatér hozzá, újra és újra. És minden ilyen alkalommal a páciensnél egy újabb patológiás betegséget fedeznek fel (a szokásosat, a „kedvelt” eltolódást).

No de ha a „gyógyító” személy (a természetgyógyász) a páciens minden alkalommal kigyógyítja, akkor miért van az, hogy minden alkalommal egyre több eltolódásról van szó? Miért blokkolódik le ismételten, újra és újra az, amit egyszer már kiszabadítottak (deblokkoltak)? Mi meg tudjuk adni a választ erre a kérdésre. Az a helyzet, hogy a TMSZ elemeinek a térbeli elmozdulására irányul minden figyelem, és az ilyen elmozdulások rögzítését szolgáló organikus elfajulásokat soha nem távolítják el. Az ilyen „szakembereknek” illene feltenniük maguknak azt a kérdést:

- lehet-e szabadon eltolni az ember csontjait a térben úgy, mint a gyufaszálakat az asztalon?
- lehet-e kirakni belőlük bármilyen figurát annyiszor, ahányszor akarják?
- mi történik ezalatt a környező szövetekkel?
- az összes ilyen „helyreigazításnak” mégis miért az a végeredménye nagyon gyakran, hogy a gerincnél és az egész TMSZ-nél visszafordíthatatlan instabilitás áll elő?

Annak ellenére, hogy páciensünk már 20 éve képtelen volt hajolni, mi tudtuk: ha a medence, a mellkas és a bordák közelíteni fognak (akár csak 70%-ra) az anatómiailag szabályos helyzethez, akkor ő képes lesz már arra, hogy lehajoljon és ujjával elérje a padlót. És ez be is következett néhány kezelés múlva. Képes lett arra, hogy a procedura alatt lehajoljon: még hozzá nem is egyszer, hanem sokszor. Saját maga fel tudta venni cipőjét, és már előre élvezte, mennyire fog csodálkozni a felesége, amikor megszabadítja őt ettől a „megtisztelő” kötelezettségtől. A következő (20.) kezelés alatt kissé jobbra fordította a nyakát, majd balra, amitől az még betegbb lett. Újra jajveszékelní kezdett, mondván: inkább soha többé ne tudjon lehajolni, csak a nyaka ne kínozza többé. Megértettük: ideje szünetet tartani a procedúránál. Először is azért, hogy hagyjunk a szervezetnek több időt az önhelyreállításra; másodszor pedig azért, hogy hagyjuk őt megnyugodni, adaptálódni az ugyan még nem optimális, de mégiscsak jónak mondható, addig elért stabil helyzetéhez. Ideje volt pihenési időt adni az egész idegrendszernek és az embernek is ahhoz, hogy ellazulhasson. Az ilyen kezelési szünet néha csodákat tesz.

Az IR, kipihenvén magát, megháromszorozott erővel áll neki a munkának: végigviszi, befejezi az általunk elkezdett dolgot, és az ember meggyógyul „saját magától”, vagy a „gyógyfüvek iszogatóásától”. Előfordult már, hogy nagyon súlyos betegek, akik agyongyötörtek minket vég nélküli kifogásaikkal, az „itt is fáj, ott is fáj” ismétlésével (utalva előbb a gerincre, majd a kisujjra), sürgetésünkre „szabadságra” mentek. Majd néhány hónap múlva megjelentek és azt mondták: „Kellott nekem az, hogy annyi hónapig járjak ide önhöz és annyi fájdalmat elviseljek? A köszönet a szomszédasszonynak jár! Adott nekem füvet és minden bajom megszűnt”.

K. V. egy hónap múlva jött el és rögtön panaszkodni kezdett hátfájására, ami olyan nap végén jelentkezett, amit ismét a kertben töltött. Amikor megértette, hogy teljes erővel előrehajolhat, rögtön nekiállt a régi dolognak: a kapálásnak, az ültetésnek, a gyomlálásnak. Emiatt aztán a TMSZ új, egészséges helyzetéhez még nem teljesen adaptálódott, meg nem erősödött hátizmaiban fájdalom keletkezett. Elneveltük magunkat és azt mondtuk neki, hogy vigyázzon magára, dolgozzon kevesebbet, mivel TMSZ-kímélő életmódot kell folytatnia ezzel a testtel, amelyen (egy életen át fennálló tönkremenetel után) ilyen mindent átfogó rekonstrukciót hajtottunk végre. És mit válaszolt nekünk? „De miért kellene úgy élnem? Hiszen akárhogy is dolgozom, a nyakam nem fáj! Nézzék csak: én minden irányba tudom forgatni, sőt, lefelé és fölfelé is, ahogyan akarom. Javítsák meg, hogy ne fájjon a derekam se, soha”. Elmagyaráztuk neki, hogy ha nem lett volna operálva a dereka, akkor az már régen helyreállt volna. Így viszont havonta egyszer továbbra is látogatnia kell minket, amíg nem sikerül végleg kiküszöbölnünk az operáció negatív következményeit és át nem vizsgáljuk a gerincét azért, hogy az a későbbiekben fájdalommentesen működhessen.

K. V. jelenleg gyakorlatilag egészséges. Nyaka megnyúlt, kihúzódott a vállai közül, képes korlátozás nélkül minden irányba forogni. Medencéjére sem panaszodik. Azonban nem akarja abbahagyni az SZRT-kezeléseket, és továbbra is havonta egyszer ellátogat hozzánk. „Én bíztam magukban, és folytatni fogom gyógyíttatásomat”. K. V. közlékeny ember. Gyógyulását ismeri az összes szomszédja, és egy nap sem telt el úgy, hogy ne jött volna el hozzánk valaki az ismerősei közül.

10. Többszörös csigolyaközi porckorongsér, Schmorl-sér

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: O. A., 1957.

Szakma: mérnök.

Tartózkodási hely: Magyarország, Balatonalmádi.

Megfigyelési időszak: 2003–2004.

Panaszok. Állandó derékfájás, lábai meggémberednek. Ugyanazt a testtartást nem képes fél óránál tovább megtartani; ha ül, fel kell állnia, és fordítva: ha megy, akkor le kell ülnie vagy le kell feküdnie. 18 éve nem tud hason feküdni. Csak háton fekve, felpolcolt lábakkal tud aludni, és gyakran felébred, mivel éjjel is változtatnia kell a testhelyzetét. Annak ellenére, hogy étvágya jó és elegendően táplálkozik, sovány, kimerült, szemei alatt sötét karikák vannak

Gyógyítás orvosi intézetekben. Ambuláns (járó)betegként kezelték, járt gyógyfürdőkben. 1986-ban volt kivizsgálva. A röntgen kimutatta, hogy a deréktáji csigolyaközi korongok magassága csökkent. Jelenleg nem akarja, hogy CT-vizsgálatot végezzenek rajta, mondván: semmi esetre sem egyezik bele egy operációba, mivel sikertelen gerincoperáció miatt nagybátyja lebénuult. Fájdalomcsillapító szereket szed; sok különböző fizioterápiás procedúrán ment már keresztül.

Primer SZRT-diagnosztika. Izmai vékonyak, kiszáradtak, hozzá nőttek a csontokhoz. Az egész test egységes lerakódási hiperstruktúrát képez. Nem engedi, hogy a derekához nyúljanak, mivel ilyenkor éles fájdalom lép fel a hátában és a lábában. Törzshajlása – mindegyik síkban – erősen korlátozott. Világosan kifejezésre jutó 2-es fokozatú scoliosis. Mellkasa összelapult és nagy szögben jobbra tolódott. A medence erős elfordulással balra tolódott. Nyaka eltolódott, feje oldalra áll.

Arra kértük O. A.-t, hogy mégis készíttessen egy CT (komputertomográfiás) felvételt. Erre megkérdezte: „De ha a felvétel gerincsérvet fog kimutatni, akkor önök engem többé nem fognak fogadni?”. Megnyugtattuk, hogy ettől függetlenül fogjuk fogadni. Hiszen lényegesen súlyosabb patológiás elváltozással is volt már dolgunk; de azért is, mert tudjuk, hogy rajtunk kívül senki más nem tud segíteni neki.

Látván, hogy szenvedéseitől elcsigázott, kimerült idegrendszerű ember keresett fel minket, megnyugtatóra egész előadást tartottunk arról, hogy mi hogyan dolgozunk. Először is megmondtuk neki, hogy azon a helyen valószínűleg nem csak az az egy sérv van. Elmondtuk, hogy 30 évnyi munka alapján kezeink tapintási érzékenysége annyira kifejlődött, hogy a szövetek – érintésünk következtében fellépő – legkisebb reakcióját is képesek érzékelni. Teste reakciója pedig nemcsak mondja, de kiáltja felénk, hogy (ahogy Magyarországon mondják) szétszakadt porckorongsérvvvel van dolgunk. Másodszor pedig azt is megmondtuk neki, hogy a helyzet súlyosságát tanúsítja teste egész anatómiai státuszának rendellenessége, ami olyan súlyos fokot ért el, hogy régóta a paralízis (a lebénulás) határán van.

Valamikor, amikor éppen csak elkezdtünk dolgozni, és a gerinc diagnosztizálására még nem voltak olyan pontos orvosi berendezések, mint ma, az ilyen készülékeket mi a kezeinkkel helyettesítettük. És a kezeinket használjuk mi a mai napig, mivel még most sem léteznek olyan készülékek, amelyek segítségével nem csak a gerinc egy szakaszát, de az egész gerincet minden vetületében látni lehetne egyidejűleg. Emellett nekünk ennél is többre van szükségünk, mivel az ember teljes TMSZ-ét kell látnunk; mégpedig nemcsak a vázának az állapotát, hanem az összes többi szövetének: az izmoknak, a fasciáknak, az inaknak, az ízületeknek és a csontszöveteknek az állapotát is. És nemcsak egyszerűen látnunk kell ezeket, hanem figyelniük kell ezek valós időegység alatt bekövetkezett elváltozását is. Nem valószínű, hogy ilyen készülékeket sikerül létrehozni belátható időn belül. De még ha lennének is ilyen készülékek, akkor is fennáll az a tény, hogy az orvostudomány nem rendelkezik a TMSZ szisztémás zavarainak javítását szolgáló módszerekkel (amik a TMSZ minden területén érvényesek). Ez egyúttal azt is jelenti, hogy nincsenek olyan szakemberek, akik rendelkeznének ilyen módszerekkel. Mi saját diagnosztikával, saját elmélettel rendelkezünk, ami megmagyarázza, hogy miképpen keletkezik a szisztémás, patológiás (kóros) állapot: ez a TMSZ szisztémás destrukciójára vonatkozó elmélet. Rendelkezünk a destrukció kiküszöbölését szolgáló saját technológiával is: ez a szisztémás rekonstrukciós terápia, az (SZRT), ami lehetővé teszi, hogy a destrukciót rögtön, az egész testben, azaz szisztémásan likvidáljuk. Az SZRT módszerei veszélytelenek, pontosak, fájdalommentesek, és csupán finom érintésekből állnak. Ezek jóval kíméletesebbek, mint a klasszikus gyúrás; nem is beszélve a manuális terápia egyéb ráhatásiról, amelyek soha nem képesek megbirkózni az ilyen zavarokkal – már csak azon egyszerű oknál fogva sem, hogy nem szelektívek (nem rendelkeznek szétválasztó tulajdonsággal). Elmagyaráztuk neki egy példán, hogy ez mit jelent. Megkérdeztük O. A.-t, hogy van-e autója. Azt válaszolta:

– Igen, van, de a feleségem vezeti. Ő hozott ide, mivel nem tudok vezető helyzetben ülni, és lábaimban nincs erő a gépkocsi irányításához. Korábban én magam vezettem és javítottam a gépkocsimat.

– Nagyon jó – válaszoltuk. – De most válaszoljon arra a kérdésre: ha a porlasztóban eltörött volna valami, akkor ragadna-e kalapácsot a kezébe és ütögetné-e vele a karburátor fölötti motorház fedelét, azt remélve, hogy ez a hatás valahogyan továbbadódik a karburátor belsejébe és abban valaminek a javulásához vezet? Bizonyára nem! Hiszen

ön felnyitotta már a motorház tetejét, és szét is szedte már pont a porlasztót; és elkezdte javítani, éppen ezt, és nem valami mást.

– Igen, természetesen. Én a porlasztót szedném szét és megszüntetném a konkrét hibát.
– Ez esetben az ön által végrehajtott cselekvés a mi szisztémás rekonstrukciós terápiánkban felel meg, ami pontosan csak azokat a szöveteket és elemeket veszi célba, amik helyreállítást igényelnek. Ezzel szemben az összes többi – masszázs jelegű – fizikai és manuális ráhatás és a manuális terápia befolyása a gépkocsi motorházfedelére mért kalapácsütésnek tekinthető. Amit még akkor mértek rá, amikor nem volt ismert, hogy a gépkocsiban mi törtött el, de remélik, hogy ettől az ütéstől a jármű valahogyan majd rendbejön. Emellett – bár a törés pontos helyét nem látják – előre kijelölt pontokon ütnek a járműre. Ha az ütést végző specialistáknak szemrehányást tesznek a durva ütések miatt, akkor megváltoztatják a technikájukat. Az új technikát pedig a manuálterápia puha technikájának nevezik, mert ilyenkor keréktömlőre mérik az ütések, és a levegővel töltött gumira mért ütés (bár nem segít, de legalább) nem árt. Ezzel aztán a „gyógyítás” – szerintük – megtörtént. A GYT azonban ennél is továbbmegy. Javasloi számára ugyanis teljesen mindegy, hogy a kezek egy javítatlan járművet tologatnak előre-hátra a szervizelő padon. Ők azt remélik, hogy a jármű elindul majd magától is. (Vagyis: a GYT javasloi számára mindegy, hogy:

- a tornaszerre került, gyógyíthatatlan testet a gyakorlat irányítójának kezei merre / hogyan mozgatják;
- és a gyúrópadon fekvő testet a masször kezei hol és hogyan gyúróják át.

Ők ugyanis azt remélik, hogy a test magától is meg fog gyógyulni).

– Az említett példa alapján érthető, hogy mit jelent a szelektivitás?

– Ó, igen, nagyon jól érthető.

– CT-felvételt azonban mégis kell készíttetni. Legalább azért, hogy megtudja, hogy mitől is van ön olyan rosszul évek óta. Mi természetesen a lehetőségek szerint elhárítjuk a csigolyaközi sérv, a porckorong-előreesés összes következményét és megszüntetjük a fájdalmakat, helyreállítjuk a TMSZ szabályos anatómiai státuszát. Azonban a porckorongból kiesett töredékek megsérthették az ideggyököket, a véredényeket, és lehet, hogy – megjósolhatatlan irányban – benyomultak a gerinccsatornába; megnyomhatták a gerincvelőt; bánthatták ennek vérellátását és előidézhették a velőhártya gyulladását. Miután ön már hosszú ideje betegeskedik, az éles folyamaton ön viszonylag szerencsésen túljutott; azonban a továbbiakban az lesz a legjobb, ha részt vesz egy gyulladásellenes (és egyben szétosztató rendeltetésű) terápián. Ezért önnek ideggyógyászt kell felkeresni, és nem fogja tudni elkerülni a CT-t.

O. úr elvégeztette a vizsgálatokat. Ezek kimutattak a derekánál két csigolyaközi (porckorong) sérvet, amik közül az egyik kiszakadt, és ugyanott volt egy Schmorl-sérv is. A Schmorl-sérv olyan sérv, ami nem oldalirányba, hanem fölfelé vagy lefelé húzódik és benyomul a csigolyatest szivacsos szövetébe. Ez azt mutatja, hogy nemcsak magukban a porckorongokban, hanem a csigolyatestekben is degeneratív folyamat (destrukció) áll fenn.

Rehabilitáció. O. úr rehabilitációja nehéz volt, mivel nagyon súlyos organikus átalakulás állt fenn az összes olyan szövetében, ami bekerült az üledékes hiperstruktúrába; ez pedig átfogta ennek az embernek az egész testét. O. úr – aki iskolai képzettségét illetően mérnök volt –, látván, hogy mindegyik SZRT-szeánsznál mekkora figyelmet fordítanak rá és – ennek ellenére – ő még a 10. kezelés után sem érzett megkönnyebbülést (hetente egy kezelésen vett részt), kezdett az iránt érdeklődni, hogy mi is történt az

ő testével. Hiszen a – látszatra – sokkal súlyosabb betegeknel (akik közül egyeseket fekve hoztak be) a fájdalmak már 3–5 kezelés után eltűntek, nála viszont – szinte – megrekedtek.

– Miért nincs fejlődés? – kérdezte tőlünk. – Hiszen én olyan sovány vagyok, és a kezelése sokkal könnyebb kell hogy legyen, mint azoké, akiknek a súlya 100 kg körül van.

Végül megértettük vele, hogy az orvosok (akikkel korábban – bizonyos időn át – tanácskozott, és akiktől útmutatást kért) miért tanácsolták neki, hogy forduljon ideggyógyászhoz vagy egy pszichiáterhez; és miért állították komolyan (O. úr nem titkolta el a véleményüket), hogy erős fájdalmai nála idegi alapon jöhetnek létre (magukban pedig azt gondolták, hogy pszichés / lelki alapon). Ismerjük az ortopédiai elméleti kutatások jelenlegi színvonalát,

- azt, hogy az orvosok a TMSZ-nél fellépő zavarok egész seregét képtelenek megmagyarázni,
- diagnózis helyett annak szimptómáját, a „fájdalom” szót használják (és hát-, nyak, deréktáji fájdalmakról beszélnek).

Ezért egyáltalán nem csodálkoztunk O. úr kérdésein és viselkedésén. Ez az ember megszokta, hogy pontos mechanikai szerkezetekkel, pontos számításokkal van dolga. Most nekiállt elolvasni a szakorvosi irodalmat, arra törekedve, hogy segítsen magán. Miután az orvostudomány nem segített rajta, az orvosokat kezdte kikérdezni és minket is szenvedélyesen faggatott, ami teljesen érthető számalmas helyzetében. Az ortopédusokkal ellentétben mi tudtunk válaszolni a kérdéseire. Elmagyaráztuk neki, hogy mi történt a TMSZ-ével. Nem hozakodtunk elő a pszichének a fájdalom-szimptomatikában (a lelki tényező fájdalomjelzésben) játszott szerepét tárgyaló ködös elmélettel, hiszen valóban jelen volt – helyesebben mondván a testében zajlott – a szerves patológiás folyamat. Ezt jól lehetett látni és még inkább – tapintással – érzékelni.

Elmagyaráztuk neki, hogy a TMSZ kölcsönös kapcsolatban álló elemek rendszere, aminek az a célja, hogy biztosítsa és fenntartsa testünk térbeli stabilitását. A TMSZ-t az emberi agy irányítja: ez az irányítórendszere. Ez az irányítás célirányos és a legmagasabb szinten tökéletes, hiszen az emberiség sok millió év óta létezik, mozog és él tovább az orvostudomány beavatkozása nélkül. Elmondtuk, hogy az embert egyelőre csak nagyon kis mértékben tanulmányozták. Senki sem ismeri például azt, hogy tudatalattija hogyan működik: sem az illető, sem a tudósok. A TMSZ-IR pedig éppen a tudat alatti szinten ügyel a test térbeli stabilitására, és ezt az állapotot az emberi akarattól függetlenül fenntartja az izomzat állandó, kismértékű összehúzóódásával, amit mi izomtónusnak nevezünk.

– O. úr! Szeretnénk javasolni, hogy végezze el egy igen egyszerű szerkezet egyensúlyban tartását. Fogjon két ceruzát és helyezze el őket függőlegesen egy asztalon bizonyos távolságra egymástól. Tegyen rájuk egy nagy érmét, majd ennek közepére tegyen még egy ceruzát; erre is tegyen egy érmét, majd erre, fölül egy golyót. Emlékezteti-e ez az emberi testre?

– Emlékeztet, csak jóval egyszerűbb annál, mivel itt összesen 6 db elem van, az embernek pedig 206 darab csontja van.

– Legyen az asztal most teljesen vízszintes és az összes tárgy ideálisan szabályos alakú. Tudja-e egyensúlyban tartani ezt a szerkezetet?

– Úgy gondolom, nem lennék rá képes, csak akkor, ha mind össze lenne ragasztva egymással.

– Rendben van. De, ha most fújni kezd egy kis szél?

- Akkor ez a kis alakzat azonnal eldől.
- Tehát az ön számára érthető annak a feladatnak a bonyolultsága, amit a TMSZ-IR állandóan megold akkor, amikor egyensúlyban tart 206 csontot a hozzá kapcsolódó ízületekkel együtt. Ennek a feladatnak a megoldására ezt az egész szerkezetet körülveszik a csontokhoz kapcsolódó izmok, amiknek a száma körülbelül 700. Óriási mennyiségű helyzetérzékelő adó (receptor) segítségével végzi a TMSZ-IR ezen szerkezet helyzetének az érzékelését, amiben részt vesz a vestibulum szervrendszere is. Az ön sokat szenvedő gerincéből kilépő mozgatószervi idegeken át az agy jeleket (impulzusokat) küld mind a 700 izomnak, és szabályozza ezek tónusát (összehúzóerőjét) úgy, hogy ön ne essen el, hanem stabil helyzetben maradjon. Ennek eredménye az, hogy a TMSZ összesen kb. 3000 eleme (206 csont, 700 izom és körülbelül 2000 izompólya, ín, szalag és porc) nemcsak egyszerűen stabilan áll két tartóján (a két lábon). (Ez maga is már egyike a legbonyolultabb feladatoknak). Ennek eredménye az is, hogy ezek az elemek bármelyik pillanatban képesek elmozdulni a helyükről: futni, ugrani, leülni, egy lábon lábujjhegyre állni, táncolni; vagy rendkívül súlyos tárgyat felemelni és azt sokáig vinni. Igaz-e, O. úr, hogy ön soha nem gondolkodott el azon, hogy mindezt a legtökéletesebb irányítórendszer és az ön bámulatos támasztó-mozgató szervrendszere (TMSZ-e) biztosítja önnek?
- Tudják, én ezen soha nem gondolkodtam, amellet mindez nagyon bonyolult.
- Nem is kell ezen gondolkodnia, mivel a TMSZ egy olyan biomechanikai önszerveződő rendszer, ami egész életünk alatt a tudat beavatkozása nélkül működik.
- Miért magyarázzák el mindezt nekem?
- Azért, hogy megértse: ez a szerkezet mennyire megfizethetetlen; és, hogy tudja: az ön számára ez drágább kell hogy legyen mindannál, mint ami helyett ön ezt használja: drágább, mint az emelődaru, a tehergépkocsi, a traktor vagy az exkavátor. Ön, miután mérnök, jól tudja, hogy az ilyen mesterséges mechanikai szerkezetek gyártását megelőzi tervezésük fázisa. Ekkor elsősorban a rendeltetésüket határozzák meg, és eldöntik azt, hogy mekkora lehet annak a mechanikai terhelésnek a határértéke, amit el kell bírnia az egyik vagy a másik gépnek. Ebből kiindulva folyik aztán az egész szerkezet méretezése és az alkatrészek gyártásához való anyag kiválasztása. Ennek alapján körvonalazódnak a gép működési feltételei: a műszaki ellenőrzésére, a tervszerű karbantartására és a főjavítására vonatkozó időpontok, és általában, az egész működési idejének (élettartamának) a megállapítása. Ha például egy tehergépkocsi megengedett teherbírása 10 tonna, és ön 15 tonna terhet fog szállítani vele, akkor bekövetkezhet először is az, hogy az alváza eltörik, másodszor pedig – ha ez nem is történik meg mindjárt – bekövetkezhet, hogy sürgősen főjavításba kell vinni.
- Vagyis önök azt akarják ezzel mondani, hogy nekem tudnom kell, mekkora erőkihajtásokra lett tervezve az én TMSZ-em? És ha azt szeretném, hogy továbbra is működjön, akkor a TMSZ-emet helyesen kell használnom azért, hogy az irányítási rendszer vezetése alatt – és a szervezetem segítségével – „önjavítást végezhesen magán”, tudatom és az orvostudomány beavatkozása nélkül?
- Ön pontosan megértette, milyen irányba vezetjük önt. Most viszont gondolkozzék el azon, hogy az élő, kényes emberi test milyen erők viselésére lehet méretezve...
- Csak nem önmaga térbeli hordására?
- De igen, pontosan arra. Nézzen a természetben található nagy gerinces állatok (az összes oroszlán, párduc, elefánt, antilop, a háziállatok közül a tehén stb.) testére: ezek mind egyformák, mindegyik önmaga hordására van tervezve. Ezek az állatok mindnyá-

jan szabadon élnek, és csak a ragadozók erőltetik meg magukat a vadászat idejére, ami után viszont nagyon sokáig pihennek. (Ismert például, hogy a nőstény oroszán naponta 20 órát alszik.) A ménesben lévő összes vadló egyforma. De nézze meg az elit lovakat is, azokat, amik a versenyekre vannak kiválasztva. Ezek már észrevehetően különböznek az előbbiektől, jóllehet, TMSZ-ük sokkal jobban van kímélve, mint az emberi test. Az ilyen versenylovakkal nem cipeltetnek terheket, nem fogják be őket az eke elé, nem cipelnek a testükön bűtort, nem kapálják a kertet; csak a könnyű nyeret hordják, vagy húzzák az ügetőkocsit a zsokéval. Tréningezésük szigorú „adagolással” történik; szabályosan táplálják és sétáltatják őket; pihenési időt biztosítanak számukra és, általában, mindenképpen gondozzák őket. Ugyanakkor minden versenyló „dolgozik”: saját akaratuktól függetlenül futniuk kell, izmaikat lehetőségük határáig kell megfeszíteni, és emiatt küllemük különböző: némelyiké szebb és arányosabb, a másiké viszont kevésbé.

– Talán pont azoké, amelyek szövetei kevésbé képesek elviselni a fokozott megterhelést?

– Igen, így van.

– Akkor hát hogyan kell élni, hogy a TMSZ mindig egészséges legyen? És hogyan lehet észrevenni, ha a TMSZ-emmel nincs valami rendben? Milyen intézkedéseket kell hoznom, hogy képes legyek megelőzni a „töréseit” és a „főjavítását”, amivel – ha jól értem – most ön foglalkozik?

– Hosszú ideig tart ennek elmondása. Hajlandó ön sokáig hallgatni?

– Igen, hajlandó vagyok. Nagyon szeretnék mindent tudni.

– Akkor elmondjuk, hogy milyen is a TMSZ mechanizmusa és mik a TMSZ patológiás folyamatainak a sajátosságai. Másképpen szólva elmondjuk, hogy hogyan kopik el (hogyan használódik el), hogyan „törik el” a testünk. Ahhoz, hogy tudjuk, miképpen kell gyógyítani ezt vagy azt a betegséget, tudni kell, hogy ez mitől származik, mit támad meg, és azt is, hogy a patológiás folyamat az idő múlásával hogyan fejlődik. Logikus?

– Logikus.

– Akkor hát kezdjük a legelején. Attól a pillanattól kezdjük vizsgálni az ön testét, amikor az még teljesen egészséges, amikor az ön TMSZ-e mind a 3000 elemének még szabályos az alakja, ezek egészséges szövetekkel rendelkeznek és anatómiailag szabályos térbeli konstrukciót képeznek. Ez azt jelenti, hogy az ön teste a TMSZ etalon állapotát testesíti meg, vagy, más szavakkal mondva, szabályos anatómiai státusszal rendelkezik. Ez esetben ön egy etalon, és a TMSZ összes elemére ilyen esetben ható terhelésnek anatómiai terhelés a neve; az ön testét ilyenkor stabil állapotban tartó izomfeszességet pedig normális izomtónusnak kell tekinteni. Ugye nem felejtette el, hogy a tónus az izmok összehúzott állapotát jelenti, és a szervezetnek energiát kell felhasználnia ennek az összehúzódnak a fenntartására?

Az energia azonban nemcsak azért kell a szervezetnek, hogy biztosítsa a TMSZ működését. Azért is kell, hogy táplálja vele a szívet és ezzel biztosítsa a szív állandó lökötését; azért is, hogy táplálja a tüdőket, és azok állandóan lélegezzenek; meg azért is, hogy a táplálékfeldolgozó és az érzékelő szervek stb. állandóan működjenek. Ami pedig a legfontosabb: azért is kell az energia, hogy a szervezet gazdája – az agy – működjék, hiszen ez is energiát igényel. A működésben lévő, azaz összehúzódnak izmok nagyon sok energiát fogyasztanak, sokkal többet, mint a fent említett összes szerv, közük számítva az agyat is. Az ön szervezete akkor is nem kevés energiát fogyaszt a normális izomtónus fenntartására, amikor ön egyszerűen csak áll és szinte semmilyen munkát nem végez;

máskülönben ön nem tudna állni, hanem csonthalmazként esne el, és kártyavárként omlana abba a helyzetbe, amelyiknél az energiafogyasztása minimális.

Az egész szervezet energiájával az irányítórendszere (a szervezeti IR) rendelkezik. Ő a legfelsőbb szintű irányító szerv a TMSZ-IR részére; olyan, mintha a parancsnoka, a főnöke lenne. A TMSZ részére ez a legfőbb szerv – az agy – különíti el az energiát, és ő írja elő a TMSZ-IR részére, hogy azt takarékosan használja fel. Az energia mindig korlátozottan áll rendelkezésre, ezért a vele való takarékoskodás az összes élőlény számára a túlélés törvényét jelenti. Itt említjük meg, hogy a lustaság ebből fakad, és ez ránk éppúgy vonatkozik, mint az összes többi szervezetre. A lustaság az irányítási rendszernek az energiával való takarékoskodásra vonatkozó rejtett irányelve, egy ősi ösztön. Hiszen az energiát az a táplálék biztosítja a szervezetnek, amit mindig is nehezen lehetett megszerezni, és ez ma sem könnyű. Bár a boltok dugig vannak termékekkel, ezeket csak pénzért lehet megszerezni; a pénz megszerzéséért viszont sokat kell dolgozni, ami annyi, mint energiát fogyasztani. Nem így van, O. úr?

– Valóban így van. Mi azonban – szerintem – nagyon eltértünk a témától.

– Nem, ez csak önnek tűnik így. Pontosan ott vagyunk, ahol kell. Önnek értenie kell, hogy az ön teste mindenekelőtt egy olyan tárgy, amit az ön agya irányít, és egyáltalán nem az orvostudomány tárgya. Értenie kell, hogy az ember és a TMSZ-e egy bonyolult rendszer; viszont minden rendszernek vannak célkitűzései. A szervezetben zajló összes folyamat – köztük az összes patológiás folyamat is – nem egyszerűen csak önmagáért zajlik, hanem valamilyen cél érdekében, ami nem mindig világos az emberi tudat számára, amit azonban az ember tudatalattija feltétlenül követ. Ha ilyen szempontból közelítünk a szervezet patológiás állapotához, akkor könnyen érthető, hogy mi is a megbetegedés és hogyan kell azt gyógyítani. Az a fontos, hogy a problémát helyesen fogalmazzuk meg. Nem azt kell kérdezni, hogy a betegség miért, milyen ok miatt keletkezik, hanem azt, hogy milyen célból, minek az érdekében jön létre.

– Én valahogyan egészen belezavarodtam.

– Azért, mert félbeszakított minket és nem hallgatott végig. Térjünk vissza az energiához. Miért takarékoskodik az energiával minden élőlény?

– Nehezen tudnék rá választ adni.

– Azért, mert az életet nem lehet előre megjósolni. Hiszen már holnap létrejöhet egy olyan szituáció, ami összes energiáját követeli ahhoz, hogy az ön életét megmentse. Lehet, hogy ön súlyosan megbetegszik, bekövetkezhet elemi csapás, háború, tűzvész. Ön ezen nem gondolkozott, azonban az ön IR-e (az ön tudatalattija) őrzi az összes korábbi tapasztalatot – amit az evolúció alatt szerzett – és, miközben irányítja a mai napját, nem feledkezik meg a fekete napok és kedvezőtlen körülmények esetleges bekövetkezéséről.

– Most megértettem – válaszolta O. A.

– Lássunk most egy életszerű példát azért, hogy közben hagyjuk önt lazítani. Találkozott-e élete során személyesen olyan nagyon bántó, követelődző főnökökkel, akik mindig elégedetlenek voltak a beosztottaikkal, bármilyen jól végezték is azok a munkájukat? Akik egész idő alatt csak az általuk látható hiányosságokat keresgélnek buzgón, és vég nélkül az addig végzett munka átdolgozására kényszerítik beosztottaikat? Vagy találkozott-e már olyan főnökkel, akinek soha senki nem tudott eleget tenni?

– De még mennyire! Volt nekem is ilyen főnököm.

– Mondja: mi történt, amikor ennek a főnöknek hirtelen fogfájása támadt vagy megfájdult a feje?

- Ilyenkor a munkahelyen béke és nyugalom uralkodott, és a munka sikeresen folyt.
- Vagyis ez a példa jól mutatja, hogy mi történik olyankor, amikor túl sok az ember energiája, és azt hogyan tünteti el egy szempillantás alatt egy fekete nap: a betegség. Tegnap még volt energia, de ma már nincs. Hát az ilyen napok miatt és ezek érdekében őrzi az energiát az irányítórendszer. Térjünk vissza most az ön TMSZ-éhez, és máris megérti, hogy ezt az egész beszélgetést mi nem ok nélkül kezdeményeztük. Elmondjuk önnek, hogy a TMSZ-IR-e hogyan gondoskodik önről olyankor, amikor ön túlterheli, eltöri a TMSZ-ét, vagy fájdalmat okoz neki. Térjünk vissza csont-izom szerkezetének etalon jellegű, szabályos állapotához. Az ön szervezete nyugalmi állapotban is fogyaszt energiát az izomzat normális tónusának fenntartásához. Ugye nem felejtette el, hogy éppen az izomtónus szabályozásával lehet elérni testének stabil állapotát?
- Nem, nem felejtettem el.
- Emellett azonban az IR figyelni az izomzat tónusát az ön mozgásmódjának értékelése végett is. Például olyankor is, amikor ön fizikai munkát végez és izmai hol összehúzódnak, hol pedig elernyednek. Ha ön az erejével összhangban álló munkát végzett, akkor ennek befejezése után az ön izmai ismét normális állapotba kerülnek és tónusuk is normális lesz. Ha viszont ön túlterhelte az izmait, akkor még a következő napon is fennállhat, hogy az izmai nem térnek vissza a normális tónusba, hanem kemények maradnak és fájnak.
- És bennük marad a szervezet által el nem távolított tejsav.
- Erre vonatkozóan ön tévedésben van. De ez érthető is. Hiszen ön gyakran kapott masszázst, és gyógyfürdőkben gyógyították. Ott hallott arról, hogy az izmokban felgyülemlik a tejsav. Egyes nem tájékozott masszőrök és gyógytorna-irányítók pont ezzel magyarázzák az izmok keménységét. A tejsav az izmok anyagcseréjének egyik végterméke, amit a szervezet nagyon gyorsan hasznosít, ezért az izmok nem tárolják hosszú időre. A fizikai túlterhelés után visszamaradó (remanens) izom-összehúzódás viszont hosszú ideig fennmaradhat. Az orvostudomány helyesen írja le az izomszövet keményedési folyamatának kezdeti fázisát. A nehéz, dinamikusan végzett fizikai munka után (de a – nehéz – statikus terhelés után is) ez az izom-összehúzódás valóban fennáll. O. úr! Ugye ön vezetett már gépkocsit? Ugye emlékszik még arra, hogy ha egész nap a volán mögött ült, akkor mennyire feszesek maradtak derékizmai, lábizmai, kezei és nyakizma? Pedig nem is végzett aznap különös erőfeszítéseket! Csupán – az izomzata megfeszítésével – egy adott statikai munka végzéséhez szükséges testtartásban tartotta a testét. Így van?
- Igen. Emlékszem arra, amikor a nap végén alig tudtam kiegyenesíteni ödémássá vált lábaimat.
- Ugye, ugye. Jegyezze meg jól azt a szót, hogy ödémássá váltak. Most pedig hallgasson ide. Ha a visszamaradt (remanens) izomfeszültség sokáig, állandóan fennmarad, azaz ez a fokozott tónus (ez a hipertónus) nem váltakozik a normálissal, akkor az IR azonnal észreveszi ezt a rendellenességet, ami a hipertónusos állapotban lévő izmok fokozott energiafogyasztásában nyilvánul meg. Ugye emlékszik arra, hogy az izmok összehúzása sok energiát kíván? Nos, a TMSZ-IR megengedhetetlennek tartja az izmok ilyen működésmódját. Ítélje meg saját maga: ha az összehúzódás izomellazítással váltakozik, akkor ez normális dolog. Ha azonban az izom bizonyos mértékig állandóan össze van húzódva (azért, mert a mindennapi sok órás megterhelés nem teszi lehetővé, hogy teljesen helyreálljon és újból normális feszültségű állapotba kerüljön), akkor az IR úgy gondolja: nem lehet megengedni, hogy a test állandóan energiát fogyasszon az izom

hipertónusának fenntartására. Ha viszont a szervezetnek szüksége van arra, hogy ezen a helyen állandóan létrehozzon bizonyos nagyságú erőfeszítést, akkor az IR ezt az erőfeszítést az izomszövet organikus elváltoztatásával, hozza létre, amit egészen addig fokoz, amíg az a hipertónus által létesített erővel egyenértékűvé nem válik. Erre szintén áldozni kell a szervezet energiájából, ez azonban csak egyszeri ráfordítás lesz. A szervezet csupán egyszer adott erre a helyre olyan anyagokat, amik az izmot feszes állapotban rögzítették, és az izom bizonyos mértékig máris megkeményedett, és részben csökkent az összehúzódási képessége. Ez az energiamegtakarítási törvény azonban itt gonosz játékot is üzött önnel: megbüntette az izmok irgalmatlan kizsákmányolásáért azzal, hogy ezek az izmok elfajultak és egészen tömörre váltak. Ez történik a sportolókkal is. Ők azt gondolják, hogy éjjel-nappal edzeniük kell, és akkor az izmaik kemények lesznek. Az állandósult jelleggel elváltozott tónushoz való ilyen alkalmazkodási folyamatot hívják adaptációnak (illeszkedésnek). Ez a folyamat nagyon gyorsan lép fel. Néha elegendő csupán néhány nap ahhoz, hogy az IR energiamegtakarításra irányuló intézkedést foganatosítson. Ugyanez érvényes a hipotónusra is, az állandó jelleggel kisebbé vált, csökkent mértékű tónusra. Például: amikor a beteg egy hónapon keresztül ágyban fekvő volt és felállt, alig tudott mozogni. Izmai ugyanis legyengültek, részben elsorvadtak. Mi okozta ezt? A TMSZ-IR. Ő ugyanis azt gondolta: miért kellene az izmokat normális munkavégzésnek megfelelő állapotban tartani, ha azok csupán jelentéktelen mértékben vannak használva? A fölösleges rész elsorvasztható; az IR pedig majd fixálni fogja a hipotónusos állapotot is organikus elváltozással, de most a normálisnál kisebb izomfeszültség irányába, az izomrostok egy részének elsorvasztása, atrofizálása irányába. Ezáltal ezek az izmok puhává válnak, és érintéskor erőtlennek mutatkoznak. O. úr, mondja csak: mit értett meg mindebből?

– Azt, hogy rendszeresen gondoskodni kell saját izomzatunkról; állandóan, mérsékelt módon gyakoroltatni, tréningeztetni kell az összes izmot, túlfeszítés nélkül; de azt sem szabad hagyni, hogy tétlenül pangjanak. Ezért hasznos dolog a reggeli torna és a munkahelyi testgyakorlás. Ez ugyanis egyenletes mértékben leterheli az összes izmot különböző gyakorlatok segítségével.

– Ez igen! Milyen talpraesett válaszai vannak! Ön okosabbá vált, mint sok sportedző. No és mi a véleménye arról, hogy ön emelőgép helyett hordárként dolgozzék?

– Ebbe soha többé nem fogok beleegyezni. Most megértettem, hogy miért ilyen kemény minden izmom már kora gyermekkorom óta. Sok fizikai munkát végeztem, úgy, ahogyan a szüleim követelték. Az agyam megálljt parancsolt, de nem hallgattam rá!

– Ez nem egészen pontos. Az agy fájdalomjelzésekkel próbálta önt megállítani, azonban az adaptáció bekapcsolódott azok után, hogy ön nem volt hajlandó tudomásul venni őket. Hiszen az izom fáj, amikor túlterhelt és állandóan össze van húzódva. Emlékezzék csak arra, amit mondott: vizenyőkkel feltelt lábak és kezek. Az összehúzódott izmok nyomják a véredényeket és az idegeket, ettől pedig a test vizenyőssé (ödémássá) lesz. Rendellenessé válik a vérkeringés és az anyagcsere az összenyomott szövetekben; zavar lép fel a véráramlásnál, a nyirok- és a sejtközi folyadék mikroáramlásában; lefékeződik a sejtek működéséből származó mérgező termékek (a salakanyagok) elvezetése. Ha ön hagyott volna izmainak elég pihenési időt, akkor a TMSZ-IR által irányított ön-helyreállítási folyamat képes lett volna likvidálni az ilyen pangási jelenségeket. Az is rossz dolog, hogy ön igen nehéz munkát végzett kora gyermekkorától kezdve, azaz akkortól, amikor még intenzíven fejlődnie kell a csont-izom rendszernek.

– Igen, mindent megértettem. Izmainak nem jutott idő arra, hogy úgy fejlődjenek,

ahogyan kellett volna, ezért megkeményedtek. A nehéz fizikai munkától izmaim állandóan hipertónusos állapotban voltak, amit a TMSZ-IR – energiatakarékosságra törekedve – az adaptációs folyamatban organikus elváltozással váltott fel.

– Akkor tehát a TMSZ-IR a bűnös? – kérdeztük tőle.

– Nem, saját magam. Nem kellett volna annyit dolgoznom. Ha pedig dolgozom, akkor gyakori pihenőket kell tartani, az izmokat ki kell simítani, masszírozni kell. Ezt minden nehézség nélkül megtehettük volna egymásnak, mivel nálunk több gyerek is volt a családban. De ugyan ki tájékoztatott volna minket minderről? És tudtam is én előre, hogy mindez mivel fog végződni?

– Igen, természetesen nem tudhatta. Mi vagyunk az elsők, akik tudományosan megmagyarázzák, hogy mitől keményednek meg az izmok. Még az orvosok sem tudják ezt, mivel a TMSZ-t ők soha sem vizsgálták szisztémás megközelítési pozícióból és az irányítási elmélet szemszögéből. Ők a mai napig a kemény, organikus elváltozott izmokat „jó izomkorzettnek” (jó izomfűzőnek) vélik. A scoliosisos gyerekek gyógyításakor találkoztunk ezzel a jelenséggel.

Azonban az űrhajózás segítséget nyújtott ahhoz, hogy az állandó hipotónusos állapotban lévő izmok elsorvadási (atrofizálódási) folyamatát megértsék. A súlytalanság körülményei között a szervezetnek nincs szüksége arra, hogy a Föld vonzáserejéhez szokott viszonyok szerint tartsa fenn a TMSZ stabilitását. Az űrben való néhány óras tartózkodás után rögtön elkezdődik az új viszonyokhoz való alkalmazkodás, és az űrhajósok izmai gyorsan atrofizálódnak (elsorvadnak). Az űrhajósok szervezetének állapotát vizsgáló orvosok végül megértették, hogy az izmok sorvadása a TMSZ-IR jeladásai szerint történik. Ehhez azonban nekik több évtizedre volt szükségük. És a Szovjetunió kozmikus orvostudományának a képviselői voltak azok, akik ezt elsőként belátták.

– Világos; ezek után már értem, hogy miért olyan kemény az egész testem. Ez a szervezetem alkalmazkodása az agyondolgoztatott izmok fokozott tónusához.

– Nem egészen így van. Az izomszövet organikus elváltozására vonatkozó lökést a TMSZ-IR adta, de ez csupán azokat az izmokat érintette, amelyek különösen túlterheltek voltak. Önnél azonban az egész test egyenletesen kemény. Ez pedig a szisztémás destrukció miatt vált ilyenné: az egész TMSZ tönkremenése miatt. Hiszen önnek nem csak az izmai fajultak el, hanem – ezen kívül – sok csonteleme is eltolódott a helyéről: eltolódott a medencéje, mellkasa elfordult a függőleges tengely körül; emellett össze is van lapulva, ami azt jelenti, hogy maguk a bordák tolódtak el; és elgörbült a hátgerinc. Hogyan történt mindez? A szisztémás destrukciós folyamat kezdetét már megtárgyaltuk. Ezt követik a következmények. Az összetömörödött izomszövet nem csak magában az izomban kezdte akadályozni a vérkeringést és a beidegzezést, hanem a szomszédos szövetekben és elemekben is. Elkezdődtek a vizenyősödések és a hypoxia (a szövetek oxigénhiánya); a TMSZ más elemeinek a szöveteinél is elkezdődtek az anyagcsere zavarai. Ilyenkor a vér, a nyirokér és az ödémás folyadékok pangása miatt félig folyékony ragadós gélek keletkeztek, amik a működő izmok nyomására behatoltak a szomszédos szövetekbe és azokat egymással összeragasztották. Ezáltal nem-anatómiai képződmények jöttek létre: üledékes struktúrák és hiperstruktúrák. Képzelve el, O. úr, mi történne, ha a gépkocsi sebességváltójába kátrányt öntenének! Az ilyen váltóműben vajon képesek-e forogni a fogaskerekek, és lehet-e benne átállítani a kapcsolókarokat?

– Az bizony nehéz lenne.

– Igen. Amikor aztán megdermed a kátrány, akkor az átállítás egyszerűen lehetetlenné

válna. No de, ha – mégis – fokozná a motor teljesítményét, és akkor próbálná forgatni a fogaskerekeket?

– Akkor több mint valószínű, hogy törés következne be, eltörnének a fogak.

– Úgy bizony. Amikor üledékes struktúrák és hiperstruktúrák keletkeztek, akkor a beléjük került (fogságukba jutott) izmok húzóerejének szabályossága megbomlott. Nem-anatómiai terhelések léptek fel, amik kezdték összevissza eltolni a helyükről az egyedül álló csontokat és a TMSZ összes lánctagját. Önnél, O. úr, pont az ilyen terhelő erőktől tolódtak el helyükről: a medence is, a bordák is, a mellkas is és a gerinc is. Mondjon köszönetet azért, hogy mégis sikerült felnőnie. Megtörténhetett volna az is, hogy az ön teste alacsony marad, s ehhez, hozományként, még bordapúp is társulhatott volna. Itt azonban (az O. úrnál jelenleg fennálló helyzetben) semmit sem lehetett előre megjósolni. Ugyanis az elemek csontjainak eltolódásához csatlakoztak a csontokhoz kapcsolódó izmok is azért, hogy fenntartsák a test stabilitását; ezáltal ezek állandó hipertónusba kerültek. Miért állandóba? Azért, mert ezek az eltolódások nem lettek idejében likvidálva. No és mi történik az állandó hipertónusban lévő izmokkal?

– A TMSZ-IR – az energiatakarékosság végett – átvezeti őket organikusan elváltoztatott állapotba.

– Helyes. Viszont az ilyen izmoknak az organikus átalakítása után ismét következett a vérkeringést zavaró folyamat stb. Vagyis a kör bezárult és pozitív visszacsatolás keletkezett, ami egész idő alatt egyre csak erősítette és tovább fokozta a szisztémás zavarokat. Ön pedig – ezen idő alatt is – folytatta nehéz munkáját, és ezzel csak fokozta a destrukciót. Ez azzal fejeződött be, hogy az ön izmai kőkeménnyé váltak. Ennek eredménye az, hogy az ön izmaiban szinte nem maradtak egészséges sejtek. Kiszáradtak a sejtek és páncélba zárták az ön a testét. Ezért lapult le a mellkasa. Ez az oka annak, hogy ön soha nem épül fel, soha nem húzik meg, bármennyit is eszik. Így van?

– Ez igaz, én sokat eszem Ugyanakkor valóban, egész életemben sovány voltam.

– Ez észrevehető. Az elfogyasztott táplálék összes energiája önnél a csontok hosszirányú növekedésére irányult, mivel a csontok és az izmok másik irányba való növekedését gátolta a (saját, elfajult izmokból álló) kőkemény „zsák”. Végül önnek nehezebbre esett bármilyen mozgás végzése, mivel az izmok egészen elveszítették rugalmasságukat. Csigolyaközi sérvet szerezni ezek után már csak „technikai” kérdés volt. A gerinc már régóta szakító erőfeszítésnek volt kitéve; szerkezetei is régóta mintha kiszáradtak volna, mivel a gerinctartó szalagoknak és a korongok porcos szöveteinek a táplálása zavart szenvedett és maguk a csigolyatestek beszáradtak. Íme, tapintáskor mennyire gyengék és erőtlének. Ilyen állapotban bármilyen (súlyos) tárgy felemelése az ön számára végzetes következménnyel járhatott, és nem csak maga az emelés. Egyszerűen bármilyen bonyolult mozgás, ami valamilyen – ritkán használt – irányban összehangolt izomműködést igényel (például az, amikor magasra tett könyv után húzódkodik, vagy amikor a vasúti fülke felső polcára helyezi táskáját), olyan erővel hathatott volna a gerincre (ott, ahol a porckorong már degeneratív módon elváltozott és repedések vannak rajta), hogy a korong szétszakadását és a porckorongmag gerinccsatornába esését okozhatta volna.

– Igen, éppen ez történt. Éppen csomagot tettem fel a polcra, amikor hirtelen össze-rántott engem.

– No látja; és még ön az, aki kérdezi, hogy miért nem tapasztalható fejlődés önnél, másoknál viszont van. Másoknál nem keményedett meg ennyire az izom, és a TMSZ szisztémás, mindenre szétterjedő tönkremenésének folyamata nem vált ilyen súlyossá. Attól,

hogy ön sovány, nem könnyebb, hanem rosszabb az ön testével „dolgozni”. Hiszen a végsőig elfajult izomzat miatt sovány ön; a valóságban szinte nincs is izma. Csak kiszáradt izommaradványok és a csontváz száraz csontjai maradtak meg. Ahhoz pedig, hogy mindezt helyre lehessen állítani, idő kell.

Csak 40 kezelés után tudtuk helyreállítani O. úr izmainak normális struktúráját. Ezzel egyidejűleg kezdtek „feléledni” a csontjai. Nagyon sokáig „igazgattuk” mellkasát, minden egyes bordáján külön munkálkodva. Sok csigolyája tönkrement már, széleik egyenetlenek voltak, helyükről eltolódtak, a tengely körül elfordultak. Mondható, hogy egész gerincét tönkretette a degeneratív-disztrófiás folyamat. Ez pedig elsősorban azért keletkezett, mert megsérült a vérkeringés, és a gerincoszlopot nyomták a „megkövesedett” izmok. Ezek akadályozták a normális táplálást a csigolyatesteknél is, a porckorongoknál és a csigolyaközi valódi ízületeknél is. (O. A.-nak elhanyagolt spondilosis arthrosis – csigolyaízület-merevedési betegsége – volt.) A gerincszalagok szintén kiszáradtak és eldeformálódtak. Mindezen struktúrákat újra kellett élesztetni úgy, hogy vért juttattunk hozzájuk. Ezzel egyidejűleg irányítani és ellenőrizni kellett helyreállításuk folyamatát.

Természetesen azzal kezdtük a kezelést, hogy megtisztítottuk a TMSZ-t az üledékes zárványoktól: a lerakódási struktúrákat és hiperstruktúrákat likvidáltuk először. Amikor az izmok helyreálltak, és a csont- és a porcszövet összetétele normálissá vált, akkor likvidáltuk a gerinc, a medence és a mellkas eltolódását, és sokat szenvedett derekában csak ezek után szűnt meg a fájdalom.

O. A. most teljesen egészséges; fizikai munkát végez, azonban ezt – tanításainkra emlékezve – mértékkel végzi. Havonta jár hozzánk ellenőrzésre.

– Félek megharagítani az irányítórendszert, nehogy rámkapcsolja újból az adaptációs folyamatot – mondja tréfálkozva. Mi pedig most már vele együtt nevetünk, mondván:

– De hiszen ez az IR az öné, boldoguljon vele most már ön.

– Nem, jobb, ha önök foglalkoznak vele. Én félek tőle, ő pedig az önök szisztémás rekonstrukciós terápiájától fél.

11. Csontkovácsoknál történő gyógyítás következményei

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: L. V., 1955.

Szakma: étteremvezető.

Tartózkodási hely: Ukrajna, Harkov.

Megfigyelési időszak: 1989.

Panaszok. L. V. panaszait a következők szerint fogalmazta meg: „Hozzanak rendbe engem, nem tetszik nekem az alakom”.

Gyógyítás orvosi intézetekben: L. V. egészséges asszonynak tartotta magát, legalábbis TMSZ-e vonatkozásában. E tekintetben orvosokhoz nem fordult.

Primer SZRT-diagnosztika. Amikor L. V. először állt elénk, akkor – enyhe teltségét nem számítva – testtartásán semmilyen eltérést nem vettünk észre. Amikor átvizsgáltuk izmait, akkor azokat egyenletesen duzzadtnak, ödémásnak találtuk. Fizikailag L. V. soha nem volt túlterhelve. A táplálkozására vonatkozó kérdésre azonban azt mondta, hogy szeret jól enni, gyakran étkezik az étteremben. Otthon szintén szeret készíteni erős, sok fűszerrel, sóval ízesített ételeket, mindennap fogyasztja a sült krumplit (szalmaburgonyát), ez a kedvenc reggelije. Mindez nyilvánvaló anyagcserezavarra utalt.

Amikor lefeküdt, akkor a gerinc mellkasi szakaszánál, a 8–10. csigolyák környékén hirtelen egy nagy horpadást vettünk észre. A bordák is „gyűröttek” és befelé hajlóak voltak, és az említett csigolyáknak a csontos kinövéseit (tövisnyúlványait) tapintáskor nem lehetett érezni.

– Mikor esett le háttal egy kőre, nagyon magasról? – kérdeztük.

– Nem estem én le; ökölrel ütöttek rám – válaszolta és megnevezte a híres csont-helyreigazító vajákos embert (csontkovácsot).

– Barátnőmet vittem hozzá, akinek fáj a térde. Kapcsolatának köszönhetően rögtön fogadott minket, és bementem vele a rendelőjébe. Amikor befejezte barátnőm kezelését, felém fordult: „Rajta, Téged is megvizsgálalak”. „De hiszen nincs problémám, semmim sem fáj!” – válaszoltam. „Amikor majd lesznek problémáid, akkor lehet, hogy nem fogsz tudni bejutni hozzám. Láttad a várakozók utcán hömpölygő sorát? Dönts! Gyérünk, leellenőrzöm a gerincedet”. Húzódózva vetkőztem le. Lefektetett, a kezét végighúzta a gerincemen és váratlanul ráütött. Szemeim előtt minden elsötétült, és felugrottam. „A porckorongodat igazítottam helyre; hamarosan panaszt okozott volna.” Könnyes szemmel köszöntem meg neki, hogy eleve megszabadított ettől. Sokáig fájtnak éreztem ezt a helyet, fel is dagadt, egy hónap múlva pedig a férjem ezen a helyen egy bemélyedést vett észre.

Megmondtuk L. V.-nek: figyelembe véve, hogy a hátgerinc melyik szintjére ütöttek, megtörténhetett volna az is, hogy ott, a „gyógyító” rendelőjében lebénul. Megmondtuk neki azt is, hogy azt ugyan jelenleg már nem lehet megmondani, voltak-e akkor porckorong-eltolódásai, de biztosan vannak (nem is egy!), méghozzá igen súlyos eltolódások, és – összesítve – elmondható, hogy gerince komolyan sérült. Megmagyaráztuk neki: az mentette meg, hogy akkor nem volt a szervezetében degeneratív-disztrófiás elváltozás. Ez azt jelenti, hogy a tömör, rostos koronggyűrűket az ínszalagokhoz és a szomszédos csigolyákhoz erősítő természetes anatómiai kapcsolódás nem sérült meg. A legfontosabb pedig az volt, hogy akkor a rostos porckorongokban még nem voltak repedések, mert különben feltétlenül előreesett volna a porckorongmag, prolapsus jöhetett volna létre. Miután bordái is behajlottak, állítható, hogy az említett ütés igen erős volt.

Miért gondoltuk azt, hogy a sérülés idején még nem volt osteochondrosisa (csontsodási rendellenessége)? Tapasztalatunkból tudjuk, hogy a gerincben lévő degeneratív-disztrófiás elváltozások mindig az egész TMSZ perzisztensen (hosszú időn át) ható szisztémás destrukciójának a következményei. Ezért megnyilvánulásuk idejére már a perifériákon is súlyosan eltolódtak helyükről a csontelemek. Ha tehát ilyesmi bekövetkezett, akkor a velük anatómiai kapcsolatban álló izmok is organikusan átalakultak, elfajultak. Ilyenkor a testben üledékes struktúrák és hiperstruktúrák érzékelhetők. Azaz a TMSZ-nél patológiás zónák észlelhetők, amikben a „megkövült” izmok „egybefolynak” az eltolódott csontokkal, az elmeszesedett szalagokkal és az inakkal. Tulajdonképpen az ilyen képződményeknél elvész az „izom” fogalma. Hiszen már nem lehet izmoknak nevezni azokat a funkcionálisan nem teljes értékű, rugalmatlan kötéleket, amiké (az organikus elfajulás hatására) átalakultak az izomszövetek az anatómiai státusz zavarához való adaptációs folyamat során (az egész szervezetnek a vérkeringési zavarokhoz és innervációjának az egész rendszerre áterjedt rendellenességeihez való illeszkedésének a folyamatában). A funkcióvesztés kifejeződött:

- egyrészt abban, hogy az izmok összehúzódnási képessége jelentős mértékben elveszett;

- másrészt abban, hogy teljesen elveszett az izmok ellazulási képessége;
- abban is, hogy az izmok nem tudták szabályosan (anatómiailag helyesen) továbbítani a húzóerőt.

Mindez átalakítja az ilyen izmokat és az ilyen patológiás zónák egész térségét nem-anatómiai képződményekké, amik aztán felborítják a TMSZ belső mechanikáját.

L. V.-nél diagnosztizálásunk idején – a sérült csigolyákat nem számítva – nem tolódtak el lényegesen a TMSZ elemei, izmai sem szenvedtek destrukciótól. Azonban valamennyi izma bizonyos mértékig ödémás volt. L. V. éppen ezekről gondolta, hogy ezek zsírlerakódások, és ezért kérte ezek rendbehozatalát. Ezzel szemben a gerincbehorpadás és a környezetében lévő izmok nagyon kemények voltak; ez azonban ennek környékére lokalizálódott, ami kizárta, hogy keletkezésükben az említett súlyos sérülésen kívül más ok is közrejátszott volna. Természetesen, hogyha mi most csak az izmok vízenyősdését érzékeltük, akkor 3 évvel korábban (a gerincsérülés bekövetkezése előtt) ezek az izmok még egészségesek voltak. Vagyis akkor még nem léteztek lerakódási struktúrák és hiperstruktúrák (azaz akkor még nem volt domináns ok arra nézve, hogy osteochondrosis lépjen fel). Ezek ugyanis nem csak a puha szövetekben zárhatták volna el a vérkeringést, hanem a porcelemelekben is, a kötőszöveti és a csontelemekben is és – közöttük – a gerincben is.

Megismételjük: páciensünket az mentette meg, hogy gerincsérülése idején nem voltak organikus elváltozások a csigolyakorongokban. Azonban, látva az egész életére megmaradó gerincbehorpadás mélységét, feltételeztük, hogy a gerincvelő is ütést kapott. Óvatosan rákérdeztünk, hogy lábai nem fáradnak-e el. „De, bizony elfáradnak, mivel ülőmunkát végzek, keveset járok, és, ha megyek, azt is kocsival teszem. Addig-addig üldögéltem, hogy végül is kövér lettem, és bizony néha még a lábaim is elgémberednek; ilyenkor kénytelen vagyok – még éjszaka is – masszírozni őket” – adta tudtunkra. Ezek riasztó szimptómák voltak, amik az idegpályák vezetőképességének zavaráról árulkodtak. Tanácsoltuk neki, hogy lehetőleg minél hamarabb érje el teljes kivizsgálását az Ortopédiai és Traumatológiai Intézetben. L. V. további sorsáról semmit sem tudunk, de arról semmi jót nem tételezünk fel.

Magyarázatok. Miért nem kezdtünk foglalkozni a rehabilitációjával? Azért, mert feltételeztük, hogy a gerincvelője megsérült. Az ilyen esetek pedig előre megjósolhatatlan következményekhez vezethetnek a trauma utáni időszakban is, az élet egész hátralévő szakaszában. Még az állandó, mértéktelenül nagy, TMSZ-re ható mechanikai megterhelések által előidézett súlyos szisztémás destrukció esetén is az irányítórendszer ellenőrzi a patológiás folyamatot. Ennek köszönhető, hogy lehetetlenné válik olyan veszélyes patológiás, kóros folyamat váratlan előfordulása, mint amilyen patológiás folyamat lép fel a gerincvelő becsípődésekor vagy elszakadásakor, ami visszafordíthatatlan következményekkel jár. Trauma esetén azonban ez lehetséges. Igaz, L. V.-nél nem történt még semmi ehhez hasonló rémes dolog: sem akkor, rögtön, az ütés pillanatában, sem a rákövetkező 3 év alatt. Ez azonban még bekövetkezhet, mivel mindez csak egy hajszálon múlt. És ahhoz, hogy az ember megfelelő, helyes intézkedéseket tegyen, világos képet kellett alkotnia magának arról, hogy mi a lényege ennek a „még”-nek.

Megtörténhetett volna az, hogy a csigolyák szabályosabb helyzetbe állítására irányuló legkisebb kísérletnél a trauma helyén képződött – organikus elváltozások által létrehozott – önvédelemre szolgáló, természetes komplexum (ami lényegében a gerinc struktúrájában létrejövő, a szervezet önhelyreállítása révén keletkezett termék) esetleg részlegesen széttöredezett volna, és a hátgerincre mért ütés következményeit végzetes

módon betetőzi. Tehát nem akartuk veszélyes helyzetbe hozni L. V.-t, hanem elküldtük hivatalos orvosi intézménybe, ahol mód van rá, hogy radikális intézkedéseket fogantossítsanak, és ahol – ha szükségessé válik – be lehet bizonyítani azt is, hogy a betegnek (milyen) kárt okoztak. Ezenkívül a mi szisztémás rekonstrukciós terápiánk (az SZRT) a TMSZ olyan korrekciós technológiájaként lett kidolgozva, aminél a TMSZ irányítórendszere valóban munkaképes, azaz a központi idegrendszer nem sérült. Ha a TMSZ-IR saját maga komolyan megsérült, akkor elméletileg az SZRT alkalmazása hatástalan lesz. Igaz, hogy gyakorlati tevékenységünk során előfordultak olyan esetek, amikor parézis (enyhe bénulás / enyhe izomerő-csökkenés) esetén, sőt, lebénulás esetében is sikerült elérnünk a páciens teljes rehabilitációját. A TMSZ-IR önerővel történő helyreállítási lehetőségeinek a vizsgálata azonban kutatásaink következő szakaszát jelenti. Jelenleg is folytatunk ilyen vizsgálatokat, és – ismételjük – már vannak gyakorlati eredményeink is. Elméletileg azonban még nem készültünk fel arra, hogy meg tudjuk magyarázni, miként zajlik le mindez. Éppen úgy, ahogy azt sem tudjuk ma még megmagyarázni, hogy ha a technológiánk segítségével történt a TMSZ helyreállítása, akkor – utána – miért következik be egyes esetekben a rákos tumorok spontán eltűnése.

Magyarországon fordult elő olyan eset, hogy egy férfi, aki porckorongsérvre vonatkozó panaszával fordult hozzánk, 30 kezelést kapott, és egészen addig elhallgatta a gyomorrájkját, tudva, hogy ilyen betegség esetén mi nem vettük volna kezelésbe. Tudta, hogy szabályaink szigorúak, és minden kérés és rábeszélés hasztalan. A csigolyaközi sérvet 12 kezelés után sikerült megszüntetnünk, ő azonban továbbra is járt hozzánk kezelésre, azzal az indokkal, hogy szeretné egész szervezetét helyreállítani. Egy évvel később eljött és megmutatta az orvosi zárójelentéseket: először azt, ami a rákos daganatra vonatkozott, majd azt, ami ennek eltűnéséről szólt. Elmondta: úgy döntött, hogy kockáztat, bár tudta, hogy bármilyen manuális beavatkozás ösztönözheti tumorának növekedését. Az a tény készítette őt ilyen irányú döntés felvállalására, hogy az 5. kezelés után észrevette: váratlanul megszűnt állandó gyomorfájása. „Ekkor azt mondtam magamban: ha már egyszer ez abbamaradt, akkor el fogok járni addig, amíg meg nem halok. Kész voltam arra, hogy inkább hamarabb haljak meg, de enélkül az elcsigázó, kimerítő fájdalom nélkül.”

Ugyancsak Magyarországon fordult elő, hogy olyan fiatalasszony rehabilitációjával foglalkoztunk, akinek 3-as fokozatba tartozó kyphoscoliosis volt, és medencéje erősen eltolódott a helyéről. Rehabilitációja elhúzódott másfél évig. Ekkor bejelentette, hogy a méhén (1-es és 2-es stádiumban lévő) rákos daganat volt, és ez hirtelen eltűnt. Szavainak alátámasztására megmutatta az új és a 2 évvel korábbi ultrahangfelvételeket. Szeretnénk azonban ezúttal is hangsúlyozni, hogy nincs jogunk arra, hogy az ilyen csodákat közvetlenül összekössük az SZRT-kezelések alkalmazásával, mivel – elméletileg – ez megmagyarázhatatlan. Lehetséges (ismételjük: lehetséges), hogy a vérkeringésnek a helyreállítása (ami az egész szervezetben bekövetkezett kezelésünk hatására) ösztönzést nyújtott a szervezetben zajló ön-helyreállítási folyamathoz, és ez vezetett a daganatok eltűnéséhez. (Jellemző, hogy ezek a páciensek nagyon sok kezelésen vettek részt, és – természetesen – radikálisan helyreállítottuk egész testük anatómiai státuszát.)

Említsük még meg néhány szó erejéig azt a szomorú esetet, ami L. V.-vel történt. 1992-ben lett kiadva (majd 2002-ben ismét ki lett adva) az a könyv [15], amelynek szerzője az osteochondrosist „tévelygésnek” (tévhitnek) nevezi. Ezzel tulajdonképpen tagadja, hogy a csigolyaközi korongokban léteznek organikus destruktív elváltozások azoknál a betegeknél, „amiket korábban radikulitisznak (ideggyök-gyulladásnak) és

lumbágónak neveztek”. Elmélete szerint ezekért a mélyen fekvő hátizmok váratlan spazmusa (görcsös összehúzódása) a felelős. Ez a bűnös, mert ez a görcsös összehúzódás leblokkolja – lebénítja – „valamilyen retesszel” az egészséges csigolyaközi korongot; a csont-helyreigazító (a csontkovács) pedig, aki L. V.-t erőszakkal kezelésbe vette, az említett szerző szerint „egyetlen pontos ütéssel kikapcsolja – kioldja – ezt a fékező reteszt” és ezzel megszünteti a porckorong rendkívül erős összenyomottságát. Azaz, ez a szerző, elméleti igazságának bizonyítékeként hivatkozik erre a tényre (anélkül, hogy azt saját maga ellenőrizte volna). Az ilyen „bizonyítékhoz” – ami kényszerít a „vak vezet világtalant” példabeszédre emlékeztetni – mi nagyon szeretnénk még hozzátenni az „igazság pecsétjét / lenyomatát” is (amit a csontkovács öklével örökre bepecsételt L. V. gerincébe); mégpedig azért, hogy ezek után már senki ne vonja kétségbe, hogy pont így kell lemásolni, lefényképezni a titokzatos görcsöt. A könyv szerzője valószínűleg csak hallomásból ismeri az ütéssel történő gyógyítás hatékonyságát, mert különben óvakodott volna ilyen bizonyíték idézésétől. Hiszen, ha elmélete igaz lenne, és a csigolyaközi porckorongban egyáltalán nem lennének organikus elváltozások, egy ilyen „pontos ütés” után (ami egyszerre 3 csigolyára csapódott rá) az említett elváltozások feltétlenül megjelennek.

Jelen könyv olvasói előtt jól ismert a véleményünk a manuális terapiáról, a kiopraktikáról, az osteopathiáról és az egyéb – mechanikai beavatkozásokon alapuló – technikákról, amennyiben azokat a jelenlegi formában alkalmazzák. Jól ismert előttük ezek elméleti megalapozására vonatkozó véleményünk is, ha „megalapozásnak” tekintjük ezek létének hiányát. Sokszor kerültek szemeink elé az ilyen beavatkozások következményei. A gyermekeknél különösen szörnyű a gerinc instabilitása a gerinc scoliosisos görbületeire irányított ütés után.

12. Impotencia

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: B. M., 1954.

Szakma: vállalkozó.

Tartózkodási hely: Ausztria.

Megfigyelési időszak: 1992.

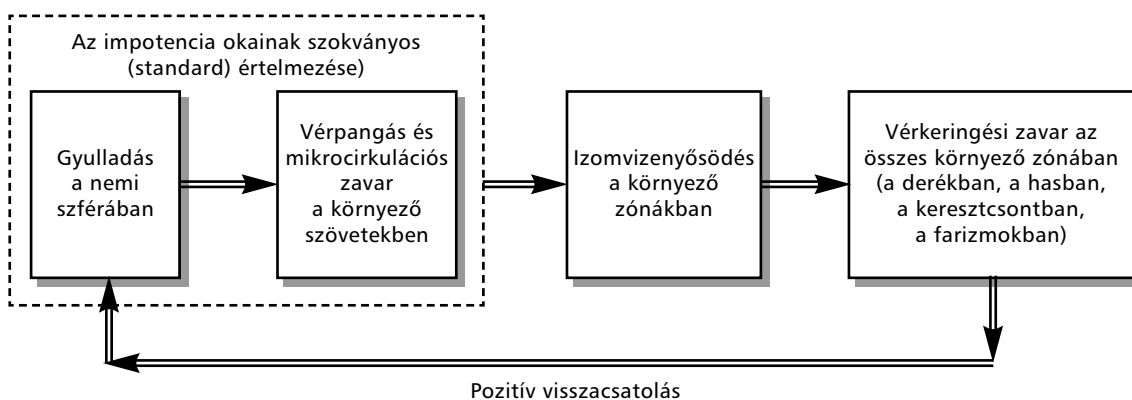
Panaszok. B. M. hátfájásai miatt fordult hozzánk. Mellesleg megemlítette, hogy 10 év óta szenved impotenciában. Kezdetben a merevedés váratlan megszakadása gátolta a nemi aktus befejezését, a későbbiek során aztán fellépett a merevedés teljes hiánya. 5 évvel ezelőtt elhagyta a felesége, és azóta sem nemi élete, sem – bármilyen erre irányuló – fiziológiai ingere nincs. Emellett a páciens panaszkodott a hasogató alhasi fájásokra, a rossz alvásra, az idegességére és az ingerültségére. Az ilyen zavarokat ő a munkájához fűződő kellemetlenségekkel hozta kapcsolatba. Az említett zavarok miatt régóta nyugtatókat és altató szereket szed. Emellett nagyon sokat dohányozik.

Gyógyítás orvosi intézetekben. Szexológus szakorvoshoz fordult, aki azonban ezen állapot okát nem tudta megállapítani. Stimuláns tablettákat írt fel neki és fizioterápiás kúrákon való részvételt rendelt el. Mindez nem segített.

Primer SZRT-diagnosztika. A TMSZ megvizsgálásakor a bordák és a medence nyilvánvalóan kifejezett durva eltolódásait fedeztük fel. Kiderült, hogy páciensünk egy autóbaleset során megsérült. Ezenkívül házépítéshez kapcsolódó nehéz fizikai munkát végzett. A vizsgálatnál észre lehetett venni, hogy a medence csontjai nincsenek egy sík-

ban, ami miatt elváltozott a hasizomzat tónusa. Miután a tónus állandóan elváltozott állapotba került, a TMSZ úgy alkalmazkodott ehhez a helyzethez, hogy az izomszövetet organikusan átalakította. A has bal felén lévő izmok összehúzott állapotban fixálódtak (ami hipertónusos állapotnak felelt meg), rövidebbek és kemények lettek. A has jobb felén lévő izmok széthúzódtak, teljesen elgyengültek (hipotónusos állapotba kerültek) és elsovadtak (atrofizálódtak), azaz organikusan szintén átalakultak. Emiatt a nemi szerv valamennyire elcsavarodott a tengelye körül, jobb oldalra billent, a vérkeringés rendellenessé vált benne; ezért gyengévé, elszáradttá, összeaszalódottá, sárgás színűvé vált, azaz impotenciára jellemző képet vett fel.

Itt kell megemlíteni, hogy a nemi szervekben keletkező vérkeringési zavarok mechanizmusát megállapítani általában bonyolult dolog. Azonban azt pontosan tudjuk, hogy ez az oka az impotenciának. Az impotenciára panaszkodó mintegy 200 férfi egyikénél sem fordult elő, hogy nemi erőtlenség esetén ne léteztek volna nála rendellenességek az alsó testfél anatómiai státuszánál. Az ilyen betegeknek gyakran kerül sor krónikus prosztatagyulladás megállapítására, és ez a patológiás betegség minősül elsődleges okozónak. Ugyanakkor jól meg kell jegyezni, hogy, ha pont a gyulladásos folyamattal kezdődött is mindez, a hozzá útitársul szegődő vérpangás zizenyőt (ödémát) hoz létre a környező izmokban, és hamar kialakul egy patológiás pozitív visszacsatolás, ami fenn tartja és erősíti ezt a két tényezőt. A zavarok említett láncolata – vázlatosan – a következőképpen néz ki:



Ez a patológiás láncolat zavarja leggyakrabban a nemi szervek gyulladásának teljes meg szüntetését még erősen ható készítmények és procedúrák alkalmazása esetén is. A gyulladás hamarosan áttér krónikus formára. A fenti vázlatból érthető: a gyógyító folyamat abból áll, hogy egyidejűleg kell hatni a láncolat mind a négy tagjára. Ugyanakkor az orvostudomány látókörében rendszerint csak az első kettő szerepel, amit szokványos módon gyógyítanak: az éles periódusban orvosságokkal, a krónikus periódusban pedig fizioterápiával. Olvasónk azonban már tudja az előző példákából, hogy az izmokban zajló vérkeringés zavara az izmok anyagcserezavarához, majd organikus átalakulásukhoz (elfajulásukhoz) és megkeményedésükhöz vezet. Emellett az izomszövet átalakulása olyan jellegű, hogy nagy kiterjedésű patológiás zónák – üledékes hiperstruktúrák zónák – kezdenek képződni. Kezdetben ezeket egy közös vizenyő egyesíti. Később azonban ragacsos, üledékes zárványok fogják össze őket, amiket már csak a mi SZRT-módszerünk segítségével lehet eltávolítani, vagyis a rehabilitológus kezeivel végzett konkrét ráhatások segítségével. Semmilyen más gyógyító intézkedés nem képes megtalálni és radikálisan eltávolítani az ilyen zónákat.

A hasban és a medence tájékán néha még egyéb hasüregi szervek gyulladása miatt keletkezik vérkeringési zavar. Ilyenkor is a rendellenességek hasonló láncolata jön létre. A végeredmény ez esetben is ugyanaz: az izmok organikus átalakuláson mennek keresztül, azaz elfajulnak és megkeményednek, ami megzavarja a véredényrendszer vezetőképeségét, és végül megnehezíti a véráramlást a férfi nemi szervhez.

Rehabilitáció. A B. M.-en végzett vizsgálatok alatt különböző nehézségek merültek fel. A medencecsontok eltolódását és a hasizmok ezekhez kapcsolódó aszimmetrikus, organikus átalakulását (elfajulását) 3 kezelés alatt kijavítottuk, ettől azonban nem állt helyre a potenciája. Ekkor a merevedést gátló más okok után kezdtünk vizsgálódni, és a gát mélyén és a farizomzat alsó felében nagyon kemény izomösszenövéseket (izom-csomókat) fedeztünk fel, amiknek az eltávolításához még 3 SZRT-kezelésre volt szükség. Azaz eltelt újabb 3 hét, és eredmény ezután sem volt. Ekkor mi (meggyőződve arról, hogy az ok nem csak a környező – a közel lévő – területeken keresendő) az egész testen ART nyomást kezdtünk alkalmazni. Eközben B. M.-től folyton azt hallottuk: „ez nálam idegi alapokra vezethető vissza”. Az ilyen megfogalmazásokat nagyon nem szeretjük. Ugyanis már sokszor meggyőződünk arról, hogy az „idegi alap”, a „rossz környezet”, az „időjárás változása” idézgetése befejeződik akkor, amikor mi kitartóan kutatunk és – végül – találunk új, organikusan destruált szöveteket és ezeket likvidáljuk a csontelemeknél – miattuk – keletkezett térbeli eltolódásokkal együtt. Ezek az eltolódások gyakran nagyon mélyen rejtőzködnek, és részben álcázva is vannak más rendellenességekkel. Nagyon sokszor találkoztunk olyan esetekkel, hogy a vázizomrendszer – látszatra – ideális, ugyanakkor az ember csak panaszkodik, egyre csak panaszkodik a fájdalmaira. Ilyenkor a páciens meg kell vizsgálni minden „vetületben” (minden oldalról) és minden testhelyzetben: dőlt, meggömbült, félig ülő pózban, felemelt kezekkel, oldalra kinyújtott kezekkel és lábakkal kialakított testhelyzetben stb. Ilyenkor különösen sok információt szokott szolgáltatni az előredőlés: ha a medence tájékán eltolódás áll fenn – akár a legcsekélyebb mértékű is –, akkor ezt észlelni lehet mély előredőlésnél. Ugyanis az etalon helyzethez képest nyilvánvalóan eltolódik a medence. Az „idegi alap” olyankor mutatkozik meg, amikor már létezik objektív rendellenesség, még ha az utóbbi kismértékű zavar formájában jelentkezik is. Idegi állapotnál akaratlanul izomgörcs lép fel, ami az organikusan átalakult izmok által összenyomott véredényeket pótlólag szorítja össze. Ekkor a következő állapotláncolat lép fel: idegi alapon jelentkező stressz – izmok begörcsölése – véredények görcsös összehúzódása – fájdalom. Sokszor meggyőződünk arról, hogy ez a stressz normális izmoknál nem elegendő ahhoz, hogy fájdalmat keltsen.

B. M.-nél elkezdtek az egész TMSZ globális helyreállítását. A mellkasi gerincszakaszon csigolyaeltolódásokat észleltünk; emellett kismértékű eltolódást találtunk a lapockánál, a kulcscsontoknál, valamint a térd és a lábszár ízületeinél. Ezek kijavításával egyúttal helyreállítottuk a hozzájuk kapcsolódó izmokat is. Különös figyelemmel vizsgáltuk meg a nyaktáji csigolyákat és a nyakizmok állapotát. B. M.-nek a nyakizma nagyon ödémás volt. Ez alatt a vizenyő alatt felfedeztük két csigolya eltolódását és a hozzájuk kapcsolódó izmok megkeményedését. Ez okozta nála az agy vérkeringési zavarát és – ennek következményét – a rossz alvást. 10 kezelésre volt szükség ahhoz, hogy B. M.-nél a TMSZ normális anatómiai státuszát helyreállítsuk. Ezalatt erősen megváltozott: nyugodttá, kiegyensúlyozotttá vált; alvása helyrejött; abbahagyta az „idegi alap” emlegetését; impotenciája azonban továbbra is szilárdan fennállt. Ekkor úgy döntöttünk, hogy az egész testen még egyszer végigmegyünk: elmentünk minden egyes csontocskáig, minden kis izomkötegig. Ekkor megérintettük a fejbőrt is, ami erősen ránőtt a koponyára és aka-

dályozta a vérkeringést. Ezek után megszűnt B. M.-nek a fejfájása, amit eddig egyáltalán nem említett nekünk.

Végül úgy döntöttünk, hogy még egyszer átvizsgáljuk B. M.-nek a hasizmait, mégpedig álló testhelyzetben. Ekkor még egy izomcsomót találtunk, ami vízszintes helyzetben feküdt a szeméremdomb területén, s amit fekvő testhelyzetben egyáltalán nem lehetett érezni tapintással. És íme: amikor ezt eltávolítottuk, akkor B. M.-ből ismét férfi lett. Néhány hónappal később megnősült; most két gyermeke van.

Magyarázat. Azért volt annyira bonyolult B. M.-nek a rehabilitációja, mert betegsége már 10 éve fennállt. Ezalatt a destrukciós folyamat annyira elhatalmasodott, hogy nem sok esély maradt nemi szervei vérkeringésének a helyreállítására. Statisztikánk azt mutatja, hogy az 50 évnél nem idősebb férfiaknál jelentkező (3 hónapnál nem régebben fennálló) hasonló helyzetben 2-3 SZRT-kezelés elegendő szokott lenni a potencia teljes helyreállításához. Elvileg azonban az életkor nem képez akadályt. Nem kevés olyan esetünk volt, amikor 70–80 éves idős embereknél (akik egészen más okok miatt fordultak hozzánk) számukra teljesen váratlanul helyreállt a nemi funkció, és a hatás tartósnak bizonyult azok után, hogy SZRT módszerünkkel került sor az egész szervezet gyógyítására.

13. Gyermekek veleszületett lábdeformitása

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: A. A., 1994.

Szakma: 6 hónapos kisgyermek.

Tartózkodási hely: Magyarország, Veszprém.

Megfigyelési időszak: 1994–2004.

Panaszok. 1994-ben első alkalommal érkeztünk Veszprémbe. Magánlakásban helyeztek el minket, és ennek gazdája, egy fiatalasszony megmutatta nekünk hat hónapos kisfiát, A.-t, aki veleszületett rendellenességgel, deformált lábfejekkel jött a világra. Az anya hallott a reménytelenül beteg emberektől azokról a csodálatos gyógyulásokról, amiket szisztémás rekonstrukciós terápiás módszereink segítségével értünk el. A sajtó sokat írt ilyen esetekről, és a magyar állami televízió többször sugárzott erre vonatkozó riportot. Nem kell tehát csodálkozni azon, hogy ez az asszony rögtön kérlelni kezdett minket fia gyógyítására.

Gyógyítás orvosi intézetekben. Az orvosok azt mondták az anyának, hogy fia soha nem lesz egészséges alkatú ember. Ahhoz pedig, hogy legalább állni tudjon, egész sor operációt kell majd végezni a lábfejeiken; ehhez viszont meg kell várni, hogy a gyermek betöltse a 3. évét.

Primer SZRT-diagnosztika. A kisgyermek mindkét lábfeje úgy volt meggörbülve, hogy azok a fán ülő madár karmaira emlékeztettek. A kis lábujjacskák a láb sarkáig voltak elcsavarodva, azaz a lábfej minden eleme egy marékba, egy csomócskába volt összefogva. Az anya valamiért csak a lábfejekekről beszélt. Viszont a valóságban ez egy teljesen nyomorék kisgyermek volt: csípőízületei nagy szögben elcsavarodtak; nagyon erős bandzsasága miatt szemeit alig lehetett látni; a nyaktáji csigolyák – különböző síkokban – eltolódtak és tengelyük körül elfordultak (el voltak csavarodva); cikcakk alakban elferdült gerince pedig kígyóra emlékeztetett. A kisfiú nagyon sovány, sápadt, gyenge, erőtlen gyermek volt. Szóval egy kis rokkant feküdt előttünk, akinek egész TMSZ-ét elképzelhetetlen deformitások torzították el.

Rehabilitáció. Olyan eset előtt álltunk, amikor a TMSZ szöveteinek és elemeinek a fejlődési rendellenességei már az anya méhében kialakultak, és emiatt a kisfiú már nyomorékként született. Ez azonban nem minden. A gyermekre még durvább és eltávolíthatatlan deformálódások vártak volna a későbbiek során: akkor, amikor már ül és megkísérli, hogy felálljon. Ugyanis, amikor az egész test súlya a szabályos alkattól eltérő elemekre (lábfejekre) ránehezedik, akkor beindul a szörnyű szisztémás destrukciós folyamat. Bármilyen eset állt volna is elő, a TMSZ-IR biztosította volna a kisgyermek testének stabilitását; ehhez azonban lehet, hogy majd mankók is kellettek volna. Ezt azonban csak az izmok, a kötőelemek, az ízületi csatlakozások patológiás organikus átalakulása (elfajulása) árán lehet elérni. Miután a gyermeki szervezet még fejlődés előtt áll, az így eldeformálódó testben rendellenes módon helyezkedne el minden belső szerv és belső rendszer; emiatt pedig ezek – valószínűleg – fejletlenek lesznek. Azaz az egész szervezet anatómiailag szabálytalan és valószínűleg életképtelen lenne.

Elméletünkben azt állítjuk, hogy a támasztó-mozgató szervrendszer irányítórendszere memóriájában mindig őrzi a TMSZ anatómiailag szabályos állapotának etalonját. Ha azonban a valóságban mégis léteznek eltérések ettől az etalontól, akkor meg lehet azt kísérelnünk, hogy kényszerítsük az IR-t – ha nincs megsérülve –, hogy javítson a munkáján és alakítsa azt át. Az SZRT korrekciós módszereinek és fogásainak a segítségével kell létrehozunk az ehhez szükséges feltételeket. Most tehát olyan eset került elénk, ami lehetőséget adott ennek ellenőrzésére egy szabálytalanul fejlődött kisgyermeknek befejezetlen – kialakulása, fejlődése végéig még nem jutott – TMSZ-én. Elképzeléseink szerint az SZRT alkalmazása ez esetben reális dolog volt, mivel egy fejlődésben lévő szervezettel volt dolgunk olyankor, amikor még nem késő kijavítani és véglegesre formálni azt, ami nem lett befejezve a méhen belüli fejlődés időszakában.

A. A.-nál hetente egy kezelést alkalmaztunk. Apránként kezdtük kiegyenesíteni lábfejeit, szabályos helyzetbe tenni a bennük lévő elemeket (lábfejrészeket) és korrigálni a hátgerincet. Közben, természetesen, nem feledkeztünk el az izmokról: aktivizáltuk az ezekben zajló vérkeringést és likvidáltuk a bennük észlelt pangó jelenségeket. Annak ellenére, hogy csecsemőkorú gyermekkel volt dolgunk, puha szöveteiben már elkezdődött a szabálytalan anyagcseréből származó termékek felgyülemzése azért, mert az eldeformálódott testben már rendellenessé vált az innerváció, a vérkeringés és a mikrocirkuláció. Amikor a nyakcsigolyák elfoglalták szabályos helyzetüket, akkor eltűnt a szem bandzsasága, és sikerült elkapnunk a csöppség értelmes tekintetét, amiből megértettük, hogy az agya normálisan működik.

Öt kezelés után A. A.-nál sikerült elérni a megfelelő testsúlyt. Kis teste megerősödött, orcái rózsaszínűek lettek. Kezecskeivel kezdett aktívan nyújtózni a játékok után és jól mozgatta a lábcskáit. Most már meggyőződünk arról, hogy a TMSZ-IR nincs megsérülve, és csak ekkor mondtuk meg az anyjának, hogy a fia – valószínűleg nem lesz labdarúgó, de – fog járni. Törekedtünk arra, hogy a csípőízületeket minél gyorsabban a helyükre tegyük, mivel eljött az az idő, amikor a kicsinek már ülnie kellett volna. Jó, hogy izmai gyengesége miatt nem ült fel, de megtehetette volna, mert már 6 hónapos volt. Ha felült volna azokkal a rendellenességekkel, amik testét eldeformálták, az nagyon megnehezítette volna a munkánkat. Így viszont 8 hónapos korában ült fel; akkor, amikor a csípőízületek, a hátgerinc és a hátizmok már megerősödtek és szabályos anatómiai helyzetbe kerültek. A kis csöppség TMSZ-ét 11 hónapos koráig korrigáltuk. Ekkor páciensünk fel tudott már állni normálissá vált, általunk megjavított lábfejeire és elkezdett járni, mint minden hozzá hasonló korú kisgyermek.

Ily módon sikerült – 25 kezelés alatt – teljesen helyreállítani a kisgyermek veleszületetten deformált TMSZ-ét. Mi azt mondtuk, hogy A. A nem lesz labdarúgó, de tévedtünk. A kisfiú most 10 éves, sportol, és pont futballozik. A. erős, fizikailag jól fejlett kisfiú, akinél nincs semmilyen eltérés a TMSZ-ben. Erről a ritka esetről újságcikk jelent meg a helyi sajtóban, a Veszprémi Napló 1995. február 18-ai számában. Ez után az eset után egész Magyarországról seregnyi anya jött hozzánk hasonló gyermekekkel. Az ilyen gyermekek sikeres rehabilitációjáról az állami televízió riportot készített és mutatott be.

14. Veleszületett lábszárferdeség

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: T. K., 1980.

Szakma: egyetemi hallgató.

Tartózkodási hely: Szlovákia.

Megfigyelési időszak: 2004.

Panaszok. Éles, veleszületett lábszárferdeség, erős térdfájdalmak, rendellenes járás, amik miatt K. nem tud sokáig talpon maradni.

Gyógyítás orvosi intézetekben. Nemegyszer kezelték bent fekvő betegként is és bejáró betegként is. Alkalmaztak nála masszázst, fizioterápiát, gyógytornát; küldték több különböző termálfürdőbe, amikből nagyon sok van Magyarországon.

Primer SZRT-diagnosztika. A lábak kerékalakban vannak kifordulva. A szalagok elmeszesedtek és olyan feszesek, mint a szakadásra kész, elpattanás előtti húrok. Emiatt a térdek erősen eltolódtak, rosszul esik a járás, hamar elfárad; járása ingadozó; erre odafigyelnek a környező emberek, amitől lelkileg szenved a fiatal lány. A lábak – teljes hosszuk mentén – nagyon soványak, kiszáradtak, erőtleneek. A gerinc ferde: 1. fokozatú scoliosis áll fenn. A medence el van tolódva, és a csípőízületek patológiásan elcsavarodtak. A térdek – nagy szögben – elfordultak már a függőleges tengely körül.

Rehabilitáció. A TMSZ korrigálása a csípőízületeknél és a medencénél kezdődött. Két SZRT-kezelés után a csípőízületek anatómiailag szabályos helyzetbe kerültek, aminek hatására rögtön csökkent a szalagok feszítettsége, csökkent a fájdalom is, és a járás stabilabb lett. A lány életében először érezte, hogy a most – általunk – alkalmazott módszerek valóban segítenek rajta, és kezdett rendszeresen – hetente egyszer – járni rendelőnkbe, annak ellenére, hogy emiatt más országból kellett ideutaznia. Öt kezelés után a gerince egyenes lett, a medence eltolódása likvidálva lett. A 12. kezelés után az alsó lábszárcsontok 50%-ig kiegyenesedtek, megszűnt a térdfájás, járása – akárcsak másoknál – közönségesse vált, megszűnt a lábak elfáradása. K. külön ellenőrizte lábai állóképességét: most elfáradás nélkül képes megtenni 10 km-t.

Jelenleg havonta egyszer jön el hozzánk, és lábai (egyik kezelésről a másikra) egyre jobban kiegyenesednek.

15. 13 éves gyermek 3. fokozatú scoliosisa

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: M. Sz., 1976.

Szakma: 6. osztályos tanuló.

Tartózkodási hely: Ukrajna, Harkov.

Megfigyelési időszak: 1989–2004.

Panaszok. Az egész TMSZ-nél súlyos deformáció áll fenn: harmadfokú scoliosis (oldalirányú gerincferdülés), szívfájdalmak, fokozott szívveréssel járó rohamok, fejfájás, gyengeség, az egész testre kiterjedő mozgásnehezség, étvágytalanság.

Gyógyítás orvosi intézetekben. Ambuláns betegként lett kivizsgálva és gyógyítva. Eljárt masszázskúrákra és manuálterápiás kezelésekre. Az orvosok azon erősködtek, hogy a kisleányt adják be a scoliosisos gyerekek részére létesített szakosított internátusba (bentlakásos intézetbe), és javasolták, hogy állandóan viseljen fűzőt. A szülők mindezt visszautasították, mivel úgy tájékoztak, hogy az ilyen gyógyítás csekély hatékonyságú.

Primer SZRT-diagnosztika. Sz. testének minden izma kötőmórszerű volt. Csontjai viszont ennek ellenkezőjét tanúsították: gyengék, szárazak és vékonyak voltak. A gerinc S-alakú elgörbülése mellett a TMSZ összes többi eleménél kaotikus eltolódást lehetett megfigyelni: az egyes bordáknál és az egész mellkasnál összességében; továbbá a lapockáknál, a kulcscsontoknál, a vállízületnél, a medencénél, a csípőízületeknél és a térdízületeknél. A kisleány különösen sovány volt, főként a kezei és a lábai. Emellett a gyermek sápadt volt, és szemei körül sötét karikák húzódtak. Kérdezősködésünk nyomán tisztázódott, hogy M. Sz. már kora gyermekkorától kezdve vesebetegségben szenved, és állandóan teljesen sótlan diétára van beállítva.

Rehabilitáció. Ha az életből teljesen hiányzik a só, akkor az mindig anyagcserezavarokhoz és az izomszövet organikus átalakulásához (elfajulásához) vezet. Sz. egész teste organikusan elváltozott, egymással összenőtt izmokból álló tömör, kemény, de vékony izomtasakokból állt. Az egész test egyetlen sűrű hiperstruktúrát alkotott, ami kívülről is és belül is kemény volt (azaz a valamikor puha izmok és szövetek ilyenek lettek egész terjedelmükben). Miután a vesék megbetegedése és a sótól való tartózkodás nagyon korai életkorban történt, ezzel egyidejűleg a TMSZ torzulása is elkezdődött.

A megkeményedett izmok kezdték akadályozni a vérkeringést és a beidegést az érintett és a velük szomszédos elemekben, többek között az ezen izmokkal szomszédos csontokban is. A csontok kezdtek szenvedni a tápanyagok hiányától és ezért váltak gyengévé és vékonyá. Emellett a kemény izmok fékeztek a csontok fejlődését. Ez a jelenség fölerősödött, amikor üledékes hiperstruktúrák kezdtek képződni, amikor az egyedül álló izmok kezdtek egyesülni és az üledékes zárványok kezdték őket összeragasztani. Ezáltal közös, kemény páncél jött létre, ami a növekvő csontokat a szabad mozgáshatáron belül eltolta.

A csontok eltolódása viszont a velük kapcsolatban álló izomzatnál állandó tónuselváltozást hozott létre, ami – miként ismert – adaptációs folyamatot indított el, és az ilyen izmoknál az izomszövet még súlyosabb destrukciójának további rögzüléséhez vezetett. A patológiás elváltozások minden évben tovább növekedtek a fennálló anyagcserezavar miatt is (a sóhiány miatt is), és a pozitív visszacsatolás miatt is, ami tovább erősítette a beindult szisztémás destrukciót. Elmagyaráztuk a szülőknek, hogy a teljes sóelvonás csak a betegség súlyosabbá válásánál hasznos, és krónikus lefolyása esetén egy kevés só mégis kell fogyasztani.

A rehabilitáció egy évig tartott és az izomszövet fokozatos helyreállításával kezdődött. Az ART nyomás segítségével eltávolítottuk az üledékes zárványokat és az egész testben aktivizáltuk a vérkeringést. Az izmok – idővel – puhábbak lettek, és már áttérhettünk a csontszövet aktivizálására is. Amikor az izmokban helyreállt a vérkeringés, akkor megszűntek a fejfájások és a szívfájdalmak. A csontok megerősödtek, a csigolyák mérete normálissá vált, a csigolyák tömörek és egészségesek lettek, mivel a csontszövet anyagcseréje szabályos lett. Amikor pedig elkezdtük fokozatosan egyenes tartásba hozni a gerincet, főképpen, amikor a nyaki gerincszakaszt kezdtük kiegyenesíteni, akkor megszűnt a szapora szívverés is. Sz. arca felélénkült és a bőre rózsaszínű lett. Az első fél év alatt 10 kg-ot hízott. Egy év múlva a gyerek egészséges lett.

Lehetőségünk van arra, hogy gyakran lássuk. Alakja most szabályos, és veséi régóta nem nyugtalanítják már. Azt gondoljuk, hogy a közös vérkeringés és a beidegzés normalizálása (ami a TMSZ szabályos anatómiai státusza helyreállításának a következménye volt) kedvező hatást gyakorolt a vesék működésére is, és mi ebben a kérdésben is segítettünk neki.

Magyarázatok. Mi történt volna akkor, ha Sz.-t beadják egy internátusba és fűzöt adnak rá? Legjobb esetben csupán annyi, hogy a gerinc állapota stabilizálódott volna, és 3. fokú scoliosisa továbbra is megmaradt volna. Az is lehet azonban, hogy deformációja még tovább erősödött volna. A scoliosis lényeges regresszióját (visszaszorítását), azt, amit megvalósítottunk, csak a mi SZRT-tchnológiánkkal lehet elérni. A gyógyító testedzés, amiben annyira bíznak a mai modern ortopédusok és csigolya-ideggyógyászok (akár szakosított internátusban, akár azon kívül történik), a szisztémás destruktív folyamatnak csupán kezdeti szakaszában segít; akkor, amikor az izmok a vérkeringésre vonatkozóan még nem fékeződtek le (nem blokkolódtak le), és még nem alakultak át üledékes struktúrákká.

Tapasztalatunk lehetővé tette olyan következtetés levonását, hogy a testedzés a megelőzés terén mutatkozik hatékony eszköznél az egészséges és a destruktív kezdeti szakaszában lévő emberek részére. Ha azonban a destruktív súlyos, akkor gyógyító eszközből ennek ellenkezőjévé válik. Megmagyarázzuk ezt egy egyszerű példán.

Gyors folyású, tiszta folyóban a szennyeződés nem telepszik meg. Ha le is rakódott vékony iszapréteg formájában, akkor a vízfolyás gyorsításával az iszap gyorsan kimosódik, és a folyó kitisztulhat. Ha viszont a folyó annyira eliszaposodott, hogy álló mocsárrá változott, akkor már semmilyen áramlás nem képes elhordani a szemetet, mivel alkotóelemei már összeragadtak, összefonódtak, és – mint a láncszemek – összekapcsolódtak egymással egyetlen egésszé, ami fizikailag már nem képes továbbjutni a folyó mederében. Ezt a szemetet, ilyen esetben, speciális szétbontó (dezintegráló / alkotóit egymástól elválasztó) eljárással kell olyan apró részekre szétválasztani, amelyek mindegyikét a vízfolyás már képes kihordani. A fizikai gyakorlatoknál is pontosan ez a helyzet áll fenn: még a fokozott mértékű véráramlás sem képes kimosni az izmokban az üledékes zárványokat külső mechanikai beavatkozás, az ART által létrehozott nyomás nélkül.

Tudjuk, hogy a leblokkolódott, összeragadt izom nem képes telítődni, felduzzadni; izomtömege nem képes megnagyobbodni. Ilyen módon nem lehet elérni izomerősítő hatást. A fokozott edzések ellenkező hatáshoz vezetnek: állandó pangó jelenségekhez és vizenyősségekhez, amik keményebbé változtatják az izmokat. Tévedés azt gondolni, hogy ezzel izomerősödést értek el, vagy azt gondolni, hogy az ilyen izmok sokasága jó izomfűző (jó izomkorzett). No de a GYT-t alkalmazó orvosoknak és instruktoroknak ismerniük kell azt az elemi igazságot, hogy az egészséges, teljes értékű izomnak csak ösz-

szehúzott állapotban kell keménynek lennie, laza állapotban pedig egészen puha kell hogy legyen. Pont ennek segítségével lehet tesztelni az izmokat arra nézve, hogy van-e vagy nincs bennük organikus elváltozás. A ferde gerincű gyermekeknél az egész „izomfűző” állandóan áthatolhatatlanul kemény. Az ilyen izmok keménysége nem az izmok egészséges állapotának az eredménye, hanem a TMSZ adaptációjának, a nem-anatómiai terhelésekhez való illeszkedésének az eredménye. A szervezet ilyen módon – az izmokból álló „fűző” organikus fixálásával – tartja vissza a csontvázat a további deformálódástól. Az egyre erősebb, szinte éjjel-nappal folytatott GYT foglalkozások (az orvosok ezeket szó szerint így ajánlják és ezeket a – minél gyorsabban gyógyulni vágyó – gyermekek éppen így hajtják végre) gyakran pont a kívánttal ellentétes eredményre vezetnek: csak fokozzák a gerinc ferdeségét.

16. Sportolók többszörös csigolyaközi porckorongsérvei

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: Sz. D., 1925.

Szakma: sportoló, karatés.

Tartózkodási helye: Oroszország, Moszkva.

Megfigyelési időszak: 1995–1998.

Panaszok. Erős szédülési rohamok és hányingerrohamok, gyengeség, rendkívüli fáradtság, gyomor- és májfájdalmak, hátfájás.

Gyógyítás orvosi intézetekben. Rögtön a sportvetélkedők után került kórházba erős szédülés miatt. Sokáig volt infúzió; állapota ekkor stabilizálódott. A kórházból megszökött azért, mert nem akarta elmulasztani soron következő sportversenyét, és hogy „ne vezesse félre, ne csapja be az edzőjét”. Ezen fellépése alatt rettenetes szédülés kezdődött nála; mentőt kellett hívni, és D. ismét ugyanabba a kórházi ágyba került. CT-vizsgálatra került sor, ami a gerincoszlop nyaktáji szakaszán két sérvet mutatott ki, mellkasi szakaszán pedig – a lapockák között – egy sérvet. Kórházi bent fekvő betegként gyógyító kurzuson vett részt, majd – bizonyos mértékű jobbulás után – ki lett írva a kórházból. Azonban a sporttal többé már nem tudott foglalkozni. A továbbiak során ambuláns betegként kezelték, manuálterápiás kurzusra járt, aminek végén állapota hirtelen rosszabb lett.

Primer SZRT-diagnosztika. Sz. D.-nek sápadt, kínoktól gyötört arca volt; szemei alatt sötét karikák húzódtak; járása bizonytalanná vált. A csigolyák csontos kinövései (tövisnyúlványai) szárazak, egészen kicsik, gyengék és vékonyak voltak és a különböző síkokban helyükről eltolódtak. A hátgerinc egésze erős instabilitást mutatott. Nem volt szabad hozzáérni a nyakcsigolyáihoz, mert akkor erős szédülés kezdődött nála. D. összes izma organikusán átalakult, kötőmőrré vált.

Rehabilitáció. Az első két SZRT-kezelésen ülve kezeltük, és ez rövid ideig – mindegyik 5 percre – tartott. Ugyanis bármilyen beavatkozás nyomán azonnal szédülni kezdett, gyöngeség lépett fel nála, vérnyomása megemelkedett, és ilyenkor D.-nek bizonyos ideig fekdülnie kellett anélkül, hogy közben felkelt volna. Az üledékes zárványok eltávolításának és a hiperstruktúrák szétbontásának (dezintegrálásának) mértéke szerint az egész testben fokozatosan helyreállt a normális vérkeringés, ami rögtön megmutatkozott az izmok és a csontok állapotán. Az 5. kezelés után lényegesen jobb állapotba kerültek a csigolyák, és az izmok elvesztették merevségüket. A TMSZ-elemek összes eltolódását sikerült fokozatosan likvidálni (ezek okozták a gerincsérveket). Eltűnt az in-

stabilitás és megszűnt a szédülés. A hetenként egyszer (összesen 15 alkalommal) végzett kezelés hatására D. már egészségesnek tartotta magát, és még a gyomorban, a májban és a hátában korábban érzett fájdalmai is nyomtalanul eltűntek.

Kategorikusan megtiltottuk neki, hogy karatéval foglalkozzon, és ő tartotta magát ajánlásainkhoz. Még 3 éven át megfigyelés alatt tartottuk, állapotát ellenőriztük, ugyanis – ez idő alatt – teste tovább növekedett, és 5 cm-rel magasabb lett. Gerince – ez idő alatt – továbbra is stabilan jó maradt, panaszok nem léptek fel.

Magyarázatok. Voltak már hasonló eseteink olyan sportolókkal, akik szintén karatéztak vagy a küzdősportok valamelyik másik fajtáját űzték.

Mindegyiküknél a TMSZ szabályos anatómiai státuszától való durva eltérés állt fenn. Az SZRT segítségével végzett helyreállítás után közülük sokan ismét visszatértek az edzéshez, mivel sikerült gyakorlatilag egészséges állapotba hozni őket. Némelyiküknek azonban olyan súlyos rendellenességei voltak, hogy kategorikusan megtiltottuk nekik a sportolást. Emiatt aztán gyakran kellett olyan választ hallanunk: „nem tudok élni karate nélkül”. Az ilyen betegek nem jöttek el az ellenőrző kezelésekre és nem tartották be ajánlásainkat. Az ilyen meggondolatlanság az egyik sportolónál végül is gerincoperációhoz és mankós rokkantsághoz vezetett, a másikon pedig tolókcsis rokkantsághoz.

Gyakran találkozunk saját egészségük iránti könnyelmű magatartással pácienseinknél. Világos, hogy ennek magyarázatául szolgál az a tény, hogy súlyos sérüléseiktől könnyen megszabadultak az SZRT-módszerek segítségével. Az emberek valamiért magabiztosan azt gondolják: ha évek óta kínzó fájdalmaiktól ilyen gyorsan megszabadították őket, akkor nem volt komoly a patológiás betegségük, és ők újra terhelhetik magukat. Sokan a helyreállítási folyamat alatt is tovább sportolnak vagy nehéz fizikai munkát végeznek, holott számukra ez kategorikusan meg lett tiltva. Mi törekszünk pácienseinkben tudatosítani, hogy a TMSZ-ük szöveteinél és elemeinél bekövetkezett zavarok ugyan valóban visszafordíthatók, de a helyreállítás lassan és szakaszonként történik. És ha néhány SZRT-kezelés után a fájdalmak hirtelen el is tűnnek, ez még nem jelenti azt, hogy a TMSZ elemei a korábbiaknál erősebbé váltak egy óra alatt. A valóságban ugyanis a szisztémás destrukciótól meggyöngyült elemek teljes helyreállítása csak több hónap után következik be. Az olyan súlyos sérülések esetében, mint amilyenek a csigolyaközi porckorongok sérvei (vagy a gerincoszlop általános instabilitása), örökre abba kell hagyni a nehéz fizikai munkát. Emellett illik teljesíteni a megengedett fizikai aktivitásra, az életmód és a táplálkozás kérdéseire vonatkozó ajánlásainkat! Kíváncsiak vagyunk az ellenőrző, állapotfenntartó kezelésekre. Ideális változatnak tekinthető, ha az anatómiai státuszt maximálisan közelítjük a szabályos – etalon – státuszhoz; ez azonban a nagyon súlyos patológiás betegséggel küszködő felnőtt embernél csak a rendszeres SZRT-kezeléseket követő egy év eltelte után lehetséges.

Azoknak az olvasóknak az érdekében, akik a TMSZ szisztémás destrukcióját taglaló elméletünkben nem kívánnak részletesen elmélyülni (jóllehet, éppen ennek a destrukciónak a likvidálására dolgoztuk ki egyedülálló – unikumnak tekintendő – metodikánkat, az SZRT-t), továbbá azoknak az olvasóinknak az érdekében, akiknek ebből a könyvből csupán a gyakorlati rész érdekes, az alábbiakban közöljük ezen utolsó mondat bizonyos magyarázatát. Ha egy új automobilt minőségileg jól gyártottak, akkor senkiben sem támad kétely az iránt, hogy ez jobb a régi gépnél. Miért? Mert a használója által támasztott igényeket ez elégíti ki legteltesebben, és ez felel meg leginkább a saját etalon-jellemzőinek. A kopás mértékében azonban a kívánt paraméterekhez képest

eltérések lépnek fel, és emiatt a gépkocsinál problémák keletkeznek. Mindegyik gépkocsi-tulajdonos arra törekszik, hogy lehetőleg idejében kiküszöböljön minden hibát és ne halassa el a javítást a „majd az utánra”, mivel tudja, hogy már egy rendellenesség is más hibák egész sorát vonhatja maga után; és ez feltétlenül bekövetkezik, ha nem ma, akkor holnap. Egyetlen járművezető sem elégszik meg csupán azzal, hogy a jármű ma még gurul, hiszen ez nem jelenti azt, hogy a gépkocsi teljesen kifogástalan állapotban van. A mai kifogástalan állapot nem jelent garanciát a holnapra, még új gépjárműnél sem, még kevésbé egy használatban lévő járműnél. Ezért minden járműtulajdonos állandóan ellenőrzi gépjárműve állapotát és ápolja az autóját. Az ember TMSZ-e ugyan ilyen mechanikai gépezet. A gépkocsi-tulajdonosoknak legalább lehetőségük van arra, hogy főjavításba adják a járműüket és kicserélhessék – majdhogynem – az összes alkatrészét új alkatrészekkel. Végül pedig új gépet is vásárolhatnak. Mi azonban a testünket nem cserélhetjük le, jöllehet, némelyikünk ezt nem használja – nem óvja – olyan jól, mint a gépkocsiját. És, amiként a járműnél bekövetkezett bármilyen törés nagy és általános rendellenességről tanúskodhat, ugyanúgy az embernél is érvényes a mondás, ami szerint „nincsen füst tűz nélkül”. A ma motorhibásnak mutató gépkocsival holnap egyetlen komoly járművezető sem indul el hosszú túrára. Előbb jól átvizsgálja azt és megjavítja. Az emberek azonban, nem tudni, milyen oknál fogva, meg sem engedik maguknak azt a gondolatot, hogy a TMSZ-ük esetleg már alaposan elhasználódott, elkopott. Így viselkednek például olyankor, amikor csigolyaközi porckorongsérvet fedeznek fel náluk, vagy – általában – olyankor, amikor valami megbetegedett; pláne, ha az régóta fáj.

Ebben a könyvben bizonyítást nyert, hogy a TMSZ-nek az etalonhoz képest bekövetkezett – bármilyen – eltérése, azaz a szabályos anatómiai státusztól való bármilyen eltérése rögtön beindítja a szisztémás destrukció patológiás folyamatát: az egész mozgatóapparátusnak, az egész szervrendszernek a tönkremenését. Mivel mi vagyunk azok, akik elsőként adtunk hangot ennek, magától értetődő, hogy az orvostudomány a mai napig nem rendelkezik a TMSZ egész rendszerének gyógyítására vonatkozó gyógyító módszerekkel és eszközökkel, hanem csak egy-egy eleme patológiás állapotának a konkrét megnyilvánulására vonatkozó gyógyító módszerekkel és eszközökkel. Az orvostudomány nem is állít maga elé olyan célt, hogy az egész test etalon állapotát visszaadja az embernek. Mi fedeztük fel azt is, hogy bárkinek a TMSZ-ében, élete bármelyik időszakában csupán egyetlenegy elem önmagában soha nem változhat el patológiásan (akkor sem, ha ez az eltérés egy véletlen trauma miatt lépett fel). Mégpedig azért nem, mert egész testünk általános destrukciójának folyamata kisebb vagy nagyobb mértékben már feltétlenül kibontakozott, hiszen elindítja ezt az – egyszerűen – biomechanikai gépezetünk „alkatrészeinek” életkorával együtt járó kopás is. Az SZRT technológiájának a kidolgozásával megtanultuk „visszagombolyítani” a szisztémás destrukció meneteit. Azzal, hogy a TMSZ szöveteire és elemeire speciális manuális fogások segítségével ráhatást gyakorolunk: a szervezésünk alá vonjuk az ember szervezetét és ennek irányító szervét, az agyat (testünk messze nem kellő mélységig tanulmányozott, unikális – a maga nemében egyedülálló – gazdáját), és ráirányítjuk a figyelmét a TMSZ rendszerében fellépett funkcionális és organikus elváltozások visszafordításának a folyamatára. Más szavakkal mondva: megtanultuk, hogyan kell teljes sebességnél, „a motor kikapcsolása nélkül” arra kényszeríteni a szervezetet, hogy regenerálja, megfiatalítsa elkopott „alkatrészeit”: azokat is, amelyek már „kidőlték a sorból”, és azokat is, amelyek még csak intő jelet adnak a romló állapotról. Az SZRT segítségével visszaforgatjuk az óra mu-

tatóját a test etalon állapotához. Ez olyankor is lehetséges, amikor az ember teste még soha nem volt etalon állapotban. Ugyanis az ember agyában élete kezdetétől élete végéig el van téve (őrizve van) TMSZ-ének etalonmodellje. És minden ember számára adott az a lehetőség, hogy az élet bármelyik szakaszában TMSZ-e állapotát lényegesen jobba tegye. Ezt tesszünk mi mindenkinek, függetlenül attól, hogy az illető milyen eltérés miatt fordult hozzánk. Ez a lehetőség minden páciensünk számára adott, és nem érdemes ezt lenézni, hanem gondolni kell rá; hiszen mindig jobb idejében elvégezni egy főjavítást, mint szorult helyzetben, „azonnal, most, rögtön” foltozni. És, miután megszabadultunk egy rendkívül súlyos patológiás betegségtől: nem érdemes TMSZ-ünket újból túlterhelni és ezt munkagéppé vagy sportgéppé változtatni.

17. A TMSZ szisztémás destrukciójának súlyos stádiuma idős embereknél

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: E. M., 1934.

Szakma: nyugdíjas hölgy.

Tartózkodási hely: Magyarország, Tatabánya.

Megfigyelési időszak: 2004.

Panaszok. Fáj a háta és a dereka tája; fájnak a vállai, a végtagjai; a lábszár- és boka-ízületei, a lábfeje ízületei. Különösen fájnak a vállai, ami miatt nem tud aludni, és ezért testhelyzetét gyakran kell változtatnia. Karjait csak 30 foknyira tudja felemelni, előredőlni nem képes. A kézfej inai durván összehúzódtak, és a tenyerein borsószem nagyságú csomók dudorodtak ki. Az inak annyira összehúzódtak, hogy a hölgy képtelen megtartani a kanalat; külső segítség nélkül enni sem tud, a rokonok etetik. Állandóan úgy érzi, hogy gyenge és el van fáradva.

Gyógyítás orvosi intézetekben. Az orvosok a következő diagnózisokat állították fel: lumbágó, artrózis (ízületi kopás), osteoporosis (csontritkulás). Kézfej-operációt javasolnak, hogy kimetszhessék a kis göböket és (széthúzhassák) kinyújthassák az inakat. Az ilyen operáció nagyon bonyolult. Nagyon hosszú lábadozási időre van szükség, ugyanis a kézfejeket – több hónapon át – fokozott erővel kell „kezelní” azért, hogy „ha lehetséges, akkor ismét képesek legyenek görbülni (behajolni)”. Ambuláns betegként kezelték; járt gyógyfürdőkbe; állandóan szedi a fájdalomcsillapító szereket, de még ezek sem képesek megbirkózni a fájdalommal.

Primer SZRT-diagnosztika. A páciensnő rendkívül sovány, kimerült, világosan érzékelhető rajta az idegrendszer gyengesége. Az izomzat tónusa lecsökkent, az izmok atrofizálódtak, elpuhultak, gyengék és vékonyak. Az inak, a szalagok, a csontok szintén elváltoztak organikusan: mintha szárazak és élettelenek lettek volna. Az ízületi csatlakozások ödémásak. A csigolyák csontos kinövései (tövisnyúlványai) elvékonyodtak; a gerinc merev, mozgékonyága erősen lecsökkent. A TMSZ szisztémás destrukciójának súlyos fokozata áll fenn.

Magyarázatok. Ha figyelmen kívül hagyjuk a kézfej inainál fennálló specifikus (kis csomócskák formájában látható) elváltozásokat, akkor a TMSZ (életkorral együtt járó) elváltozásainak tipikus esetével van dolgunk. A degeneratív-disztrófiás elváltozások a TMSZ valamennyi lánctagjánál megfigyelhetők voltak; az izmok öregkori atrofíája és a csontok osteoporosisa is tipikus volt. Az orvosokat különösebben soha nem izgatják az ilyenkor észlelt ízületi fájdalmak, az ízületi csatlakozásoknak a merevsége, a gerincben jelentkező fájdalmak; de maguk az öregek is megadóan, beletörődve viselik az ilyen fáj-

dalmakat. Nem nagyon valószínű, hogy a páciensnő egyáltalán valaha is eljutott volna hozzánk, ha a kezénél nem lépett volna fel ez a durva görcsbe szorultság, ami megakadályozta, hogy ellássa önmagát. Ez egyre súlyosabban terhelte a rokonokat, akik emiatt kezdtek lépéseket tenni. A kor előrehaladtával erősen csökken a fizikai aktivitás, a csontokra és az izmokra eső terhelés. Lelassul bennük a vérkeringés. Ez a lassulás még inkább felerősödik a vérkeringést kísérő véredényrendszeri megbetegedésektől. Ha pedig ilyen állapotban a súlyosabb betegségek arra kényszerítik az idős embereket, hogy sokat feküdjenek az ágyban, akkor az izomtónus állandóan petyhüdt lesz, és az izomzatnál hipotónus (csökkent mértékű izomfeszesség) alakul ki. Természetes, hogy az izmok nem fognak sokáig ilyen állapotban maradni, mivel a TMSZ-IR a hipotónust átvezeti organikus elfajulásba az izomrostok egy részének átalakításával (atrofizálásával, elsorvasztásával). Az izmok emiatt vékonyá, puhává és petyhüdtté válnak. Az ilyen izmokban lelassul a szövetekben zajló anyagcsere, pangási tünetek lépnek fel; egyre több folyékony lerakódási zárvány jön létre (halmozódik fel). Ez aztán még tovább fékezi a vérkeringést nemcsak az elsorvasztott izmokban, hanem egyéb szomszédos szövetekben is.

A degeneratív-disztrófiás elváltozások folyamata kezd terjeszkedni, amit egy olyan folyó eliszaposodásához lehet hasonlítani, amelyiknél, egy sor ok miatt, az áramlás nem tud megbirkózni a folyóba került szeméttel. A folyóban zátonyok keletkeznek és part menti öblök, amikben állóvíz alakul ki. Ha ezt a kis folyót nem tisztítják meg, akkor ez néhány év múlva átalakul poshadó állóvízű mocsárrá. Valami ehhez hasonló jelenség zajlik a szövetekben is akkor, amikor jelentősen lecsökken bennük a véráramlás; időseknél pedig az egész testben fellép a véráramlás-csökkenés. Ennek következtében az egész test egy patológiás zónává változik, majd átalakul egy közös (lerakódási) üledékes hiperstruktúrává. Ebben – éppen úgy, mint a mocsárban – egyre nagyobb mértékű pangás lép fel, és a szervezet szöveiben mindenféle elváltozások jönnek létre. A fejlett izomszövet-atrófia esetében konkrétan a csontokban:

- megsérül a csontszövet természetes regenerálódási folyamata;
- a csontszövet ön-helyreállítási sebességei kezdenek lemaradni a természetes önpusztulásnak a sebességétől;
- bekövetkezik a kalcium, a víz és más elemek elvesztése; a csontok élettelenné, törekennyé válnak.

Jellemző, hogy az élelemmel és a gyógykészítményekkel bevitt kalcium fokozott mértékű fogyasztása sem hozza meg a kívánt hatást, mert a csontok makacsul elállnak a kalcium felvételének. Sokféle elmélet létezik, ami az osteoporosis (a csonttrikulás) keletkezését tárgyalja, azonban egyetlen hatékony módszer sincs a gyógyítására.

Rehabilitáció. A páciensnő TMSZ-ének helyreállítása a szokásos módon történt. A három kezelés alatt alkalmazott ART nyomás szó szerint újjáélesztette a test összes izmát. Felszívódtak a folyékony üledékes zárványok, az izomzat rugalmas lett, a bőr megszűnt vékony és száraz lenni, elkezdődött a ráncok eltűnése előbb a testen, később pedig az arcon. Megszűnt az arcizmok „lógása”, mivel kisimultak ezek az izmok. Fokozatosan szabályos körvonalat öltöttek az orcák és az áll, a szemek pedig ragyogni kezdtek. Elmondtuk a páciensünknek, hogy izomsorvadás és csonttrikulás miatt milyen ételeket kell fogyasztania. Javasoltuk, hogy fogyasszon csontlevest, húslevest és halászlét (azelőtt 30 éven keresztül fegyelmezett vegetáriánus volt E. M.). Amikor izmai helyreálltak, és az ízületei megerősödtek (7 kezelés után), akkor megszüntettük a mellkas, a medence, a vállövcsontok és a karok eltolódásait. Ennek hatására a (korábbi durva

csonteltolódások miatt) patológiásan feszes inak szabályos anatómiai helyzetbe kerültek, és a tenyereken kidudorodó kis göböknek még az emlékei is eltűntek; a karokat újra szabadon lehetett felemelni. Ekkorra minden fájdalma megszűnt, és az idős asszony végre nyugalomra lelt és tudott aludni. Tíz kezelés után a csontsűrűségmérés (az osteodenzitometria: Magyarországon ezzel diagnosztizálják az osteoporosist) azt mutatta, hogy E. M.-nek sikerült ebből az öregkori betegségből kigyógyulnia. Kezeink azonban az említett mérés nélkül is érezték már, hogy a páciensnő csontváza nagyon megerősödött és egészségessé vált, mivel helyreállítottuk testében a szabályos vérkeringést. Ezzel mi automatikusan megjavítottuk nemcsak a TMSZ, hanem az egész szervezet minden szövetének állapotát is, ami mindig megfiatalít minden embert, azonban pont az idős embereknel látható legjobban. Természetes, hogy ezek után a nagymama nemcsak önállóan tudott bánni a kanállal, hanem – otthon – kezdett segíteni a rokonainak: ismét ő foglalkozott a virágok ápolásával, amikkel tele volt az egész udvar. Sőt, olyan ígéretet is tett, hogy számunkra nemesít egy új rózsafajtát, és azt Ukrajnának fogja nevezni.

18. Többszörös csigolyaközi sérvek

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: H. A. R., 1954.

Szakma: farmer.

Tartózkodási hely: Argentína, La-Plata.

Megfigyelési időszak: 2002.

Panaszok. Hátfájás. Eleinte csak terheléskor jelentkezett a fájdalom a hátában, később viszont ez állandó sajgó fájdalommal változott, ami mozgás közben még erősebb lett. Hamarosan előredőléskor váratlanul nagyon éles fájdalom hasított belé, ami után többé már nem tudott teljesen kiegyenesedni. H. A. most egyáltalán nem képes egyenesen állni. A gerince scoliosisos lett (elferdült), mozogni nem tud, köhögéskor és tüsszentéskor fájdalma még erősebbé válik. Az alsó végtagokban gyengeség észlelhető, jobb lábfeje béna. H. A. állandóan erős fájdalomcsillapítókkal él, de ez nem segíti abban, hogy növelje mozgásterjedelmét, és a fájdalmát sem tudja teljesen megszüntetni.

Gyógyítás orvosi intézetekben. H. A.-t kórházban gyógyították. CT-vel végzett vizsgálat során porckorong-kidülledést (protrusiót) állapítottak meg az L4-es és az L5-ös csigolyák között. Operációt javasoltak, amit páciensünk visszautasított, mivel a kórház ugyanazon részlegében olyan betegeket látott, akiknél hasonló operációk után nagyon súlyos következmények léptek fel. A fekvőbeteg-osztályon gyógyszeres gyógyításban részesült; fizioterápiás procedúrákon ment keresztül; kapott masszázst és manuálterápiás kezelést. Mindez azonban nem bizonyult hatékonynak: a mozgató funkció nem állt helyre, fájdalmai pedig továbbra is ugyanolyan erősek maradtak, mint amilyenek voltak korábban. H. A. nem tud egyedül, más segítségének igénybevétele nélkül mozogni; fájdalomcsillapító injekciókkal él. Ez a betegsége már hat hónapja tart. Mindehhez pótlólag társult még: a szív ritmusszabálytalansága (aritmiája) és a hipertónia, ami 190/100 Hgmm-es vérnyomást mutat.

Primer SZRT-diagnosztika. H. A.-t a rokonok hozták el rendelőnkbe. Jobb lába béna és behajlított állapotban van. Nincs deréktáji lordosis (gerinc-előredőlése), azonban megfigyelhető, hogy az izmok – egész testében – erősen vízenyősek. Az izmok részben

atrofizálódtak. Előredőlni nem tud az erős fájdalom miatt. Amikor dereka táján ujjunk hozzáért a gerincéhez, akkor éles fájdalom lépett fel, ami kisugárzott fájó lábába. A CT-felvételen (az L4–L5 csigolyák közötti porckorongsérven kívül) látható még két másik sérv is: az L2–L3 és az L5–S1 csigolyák között is. Ezek leírása azonban hiányzik, mivel kisebbek, mint a „fő” porckorongsérv, ami a gerinccsatorna belvilágának egyharmadáig benyomul és azt beszűkíti. A fentiek mellett megfigyelhető még a mellkas, a bordák, a medence és a csípőízületek eltolódása is.

Rehabilitáció. Az első SZRT-kezelésre ülő helyzetben került sor, mivel a beteg nem tudott feküdni. Elkezdtük az ödémák eltávolítását, és enyhén elfordítottuk a mellkast és a medencét a szabályos irányukba. H. A. ekkor rögtön kiegyenesítette behajlított lábát és kezdett rátámaszkodni; önállóan járni azonban egyelőre még nem tudott, jól lehet, fájdalmai majdnem eltűntek. Egy hét múlva eljött a rendelőbe a saját lábán. A második kezelés alkalmával már fekvő helyzetben folytattuk rajta a procedúrákat, és ennek során sikerült – a mellkas és a medence repozicionálásával – lényegesen csökkenteni a gerincet szétszakítani akaró szabálytalan terhelő erőket. Ez csak azok után vált lehetővé, hogy dezintegráltuk (elválasztottuk egymástól) az üledékes hiperstruktúrákat a háta és a dereka táján.

A neurológiai szimptomatika (az idegrendszeri kórjelző tünetegyüttes) súlyossága ellenére a páciens nagyon gyorsan felépült. A 7. kezelésen kijelentette, hogy egészségesnek érzi magát. A 9. kezelés után pedig nekiállt dolgozni, a gazdaságával kezdett foglalkozni. Szavai szerint a legfontosabb munkaszakaszokat képes volt gyalog bejárni és a szükséges rendelkezéseket meghozni. Kezdett elmélyülni farmjának problémáiban, amik iránt, erős fájdalmai miatt, eddig közömbös volt. Miután birtoka 2000 hektárra terjedt ki, ezt gépkocsival járta be mindennap, és a járművet már szabadon, saját maga tudta kezelni, jóllehet, az SZRT elvégzése előtt erre teljesen képtelen volt jobb lába gyengesége és bénultsága miatt.

A gerinc deréktáji szakaszának kezelésével egyidejűleg dolgoztunk a gerinc nyaktáji és mellkasi szakaszán is. Ebben az övezetben egybefüggő, nagy üledékes hiperstruktúrát fedeztünk fel, ami kiterjedt a nyakra, mindkét kézre és az egész vállövre. Nyilvánvaló, hogy ezen a részen is voltak sérvek, mivel a primer vizsgálódás alatt, amikor megpróbáltuk az ilyen gerincszakaszoknak a csigolyáit kitapintani, ez a művelet a jobb kézben éles izomgörcsöt váltott ki és a vérnyomás emelkedéséhez vezetett. Amikor ez a hiperstruktúra szétesett, akkor a vérnyomás normalizálódott és a szívritmus is helyreállt.

Magyarázatok. H. A.-nak az esete azért érdekes, mert TMSZ-állapota gyorsan javult, hiszen másfél hónap alatt nyomtalanul eltűntek az idegrendszer nagyon súlyos károsodásának szimptómái. Általános tapasztalatunk szerint Argentínában és más dél-amerikai államokban a páciensek, mondhatjuk, „villámgyorsan” felépültek. Ezt a jelenséget mi a (sűrűn lakott Európához képest ökológiailag) tiszta környezettel magyarázzuk. Pont ott volt néhány olyan esetünk, amikor bénaságból sikerült kigyógyítani a páciens. Egyik alkalommal ez történt egy fiatal indián nővel, aki egy hónapja teljesen mozdulatlanul feküdt. A másik eset egy 70 éves öregasszonnyal történt, akinek sikerült felállnia a toloszékből, amiben 10 évet töltött. Az ilyen eseteket nem emeljük ki és nem tárgyaljuk önálló példaként, nehogy a hasonló betegeket reménnyel kecssegtessük. Ugyanis nem volt elég időnk az ilyen betegek megfigyelésére, mert ez a mozgató funkciók helyreállításától nagyon távoli, jóval későbbi időt kíván. A legfőbb ok azonban az, hogy az ilyen tényeknek a megmagyarázásához nem rendelkezünk kellően megalapozott elmélettel. Mivel azonban ezek megtörténtek, ahhoz sincs jogunk, hogy az ilyen eseteket elhallgassuk.

19. A bordapúgyógyítás legnehezebb esete

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: K. N., 1965.

Szakma: eladó.

Tartózkodási hely: Ukrajna, Harkov.

Megfigyelési időszak: 1986–2004.

Panaszok. Legeslegsúlyosabb fokozatú scoliosis. Fájdalom a gerincben, a nyakban és az ágyékban. Gyengeség, fáradékonyság. Fejfájás, rendkívül nagyfokú ingerlékenység, álmatlanság, depresszió. A lány állandóan sír és panaszkodik a sorsra, ami őt nyomorék életre predesztinálta.

Gyógyítás orvosi intézetekben. N. egészségi állapota 11 éves koráig jó volt. Ezután viszont, amikor a szervezet rohamos gyorsasággal fejlődik, gerince néhány hónap alatt elferdült. A szülők rögtön elvitték orvoshoz. Harmadfokú scoliosist diagnosztizáltak nála. A szülők elzárkóztak attól, hogy a kislányt szakosított internátusba adják, mivel nagyon jómódúak (vagyonosak) voltak. Elkezdtek hát N.-t mindenféle – híres – specialista-hoz, a hivatalos orvostudomány neves képviselőihez is hordani, de a népi orvoslás (a természetgyógyászat) képviselőihez is. Elvitték G. A. Ilizárovhoz is és N. A. Kaszjánhoz is. Közben a betegség tovább progrediált, olyan erősen, hogy 2 év múlva már meg sem lehetett határozni a gerincferdülés fokát. Mivel a scoliosisnál a 4-es fokozat számít a legsúlyosabbnak, ezért azt lehet mondani, hogy a kislánynak már 4-es fokozatú scoliosis volt, amihez nem-tipikus, szörnyű sajátosságok társultak.

Primer SZRT-diagnosztika. N. vizsgálatkor számunkra rögtön világos lett, hogy sok – különféle ágazatra szakosodott – „szakember” foglalkozott vele, s ezek mindegyike a maga módján görbítgette N.-t. Az lett volna a legjobb, ha a szülők beadták volna őt egy internátusba, ahol ugyan soha nem jutnak el a patológiás folyamat visszaszorításához, de legalább senki nem vág öklével a fájó gerincbe. N. mellkasa annyira eldeformálódott, hogy jobb melle a bal oldali mell helyére került; bal melle pedig eltolódott a bal kar alatti hónaljmélyedésbe és ott „eltűnt”, teljesen elmosódott; azaz oly mértékben vált lapossá, hogy ott csupán a mellbimbó állt ki, mell viszont nem is létezett. A mellkas teljesen belapult és a normális helyzethez képest 90 fokra elfordult. Ily módon a gerinc is elcsavarodott 90 fokkal és a jobb oldal peremére került.

Emellett a test annyira sovány volt, hogy csontváznak tűnt, amihez a bőr hozzánőtt. Mindez együttvéve olyan benyomást keltett, olyan látványt nyújtott a testről, mintha ennek fekvő helyzetben lévő gazdáját előbb – valami nagy súllyal – szétlapították volna, majd, ezek után, talpra állították, hogy mellkasát a függőleges tengely körül jobbról balra elforgassák, aminek következtében a gerinc oldalra csavarodik, azaz a test a hátulról szemlélő felé fordul. Ez azonban még nem minden! Ugyanis a gerincnek volt néhány olyan görbülete (elferdülése) is, ami kígyóra emlékeztetett. Ez a kép azonban csak akkor vált láthatóvá, ha a gerincbe jobb oldalról néztek. Amikor járt a leány, akkor – hátulról nézve – úgy tűnt, hogy egy mellkas nélküli hátgerinc jár előttünk.

Hogyan tudott élni ez az ember ilyen deformitással? Kész csoda volt, hogy ez a lány képes volt még lélegezni. N. női ruha vagy kosztüm helyett bő és hosszú ruhában (parasztruhában) járt; még nyáron is bő mellényt viselt azért, hogy elrejtthesse teste rútságát. Sírva mondta el nekünk, hogy egyszer elhatározta, hogy elmegy egy diszkóba. Felfigyelt rá ott egy nagyon szép legény (arcát illetően N. maga is egy szépség volt), és felkérte őt táncolni. Amikor azonban N. hátára tette a kezét, akkor ezt rémülten visszarántotta, elsápadt, és azt mondta „Bocsásson meg, ki kell mennem dohányozni”. S ezzel

gyorsan kiment a teremből. N. életében ettől a pillanattól kezdődött el az idegzavar; azóta lép fel nála idegi alapon keletkező ingerlékenység; azóta törnek rá idegrohamok és azóta kínozza az álmatlanság.

Mi nem ígértünk és nem adtunk semmilyen garanciát N.-nek és szüleinek, hanem kezelésbe vettük őt azért, hogy (likvidáljuk legalább a minket megelőző gyógyítók munkájának a következményeit és legalább) a szokásos 4-es fokozatú scoliosisra hozzuk vissza az állapotát, mivel jelenlegi állapota életveszélyt jelentett. Sokat kockáztattunk, de nem volt más kiút.

Magyarázatok. Az ortopédiában a scoliosis gyógyíthatatlan betegségnek számít. Ezért a szakosított internátusokban a gyógyítás legjobb eredményének számít a deformálódás megállítása, stabilizálása. Ha 2-es fokozatú scoliosissal beadnak egy csecsemőt, és az – például – 2-es fokozatú scoliosissal hagyja el az intézményt a fejlődési periódus befejezésekor, akkor úgy számítják, hogy a gyógyítás elérte a célját. Sajnos nem sok ilyen eset fordul elő. A legtöbbször a deformálódás súlyosabbá válik, és a gyermekek stabil, 4-es fokozatú scoliosissal hagyják el az internátust, de nem a gyógyításnak köszönhetően, hanem azért, mert befejeződött a növekedési periódus. Ha viszont az állapot nem marad stabil, akkor az ilyen gyermekeken operációt hajtanak végre, ami alatt különböző gerincrögzítő szerkezeteket építenek be a testbe.

A szakosított – iskolai oktatást is biztosító – internátusokban a gyógyító tevékenység körébe tartozik:

- a gerinc tehermentesítése (a gyermekek a tanuláskor speciális priccsen fekszenek, azaz fekvé tanuló);
- azok az intézkedések, amik statikai korrigáló hatással járó, tehermentesítő elemeket egyesítenek (a gyermekek speciális – levehető – ortopédiai korzetteket, azaz ortopédiai fűzőket hordanak és a gerinc kiegyenesítésére szolgáló gipszágyacskákban alszanak);
- a speciális fizikai gyakorlatok [123].

Az internátusokban dolgozó orvosok pont a gyógytornához fűzik legfőbb reményeiket, mivel azt gondolják, hogy speciálisan kiválasztott gyakorlatokkal létrehozható a gyerekeknél egy „jó izomfűző” (ami saját izmaikból áll), és ez – állítólag – képes visszatartani a gerincet a további (a később jelentkező) deformálódástól.

A scoliosis különböző manuálterápiás technikák és fogások segítségével történő gyógyítására irányuló próbálkozásokat foganatosítottak azokban a korábbi – ma már távolinak számító – években is, amikor mi helyreállítottuk N.-t, és jelenleg is történnek ilyen próbálkozások. Az akadémiai orvostudomány képviselői ezek alkalmazását az 1-es és a 2-es fokozatú (1-es és 2-es stádiumban lévő) scoliosisra korlátozzák. Ugyanakkor sok, úgynevezett csontjavító, azaz csontkovács – akik között orvosi képzettséggel rendelkező emberek is vannak – vállalkozik mindenféle elferdülés / elgörbülés gyógyítására, köztük a kifejezett bordapúpokkal kísért, súlyos stádiumban lévő scoliosisok gyógyítására is. Elvileg azonban ezt a deformációt nem képesek likvidálni sem a scoliosis gyógyítására irányuló hivatalos módszerek, sem egyetlen ma létező manuálterápiás technika. Ugyanis nem képesek likvidálni a TMSZ elemeinek többségénél bekövetkezett organikus elváltozások teljes halmazát; azokat, amelyek scoliosis esetén az ilyen elemekben keletkeztek. Ezenkívül az ilyen próbálkozások gyakorlata – kimerítően és részletesen – demonstrálja azt, hogy sem az orvosok, sem a csontgyógyítók egyáltalán nem értik annak a problémának a lényegét, aminek a megoldására vállalkoznak, amit azonban sohasem fognak tudni megoldani. Bebizonyítjuk ezt.

Tulajdonképpen mit testesít meg, mit képvisel maga a scoliosis, függetlenül attól, hogy milyen típusú és mi az oka a képződésének? Nem más, mint a szisztémás destrukciónak a súlyos stádiuma az egész TMSZ-ben. Miként a TMSZ bármilyen más patológiás folyamata: ez is szisztémás jellegű, és nemcsak a hátgerinc patológiás elváltozását jelenti. Mivel a szisztémás destrukció elméletét mi fedeztük fel, és mi dolgoztuk ki visszafordításának a módszereit, természetes, hogy rajtunk kívül senki más nem tudja likvidálni a scoliosisos deformációt sem a gyermekeknél, sem a felnőtteknél. Pont mi vagyunk azok, akik elsőként tanultuk meg likvidálni a bordapúpokat a 4-es fokozatú scoliosisnál. Az egész világ gyakorlati eredményeit figyelembe véve sem találni ilyen eredményeket. Néha sikerül teljesen kiegyenesítenünk az embert (a legtöbbször ezek gyermekek, akik még a növekedés, a fejlődés stádiumában vannak). Néha megmarad némelyikükön kisebb eltérés, amit (amiket) csak a szakemberek „látnak” és a környezők nem vesznek észre. Ezek rendszerint olyan nyomorékok, akiknek a betegségét előttünk más specialisták próbálták megszüntetni.

No de térjünk vissza a SZD-elmülethez és alkalmazzuk azt a scoliosisos deformáció fejlődésének a leírására. Nemegyszer tettünk már említést arról (az előző példákban is és a könyv elméleti részében is), hogy a TMSZ legfőbb szisztémás célja az, hogy fentartsa az ember térbeli stabilitását minimális energiafelhasználással. A stabilitás elérése szempontjából a TMSZ minden egyes eleme és valamennyi lánctagja (köztük a gerinc is) egyszerű közkatonának (egymással azonos értékű egységnek) számít. Miként már említettük: az etalontól való bármilyen eltérés felborítja a terhelő erők egyensúlyát a TMSZ-ben, és ez a stabilitás elvesztéséhez vezethet. Bármilyen esetről legyen szó: a TMSZ-IR izomtónus-elváltoztatással alkalmazkodik a terhelő erők elváltozásához (ez a szisztémás válasz). Ilyenkor léphetnek fel a TMSZ más elemeinél a szabályos anatómiai helyzettől való kompenzáló eltérések. Ez viszont maga után vonja más izmokban is a tónuselváltozást: azokban, amik részt vesznek a szisztémás válaszban. Ennek hatására aztán a patológiás folyamat kiterjed az egész TMSZ-re.

Ez a patológiás folyamat kezdetben a váz azon csontelemeinek az eltolódását tartalmazza, amik eltolódnak anatómiailag szabályos helyükről; tartalmazza továbbá a hozzájuk kapcsolódó izmok tónuselváltozásait is. Egy idő múlva aztán, ha ezek az eltolódások nem küszöbölödtek ki, akkor, a szervezet energiájával való takarékoskodás céljából, az izmok tónuselváltozása áttér az ilyen izmok organikus átalakítására (elkorcsoztására); vagyis elkezdődik a TMSZ önszerveződési folyamata. A hipertónusos izmok részben megkeményednek, a hipotónusos izmok pedig részben elsorvadnak. Az organikusan átalakult izmok akadályozzák a saját és a TMSZ szomszédos elemeinek a vérkeringését és a beidegzését; ödémák és pangó jelenségek keletkeznek. Ennek következtében az organikus átalakulás patológiás folyamatába egyre újabb elemek kerülnek be, és kialakulnak az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák; vagyis azok a nem-anatómiai képződmények, amik a TMSZ összesített – üledékes zárványok által egymással összeragasztott – elemeiből állnak. Ily módon az egyszerűen egymás mellett fekvő elemek mechanikai kapcsolatba kerülnek egymással, függetlenül attól, hogy mi a funkcionális rendeltetésük. A hiperstruktúrák néha annyira hatalmasak és szétterjedtek, hogy egész TMSZ-lánctagokat (egész testrészeket) ejtenek rabul. Ilyenkor úgy tűnik, hogy az ember saját izomszöveveiből álló „lovagi vért (lovagi páncél) rabjává válik”. Ezek a hiperstruktúrák durván zavarják az izomhúzást, az erők szabályos irányba történő továbbítását, és ezzel – magától értetődő, hogy – újra megzavarják a rendszer előző szakaszban elért stabilitását.

Ha a szisztémás destrukciós folyamatban a gerincre jobbról és balról ható terhelések nem szimmetrikusak, akkor gerincferdülés keletkezik a frontális síkban. Ha szigorúak vagyunk, akkor azt mondhatjuk, hogy minden embernek van bizonyos mértékű scoliosis az egyoldalú munkaorientáció miatt. A scoliosisos betegeknek a deformációs folyamat hajlamos a súlyosbodásra. Az SZRT alkalmazása szempontjából számunkra teljesen közömbös ennek a súlyosbodási tendenciának az oka. Már nemegyszer leírtuk, hogy a szisztémás destrukció a TMSZ-ben fennálló destrukciós folyamatnak a fejlődési mechanizmusa, a TMSZ szisztémás szervezettségének a pusztulási (tönkremenési) folyamata. Az SZRT viszont egy rekonstrukciós, helyreállító folyamat, ami a destrukcióval szembeszáll és akadályozza azt. Bármik is voltak a scoliosis mélységi gyökerei, bármi is volt a kóroktana / etiológiája (talán a szövetek és az elemek veleszületett anomáliája, talán a sejtek gyengesége, talán egyéb okok), az a fontos, hogy a TMSZ-IR a TMSZ más lánctagjaiban eltérések egész sorával – teljesen – kompenzálja a gerinceltolódásokat azért, hogy ezzel elérje a test stabilitását. Ha azonban ezek az eltérések nincsenek gyorsan likvidálva, akkor működésbe (hatályba) lép a saját önszerveződési folyamat a TMSZ rendszerében, aminek eredményeként a gerinc és a test más szakaszai organikusán átalakulnak. Az anatómiailag szabályos helyükről eltolt csontok ekkor táplálék nélkül maradnak és kiszáradnak, meggyengülnek; ugyanakkor a velük kapcsolatban álló izmok részben elsorvadnak, részben megkeményednek, és az első és a második esetben is elváltoztatják a szerkezetüket. Ezek az izmok is és azok az izmok is elveszítik funkcionális sajátosságaikat: a rugalmasságot, az összehúzódnási képességet. A vérkeringés és az innerváció egész rendszerben jelentkező zavarai miatt ezek az izmok a TMSZ összes közeli elemében további átalakulások (újabb elfajulások) elindítóivá válnak. Ezek az izmok a ragacsos, üledékes zárványok segítségével összeragadnak a szomszédos TMSZ-elemekkel, és ezekkel együtt közös, megkeményedett konglomerátumokat képeznek az átalakult szövetekből. Tehát új patológiás terhelő erők forrásává válnak, amik aztán lehetetlen módon képesek elcsavarni az egész vázat; új eltolódásokat hoznak létre, és új, organikus elváltozásokat teremtenek. Ugyanakkor ezt az egész folyamatot ellenőrzése alatt tartja a TMSZ-IR, és ezzel biztosítja van a rendszer stabilitása, ami az egész test deformálódása árán érhető el.

A scoliosisos betegek TMSZ-ét helyre lehet állítani, ha igénybe veszik ehhez a mi univerzális SZRT technológiánkat, ami a destruktív folyamatok megfordítására irányul. Ennek lényege: a TMSZ etalon állapotához tartó, szakaszonkénti – hátrafelé irányuló – mozgások végzése. Minden SZRT-kezelés alatt sor kerül:

- az egész TMSZ diagnosztizálására;
- az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák megkeresésére és dezintegrálására (a főbb alkotók elválasztására, egymástól való elkülönítésére);
- a vérkeringés aktivizálására az összes organikusán átalakult elemben;
- a TMSZ (visszatehető) elemei egy részének repozicionálására (az anatómiailag szabályos helyre).

Mindegyik kezelés az itt felsorolt ART műveletekkel kezdődik, amiket előbb a periférián hajtunk végre, majd – fokozatosan – egyre beljebb, egyre mélyebbre hatolunk a központi támasz, az elváltozott gerinc irányába. Eközben a rehabilitológus kezei és az agya értékeli a konkrét szövetek és elemek állapotát, és előzetesen megbecsüli, prognosztizálja minden egyes soron következő ART műveletnek az egész TMSZ stabilitására gyakorolt – várható, teljes – ráhatását. Ilyenkor az a feladatunk, hogy mindegyik beavatkozásnál, mindegyik operatív művelet elemeinek végrehajtása közben a rekonst-

rukciós folyamatot úgy irányítsuk, hogy a TMSZ-nél sikerüljön új stabil állapotot elérni; olyant, ami közelebb van az etalon állapothoz, mint az előző. Természetes, hogy mind-
ezt csak speciálisan képzett, hosszú gyakorlati múlttal rendelkező ember képes végre-
hajtani. Különösen hangsúlyozni kell a szelektivitási tulajdonságot (a különválasztó,
megkülönböztető képességet), amire nagy szükség van mindegyik ART művelet végre-
hajtása közben. Ugyanis csak a célba vett elemek és szövetek organikusan elváltozott
szakaszain jelentkezik a korrigáló ráhatások (csak ezeken mutatkozik meg e művele-
teknek a hatása), és az egészséges szakaszokat elkerülik. A TMSZ-re befolyást gyakoroló
– jelenleg ismert – más technológiák közül egyetlenegy sem rendelkezik ilyen fokú sze-
lektivitással, legyen szó akár masszázsról, akár manuálterápiáról, akár GYT-ről, akár fi-
zioterápiáról, akár gyógyszerekről stb.

Ismeretes, hogy a scoliosis deformáció – ritka kivételtől eltekintve – pont az ember
növekedésének folyamata alatt (a fejlődés időszakában) képződik és fejlődik. Azért,
mert a gerinc első eltérésére már az egész hátizomzat reagál: a felszín közeli izmok is
és a mélyen lévő izmok is. Tegyük hozzá ehhez a reagáláshoz még az izmok – a me-
dence, a bordák, a lábak (gyakorlatilag az egész test) izomzatának a – reakcióját, ami
a TMSZ szisztémás válaszában folyamatában jelentkezik egy olyan komoly eltérésre,
mint amilyen a test központi támaszában oldalirányú elgörbülése (elferdülése). Az ilyen
izmokkal kapcsolatban állnak a TMSZ egyéb csontelemei is, aminek következtében az
érintett izmoknál az etalon állapothoz képest bekövetkezett tónusváltozás egyúttal
magával vonja a csont-izom konstrukcióban sok csontelemnek az eltolódását is. Mivel
ezek az elváltozások észrevétlenek maradnak és nincsenek idejében megszüntetve, egy
idő múlva, az önszerveződési folyamat keretében az izmok átalakulnak (elfajulnak) és
bilincsbe zárják az egész konstrukciót. Ez a folyamat gyorsan lezajlik (néhány hét alatt).
A fejlődési folyamat viszont sokkal lassúbb. Emiatt a még fejlődésben lévő gerincnek
– az átalakult izmok által létrehozott erőket, azaz – olyan terheléseket kell legyőznie,
ami meghaladja a képességét.

Scoliosis esetén a gerincet, képletesen, egy íjhoz lehet hasonlítani, aminek fából való
részét (ami kezdetben egy egyenes bot) megfeszíti a húr, és ennek hatására az egyenes
bot ív alakú lesz. A nyíl kiegyenesítéséhez el kell engedni a húrt. Az átalakult izmok
fejlődése lefékeződik, erősen lelassul. Ezek az elfajult izmok súlyos szerves átalakuláson
mentek át, ezért elveszítik a rugalmasságukat és olyan – egyszerű kifejezéssel élve –
„spárgává” válnak, ami annál jobban megfeszül, minél magasabbra nő a gerinc. A ge-
rincferdülés íve lehet egyszerű, olyan, mint a nyílnál; de ölthet más alakot is, attól
függően, hogy konkrétan melyik izomrész rögződött leginkább, melyik „egész” izom
fixálódott legerősebben.

Az ortopédus orvosok pont az elferdülés alakjára fordítanak fokozott figyelmet, és
emiatt a beteg számára szentelt idő orozslánrésze ennek a vizsgálására és leírására megy
el. Pontosan felméri az elemek (az egyes csigolyák) összes lokális hiányosságát, és
a kölcsönös helyzetükkel kialakított szöveget (egy fok pontossággal) meghatározzák.
Mivel azonban nem rendelkeznek a hibák kijavítására szolgáló módszerekkel, az orvos
munkája ilyenkor a megbetegedés súlyosbodási folyamatának és időbeli lezajlásának
aggályos gondossággal történő rögzítésére (leírására) szorítkozik.

Tekintsünk át még egy szemléletes példát! Képzeljük el, hogy a gerinc egy olyan rugó,
aminek a hossza többször nagyobb az átmérőjénél. Ha összenyomása közben a nyo-
móerő iránya eltér a rugó tengelyirányától, akkor a rugó oldalirányba kiugrik, mégpedig
annál nagyobb erővel, minél erősebb a rugó.

Ilyen módon – a fejlődés mértékét követve – a gerinc egyre jobban deformálódik. A normális helyzetükből eltolt, táplálékuktól megfosztott csigolyák és porckorongok degeneratív módon elváltoznak. Viszont a gerinchez tartozó többi struktúra: a szalagok, a csigolyaközi ízületek, a gerincvelőhöz kapcsolódó ideggyökök csak lassan degenerálódnak. A scoliosis súlyos stádiumába került kisgyermekek gyenge, erőtlenségek, nyomorékok, akiknél az idegi, a pszichikai és az értelmi státusz gyakran eltér a normálistól.

Emlékeztetünk arra, hogy egyes organikusan elváltozott izmok a szomszéd elemekkel összekapcsolódnak, „összetapadnak”, és üledékes hiperstruktúrákat hoznak létre. Ugyanilyen helyzet jön létre a gerincnél is: minél jobban eldeformálódott, annál súlyosabb a szisztémás destrukciós folyamat, és annál tömörebben fogják körül, ragadják magukkal az üledékes hiperstruktúrák. Ez a gerincállapot annak a fának az állapotához hasonlít, amelyiket télen vízzel öntöznek. Az ilyen fán jégréteg képződik, ami kezdetben csak néhány ágat kapcsol össze, később azonban a fát egyetlen jégtömbbé változtatja. Bármilyen kísérlet, ami a fa jégtelenítésére irányul (felmelegítése nélkül), a fa eltörésével végződik. A gerincet körülfogó – képletesen szólva – jégeköpenyt az üledékes hiperstruktúrák hozzák létre, amik összeszorítják és elgörbítik, meghajlítják az elgyöngült gerincet. A SZRT viszont olyan fogások komplexuma, ami lehetővé teszi:

- a gerincet körülvevő „jégréteg felmelegítését”, a TMSZ egybefonódott elemeinek szétválasztását;
- mindegyik elemében vagy mindegyik részében a vérkeringés aktivizálását;
- a TMSZ szabályos anatómiai státuszának a visszafordítását (azoknál a csigolyáknál is, amelyek ilyen nem-anatómiai konglomerátum fogságába estek).

Pontosabban mondva: az SZRT lehetővé teszi a hiperstruktúrát alkotó elemek egymástól való elválasztását és bennük a szabályos vérkeringés helyreállítását. A TMSZ-IR, ami mindegyik elem etalon állapotát őrzi a tárolójában (a memóriájában), a vérkeringés helyreállítása után újból életre kelti az addig elszigetelt, konglomerátumba zárt elemeket. Ezt követi aztán a rehabilitológus munkája, amivel a helyreállított elemeket visszateszi anatómiailag szabályos helyükre a csont-izom konstrukcióban. Ilyen módon, lépésről lépésre haladva, mindig sikerül pácienseink TMSZ-ét „újjaformázni” a szisztémás destrukció bármilyen formájánál, akár a legsúlyosabb stádiumba jutott scoliosisos deformáció esetén is. Így újítjuk meg a bordapúpoktól szenvedő öreg emberek gerincét.

Természetesen az ember rekonstrukciója eléggé lassú tempóban történik. Nagyon nehéz esetekben ez a pácienssel folytatott szívós munka elhúzódhat 2 évig; könnyű esetekben viszont fél évig. No de mit jelent akár 2 évi szívós munka a nyomorék ember azon boldogságához képest, hogy olyan lett, mint minden egészséges ember?

No és mit tesznek a csontkovácsok? Mivel a TMSZ organikusan elváltozott elemeinek lépésenkénti visszafordítására szolgáló módszereik nincsenek, nagy erővel végzett fogásokkal törekednek függőleges helyzetbe kényszeríteni a meggyengült gerincet. Eközben durván megsérülnek a szövetek, mivel a gerincet körbefogó, rátelepült hiperstruktúrák ragasztási szilárdsága (egymáshoz kapcsolódásuk erőssége) a destruktíótól meggyengült gerincelemek szilárdságához hasonló. Ezért a hiperstruktúrák szétválasztására irányuló, bármilyen módszerrel történő durva próbálkozás azt eredményezheti, hogy a hiperstruktúra önálló egységekre történő szétválasztása nem alkotóelemeinek a határa mentén, hanem magukban az elemekben fog megtörténni (a szét-darabolódás a gerincelemekben fog bekövetkezni). Ez elég gyakran meg is történik. Ezenkívül gyakran előfordul, hogy az erőszakkal megmozgatott gerinc valamennyire el-

csavarodik a függőleges tengely körül, ami a TMSZ minden elemére ható nem-anatómiai terhelések további erősödéséhez vezet, és az erre adott szisztémás válasz még rémesebb következményeihez. Emlékezni kell arra, hogy a szisztémás destrukció természetes meneténél az ember teste – bár rossz állapotban, de mégiscsak – stabil állapotban van, annak ellenére, hogy a TMSZ sok eleme már organikusan elváltozott. Ilyen gombolyagot csak lépésenként, lassan, óvatosan szabad lefejtetni. Ezzel egyidejűleg, ezzel párhuzamosan pedig át kell alakítani a térbeli konstrukciót és el kell érni az elemeinél bekövetkezett organikus zavarok – eltolódások – visszafordítását. Ezt a két feladatot szigorúan össze kell hangolni. Az izmoknak vissza kell adni szabályos anatómiai státuszukat, meg kell erősíteni a csigolyákat, a szalagokat és a korongokat. Ezt csak a szisztémás rekonstrukciós terápia folyamán lehet megtenni. A TMSZ degeneratív-disztrófiás elváltozás alá került elemeinek a mozgatása az ember életét veszélyeztető feladat. N. testével pontosan ezt tették a csontkovácsok, és ezért vált ő – a maga nemében páratlan – ritkán előforduló nyomorékká.

Emellett **az egész világon nincs jelen a szisztémás hozzáállás, a szisztémás közelítés a TMSZ-hez**, lett légyen szó akár gerincferdülésről vagy a TMSZ más patológiás állapotáról. Ez az állításunk egyaránt vonatkozik a tudós ortopédus orvosokra és a népi csonthelyreigazítókra, a csontkovácsokra éppen úgy, mint ezek diplomás kollégáira: a csontbántalmak szakértőire és a kiropraktikusokra. A legjobb esetben némelyiküknél előfordul ennek alkalmazása, de csak a kinyilatkoztatások szintjén. Az SZRT-ben alkalmazott szisztémás megközelítés a TMSZ 3000 anatómiai egységének mindenre kiterjedő diagnosztizálását jelenti, a beteg bármilyen panaszáról van szó. Lényegében véve ez egy tudás (hozzaértés ahhoz a munkához), ami mindezen elemek organikus elváltozásainak a kiküszöbölésére irányul, mivel a TMSZ-ben nemcsak lokális patológiás folyamat létezik. Ugyanis az etalontól való bármilyen eltérés – ha nincs idejében kiküszöbölve –, valamint az erre adott szisztémás válasz elindítja az SZD-t, amiben a TMSZ minden eleme részt vesz.

A páciens testének semmilyen kopogtatása, megrázása, különféle görgőkkel való hengerlése, nyújtása sem segít megállítani az SZD-t. És bármilyen más manipulációhoz folyamodnak is, azok sem tudnak segíteni: sem a mobilizálás, sem a posztizometriás relaxáció (a kezelések utáni lazítás), de egyéb technikák sem, mivel nem rendelkeznek a TMSZ organikusan elváltozott szövetei helyreállítására szolgáló ráhatással, vagyis nem tudják kiküszöbölni a patológiás elváltozás okát. Ez azonban a tehetetlenségnek csupán egyik oka; a másik okot az a benyomás kelti az emberben, hogy ezek az orvos emberek nem is gyanítják ezeknek az organikus elváltozásoknak a létét.

Ugyanilyen következtetésekre jut az ember akkor is, amikor olyan kifejezéseket olvas, mint: „a görcsös állapotban lévő izom”, „az összehúzódtott izom”, „a homorú oldal felől az izom megfeszül, a domború oldal felől ellazul”, „a lerövidült hátizmok”, „a görcs évekig elhúzódhat” [9, 15, 16]. Mit jelent ez? Azt, hogy azoknak az embereknek, akik az ilyen kifejezéseket leírják, fogalmuk sincs arról, hogy az élő szervezetben fennálló állandó izom-összehúzódról beszélni értelmetlenség, nonszensz dolog. Ugyanis a TMSZ-IR segítségével az izomzat görcsös állapota mindig áttér organikusan fixált állapotba, mivel az energiatakarékosság – bármilyen élőlényről legyen szó – a túlélés záloga. Más különben a szervezet nem lenne képes semmilyen élettevékenység végzésére, kivéve egyetlen dolgot, „az izomgörcs éveken keresztül tartó fenntartását”. Ilyenfajta értelmezés szerint alkalmazzák ezek a specialisták a szisztémás megközelítés alapelvét a TMSZ-re vonatkozóan. Azt gondolják:

- azzal, hogy megrángatták a karokat, a lábakat, a gerincet, és lehetőleg minél több izomnál elvégezték a posztizometriás relaxációt;
- azzal, hogy megropogtatták a csigolyaközi ízületeket (úgy, hogy közben reccsenést lehetett hallani),

és – íme – ők máris megvalósították a szisztémás hozzáállást a gyógyítási folyamatban.

Vizsgáljuk meg most az orvosi intézetekben folyó scoliosis-gyógyítási módszereket a szisztémás destrukció pozíciójából. A fekvő folytatott foglalkozásokat és az úszást a hasznos intézkedésekhez lehet sorolni, mivel tehermentesítik a meggyöngyült gerincet. Emellett az úszás javítja a vérkeringést és lassítja az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák képződésének folyamatát.

A fűző hordása pozitív és negatív hatást is eredményez. Pozitív a hatása azzal, hogy a test támaszkodhat a fűző merev konstrukciójára, ami ugyancsak tehermentesíti a beteg gerincet. Negatív a hatása annyiban, hogy eközben a tulajdon izomzat egyre jobban gyengül és sorvad. Ezért nehéz eldönteni azt, hogy használata esetén mi a több: a haszon vagy a károkozás. Ha a fűzőt hordani kell az élet egész hátralévő részében, akkor ez bizonyos mértékben megoldja ezt a problémát. Ha arra törekednek, hogy a beteg azt valamikor – végleg – levegye, akkor jobb, ha soha nem ölti magára a fűzőt, vagy csak végső intézkedésként, a végszükség diktálta pillanatokra korlátozza ennek hordását.

A gyógytornát aligha lehet a valóban gyógyító intézkedések közé sorolni, mivel a test izmai organikusan elváltoztak, és ezek állapotát semmilyen gyakorlat nem képes javítani. Érthető, hogy az ilyen és az ehhez hasonló izmok – a szó igazi értelmében – már nem tekinthetők izmoknak. Ezek csupán spágák, kötelek – szalagok –; az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák olyan részei, amikben az izomhúzás eltorzult. Hogyan lehetne beszélni a gerinc ezek segítségével történő korrekciójáról, ha nem ismert, hogy hová továbbítják az erőket? De ez még nem minden. Ilyenkor még azt is figyelembe kell venni, hogy ezek az elváltozások minden embernél szigorúan egyéniek, individuumként eltérnek egymástól, mivel az ilyen izmokat rabságba ejtő hiperstruktúrák katonikusan, mindenféle szabály nélkül képződnek, és az alakjuk attól függ, hogy a ragadós, gélyszerű üledékes zárványok konkrétan hová hatolnak be. A GYT ilyen szituációknál olyan ráhatást valósít meg, mint amelyet a csontkovácsok teremtenek: szabálytalan mechanikai erőhatásokat hoz létre, amik különböző irányokba rángatják a gyenge gerincet. Seregnyi olyan példát ismerünk, amiknél a GYT foglalkozások erőltetése a scoliosisos deformáció gyorsabb súlyosbodásához vezetett.

Világos, hogy egyszerűen az ostobaság és a tudatlanság jele az izomfűző erősítéséről beszélni abban az esetben, amikor az ember testében olyan súlyos stádiumba jutott az SZD, hogy a gerince scoliosisossá vált. Létrehozatalához csak akkor lehet reményeket fűzni, amikor egészséges gyermekeknél a gerincferdülés megelőzése a cél. A már beteggé váltaknál a túlzott izommunka csak kárt okoz. Az organikusan elváltozott izom nem tud felduzzadni, feltöltődni; ehelyett még inkább elzáródik az anyagcseréből származó termékekkel. Ennek ellenére az internátusokban lévő gyermekeket arra kényszerítik, hogy naponta, sok órán keresztül GYT-gyakorlatokat hajtsanak végre. Ezért mi még egyszer megismételjük: csupán legenda azt állítani, hogy létezik erős izomfűző a scoliosistól beteggé vált csecsemőknél vagy felnőtteknél. Rendszerint az izmok organikus átalakulása folyamán keménnyé vált izmokat tartják, tévesen, izomfűzőknek. Ha önök úgy akarják, akkor tekintsék csak „fűzőnek” az ilyen izmokat; ezek azonban a scoliosisos betegeknek mindig léteznek. Ez ugyanis egy olyan páncél, amit a TMSZ-IR alakít

ki azzal a céllal, hogy a gerincet megtartsa, védje a további deformálódástól; ezért aztán ez a páncél a GYT nélkül is kialakul.

Ha a deformáció csupán egyszeri aktus volna, akkor a kemény páncél létrehozatala az organikusan átalakult izmokból ideális mód lenne a további gerincferdülés ellen. A csecsemő azonban nő, és az előző fejlődési szakaszban védelmet biztosító, megmentő szerepet betöltő páncélburok a fejlődés következő szakaszában a deformálódás új menetének okozójává válik. Miért? Azért, mert nem képes nyúlni; a gerinc viszont a fejlődés folyamán egyre hosszabb lesz, és emiatt az organikusan átalakult izmok kezdik betölteni az íjhúr szerepét: együttes erővel elterelik (hajlítják egymás felé) az íj (a gerincoszlop) végeit; azaz ív alakúvá hajlítják a hátgerincet. A gyermekek scoliosistól való megmentésére egyetlenegy módszer létezik: a TMSZ szisztémás destrukciójának rendszeres megelőzése az SZRT segítségével. Ha pedig a deformáció már korábban kialakult, akkor a kiküszöbölésére irányuló helyreállító műveletek reguláris végrehajtása az egyetlen javítási lehetőség. Ezt bizonyította 30 éve folyó gyakorlati tevékenységünk, ami scoliosistól, kyphosistól és más patológiás rendellenességektől gyötört betegek rehabilitációjára irányult. Ha a gerincet a növekedés időszakában kapja el az SZD, akkor rendszerint egyidejűleg van jelen a gerincferdülés összes típusa. Ezek típusokra bontása feltételes dolog, azaz megegyezésen alapul, mivel az izmok organikus rögzítésének folyamatában keletkező nem-anatómiai terhelések a gerincet minden irányba hajlítják, elcsavarják. Ugyanez a sors jut a medencének is, a mellkasnak is, a vállaknak is, továbbá a nyaknak, a karoknak és a láboknak: az egész konstrukció megjósolhatatlan módon deformálódik. Az SZRT ugyanakkor bármelyik esetben segítséget nyújthat.

Rehabilitáció. K. N.-nél az egész izomszövet átalakulásának az a ritka fokozata jött létre, amiben az egyre keményebbé és még keményebbé váló izmok egyetlen üledékes hiperstruktúrává nőnek össze, ami aztán kiterjed az egész testre izomrétegének teljes mélységében. Az összeragadt izmokból álló réteg az átalakulás mértéke szerint egyre csak laposabb lesz. Végül – mintha teljesen eltűnnének az izmok – csak a csontokra tapadt bőr marad meg. Kezdetben még foglalkoztunk azzal, hogy az ART nyomás segítségével elválasszuk a bőrt a csontoktól. Ez nagy fájdalmat okozott hölgy páciensünknek, számunkra pedig nehézséget jelentett. Éjszakára darált halhúsrétegbe kellett őt helyeznünk és ezzel a hölgy egész testét be kellett borítani. Csak ilyen módon sikerült elérni, hogy kinyíljanak és felszívódjanak a száraz üledékes zárványok, amelyek – a kiszáradt enyvhez hasonlóan – a bőrt az alatta lévő csontokhoz ragasztották és ezekkel összenőtt állapotban tartották.

Amikor a bőr elvált a csontoktól, akkor elkezdtük aktivizálni az izmok maradványait, amik mindig léteznek (akármilyen átalakulás történt, bármilyen izomelfajulás miatt száradtak ki). Ezek a maradványok egy kezdeti (kiindulási) vázat képeznek, mintegy alapot jelentenek a teljes értékű izom számára. Az izom – mihelyt vér jut hozzá – kezd erőre kapni és helyreállítja az alakját. Óvatos mozdulatokkal kezdtük ösztönözni az izomszövetet és sikerült elérnünk, hogy a csontok körül izomrétegek kezdtek kialakulni. Ezzel egyidejűleg aktivizáltuk a vérkeringést a csontokban, az ízületekben, a szalagokban és az egész test többi elemében is. Megerősítettük a váz csontszövetét majd elkezdtük óvatosan visszahelyezni a csontelemeket és újraformázni, újramintázni N. alakját. Ez nagyon nehéz munka volt; nagyon nehéz, majdnem reménytelen esetnek tűnt. Mi azonban úgy döntöttünk, hogy annyi ideig fogunk az ifjú lánnyal foglalkozni, amennyi csak szükséges a test helyreállításához. Be akartuk bizonyítani magunknak is, és másoknak is, hogy a mi új technológiánk segítségével még az ilyen ritka torzulás is megszüntethető.

A kezeléseket napi öt órán át hetente kétszer végeztük. Fokozatosan elértük mellkasa megfordítását és sikerült kihozni a bal mellét a bal oldali hónaljából. Amikor aztán mellkasa elfoglalta a szabályos helyzetet, akkor mind a két mell a maga helyére került, azonban a bal oldali melle szemlátomást kisebb volt a jobb oldalnál. Csak fél év után sikerült elérnünk, hogy mind a két mell azonos méretű legyen. Mi a hátizmokat is formáztuk, és ezzel egyidejűleg kiegyenesítettük a hátgerincet. Ezekkel a munkákkal párhuzamosan likvidáltuk a bordák, a medence, a vállövi csontok eltolódását; kiegyenesítettük a nyakat és szabályos helyzetet teremtettünk a csípőízületek és a térdízületek részére.

N. TMSZ-ének rekonstrukciója 2 évig tartott. A scoliosis egyes jelei mégis megmaradtak, de ezek már nem voltak szembetűnők. Gerincferdülésének mértékét valahol az 1-es és a 2-es fokozat között állapították meg. Ebben mutatkozott meg annak a beavatkozásnak a hatása, amit a „gyógyítók” okoztak az SZRT alkalmazását megelőző „gyógyítási” szakaszban. Ilyen esetekben mindig maradnak bizonyos mértékű arányzavarok, mi azonban törekszünk ezeket is minimalizálni.

Azóta N. már férjhez ment. Templomi esküvőjén nyitott menyasszonyi ruhában jelent meg, és senki nem vett észre semmit. Normálisan szülte meg a fiát, aki már 10 évesnél idősebb. K. N.-nel rendszeres időközönként találkozunk. Elégedett az alakjával és az életével; idegrendszere rendben van, és többé nem nyugtalanítja támasztó-mozgató apparátusa. Arca továbbra is olyan szép, mint régen, és bármerre jár, megfordulnak utána az emberek; ő azonban jól tudja, hogy ezt már nem torz alakja okozza.

20. Scoliosis, bordapúp

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: G. J., 1970.

Szakma: PTU középiskola diákja, később pedig varrónő.

Tartózkodási hely: Ukrajna, Harkov.

Megfigyelési időszak: 1987–2004.

Panaszok. 3-as fokozatú scoliosis, gerincfájdalmak, gyorsan elfárad, gyengeség, szédlés, étvágytalanság.

Gyógyítás orvosi intézetekben. Gyógyítás céljából 3 éven át a scoliosisos beteg gyermekek gyógyítására szakosodott internátusban volt. 2-es fokozatú scoliosissal lépett be, hordta a gerincfűzőt, intenzíven végrehajtotta az előírt gyógytornagyakorlatokat. 3-as fokozatú scoliosissal távozott az intézetből.

Primer SZRT-diagnosztika. Küllemét illetően J. úgy nézett ki, mint egy disztrófiás, kicsiny, rendkívül sovány lány. Kezecskei ostorhoz hasonlítottak, vállai pedig természetellenes módon fölhúzódtak. Az sápadt arcon – szemei körül – sötét karikák rajzolódtak ki. Bőre sárga-szürke színű volt, szemei pedig fénytelenek, élettelenek voltak. Nem 17 éves nagylánynak nézett ki, hanem egy 12 éves kisgyermeknek. Vékony, erőtlen, gyenge gerince ki volt száradva (el volt vékonyodva). A hátizomzat nagyon keménynek mutatkozott, és domború rajzolata (a reliefje) eltűnt. A hát merev és egyenes volt.

Az összenőtt és megkeményedett szövetekből álló homogén réteg kemény „cement-köpenyén” át alig lehetett kitapintani a hátgerincet. A gerinc „becementálódott” ebbe az üledékes hiperstruktúrába (ebbe a „jó izomfűzőbe”) és elvesztette mozgékonyágát. J. nem tudta begörbíteni (előredönteni), majd pedig kiegyenesíteni a testét. A test többi része is (a medence, a mellkas, a karok, a lábak; ezeknek a csontjai, izmai, izompólyái, inai, szalagjai) az organikus átalakulás (az elfajulás) és a közös konglomerátumokba zártság hasonló állapotában volt.

Rehabilitáció. A lány hét SZRT-kezelésen vett részt. Ezalatt a konglomerátumokat sikerült szétválasztani az alkotóikra és sikerült feldarabolni az üledékes zárványokat. Ezek felszívódása után a test minden izmát aktivizáltuk. Ennek hatására visszatért az izmok domború rajzolata (reliefje), helyreállt a rugalmasságuk és az összehúzódnási képességük. A gerinc vérrel való táplálása is – normális módon – elkezdődött, és ennek nyomán a gerinc és az összes többi csont is megerősödött. A szalagok kitisztultak és újra rugalmasá, „élővé” váltak. Az üledékes hiperstruktúrák likvidálása után helyreállt a szabályos izomhúzás. Miután kisimítottuk a mellkast, a bordákat és a medencét, megszűntek a gerincet görbülésre kényszerítő nem-anatómiai terhelések, és ennek hatására a gerinc lényeges mértékben kiegyenesedett.

Ebben az időben kezdték mezőgazdasági munkákra irányítani a PTU diákjait. Miután scoliosisa miatt J.-nek nem volt szabad nehéz fizikai munkát végeznie, jelentette ezt az intézet vezetőségének, ami betegségét igazoló dokumentumot kért tőle. A tanárok egyike elvitte őt az ortopédiai orvosi rendelőbe. Az ortopédus orvos sokáig vizsgálta a lányt és sokáig olvasta az internátus által kiállított kórtörténet-kivonatot, de semmit sem értett: „Az ön papírján 3-as fokozatú scoliosis szerepel, és látom, hogy ezt a zárójelentést olyan ismert, tekintélyes szakemberek írták alá, akiket én személyesen is ismerek. Természetesen elhiszem, hogy ez így van és ez fennáll. Miután ez gyógyíthatatlan betegség, természetes, hogy a 3-as fokozatú scoliosis sehová sem tűnhetett el. Amit azonban én most látok, az alig-alig éri el az 1-es fokozatot. Természetesen én hiszek a professzoroknak és kiállítom az igazolást arról, hogy önnek 3-as fokozatú scoliosis van.” Határtalan öröm fogta el J.-t is és a szüleit is. A szembeszökő változást természetesen mindnyájan érzékelték, de a lelkük mélyén megmaradt a kételkedés: rendbe jött-e a gerinc.

Mi tovább folytattuk J. kezelését és megmondtuk a szülőknek, hogy hamarosan elkezdődik J. fejlődése, és növekedése miatt fél év múlva cserélni kell majd a ruháit. Hitetlenkedve hallgattak minket, és azt hozták fel ellenvetésként, hogy ez lehetetlen; az internátusban ugyanis elhitették velük azt, hogy a lány növekedése befejeződött, és nem kell aggódniuk attól, hogy a 3-as fokozatú scoliosis rosszabb lesz és áttér a 4-es fokozatra. Bekövetkezett a tél, és amikor J. fel akarta venni a téli ruháit, nem sikerült ezekbe felöltöznie. Szűk lett neki a régi ruha, és rövid is. Tavasszal pedig az összes többi ruháját – még a fehérneműit is – le kellett cserélnie. A szülők csak nevettek ezen, és tréfálkozva megjegyezték, hogy tönkretettük őket, és miattunk érte őket nagy anyagi veszteség.

A rehabilitáció kezdete után egy évre J.-t az öltözőben váratlanul körülvették barátnői, fogdosni kezdték a testét, és meglepődve kérdezték: „L. hová lett a bordapúpod? Hiszen te teljesen sima vagy.” Igen, így igaz. Egy év múlva a lány alakja valóban karcsú lett, széppé vált, a scoliosis jelei pedig eltűntek. És, annak ellenére, hogy – a mai napig – varrónőként dolgozik, a háta többé nem nyugtalanítja.

Megjegyzések. Tevékenységünk kezdetén gyakran találkoztunk TMSZ-ük súlyos deformitásától szenvedő pácienseink irántunk tanúsított bizalmatlanságával. Miután végigjárták a professzorok által irányított gyógykezelés minden lépcsőfokát, évekig éltek specializált internátusokban és szanatóriumokban, és gyógyulást sem magukon, sem másokon nem láttak, nem tapasztaltak, természetes dolog, hogy nehéz volt nekik elhinni azt, hogy valamilyen asszonyok csak úgy, egyszerűen, nekiállnak a gyógyításnak és képesek lesznek likvidálni a bordapúpokat, és megszabadítják őket kízó fájdalomiktól. Az ilyen hitetlenkedés egyik esete a mai napig komor emlékeket ébreszt bennünk.

1986-ban elhoztak hozzánk egy 14 éves fiút, akinek 4-es fokozatú scoliosisa volt. Amikor levette a fűzőjét – ami úgy tűnt súlyosabb, mint az ő teste –, akkor elénk tárult egy betegségtől elcsigázott, törekeny, sápadt színű, kiszáradt, „műanyagnak tűnő” testecske képe. K.-nak hívták a fiút. Édesanyja elmondta, hogy K.-t őszre előjegyezték operációra. Május vége volt ekkor, és mi biztosítottuk az anyát és a fiát is arról, hogy – inkább nem megyünk nyári szabadságra, de – minden erővel azon leszünk, hogy olyan eredményeket érjünk el, amik meggyőzik az internátus orvosait arról, hogy az operációra vonatkozó döntést visszavonhatják. K. anyja elmondta ezt az ortopédus orvosok főnökének, egy professzorasszonynak. Ez felnevetett és azt mondta: „Micsoda ostobaságot beszélnek ők. Ez gyógyíthatatlan betegség. Készítse fel a fiát az operációra. Most nyár van, adjon neki minél több gyümölcsöt. Olyan gyenge, hogy attól félek: nem bírja ki az operációt, amit azonban feltétlenül el kell végezni, mert a helyzet kritikus”. Ezek után többé nem jöttek el hozzánk K.-ék. Az orvos szavait más szülők mondták el nekünk. Ugyancsak ők említették meg fél év múlva, hogy megtörtént a gerincoperáció, K. és az anyja nagyon boldog, mert a fia kibírta az operációt és nem halt meg a műtőasztalon. Az anya örült, mi viszont elkeseredtünk, arra gondolva, hogy a fia örökre nyomorék marad, holott a nyár elég lett volna arra, hogy deformálódását megállítsuk; 2 év pedig arra, hogy a testét újjáteremtsük.

J. szülei is viselkedhettek volna ugyanígy. Ők egyikünk szomszédai voltak és ugyanabban a házban laktak. Később aztán elismerték, hogy a lányuk kiegyenesítésére vonatkozó javaslatunk után egész éjjel nem aludtak és arról tanácskoztak, hogy ez az asszony az-e, akiről említést tett nekik az „apó” (Ukrajnában így hívják a vajákos embert, a kuruzslót). Kiderült, hogy néhány évvel ezelőtt J. anyját elvitték egy népi gyógyítóhoz, aki híres jós volt, de képes volt gyógyítani az ideg-összeroppanást és az idegzavarokat. Idősebbik fia halála után az anya súlyos állapotban volt, és ez az ember akkor azt mondta neki: „Te még életben maradsz a lányodért, aki veled él és nagyon beteg. De tudd, hogy meg fog gyógyulni. Eljön majd hozzád (abba a házba, ahol élsz) egy asszony, aki majd meggyógyítja a lányodat és egy kopejkát sem fog kérni ezért.” És amikor tényleg megtörtént ez a találkozás (ugyanis egyikünk pont abba a többemeletes házba költözött, ahol J. élt a szüleivel), akkor ez a jóslat előre eldöntötte a szülők beleegyezését. Enélkül J. egész életében bordapúpos maradhatott volna.

21. Kyphoscoliosis; erős hátfájás gyermekeknél

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: Sz. A., 1974.

Szakma: 6. osztályos tanuló.

Tartózkodási hely: Ukrajna, Harkov.

Megfigyelési időszak: 1986–2004.

Panaszok. Az egész TMSZ rendkívül nagy mértékben deformált; 3-as fokozatú, progresszív scoliosis; hátfájások, fejfájások, ingerlékenység, ideges természet, sirákozás, nyafogás.

Gyógyítás orvosi intézetekben. A deformálódás első jelei 6 éves korban jelentkeztek, és emiatt a gyermekorvos javasolta, hogy A. járjon úszni. Ő évekig járt is. Testtartása azonban egyre rosszabb és rosszabb lett, és 12 éves korában aztán – hirtelen – nagyon súlyosan megváltozott. A.-t ekkor beutalták szakosított internátusban történő gyógyításra, ahol fűzőt hordott, GYT-vel foglalkozott, azaz az ilyen esetben végzendő gyógyító intézkedések egész komplexumát rendszeresen végrehajtotta.

Primer SZRT-diagnosztika. A. élesen meggörbült a sagittalis síkban, alakja egy vén-ségesen vén öregasszony alakjára emlékeztet. Mellkasa szinte szabályos karikára emlékeztet. A vállak messzire előredőlnek és a test központja felé hajlanak. A lapockák elhúzódtak a hónalj felé, és – ebben a helyzetben – vastömörségű, átalakult (elfajult) izomszövetből álló szalagokkal vannak rögzítve. A test többi izma ugyanilyen tömör; az arc és a test bőre zöld színű, száraz és vékony. Az egészen vékonyka hátgerinc nagyon gyenge, alig lehet kitapogatni annak a közös üledékes hiperstruktúrájának a szilárd rétegén át, ami a lányka egész törzsét körbefogja. A bordák vékonyak és szárazak. A lábak kemények, és háton fekvő testhelyzetben nem fekszenek a támasztó síkon, hanem feszes állapotban előremerednek, mivel az elfajult szövetekből álló kemény, kötélszerű szalagokkal a csípőhöz vannak húzva. Ez azonban még nem minden! Ezek a szalagok nem szimmetrikusak, és emiatt az egyik láb – saját hosszirányú tengelye körül bizonyos mértékig – elfordult helyzetben van a medencéhez húzva. A karok szárazak és gyengék. A fej lefelé hajlik, az arc a földet nézi. A tekintet ködös, öröm nélküli. Az eldeformálódott mellkas kemény és mintha ki lenne száradva; olyan, mintha merev műanyagból készült volna. A rátapadó bőr olyan feszes, mintha egy dobra lenne ráhúzva, és a behatolni igyekvő kezét visszadobja. Teste érintésére A.-nál fájdalom lép fel.

Rehabilitáció. A. kezelése lassan haladt előre, mivel elviselhetetlen fájdalmak léptek fel nála olyankor, amikor törzsének izmainál ART nyomást alkalmaztunk. Emiatt aztán a gyermek testét – majdhogynem – légies mozdulatokkal érintettük; ennek ellenére a kislány zokogott, felugrált és visszautasította a kezelés folytatását. A fájdalmat az okozta nála, hogy a bőr és az organikusan átalakult izmok maradványai szorosan ránóttek a csontokra. És amíg ezek nem lettek elválasztva egymástól, addig tovább folytatódott a mi kínládásaink is és az övéi is. Végül is, 15 kezelés alatt sikerült szétbontani (dezintegrálni) a hiperstruktúrákat, és ekkor kaptunk lehetőséget arra, hogy a vérkeringést aktivizálhassuk az egész testben. Ezután meglazítottuk / meggyengítettük a csontokat összebilincselő és eltoló kötélszerű szalagokat, amik az organikus rögzítés eredményeként hipertónusos állapotba kerültek izmokból keletkeztek. Ezeknél az elfajult izmoknál szétválasztó (szeparáló) és szétaprózó / széttördelő (fragmentáló) fogásokat alkalmaztunk, és ennek révén sikerült feltámasztanunk rugalmasságukat és működőképességüket.

Amikor a szalagok meggyengültek és a mellkas valamennyire kiegyenesedett, akkor egyre mélyebbre kezdtünk hatolni és kezdtük aktivizálni a gerinc és a bordák csontszövetét. Végre-valahára kezdett lehetővé válni, hogy a gerincet teljesen kitapogathassuk. Ezzel győződünk meg arról, hogy A.-nak nemcsak kyphosisa van, hanem scoliosisa is, mivel gerince a frontális síkban eltolódott jobbra. Amikor megerősödött a gerinc, akkor fokozatosan és nagyon óvatosan elkezdjük kiegyenesíteni. Rendkívül kíméletesen nyúlunk a kyphosis csúcsához, ahol a röntgenfelvétel szerint 3 csigolya ék alakú volt. Az SZRT korrigáló ráhatásait követve A. TMSZ-IR-e a gerincben kialakult destruktív elváltozásokat kezdte visszafordítani és a TMSZ-elemek szabályos anatómiai formáját kezdte visszaállítani. E folyamat eredményeként a kislány csigolyái megnagyobbodtak (szélesebbek lettek) és erővel telítődtek. Az erre az időre helyreállított izmok megerősödtek, és az egyenessé vált gerincoszlopot kezdték anatómiailag szabályos helyzetben tartani.

A.-nak a törzsét (ahogyan az ortopédusok mondják:) „jó izomfűző” fogta össze, akárcsak azoknak a gyermekeknek a törzsét, akiknek súlyos testtartási hibái vannak és GYT segítségével próbálnak „gyógyulni”. Ez a fűző azonban a valóságban azokból a saját, elfajult izmokból álló merev páncélköpeny volt, ami a TMSZ adaptációs és önszer-

veződési folyamata alatt vált ilyenné a TMSZ-elemek etalontól való eltéréseire adott válaszbán. Merevsége pedig az eredetinel jóval erősebbé vált az intenzív fizikai gyakorlatok következtében. Válogatás nélkül minden izomcsoport – egymással szorosan összefonódott – izmaiból állt ez a „jó” páncél, ami visszafogta a mellkas növekedését, és a kisgyermek gerincét hajlította, görbítette. Mivel az átalakult, elfajult izmok elveszítették rugalmasságukat és a normális fejlődésre való képességüket, a belőlük képződött konglomerátum a kislány fejlődésben lévő törzse körül kőkemény huzatot (ponyvát) képezett. Ez pedig acélabroncsként fogta körül a mellkast és azt „kerékbe hajlította”. Ezért vált henger alakúvá (lásd még a Magyarázatokat). A kislány testének stabil helyzetben tartására megváltoztak és eltolódtak helyükről medencéjének a csontjai is. A csípő és a hasizmok merev zsinórokká / kötelekké változtak; nem-anatómiai terhelések nehezedtek a lábakra; a mellkas lesüllyedt és „ráült” a csípőre; a lábak viszont természetellenesen elhúzódtak a has felé. Nekünk tehát egy ilyen testet kellett kiszabadítani a fogságból, majd helyreállítani és szabályos alakot adni neki.

Miként rendszerint, úgy ezúttal is az ART nyomás segítségével aktivizáltuk a vérkeringést a TMSZ minden szövetében. Az organikusan átalakult szakaszokon pedig, az aktivizálással egyidejűleg elvégeztük a szeparálást és a fragmentálást (a páncélköpeny szétválasztását alkotóira és ezek feldarabolását). Fél év alatt A. állapota lényegesen javult, gerince jelentősen kiegyenesedett.

Meg kell adni az illő tiszteletet a Zsukovszkij faluban (Harkov peremkerületében) található, Sz. A.-t gyógyító, szakosított internátus főortopédusának (aki egyébként azonos a 20-as számú példában említett professzorasszonnyal). Miként abban a példában említettük: abban az esetben ő előre meg volt győződve arról, hogy mi nem tudunk majd segíteni K.-n, mivel gyakorlatában ilyen még nem fordult elő. Amikor viszont saját maga meggyőződött arról, hogy mi – mindössze fél év alatt – elértük, hogy A. súlyos kyphosisa kiegyenesedjék, és azt pont a felére csökkentettük, akkor azt mondta A. szüleinek: „Vegyétek ki a kislányt az internátusból, és gyógyíttassák ezekkel a specialistákkal. Amióta ortopédus orvosként dolgozom, márpedig ez közel 30 éve tart, ez volt az első eset, hogy ilyen súlyos deformációt nem csak hogy megállítottak, de bizonyos mértékben vissza is fejlesztettek. Ha az ellenőrző méréseket nem saját magam végeztem volna, akkor soha el sem hittem volna, hogy léteznek olyan emberek, akik képesek ilyen csodákat művelni”. Viszont az is igaz, hogy nem fejezte ki azt a kívánságát, hogy találkozzék velünk, és nem irányított hozzánk más súlyosan beteg gyermekeket. Az a tény azonban, hogy ő, saját maga, becsületesen elismerte, hogy hasztalan dolog A.-t továbbra is az internátusban tartani: már nagy előrelépést jelent az orvostudomány képviselője részéről. Hozzászoktunk ahhoz, hogy a Szovjetunió, de a Független Államok Közösségének orvosai is és a távoli országok orvosai is mély hallgatással reagálnak az általunk elért gyógyítás bármilyen esetére. Akkor is ezt tapasztaljuk, ha a TMSZ olyan súlyos patológiás állapotának a gyógyításáról van szó, mint például a csigolyaközi porckorongsér, a bordapúp, vagy olyan kisgyermekek veleszületett deformitásának a korrigálásáról, akik születésük óta képtelenek voltak járni, sőt, mászni sem tudtak; az SZRT-szeánszok után pedig többé semmivel sem különböztek velük egykorú társaiktól. A reakció olyan, mintha semmi nem történt volna, hiszen, utóvégre nem is volt semmi. És így van ez ma is, annak ellenére, hogy Magyarországon a gyógyíthatatlan betegek gyógyulásának „csodáiról” különösen sok publikáció látott napvilágot; sőt, az állami televízió nemegyszer mutatott be erről szóló filmeket. A hivatalos orvostudomány mégis jobbnak látja, ha elhallgatja ezeket a nyilvánvaló – nagy számban előforduló – tényeket.

Sz. A. kijött az internátusból (akkor, amikor már túl volt a 30. SZRT-szeánszon) és nagyon hamar abbahagyta látogatásunkat. Egy időre eltűnt a szemünk elől. Két év múlva, nyáron egy üdülőhelyen váratlanul találkoztunk vele és a szüleivel. Mi magunk is meglepődtünk alakja harmóniáján, kivirult lányarcán, tekintete tisztaságán. Most mi voltunk azok, akik azt mondták maguknak, hogy ha nem saját maguk dolgoztak volna vele, akkor nem hinnék el, hogy az SZRT az, ami képes volt átalakítani virágzó lánnyá azt, aki ténylegesen egy rokkantságra kárhoztatott kisgyermek volt. Az eltelt 2 év alatt a rehabilitáció eredménye nemcsak megőrződött, hanem megtöbbszöröződött. Ez az eredmény tanúbizonyság:

- az SZRT felséges hatékonyságáról, ha azt a TMSZ súlyos patológiás betegségében szenvedő betegek rehabilitálásának módszereként használják;
- technológiánk preventív alkalmasságának legeslegmagasabb színvonaláról.

A. jelenleg 30 éves. Férjhez ment, gyermeket szült és örökre elfeledte azt az időszakot, amikor egész életében tartó rokkantságot jövendöltek neki.

Magyarázatok. Ezzel kapcsolatban helyénvaló most megemlíteni Victor Hugo A nevető ember című könyvében leírt módszert (aminek segítségével önző, kapzsi célből nagyon csúnya alkatú gyermekeket – gyermekszörnyeket – tudtak kifejleszteni bűnöző, alvilági emberek). Ezt a módszert az író „fordított ortopédiának” nevezte. A normális kisgyermeket különös alakú, fedél és fenék nélküli porcelánvázába ültették és éveken át ebben tartották. Ennek az lett a következménye, hogy a szerencsétlen kisgyermek fejlődésben lévő teste kitöltötte az edény belső terét és felvette annak alakját. A vázát ezek után széttörték, a kisgyermek teste azonban javíthatatlanul torz maradt. Ilyen váza szerepéhez hasonló szerepet a „jó” izomfűző is játszik, sőt: ennél nagyobb mértékben, ha a keménységét még fokozzák is intenzív fizikai terhelésekkel, köztük GYT-gyakorlatokkal is.

Leírjuk még egyszer az ilyenkor zajló folyamatot. Amikor a gerinc kezd elhajolni a szabályos anatómiai helyzetből, akkor a váz eltolódott elemeivel kapcsolatban lévő összes izom tónusa elváltozik. Egyes izmoknál hipertónus lép fel, más izmoknál pedig hipotónus. Ilyenkor maga az irányítórendszer adaptálja az egész TMSZ-t ehhez a helyzethez, és végeredményként – az önszerveződési folyamat keretében – az elváltozott tónust ezen izmoknál organikusan rögzíti. A hipertónusba került izmok átalakulnak olyan keménységűvé, ami a deformációval szembeszállni képes mechanikai erők létrehozásához szükséges (állandó energiafelhasználás nélkül). (A hipertónus olyan izomösszehúzódnak, ami a szervezettől nagy energiafelhasználást igényel.) A hipotónusba került izmok részben elsorvadnak (atrofizálódnak), mivel a szervezet többé nem használja ki korábbi erejüket. Ily módon a deformációs zónában a TMSZ-IR saját maga ügyel az erők egyensúlyára azzal, hogy mindegyik működésbe vont izomnál ő adagolja az organikus átalakulás fokát, az organikus elkorcsosulás mértékét.

Ahhoz, hogy az ilyen beteg embernél saját izomerőinek segítségével lehessen korrigálni gerincének ferdeségét: a korrigálásban részt vevő mindegyik izom számára ki kell osztani a rá eső feladatot, és mindegyikükre pontosan kell adagolni a terhelést; ilyen módon kell arra törekedni, hogy ezek kompenzálják a deformáló erőket. A GYT-gyakorlatok alkalmazásakor azonban egyik gyakorlatfajta sem képes a hátizmok mindegyikére egyedileg – külön – hatni, mivel bármelyik mozgásfajta végrehajtása közben az egész testben tíz izom többszöröse egyidejűleg lép munkába. Ezenkívül figyelembe kell venni még azt is, hogy a scoliosisos deformáció – miként azt már többször is említettük – az egész TMSZ szisztémás destrukciójának nagyon súlyos fokozata. Ennél a fokozatnál az

organikus átalakulással rögzített izmok nem egyedül, nem önállóan léteznek, hanem a már régóta meglévő üledékes hiperstruktúrák részét képezik. A gerincferdülésnél kialakult izomfűző maga is egy közös üledékes hiperstruktúra, ami – jégtömbhöz hasonlóan – körülfogja az ember egész törzsét, és ebbe a hiperstruktúrába „belefagynak” az ember csontjai (a gerinc, a bordák, a lapockák). Ez a képződmény annál keményebb, minél súlyosabb fokozatú a destrukció. És ezt a patológiás közösséget, ezt a tömböt nevezik az orvosok izomfűzőnek! Ha az egészséges embernél nem lehet kiválasztani egyetlen hátizmot és csak azzal az egy izommal végeztetni a gyakorlatokat, akkor hogyan lehetne végrehajtani egyedi izomgyakorlatokat scoliosisos emberrel, akinek izmai már régóta mechanikailag szétválaszthatatlanok?

Így tehát elmondható, hogy a GYT elméletileg sem képes minőségi módon megoldani a deformációk kompenzálásának feladatát. Igaz, a valóságban a deformációkat nem kompenzálni kell, hanem az okukat kell megszüntetni: a nem-anatómiai terheléseket létesítő organikus szövetátalakulásokat (szövetelfajulásokat) kell megszüntetni. A beteg gyermekekkel végeztetett GYT viszont súlyosan megzavarja az izomerőknek azt az egyensúlyát, amit a TMSZ-IR elért a stabilitás fenntartásának folyamatában. Az organikus elváltozáson átmenő izmok „felpumpálására” irányuló kísérlet az ilyen izmok még nagyobb mértékű, még súlyosabb átalakulásához vezet: olyanhoz, amilyent nem irányozott elő az irányítórendszer. Az órákon keresztül tartó intenzív fizikai gyakorlatok még az abszolút egészséges izmokban is sokáig fennálló, visszamaradó izom-összehúzódnást (hipertónust) hoznak létre. Az organikus átalakult izmokban pedig – amikben már az anyagcsere is rendellenessé vált – ez a terhelés állandó hipertónushoz vezet, amit a TMSZ-IR (energiamegtakarítási céllal) ismét, feltétlenül organikus átalakítással fog rögzíteni. Ez azonban már nem lesz arányban a deformációval; ez az átalakulás egy vaskeményességű páncélköpeny létrejöttéhez vezet, ami a kisgyermek fejlődésben lévő csontjai számára áthághatatlan akadályt fog képezni. Ennek eredményeként elkezdődik a gerinc gyors ferdülése, amit sokszor megfigyeltünk a szakosított internátusokból eltávozott gyermekek rehabilitációjánál.

Ezért jobb, ha az orvostudomány a nem-szelektív (az izmokat különválasztani nem képes) korrekciós módszerek segítségével egyáltalán nem avatkozik be a deformációs folyamatba, mint az, ha beavatkozik (mert ezzel a „fordított ortopédia” segítségét veszi igénybe).

22. Szokatlan, súlyosbodó scoliosis gyógyításának legérdekesebb esete

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: N. P., 1966.

Szakma: közgazdász.

Tartózkodási hely: Magyarország, Veszprém.

Megfigyelési időszak: 1991–1998.

Panaszok. 16 éves korában sérülés érte és a háta átalakult egy hatalmas púppá. Állandóan fájdalmat érez az egész gerincében; nagyon fájnak a vállai és a nyaka. Általános gyengeség, szédülésrohamok, erős, szaggató fájások a keresztcsontban és a csípőízületekben.

Gyógyítás orvosi intézetekben. 17 éves korától rendelőintézeti nyilvántartásba van véve kyphoscoliosis miatt. Sokszor vett részt gyógyító kurzusokon beutalt, fekvő betegként is, és bejáró / ambuláns betegként is. Állandóan járt gyógyfürdőkbe, részt vett

fizioterápiás kezeléseken, a gyógytornagyakorlatokat fokozott erővel törekedett végrehajtani. P. sok híres ortopédussal és csontkováccsal konzultált, ezekkel gyógyíttatta magát, púpja azonban továbbra is megállíthatatlanul nőtt.

Primer SZRT-diagnosztika. A páciensnek nagyon erős kyphosisa van. Ennek megfelelően nagyon súlyos fokozatú a gerinc nyaki és deréktáji lordosisa, ami (a rohamosan progrediáló destruktív folyamatra adott válaszbán) a TMSZ adaptációja és önszerveződése során, ezek következtében jött létre. Ezek a lordosisok már olyan súlyos stádiumba jutottak, hogy nem lehet kitapintani a csontos kinövéseket (a tövisnyúlványokat). Tapintás közben olyan érzés támad, mintha a kéz feneketlen gödrökbe esne, amik merev és szilárd gumidarabokkal vannak megtöltve. Ezek a gumirétegek az összehúzódott, később azonban organikusan átalakult izmokból képződtek, amik erővel a púphoz húzták, majd ehhez odaszorították a fejet is és a medencét is. A karok, a lábak és a medence disztrófiás, vékony és alig észrevehető az óriási „púp” (a hatalmas üledékes hiperstruktúra) hátterében; ugyanis a hát az, ami ilyenné változott.

Amikor P. a hasán fekszik, akkor úgy tűnik, mintha egy hatalmas kerek páncélba bújít óriási teknősbéka feküdne az ember előtt, amiből alig láthatóan, alig áll ki a kis fej, a medence, a karok és a lábak. Nemigen hasonlít emberi alakra. Amíg ezzel a pácienssel dolgoztunk, „emberhegynek” hívtuk magunk között. A csigolyák, a bordák, a lapockák be vannak szorítva a hiperstruktúrába: nagyon gyengék, rendkívül vékonyak, műanyag-szerűek. Ezzel szemben az átalakult, elfajult izmok kövérek, puffadtak és kemények, mint a kő. Ezek nyomták a gerincet, és ezek hajlították meg úgy, mintha íj lenne; tömegükkel ezek zárták el a vér útját a test összes többi részéhez, a belső szervekhez. Ezért váltak élettelené, szárazzá, teljesen izom nélkülivé a karok is, a lábak is, a medence is; helyesebben mondva ezeknek az izmaiból csupán egy egészen vékonyka réteg maradt meg, ami hozzánőtt az alatta lévő csontokhoz is és a bőrhöz is.

Síralmas állapota ellenére P. magabiztosan viselkedett. Büszkén és kihívóan kijelentette már a küszöbön, hogy gyógyulást keresett sok hírességnél, de ezek nem tudtak neki segíteni, a pénzt viszont elfogadták. Kijelentette, hogy mi még kevésbé tudunk segíteni rajta, de ő úgy döntött, hogy kivétel nélkül minden specialistát felkeres, hogy kipróbálja az összes létező gyógyítási módot. Továbbá ultimátumot jelentett be, miszerint – bár jelentős pénzforrással rendelkezik – nem fog fizetni nekünk addig, amíg nem lát eredményt.

Az 1. példában említettük már, hogy azok az emberek, akiknek súlyos testi torzulásai vannak, (a TMSZ-elemek organikus elváltozásai által kiváltott, egész szervezetet érintő vérkeringési és beidegzési zavarok következtében) kitűnnek az állapotukhoz, helyzetükhöz nem illő viselkedéssel, kellemetlen, rossz jellemmel, és az ilyen betegeknek kilengések jelentkezhetnek pszichikai, morális és értelmi állapotukban. P. esetében teljesen valószínűnek tűnt az értelmi hanyatlás. Ez bekövetkezhetett amiatt, hogy a struktúrája nem kapott elegendő táplálékot. Hiszen a púpja akadályozta az agyi vérkeringést és a gerincvelő-folyadék normális áramlását is; emellett megnehezítette a lélegzését is, ami állandó oxigénhiányt idézett elő a vérben, s ezzel negatívan hatott az agy tevékenységére.

Úgy tettünk, mintha észre sem vennénk inadekvát viselkedését (hiszen ahelyett, hogy egyszerűen, szerényen segítséget kért volna, egyszerre kért és fenyegetett is, ami nem volt logikus). A reménytelennek látszó esetnek mégis nekiálltunk, az ennyire beteg ember iránti sajnálatból kiindulva, hiszen jól tudtuk, hogy rajtunk kívül senki nem tud segítséget nyújtani neki.

Magyarázat. P.-t a természet magas termettel áldotta meg. Amikor sérülése történt, úgy tűnik, már elég magas volt, de növekedési periódusa (16 év) még nem zárult le, és a deformáció ezért ment át ilyen továbbfejlődő folytatásba. Amikor a gerinc teljesen kifejlődött és nem nő tovább, akkor – a felnőtt embereknél – az életveszélyes és az egészségre ártalmas gerincsérülések, amik kétségtelenül patológiás folyamatot képviselnek, általában nem vezetnek olyan súlyos fokozatú gerincferdüléshez, mint ami tipikus a gyermekeknél, akiknek teste egyidejűleg tovább nő és ferdül. A gyermekkori gerincferdülés képződésének okaira vonatkozóan az orvostudomány sokféle változatot állított fel. SZRT-módszereink hosszú idő óta történő alkalmazásával szerzett gyakorlatunknak köszönhetően mi viszont tudjuk, hogy a patológiás folyamat – bármi is volt a kiváltó oka – minden esetben ugyanazon forgatókönyv szerint fog tovább fejlődni: a TMSZ szisztémás destrukciójára vonatkozó elmélet szerint.

A TMSZ bármelyik eleménél bekövetkezett bármilyen eltérés (a szabályos anatómiai státusztól) elindítja a TMSZ szisztémás szervezetének univerzális bomlási folyamatát (pusztulását), ami kifejezést nyer:

- passzív anatómiai egységeinek – kölcsönösen előidézett, egymásnak kölcsönösen okozott – térbeli eltolódásában (a csontoknál, a kötőszalagoknál stb.);
- valamint aktív egységeinek (az izmoknak) a tónusváltozásában.

Egy idő után (az energiamegtakarításra törekvő irányítórendszer által bekapcsolt önszerveződési mechanizmus erejénél fogva) ezek az elváltozások organikusan rögzülnek, azaz a TMSZ elemei és szövetei organikus átalakulásba mennek át, amit a szervezet saját erejével nem képes visszafordítani. Ezt a patológiás folyamatot mindig körülveszi (magával ragadja) a pozitív visszacsatolás, és attól kezdve úgy viselkedik, mint a tűz: minél több tárgy ég, annál erősebb a láng, és minél erősebb a láng, annál több tárgyat érint meg. Ha egy kétéves kisgyermeknél csak kismértékű gerincelhajlást érzékelnek a rehabilitológus kezei, és nem jeleznek nagy eltolódást a medencénél, a csípőízületeknél, a mellkasnál és a lapockáknál, akkor az ezekhez kapcsolódó izmok állandó feszeségét vagy ellazulását (petyhüdségét) is kismértékűnek érzik a kezei (amennyiben ezek az izmok már organikusan átalakult állapotban vannak). A 12 éves gyermeknél viszont ez a spontán zajló, szabadon, szervezetlenül működő – romboló – folyamat (ami ezen évek alatt továbbra is fennmaradt és erősebbé vált) az ember teljes átalakulásához vezet: torzzá, bordapúpos törpévé változtatja.

Említést kell tenni arról, hogy a szabályos anatómiai státusztól való legelső eltérést sohasem sikerül észrevenni. Miért? Azért, mert erre adandó válaszként rögtön bekövetkezik a TMSZ stabilitásának zavara és a szisztémás válasz, ami az egész TMSZ-ben bekövetkező kompenzáló elváltozásokból áll. Ezeket, vagyis ezt a folyamatot a TMSZ-IR szervezi és ellenőrzi azzal a céllal, hogy fenntartsa a test térbeli stabilitását. A rendellenességek említett komplexuma tehát egyidejűleg lép fel az egész TMSZ-ben, és nem lehet tudni, hogy ezek közül melyik volt az első. Ezért bármikor kezdjük el a diagnosztizálást, mi már az eltolódások és az organikus elváltozások komplexumával találkozunk, és nehéz megmondani, hogy mindez mivel / hol kezdődött: a hátgerincnél, vagy (lehet, hogy) a medencénél, vagy a mellkasnál.

Ez azért van így, mert a rendszercél (azaz a test térbeli stabilitásának) elérésére irányuló folyamatban a TMSZ ezen elemei és az összes többi eleme egymással egyenértékűnek / egyenlőnek számít. Továbbá azért is, mert – amennyiben ezek az elváltozások tartósak, akkor – már léteznek (korábban bekövetkeztek) az őket előidéző okok, az organikus elváltozások az izmokban, a szalagokban és a csontokban (de nem mind-

egyikben, hanem csak azokban, amelyek szabálytalan helyzetben vannak az új, stabil, az etalonhoz képest azonban már patológiás helyzetben).

Néhány mondattal ezelőtt azt a kifejezést használtuk, hogy „a spontán zajló, szabadon, szervezetlenül működő, romboló folyamat”. Igen, ez a folyamat nincs szabályozva, hanem a spontaneitásnak van kitéve, mivel az orvostudományban és az orvosi gyakorlatban sehol nincs közölve, nincs bemutatva, hogy a TMSZ elemeiben keletkezett organikus elváltozásokat hogyan kell gyógyítani akkor, amikor a szervezet már nem képes őket saját erejével visszafordítani. Képes lenne erre a fűző vagy a GYT? Vagy létezik olyan készítmény, amelyik képes visszafordítani a deformációba bevont összes elem degeneratív-disztrófiás elváltozásait? A világ orvostudománya jelenleg az általános erőnlétet fokozó tornát és a gyógytornát tolja előtérbe. Azt hirdeti, a TMSZ minden megbetegedésére ezek jelentik a panaceát (minden betegség gyógyító varázsszerét, a „csodagyógyszert”). „Erősítse izmait!” felhívást hangoztat minden második – majd-hogynem minden – könyv, ami a TMSZ-ben keletkezett patológiás elváltozás ilyen vagy olyan módon történő gyógyítása problémájával foglalkozik. Ez nagyon hasznos tanács, de csak az egészséges emberek számára, preventív eszközként! Ha viszont olyan 3 éves kisgyermekről van szó, akiknek TMSZ-elemeinél – mindenekelőtt az izmaikban – már fennállnak az organikus elváltozások, az ilyen tanács nem hasznosítható! És egyetlen hátfájástól szenvedő embernél sem, hiszen panaszuk jelentkezésének időpontjára gyakorlatilag átalakult már az egész test, és az elváltozások odáig súlyosbodtak, hogy nincsenek is már izmok, csupán ezekből összeragadt, összepréselődött konglomerátumok léteznek!

Az így létrejött konglomerátumokban, az ilyen üledékes struktúrákban és hiperstruktúrákban semmilyen mozgásnál (tehát a fizikai gyakorlatoknál és a GYT-nél) sem tekinthetők standardnak a mechanikai erők, valamint ezek továbbítása, az erőátvitel! Az ilyen gyakorlatok szakító jellegű nem-anatómiai erővel támadnak a beteg gerincére. Ki tudja, mennyi kárt okozott a scoliosisos gyermekeknek ez a könnyelmű, deklaratív jellegű, izomerősítést hirdető idea? Ki tudja megmondani, mennyi csigolyaközi sérv róható fel ennek a panaceának a számlájára?

Orvos urak! Fordítsák meg az organikus elváltozott izmokat, csontokat, szalagokat, zsigereket, izompólyákat, amik mindig kísérői a TMSZ etalontól való – időben elhúzódó – bármilyen eltérésének. Likvidálják a TMSZ-elemek szabályos anatómiai helyzetüktől való eltolódásait. Utána pedig erősítsék meg az önök által feltámasztott izmokat. Ezeket előbb tegyék egészségessé! És csak ezek után foglalkozzanak az edzésekkel, de nehogy túlbuzgón, mert a túlzott terheléstől remanens feszültséggel telt izmokat a TMSZ-IR ismét az organikus átalakulás állapotába fogja vinni, ami lépten-nyomon meg is történik. „Amiért küzdöttek: attól megsérültek!” – mondja az ismert orosz közmondás, ami teljes mértékben illik a GYT-re, amit most egyre nagyobb gyakorisággal alkalmaznak. Megemlítenéd azonban, hogy a GYT népszerűsége részben az orvosok felelősségtől való szabadulási vágyának köszönhető. Ők szeretnék levenni magukról annak felelősségét, hogy nem képesek meggyógyítani a TMSZ patológiás betegségeiben szenvedőket. Ezért aztán azt mondják nekik: ti magatok vagytok bűnösök abban, hogy betegek vagytok, mert lusták vagytok tornázni, testedzéssel foglalkozni.

Ebben az a paradox, hogy ugyanazok az ortopédus orvosok és traumatológusok beszélnek így, akik maguk is:

- jól ismerik a szervezet azon tulajdonságát, hogy – traumák esetén – igyekszik organikus elváltozással, gyorsan fixálni a TMSZ szabálytalan helyzetbe került elemeit;

- jól tudják, hogy haladéktalanul el kell kezdeni a traumáknak (a töréseknek, a ficamoknak, a szalaghúzódásoknak) a gyógyítását.

No de mindkét esetben ugyanarról a TMSZ-ről van szó, amelyik egyformán viselkedik (a nagyon súlyos trauma esetében is és a szabályos anatómiai státusztól való eltérés nem súlyos esetében is), ha elemei eltértek etalon helyzetüktől. Ezért ugyanolyan gyorsan, mint a traumánál, meg kell keresni az ember testében az elemek térbeli eltolódását és az őket rögzítő organikus elváltozásokat; és ugyanolyan gyorsan kell elhárítani ezeket, mint a trauma esetében: és ez elsősorban az izmokra vonatkozik. Igaz, hogy a gyakorlatban nehéz ezt megtenni, mivel minden ember munkavégzés közben és – általában – élete folyamán állandóan halmozza a szabályos anatómiai státusztól való eltéréseket. Ezért mi kidolgoztunk egy olyan – saját – technológiát (a szisztémás rekonstrukciós terápiát), ami lehetővé teszi ezen eltérések felismerését és likvidálását egyeztetett időszakonként. Azonban világosan – és határozottan – tudni kell, hogy az ember számára az a legjobb, ha ezt a technológiát minél hamarabb alkalmazzák, mert annál hamarabb lehet helyreállítani a szabályos anatómiai státuszt. Ezért az SZRT preventív alkalmazása nagyon hatékony módszer a TMSZ súlyos patológiás betegségeinek a megelőzésére. Ha rendszeres időközönként, legalább félévente egyszer a gyermekek preventív szeánszon vesznek részt, akkor soha nem lesz nekik se scoliosisuk, se kyphosisuk. A kétéves, kicsiny gyermek TMSZ-ének helyreállítása egy SZRT-kezelés alatt megtörténik. Ha azonban hagyják, hogy a szisztémás destrukció menjen a maga útján spontán (ismételten mondjuk, hogy éppen ez történik mindig), akkor a kisgyermek rövid időn belül bordapúpot kap, ami majd egész életét végigkíséri.

Ilyen esetben hogyan alakulnak az események a későbbiek során? Ha kissé elferdült a gerinc, akkor a TMSZ-ben máris keletkeztek – még ha nem is nagy, de – szabálytalan nem-anatómiai terhelések. A TMSZ kezdi elveszíteni stabilitását, és, hogy ez ne következze be és megőrizhesse a stabilitását, bekövetkezik a medence, a csípőízületek, a mellkas elmozdulása. A velük kapcsolatban álló összes izom tónusa emiatt megváltozik; ennek következtében egyes izmok túlságosan feszesek lesznek, más izmok viszont elgyengülnek. A TMSZ-IR nyomon követi, figyeli az izomműködésben bekövetkezett ilyen működésmódot (működési rezsimet); és (mivel az izmok a szervezet fő energiafelhasználói, és a TMSZ-IR energiatakarékosságra törekszik) organikus destrukcióval rögzíti az izmokat az elváltozás nyomán keletkezett új helyzetben (ilyenkor a szükséges erők kialakulnak izomfeszítés nélkül). Vagyis a TMSZ-IR fixálja az új, stabil helyzetet. Ezután már ez a helyzet fog fennmaradni mindaddig, amíg nem történik új eltolódás. A kisgyermekeknél azonban a TMSZ elemeinek a növekedése még tart, tovább folytatódik, ami – ebben a megváltozott helyzetben – eltolódásokat von maga után. A szisztémás destrukció következtében a különböző elemek növekedése különböző sebességgel történik: a nem sérült elemek normálisan fognak növekedni, a sérült elemek viszont lassabban (lassított sebességgel). Emellett az ilyen elemeknél degeneratív-disztrófiás elváltozások is fellépnek. Ennek az a következménye, hogy a szóban forgó elemek mérete, egymáshoz viszonyított aránya rendellenessé válik, és zavar lép fel az egész szervrendszerben. Vagyis eltolódás keletkezik a TMSZ térbeli konstrukciójában, és – ezzel egyidejűleg – új nem-anatómiai terhelések jönnek létre. Emellett, ezzel párhuzamosan zajlik egy másik folyamat is: az izmok lefékezése (leblokkolása), valamint az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák képződése. Az utóbbiak maguk is létesítenek új nem-anatómiai terheléseket, és saját obulusaikkal hozzájárulnak a szisztémás destrukció folyamatának súlyosbításához. A nem-anatómiai terhelések lépésről lépésre görbítik

a gerincet, elcsavarják a mellkast, a medencét. Az irányítórendszer azonban a szisztémás destrukciós folyamat mindegyik menetében / fordulójában ellenőrzi a helyzetet és törekszik megőrizni a TMSZ stabilitását is és más funkcionális képességeit is. Pontosan a TMSZ adaptációs és önszerveződési képességének köszönhetően azonban a gerincferdülések többsége stabilizálódik az 1-es és a 2-es súlyossági fokozatban; a gyermekek pedig még a 3-as és a 4-es súlyossági fokozatnál is képesek élni, mozogni, dolgozni. Valószínűleg ez engedte meg az amerikai tudósoknak azon következtetés levonását, hogy az ember életminősége nem nagyon romlik a gerincferdüléstől [67]. Természetesen az életminőség már nemigen különbözik egymástól, és már – szinte mindenkinél – egyformán rossz akkor, amikor:

- a földgolyó mindegyik lakójának TMSZ-ében már szétterjedt destrukciós folyamat áll fenn (szinte mindegyikük szenved a hátfájástól),
- a gyermekek felénél már különböző fokozatú gerincferdülés létezik.

Rehabilitáció. Térjünk vissza páciensünkhöz. Amikor a gyermekeknél elkezdődik a gerincgörbülés, akkor patológiás betegségük fokozatosan és lassan alakul ki. Ilyenkor a TMSZ-IR átalakítgatja a csont-izom rendszert: az esetek többségében enyhíti elemeinek az eltéréseit / elhajlásait és ezeket „átlagolja”. A 16 éves koráig normálisan fejlődő P.-nél – a trauma után – a deformálódás hirtelen és durván zajlott le. Magas termete miatt az IR olyan megoldást talált a TMSZ stabilitásának megőrzésére, hogy az egész hátát egy hatalmas, kerek „teknősbékapáncélba” csavarta.

Ez a deformálódás nagyon súlyos és veszélyes változata. Először is: ettől erősen szenvedtek a tüdők és a szív; másodszor: a lordosis mélyén olyan gerincdeformáció alakult ki, ami P. esetében – elkerülhetetlenül – inzultushoz (gutaütéshez / apoplexiához) vagy bénuláshoz vezethetett volna, nem is beszélve ezek előzetes hírnökeiről, a csigolyaközi sérvekről. Páciensünk mindössze 25 éves volt, és nem lehet tudni, mennyit élt volna még, ha nem menti meg az SZRT. Léven fiatal ember: megrémült alakja rútságától, eltorzultságától; mi viszont, amikor megláttuk, az életéért kezdtünk rettegni.

Az orvostudomány azt állítja, hogy „gyógyítja” a scoliosisokat a fűzőkkel, a gyógytornával; ugyanakkor a kyphosisra vonatkozóan egyenesen kijelenti, hogy gyógyíthatatlan. Az SZRT tekintetében viszont ennek pont az ellenkezője érvényes: a kyphosis sokkal kisebb problémát jelent az SZRT részére, mint a scoliosisok. Hét SZRT-kezelés után P. eljött hozzánk és ünnepélyesen átadta nekünk az addigi kezelésekre vonatkozó csekket, mivel ekkorra felére csökkent a púpja. A rendszerint hallgatag és komor fiatalember bőbeszédűvé vált és közölte, hogy amikor találkoznak vele a szomszédai és a kollégái, akkor mindnyájan csodálkoznak azokon a bámulatos változásokon, amik vele történtek; és azt is észrevette, hogy a háta mögött sugdolóznak. P. türelmes volt: rendszeresen látogatta rendelőnkét másfél éven át. Ugyanis nagyon sok időt töltöttünk el a gerinc nyaki szakaszán és deréktáján kialakult degeneratív-disztrófiás elváltozások likvidálásával. Itt sok erőt kellett kifejtenünk és ügyességet, hozzáértést alkalmaznunk, mivel éppen itt rejtőzködött a fő veszély. Így aztán, amíg a lordosisok nem egyenesedtek ki, a kyphosis kiegyenesedése is leállt.

Hetente egy SZRT-kezelésre került sor. 50 rendszeresen végrehajtott kezelés után a púp eltűnt, de az alak még nem volt ideális, mivel a páciensnek mégiscsak kyphoscoliosis volt, és még sokáig fennmaradt a vállmagasságok közötti különbség. P. szerette volna, ha az alakja kifogástalan, és ezért még egy éven keresztül járt hozzánk, havonta egyszer. Ezután áttért a félévenként egyszeri látogatásra. Ezek után sudár alkatú, szép férfivá vált és többé nem jár hozzánk.

Egyszer, egyik szeánsza alatt eljött hozzánk a helyi újság tudósítója. P. ekkor saját maga kérte arra, hogy írja meg, hogyan szabadult meg a púpjától, és micsoda szerencse számára az, hogy a strandon levetkőzve többé nem különbözik a többi embertől. „Állandóan jártam egyik szakembertől a másikig; állandóan hittem abban, hogy létezik olyan specialista, aki majd meggyógyít engem, és ezért állandóan kerestem”. Ezek a szavak mutatják, hogy fel sem fogta: a véletlennek köszönhetően pont oda (arra a kivételes, egyedülálló helyre) került, ahol egyáltalán segíthettek rajta. Ebben a kiváló, jól képzett közgazdászban, ebben az – egyoldalúan – okos emberben egyáltalán nem tudatosult (és ez tipikus a TMSZ hasonló patológiás folyamatának eseteinél), hogy (ha az orvostudománynak nincs elmélete a patológiás gerincferdülés folyamatának a megmagyarázására, akkor ebben) az orvos-szférában nem is létezhetnek olyan szakemberek, akik gyakorlatilag képesek lennének likvidálni az ilyen elferdüléseket. Mi ezt többször is elmondtuk neki válaszként arra a kérdésére, hogy „Korábban miért nem gyógyított meg engem senki?” A hírességek felkeresésére fordított fáradozásai eleve kudarcra voltak ítélve, mivel nem a mi rendelőkbe került.

Annak ellenére, hogy P. lelkesen és felsőfokon dicsérte munkákat, mégis azt kérte a tudósítótól, hogy valódi nevét változtassa meg; ez meg is történt a Veszprémi 7 nap című, 1995. május 5-ei újságban közölt cikkben (és jelen példában is). Mi azonban úgy gondoljuk, hogy valódi neve mindennél jobban tanúsította volna háláját. S bár nincs szükségünk reklámra, az mindig jólesik, ha a páciensek valódi nevét is lehet közölni a valódi gyógyulásokat ismertető példák leírásakor; mégpedig azért, hogy ezáltal az emberek még egyszer meggyőződhesenek arról, hogy a szerzők nem agyaltak ki semmit és nem szépítettek semmit. Hiszen ahány specialista van, annyi a hangzatos állítás: „Mi meggyógyítjuk a scoliosist, a kyphosist, a csigolyaközi sérveket”. Káprázik a szem a sok reklámtól, miközben a valóságban még az egyszerű „hátfájás” is világméretű orvosi problémának számít ma is. Írjuk azonban P. (névtelensége megőrzésére vonatkozó) kívánságát a viselkedésével nem egyező valóság számlájára, mivel ez még egyszer hangsúlyozza azt, hogy a TMSZ korcsosulásakor rendszerint meggyöngyül az ember idegrendszere is és a pszichikuma is. Éppen azért is kell már 2–5 éves korban kiegyenesíteni a gerincoszlopot, hogy a TMSZ szisztémás destrukciós folyamatának ne engedjük meg, hogy eltorzíthassa nemcsak az ember alakját, de a jellemét és a gondolkodását is.

23. Scoliosis, bodapúp, gerincfájdalmak, csípőízületi fájdalmak, csontritkulás (osteoporosis)

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: K. I., 1926.

Szakma: nyugdíjas, de még dolgozó mérnöknő.

Tartózkodási hely: Magyarország, Budapest.

Megfigyelési időszak: 2000–2004.

Panaszok. 4-es fokozatú scoliosis, bordapúp; fáj az egész hátgerinc, főként a derék táján. Fájnak a csípőízületek, ezért a páciens sántít. Csontritkulás (osteoporosis), magas vérnyomás: 180/120 Hgmm, fejfájások. Szédülések fogják el, ezért csak az egyik oldalán tud feküdni. 1991-ben inzultust (apoplexiát/gutaütést) „hordott ki”; azóta kezei állandóan remegnek, és – állandóan – képtelen visszatartani a vizeletét.

Gyógyítás orvosi intézetekben. Sokszor gyógyították már bent fekvő betegként; állandóan kezelésre járt ambuláns betegként és minden évben gyógyfürdőn kúráltatta

magát. Előrehaladott csonttritkulása miatt a hátgerinc deréktáji szakaszán a csigolyák rongálódnak, instabil lett a gerincoszlop, és stabilizáló operáció vált szükségessé. A súlyos csonttritkulás miatt az orvosok visszautasítják az operáció elvégzését. K. I. naponta vesz be fájdalomcsillapító készítményeket.

Primer SZRT-diagnosztika. A páciens egyik oldalára sem tud hajolni, és a hátán sem tud feküdni. Az egész hátgerinc nagyon görbült, főként a derék tájékán, ahol a csigolyák eltolódtak a has irányába és kitapinthatatlanok. A mellkas teljesen leereszkedett a derékre, és a törzs elképesztően rövidde vált. A test egész izomtakarója átalakult és átváltozott egyetlen kiszáradtnak tűnő, nem homogén üledékes hiperstruktúrává: ez sok tömör szalagból áll, de vannak benne elszórt részek is. A medencecsont erősen elferdült, s ezért olyan benyomása támad az embernek, hogy a lábak nem egyforma hosszúságúak. A lábak keskenyek, elvékonyodtak; járás közben K. I. sántít. A csípőízületek eltolódtak, tömör ránövésesek vannak rajtuk, amik kidudorodnak a bőr alól és erősen fájnak. A derék tájékán egy hatalmas ödéma helyezkedik el. A nyaki csigolyák különböző síkokban vannak eltolódva.

Rehabilitáció. Mivel a páciens nem tudott feküdni, 2 kezelésen ülve vett részt. Először a vízenyőtt „vezettük le” és elkezdtük aktivizálni az összes izmot. Ezzel egyidejűleg arra törekedtünk, hogy szétválasszuk (dezintegráljuk) az üledékes hiperstruktúrát és elválasszuk a mellkast a medencétől, mivel ezeket egymáshoz erősítette egy (organikusan átalakult izmokból álló) „szalagöv”. Két kezelés alatt sikerült kicsit visszatenni a helyére a mellkast és a medencét (azaz sikerült ezeket kissé közelebb hozni szabályos anatómiai helyzetükhöz). Ezután K. I. kezdett hajladozni; a gerincoszlopban – a deréktáj kivételével – mindenütt elcsitultak a fájdalmak.

Öt kezelés után a mellkas és a medence eltávolodott egymástól, és majdnem teljesen szabályos helyzetet foglaltak el a frontális síkban. Említést kell tenni arról, hogy K. I. kezdetben havi egy kezelésen vehetett részt, mivel csontjai túlságosan gyengék és törékenyek voltak. Ezért időt kellett hagyni az irányítórendszernek ahhoz, hogy helyreállíthassa a TMSZ szöveteinek normális összetételét. A folyamat gyorsítására törekedve – javaslatunkra – K. I. marhaizületekből (marhacsontokból) készített csontlevest evett 2 hónapon keresztül. Ez idő alatt csontjai megerősödtek, ami után a visszahelyezésükhöz szükséges mechanikai erővel lehetett már hatni rájuk, és nem féltünk attól, hogy kárt okozunk nekik.

Amikor megszűnt a derékfájás (azaz 5 kezelés után), akkor a fájdalom már csak a csípőízületekben maradt meg. Mindegyik kezelés alatt arra törekedtünk, hogy az ízületeket sikerüljön visszatenni a helyükre, de ezt akadályozták a rajtuk képződött ránövésesek. Sokáig kellett vesződnünk velük, és csak az ART nyomás segítségével tudtuk őket feldarabolni (fragmentálni). Végül is 15 kezelés alatt sikerült őket szétoszlatni. Amint ez bekövetkezett, az ízületek eltolódtak és még erősebb fájdalmak léptek fel, mivel ezek a kinövésesek többé már nem támasztották az ízületeket. Megértettük, hogy ezek a ránövésesek a TMSZ önszerveződési folyamatában keletkeztek, és – lényegében – az idős hölgy egész csontvázát megtámadó szisztémás destrukció súlyos stádiumára adott válaszban léptek fel. Amikor a ránövésesek felszívódtak, eloszlottak, akkor kezdtek ezek az ízületek – jól – kitapinthatóvá válni; és ekkor fedeztük fel, hogy ezek mintha szárazak lennének; vékonyak és kicsik, mint a kisgyermekeknek. Eltelt újabb néhány hónap a vérkeringés aktivizálására az ízületekben és a közelükben lévő szövetekben. Ennek hatására az ízületek erőre kaptak, megnagyobbodtak és végül szabályos helyzetet tudtak elfoglalni.

Egy évig tartó munkánk után K. I. minden fájdalma megszűnt, köztük a fejfájása is; eltűnt a sántasága, a szédülése, a vérnyomása normális lett, kezei többé nem remegtek; eltűnt a csontritkulása is, és ezt a csontsűrűségmérés igazolta. A páciens még egy évig járt hozzánk, mivel férje észrevette, hogy kezd eltűnni felesége bordapúpja. Ezt a szomszédok is észrevették. Ekkor, váratlanul, azzal a kéréssel fordult hozzánk, hogy teljesen egyenesítsük ki, tegyük karcsúvá, jóllehet, már 75 éves volt. Szeretett volna legalább öregkorára megszabadulni a testtorzító púptól. Megígértük neki, hogy a púpját eltüntetjük, de nem garantáljuk, hogy ideálisan karcsú lesz. Egy év múlva bordapúpja valóban eltűnt. Kezdett normális női ruhákat hordani, könnyű anyagból készült női kosztümöket, blúzokat, jóllehet, a csípője kismértékben továbbra is eltolódott; ezt azonban szemmel alig lehetett érzékelni, és csak azok vették észre, akik ismerték őt korábban is és kötekedve vették őt szemügyre.

Kétévi kezelés után – összes panaszai közül – csupán az inkontinencia, a vizelet-visszatartási képtelenség maradt meg; de ez sem volt állandó, hanem csak ritkán fordult elő: olyankor, amikor a páciens szervezete valamitől legyengült. K. I. a mai napig jár hozzánk, havonta egyszer. Most vele együtt azon fáradozunk, hogy megfiatalítsuk a testét, mellét, arcát, és ebben jelentős eredményeket értünk el. K. I. most kitűnően néz ki; kinézetre 55 évesnek vélik, holott a valóságban már 78 éves, amit senki nem akar elhinni.

Magyarázatok. Szeretnénk megosztani olvasóinkkal a megfigyelésünket: az idős emberek – betegségeik ellenére, valamilyen oknál fogva – az SZRT hatását gyakran jobban hasznosítják, mint a fiatalok. Lényegesen nagyobb náluk a javulás dinamikája. Mi azzal próbáljuk ezt megmagyarázni, hogy szervezetük kialakulása olyan korban történt, amikor a mainál lényegesen jobbak voltak az ökológiai körülmények. Hiszen a mai fiatalok már pelenkás kortól kezdve betegeskednek, a szöveteik pedig gyengébbek. Emiatt a TMSZ-elemek biztonsági tényezője lényegesen kisebb, mint azoknál az embereknél, akik 50 évvel korábban voltak fiatalok.

24. Csigolyaközi porckorongsérvek, erős derékfájdalmak

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: R. K., 1948.

Szakma: gépész.

Tartózkodási hely: Magyarország, Balatonfüred.

Megfigyelési időszak: 1997–1998.

Panaszok. Rohamok formájában fellépő fájdalmak. Az erős fájdalom teljesen váratlanul lép fel a derék tájékán és átterjed a jobb lábra, egészen a talpáig; a láb ilyenkor elgyengül és elveszti érzékenységét. Mozgás közben, tüsszentéskor, köhögéskor a fájdalmak felerősödnek és olyan erők lehetnek, hogy néhány napig ágyban kell fekdnie. Fájdalmai némileg csökkennek, ha mind a két lábát fölemeli és kispárnával fölpolcolja.

Gyógyítás orvosi intézetekben. Rendszeres időközönként kórházi betegként gyógyították; az ágynyugalmat (az ágyban fekvést) betartotta; gyulladásgátló és fájdalomcsillapító készítményeket szedett. Az átmeneti enyhülés (a remisszió) ideje alatt fizioterápiás kezeléseken és GYT-foglalkozásokon vett részt, a fájdalmai azonban visszatértek, és emiatt R. K. ismét kórházba került. A CT (komputertomográfiás) vizsgálat két sérvet mutatott ki a gerincoszlop deréktáji szakaszán. Az operációt visszautasította.

Primer SZRT-diagnosztika. Az erős fájdalmak miatt R. K.-nak az arca (ugyanúgy, mint égő, vörös szemei) gyötrő kínokról árulkodik. Mankón jött hozzánk, mivel nem tud rá-

állni a jobb lábára, és ezt a lábát behajlítva tartja. A páciens arról panaszkodik, hogy mindkét lába zsibbad és elgémberedik. Vérnyomása: 200/120. A test minden izma kőkemény tömörséget tanúsít és egy közös üledékes hiperstruktúrát képez. A gerincoszlop vékony, mintha kiszáradt volna. A medence, a mellkas és a csípőízületek eltolódtak. Az organikusan átalakult izmokból álló tömör szalagok a medencéhez húzzák a mellkast. Emiatt ez ferdén ült a medencén, és annyira szorosan, hogy a hozzá közel eső oldalon lévő két utolsó borda eldeformálódott és egymáson feküdt. A gerincoszlop nyaki szakaszán lévő csigolyák egymáshoz képest – különböző síkokban – eltolódtak.

Rehabilitáció. Mivel a páciens nem tudott feküdni, az első öt SZRT-kezelésen állva kellett kezelnünk, a későbbiekben azonban már fekvő. Testének állapota az egész TMSZ súlyos szisztémás destrukciójáról árulkodott, ami már több évtizede fennállt. R. K.-nak – érdeklődésünkre adott – válaszai megerősítették azt a feltételezésünket, hogy – gyerekkorától kezdve – nehéz fizikai munkával foglalkozott, és nemritkán súlyos terheket kellett emelgetnie. Ez pedig mindig krónikus hipertónust hoz létre az izomzatban, amit a későbbiek során az izomszövet organikus destrukciója fixál visszafordíthatatlan megkeményedéssel. Az elfajult izmokban rendellenessé válik a bennük áramló folyadékok mikrocirkulációja. Az izomsejtek élettevékenységéből származó mérgező termékek elakadnak. Munkavégzés közben az ilyen izmok gyorsan vízenyőssé válnak, megdagadnak, ami még inkább fékezi a vérkeringést az ilyen izmokban is, és a TMSZ velük szomszédos elemeiben is. Fokozatosan létrejönnek olyan nagy zónák, amikben a vérkeringés rendellenessé vált: ezek az úgynevezett üledékes hiperstruktúrák. Idővel ezek a hiperstruktúrák egyesülnek még nagyobb közös hiperstruktúrákba, amik aztán a test egyre nagyobb szakaszaira szétterjednek egészen addig, hogy végül összeolvadnak egyetlen közös konglomerátummá, ami magában foglalja az egész vázat.

Az enyvhez hasonló üledékes zárványokkal egy közös masszává összeragadt, átalakult (elfajult) izmok elveszítik erejüket, rugalmasságukat, és a váz csontjaihoz szabálytalanul továbbítják az erőket. Emiatt olyan belső nem-anatómiai terhelések keletkeznek, amik eltolják helyükről az egyes lánctagokat (a medencét, a mellkast, a lapockákat) és szakító erőhatást gyakorolnak az egyes csigolyákra. Ennek következtében keletkeznek aztán a csigolyaközi porckorongsérvek. Meg kell említeni itt azt is, hogy amikor a destrukciós folyamat már ennyire szétterjedt az egész TMSZ-ben, akkor a porckorongok mintha kiszáradnának a bennük – és a test hozzájuk közeli szakaszaiban – létrejött vérkeringési zavarok miatt, és a porckorongok szövetei degeneratív-disztrófiás elváltozásokon mennek át. Emiatt a porckorongok összetömrödnek, megkeményednek, ami lényegesen fölgyorsítja a végzetes kimenetelt: a porckorong kidülledését / kitolódását a gerincvelő-csatornába, valamint a porckorongmagnak a csatornába esését a porckorong fibrosus-gyűrűjének résein át.

Hogyan lehet megelőzni a porckorongsérv képződését, kialakulásának a folyamatát, és hogyan lehet helyreállítani a TMSZ-szövetek egészségét? SZRT-kezelésekre kell járni, amik az üledékes hiperstruktúrák felderítésére és dezintegrálására (szétválasztására) és az izmokban keletkezett organikus elváltozások likvidálására irányulnak. Az izmok helyreállításának mértékében a test „kiszabadítja magát a bilincseiből”: beindul a vérkeringése az összes szövetben, az üledékes zárványok szétoszlanak, felszívódnak, és bekövetkezik az organikus elváltozások megfordítása az izmokban is, a porckorongokban is, a szalagokban és a csontokban is.

Rehabilitáció: R. K.-nál is hasonló sorrend szerint zajlott az SZRT. Öt kezelés után „kiszabadult a bilincseiből” és le tudott feküdni. Az ez után következő kezeléseket már

fekvő – és más – testhelyzetekben tudtuk rajta végrehajtani, amik megkívánták például a test előredöntését (vagy bonyolult elforgatását, vagy a lábak felemelését). Az ilyen sokféle testhelyzet lehetővé teszi a TMSZ összes rejtett hibájának kiderítését, valamint a mélyen fekvő elemeiben bekövetkezett elváltozások és eltolódások feltárását. Mind-egyik elem számára azt a pozíciót választjuk ki, amelyikben lehetővé válik működésének teljes terjedelemben való megfigyelése.

Tizenöt kezelés után teljesen helyreállítottuk az összes izmot és likvidáltuk az összes eltolódást: a csigolyáknál, a bordáknál, az egész mellkasnál, a medencénél és a csípő-ízületeknél. A vérnyomás normális lett, megszűnt minden fájdalom. Az ellenőrző vizsgálat szerint eltűntek a sérvok. Amikor az országos televízió filmet készített munkánkról, akkor páciensünk készségesen és örömmel mondta el, hogy hogyan menekült meg a műtéti beavatkozástól.

Hat év múlva véletlenül találkoztunk vele az utcán és érdeklődtünk az egészségéről. Válasza – szó szerint – az volt, hogy „nincs problémám az egészségemmel”.

25. Gyermekkori agykárosodás (GYAK) hatásai és gyógyítása gyermekkorban

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: D. Sz., 1999.

Szakma: gyermek.

Tartózkodási hely: Magyarország, Budapest.

Megfigyelési időszak: 2002–2004.

Panaszok. Annak ellenére, hogy D. Sz. már 3 éves volt, nem csak hogy járni, de mászni sem tudott, és a fejét sem volt képes tartani.

Gyógyítás orvosi intézetekben. Születésétől kezdve D. Sz.-en különböző kiterjedt vizsgálatokat végeztek Magyarország számos gyógyintézetében. Az anya elmondása szerint az orvosok nem tudnak olyan diagnózist felállítani, ami magyarázatot adna a gyermek ennyire különös állapotára. Az igazoláson, amit az anya mutatott, csupán az állt, hogy a kisgyermeknek izomelfajulása (myodystrofiája) van. Ismét az anya elmondása szerint a gyermeket fokozott gyógyszeres kezeléssel gyógyítják, állandóan kap masszázst, javulás még sincs.

Primer SZRT-diagnosztika. A kisfiú nagyon sovány, erőtlen. Feje különös alakú: hosszú, nagyon széles homlokrésszel. Mellkasa tölcsér alakú. A kicsi szemmel láthatóan angolkóros, amit a szülők nem fogadnak el, az orvosok véleményeire hivatkozva. A gyermek állandóan fekszik. Születése óta még soha nem tudta megtartani a fejét, soha nem tudott hasra fordulni, mászni, ülni, még kevésbé állni; ugyanakkor kezeit és lábait rendszeresen tudja mozgatni. Erősen bandzsít. Kora ellenére egy szót sem szól. A test minden izma petyhüdt, puha, valami érthetetlen, nyálkás anyaggal van feltöltődve. Az egyik talpa el van csavarodva és kifelé fordul.

Rehabilitáció. A kicsit kéthetenként hozták hozzánk. Kértük a szülőket, hogy vezessenek naplót és ebben rögzítsenek minden változást, ami bekövetkezik egy-egy kezelés után. Ennek a feljegyzésnek az alapján az alábbiakban ismertetjük a javulások dinamikáját.

Az első kezelés után változott a talp alakja. Kiegyenesedett és szabályos helyzetbe került. A gyermek aktívabb lett, már tudja tartani a fejét, próbál hasra fordulni és próbál enni.

A második kezelés után a kisfiú mozgulataival kezdte kérni, hogy állítsák talpra; ami-

kor ez megtörtént, akkor rátámaszkodott az ágy peremére és tett néhány lépést. A kezelés utáni második hét végére képes volt önállóan megtenni néhány lépést.

A negyedik kezelés után megjött a kicsi étvágya, ereje is megnőtt. Ez alatt a 2 hónap alatt 4 kilogrammot hízott. Az anyja után néhány szót megismétel, önállóan jár. Banzsása eltűnt, mellkasa kiegyenesedett.

D. Sz. összesen öt SZRT-kezelésen vett részt. Ezek után többé nem hozták hozzánk.

Egy év múlva a szülők elhozták kontrollkezelésre. A kisfiú aktív, mosolygós, csintalan, rakoncátlan volt, izgó-mozgó, mint minden vele egykorú gyermek. Minket különösen meglepett, hogy nemcsak helyesen beszélt, de helyénvalóan tréfálkozott is, ami a kicsi szellemi és pszichikai fejlődésének normális állapotát tanúsítja. A szülők nem panaszkodtak a gyermek egészségéről.

Magyarázatok. Ez a rendkívüli eset demonstrálja SZRT technológiánk meglepő hatékonyságát olyankor is, amikor a TMSZ-sérülések legsúlyosabb és kóroktanilag (etiológiailag) megmagyarázhatatlan eseteivel van dolgunk. Miért megmagyarázhatatlan? Számunkra ez mindenképpen az volt, mert a beteg gyermek szülei nekünk ezt állították, ezt erősítették. Mi azonban arra gondolunk, hogy ők tudatosan eltitkolták előlünk a diagnózist. Miután az emberek tudják, hogy tekintélyes specialisták írásos zárójelentése nélkül nem fogadunk olyan pácienseket, akiknek a TMSZ-ét és idegrendszerét súlyos patológiás folyamat terheli, rendszerint kijelentik: őket megvizsgálták és nem találtak náluk semmit, és emiatt nincs is írásos zárójelentés az állapotukról. Mi az ilyen betegeket elküldjük és azt mondjuk nekik, hogy hozzanak röntgenfelvételeket, ultrahangos vizsgálati véleményt, komputertomográfias megállapítást. Később az ilyen személyek újra megjelennek és azt mondják: „Kértünk ilyen vizsgálatot, de az orvos azt mondta, hogy nincs szükség rá”. Lehet, hogy ez egyáltalán nem igaz, de az is lehet, hogy ez a tiszta igazság. Magyarországon recept nélkül még az egyszerű orvosság sem kapható, és az orvos beutalója nélkül nem lehet vérvizsgálatot, laborelemzéseket, röntgenfelvételt, elektrokardiogramot vagy más vizsgálatokat kérni. Ilyen beutalót viszont mindig nagyon nehezen lehet kapni, állítják a betegek.

Kezdetben a csigolyaközi porckorongsérves betegeket elutasítottuk, mivel nem voltunk biztosak abban, hogy az SZRT terápiával képesek vagyunk meggyógyítani ezt az igen komoly és sokakat érintő betegséget is. Mivel többen a kezelések előtt és után is készíttettek CT-felvételt – amit előttünk eltitkoltak –, ebből a kezelés befejezése, a panaszok megszűnte után kiderült, hogy a gerincsérv eltűnt. Ennek híre gyorsan elterjedt, ám tudták, hogy a gerincsérves betegek kezelését nem vállaljuk. Mivel mindenáron be akartak jutni hozzánk, ezért inkább eltitkolták előttünk a valódi diagnózist, azt mondták, hogy nekik egyszerűen csak lumbágójuk van. Később azonban többen visszajöttek és beismerték, hogy nem mondták el nekünk a teljes igazságot, elhozták és megmutatták annak dokumentált bizonyítékát, hogy a csigolyaközi sérvük eltűnt. Így ezeknek a „megtévesztéseknek” a segítségével derülhetett ki az általunk kidolgozott és alkalmazott szisztémás rekonstrukciós terápia újabb csodálatos eredménye: a csigolyaközi porckorongsérvre gyakorolt gyógyító hatása.

A fájdalom jellegzetessége és a megmutatkozó tünetegyüttes alapján természetesen gyanítottuk, hogy csigolyaközi sérvről van szó. Az említettek alapján kezdtünk fogadni egyre súlyosabb és súlyosabb állapotban lévő pácienseket, tudván azt, hogy:

- az SZRT módszer soha nem okozhat kárt a betegeknek, mivel eszközei közé semmilyen erővel végzendő fogás (manipuláció, nyújtó gyakorlat stb.) nem tartozik;
- néha előfordulhat, hogy az SZRT módszer nem tud segíteni.

Ily módon fokozatosan meggyőződünk arról, hogy az SZRT segítségével kedvező hatást lehet elérni a legreménytelenebbnek tűnő esetekben is.

Térjünk azonban vissza a betegeinkkel kapcsolatos esetekhez. Mi úgy gondoljuk, hogy ebben az esetben a GYAK valamilyen változata állhatott fenn, amihez angolkór és izomdisztrófia társult. Nagyon szemléletes tünetegyüttesek vezetnek minket ilyen vélemény felé: a kisgyermek hallgatagsága (nem beszél), a három éve tartó mozgásképtelenség, a bandzsaság, valamelyik talp görcsbeszorultsága és kontraktúrája (zsugorodottsága), az egész izomzatban fennálló markáns izomtónus-süllyedés. A GYAK olyan betegség, ami még nem teljesen ismert; lehet, hogy itt enyhe megnyilvánulási formáinak egyik esete állt fenn. A gyors javulásnak örvendező szülők azonban – nagyon – különös módon viselkedtek: öt kezelésre elhozták a gyermeket és azután eltűntek. Teljesen mindegy, hogy tudták-e vagy nem tudták a GYAK fennállásának valószínűségét, de (gyermekük három éve tartó mozgásképtelenségét megélve) nekik, akiknek beteg gyermekük javulását illetően ekkora szerencsájuk volt, – még néhány évig – semmi esetre sem lett volna szabad elmaradniuk a rendelőnkől, hanem maradniuk kellett volna úgy, ahogyan azt sokan mások meg is tették. Azért említjük meg ezt, mert a kontrollkezelésen nem nagyon tetszett nekünk a gyermek testtartása. Testtartásában valami halványan emlékeztetett a GYAK-betegek testtartására. Erre utalt a lábak ollószerű helyzete (jóllehet, nem élesen kifejezett formában), de a széttárt karok helyzete is, amikkel – úgy tűnt – a kisgyermek az egyensúlyt igyekezett megtartani. A legfontosabb, hogy mi az egész életére fennmaradó mozdulatlanságát meg tudtuk akadályozni; azt viszont már a szülőknek kell eldönteniük, hogy a kisgyermeket végleg egészséges állapotba akarják-e juttatni.

Ez a példa szemléletesen demonstrálja a TMSZ anatómiai státuszának kölcsönös kapcsolatát az egész szervezet vérkeringésével és innervációjával. Ismeretes, hogy a GYAK betegek csontvázának szerkezeti deformitásai a születés után nem tűnnek elő rögtön, hanem később, a fejlődés folyamán válnak észlelhetővé, az izomtónus rendellenességének következményeként. Az izomtónusnál a szabálytalan innerváció miatt lép fel rendellenesség, vagyis az irányítórendszer működési zavarai következtében. Minden bizonnyal a GYAK-hoz rögtön társult az összes izom disztrófiája, ami az angolkór miatt alakult ki. A disztrófia maga egy olyan patológiás folyamat, aminek hatására a szövetekben fölgyülemlenek az anyagcseréből származó – mennyiségileg és minőségileg elváltozott – melléktermékek. Amikor az ART nyomás segítségével az egész testben aktivizáltuk a vérkeringést, akkor ezek a melléktermékek kikerültek a szervezetből, ami azt jelenti, hogy ezzel együtt megszűnt mérgező hatásuk, ami elsősorban az agynál jelentkezett, de a szervezet más, létfontosságú szerveinél és rendszereinél is.

A tudomány – a szervezet általános egészségére vonatkozóan – ma még nagyon keveset tud az izmok egészsége által e téren betöltött szerepről. A hasonló példák azonban azt mutatják, hogy ez a szerep óriási és sokoldalú. Mi helyreállítottuk D. Sz. izmait; erre újjászületett az egész szervezete. Ezt a törvényszerűséget nemegyszer sikerült megfigyelnünk pácienseinknél, de azt nem sejtettük, hogy – az orvostudomány szemszögéből gyógyíthatatlannak számító patológiás betegségnél, a GYAK-nál – ilyen grandiózus hatása lehet.

Ha viszont a kicsinek mégsem volt GYAK-ja, akkor feltehető, hogy szélsőséges stádiumba jutott izomdisztrófia volt mozgásképtelenségének elsődleges oka, ami esetleg a fejlődés méhen belüli fázisában keletkezett. Az agya egészében véve egészséges volt, azonban erősen nyomták a mérgező üledékes zárványok, amik a szabálytalan anyag-

csere termékei. Tehát most megint, ebben az esetben is, mélyen átérezhettük, hogy az ilyen korai periódusban, amikor a szervezet kialakulása zajlik, kölcsönhatás áll fenn az izmok, az idegrendszer és a vérkeringési rendszer állapota között. Úgy tűnik, hogy az újszülött izmaiban keletkező anyagcserezavar az egész szervezetben mérgezést (intoxikációt) idézhet elő, ami teljesen elnyomhatja a csöppség élettevékenységét. A kis csöppségnek szélsőséges stádiumba jutott, heveny izomdisztrófiája volt, és ezt a patológiásan durva folyamatot jelen esetben még angolkór is súlyosbította. No de az is igaz, hogy valamennyiünknek, de főként a mai gyermekeknek az izmai – szó szerint – „tele vannak tömve” a szabálytalan anyagcseréből származó termékekkel. Az ilyen anyagcsere okai a helytelen táplálkozásra, a hipodinamiára (gyengeségre), a kedvezőtlen ökológiai körülményekre vezethetők vissza. Mindez sok esetben az egész izomszövet általános átalakulásához (elfajulásához, elkorcsosodásához) vezet, amivel gyakran találkozunk a munkánkban. Ilyen esetben csak az SZRT tarthatja fenn a szervezet normális állapotát azzal, hogy periodikusan eltávolítja az üledékes zárványokat és aktivizálja a vérkeringést. Ebben az értelemben tekintjük az SZRT-t panaceának, azaz minden betegséget gyógyító varázsszernek („csodagyógyszernek”).

26. Gyermekkori agykárosodás hatásai és gyógyítása felnőttkorban.

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: A. I. 1947.

Szakma: 1. súlyossági csoportba sorolt rokkant.

Tartózkodási hely: Ukrajna, Harkov.

Megfigyelési időszak: 1983–1987.

Panaszok. Gyermekkora óta rokkant, mivel születésétől kezdve GYAK-ja van. Nem tud önállóan mozogni, enni, fiziológiás szükségleteket elintézni. Tolókocsiban ül.

Gyógyítás orvosi intézetekben. A GYAK diagnózis megerősítést nyert szakosított, bentlakásos gyógyintézetekben eltöltött, többszöri, hosszú ideig tartó tartózkodása során. „Ez gyógyíthatatlan és nem progrediáló betegség, ami a fejlődés korai szakaszában bekövetkezett agysérülés következménye. Fontos tudni, hogy a hozzá kapcsolódó vázdeformációk nem rögtön a születés után fejlődnek ki, hanem a kisdied fejlődésének ideje alatt, az izomtónus zavarai következtében. Ilyenkor aztán zavar keletkezik a járásban, elváltozik a testtartás, hiba van a végtagfunkcióknál. Az ilyen zavaroknak a mélyén olyan tényezők találhatók, mint: az agonista és az antagonist izmok közötti egyensúly zavara, görcsösség vagy zsugorodás keletkezése. A különböző izomcsoportok patológias folyamata maga után vonja a páciens mindennapi tevékenységének lényeges korlátozását. Így, például nehéz megvalósítani:

- az ülést a gerincoszlop deformációja miatt;
- a test egyensúlyának elérését a váz súlyos deformációja esetén;
- a normális ülő helyzet / ~ testtartás elérését a csípőízületek deformációja miatt.

Probléma lép fel az öltözet kiválasztásánál és a fiziológiás szükségletek elintézésénél a deformációk és a zsugorodások miatt.” [124].

Az ilyen páciensek életminőségének javítására bonyolult, több szakaszból álló ortopédiai operációkat hajtanak végre. A.-nál még nem került sor ilyen operációra. Gyermekkorában évekig szakosított szanatóriumokban élt, ahol alkalmazták nála az összes – az idő tájt – létező, ilyen gyermekek számára elrendelt gyógyítási módszert. Lényeges hatást azonban nem sikerült elérni.

Primer SZRT-diagnosztika. A családja a szomszédságunkban élt, édesanyja SZRT-kezelésekre járt hozzánk. Egyszer arra kért minket, hogy tanítsuk meg a módszertanunkra, hogy állandóan segíthesse fiát. Az anya utazott vele a tengerre, éveken át együtt élt a fiával a szanatóriumokban; állandóan mellette volt, hordta a karjaiban, mivel az egy lépést sem tudott tenni és nem tudta önmagát ellátni. Eddig az időpontig még egyszer sem találkoztunk a GYAK-kal, ezért elmentünk ezzel az asszonnyal a lakására egyszerűen azért, hogy megnézzük A.-t. Rettenetes látvány tárult elénk: a tolókosiban egy kis csontváz ült. Nyaka és feje a mellére lógott, bőre földszínű volt és hozzánőtt a csontokhoz. Az egész test megkeményedett, elfásult (elmerevedett) és – egyetlen közös üledékes hiperstruktúra foglyaként – feszültséggel teli, görcsösen összehúzott állapotban volt. A test annyira feszes volt, hogy amikor karjánál fogva odébb húztuk, akkor A. egész teste mozdult el anélkül, hogy közben karja kiegyenesedett volna. Megkíséreltük lábra állítani, de talpai deformáltsága miatt csak nehézségek árán tudott állva maradni és közben erősen ide-oda imbolygott, düledezett. A járáskíséret oda vezetett, hogy A. oldalirányba ügyetlenül széttárta karjait, sokáig-sokáig ingadozott, majd elvette lábát a padlótól és ekkor elesett. Az anya hordta őt a vécére is, mivel akaratának nemcsak a lábai, de a kezei sem engedelmeskedtek. Nem tudott önállóan enni, bár ezt néha saját maga követelte. Ilyenkor az anya valahogyan magához vette, hogy saját térdeire ültesse, és lelógó fejét odavezesse a tányérjához. A. ilyenkor megpróbált egyedül enni: kicsavarodott anyja öleléséből, az élelmet szájával próbálta megragadni, és közben számtalanszor beverte a fejét az asztalba és a tányérba. Néha sikerült elkapnia a szájával az ételt, azonban mindezt tovább nézni erőnket meghaladó feladat volt. A döbbenetes mozgásszervi rendellenességek dacára A. szellemileg ép volt: tudott olvasni, sokat beszélt és tréfálkozott, de a beszédéhez nem szokott személy nehezen tudta szavait megkülönböztetni; a környezetén kívüliek számára ez a beszéd érthetetlen volt. Mindezt látván megértettük, hogy anyja képtelen rajta segíteni, és elhatároztuk, hogy foglalkozni fogunk A. rehabilitációjával.

Rehabilitáció. Miután megvizsgáltuk A. testének minden négyzetcentiméternyi felületét, elfogadtuk A.-t olyan megszokott páciensünknek, mint akinek egész TMSZ-e a szisztémás destrukció súlyos stádiumában van. Ennek megfelelőek voltak kezelésének módszerei is. Kezdtük azzal, hogy szétválasztottuk alkotóikra az üledékes hiperstruktúrákat, eltávolítottuk az üledékes zárványokat, aktivizáltuk az izomszövetet az egész testben. Ehhez, az ART nyomás segítségével:

- el kellett választani a bőrt a csontoktól, amikhez hozzánőtt;
- meg kellett találni az alatta megmaradt izomréteget és ezt aktivizálni kellett;
- szabaddá kellett tenni a hiperstruktúra fogságába került ízületeket;
- le kellett győzni a zsugorodásokat oly módon, hogy az elfajult izmokban lévő üledékes zárványokat fragmentáltuk (széttördeltük, egymástól elválasztottuk);
- és vissza kellett adni az ízületeknek a mozgásképeséget.

Mivel a lágy izmok organikus elfajulása A.-nál évtizedeken keresztül folytatódott, és ez, a pozitív visszacsatolás elvének megfelelően, minden évben tovább nőtt, ízületeinek többsége teljesen mozgásképtelen volt. Ezért mindegyik ízülettel dolgoznunk kellett, naponta sok órán keresztül, és ezt kellett folytatni hónapokon át. Nagyon fájdalmas volt A. számára, amikor ujjaink behatoltak összepréselődött, összenőtt, átalakult (elkorcisosult) testébe. Ilyenkor felkiáltott, de máris kérte, hogy folytassuk csak tovább, mivel az első kezeléstől kezdve javulást érzett; teste mindegyik részében javult a mozgathatóság. Nagyon figyelmes volt, észrevette a legkisebb változásokat, és nagyon hálás

volt ezért. A fájdalom okozta felkiáltásokat nekünk címzett kedveskedő szavakkal törte meg; sírt és arra kérte minket, hogy „folytassák még, ne hagyjanak itt, ne hagyjanak cserben!”.

A.-val naponta 5 órán keresztül foglalkoztunk: néha mindennap, néha viszont kis szüneteket iktattunk be a szövetek helyreállítására. A. esetében nem lehetett alkalmazni a kezelések szokásos rezsimjét; az nem lett volna megfelelő, mivel túl sok feladatot, nagyon sok munkát kellett elvégezni. Amíg a test egyes részei pihentek és folytatódott helyreállításuk, az idő alatt lehetett dolgozni a test másik részeivel, mivel ugyanolyan súlyos rendellenességeket lehetett / kellett kiküszöbölni a test más részein is. Ezért még ha napi 24 órát lehetett volna dolgozni, akkor is mindig lett volna vele munka, mindig lett volna elvégzendő feladat. Órákon át masszíroztuk kézfejeit, talpait, külön-külön mindegyik ujját. Helyreállítottuk arcizmait, aminek hatására arca a szokásos emberi arc kifejezést vette fel. Kialakítottuk és megerősítettük nyakizmait; ennek eredményeként a feje többé nem hajlott állandóan lefelé, a mellére. Több hónapi munka hatására A.-nak nemcsak az arca változott meg: a beszéde is fejlődött, sokkal érthetőbbé vált. Most már normálisan tudott beszélgetni az emberekkel, és a gyerekek többé nem féltek tőle és nem hívták őt „hullának”. Meg kell említeni, hogy a TMSZ-IR-e által vezérelt szövet-helyreállítási folyamat semmiben sem különbözött az egészséges embernél zajló hasonló folyamattól. Számunkra ez nagyon értékes információ volt. Meggyőződünk arról, hogy a GYAK-nál bekövetkezett agyi rendellenességek nem érintik azokat a struktúrákat, amikben a TMSZ szabályos anatómiai terve és fenntartásának a mechanizmusai tárolódnak. Ezt tapasztalni lehetett A.-nál is és az összes többi GYAK-tól érintett páciensünkénél is, akikkel gyógyító munkánk későbbi periódusában dolgoznunk kellett.

Végül eljött az az idő, amikor a kezei mozogni kezdtek. Kolosszális mennyiségű munkát fektettünk mindegyik ujjába. A.-nak azonban mindez kevés volt: soha nem fáradt el kérni – és ismét arra kérni – minket, hogy csak dolgozzunk vele még tovább. Azt mondta: nem akar tovább teher lenni az anyja számára, aki majdnem 40 évig a karjaiban cipelte, és úgy igyekezett mindig, hogy majd beleszakadt, és órákon át masszírozta a testét. A. csak külsőleg, rokkantsága folytán tűnt kicsinek. Korát tekintve azonban felnőtt ember volt, olyan, aki teljesen éretten és normálisan gondolkodik. Az esze a helyén volt, és amikor kezdett jobban beszélni, akkor hosszan beszélgettünk egymással. A. teljesen a korának megfelelően viselkedett: olvasott, televíziózott, és jó volt az emlékezőképessége.

Egy év eltelte után A. kezdett járni. Kezdetben a falba kapaszkodva, később pedig már önállóan. Ehhez azonban előbb helyre kellett állítanunk a talpát, likvidálnunk kellett a csípőízületek, a gerincoszlop és a vállöv csontjainak deformációját. Mindezek elvégzése után A. testhelyzete stabillá vált: képessé lett arra, hogy önállóan leüljön, lefeküdjön és felkeljen. Ekkorra már kezdtek „működni” a kezei is, és anyjának többé nem kellett őt segítenie vécézésnél. Ugyanakkor nem sikerült neki finom, koordinált mozgásokat végeznie az ujjával. A. önálló járását látván a sikertől szárnyra kaptunk, és tovább fokoztuk munkánkat az ujjával. Egyszer aztán az anyja talányos arccal asztalhoz invitált minket, ahová A. is leült velünk együtt, majd fogta a kanalat és kezdte enni a levest anélkül, hogy egy cseppet is elcsöppentett volna.

Páciensünk most azzal kezdett foglalkozni, hogy napokon át egész nap gyakorolja a le-föl járást a lépcsőn. Be tudta zárni a lakást, és ezután már a mi helyzetünk is sokkal könnyebb lett. Korábban ugyanis állandóan követelte a jelenlétünket, hisztériákat rendezett az anyjának: kérte, hogy keressen meg minket és hozzon el minket hozzá. Állan-

dóan az volt a benyomása, hogy mi cserbenhagyjuk (nem fejezzük be a gyógyítását). Értette, hogy mi csupán együttérzésből segítünk neki. Ekkorra erősen megváltozott természetete is. Hosszasan beszélgetett az udvaron az emberekkel és játszani kezdett a gyerekekkel, akik megszerették őt. Ezután ő kezdett kenyérért járni a közeli boltba. Ujjait ekkor már olyan jól tudta irányítani, hogy a papírpénzt és a pénzérméket is normálisan tudta kezelni. Az emberek természetesen előreengedték mindenhol és ellátták tanácsokkal, hogy mit érdemesebb venni.

Eltelt 2 év, és mi ritkábban kezdtük fogadni. Hetenként, kéthetenként egy kezelést biztosítottunk neki. A. közben eljárt hazulról, egyre messzebb és messzebb. Megtanulta, hogyan kell felszállni a közlekedési eszközökre, és már az egész városban tett sétákat. Felbukkant a metrón is, a parkokban is és a vásári tömegben is. Akkoriban országunkban a legegyszerűbb áruk is hiánycikknek számítottak. Fél napig kellett sorban állni egy kiló cukorért vagy egy darab szappanért. A. 1. osztályú rokkantként jogosult volt arra, hogy soron kívül kiszolgálják. Ezért ő nem egyszerűen csak kószált a városban, hanem ő látta el a családját minden beszerzendővel.

Néhány év alatt A. 20 kg-ot hízott, megférfiásodott. Izmai olyan erősek lettek, hogy kezdett nehéz táskákat is hordani. Minél többet járt-kelt, minél többet érintkezett az emberekkel, annál inkább fejlődött. Egy időben a szülei arra gondoltak, hogy megházasítják. Azt mondta, hogy nincs ellene, de nem akar gyermeket, mert elege volt abból a látványból, ahogyan az anyja kínlódott vele. A későbbi, sokkal nehezebb időkben, amikor a boltokban roskadoztak a polcok a sok árutól, viszont az embereknek pénzük nem volt (mert nem volt munkahelyük, a segély és a nyugdíj pedig nyomorúságosan kevés volt), A. kereskedni kezdett a piacon. A kiskereskedők szívesen fogadták fel eladónak, az ő nevére állították ki az engedélyeket, meg a jogosító papírokat. Az A. 1. osztályú rokkantságához kapcsolódó kedvezményeknek köszönhetően ezek a kereskedők jóval kevesebb adót fizettek, elkerülhették az adóhatóság részéről gyakorolt plusz ellenőrzéseket és a bűnözők részéről megnyilvánuló sanyargatásokat (zsarolásokat). Ezért tisztességes összegeket fizettek neki, amiből megfelelően (méltóan) tudtak élni: ő és megöregedett szülei is. Ezzel teljesült az álma: hasznosnak lenni és a mamának segíteni, aki egész életét rááldozta.

A. jelenleg 57 éves. Anyja él és jól érzi magát. Fia arra kérte, hogy a rokkantak otthonában helyezze el, mert szeretne közösségben élni, barátokra szert tenni és nagyon szeret másokkal társalogni. Jelentős (s ami a fő: saját keresetével előteremtett) pénzügyi hozzájárulásának köszönhetően az intézetben nagyon jó lakáskörülményeket alakítottak ki A. részére, és ő teljesen elégedett az élettel. Az anyja, akivel néha beszélgetünk telefonon, azt mondja, hogy fia gyakran emleget minket, és szeretne minket viszontlátni: „Hol vannak most az én megmentőim, az én fecskéim? Mennyire szeretem őket!”

27. Általános anyagcserezavar; általánossá vált, organikus izomszövet-elfajulás

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: B. K., 1951.

Szakma: könyvelő.

Tartózkodási hely: Magyarország, Debrecen.

Megfigyelési időszak: 2003.

Panaszok. Állandó magas vérnyomás, erős fájások a hátban, a térdekben, a nyakban, a vállakban; az egész testet ólomnehézség tölti el. Nagyon gyakori (majdnem naponkénti) a fejfájás. Zúg a feje is és a füle is. Gyakran fordul elő – rohamszerű – szédülés és

hányinger, ami fejfájáskor erősebbé válik (ilyenkor hányni szokott). Éles fájás van a szemeiben; ezek időnként elhomályosulnak, és ez zavarja látásélességét. Látásélessége az utóbbi néhány év alatt erősen csökkent. Időnként elmegy a hangja és annyira gyenge lesz, hogy nehéz megérteni a beszédét. B. K. váratlan hidegrázási rohamokkal is küszködik; szenved tőlük, mert ilyenkor belül annyira erős hideget érez, hogy az rázza az egész testét; visszatartani nem tudja, és ezt észreveszi környezete is. A páciens időnként olyan erővel kapja el és rázza a hideg, hogy a környezete segítségével nélkül nem tud ülni maradni a széken.

Ez az állapot már 6 éve tart és évről évre rosszabbá válik. Az utóbbi két évben B. K. már nem dolgozik; a férje tartja el, aki csigolyaközi porckorongsérvének rehabilitációjára jár hozzánk, és az egyik kezelésre magával hozta a feleségét.

Gyógyítás orvosi intézetekben. A hölgy diagnózisa magasvérnyomásról szól. Semmilyen más eltérést nem állapítottak meg, laboreredményei normán belüliek. Nemegyszer volt már fekvő betegként kórházban, ahol gyulladásgátló és fájdalomcsökkentő injekciós kúrákkal kezelték, és szteroidokat is kapott. Bejáró betegként állandóan gyógykezelte magát; naponta sok gyógyszert szed (fájdalomcsillapító, magas vérnyomás elleni és szívritmus-szabályozó tablettákat). Fizioterápiás kezeléseket kapott, gyógyfürdőkbe járt, gyógytornagyakorlatokkal foglalkozott. Az utóbbi két évben szívfájdalom is fellépett nála, amihez tachycardia (szapora szívverés) társult; pulzusa percenként 100–120, ami időnként magasabb is szokott lenni (percenként 150–160 ütés).

Primer SZRT-diagnosztika. Az elhízott, 160 cm magas páciens súlya 96 kg. Nagyon sápadt, gyenge, kínoktól meggyötört tekintetű; hangja halk és rekedt. Jelenleg fáj a feje, emellett szédülés és hányinger kínozza. Testét szabályos időközönként enyhe remegés fogja el. Vérnyomása 200/120, pulzusa percenként 150. Bár ilyen szívveréssel és vérnyomással küszködő betegek részére az SZRT-kezelések alkalmazása nem ajánlott, mégis fogadtuk őt, mert 340 km-t utazott, hogy eljusson rendelőnkbe, és nem hagyhattuk őt segítség nélkül. Javasoltuk, hogy vegye be a magas vérnyomás és a szapora szívverés elleni gyógyszereit és fekdjön le a rendelőnkben. A tablettákat bevette, de lefeküdni nem tudott, mivel fekvő helyzetben erősebb lett volna a szédülése, és hányinger fogta volna el. Miután vérnyomása lement 170/100-ra, pulzusa pedig percenként 110-re csökkent, diagnosztizálni kezdtük álló és ülő helyzetben.

A páciens kövér teste fel volt fúvódva, ugyanakkor azonban puha volt. Teljes értékű izmok helyett hol „vattát”, hol folyékony vízenyőket lehetett érezni az alatt, amíg átmentek a kezek az izmokon egészen a csontokig és az ízületekig. Amikor testéhez értünk, akkor – minden érintésnél – erős fájdalmat érzett.

Rehabilitáció. Az 1. kezelés sokáig elhúzódott, mivel periodikusan félbeszakították a páciensnél jelentkező szédülési rohamok, valamint az érintési helyeken fellépő fájdalmak. B. K. – szó szerint – nem hagyta, hogy hozzáérjenek; nyögött a fájdalomtól. Ezért fokozatosan kellett behatolni a testébe, sokáig kellett simogatni az izmait, és csak ezután lehetett zökkenőmentesen, simán áttérni az ART nyomásra. Ezzel a fogással elértük, hogy az az egyetlen üledékes hiperstruktúra, amivé átalakult az egész teste, széjjelváljon és darabokra törjön. B. K.-nak a teste vizuálisan egy felrázott, puha párnára emlékeztetett. Ennek érintésekor úgy tűnt, hogy a páciens egész bőrtakarója zárt burrokká változott, amibe olyan sok nyálkás, folyékony anyag lett bepumpálva, hogy az látszólag belülről lett felfújva. Időnként az embernek olyan benyomása is támadt, hogy emellett még gázbuborékok is felhalmozódtak a test egyes részeiben. Érthető, hogy ezek az üledékes zárványok magának a páciensnek a szervezetében képződtek, és nyil-

vánvaló, hogy a szabálytalan anyagcsere termékei voltak, amiket a páciens szervezete nem tudott elkülöníteni. Ezért aztán a szervezet izmai váltak sajátos tárolóikká. A test izmai (amiket ezek az üledékek mechanikailag szorítottak és vegyileg mérgezték) mindezek hatására megváltoztak, organikusan átalakultak, elsovadtak. Ez a nyálkás folyadék természetesen fokozatosan gyűlt össze, és az egészséges izomsejteket is fokozatosan kezdte szorítani. Ezzel megakadályozta a sejtek normális anyagcseréjét, nyomta a véredényeket és az idegvégződéseket. Mindez nemcsak az izmokban zavarta a vérkeringést és az innervációt, hanem az egész testben is, a szervezet szisztémás épségénél fogva. Ez volt tehát a magas vérnyomás, az agyi és a koszorúséri vérkeringési zavarok oka. Emiatt keletkezett a fejfájás is, a szédülés is és a patológiás pulzusszám-növekedés is. A szabálytalan anyagcseréből származó pangó termékek megmérgezték B. K.-nak a szervezetét. Ezek miatt léptek fel a gyötrő hányingerek, az egész testet magával ragadó borzongás, hideglelés és remegés. Egy kezelés alatt mélyen átdolgoztuk B. K. szöveteit, ügyelve arra, hogy ezeket meg ne sértsük. Az ART nyomás segítségével az üledékes zárványokra irányuló szelektív nyomást hoztunk létre, amivel megbontottuk ezek összeforrottságát és létrehoztuk annak feltételeit, hogy felszívódjanak és a szervezetből távozzanak. Még a rendelőnkben megszűnt B. K.-nak a fejfájása, kitisztultak a szemei és megszűnt a zúgás a fejében és a fülében is. A hölgy közérzete annyira feljavult, hogy feltámadt benne a gyógyulás reménye, és ezt rögtön közölte is velünk. Öt nap múlva a páciens telefonált és bejelentette, hogy többé nem jön el hozzánk, mert teljesen egészségesnek érzi magát, semmije sem fáj és munkába áll.

Férje két hónapig járt még hozzánk kezelésre, mivel sok kezelésre volt szükség gerincszöveteinek és gerincstruktúrájának helyreállításához. Ez idő alatt mindvégig fáradhatatlanul, folyton arról beszélt, hogy a felesége milyen kitűnően érzi magát, hogy a vérnyomása most már normális, nem fáj semmije sem és 15 kg-ot fogyott.

Magyarázatok. Lehet, hogy az olvasó számára úgy tűnik, hogy ez a példa egy rendkívüli esetet ír le. Valójában azonban ez a legtipikusabb esete az egész izomszövet olyan patológiás állapotának, ami ilyen vagy olyan mértékben mindnyájunknál fennáll. A földgolyón jelenleg uralkodó kedvezőtlen ökológiai körülmények között a mai embereknél – majdnem mindenkinél – megfigyelhető, hogy a szervezetben zajló anyagcsere szabályosságában zavar keletkezett. Nem titok, hogy jelenleg már a gyermekek többségénél is funkcionális zavarok vannak a gyomor, a máj, a hasnyálmirigy, a bélrendszer és a vesék működésében. Sokuknál a pajzsmirigy működése is rendellenes. Ugyanez figyelhető meg – még nagyobb mértékben – az idősebbeknél, ámbár ez a természetes öregedés következménye. Logikailag érthető, hogy ha az emésztő és a kiválasztó funkció rendellenesen működik, akkor a szervezetben szabálytalan anyagcseréből származó termékeknek kell képződniük; és érthető az is, hogy a szervezet nem tudja valamennyit eltávolítani. Akkor viszont hol találhatók ezek az el nem távolított termékek? Az izmainkban rakódnak le. Természetesen ahhoz, hogy ezeket „nevükön lehessen nevezni”, azaz megadhassuk vegyi képleteiket, hosszadalmas laboratóriumi vizsgálatokra lenne szükség. Nekünk azonban elég, ha az izomszövet változásai révén érezzük jelenlétüket és hatásukat. Elég utalnunk arra, hogy a kezünk között megfordult 40 000 ember közül csak néhányszor tíz főre tehető azoknak a száma, akiknél ezek az elváltozások nem jelentkeztek. Ha ezt a számot felkerekítjük 100-ra, akkor az egészséges izomzatú emberek aránya csupán 0,25%. Könyvünkben az izmok ilyen állapotát hívjuk általánossá vált, generálisan szétterjedt organikus átalakulásnak. Tapasztalatunk arról tanúskodik, hogy ez az elfajulás a TMSZ szisztémás destrukciójának nagyon erős iniciáló

(elindító) és erősítő tényezője. Ugyanakkor hangsúlyozni kell azt is, hogy az izomszövet generálissá vált, organikus átalakulását nemcsak endogén ágensek okozhatják (azaz a szervezet belsejében keletkezett anyagok), hanem exogén (kívülről származó) anyagok is, amik a környezetből közvetlenül kerültek a szervezetbe, és agresszív izomszövet-károsító ágensek. Azonban bármiből is vannak ezek az anyagok, maga az a tény, hogy létezik olyan jelenség, mint az általános organikus izomszövet-átalakulás, számunkra kétségbevonhatatlan, vitathatatlan ténynek számít. Vitathatatlan azért, mert a szövetnek ezt a patológiás állapotát mi a kezeinkkel érezzük, és meg tudjuk különböztetni a szövet normális állapotánál tapasztalt ézettől. Ezenkívül azért is vitathatatlan és valószínű számunkra az ilyen szövetállapot létezése, mert ezt a patológiás állapotot képesek vagyunk megfordítani technológiánk, a szisztémás rekonstrukciós terápia fogásaival.

Az, hogy páciensünk, B. K. mindössze egy SZRT-kezelés hatására teljesen meggyógyult, természetesen nem jelenti azt, hogy az izomszövet-elfajulás összes többi esete ugyanilyen könnyen elhárítható. Ez a példa inkább azt jelenti, hogy ez nem szabály, hanem kivétel volt. Miért? Azért, mert: ahogy nincs két egyforma ember, ugyanúgy nincs két abszolút egyforma anyagcserezavar. Ez az jelenti, hogy különböző emberek izmaiban a károsító anyagok különböző összetételben halmozódnak fel. Ezenkívül ezek befolyásának eredményei is eltérőek. Az is igaz, hogy létezik néhány – általunk észlelt – törvényszerűség is.

Ha például a gyermekeket korai életkoruktól kezdve édességekkel táplálják, akkor ez tipikusan tekinthető eredményre vezet (lásd a 8-as számú példát): a kisgyermekek anémiássá (vérszegénnyé) és disztrófiássá válnak a fejlődés során: nagyon soványak és magasak lesznek; testük egész izomrétege vékonyra válik, bőrük pedig hozzájárul a csontokhoz. Ha a gyermekeknél a vesék működésében keletkezik zavar, akkor izmaik külsőleg, ránézésre normálisnak tűnnek. Tapintásra azonban ezek az izmok nagyon kemények és különböző a tömörségük. Szomorú dolog, hogy ezt a tényt pozitívnak tartják az orvosok is, a gyermekek maguk is, és a szülők is: „a kislányom egészséges, jól összekovácsolt kis dundi, meg se tudod csípni”. Az ilyen test büszkeség tárgya még a felnőtteknél is. De kik is az ilyen felnőttek? Ezek azok a felnőtté vált gyermekek, plusz azok a felnőtt emberek, akiknek a veséi a későbbiekben kezdenek majd rosszul működni. A sovány, kemény izomzatú, édességfaló gyermekek ugyanilyenek maradnak később is, amikor már felnőtté váltak. Közülük sokan azzal szeretnek dicsekedni, hogy akármennyit is esznek, soha nem híznak meg, és ebből elhamarkodott következtetést vonnak le: „jó az anyagcserém, annyit eszek, amennyit akarok, és nem hízek”. A környezetükben lévő, hízásra hajlamos emberek rendszerint irigykednek rájuk. Azonban nincs miért irigykedni. Ugyanis ezek a kemény izmú emberek az elsőszámú jelek azok között, akik majd csigolyaközi porckorongsérvet kapnak. Miért? Azért, mert az organikus elfajult izmokból kialakult összenőtt, kemény páncél az egész csontváz vérellátását akadályozza. Emiatt nem kapnak elegendő táplálékot a porckorongok és a csontok, és kezdenek „kiszáradni”. A porckorongok rostgyűrűiben elkezdődik a repedések képződése. A rugalmasságukat veszített izmok nem képesek az összes szükséges mozgásteret biztosítani (a „jó izomfűző” valamiért nem tud hajolni). No de ezek már nem izmok, hanem üledékes struktúrák és hiperstruktúrák, amik szabálytalan nem-anatómiai terheléseket továbbítanak a gerincoszlopra; amik egy szép napon, egy váratlan pillanatban a szétrombolt porckorong darabjainak gerincvelő-csatornába eséséhez és az ebből származó következményekhez vezetnek.

Még egy meggyőző példa az anyagcserezavarra vonatkozóan az úgynevezett túlsúly, ami világprobléma: ostorcsapás a gyermekek és a felnőttek számára is. Valamiért mindenki azt hiszi, hogy ez fölösleges zsír. Az orvosok elzsírosodásról beszélnek, és alacsony kalóriájú diéta betartását javasolják az elhízott embereknek. A mi páciensünk, B. K. is nyilvánvalóan túlsúlyos volt, hiszen 96 kg volt. De mi alkotta ezt a súlytöbbletet? Üledékes zárványok, a szabálytalan anyagcsere termékei, az ödémák folyadékai és a nyálkás anyagok. Mindezek egy SZRT-kezelés után nyomtalanul szétoszlottak, és ezzel megszűnt a vérkeringés és az innerváció akadályozottsága. Vajon a zsír képes ilyen gyorsan szétoszlani és felszívódni? Szétoszlottak és felszívódtak az üledékes zárványok, és ennek hatására máris:

- eltűnt az a súlyos tünetegyüttes, aminek része volt a magas vérnyomás, a szapora szívverés, a szédülés, a fejfájás, a hányinger és a hidegrázás; és
- megszűntek a vázizomfájdalmak is.

Igaz, hogy az SZRT nem mindig képes megbirkózni egyetlen kezelés alatt az izomszövet általánossá vált, generálisan szétterjedt organikus elváltozásaival. Ehhez néha 10, 20, sőt, akár 30 kezelés szükséges. A fő dolog végül is az, hogy az izomszövet visszatér a normális állapotba, és organikus átalakulását vissza lehet fordítani, bármilyen stádiumba is jutott már elfajulása. Ez zálogot jelent a nagyon súlyos állapotba került betegek egészségének a helyreállítására.

Milyen jövő várt volna B. K.-ra, ha nem került volna hozzánk? Lehet, hogy egy inzultus (gutaütés / apoplexia), lehet, hogy egy infarktus bekövetkezése. A legvalószínűbb azonban az, hogy a jelenleg még laza lerakódás – fölhalmozódása mértékében – az izmok kőkeménnyé válásához vezetett volna, és – ennek nyomán – a szisztémás destrukció aktív lefolyásához, ami az egész szervezetet rombolta volna. Ilyen állapotnak (amikor csigolyaközi porckorongsérv keletkezik) később akár bénulás is lehet a következménye, ami mozdulatlanságra ítéltséget és tolokocsiban töltendő rokkant életet jelent.

Mennyi ilyen ember van, akinek „minden laboreredménye normális”, de nem tud úgy élni és dolgozni, mint B. K? Millió és millió ilyen ember található. Ebbe a kategóriába tartoznak a hírhedt „hátfájástól” szenvedő emberek is. Ezt a bajt a modern orvosi diagnosztikai eszközök segítségével sem lehet „elcsípni”; így aztán szokásos problémává vált még az Egészségügyi Világszervezet szintjén is. A világ minden részén az orvosok lelki táplálékul szolgáló (pszichotróp) készítményeket írnak elő az ilyen betegek számára (holott azoknak egyáltalán nincs szükségük erre). Mindez csupán azért van így, mert a hátfájás – látszólagos – megfoghatatlanságát nem sorolják a saját szakmai gyengeségeik közé, hanem a pácienseik sajátos lelki állapotához fűződő, mondvacsinált kapcsolat terhére írják.

Immáron 30 év óta ilyen betegek rehabilitációjával foglalkozva jelentjük ki, hogy: a hátfájás a támasztó-mozgató szervrendszer szisztémás destrukciós folyamatában létrejött (organikus izomszövet-átalakulás következtében keletkező) fájdalom. Az izmok ilyen patológiás állapotát könnyű diagnosztizálni emberi kezekkel; ez az állapot megfordítható, tehát teljesen meggyógyítható. Mégpedig nem gyógyszerek segítségével, hanem a szisztémás rekonstrukciós terápia módszereinek a segítségével. Ez egy új – általunk létrehozott – technológia, aminél a kezek mélyre ható korrigáló befolyást gyakorolnak a TMSZ szöveteire azzal a céllal, hogy serkentsék (ösztönözzék) a szervezet önhelyreállítását és irányítsák ön-helyreállítási folyamatait.

28. Csigolyaközi porckorongsérvek, kyphosis, a TMSZ szisztémás destrukciójának súlyos stádiuma idős embereknél

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: I. L., 1931.

Szakma: nyugdíjas.

Tartózkodási hely: Magyarország, Győr.

Megfigyelési időszak: 2000–2004.

Panaszok. I. L. unokáját kísérte el hozzánk, akinek bordapúppal társult scoliosisa, neki pedig erős kyphosisa volt. A nagymama el volt ragadtatva attól, hogy kisunokájának az alakja milyen gyorsan áll helyre, és állandóan azt mondogatta: „Hová tűntették a bordapúpját?” Mi azt válaszoltuk neki, hogy őt is megszabadíthatjuk a púptól, amire azt mondta: „Én már öreg vagyok, engem nem zavar a púpom. Én már ezzel fogok meghalni. Van azonban két porckorongsérvem, amik zavarják az életemet”. És kezdte sorolni a panaszait: nem tud hajolni és nem tud kiegyenesedni; fáj a háta és fáj a dereka; kezei fájnak és elgémberednek, zsibbadnak; emiatt éjszakákon át nem alszik, dörzsölgeti őket és forgolódik az ágyban. Nagyon erősen fáj a nyaka, fáj az összes ízülete, minden izma és az egész gerincoszlop. Elmondta, hogy lábai sem engedelmeskednek neki: zsibbadnak, és nem tud 50 méternél tovább menni. De állni sem tud sokáig, mert akkor, egy idő után, már nem is érzi, hogy vannak lábai. Vérnyomása magas, fülei állandóan zúgnak és fájnak; fáj a feje, és már a szíve is fáj. Szemei könnyeznek, krónikus arcüreggyulladás kínozza. „Hogyan tudja akkor ön, ilyen állapotban, még az unokáját is elhozni”? „Férjem hoz el minket gépkocsival. Nagyon sokat kínlódik velem! Az elmondottak mellett még erős csonttrikulásom is van. Emiatt nem akarják vállalni az orvosok a sérvoperációt. Azt mondogatják, hogy csak akkor fogják megkockáztatni a sérvoperációt, amikor kezdem érezni, hogy lebénulok”.

Gyógyítás orvosi intézetekben. Nemegyszer volt kórházi bent fekvő beteg, és egyik ilyen alkalommal, 1998-ban diagnosztizáltak két porckorongsérvet a gerincoszlop lumbális szakaszán. Gyulladásgátló és fájdalomcsillapító készítményeket szedett. Az utóbbiakat 2 év óta állandóan szedi (enélkül nem tud elaludni). Gyógyfürdőkben is gyógyíttatta magát. Gyógytornagyakorlatokat is folytatott, de utána rosszabbul lett.

Primer SZRT-diagnosztika. Erős kyphosis. Az asszony teste félig be van görbülve, feje lefelé néz. Gerince vékony, gyenge, instabil, ezért I. L. egyenesen állni egyáltalán nem tud. Az izmok disztrófiásak, erősen ödémásak; tapintásuk csomós zárványokat tartalmazó híg agyag érzetét kelti. A gerincoszlop összes fő lánclemeze durván eltolódott anatómiailag szabályos helyéről: a nyak, a vállak, a kulcsontok, a lapockák, a bordák, az egész mellkas, a medence, és a csípő-, a térd-, a lábszár-, a talp- és a könyökízületek.

Rehabilitáció. Az első SZRT-kezelés után hazaérkezvén a páciens rögtön elaludt, és a végzésre fordított időket kivéve 24 órán keresztül csak aludt. Ez alatt az egy nap alatt sok vizeletet ürített. A második kezelés után megszűnt az álmatlansága és lényegesen csökkentek fájdalmai. A páciens ekkor abbahagyta a fájdalomcsillapítók szedését. Amilyen mértékben kezdtek kitisztulni az izmok az üledékes zárványoktól és aktivizálódtak a TMSZ szövetei, olyan mértékben kezdtek helyreállni, rugalmassá válni, erővel feltöltődni az izmok, és kezdtek erősödni a csigolyák. Hetente egy kezelésre fogadtuk a páciens, akinél 7 kezelés után sikerült:

- helyreállítanunk az izmok összehúzódnási funkcióját;
- kiegyenesíteni a gerincoszlop mellkasi szakaszát;

- likvidálni a kyphosist;
- eltüntetni a púpot.

Megszűntek a gerincfájdalmak, és az összes többi vázizomfájdalom is, mivel ezek alatt a kezelések alatt nemcsak a gerinccel foglalkoztunk, hanem – mint mindig – az egész TMSZ szisztémás rekonstrukciójával is, és az ART nyomás segítségével felélénkítettük a test minden kis darabját. A gerincoszlop kiegyenesedése után az alsó testrésszel kezdtünk foglalkozni fokozott erővel, mivel vissza kellett téríteni anatómiailag szabályos helyükre a végtagokat és a medencét. Pont a medence ízületeiben bekövetkezett destruktív, organikus elváltozások okozták a medence erős eltolódását, ami aztán kiváltotta a deréktáji csigolyákra nehezedő nem-anatómiai (nem szabályos) belső mechanikai terheléseket és – ezen a helyen – csigolyaközi porckorongsérvek kialakulásához vezetett. Összesen 15 SZRT-kezelésen vett részt I. L.: az utolsó 5-re havonta egyszer került sor.

Ezután páciensünk diagnosztikai ellenőrzésre ment, ami nem mutatott ki csonttritkulást, és csigolyaközi porckorongsérvet sem találtak. Sokáig csodálkoztak az őt korábban gyógyító orvosok az ilyen, soha nem tapasztalt gyógyuláson. „Hol gyógykezelte magát?” kértezték I. L.-t. Ő megmondta, hogy nálunk. „Igen, hallottunk már a csodáikról. A televízió többször is mutatta őket. Nos, kezeltesse csak magát továbbra is velük. Fantasztikus, amit önnél elérték.”

I. L. és a férje eljött hozzánk. A férj sírt és az izgalomtól és az örömtől egy szót se tudott elrebegni. Neje ezalatt állandóan azt erősítgette: „Azt gondoltam, hogy én már görbe emberként fogok meghalni is”.

Magyarázatok. Olvasóink feltehetik nekünk azt a kérdést, hogy miért kell egész csokorra valót írni az öreg emberek betegségeiről. Világos, hogy a 70 év feletti embereknek akármilyen bajuk lehet. Ezenkívül a szerzők a TMSZ betegségei mellett olyan kellemetlenségeket is felsorolnak, mint az arcüreggyulladás, a szem könnyezése. Mi közük ezeknek a könyv témájához? A további kérdések megelőzésére még egyszer szeretnénk elmagyarázni olvasóinknak, és még egyszer szeretnénk felhívni a figyelmüket arra, hogy felfedezésünk – a TMSZ szisztémás destrukciójának jelensége és mechanizmusának tanulmányozása – kulcsot jelent az egész szervezet normális élettevékenysége alatt bekövetkező sokféle más rendellenesség okainak megértéséhez.

Az ember betegségeinek túlnyomó többsége éppen ilyen rendellenességeknek a következménye. Hiszen az emberi szervezet egymással kölcsönös kapcsolatban álló, egymástól kölcsönösen függő szervek, elemek és rendszerek egybetartozó közössége. Ha a TMSZ annyira beteg, hogy az embernél csigolyaközi porckorongsérvtől keletkezett, akkor teljes valószínűséggel állítható, hogy a szervezet végsőkéig elhasznált állapotba került. Emiatt arra kell számítani, hogy betegség lép fel: a szív- és érrendszerénél, az idegrendszerénél, a belső elválasztású (endokrin) rendszerénél, az immunrendszerénél stb.

Milyen patológiás folyamatok vezetnek a csigolyaközi porckorongsérvek kialakulásához? Az egészséges gerincnél a porckorongok nem csúsznak odább „hirtelen” csak úgy egyszerűen. Még kevésbé fordulhat elő az, hogy porckorongtöredékek (porckorongszilánkok) essenek a gerincvelő-csatornába. Az egészséges gerincstruktúrák nagyon szilárdak, és a porckorongokat megbízhatóan rögzítik a csigolyatestek és a gerincszalagok. Ha ezek a szövetek mind egészségesek, akkor csak nagyon súlyos trauma (például egy autóbaleset során bekövetkező sérülés vagy magasból történő leesés stb.) képes arra, hogy a gerincoszlop épségének olyan súlyos zavarát váltsa ki, mint a porckorongsérvtől. A csigolyaközi porckorongsérveket rendszerint megelőzik a gerincstruktúrák szöveteinél jelentkező degeneratív-disztrófiás elváltozások. Pont ezek vezetnek a porc-

korongmagasság csökkenéséhez, szilárdságuk és rugalmasságuk elvesztéséhez, a porckorong rostgyűrűiben található repedések kialakulásához. Az említett elváltozások viszont a vérkeringés, az innerváció és a mikrocirkuláció zavarainak a következményei, amik keletkezhetnek a gerinc saját anatómiai egységeiben vagy az összes, környezetükben található szövetben. Ugyanakkor ezek a zavarok sem jöhettek létre „hirtelen”, csak úgy egyszerűen, nem tudni, honnan! Sokéves gyakorlati tapasztalatunk megengedi nekünk, hogy azt állítsuk: a gerinc degeneratív-disztrófiás elváltozásai az egész TMSZ-ben kifejlődött, már általánossá (generálissá) vált szisztémás destrukció eredményei. A mai, modern idők emberénél ez már az élet első évében elkezdődik, és soha nem fejeződik be; sőt, a végső öregedési folyamat jelentős hányadát éppen a szisztémás destrukció alkotja. A szisztémás destrukciós folyamat térbeli és időbeli fejlődésének alakulása, könyvünk első fejezetében, az elméleti részben leírt sorrendje éppen az (egyre erősebbé váló, egymást váltó) ilyen állapotok végtelen láncolatából áll. A TMSZ (elsősorban az izmok) szövetei organikusan elváltoznak; elemei térben eltolódnak anatómiailag szabályos helyükről; az ilyen állapotok aztán vérkeringési és innervációs zavarokat okoznak az említett szövetekben is, és a test összes, közelükben található szakaszában is.

Mivel a csigolyaközi porckorongsérvek legtöbbször nehéz fizikai munkát végző, tesztet nem kímélő embereknel keletkeznek, hasonló példán áttekintjük a sérvképződés tipikus esetét. Az emberek egy része (a mezőgazdaságban dolgozó munkások, a hordárok, a nehéztatlétikával foglalkozó sportolók) naponta a végsőig igénybe veszik (végletekig feszítik) izmaikat. Emiatt az ilyen embereknel az izomtónus állandóan nagyobb (állandó izomzat-hipertónus áll fenn); ugyanis a rövid pihenési idő alatt az izmok nem tudnak helyreállni és visszatérni a normális tónusba. Az elfáradt izmoknak ezt az állandósult, mértéktelen összehúzódását visszamaradt (remanens) izom-összehúzódásnak hívják. Az izom-összehúzódás azonban sok energiát követel a szervezettől. Viszont tudjuk, hogy a TMSZ-IR az energiafelhasználás minimalizálására törekszik mindig. A TMSZ-IR akkor tartja optimálisnak az izomenergia felhasználását, ha – bármilyen munkáról van szó – a tevékenység befejezése után a test mindegyik izma visszatér a normális tónusba (ez egy kismértékű izom-összehúzódás, ami testünk térbeli stabilitásának fenntartásához szükséges). A TMSZ-IR állandóan felügyeli az izmok energiafelhasználását és állandóan korlátozza azoknak az izmoknak a működését, amelyek ebből az energiából túl sokat használnak fel (az állandóan hipertónusban lévő izmok tartoznak ezek közé). Az ilyen izmok organikusan átalakulnak (elfajulnak), megkeményednek, és mindez az emberi akarat beavatkozása nélkül, a tudat alatti szinten történik. Így jönnek létre a kemény összenövések, amik aztán akadályozzák a vérkeringést és az innervációt az említett izmokban is, és a mellettük fekvő izmokban is.

Ha figyelembe vesszük azt, hogy az izomtakaró a test 40%-át teszi ki, akkor mit jelent a szervezet számára az izmokban keletkezett vérkeringési zavar? Azt, hogy a vérkeringés zavara már az egész szervezetben bekövetkezett. Emiatt alakulnak ki a véredényrendszerek megbetegedései, a szív- és az agyműködési zavarok, a különböző szervek szöveteiben jelentkező pangási jelenségek, a folyadékok mikrocirkulációjának zavarai, a helyes táplálkozás rendellenessé válása, a sejtek élettevékenységéből származó mérgező termékek elvezetésének zavarai. Azok a szövetek, amelyek a TMSZ-IR jeleinek hatására kezdettől fogva átalakultak, a destrukciós folyamat mélyülésének mértékében eltörmödnék az üledékes zárványokkal (salakokkal), vizenyőkkel telnek meg, gyulladásba jönnek, „összeragadnak”, és közös, mechanikailag egymáshoz kapcsolódó nem-anatómiai képződményeket alkotnak: üledékes struktúrákat és hiperstruktúrákat. Az ilyen

képződményekben lévő átalakult szövetek (az egykori izmok) elérhetik a kőkeménységet is. Természetes, hogy emiatt az általuk közrefogott, összeszorított gerinc, gerincszalagok, gerincízületek és porckorongok vérrel való normális ellátása megszűnik, és – éppen ennek következtében – degeneratív-disztrófiás folyamatok keletkeznek bennük.

Az izmaikat nem eléggé terhelő embereknél (például fekvő betegeknél vagy az agastyánoknál) alacsony izomtónus lép fel (hipotónus). A TMSZ-IR ilyenkor úgy kalkulál, hogy nincs többé szükség az egészséges izmokra; ezért megengedhető, hogy ne fogyasszanak annyi energiát, amennyi a munkaképes állapotban tartásukhoz szükséges. Ezért csökkenti az ilyen izmokba küldött tápanyagokat, aminek következtében azok elsorvadnak. A TMSZ-IR ezzel eléri célját: csökken a szervezet energiafogyasztása. Az elsorvasztott izomszövetekben lelassul a véráramlás; ez is a folyadék mikrocirkulációjának a zavarához és pangási jelenségek keletkezéséhez vezet. Végső soron mindez szintén a vérkeringés és az innerváció – egész rendszert érintő – zavaraihoz vezet, éppen úgy, mint a hipertónusnál. Az itt elmondottakból világos, hogy az organikus elváltozások nemcsak túlterheléskor, hanem a nem elegendő terhelés esetében is létrejönnek az izmokban.

Ily módon az izmok organikus átalakulása (fixációja vagy elsorvadása), amit a TMSZ-IR által küldött jelek váltanak ki – az izmoknál –, minden esetben üledékes struktúrák képződéséhez vezet. Ezek aztán később hiperstruktúrákba egyesülnek, és a közel lévő szövetekben – elkerülhetetlen – degeneratív-disztrófiás elváltozásokat hoznak létre. A szisztémás destrukciós folyamat előrehaladott stádiumában az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák negatív hatást gyakorolnak a vérellátásra a közelükben fekvő csontokban is, aminek következtében ilyenkor elzáródás keletkezik a véredényeikben. A csontok mintha kezdenének „kiszáradni” (elvékonyodni); törékenyekké válnak, csonttömegük csökken, és csonttritkulás (osteoporosis) keletkezik (ami a csontokban keletkezett degeneratív-disztrófiás elváltozások konkrét diagnózisa). A gerincízületeket, a gerincszalagokat és a gerincporckorongokat megtámadó degeneratív-disztrófiás elváltozások szintén szülnek olyan ismertető jeleket, amikkel diagnosztizálhatóvá válnak. Ezekhez tartozik:

- a spondylartrosis (a csigolyaízületek nem gyulladásos, merevséggel járó megbetegedése);
- a spondylaesio (csigolyasérülés);
- az osteochondrosis (degeneratív csontosodási zavar).

Ismételten hangsúlyozzuk azonban, hogy ezek nem helyi, nem lokális jellegű folyamatok következményei. Ezek a rendellenességek nem valamelyik gerincszegmentum önálló patológiás folyamatát jelentik (és nem is több olyan szegmentumét, ahol csigolyaközi sérv képződött). Az összes ilyen elváltozás a generálissá vált szisztémás destrukciós folyamat következménye, ami nemcsak a TMSZ elemeiben és szöveteiben szül degeneratív-disztrófiás elváltozásokat, hanem a szervezet más szöveteiben, elemeiben, szerveiben és rendszereiben is. Ily módon tehát mi feltártuk / tisztáztuk, hogy a csigolyaközi porckorongsérv keletkezésének előfeltétele, hogy a gerincstruktúrákban már előzőleg, régóta létezzenek degeneratív-disztrófiás elváltozások. Emellett létezik még egy másik előfeltétel, egy másik ok is: az ugyanezen struktúrákra ható szabálytalan, rendkívül nagy terhelések. Ezek azért keletkeznek, mert a nem-anatómiai képződmények (az üledékes hiperstruktúrák) fogságába került, organikusan átalakult (elfajult) izmok durván eltorzítják az izomhúzás (az erőátadás, az erőtovábbítás irányának) anatómiai szabályosságát. Ilyen esetben a gerincoszlopra és ennek minden elemére, tehát a porckorongokra is szabálytalan (nem-anatómiai) belső mechanikai terhelőerők hatnak.

Egyik pillanatban aztán az ilyen erők hatása alatt bekövetkezik a – degeneratív-disztrófiás folyamattól már meggyöngült – porckorong kitolódása, sőt, néha a szétszakadása. Ilyenkor a gerincvelő-csatornába eső porckorongtöredékek traumát okozhatnak a gerincvelőnek, ami részleges vagy teljes lebénulással járhat. Ezért a csigolyaközi porckorongsérvet a TMSZ szisztémás destrukcióját jelző, a rendkívüli veszélyére utaló ismérvnek kell tekinteni.

A vázcsontok vérkeringését zavarva a szisztémás destrukció elnyomja a csontvelő vérképző funkcióját is, ami az immunrendszer meggyengítéséhez vezet. Ha a TMSZ-ben a véredények átbocsátó képessége rendellenes, és – emiatt – az összes többi szervben és szövetben is sérül az erek átteresztőképessége, akkor az ilyen háttérrel rendelkező, legyengült immunrendszerrel létrejöhet akármilyen gyulladás, betegség vagy patológiás folyamat. Emiatt állhat elő az a helyzet, hogy a TMSZ szisztémás destrukcióján túl, „melékesen” még olyan zavarok is felléphetnek, mint a:

- krónikus arcüreggyulladás;
- beteges könnyezés;
- krónikus légcsőhurut (bronchitis);
- ízületi gyulladás;
- fejfájás;
- szédülés;
- magas vérnyomás;
- és az egészség sok más rendellenessége, egészen az infarktuszig és az inzultuszig.

Mindezek ilyen vagy olyan módon kapcsolatban vannak a TMSZ patológiás elváltozásával. Valójában a TMSZ egy ház, amiben a szervezet összes eleme éli a maga életét. Ez a ház nem egy közömbös, környezetétől elzárkózó tok, hanem egy élő burok, aminek élete szorosan kapcsolódik lakóinak életéhez. És, ahogyan egy közösséges háznál is szükség van a rendre, a tisztaságra és a javításra, ugyanúgy: a TMSZ-nek is szüksége van megelőző (preventív) javításra és tényleges, hathatós helyreállításra. A ház és a lakói (a TMSZ és a szervezet összes más szerve és rendszere) közötti erős kölcsönös kapcsolat (összefüggés) következtében az SZRT által megvalósított, TMSZ-re gyakorolt hatás erős aktivizáló befolyást fejt ki az egész szervezetre, ösztönzi önhelyreállításának folyamatait.

Térjünk azonban vissza a nagymamánkhoz, I. L.-hez. Azzal, hogy helyreállítottuk izomszöveteit és likvidáltuk csontvázelemeinek eltolódásait (azaz helyreállítottuk TMSZ-ét és visszaadtuk neki szabályos anatómiai státuszát), a beteg szervezetének minden szegletében sikerült – lényegesen – megjavítani a vérkeringést, az innervációt és a mikrocirkulációt (jóllehet, nem is érintettük ezeket). Mindezek hatására páciensünk nemcsak kiegyenesedett, de a TMSZ-től – állítólag – független betegségei is eltűntek: a krónikus arcüreggyulladás, a beteges könnyezés, a magas vérnyomás, a fejfájás és a fülzúgás. Ezt az asszonyt figyelemmel kísérjük a mai napig. Kitűnően érzi magát és külsőleg is megfiatalodott.

29. Migrén

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: I. T., 1986.

Szakma: gimnáziumi tanuló.

Tartózkodási hely: Magyarország, Budapest.

Megfigyelési időszak: 2004.

Panaszok. 7 éves kora óta állandó (majdnem naponkénti) fejfájások. Ezek hasogató fejfájások, amik periodikus időközönként (hetente 1-2 alkalommal) rohamok formájában jelentkeznek. Az ilyen fejfájásrohamokat mindig szédülés, hányinger és hányás kíséri, amihez néha – egész testet rázó – remegés társul, amit környezete is észrevesz. Havonta 1-2 alkalommal a rohamok alatt teljesen elveszíti az eszméletét.

Gyógyítás orvosi intézetekben. Nemegyszer volt bent fekvő beteg, aki teljes körű kivizsgáláson ment keresztül. A kontrolldiagnosztizálás nem mutatott ki eltéréseket. Az agyvelő röntgenlelete nem kóros; a belső szervek vizsgálata eltéréseket nem talált; a vér és a vizelet vizsgálatának eredményei normális értéken belüliek; a pajzsmirigyek – és más belső elválasztású mirigyek – területén nincs patológiás eltérés. A diagnózis: migrén. Állandóan gyógyszeres kúrát végeztek vele, eredményt azonban nem sikerült elérni.

Primer SZRT-diagnosztika. A lánynak a teste kemény, áthatolhatatlanul tömör. Minden izma organikusan átalakult, elfajult. Az egész test egységesen zárt, tömör üledékes hiperstruktúrát alkot. A mellkas eltolt, a nyak szintén, és a vállak közé behúzódott. A nyakcsigolyák el vannak csavarodva a függőleges tengely körül. Rendellenes a fej szimmetriája a frontális síkban.

Magyarázatok. I. T. TMSZ-énél – fiatal kora ellenére – erősen megnyilvánuló szisztémás destrukció áll fenn. Miként nemegyszer említettük már, a szisztémás destrukciónak nagyon sokféle okozója van, amik iniciáló tényezőként és erősítő tényezőként is szerepelhetnek. Közöttük különleges helyet foglal el az általános anyagcserezavar, aminek hatására a szervezetből el nem távozott, számára idegen anyagok összegyűlnek az izmokban. Az idő előrehaladtával (a pozitív visszacsatolás hatására) az ilyen anyagoknak a felgyülemzése megállás nélkül tovább folytatódik. Az izmok vizenyőssé válnak, felfúvódnak, vérkeringésük lelassul; pangási jelenségek keletkeznek, amik negatívan hatnak az izomsejtek élettevékenységére. Ismeretes, hogy az izmok munkavégzését anyagcseréből származó termékek képződése kíséri az izmokban. Eltávolítási sebességük azonban erősen lecsökken a vérkeringés zavara miatt. Emiatt a mikrocirkulációs áramlatban a pangási jelenségek még inkább felerősödnek, ami az izmok további – pótlólagos – felfúvódásához és megkeményedéséhez vezet. Ha sokáig fennmarad az anyagcsere említett zavara, akkor az egész szervezet minden izmára szétterjed egy ilyen jellegű patológiás állapot a vérkeringési rendszer és a TMSZ erős kölcsönös függősége miatt.

További következménynek tekintendő az is, hogy az izmok állandóan „kimerült” állapotban lesznek annak következtében, hogy:

- az el nem távolított bomlástermékek állandó mérgező hatást fejtenek ki;
- a vérkeringés zavara miatt nincs elegendő táplálékuk.

A TMSZ-IR kénytelen állandóan erősíteni vezérlő jelzését azért, hogy az ember kimerült, legyengült izmai segítségével továbbra is képes legyen viselni a korábbi fizikai terhet. Ez viszont azt jelenti, hogy egyre jobban, egyre erősebben kell megfeszítenie az izmait (adaptációs folyamat jön létre). Emiatt az összes izom fokozott tónusú állapotban lesz állandóan, ami nagyobb energiafogyasztással jár és több energiát követel a szer-

vezettől. A szisztémás destrukció elméletével összhangban ilyenkor a TMSZ-IR – az energiafogyasztás minimalizálása érdekében – bekapcsolja az önszerveződési mechanizmust: az állandóan összehúzott állapotban lévő izmokat organikus átalakítással fixálja, aminek következtében azok megkeményednek. Röviden összefoglalva így nézett ki az a folyamat, ami I. T.-nél a test kőkeménnyé válásához vezetett.

Természetesen az ilyen patológiás állapotok éveken keresztül formálódnak, később pedig egyre inkább, egyre nagyobb mértékben bilincsbe fogják a vázat és akadályozzák a mozgásokat. A folyamat alatt képződő nem-anatómiai terhek a TMSZ elemeinek térbeli eltolódásához és stabilitási zavarához vezetnek. A stabilitás megőrzésére az IR úgy adaptálja az izomzat tónusát, hogy egyensúlyban legyenek tartva a nem-anatómiai terhek. Ez viszont a szisztémás destrukció új menetéhez vezet. Az izomszövet átalakulásának mértékében üledékes struktúrák képződnek a szervezetben, amik, a későbbiek során, hiperstruktúrákká egyesülnek. Mindennek a végső eredménye az elfajult izmokból álló egyetlen kemény „páncélköpeny” létrejötte, ami foglyul ejti az egész szervezetet, megzavarja a szervezet minden szervének és -rendszerének működését, első sorban a szív- és érrendszernek a munkáját. Amikor az ember úgy érzi, hogy az izmai bilincsbe vannak verve, akkor rendszerint azt gondolja (és az orvosok mindig támogatják ilyenkor hozott téves véleményét), hogy érdemes tornázni és többet mozogni, mert ennek hatására, a bilincsbe zártság érzése majd elszáll. Ez azonban az izomszövet organikus elfajulásának csupán a legelején, a kezdeti szakaszában tud segíteni; akkor, amikor a véráramlás fokozása még képes a szabálytalan anyagcseréből származó termékeket „odább lökni”, és ezeket a működő izmokból elvezetni. Ha azonban már kialakultak az üledékes struktúrák, akkor a vérkeringés erősítése nem képes a szisztémás destrukció folyamatát visszafordítani, mivel a vérkeringés le lett blokkolva az izmokban. Az ilyen izmokat nem lehet tornáztatással kinyújtani, gyakoroltatni. Az ilyen „gyógyulástól” várt hatás ugyanis a reméltnek éppen ellenkezője lesz: az ilyenkor végzett fokozott fizikai aktivitás csak a pangási jelenségek fokozódásához vezet, a mikrocirkuláció még erősebb zavarához, és az izomszövet keménysége (a szisztémás destrukció) csak növekedni fog, még erősebb lesz.

Érthető, hogy a rugalmasságukat vesztett, egymáshoz szorított izmok (amiket az üledékes zárványok összeragasztottak és egy konglomerátummá formáltak) elveszítik azt a képességet, hogy a mechanikai erőket szabályosan, mindegyiket saját, közvetlen anatómiai rendeltetésének megfelelően továbbítsák. Ehelyett a mozgatási folyamat közben durván megzavarják a TMSZ mechanikáját, ami a TMSZ egyes elemeinek – és egész lánc tagoknak – kaotikus eltolódásához vezet.

A bilincsbe zártság említett állapotából edzésekkel és jógázással törekedett kitörni I. T. Ez aztán a mellkas, a nyak és egyes csigolyák súlyos eltolódásához vezetett. Valószínű, hogy a mellkas eltolódása heveny feszültséget váltott ki a vállöv destruált izmaiban, amik aztán a törzs belsejébe húzták a nyakat. A test jobb oldali munkaorientációja miatt a jobb váll lefelé süllyedt és – az átalakult izmokból képződött összenövésekkel – magával húzta a fejet is. Az egyensúly fenntartásához azonban a fejnek függőlegesen kell állnia, ezért az IR – az izomzat tónusának elváltoztatásával – visszatérítette a maximálisan szabályos helyzetbe. A nyaki szakaszon a csigolyák ekkor fordultak el (csavarodtak el) a függőleges tengely körül. A nyakcsigolyák ilyen helyzetének az lett a következménye, hogy az agyhoz vezető erek megfeszültek, és ez működési zavarokhoz vezetett. Az emberek többségénél az agy vérkeringésének hasonló zavarai okozzák a fejfájásokat. Ezeknek a rohamszerű jelentkezése attól függ,

hogyan ezek a tápvéredények mennyire vannak összeszorítva, és a közelükben lévő szövetek mennyire vizenyősödtek el. Az ödémáság azonban változó és több tényezőtől függ: a fizikai terheléstől (a fizikai túlfeszítettségtől), a stresszhelyzetektől, az időjárási tényezőktől, és közepesen hat rá a gyomor-bél traktus, a vesék stb. egészségi állapota. Az ok azonban – minden esetben – ugyanaz: az anyagcsere zavara. A szervezet egyik nap jobban bonyolítja az emésztés folyamatát, a másik nap pedig rosszabbul. Ettől függően változik a helytelen anyagcseréből származó, vérbe jutó termékek mennyisége. Ez az izomszövetben további – utólagos – ödémáságot okoz, ami rátelepül a már megkeményedett izmokra. Ez az ödéma rendszerint a test egyik oldalán határozottabban érzékelhető: azon az oldalon, ahol a működési zavarokkal küzdő szerv helyezkedik el. Például, ha rosszul működik az ember mája, akkor az ödéma a jobb oldalon helyezkedik el; ha a hasnyálmirigy működik rosszul, akkor a test bal oldalán; ha különböző terheltséggel működik a két vese, akkor az ödéma a sérültebb vese oldalán található. Ehhez hasonlóan: az ember feje a jobb oldalon vagy a bal oldalon fáj, mivel az ödéma – a sérült oldalon – rendszerint eléri a nyakat, és utólag kezdi szorítani az agy vérellátására szolgáló véredényeket. Mivel az ütőerekben uralkodó nyomás nagyobb a vénás erekben lévénél, az ide érkező – agy felé áramló – vér legyőzi az ér beszűkülése (összeszorítottsága) által keletkezett akadályt; a vér visszafolyása azonban megnehezül. Az agyban lévő erek vérrel túltelítődnek, kitágulnak és nyomják az agyszövetet. Attól függően, hogy ez a túlnyomás melyik agyszakaszban nyilvánul meg erősebben, a hozzá társult migrénszimpptómák eltérőek lehetnek; olyanok, mint például az erős fénytől való félelemérzet, a látásromlás (az aura), a gyenge zajtűrő képesség, a fejfájás, a hányinger, vagy – néha – az eszméletvesztés. A fájdalom lüktető jellege valószínűleg megmagyarázható a vénás szelepek működési mechanizmusával, mivel kinyitásukhoz a vérnyomásnak el kell érnie egy meghatározott értéket. Ekkor a szelep kinyílik és a vérnyomás leesik. Ez egy periodikusan ismétlődő folyamat; ez okozza a jellemző, nem egyenletes (lüktető, pulzáló) fájdalmat.

Az irodalomban [125, 127] nemritkán olyan állítással is találkozhatunk, hogy a migrén legtöbbször a jobb oldalon fordul elő. Ennek logikus magyarázatát a jobb oldali munkaorientáció adja. A fizikai munkával foglalkozó embereknél a jobb kar vizenyőssége (ödémája) gyakran elkapja a nyakat is, ezért náluk – leggyakrabban – a jobb oldali migrén fordul elő. A szellemi munkával foglalkozóknál a fejfájás felléphet a jobb és a bal oldalon is.

Mindabból, amit a fentiekben elmondtunk, olyan következtetést lehet levonni, hogy a migrén azoknál a személyeknél fordul elő:

- akiknek az anyagcsereje rendellenessé vált;
- akiknél már jelentkezett a TMSZ szöveteinek organikus elfajulása, és a TMSZ elemeinél megjelentek az elfajulást kísérő térbeli eltolódások, amik az agyi vérkeringés rendellenességét okozzák.

Az ilyen emberek többségénél csigolyaeltolódások észlelhetők a gerincoszlop nyaki szakaszán. Mi több ezer, migréntől szenvedő emberen segítettünk, akiket az SZRT segítségével szabadítottunk meg a fejfájásrohamoktól. Az izomszövet struktúrájának a helyreállítása, a nyakcsigolyák eltolódásának a likvidálása mindig segített (még olyanokon is, akik gyermekkoruk óta, 30–40 éven keresztül szenvedtek a migréntől). Ehhez rendszerint elegendő volt 2–3 SZRT-kezelés.

Rehabilitáció. Az első kezelést nagyon óvatosan végeztük I. T.-nél, mivel nyaka leggyengébb érintésére szédülésrohamok léptek fel nála. Ezen a kezelésen csak részben

tudtuk szétválasztani a test felső részén található üledékes hiperstruktúrát, és a nyakcsigolyákat kissé elfordítottuk, a helyes irányba. Már ennek hatására kitisztultak és ragyogni kezdtek a lány szemei (holott addig fénytelenek voltak). 2 hét múlva jött el I. T. a 2. kezelésre, és rögtön azt kérte, hogy a melleit nagyobbítsuk meg; ugyanakkor a migrénjét meg sem említette, mintha el is felejtette volna. Kérdésünkre, hogy van-e még fejfájása, nemleges választ adott. Melle, mint a férfiaknál, teljesen lapos volt; rajta csak mellbimbók helyezkedtek el. Ennek az eszmének (kérésének) megszállottjaként még fél éven keresztül járt a rendelőnkbe, de egyszer sem említette, hogy egész életében szenvedett a migréntől. Könnyes szemmel kérte, hogy alakját tegyük széppé. Megmagyaráztuk neki, hogy ezt meg lehet tenni, de ehhez előbb normalizálni kell a vérkeringést az egész testében, mert pont ennek a zavara miatt következett be, gyermekkorától kezdve, az egész izomtakaró megkeményedése, és ez a zavar gátolta a tejmirigyek vérrel való ellátását, táplálását. A lányka nem értette meg, hogy az alaki hiányosságok csupán „virágocskák”, és a „termés” még csak ezután jött volna; és fenyegette volna a jövőjét, ha mi a testét nem „szabadítottuk volna ki” a bilincseiből. A szisztémás destrukció évről évre csak erősödött volna, és – vele együtt – egyre nagyobb lett volna annak a kockázata, hogy a csigolyaközi sérv miatt infarktus, inzultus, bénulás fogja utolérni.

Fél év múlva lett melle 3-as méretű. Álma megvalósításához testét teljesen rekonstruálni kellett:

- vissza kellett fordítanunk izmai organikus elváltozásait;
- ehhez meg kellett szüntetnünk a mellkas, a derék, a nyakcsigolyák, a végtagizületek eltolódásait.

Még fejformáját is – aminek a frontális síkban észrevehető aszimmetriája volt – sikerült megjavítani. Ez alatt a fél év alatt egyszer sem panaszkodott a migrénjére, egyszerűen el is felejtette.

30. Többszörös csigolyaközi porckorongsérvek a nyaki gerincben

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: L. D., 1947.

Szakma: rokkant nő.

Tartózkodási hely: Magyarország, Baja.

Megfigyelési időszak: 1996–2004.

Panaszok. Nyaki fájdalmak. A nyak – egy helyzetben – mereven van rögzítve és lefelé hajlik. Emiatt a fej egyik oldalra sem fordítható: a tekintet csak lefelé, a lábak elé irányul. Fejfájás, szédülés, hányinger, magas vérnyomás, szapora szívverés, szívujjéki fájdalom.

Gyógyítás orvosi intézetekben. Többször is volt kórházi bent fekvő beteg. A gerinc nyaki szakaszán két sérvet diagnosztizáltak, operálásukat azonban visszautasította. 1990-ben többszörös csigolyaközi porckorongsérv diagnózissal (67%-os) rokkanttá lett minősítve. Az 1990 óta eltelt egész idő alatt jobb kezét erős, tartós, nem szűnő fájdalom gyötri. Ez a karja meggémberedett, és az érzékelése szinte teljesen elveszett. 1994-ben részlegesen lebénult a törzs jobb oldala, és az arca elferdült. Sokáig volt kórházban, ahol gyógyszeres kezelésben részesült és fizioterápiás kezeléseken vett részt. Többször gyógyították termálfürdőkben is. 1996-ban jött hozzánk, soron következő kórházi gyógykezelése után.

Primer SZRT-diagnosztika. A páciensnő sápadt, elcsigázott, betegségtől elkínzott, kimerült. A nyakizmok egyáltalán nem hasonlítanak izmokra: organikusan átalakultak, durván elfajultak. Úgy néz ki, mint akinek a nyakát zsineggel körbetekerték, bepólyálták, és ez az egész konstrukció összenőtt és megkövült. Ugyanilyen szalagszerű zsinegekké (kötelekké) változtak a vállöv izmai, amik megfeszültek és elcsavarták a nyakat előre és lefelé néző irányba. A vállak természetellenesen emelkedtek fölfelé. A nyak nagyon rövid volt, lehúzódott és besüllyedt a törzsbe; a nyakcsigolyák vékonyak és szárazak. A nyak teljesen mozdulatlan.

Rehabilitáció. Az első SZRT-kezelésen – erős szédülése miatt – a páciens nem tudott lefeküdni a masszázsigyára. A későbbiekben, még az ülő helyzetben végzett első öt kezelés alatt is, gyakran félbe kellett szakítani vagy teljesen abba kellett hagyni a kezelést, mivel a nyak kezelésekor váratlan rohamok törtek rá rendkívül erős fejfájás, hányinger és hányás formájában. Azonban az ezek után adott további SZRT-kezelések végrehajtása után:

- fokozatosan kezdett helyreállni az izomszövet;
- az izmok kezdték visszanyerni rugalmasságukat, és megszűnt a nyak lefelé húzása;
- a nyak kezdett egyenes helyzetet felvenni;
- megnyúlt a nyak, kiszabadult a törzsből, és már nem emlékeztetett kagylóból kikandikáló csigára;
- leereszkedtek a vállak és a lapockák;
- a nyak kezdett – kis mértékben – forgatható lenni, és mozgástartománya minden kezelés után fokozatosan nagyobb lett.

Amikor pedig az üledékes struktúrák és hiperstruktúrák a lerakódási zárványoktól megszabadultak (kitisztultak), akkor szétestek, és a vérkeringés ismét normálissá vált az izmokban. Ezzel lehetőség nyílt arra, hogy a vér eljusson a nyakcsigolyák csontszövetéhez, amik ezután kezdtek gyorsan helyreállni és erővel telítődni.

Ezek a jelek mind arra utaltak, hogy a szervezet bekapcsolta az ön-helyreállítási mechanizmust, és elkezdődött a degeneratív-disztrófiás elváltozások likvidálása a TMSZ-ben, a csigolyaközi korongokban és az ízületekben is. A továbbiak során – rendkívül óvatosan – elkezdtük a csigolyák egymáshoz képest kialakult eltolódásának likvidálását a frontális síkban és a függőleges tengely körül is. Hatására rögtön abbamaradtak a fejfájások, a szapora szívverés, a szívfájás; a vérnyomás pedig normális lett. A törzs felső része külsőleg hamarosan szokásos (standard) képet öltött. Elmúltak a fejfájások, a fejet pedig minden irányba akadálytalanul lehetett forgatni.

Tizenöt SZRT-kezelés után L. D. – saját szavai szerint – teljesen egészségesnek érezte magát és abbahagyta rendelőnk látogatását. 2004-ben aztán ismét megjelent a rendelőnkben és a bal vállában jelentkező fájdalomról panaszkodott. Kértük, hogy készíttessen komputertomográfias felvételt a gerincoszlop nyaki szakaszáról. Néhány nap múlva hozta a zárójelentést, ami szerint a gerincoszlop nyaki szakaszának nincs patológiás elváltozása. A porckorongsérveknek nyomuk sem volt. Mi megőriztük az 1996-ban készült felvételt, és a kettőt összehasonlítva még egyszer meggyőződünk arról, hogy az ember TMSZ-e az SZRT-módszerek ráhatására képes visszaadni szöveteinek az egészséget azzal, hogy visszafordít bármilyen degeneratív-disztrófiás elváltozást. Nehezen lehetett elhinni, hogy egy ilyen embernél, aki – korábban – nagyon súlyos beteg, sőt, rokkant volt, a gerincoszlop most teljesen egészséges.

31. *Bechterew-kór*

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: V. A., 1950.

Szakma: tornatanárnő.

Tartózkodási hely: Magyarország, Budapest.

Megfigyelési időszak: 1991–2004.

Panaszok. Erős fájások a keresztcsontban, a lágyékban és a csípő külső oldalán a területén. 3 év óta tartja magát betegnek. Éjjelente és reggelenként a fájások erősebbé válnak, ezért az alvása nem tekinthető teljes értékűnek. Reggelente a háta „bilincsbe van verve”, „le van bénulva”, és nehezen tud felkelni az ágyból. Az utóbbi évben a fájdalom és bilincsbe vertség annyira felerősödött, hogy egyedül nem tud felkelni; a férje és a lánya emeli ki az ágyból. Megnehezült és fájdalmat okoz az oldalra, előre és a hátrafelé végzett hajlás. A köhögés és a tüszőtés is fájdalmat okoz.

Gyógyítás orvosi intézetekben. Gyógyintézetben kezelték és gyógyították. A diagnózis Bechterew-kórt jelöl meg. Többször vett részt gyógyszeres kúrákon. A súlyosabb állapot megszüntetése után gyógytornával foglalkozott, termálfürdőkben keresett gyógyulást. Mindez tompította a fájdalmat, de mozgékonyasága ezalatt is, megállás nélkül, egyre jobban és jobban romlott. A gyulladásgátló és fájdalomcsillapító készítmények hosszú időn keresztül folytatott szedése a gyomor-bél traktus nyálkahártyájának gyulladásához vezetett.

Primer SZRT-diagnosztika. Az egész test gumihoz hasonlóan kemény. A hát lapos. A gerincoszlop fiziológiai görbületei kisimultak. Tapintásra (palpációra) nagyon érzékenynek mutatkoznak a lágy szövetek is, és a gerinc is. A páciens bőre nagyon sápadt, különösen az arca. A beteg szeméi gyengeséget és fáradtságot, kimerültséget tükröznek. A testsúly a normálisnál kisebb. A hajlongások rendkívüli fájdalmat okoznak. A hajlásszögek az egészséges ember gerincével elérhető hajlásszögeknek körülbelül 30%-áig terjednek (minden irányban).

Rehabilitáció. Az első két SZRT-kezelés kíméletes volt és rövid ideig tartott, mivel a páciens nagyon gyenge és kimerült volt, és a legenyhébb érintésre fájdalom és szédülés jelentkezett nála. Ugyanakkor – ilyen körülmények mellett is – enyhe ART nyomás segítségével sikerült:

- eltávolítani a friss ödémákat, amik elborították a páciens egész hátát, a vállait és a medencéjét;
- egy kicsit benyomulni a közös üledékes hiperstruktúrába, amivé átalakult a páciens egész teste;
- valamennyire elválasztani egymástól ennek a hiperstruktúrának a rétegeit.

A páciens lánya, aki minden találkozáskor elkísérte anyját és a kezelés alatt segítette őt áthelyezni, a harmadik kezelés alatt közölte, hogy anyja – már két napja – önállóan kel fel az ágyból. A következő kezelésekkor folytattuk az üledékes zárványok eltávolítását. Ilyenkor, az ART nyomás segítségével, behatoltunk a szövetekbe, és az egymáshoz ragadt izmokból, izompólyákból és szalagokból álló nem-anatómiai képződményeket szétromboltuk, és a TMSZ szöveteiben serkentettük a folyadékok mikrocirkulációját. Mielőtt kezdett helyreállni az egészséges vérkeringés az asszony testében, máris kezdett jobban lenni. Megszűntek a fájdalmai, eltűnt a bőrtakarók sápadtsága, mélyen és hosszú ideig tudott aludni.

V. A. összesen tíz kezelésen vett részt. Ezalatt nemcsak minden fájdalma megszűnt, de a gerinc mozgékonyasága is helyreállt. Fájdalom nélkül ugyanolyan mélyre tudta meg-

hajlítani a testét, mint bármilyen más egészséges ember. Két év múlva az utcán véletlenül összetalálkoztunk vele és nem ismertük meg. Ő jött oda hozzánk és emlékeztetett a nevére és betegsége történetére. Közölte, hogy nagyon jól érzi magát, és a külső megjelenése is – rózsaszínű orcái, a világos, ragyogó szemek és egészséges teltsége – szintén ezt tanúsította. Semmivel sem hasonlított korábbi énjére, a meggyötört, satnya aszszonyra; ezért természetes, hogy nem ismertük meg őt.

Pont ez idő tájt készített filmet munkánkról Magyarország állami tévétársasága. Arra kértük V. A.-t, hogy vegyen részt a felvételeken, amibe ő szívesen beleegyezett. Részletesen, pontosan beszélt a betegségéről a kamerák előtt, és arról, hogy mi teljesen meggyógyítottuk. Most rendszeresen találkozunk vele, mivel javaslatunkra megelőzés céljából évente két kezelésen vesz részt. Továbbra is kitűnően érzi magát, sikeresen dolgozik: gyógytorna-foglalkozásokat vezet.

32. A TMSZ szisztémás destrukciójának súlyos stádiuma sportolóknál

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: M. P., 1977.

Szakma: határőr állomáson dolgozó rendőrnő.

Tartózkodási hely: Magyarország, Óriszentpéter.

Megfigyelési időszak: 2000–2004.

Panaszok. Fejfájás, szédülés, hátfájás és derékfájás; instabil (gyakran magas) vérnyomás.

Gyógyítás orvosi intézetekben. Nemegyszer volt ambuláns betegként orvosi megfigyelés alatt, de az orvosok nem tudtak diagnózist felállítani. Fájdalomcsillapító szereket szedett, sokszor volt gyógyfürdőkben; egészségi állapota azonban egyre rosszabb és rosszabb lett.

Primer SZRT-diagnosztika. 160 km-re lévő otthonából M. P.-t alig tudták elhozni hozzánk Veszprémbe erős szédülése és hányingere miatt. Ilyen állapotot mindig fellép nála, amikor gépkocsin utazik. A páciens izmai (főként a lábai) nagyon kemények, kövérek, duzzadtak. Az egész test összefüggő, kemény hiperstruktúrát alkot. Ilyen esetekben a TMSZ elemeinél rendszerint – anatómiai helyükről való – durva eltolódások szoktak előfordulni. Most is ezt tanúsították az ifjú hölgy alakjának szabálytalan körvonalai. Mi azonban kezdetben nem tudtunk – konkrétan – leírni ilyen eltolódásokat, mivel a test kőkemény tömörsége zavarta az érzékelésen alapuló diagnosztizálás elvégzését.

Rehabilitáció. Az első két SZRT-kezelésen M. P. ülő helyzetben vett részt, mivel, amikor megkíséreltük lefektetni, erős fejfájás fogta el és hányni kezdett. Amikor a nyakához értünk, akkor – többször is – ájuláshoz hasonló állapot lépett fel nála. Öt kezelés után felszívódtak a vizenyők, az izmok – részben – megtisztultak az üledékes zárványoktól. Amikor szétesett a közös üledékes hiperstruktúra, akkor vált észrevehetővé, hogy a test egyes részeit még helyi, lokális, a közös hiperstruktúránál keményebb üledékes hiperstruktúrák tartják fogságban; olyanok, amik nagyon nehezen „engedik”, hogy szétválasszuk (dezintegráljuk) és feldaraboljuk (fragmentáljuk) őket. Mi azonban szívósan alkalmaztuk az ART nyomást; minden egyes izmot, ami a helyi struktúrákban volt, igyekeztünk szabaddá tenni és megtisztítani.

Amikor a lágy izmok oly mértékben helyreálltak, hogy valóban lágyak (puhák) lettek, akkor eljutottunk oda, hogy diagnosztizálhassuk a váz csontelemeinek állapotát. Kiderült, hogy az ifjú hölgynek:

- a bordái eltolódtak;

- a mellkasa – a homlokoldali síkban – teljes elfordult az óramutató járásával ellentétes irányban;
- a dereka eltolódott a helyéről;
- a gerincén hiperlordosis deformáció érzékelhető a deréktáji szakaszon;
- a nyakcsigolyái elcsavarodtak a függőleges tengely körül és – egymáshoz viszonyítva – eltolódtak a homlokoldali és a sagittalis síkban.

Azaz a támasztó-mozgató szervrendszer szisztémás destrukciójának súlyos stádiuma vált megfigyelhetővé. Kérdéseinkre adott válaszaiból kiderült, hogy M. P. gyermekkorától kezdve nagy odaadással sportolt; különféle sportokat űzött, sokat edzett, gyakran vett részt versenyeken és jó eredményeket ért el.

Ezek után feltételeztük, hogy az M. P.-nél észlelt szisztémás destrukció az izmok túlédzése következtében jutott ilyen rohamos fejlődéshez, mivel ez tipikus jelenség a sportolóknál. Az időben és mennyiségében szélsőségekig fokozott izmokra eső dinamikai terhelés rendszerint ahhoz vezet, hogy, a terhelés megszűnését követő bizonyos idő elteltével az izmok visszamaradó (remanens) feszültséggel terhelt állapotban lehetnek. Az ilyen terhelés gyakori ismétlése, ami az intenzív (napenkénti) edzések alatt történik, az izomzat kiterjedt szakaszain állandó hipertónusos állapothoz vezet, ez pedig végül az izomszövet organikus átalakulásához. A TMSZ ilyen önszerveződési folyamatát, amit irányítórendszere a szervezet energiafelhasználásának minimalizálása céljából fogantat, nemegyszer leírtuk az előző példákban.

A TMSZ-IR jeleire megkeményedett izmok belső nem-anatómiai terheléseket hoznak létre, amik megzavarják a TMSZ térbeli stabilitását. A test térbeli stabilitásának biztosítása céljából a TMSZ némelyik eleme eltolódik, aminek következtében az ilyen izmokkal kapcsolatban álló izomzat is hipertónusba jut. A későbbiekben aztán ez a hipertónus kiterjed, generálissá válik az egész TMSZ-ben: egyrészt az idegrendszer vezetőképességének és a véredények áteresztőképességének egész szervezetet érintő zavarai miatt, másrészt pedig a szisztémás destrukciós folyamat alkotói között keletkezett önszerveződés jelenléte miatt.

A könyv elméleti részében úgy írtuk le a szisztémás destrukciós folyamatot, hogy ez lépésenként terjeszti szét és mélyíti el a patológiás folyamatot a TMSZ egyre több eleménél; és ezek szöveteinél az organikus átalakulás egyre erősebb, egyre súlyosabb stádiumát hozza létre. Összességében véve a szisztémás destrukció megállás nélkül mélyül tovább, de nem sima, nem egyenletes ütemben valósul meg, hanem lépcsőzetes jelleggel.

A TMSZ ilyenkor bizonyos ideig megőrzi viszonylag stabil állapotát: addig, amíg kívülről nem éri valamilyen zavaró hatás, aminek következtében a TMSZ egyensúlyi állapota ismét rendellenessé válik; ekkor a TMSZ-IR átvezeti a TMSZ-t egy másik egyensúlyi állapotba, ami azonban minőségileg mindig rosszabb az előzőnél.

Milyen események történhettek M. P. életében, amik a destrukció súlyosbodásához vezető szakaszába juttatták őt a szisztémás destrukció folyamatának soron következő ugrásánál (lépcsőjénél)? Az adott esetben elsősorban a szélsőséges dinamikai és statikai terhelésekre kell gondolni, valamint a TMSZ-t ért mikrotraumákra, amik a versenyekre való felkészülés ideje alatt és a versenyek alatt keletkezhetnek. Mindezek hatására a hölgy teste egyre inkább átalakult, egy kemény páncéllá vált az izomszövetben létrejött, generálissá váló organikus átalakulás következtében. Érthető, hogy a rugalmasságukat veszített izmok, amik összenőttek egyetlen hiperstruktúrává, végül is kezdték torzítani a TMSZ mechanikáját, és a vázcsontoknál rendkívüli problémákat okoztak, megakadályozva a csontok – teljes működési terjedelemben való – mozgathatóságát.

A mindennapi életben ez ugyan kellemetlenséget okozott, de nem voltak messzire ható következményei, mivel az izmokat „bilincsbe záró” folyamat simán, egyenletesen zajlott, és a páciens fokozatosan alkalmazkodott hozzá. A sportküzdelmeket közvetlenül megelőző időszakokban és a találkozók alatt azonban M. P.-nek, aki főként karatézott, már tömegével kellett szélsőséges amplitúdójú és nagyon heves mozdulatokat végeznie, hiszen ilyenek nélkül semmilyen küzdősport sem képzelhető el. Pont az ilyen rántások, dobások – és részben maguk a karatefogások – vezettek a TMSZ csontelemeinek és lánc-tagjainak durva eltolódásaihoz, amiket mi fel is fedeztünk a lány rehabilitációja alatt. Kezdetben ezek, természetesen, csak apró kis elmozdulások voltak a csont-izom konstrukcióban, amik nem nagy, gyorsan múló fájdalmak és ínrándulások formájában nyilvánultak meg. Az ilyen jelenségeket a sportolók és tréneraik megszokott, mindennapi jelenségeknek tartanak, és nem fordítanak figyelmet rájuk. A már destruktíótól megtámadott testben azonban a nem nagy eltolódásnak is lehet olyan következménye, hogy a szisztémás destrukció új menetét indítja el. Hiszen a mikroelmozdulást az izomzat hipertónusú és hipotónusú reakciója követi. Ezzel viszont újra elkezdődik a TMSZ patológiás – átmenetet képező – ciklusának a kibontakozása, amiben az előző stabil állapotból áttér az újabb stabil állapotba. Ez azonban úgy történik, hogy eközben a TMSZ egyre több eleme tér el a szabályos anatómiai státusztól, és az eltérések amplitúdója növekedni fog.

M. P. rehabilitációjának ideje alatt nekünk körülbelül ugyanennyi SZRT-ciklust kellett létrehozunk és végigvinnünk, de fordított sorrendben. „Szétkalapáltuk / széttörtük” a hiperstruktúrák rétegeit, egyiket a másik után. Ennek során azonban mindegyik kezelés alatt:

- el kellett érnünk, hogy a TMSZ térben stabil maradjon;
- prognosztizálnunk kellett az események várható alakulását a kezelések közötti egyhetes szünetben; ezalatt a páciens TMSZ-IR-ében tovább zajlott a szövetek – általunk kijelölt – ön-helyreállítási folyamata.

Ily módon mindegyik SZRT-kezelés egy fordított irányban zajló – a rosszabb TMSZ-állapottól a jobb TMSZ-állapot felé tartó – folyamat menetét indította el, ami szabályosabb anatómiai státuszhoz vezetett, mivel ehhez szabályosabb térbeli konstrukció és a TMSZ-elemek egészségesebb állapota tartozott.

Tíz kezelés után M. P.-nél a fejfájások és a szédülések megszűntek. 15 kezelés után teljesen egészségessé vált, mivel ekkorra minden izomnak a működési tulajdonsága helyreállt annak következtében, hogy mi visszatettük szabályos anatómiai helyére a gerincét – ennek nyakcsigolyáit –, valamint a bordáit, a mellkasát és a medencéjét.

33. Scoliosis súlyos formája

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: Zs. S., 1964.

Szakma: ortopédus orvos.

Tartózkodási hely: Argentína, Buenos Aires.

Megfigyelési időszak: 200–2004.

Panaszok. 3-as fokozatú scoliosis, gerinc- és ízületi fájdalmak, hamar elfárad, ingerlékenység.

Gyógyítás orvosi intézetekben. A scoliosist akkor vették észre, amikor S. már 10 éves volt. Az akkori diagnosztizálás 2-es fokozatú scoliosist állapított meg. S. anyja, aki

maga is orvos volt a megyei kórházban, lányát a legjobb szakemberekkel vizsgálattatta és gyógyíttatta, az orvosi előírásokat pedig pontosan betartották. S. állandóan részt vett fizioterápiás és gyógytorna-kurzusokon. Annak ellenére, hogy az anya kiválóan el-sajátította a masszázs és a kiopraktika technikáját, sok éven keresztül alkalmazta saját tudását és saját maga gyógyította a leányát: a scoliosis tovább növekedett az alatt az idő alatt, amíg a szervezet a fejlődési periódusban volt, és elérte a 3-as fokozatot. Meg kell jegyezni, hogy az anya minden erejével arra törekedett, hogy a lánya hátát kiegyenesítse, eljárásai azonban nagyon fájdalmasak voltak. S.-nek ez nagyon rosszulesett, magharagudott az anyjára és azt mondta, hogy az csak rosszabbá teszi állapotát. Minél jobban törekedett az anya, annál erősebbek lettek S. hátfájásai és az ízületeiben uralkodó fájdalmak.

Zs. S. elhatározta, hogy a végsőig fog küzdeni betegségével. Elvégezte az orvostudományi egyetemet, és ortopédus orvos lett. S. a megyei ortopédiai rendelőintézetben kezdett dolgozni, ahol lehetősége volt konzultálni és gyógyíttatni magát a legtapasztaltabb ortopédusokkal, azonban nem sikerült visszafordíttatni TMSZ-e scoliosisos elváltozásait és kiegyenesíteni a hátát.

Primer SZRT-diagnosztika. S.-nek áthatolhatatlan, kötömör, nagyon kemény izmai voltak. Ez mindig így van a súlyos stádiumba jutott scoliosisszal küzdő embereknél, akik ezt fokozott erővel végzett gyógytornagyakorlatokkal igyekeznek megállítani. Ilyenkor a beteg gyermekeknek tornát előíró ortopédus orvosok a következő szavakkal fejezik ki a követendő célt: „meg kell erősíteni a hátizmokat, jó izomfűzőt kell létrehozni”. Mi már nemegyszer leírtuk, hogy a TMSZ-elemek bármilyen (etalonhoz – szabályos anatómiai státuszhoz – képest bekövetkezett) eltérésének nem kellő időben (késlekedve) történő elhárítása mindig beindítja a szisztémás destrukciós folyamatot. Ez aztán, egy idő múlva, kiterelvényesedik és elmélyül, azaz generálisan rátámad, rátelepszik az egész TMSZ-re. Ez azt jelenti, hogy, egy idő után:

- egyre több TMSZ-elem tolódik el szabályos anatómiai helyéről a csont-izom konstrukcióban;
- az ilyen elemekhez kapcsolódó izmoknak egyre nagyobb mennyiségénél állandóan fennálló normálistól eltérő – ennél nagyobb vagy kisebb – tónus jön létre.

Tehát egyre több izom kerül az ember megváltozott anatómiai státuszához alkalmazkodó, úgynevezett adaptációs folyamatba. A TMSZ-IR számára az izmok tónusa állandóan ellenőrizendő paraméternek számít, mivel pont ennek a paraméternek a nyomon követésével tudja megfigyelés alatt tartani az izomzat munkarezsímjét (működési módját). Az izomtónusnak a normálistól való bármilyen eltérését az IR a TMSZ optimális működési módja zavarának tekinti, aminél a szervezet izom-összehúzódnásra fordított energiafelhasználása nem optimális. Ezért a TMSZ-IR, az ilyen rendeltetésű energiafelhasználás minimalizálása céljából, az állandóan elváltozott tónussal működő izmokat organikusan átalakítja (elkorcsosítja), amit a szervezet saját erejével nem tud megfordítani.

Ennek az a következménye, hogy lehetetlenné válik a szervezetnél olyan folyamat létrejötte, ami spontán módon, önerővel tudná visszatéríteni a TMSZ izomszöveteit a normális struktúrához és a TMSZ elemeit a szabályos térbeli helyzetbe. A TMSZ-IR emiatt (válaszként az etalon állapotát felbolygató hatásokra) hozza létre struktúrájának önszerveződési folyamatát. Ezt fejezi ki fizikailag a hipertónusban lévő izmok megkeményedése és a hipotónusban lévő izmok elgyengülése (részleges elsovadása). A testtartás korrigálása céljából végzett fizikai gyakorlatok az organikusan elfajult izmokkal

élő ember számára elkésett ráhatásoknak tekintendők, mivel az ilyen izmokban már rendellenessé vált a véredények áteresztőképessége; ezért a bennük zajló anyagcsere termékei nem ürülnek ki teljesen, hanem egy részük visszamarad és felhalmozódik az ilyen izmokban.

Az ilyen izmok „felfuvasztására” irányuló kísérlet csak még nagyobb mértékű keménységükhöz vezet, amit rendszerint jó izomfűzőnek tartanak. A valóságban azonban az ilyen izmok már nem izmok, hanem üledékes struktúrák. Az ilyen struktúrákkal végzetett fizikai gyakorlatok csak gyorsítják a szóban forgó struktúrák további átalakulását üledékes hiperstruktúrákká, mivel pangási jelenségekhez, ödémákhoz, enyvszerű gélek létrejöttéhez vezetnek, amik az egyedül álló struktúrákat sokkal nagyobb struktúrákba, úgynevezett hiperstruktúrákba egyesítik.

Még ha tisztán elméletileg lehetséges is lenne felpumpálni az organikusan átalakult izmokat, a TMSZ eltolódott elemeit akkor sem lehetne visszatéríteni anatómiailag szabályos helyükre csupán az izmok erősítésének segítségével; mégpedig azért nem lehetne, mert elméletileg sem képesek a visszahelyezéshez szükséges mechanikai erő biztosítására. Az eltolódott elemeket az adaptációs folyamat és az önszerveződési folyamat rögtön magával ragadja, aminek hatására az egész TMSZ átalakul úgy, hogy minimális energiafelhasználással képes megőrizni az új, stabil állapotot. Ez azt jelenti, hogy maga az eltolódott elem és az összes vele kapcsolatban álló elem gyorsan organikus átalakulás alá kerül, ami rögzíti, fixálja őket. Még ha hirtelen egészségesse lehetne is tenni a működésbe vont izmokat (az eltolódott elemek visszahelyezésével), akkor is: húzóerejük nem lenne elegendő, és ennek az erőnek az iránya – elvileg – nem is lenne alkalmas; és emellett tolóerőt sem tudnának létrehozni. A szervezet tehát, ilyen módon, elvileg nem képes önállóan visszahelyezni saját eltolódott elemeit. Ehhez mindig kívülről jövő mechanikai hatás szükséges, amit csak a speciálisan betanított, SZRT-t alkalmazó professzionális rehabilitológus tud létrehozni.

Az SZRT-kezelés alatt mi nemcsak az organikus elváltozásokat fordítjuk meg az átalakult izmokban, hanem beindítjuk az ön-helyreállítási folyamatot az eltolódott elemekben is és az egész körülötte lévő területen is; fokozzuk a mikrocirkulációt; szétválasztjuk az összes üledékes hiperstruktúrát; eltávolítjuk az üledékes zárványokat és ellenőrizzük a helyreállítási folyamatot. Amikor pedig eljön az ideje, akkor fokozatosan visszatesszük az eltolódott elemeket anatómiailag szabályos helyükre. Az eltolódott elem saját maga, külső ráhatás nélkül soha nem tud visszatérni a helyére.

Most pedig megmagyarázzuk, hogy miért nem lehet – elméletileg sem – a fizikai (a torna) gyakorlatok segítségével növelni az izomerőt, „felpumpálni” az organikusan átalakult izmokat. A gyakran ismétlődő izom-összehúzódások azt eredményezik, hogy az izomnak nincs elég ideje ahhoz, hogy visszarendeződjön, azaz teljesen ellazuljon; emiatt egy ideig továbbra is fenntartja, őrzi összehúzott állapotát. Ez azt jelenti, hogy nem mindjárt tér vissza a normális tónushoz tartozó állapotba, hanem egy ideig hipertónusos állapotban marad.

Gyakran ismétlődő, fokozott erővel végzett edzések esetében az ilyen izom hipertónusa állandósul, és az ilyen hipertónust, jól tudjuk, a TMSZ-IR haladéktalanul rögzíti organikus átalakítással, azzal a céllal, hogy az izomtevékenységre fordított energiafelhasználást minimalizálja. Mindig ilyen negatív mellékhatás kíséri az izmok mértéketlen dinamikai és – hosszú időn keresztül fennálló – statikai tevékenységét, és ez megtörténik azokkal a sportolókkal is, akik – gyakorlatilag – egészségesnek tűnnek és kezdettől fogva teljes értékű izmokkal rendelkeznek. Mindebből következtetésként azt

lehet levonni, hogy az a képesség, az az ügyesség, ami az izomerő és az izomtömeg erősítését lehetővé teszi (az izmok túledzésből származó átalakulása – elkorcsosulása – nélkül): egyrészt egyéni adottság következménye, másrészt az ilyen sportolók és edzőik magas szakmai tudásának eredménye; mindez azonban csak keveseknek adatik meg. Ami pedig az ortopédiai szempontból beteg embereket, továbbá orvosait és a GYT-instruktorokat jellemzi: szókészletükben soha nem található olyan szó, hogy „túledzés”. A „gyógyító gyakorlatok” sokszori (százszor és ezerszer történő) ismétlését nem csak hogy nem tiltják, hanem mindenképpen üdvözlendő és támogatandó dolognak számítják. Ennek az a következménye, hogy minden ilyen edzés, a primer organikus átalakulás miatt a betegnél már enélkül is fennálló izomelfajuláshoz újabb, pótlólagos izomátalakulási meneteket társít azzal, hogy az ilyen izmoknak a hipertónusát fixálja.

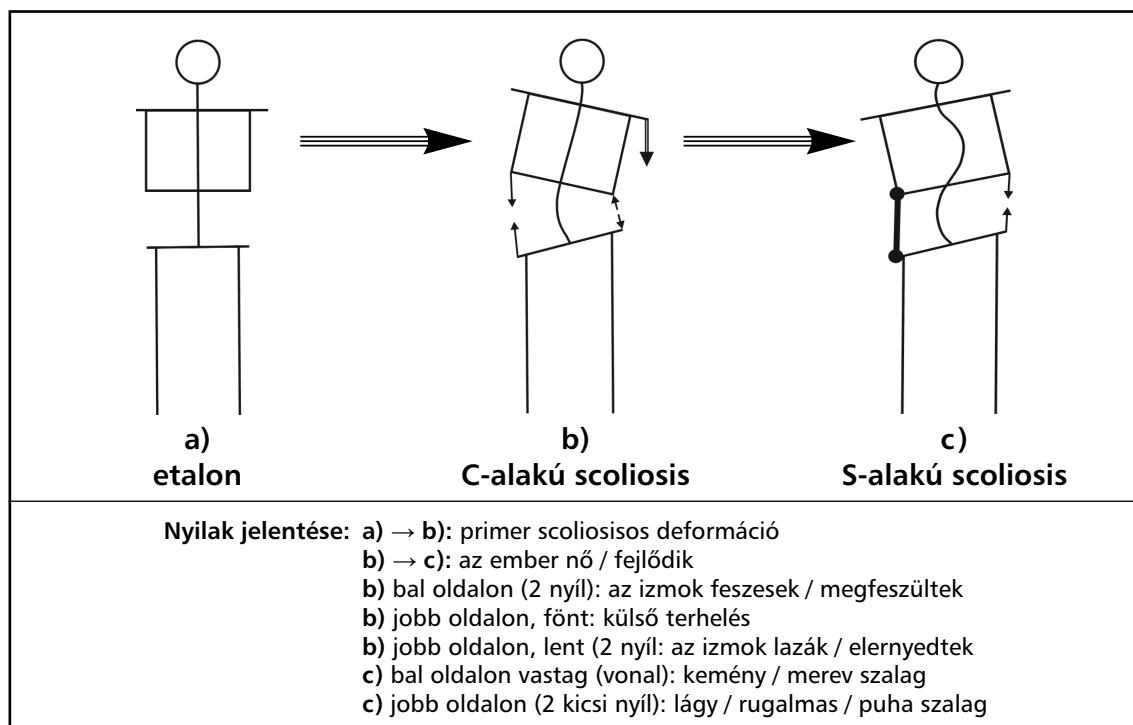
Ez az ördögi kör (circulus viciosus) pozitív visszacsatolással zárul: minél többször edzik az átalakult izmot, az annál inkább átalakul (annál inkább elfajul). Ennek mindig az a következménye, hogy a GYT-t nagy erővel végző scoliosisos betegeknek az izmai áttörhetetlenné válnak (helyesebben mondva: ezeknél sajátos, kőkemény tömörségű üledékes hiperstruktúrák keletkeznek). Ez az, amit az ortopédus orvosi nyelv „jó izomfűzőnek” nevez, pedig valójában ez egy páncélköpeny, ami akadályozza a vérkeringést nem csak az említett izmokban, hanem az egész szervezetben is. Főként a lentebb fekvő gerincben, ami szemlélatomást szó szerint mintha kiszáradna, és annál gyorsabban korcsosodik el, minél többször végzi a beteg a tornagyakorlatokat. Természetes dolog, hogy az ilyen „terápia” hatására a scoliosis súlyosabbá válik.

Minden itt fent tett megállapítás bármilyen átalakult, elfajult izomra nézve igaz, és ez a kijelentés vonatkozik minden emberre, de különösen aktuális a scoliosisos deformációtól szenvedő betegekre. Tekintsük most át a scoliosis fejlődési szakaszait az emberi test egyszerűsített ábráinak a segítségével.

Az embert hátulról fogjuk nézni.

A scoliosis kezdeti szakaszában, amikor – a domináns jobb oldali külső terhelés hatására – a gerinc jobbra hajlik (a jobbkezes embernél), a törzs bal oldalán elhelyezkedő izmok erősen megfeszülnek, és igyekeznek kiegyensúlyozott, stabil állapotban tartani az embert (a TMSZ-IR reakciója: adaptáció). A jobb oldali izmok ilyenkor állandóan ellazult állapotban vannak. Egy idő múlva a törzs bal oldalán lévő izmok állandó hipertónusát fixálja az organikus átalakulásuk (a TMSZ-IR reakciója: önszerveződése). A gerinc további jobb oldalra hajlásának megakadályozáshoz szükséges visszatartó erőt most nem az izomösszehúzódnak hozza létre, hanem az örökre megdermedt, csupán kismértékben nyújtható izomtömeg rugalmassága: ez a – kötélszerű – szalag hozza létre a gerinc megtartásához szükséges erőt. Ez az erő viszont most nem igényli a szervezet állandó energiaráfordítását, mivel nem az összehúzódnak izom hozza létre, hanem az összehúzódnak korábbi résztvevőiből, az átalakult izmokból álló, állandóan kemény konglomerátum.

Eléggé erős gerincelhajlásnál a medence mindig ferdén áll, igazodva a mechanika törvényeihez: fölfelé emelkedik az a fele, amelyik a támasztó láb fölött van (jobbkezes embernél a medence jobb oldala, balkezesnél a bal oldala). Miért? Azért, mert a külső terhelés a jobb kézen és a gerincen át erősebben terheli a jobb lábat, mint a bal lábat. Newton harmadik (akció-reakció / hatás-ellenhatás) törvényének megfelelően (bármely erő támadására vele azonos nagyságú, ellentétes irányú erő lép fel): a támaszték reakcióereje a jobb lábon keresztül nagyobb lesz, mint a bal lábon át; ezért a medence úgy ferdül el, ahogyan ezt a következő – b) – ábra mutatja.



A gerinc további sorsa most attól az időszaktól függ, amelyikben elkezdődött a scoliosisos deformáció. Minél fiatalabb a kisgyermek, annál hosszabb időn át fog nőni a gerinc, tehát a scoliosis progrediálni fog. Ennek az az oka, hogy a gerincnek a növekedési sebessége rendszerint sokkal nagyobb a szalag „növekedésének” a sebességénél; a szalagot ugyanis organikusan átalakult izmok alkotják, amikben a vér áramlása megnehezült és lelassult. Később elérkezik az a szituáció, amikor a szalag a vállakat és a medencét kezdi egymástól fix távolságra tartani. A fejlődő gerinc igyekszik szétoltni ezeket egymástól; mivel azonban a gerincoszlop különálló, egymáshoz flexibilisen kapcsolódó csigolyákból áll, a szalag jelentős visszatartó ereje miatt a gerinc oldalirányban kidülled, scoliosisos íveket alkot: közülük a jobbra néző ívek nagyobbak; vagy egyenlő mértékben hajlanak el a jobbra és balra néző ívek. Ezt a szituációt úgy lehet modellezni, hogy az ember az ujjai közé fog egy hosszú rugót, például egy golyóstoll rugóját, és azt – tengelyirányban – összenyomja. A deformáció konkrét fajtája sok tényezőtől függ: melyik életkorban történt az első elferdülés; milyen típusú, milyen fajta és milyen fokú fizikai terhelés érte a páciens életében; milyen korrigáló rendeltetésű ráhatásokat alkalmaztak nála stb. Az elferdülés formái nagyon különbözőek, és mindegyik páciensnél egyediek, mivel a gerinc saját, scoliosisos deformációja mellett, ezzel egyidejűleg fennáll az általa – a scoliosis által – elindított szisztémás destruktív folyamat is. Ez azt jelenti, hogy a TMSZ más elemei is kaotikusan eltolódott helyzetben vannak, és a velük kapcsolatban álló izmok szintén organikus átalakulás alá kerültek. Mindezek következtében:

- a TMSZ-ben rendezetlen keretek között zajlik a mechanikai erők vektorirányainak változása;
- belső nem-anatómiai terhelések lépnek fel, amik még inkább zavarják a gerinc egyensúlyát;
- a közös scoliosisos ferdüléshez – az egyes csigolyáknál – még lokális eltolódások is társulnak.

A legáltalánosabb esetben – ezt mutatja a **b)** vázlat – a scoliosis primer szakasza kezdetben úgy „kopogtat be”, hogy a vízszintes síkhoz képest a bal oldali váll felemelkedik (följebb kerül), a jobb oldali pedig leereszkedik. A gerinc viszont, ilyenkor C-betűre emlékeztető alakot ölt. Az elferdülés (a görbülés fő része) a gerinc deréktáji szakaszára jut. A további deformálódásnál (a fejlődési / növekedési folyamatban) az organikusan átalakult szalagok visszatartó hatása következtében a gerinc fordított S-betűre emlékeztető alakot vesz fel – ezt mutatja a **c)** vázlat –, aminek alsó íve korábban alakult ki (még az előző deformálódási szakaszban). Az elferdülési ívek kanyarodási (= irányváltási) pontjában a gerinc metszi a test függőleges tengelyét: ekkor a test felső része ettől a tengelytől jobbra van, az alsó része pedig balra. Nagy mértékű ferdeség esetén a gerinc (földről lefelé nézve) elcsavarodik a függőleges tengely körül az óramutató járásával egyező irányban. Ilyenkor a fej és a keresztcsont viszonylag szabályos helyzetben marad (egy függőleges tengelyen helyezkednek el). A gerinc középső része azonban elcsavarodik (mellkasi szakasza nagyobb mértékben, deréktáji szakasza kisebb mértékben). Ezt a jelenséget hívják rotációnak. Ez kelt olyan látszatot a röntgenfelvételeken, frontális nézetben, hogy a csigolyaívek lábai (pedes spinulae / pediculus spinulis) a test középvonalához képest eltolódtak. A csigolya csontos tövisnyúlványai (processus spinosus) az egyik (a gerinctől balra eső) oldalon nem vehetők észre, mivel a gerinc jobb oldalával elfordult a szemlélő felé (azaz elcsavarodott). Ilyenkor a mellkas az óramutató járásával ellentétes irányba fordul, azaz a gerinc elfordulásával ellentétes irányba; eközben a bal váll lejjebb kerül, a jobb oldali váll pedig felemelkedik. A sagittalis síkban a mellkas bal oldali része előretolódik, a jobb oldali pedig hátrább húzódik; emiatt és a gerinc súlyos rotációja miatt a bordák durván eldeformálódnak és jobb oldalról bordapúpot képeznek.

Mivel a gerinc a test központi támasza, erős deformációja a csont-izom rendszer összes többi lánctagján visszatükröződik: szabálytalan térbeli helyzetet vesznek fel a karok, a fej, a mellkas, a medence, a lábak. Ebben a bonyolult szituációban a TMSZ-IR megállás nélkül ügyel a test térbeli stabilitásának megtartására és mozgatási funkcióinak maximális mértékben való megőrzésére. Ezért az említett feltételeknek / követelményeknek a teljesítésére az adaptációs és az önszerveződési folyamatban a TMSZ egyes lánctagjai úgy tolódnak el, hogy a test súlypontja a támasztó felület középpontjára vetítődjön, és ehhez a súlypont projekciója a lehető legközelebb legyen mindig. A gerinc nyaki szakasza pedig – az ilyen deformációnál – úgy hajlik el, hogy maximálisan biztosítsa a fej – a két szem összekötő vonalának – szabályos vízszintes helyzetét. Ezek azok a feltételek, amik lehetővé teszik az ember számára, hogy egyenesen mozogjon, tekintet nélkül arra, hogy testének milyen deformációja van.

Az elmondottakat ki kell egészíteni azzal a megjegyzéssel, hogy a gerincdeformálódás itt vizsgált fejlődési szakaszai csak a scoliosis klasszikus esetében vezetnek a test egyes részeinek fönt említett helyzeteihez (terminológiánk szerint az S-alakú scoliosis esetében). Ilyen – klasszikus – esetben a gyermek jobb oldali munkaorientációja spontán módon zajlik, és a deformálódása is spontán módon „halad előre”; mondhatnánk úgy is, hogy természetes körülmények között alakul ki.

Vagyis ilyenkor még:

- nem próbálnak a gyermeknél gyógyító ráhatásokkal kecsegtető intézkedéseket alkalmazni (például masszázst, manuális terápiát, GYT-t, fűzőviselést még nem írtak elő);
- nincs kitéve a gyermek teste a mindennapi nehéz fizikai megterheléseknek.

Ha azonban – a deformációt figyelembe se véve – a gyermek aktív életmódot folytat, vagyis:

- részt vesz a közös, csoportos tornagyakorlatokon (nem is beszélve a sportról),
- és / vagy részt vesz a családra háruló – fizikai megterheléssel járó – mindennapi feladatok megoldásában (például dolgozik a kertben vagy nehéz tárgyakat emel fel),

az esetben a fő izomszalag mellett – ami a **c)** ábra bal oldalán látható – egy sereg „pótszalag” keletkezik az organikusan átalakult izmokból; és ez bekövetkezhet gyakorlatilag a test bármelyik részén. Az ilyen „pótszalagok” aztán (a fizikai terhelések jelentkezésekor) durván eltolják a váz fő részeit és ezeket kiszámíthatatlan módon, megjósolhatatlan irányba mozdítják el.

Igy keletkeznek a csontoknál olyan kaotikus eltolódások, amik a klasszikus, S-alakú eltolódási képet megváltoztatják. Ilyen esetben a scoliosisívek elveszítik a folyamatos-ságot: egyes csigolyák olyan helyzetet foglalnak el, ami zavarja (rendellenesnek mutatja) a rotációs rajzolatukon látható „általános / közös sorrendjüket”. Emiatt a frontális síkban készült röntgenfelvételeken a gerinc S-alakú projekcióvonalához képest némelyik csigolyának a tövisnyúlványai a bal oldalon láthatók, némelyiké pedig a jobb oldalon. Mivel S-alakú deformáció esetében a mellkas jobb oldali része felfelé tolódik el, a medence és a mellkas között, a jobb oldalon – lásd a **c)** ábrát – olyan izomerő lép fel, ami a törzs felső részét törekszik visszatéríteni a normális helyzetbe. Ez azt jelenti, hogy a scoliosis fejlődésének előző szakaszában, a C-alakú scoliosisnál még laza, petyhüdt állapotban lévő izmok – lásd a **b)** ábrát – most fordított állapotba kerülnek és feszesek lesznek. Egy idő múlva állandó hipertónusuk miatt organikusan átalakulnak, fixálódnak, aminek eredményeként a medence és a mellkas között nagyon erős izomszalag jön létre. A homloksíkból látható vetületen ez még erősebbé teszi, még jobban fokozza a medence jobb oldali elferdülését.

Ez azonban még nem minden, mivel a hasban lévő harántcsíkolt izmok bevonása (ebbe az üledékes hiperstruktúrába a medencénél) még további (pótlólagos) eltolódáshoz vezet a sagittális síkban is! Ennek hatására a medence nem csak ferde állásba, hanem elcsavart helyzetbe is kerül. Ilyenkor a medence jobb oldali része ventráliisan mozdul el (eltolódik a has elülső izma felé), és ez különösen szembeötlő, ha a páciensre előlről néznek. Emiatt válik rendellenessé a csípőízületek és a térdízületek helyzete; emiatt következik be a talpdeformálódás, ami a frontális síkban látszólagos lábhosszkülönbséghez vezet.

Itt kell említést tenni némelyik ortopédus orvos hibás állításáról, ami szerint a scoliosis kifejlődésének közvetlen oka az a különbség, ami az ember lábhosszúsága között kezdettől fogva létezik, és állítólag a lakosság 90%-ánál fennáll [123, 126]. Ezt az állítást megdöntik – mindenekelőtt – saját gyakorlati eredményeink, mivel a lábak hosszúsága rendszerint kiegyenlítődik – még a frontális síkban is – azoknál a scoliosisos pácienseinknél, akiknek szabályos anatómiai státuszát helyreállítottuk az SZRT segítségével. Ez a tény önmaga azt jelenti, hogy az alsó végtagok összes csontjának igazi hosszúsága egymással teljesen megegyezett, azonos volt, és soha nem különbözött egymástól. A lábhosszúságoknál észlelt látszólagos különbség a szabálytalanul végzett mérésből adódik, mivel, amikor lemérik a láb teljes hosszúságát, nem veszik figyelembe az egyes csontok igazi hosszúságát. Ilyenkor figyelmen kívül hagyják:

- a csípőízületek és a térdízületek eltolódását;
- az adaptálódott talpszalagok feszes állapotát (intencióját / összetapadását);
- az izmokban bekövetkezett tónuselváltozást;

- az izmok végleges „rövidebbé válását”, ami a hipertónusból organikus átalakulásba való áttérésüknek (a TMSZ önszerveződési folyamatának) a következménye.

Ha az orvosok véleménye igaz, ami szerint az emberek többségénél a két láb hosszúsága eltér egymástól, akkor 90%-uknál miért a klasszikus scoliosis deformáció alakul ki, jobb oldali bordapúppal társulva; hiszen pont a bal oldali (a lökö) láb tűnik látszólag rövidebbnek a jobb oldali lábhoz képest. Ebből az következik, hogy mind a 90%-nál éppen a bal láb rövidebb a jobb lábnál, ami ellentmond a valószínűségi elméletnek. Akkor lehetne magyarázatot találni erre, ha statisztikát vezetnének a lábak hosszúságáról azoknál a csecsemőknél, akik életükben még soha nem álltak fel.

Közismert, hogy az élet folyamán az emberek túlnyomó többségénél fennálló jobb oldali munkaorientáció kismértékű jobb oldali scoliosishoz vezet. Ilyen esetben a test jobb oldalán lévő izmoknak – és végtagoknak – az organikus átalakulása nagyobb mértékű (a munkatevékenységgel kapcsolatos, hosszú idő óta fennálló hipertónus miatt). Ugyanakkor az esetek többségében, ha nem lépett fel semmilyen pótlólagos (későbbi) ok, akkor ez a fajta scoliosis nem fejlődik tovább; tehát nem vezet a medencénél ferde testhelyezethez, és nem vezet a lábak hosszúságában érezhető különbséghez.

A kérdés lezárásához összefoglaljuk mindazt, amit az előzőekben elmondtunk: nemelyik ortopédus orvosnak az a véleménye, hogy a lábak különböző hosszúsága indítja el a scoliosist, ami a medence elferdüléséhez, majd pedig – természetesen – a gerincoszlop elgörbüléséhez vezet. Scoliosisos betegek sokaságának rehabilitálása során szerzett gyakorlati tapasztalatunk alapján engedjék meg nekünk az, hogy ezzel ellentétet, fordított következtetést vonjunk le:

- a gerinc progrediáló, oldalirányú elgörbülése ferde medenceálláshoz vezet, aminél nem egyforma a lábak terhelése. Ez a csípőízületek, a térdízületek és a talp deformációjához vezet, aminek hatására a nem-támasztó láb rövidebbé válik. Ilyenkor teljesen egyforma marad (mind a két lábnál) a comb és az alsó lábszár csontjainak a hosszúsága;
- a nem-támasztó láb rövidebbé válása főként az alszár és a talp közötti összekötő ízületek eltolódása (és az ennél a lábnál jelentkező talpboltozat-magasság csökkenése) miatt következik be;
- az SZRT-módszerek, amikkel a gerinc kiegyenesítése zajlik, lehetővé teszik a medence kiegyenesítését és a talp szabályos alakjának a helyreállítását egyidejűleg. Ilyenkor mind a két láb hosszúsága egyforma lesz, ami lehetetlen lenne, ha csontjaik hosszúsága különböző volt a kezdetek kezdetén.

Álljunk meg most még egyszer néhány ortopédus orvos gyakran hallható következtetésén, ami szerint „a kisgyermek hízma egyszerűen gyengék ahhoz, hogy megtartsák a gerincet”. Ezt követik az izomerősítésre vonatkozó javaslatok, továbbá az úszásra és a speciálisan kiválasztott, korrigáló rendeltetésű gyógytornagyakorlatokra vonatkozó ajánlásaik. Mi már bebizonyítottuk, hogy bármilyen – akár a legenyhébb fokozatú – scoliosis fennállása esetén minden hátizom organikusan átalakult már, és elvileg nem lehet őket felduzzasztani. Arra az állításra azonban figyelmet kell fordítani, hogy a gyenge izmok – állítólag – nincsenek olyan állapotban, hogy a gerincet képesek legyenek megtartani az anatómiailag szabályos helyzetben. Nem érthető és sehol sem találni magyarázatot arra, hogy az ortopédusok mit értenek a „gyenge” szó alatt.

A mi elméletünkben az következik, hogy ha az ember TMSZ-ének anatómiai státusza szabályos, tehát:

- elemeinek összetétele és tulajdonságai szabályosak és emellett,
- az elemek anatómiailag szabályos helyet (helyzetet) foglalnak el a csont-izom konstrukcióban, akkor az ilyen konstrukció stabil állapotban tartására elég, ha minden izom normális tónusban van. Ez egy kismértékű izom-összehúzódnáshoz szükséges feszültségi állapotot jelent, aminek nagyságát a TMSZ-IR határozza meg és tartja fenn a tudat alatti szinten. Másképpen mondva: a TMSZ irányítása közben az agy fenntartja a TMSZ etalon (anatómiailag szabályos) helyzetét, mégpedig az izmok összehúzódnásával, ami nem függ az ember akaratától. Mivel a TMSZ-IR mindig takarékoskodik a szervezet energiájával, ez az összehúzódnás minimális; és ezt a leggyengébb izmok is létre tudják hozni, ha nincsenek a TMSZ-ben nem-anatómiai terhelések; vagyis, ha a TMSZ egészséges. Nem az a döntő, hogy az izmok erősek vagy gyengék, hanem az, hogy egészségesek, vagy betegek. Azt mondani, hogy az ember természetből kapott izmai nem képesek megtartani a gerincet etalon állapotban, egyenértékű az olyan kijelentéssel, hogy a légzőizmok gyengesége miatt nem tud lélegezni az ember.

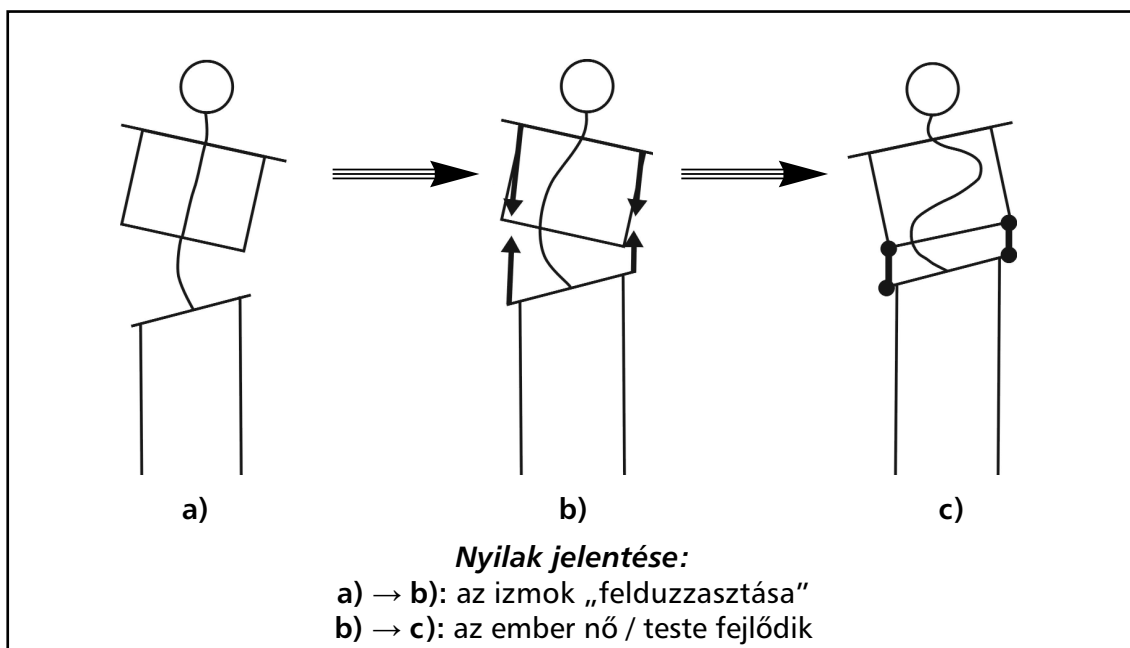
Másrészt azonban nem szabad követelni az izmokról olyat, amire nem szól a rendeltetésük. Scoliosis esetén az izmok többsége beteg a TMSZ-ben: köztük a hátizmok is. Miből áll a betegségük? Mi hozza ezt létre? Az izomszövet organikus átalakulása. Ez akkor lép fel, amikor a TMSZ elemeire nem-anatómiai terhelések hatnak, és emiatt az izmok tónusa állandóan eltér a normális tónustól mind a nagyobb, mind pedig a kisebb értékek irányába (vagyis hipertónus és hipotónus áll fenn). Ez a TMSZ-IR reakciója, és az adaptációt, az alkalmazkodást szolgálja. Éppen ez történik, éppen ilyen folyamat zajlik akkor, amikor a gerincnél – scoliosis miatt – deformáció lép fel és fokozatosan fejlődik tovább.

Amikor a scoliosist szemmel láthatóan meg lehet állapítani, akkorra a destrukciós folyamatba bevont összes izom már régen organikusan átalakult; vagyis ezek az izmok már mind betegek. Ilyenkorra az említett izmok elvesztették a rugalmasságukat és átalakultak tömör izomszalagokká.

Értelmetlen dolog azzal kísérletezni, hogy az organikus átalakulásokat fizikai gyakorlatok segítségével próbálják leküzdeni, és megkíséreljék „túlerőltetni” a kemény izomszalagokat. Hiszen még az egészséges és a nagyon erős izmok sem képesek arra, fizikailag nincsenek olyan állapotban, hogy a – már erősen eldeformálódott – gerincet kiegyenesítsék. Ha pedig (gyakorlatokkal kifejlesztett) „erős izmokkal” kísérel meg, hogy szembeszálljanak a még nem nagy deformációval (akkor, amikor ezeknek az ereje elegendő lehet a hát „kiegyenesítésére”), akkor figyelembe kell venni azt, hogy az izmok saját maguktól, vagyis az IR parancsa nélkül nem fognak létrehozni semmilyen erre irányuló erőt. Az IR pedig nem fog az izmoknak parancsot adni a hát „kiegyenesítésére”, mivel az ő célja az egyensúly minimális energiafelhasználással történő fenntartása és nem az ezzel gyakorlatilag éppen ellentétes intézkedés; vagyis a hát egyenességének a fenntartása, ami az izmok összehúzásához állandó energiafelhasználást kíván.

Csak az SZRT képes arra, hogy helyreállítsa az izomszöveteknek, valamint a gerincstruktúrák más elemeinek a szerkezetét és a tulajdonságait; és arra, hogy – ezzel egyidőben – ezeket visszahelyezze anatómiailag szabályos helyükre.

Az izmok „fölpumpálását” még az egészséges embernél is hozzáértéssel, körültekintően és fokozatosan kell végezni. Az izomzat hipertrófiája a TMSZ-ben pótlólagos mechanikai erőket hoz létre, ami egyensúlyi állapotának a zavarához és az említett erőket felfogó vázcsontoknak az eltolódásához vezet; az utóbbi aztán saját maga is létrehozhat – bármilyen – gerincgörbülést.



Az ábra vázlatosan bemutatja, hogy a „felduzzasztott” hátizmok hatalmas összehúzó erőt hoznak létre a test függőleges tengelye mentén; vagyis a – már elgömbült – gerincet pótlólagosan terhelik, és még jobban elmélyítik, tovább súlyosbítják a deformáltságát.

Ahhoz, hogy ez a tény egyszerűen érthető legyen, azt javasoljuk, hogy figyelmesen vegyék szemügyre azoknak a sportolóknak az alakját, akik speciálisan felduzzasztották az izomzatukat, például a birkózók vagy a súlyemelők alakját. Közülük senki sem tűnhet ki (egyáltalán nem csilloghat, semmiképpen sem villoghat) szép testtartással. Görnyedt, erősen kyphosus az alakjuk; a karjuk és a lábuk valamilyen mértékben szintén görbe; az „erős izmok” tömege alatt pedig mindig ott rejtőzködik az 1-es – vagy már a 2-es – fokozatba került kyphosis.

Rehabilitáció. Az izomtakaró rendkívüli keménysége mellett S. állapotát az is súlyosbította, hogy nem-klasszikus, nem S-alakú scoliosis volt az anyja által alkalmazott kiropaktikai és manuálterápiás ráhatások következtében. Ez elsősorban az egyes csigolyatestek helyzetére vonatkozott. Ezek eltolódtak minden lehetséges irányba a különböző irányú (mélyen fekvő, elfajult hátizmokból keletkezett lokális üledékes struktúrákat és hiperstruktúrákat alkotó) szalagok sokaságának köszönhetően. A scoliosisos ívek lépcsőzetes alakúak voltak; a bordák erősen elcsavarodtak és legyezőszerűen szétálltak; a medence egyszerre volt ferde helyzetű és csavart állású; a csípőízületek meglazultak és eltolódtak; a térdek természetellenesen tolódtak el. Az említett manuális technikák ráhatásai önmagukban nem elegendőek ahhoz (nem képesek arra), hogy a TMSZ-ben keletkezett szisztémás destrukciós folyamatot megfordítsák (azaz a TMSZ elemeinek az organikus elváltozásait megfordítsák és az ilyen elemeket visszatérítsék anatómiailag szabályos helyzetükbe). Nem csak hogy nem képesek erre, hanem ezzel akadályt képeznek az önszerveződési és az adaptációs folyamatnak, és mindig ellenhatást fejtenek ki vele szemben. Ezt a két folyamatot a TMSZ saját IR-e vezérli azzal a céllal, hogy:

- az embert adaptálja anatómiai státuszának a rendellenességeihez;
- és ezek segítségével törekedhessen maximálisan megőrizni a TMSZ stabilitását és működési képességeit.

Nincs mit csodálkozni azon, hogy S. erős vázizomfájdalmakat érzett, hiszen ezeket közvetlenül az izmokra és ízületi csatlakozásokra ható nem-anatómiai szakító erők okozták, amik az üledékes hiperstruktúrák képződése miatt keletkeztek.

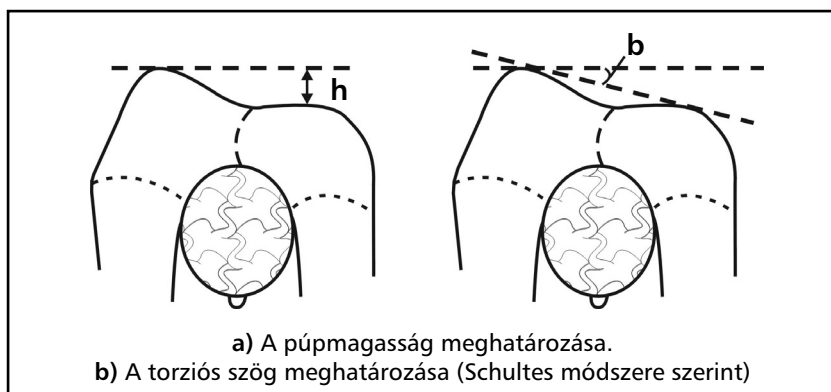
Tíz kezelés (körülbelül 3 hónap) alatt sikerült nemcsak helyreállítanunk az izmok rugalmasságát, hanem olyan mértékben visszatenni a helyére a mellkast, a medencét és a gerincet, hogy felöltözve, ruha viselésekor a hölgy egyenesnek tűnt. Mindemellett az anyja úgy viselkedett, mintha nem látná lánya testtartásának jelentős javulását és a lánya örömet. Ünnepelesen mutatta nekünk a régi és az új röntgenfelvételt, és kezdte bizonygatni, hogy „a scoliosis egyáltalán nem lett kisebb (még egy szemernyit sem) az SZRT-kezelések hatására”. Valóban: amikor a legújabb röntgenfelvételt ráhelyeztük a korábbira, akkor azokon egybeestek a scoliosis rajtuk látható görbületi ívei. Ekkor a szokásos (a már megszokott) eset adódott számunkra: el kellett magyaráznunk egy (orvos!) anyukának, hogy a 3-as és a 4-es fokozatú scoliosis a gerinc térbeli (3 dimenziós) deformációját jelenti. Az orvosi gyakorlatban minden figyelmet a gerinc oldalirányú elferdülésére / elgörbülésére fordítanak, és ezt értik a scoliosis diagnózis alatt. A lényegyetően a scoliosis az egész TMSZ szisztémás destrukciójának súlyos stádiuma. A deformáció kezdeti szakaszában a gerinc oldalra hajlik a frontális síkban. Ezután pedig, a scoliosis-szög növekedésének mértékében (ami az egész TMSZ stabilitásának megőrzésére irányuló törekvésnek a következménye) a gerinc eltolódik egyidejűleg két síkban (frontális és sagittális síkban), és ezzel egyidőben rotáció lép fel a csigolyatesteknél (elfordulnak függőleges tengelyük körül). Ennek következtében – jobb oldali scoliosis esetén – úgy tűnik, hogy a mellkas:

- eltolódott a frontális vetületen (az óramutató járásával ellentétes irányba);
- elfordult a függőleges tengely körül (az óramutató járásával egyező irányba).

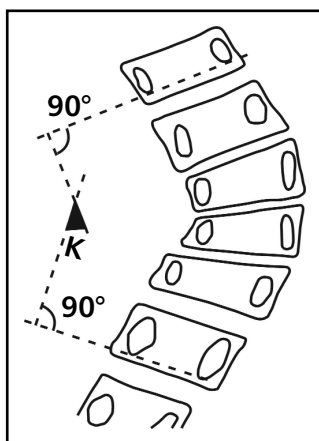
Ennek hatására képződik a bordapúp.

Azokban az országokban, ahol az ortopédiai szakszolgálat által nyújtott segítség magas szinten van, a scoliosisos beteg állapotának monitorozása a következőket tartalmazza:

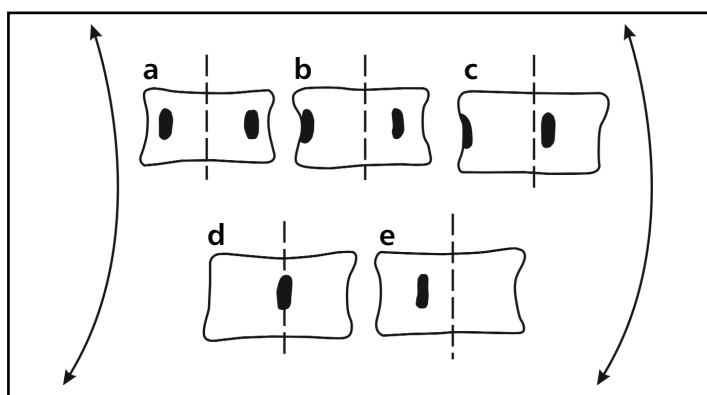
- a TMSZ állapotának részletes szemrevételezését, a púpmagasságnak (***h***) a lemerését és a torziós szögnek (***b***) a meghatározását (lásd az 1-es számú ábrát);
- a scoliosisos deformáció nagyságának (a Cobb-szögnek) a meghatározását, Cobb módszere szerint (lásd a 2-es számú ábrát);
- az egyes csigolyák elfordulási (rotációs) fokának a meghatározását (lásd a 3-as számú ábrát).



1. ábra: A gerinctorzió (a gerincelcsavarodás) klinikai értékelése



2. ábra: A scoliosisos deformáció (görbület) nagyságának meghatározására szolgáló módszer (Cobb módszere)



3. ábra:

A csigolyarotáció – csigolyaelfordulás – mértékét kifejező fokozatok megállapítása scoliosis esetén (spondylográfia közvetlen vetületben):
csigolyaívlábak (pedes spinulae / pediculus spinulis)
eltolódása a csigolyatest középvonalához képest

Nyílak jelentése:

- bal oldalon: a scoliosisos görbülés homorú oldala
- jobb oldalon: a scoliosisos görbülés domború oldala

Betűk jelentése: (balról jobbra, főlülről lefelé)

- a) nincs rotáció: a csigolyaívlábak (pedes spinulae / pediculus spinulis) a csigolyatest középvonalához viszonyítva szimmetrikusan helyezkednek el
- b) 1-es fokozatú rotáció:
az elfordulás (a rotáció) oldalán lévő csigolyaív lábának a vetülete a csigolyatest szélén helyezkedik el;
az ellenoldali csigolyaív lábának a vetülete pedig eltolódik a középvonal felé az odáig terjedő hosszúság 1/3-ával
- c) 2-es fokozatú rotáció: az elforgás (a rotáció) oldalán lévő csigolyalábat alig lehet meghatározni,
annyira kitolódik a csigolyatest széléhez
az ellenoldali láb a csigolyatest középvonala felé eltolódik az eddig terjedő hosszúság 2/3-ával
- d) 3-as fokú rotáció: a bal oldali csigolyaívláb a rotáció oldalán nem is látható
az ellenoldalalon lévő láb vetülete pedig a test középvonala mentén helyezkedik el
- e) 4-es fokozatú rotáció: a rotáció oldalával ellentétes oldalon lévő csigolyaívláb még tovább nyomul balra; a vetületen pedig áthelyeződik a csigolyatest középvonala mögé

A deformáció – fent ismertetett – mérését és értékelését csak akkor végzik el, ha a gerincről legkevesebb két röntgenfelvétel áll rendelkezésre: egy, ami a frontális síkban készült (hátnézetben, állva), és egy, ami a sagittális síkban készült (oldalnézetben). Az Amerikai Egyesült Államokban azonban négy felvételt készítenek erre a célra: álló helyzetben egy előlnézeti és egy hátnézeti felvételt, háton fekvő helyzetben egy harmadikat és oldalra hajlás mellett a negyediket [122]. Egyes országokban, köztük Magyarországon és Argentínában az ortopédus orvosok nem fárasztják magukat sem a beteg szemrevételezésével, sem a mérések lelkiismeretes elvégzésével, tudva, hogy a bordapúppal társult scoliosis gyógyíthatatlan. Csak a (frontális síkban készült röntgenfelvétel alapján meghatározott) Cobb-szög segítségével tájékozódnak. Ez azonban – a fent ismertetettek alapján érthető, hogy – nem tudja teljes mértékben jellemezni a térbeli, háromdimenziós deformáció bonyolultságát, ennek egész geometriáját. Ez vonatkozott S. esetére is. Itt az argentin ortopédus (a beteget, S.-t meg sem vizsgálva) csak a két – frontális síkban készített – felvételt hasonlította össze, és, mivel nem talált közöttük lényeges különbséget, azt mondta S. anyjának, hogy nincs változás. Ez azt jelentette, hogy a gerinc mellkasi szakaszán – kezeléseink után – mért Cobb-szög ugyanakkora volt, mint amikor S.-nek még olyan torz púpja volt, hogy azt bő nagykabátja sem tudta eltakarni. A Cobb-szög ugyanakkora volt, pedig ekkor S. (ruhában) vizuálisan már szimmetrikusnak tűnt, és bordapúpja is eltűnt. Pont az a deformitás tűnt el, aminek megléte eltorzíttja az embert, és a világ minden scoliosisos fiataljánál könnyeket okoz, elfogadhatatlan, tönkrement sorsot jelent. Annak az orvosnak, aki szaktudását a két röntgenfelvételre szűkítette, a két állapot azonosnak, ugyanolyannak számított. A páciens számára azonban ez mást jelentett; azt, hogy: nyomorék vagy nem nyomorék; fél a strandon levetközni, vagy már nem fél, mert a körülötte lévő emberek számára szemre ugyanolyan, mint mindenki.

Az, hogy az ortopédusok megengedik, hogy a gerinc elképzelhetetlen módon eldeformálódjon (annyira, hogy S-alakot öltön és ehhez még bordapúp is társuljon), azt mutatja, hogy:

- nemcsak arra vonatkozó ismerettel nem rendelkeznek, hogy mi a scoliosis etológiája (mik az okozói) és milyen a patológiája (a kórtana, a keletkezésének és a fejlődésének a mechanizmusa);
- de fogalmuk sincs arról, nincs ismeretük arra vonatkozóan, hogy a scoliosis olyan szisztémás betegség, aminél az egész csontkonstrukció deformálódik, és a deformáció egyes fejlődési szakaszai a mechanika törvénye szerint zajlanak.

Éppen ez a körülmény (az ismeretek hiánya) vezet oda, hogy az ortopédusok többsége csupán a gerinc – frontális síkban készült – vetülete alapján dönt a páciens állapotának javulásáról vagy súlyosabbá válásáról. Ennek során – mintha hipnotizálva lennének – csak az S-alakú görbületet látják, és nem fordítanak figyelmet az egész TMSZ-re. Mi viszont, amikor scoliosisos páciens jön hozzánk, az SZRT segítségével elkezdjük helyreállítani a TMSZ egész rendszerét, és ezen belül a gerincet is. Ilyenkor a rehabilitációhoz való szisztémás hozzáállás abban fejeződik ki, hogy lépésről lépésre, szeánszról szeánszra megfordítjuk az organikus átalakulást (visszaforodítjuk az elfajulást) a test minden beteg izmában, és fokozatosan likvidáljuk a degeneratív-disztrófiás elváltozásokat a csontokban, a porcokban, a szalagokban, és ezt nem csak a gerincnél, hanem a TMSZ többi láncszeménél is elvégezzük. A visszahelyezésre kész (erre alkalmassá vált) elemeket, szakaszonként, visszatesszük anatómiailag szabályos helyükre, és szakaszonként vezetjük át a rendszert az új, stabil állapotba. Ennek nyomán – minden következő lé-

pésnél – az új állapot a korábbinál közelebb kerül a szabályos anatómiai státuszhoz. Olyan ez, mintha mi bejárnánk a scoliosis fejlődésének minden szakaszát, de fordított sorrendben. Emlékeztetünk arra, hogy a deformálódási folyamatban a gerinc először csak oldalirányban tolódik el, a púp pedig a deformáció utolsó szakaszában képződik. Emellett kezdetben nem is nagy; azonban fejlődésnek indulhat és nagyon észrevehetővé válhat akkor, amikor a rotáció eléri a 3-as, 4-es fokozatot, és a mellkas kifelé elcsavarodik. Az SZRT alkalmazása közben mi ezzel ellentétes sorrendbe tereljük a folyamatot: elfordítjuk a gerincet a függőleges tengely körül, amivel csökkentjük a rotációs szög nagyságát. Ekkor a mellkas szabályosabb anatómiai helyzetbe kerül, a bordapúp eltűnik; csak ezután térünk át a scoliotikus ívek likvidálására a gerinc mellkasi szakaszán. Kiderül, hogy ilyenkor a bordapúpos páciensnél nem változik a púp fennállásakor mért és a púp likvidálása után mért Cobb-szög.

Létezik azonban egy paradoxon, egy látszólag ellentmondásos helyzet! Azok a scoliosisos betegek (gyermekek és felnőttek),

- akik évtizedeken keresztül ortopédustól ortopédushoz jártak,
- akikről egyre újabb és újabb felvételeket készítettek (amik azonban – évről évre – csak állapotuk romlását mutatták),
- akik saját állapotuk rosszabbodását nem csak szemmel érzékelték, de a testükön is tapasztalták,
- akik egyre inkább természetellenes testtartást vettek fel, ami kellemetlenül érintette őket is és környezetüket is,
- akik részt vettek néhány SZRT-kezelésünkön (amitől testtartásuk és gerincük szemmel láthatóan egyenes lett),

hirtelen nem hiszik el többé azt, amit addig a saját szemükkel láttak és a testükön is éreztek, és az orvosoknak kezdenek hinni!! Azoknak, akik az eltelt évtizedek alatt nem csak hogy semmivel sem segítették őket, de még azt sem tartották szükségesnek, hogy saját maguk számára tisztázzák, hogy valójában mi is a scoliosis, jöllehet, ez szakmai kötelességük lett volna. Reméljük, hogy könyvünk kiadása után ez a helyzet megváltozik (ugyanúgy, ahogyan S. anyjának is megváltozott a felfogása technológiánkról azok után, hogy megmagyaráztuk neki mindazt, amit itt fentebb leírtunk).

Tehát a bordapúp likvidálása lehet, hogy elég gyorsan megtörténik; a gerinc teljes kiegyenesítése azonban sokkal több időt követelhet. Fejlődésben lévő kisgyermeknél ez az idő néhány hónap, felnőtteknél azonban egy évig vagy ennél is tovább tarthat. S. már 37 éves volt, amikor hozzánk került. Ekkor már az egész törzse egy összenőtt, tömör üledékes hiperstruktúrát alkotott, amit az izomszalagok szorosan, megbonthatatlanul összehúztak. Emiatt vált a törzse annyira rövide. Emellett maga a gerinc is gyenge volt, degeneratív módon elváltozott; erőtlen lett, olyan lett, mint ha kiszáradt volna. Ezért egy egész évre volt szükség ahhoz, hogy:

- egyrészt: a gerincoszlop összes elemében megfordítsuk az organikus elváltozásokat (a degeneratív-disztrófiás elfajulásokat),
- másrészt: átalakítsuk a törzset, megformázzuk ennek „új” változatát azok után, hogy már likvidáltuk az izomszalagokból álló köteleket, helyreállítottuk a hátizmok rugalmasságát és kijavítottuk az összes borda, a lapocka, vállcsont és vállízület alakját.

Szigorúan véve azt lehet mondani, hogy gyakorlatilag az egész test helyreállítására került sor, mivel helyükre kerültek a medence csontjai, a csípőízületek, a térdízületek, a combok, a lábszárak, a lábfejek. Amikor a medence és az összes lábízület elfoglalta

szabályos anatómiai helyzetét, és a lábizmok újból rugalmasak lettek és helyreállt korábbi működőképességük, akkor „egyenlő hosszúak” lettek a lábak. Vagyis ugyanolyanok lettek, mint amilyenek voltak korábban is, csak az orvos anyuka és az S.-t gyógyító ortopédusok számították őket eltérő hosszúságúaknak. Meg kell említeni, hogy amikor scoliosisos páciensek jönnek hozzánk, akkor az az első teendőnk, hogy kidobjuk a cipőikből a speciális betéteket, mivel ezek csak elősegítik a scoliosisos deformáció rögzítését azzal, hogy a lábak hosszúságánál mesterséges stabilitást hoznak létre. Ilyen betéteket a „rövidebbé vált láb” alá helyeznek. A valóságban azonban a lábak teljesen egyenlő hosszúak, viszont a különböző vetületeken eldeformálódtak a feszültséggel teli és organikusan átalakult izmok és inak miatt.

S. TMSZ-ének helyreállításához másfél évre volt szükség. Most minden évben kapunk tőle levelet Argentínából, amikben azt írja, hogy abszolút egészséges, boldog, és hálát ad Istennek azért, hogy hozzánk került és megszabadult a scoliosistól.

34. Kyphoscoliosis

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: Sz. O., 1980.

Szakma: mérnök.

Tartózkodási hely: Ukrajna, Harkov.

Megfigyelési időszak: 2005.

Panaszok. Egyszer, egyik páciensünk SZRT-kezelése alatt bejött a rendelőnkbe a lánya, O. Rögtön szemünkbe ötlött, hogy a lány átlag arányosnak mondható alakját görnyedtség csúfítja el. Az anyja elkapta a tekintetünket és rögtön mondani kezdte, hogy ez egy régi probléma a lányánál, és megpróbáltak küzdeni ellene, de senki nem tudott segíteni nekik. Mi azt javasoltuk O.-nak, hogy járjon el SZRT-s rehabilitációs kurzusra, és félévi-egyévi kezelés után a TMSZ-e gyakorlatilag egészséges lesz, szövetei helyreállnak, elemeinek eltolódásai megszűnnek. Ezek eredményeként alakja szabályos lesz és nyoma sem marad majd a gerinc görbeségének.

Közben kiderült, hogy anya és a lánya már megbeszélték, hogy a kezelés után rögtön egy esküvői ruhákat áruló boltba mennek ruhavásztásra. O. esküvőjét már kitűzték, másfél hónappal későbbi időpontra. Már két hónap óta keresgéltek a megfelelő esküvői ruhát, olyat, aminek a szabása el tudta volna tüntetni alakja hiányosságát. Ez alatt a beszélgetés alatt a lány észrevehetően elkeseredett. Arra próbálta rábeszélni anyját, hogy szerezzen neki egy hosszú hajú parókát, ami befedné a hátát és el tudná rejteni a kyphosist.

Megsajnáltuk O.-t és javasoltuk neki, hogy egyezzen bele abba, hogy a hátralévő idő alatt mi kijavítjuk alakját annyira, hogy bármilyen ruhát felvehessen, akár annyira nyitottat (kivágottat), amennyire ő akarja. A nők nem hittek nekünk: „O.-nak kyphosisa van. 12 éves kora óta keressük azt a specialistát, aki legalább egy kicsit tudna segíteni, de hiába”. Mi azt válaszoltuk, hogy a kyphosis számunkra nem jelent nehézséget, de a TMSZ szövetei ilyen rövid idő alatt nem képesek teljesen helyreállni; azaz a külső hiányosságokat viszonylag gyorsan ki tudjuk küszöbölni, azonban javasoljuk, hogy járja végig a teljes rehabilitációs kurzust, hogy teljesen meg lehessen szüntetni a TMSZ-ben fennálló destruktív elváltozásokat.

Gyógyítás orvosi intézetekben. Az asszonyoktól kapott tájékoztatásból kiderült, hogy O.-nál középiskolás korában kezdődött a görbeség, amikor teste gyors fejlődésnek

indult. Görbülését – nem kis mértékben – elősegítette a túlterhelése: ugyanis az iskolai kötelező tananyaggal való foglalkozás mellett kiegészítésként még idegen nyelvekkel is kezdett foglalkozni, sokat olvasott, órákon keresztül görnyedten ült a könyvek fölött. O. támasztó-mozgató szervrendszerének az irányítórendszere ezt a testtartást – energiafelhasználási szempont alapján – optimális testtartásként fixálta. Lányuk görnyedtségét látva a szülők kezdtek rászólni, később pedig állandóan rákiáltani: „Ülj egyenesen!”. Amikor aztán – végre – megértették, hogy O. saját akaraterejével semmiképpen nem tudja kiegyenesíteni a hátát, elvitték ortopédus orvoshoz, aki azt mondta, hogy a kyphosist nem lehet kijavítani. A szülők ismert specialistákhoz kezdték elvinni O.-t, akik a GYT speciális, komplex gyakorlatait jelölték ki O. számára: masszázst, manuális terápiát. Mivel eredményt ezek sem hoztak, azt javasolták, hogy O.-t adják be speciális internátusba, mert azt tapasztalták, hogy O. deformációja egyre tovább súlyosbodik. O. kategorikusan visszautasította azt, hogy internátusba kerüljön. A szülők ezek után kezdték népi gyógyítókhoz (természetgyógyászokhoz) hordani O.-t. Manipulációik eredményeként a kyphosis diagnózis kyphoscoliosisra változott, a kyphosis-fokozat pedig még súlyosabb lett. Az orvosok is és a természetgyógyászok is – egybehangzóan – kijelentették, hogy „a kyphosist maguknak senki sem képes kijavítani! A kismértékű scoliosis gyógyítható, de a kyphosis nem”. O. 15 éves korára a deformáció stabilizálódott, és szülei abbahagyták az ellene folytatott küzdelmet. O. számára azonban – öltözetét illetően – ez a kyphosis mindig problémát jelentett; az ifjú lány került az érintkezést az egykorúakkal és az ideg-összeroppanás jelei léptek fel nála.

Primer SZRT-diagnosztika. O. puha felületi izomrétegén keresztül mélyen fekvő, kemény izomkötegeket tudtunk kitapintani. Ezek az izomszalagok – rugókhöz hasonlóan – lehúzták a vállakat a mellkas elülső részéhez. Hátról is ugyanilyen izomszalagok voltak a vállak és a lapockák között. Emiatt a lapockák fölfelé tolódtak és kiálltak, mintha „szárnyak” lennének. A gerinc mellkasi szakasza meggörbült és ívelten előredőlt, a fej lehajlott, a nyak pedig leereszkedett. Ezenkívül az egész hátat (egybefüggő réteggént) egy közös üledékes hiperstruktúra fedte be, amin keresztül alig lehetett kitapogatni a mellkasi csigolyák kicsi, száraznak tűnő csontos tövisnyúlványait. Az egész mellkas hengerformára emlékeztetett. Tapasztalataink alapján ez azt tanúsította, hogy létezik még egy – mélyen fekvő – kemény üledékes hiperstruktúra, ami „hüvelybe” zárta és összeszorította az összes bordát; emiatt a mellkas gömbölyű, kerek alakot öltött.

Rehabilitáció. Már az első nap törekedtünk arra, hogy a hátról eltávolítsuk a vízenyőt, és mély ART nyomással puhítottuk a lapockák és a vállak körül található izomszalagokat. A kezelés végén javasoltuk O.-nak, hogy próbálja kiegyenesíteni a hátát, amit könnyedén végrehajtott. Ekkor a kyphosisszög egyből a felére csökkent. Az anya és a lánya elképedt.

Hetente egy kezelésre került sor. A 2., a 3. és a 4. kezelés alatt az összes említett üledékes hiperstruktúrát majdnem teljesen dezintegráltuk, azaz az alkotóikat – majdnem mindet – egymástól elválasztottuk. Ennek hatására a bennük található izomszövet helyreállította szabályos összetételét és tulajdonságait. Ezzel megszűntek (eltűntek) a nem-anatómiai terhek, amik addig eltolták a lapockákat és a vállakat és meggörbítették a hátgerincet. Így lehetővé vált, hogy a TMSZ ezen elemeit visszahelyezhessük anatómiai szabályos helyükre.

Mindezek hatására O. szemre egyenes lett. Az asszonyok kimondhatatlanul örültek ennek és mondták, hogy egyelőre többet nem jönnek, mert minden idejüket lekötik az

esküvői előkészületek. Mi azonban elmagyaráztuk nekik, hogy a szabályos anatómiai státusz helyreállításához:

- meg kell erősíteni a csigolyákat és a bordákat, amik meggyengültek a TMSZ-ben a vérkeringés rendellenességei miatt;
- még legalább 3 hónapig el kell jönni a kezelésekre, egyebek mellett azért is, mert a szövetek regenerálódása (helyreállása) lassú folyamat eredményeként valósul meg.

O. azonban nem jött el. Ehelyett 2 hét múlva interneten (e-mailben) elküldte nekünk esküvői fényképeit, amiken fehér, mélyen kivágott esküvői ruhában, fedetlen háttal volt lefényképezve. A sokféle perspektívában készült számos felvételen (a profilban készített felvételeken is) egyenesnek tűnt.

Magyarázatok. Az akadémiai orvostudomány képviselői között létezik olyan vélemény (ami az ortopédiai és a csigolya-ideggyógyászati szakirodalomban is helyet kapott), hogy az olyan gerincdeformációkat, mint a kyphosis és a kyphoscoliosis, nem lehet kigyógyítani, viszont az 1-es és a 2-es súlyossági fokozatú scoliosist eléggé sikeresen lehet gyógyítani masszázssal, manuális terápia és GYT segítségével. A 3-as és a 4-es fokozatú scoliosisban szenvedő betegeknek az orvostudomány nem tud mást javasolni, mint fűzőt és operációt.

Ilyen vélemény ellenére mi sikeresen tudjuk likvidálni a gerinc bármilyen elgörbülését, köszönhetően:

- a TMSZ szisztémás destrukciója jelenség – általunk tett – felfedezésének;
- a vele kapcsolatos elmélet felépítésének;
- az SZRT technológia létrehozásának;
- gyakorlatunknak, aminek alapjai az említett tudományos vizsgálatokra épülnek.

Nemegyszer kerültünk – még 70 éves öregeknél is – olyan feladat elé, hogy teljesen likvidáljunk bordapúpokat a 3-as és a 4-es fokozatú scoliosis legjellemzőbb deformációjával együtt. Megjegyzendő, hogy ilyen súlyos fokozatú scoliosis esetén a TMSZ helyreállítása SZRT-vel néhány hónaptól egy (másfél) évig terjedő időt is igényelhet (a páciens életkorától és az egész TMSZ-t ért destrukció súlyossági fokától függően). Az 1-es és a 2-es fokozatú scoliosis viszont az SZRT technológiával néhány szeánsz alatt felszámolható. Paradox dolog, hogy az összes gerincdeformáció közül az SZRT-vel pont a kyphosist lehet felszámolni legegyszerűbben (függetlenül attól, hogy az milyen súlyossági fokozatú, és tekintet nélkül a kigyógyíthatatlanságára vonatkozó akadémiai orvostudományi véleményre). Mi a „legkönnyebben” gyógyítható pácienseink közé soroljuk a gerinc mellkasi szakaszának patológiás kyphosisától szenvedő betegeket (akkor is, ha a Scheuermann-Mau betegségről szól a diagnózisuk).

35. Csípőízület nem gyulladásos betegsége (coxarthrosis)

Vezetéknév, keresztnév, születés éve: A. P., 1938.

Szakma: nyugdíjas hölgy; korábban nagyvállalat anyagbeszerzési osztályának mérnöke.

Tartózkodási hely: Ukrajna, Harkov.

Megfigyelési időszak: 2003–2007.

Panaszok. Krónikus fájdalmak a jobb oldali combban (csípőben), amik a lágyék felé sugároznak. Ha sokáig áll, akkor elviselhetetlenné válnak a fájdalmai. Ilyenkor ezekhez további tompa deréktáji fájdalmak társulnak, és hasogató fájdalom jelentkezik mind

a két térdében. Különösen nyugtalanítja a jobb oldali csípőízület mozgásképességének korlátoztsága; ez járás-rendellenességhez és lábon álláskor stabilitási zavarhoz vezet. Az említetteken kívül fennálló további rendellenesség: lépcsőzéskor a páciens fájdalmat, ropogást, pattogást érez bal oldali térdében.

Gyógyítás orvosi intézetekben. A. P. körülbelül 5 év óta betegeskedik. Lábfájása, ami eleinte nem volt nagy, azok után jelentkezett, hogy a testsúlya hirtelen gyarapodott. Akkor mindjárt orvoshoz fordult, aki sok sétát és alacsony kalóriás diétát javasolt neki. A hölgy egész munkatevékenysége hosszú talpon állásokhoz kötődött, mivel gyakran kellett utaznia kiküldetésbe számos beszállító vállalathoz (vagyis éppen elég mozgás-aktivitást igényelt a munkája). Ennek ellenére (az orvos erősködésére) kiegészítő gyalogos sétákat kezdett végezni; a fájdalmak azonban egy idő múlva a combtőben egyre erősebbé váltak. Fájdalmait enyhítésére – ugyanezen orvos javaslatára – A. P. szteroidmentes gyulladásgátló készítményeket kezdett szedni, és egyidejűleg fájdalomcsillapító és a vérkeringést helyileg aktivizáló kenőcsöt kezdett dörzsölni a testébe. Eleinte ezek segítettek is az éles fájdalmak esetén. Később azonban csökkent fájdalomcsillapító hatásuk; ugyanakkor a csípőízületben egyre erősebb lett a mozgáskorlátozottság, a csípő mozdíthatatlansága. A. P. végül ortopédus orvoshoz fordult, és részletes kivizsgáláson esett át. Az ennek eredményeként felállított diagnózis jobb oldali csípőízületi coxarthrosistról (nem gyulladásos csípőízületi betegségről) szólt. Ez megerősítést nyert komputertomográfiás és – a későbbiekben – mágnes rezonanciás felvétellel.

Az ezután következő néhány év alatt a páciens chondroprotectorokat (porcvédőket) szedett, amik porcszövet-helyreállítást stimuláló készítmények. Értágító készítményeket is előírtak részére, amik a vérkeringés serkentésére szolgáltak az ízületek szöveteiben. A. P. részt vett több manuálterápiás kurzuson is, amikkel jobb oldali csípőízületének mozgékonyágát próbálták helyreállítani. Emellett állandóan alkalmaztak nála masszázst és fizioterápiás procedúrákat is, többek között iszapfürdős gyógyítást és a jobb lábánál elektromos izomstimulálást. Mivel nem következett be javulás, és a fájdalmak kezdtek elviselhetetlenné válni, az orvosok A. P.-t kortikoszteroid (mellékvesekéreg) hormonokat tartalmazó injekciókkal kezdték kezelni, amiket az ízület körüli területekre adtak be. Készülék segítségével nemegyszer végeztek nála csípőízület nyújtására szolgáló tractiót azzal a céllal, hogy növeljék az egymáshoz kapcsolódó csontok közötti ízületi hézagot: a combcsont ízületi feje és a csípőcsont forgásfelülete közötti üreget. A felsorolt procedúrák egyike sem hozott kedvező hatást.

Ekkor az orvosok arra biztatták A. P.-t, hogy fokozott erővel végezzen speciális gyógytornagyakorlatokat. Az ortopédusok meggyőzték arról, hogy „csak a lábizmai és a medenceizmai erősítésével” tudja reálisan javítani ízületeinek állapotát, és csak ilyen módon lehet gyógyítani a coxarthrosist (a nem gyulladásos csípőízületi betegséget). Az asszony szavai szerint azonban ezek a gyakorlatok további valódi fájdalmakkal növelték szenvedéseit, és magától – gyakorlati úton – rájött arra, hogy fájdalmait csak akkor csökkennek, ha a lábait teljes nyugalomban vannak.

Elment tehát nyugdíjba és állandóan otthon ült; a lakásban pedig sétabot segítségével mozgott egyik helyről a másikra. Ennek az életmódnak az lett az eredménye, hogy (fájdalmi lényeges csökkenése ellenére) csípőízületének a mozgathatósága még tovább romlott. A kényszerből alkalmazott hipodinamia új szenvedések okozója lett: sajgó fájdalom keletkezett a derekában, a keresztcsontban, mindkét lábában (azok teljes hosszában); ezek a fájdalmak rendszerint éjszaka jelentkeztek a test érintett részeiben fennálló pangási jelenségek és keringési zavarok miatt.

Primer SZRT-diagnosztika. Az asszony törzse a test alsó részével és a hassal együtt tapintásra egyetlen kemény üledékes hiperstruktúrát képviselt. Ez azt jelentette, hogy a minden embernél megtalálható szisztémás destrukciós folyamat A. P.-nél az utolsó stádiumba lépett, aminél az elfajult izmokból egy összefüggő, kötőmőr állapotot tanúsító páncél képződött. Az ilyen páncél belsejében rendszerint minden vázelem erősen eltolódik a helyéről. Az idős hölgnél azt lehetett megfigyelni, hogy: a medence ferdén állt, a gerinc deréktáji szakaszán scoliosis képződött, a mellkas és a bordák eltolódtak a helyükről. Érthető, hogy ilyen mértékű destruktív elváltozásoknál legtöbbször az alsó végtagok szenvedtek, mivel próbálkozásaik alatt (amik arra irányultak, hogy legalább valamilyen mértékben biztosítsák a test stabilitását) kaotikusan eltolódtak és a különböző síkokban elferdültek vagy elgörbültek:

- a combok kifelé álltak;
- a térdek – a test középvonalához képest – eltolódtak különböző irányokban;
- a beteg alsó lábszárai egyáltalán nem támaszkodtak egyenesen a támfelületre, hanem más-más irányból, különböző szög alatt nehezedtek rá; eközben az alsó és a felső lábszárizmokból képződött szalagok a medence felé húzták a lábszárakat.

Amikor talpra állítottuk az asszonyt, észrevettük, hogy – a lábcsonatok összes említett eltolódásának következtében – csak a sarkain áll, és az egyensúlyát nehezen tudja megtartani.

Rehabilitáció és magyarázatok. Az emberi test ilyen – legsúlyosabb elkorcsosodását tanúsító – képe mindig elkésérítő benyomást kelt az orvosokban. Sokkolja és feldúlja őket, mivel gondos vizsgálódás esetén mintegy 10 különböző ortopédiai diagnózist lehet felállítani. Amikor a vázcsontok mindegyike eltolódott anatómiailag szabályos helyéről a TMSZ térbeli konstrukciójában, akkor:

- az őket körülvevő összes izom feltétlenül összepréselődik egy összefüggő konglomerátumba;
- ebben a konglomerátumban az izomhúzások iránya zavart lesz, rendellenessé válik; a mozgáskísérletek pedig az ilyen izmokkal kapcsolatban lévő csontoknál egyre nagyobb mértékű eltolódásokhoz vezetnek.

Ilyenkor a csontokra óriási nem-anatómiai terhelések nehezednek, amelyek a pusztulásokhoz vezetnek. Ebben az állapotban az ember – durva kifejezéssel élve – „ronccsá” válik, és, ha segíteni akarunk rajta, akkor az egész TMSZ-ét kell – szisztémásan – helyreállítani.

A. P. részére az orvosok coxarthrosis diagnózist állítottak fel; egyszerűen ezt az egyet, a legnagyobb fájdalom okozóját emelték ki panaszai közül. Mi óvatlanságot tanúsítottunk, amikor megmondtuk neki összes többi elváltozását: a scoliosist, a keresztcsont részleges kifecamodását, (nemcsak a jobb oldalon, hanem) mind a két csípőízületnél fennálló coxarthrosist, a térdízületeknél már kezdeti stádiumban lévő arthrosist, a lábfejei deformáltságát, és – feltehetően – két csigolyaközi porckorongsérv létezését a gerinc deréktáji szakaszán. Ezzel pánikba kergettük ezt az asszonyt. Kibálni kezdett: „Akkor mi a csodának kell most nekem éjjel-nappal gyógytornával foglalkoznom? Az orvos azt mondta, hogy csak a farizmokat és az alsó lábszárak izmait kell erősítenem, és rajtam semmi más nem segít. Maguk pedig scoliosisról, gerincsérvekről, szabálytalanul álló lábokról, a sarkak eltolódásáról beszélnek itt nekem. Hány órát kell mindennap tornáznom, nem törődve az erős fájdalmakkal! És emellett mennyi gyógyszert kell bevennem, amiket az orvosok azért írnak elő, hogy javítsák és helyreállítsák a porcszövetek vérkeringését; és emellett még fájdalomcsillapító hormoninjekciókkal is kell kezeltetnem magamat! A szívem nem fogja bírni ezt a sok megterhelést. Infarktust fogok kapni.”

Megnyugtattuk a beteget. Elmagyaráztuk neki: azzal, hogy hozzánk került, el kell felejtenie a gyógytornát, félre kell tennie az orvosok által előírt készítményeket, és csak a kezeléseinkre kell eljárnia. A TMSZ-ének helyreállításával kapcsolatos összes intézkedést pedig mi magunk fogjuk megtenni. Elmagyaráztuk neki – már amennyire lehetett –, hogy az orvosok tévedésben vannak, amikor azt állítják, hogy a coxarthrosis esetében izomgyengeség áll fenn az elsorvadt csontokat körülvevő izmokban, és ezért az ilyen izmokat azonnal meg kell erősíteni. A valóság az, hogy ilyen csontmegbetegedés esetén az izmok az organikus átalakulásnak (az elkorcsosodásnak) már a legsúlyosabb stádiumába kerültek: egy részük már el is sorvadt; de a másik részük sem képes „munkát végezni” a hipertónus organikusan bekövetkezett fixálása miatt. Elmagyaráztuk a betegnek, hogy a coxarthrosist – legtöbb esetben – leginkább pont a lábizmoknak és az alsó lábszárak izmainak mértéktelenül nagy „megerősítése” okozza. Ezek az izmok állandó hipertónusban vannak a mindennapi megerőltető edzések miatt a súlyemelőknél, a kerékpározóknál, a futóknál és azoknál az embereknél, akiknek – munkájuk végzése közben – hosszú ideig kell gyalogolniuk.

A szisztémás destrukcióra vonatkozó elméletünkéből ismert, hogy a TMSZ-IR organikus átalakítással fixálja az állandó hipertónust is, és az állandó hipotónust is. Az ember TMSZ-ét a természet csak arra alkotta, hogy viselje / hordozza saját magát a térben; és nem a sportra vagy a mértéktelen mechanikai kizsákmányolásra teremtette azt. Az IR olyan mindennapi izomműködési rezsimet tart optimálisnak, aminél zökkenőmentesen váltakozik a legkisebb izom-összehúzódás a normális (vagy a maximális mértékig terjedő, megengedhető) izom-összehúzódással anélkül, hogy az izom bármelyik – említett – fokozatban hosszú ideig tartózkodna. A TMSZ-IR parancsaira a mozgékony, aktív elemekből álló izmok átalakulnak passzív teherviselő elemekké azoknál az embereknél, akik rekordokra törnek, vagy arra kényszerülnek, hogy súlyosan terheljék izmaikat munkavégzés közben. Amikor ilyen átalakult (elfajult) izmok fogják közre az ízületeket – adott esetben a csípőízületeket –, akkor ezek az izmok az ízületekben akadályozzák a normális vérkeringést és a mikrocirkulációt. Ez a fő oka az ízületben lévő porcállomány szétrombolásának / pusztulásának. Éppen ezért azok az orvosi tanácsok, amik az ilyen izmok kiegészítő erősítésére vonatkoznak, a beteg állapotának csak a rosszabbodásához vezetnek.

Ennek a betegnek a gyógyítását azzal kezdtük, hogy az ART nyomás segítségével hatást gyakoroltunk – mindenekelőtt – a TMSZ összes izmára, és kezdtük helyreállítani az izomszövetek normális összetételét és tulajdonságait. Az volt a feladatunk, hogy lassan, szisztémásan hassunk az egész TMSZ-re; fokozatosan szétválasszuk az üledékes hiperstruktúrát, és az átalakult izmokból – és az általuk rabul ejtett csontokból – összeállt közös konglomerátumot szétválasszuk egyes elemeire. Megintcsak az ART nyomás segítségével felerősítettük a vérkeringést az üledékes hiperstruktúra összes meggyöngyölt alkotójában, főként a csontokban és az ízületekben. Megemlítjük, hogy ez egy hatalmas hiperstruktúra volt, ami magában foglalta az egész hátat, a combokat, a hasat és mind a két lábat. A P.-nél különösen nehéznek bizonyult a combok „megmunkálása”. Combizmai szinte egybeforrtak, „összenőttek” a combcsontokkal és nem akarták – csak úgy egyszerűen – átengedni nekünk „megmunkálásra” az áldozatukat, az osteoporosistól sérült csontszövetet. Pont az átalakult izmok említett tömörsége és az emiatt keletkezett táplálási hiányosság okozta, hogy az alsó lábszár csontjai kezdték elveszíteni a kalciumot. Ugyanezen ok miatt (azaz az ízületet körbevevő pánccélköpeny kőkemény tömörsége miatt) az ízületi porc sem kapott kellő mennyiségű táplálékot, lassanként mintha

kezdett volna kiszáradni (összeaszalódni) és felrepedezni, hiszen egyetlen gyógyszer sem jutott el a rendeltetési helyére.

Amikor minden izom helyreállítása megtörtént már (vagyis mindegyikük regenerálódott már), akkor lehetett szabályos helyzetébe visszatenni az alsó végtagok mindegyik csontját és mindegyik ízületét, mivel ezek ekkorra nyerték vissza szabályos anatómiai mozgékonyágukat. Mindezzel párhuzamosan kiegyenesítettük a gerincet, normális helyzetbe hoztuk a mellkast és a bordákat. 5 naponként adtunk egy SZRT-kezelést. A. P. 3 hónap múlva egészségesnek érezte magát. Azt tanácsoltuk neki, hogy fordítson figyelmet a vesék működésére, mivel a lágyékban érzékelt kemény ödémák azt a gyanút keltettek bennünk, hogy talán homok van A. P. veséiben. Aggodalmaink beigazolódtak. A. P. mára teljesen megszabadult a coxarthrosistól és ügyel veséi működésre, egyúttal pedig diétázik. Arthrosisa kigyógyítása egyszerűen lehetetlen lett volna a szisztémás rekonstrukciós terápia – és ennek módszerei – nélkül. TMSZ-e bármelyik szövetének anatómiailag szabályos összetételét és tulajdonságait kizárólag ezzel a terápiával, csakis ennek módszereivel lehetett helyreállítani. A térbeli konstrukcióban az eltolódott elemeket pedig nem lehetett volna visszahelyezni (a helyükre tenni) az SZRT fogásai nélkül.

III. RÉSZ

RÖVIDÍTÉSEK, SZAKKIFEJEZÉSEK ÉS DEFINÍCIÓK JEGYZÉKE

8. FEJEZET TÁRGYMUTATÓ

A

Adaptáció

A szervezetek struktúráinak és funkcióinak alkalmazkodása a létfeltételekhez:

- fiziológiai adaptáció: azoknak a reakcióknak az összessége, amelyek biztosítják a szervezetnek – vagy a szervezet valamelyik szervének – alkalmazkodását a környező feltételek változásához;
- adaptáció (a könyvben): a TMSZ-IR-nek (a támasztó-mozgató szervrendszer irányítórendszerének) izomtónus-elváltoztatással adott válasza (reakciója) a TMSZ-elemek térbeli elhelyezkedésének változására a TMSZ térbeli stabilitásának fenntartása céljából.

Adekvát

Egyenlő, azonos, a behatásnak teljesen megfelelő.

AIR

Lásd: Automatizált irányítási rendszer.

Aktivizálás

Az aktivitás erősítése. A könyvben: a TMSZ-szövetekben a hajszáleres vérkeringés (a mikrocirkuláció) erősítésére irányuló, korrigáló / javító ráhatás, befolyás.

Alrendszer / szubszisztéma

A rendszer olyan eleme, ami a részletes vizsgálat során maga is rendszernek mutatkozik.

Ambulancia

Gyógyintézet (orvosi rendelőintézet); a fő szakágaknak (terápiának, sebészetnek stb.) megfelelő orvosi segítséget / betegellátást biztosítja járóbetegek vagy otthon ápolott betegek részére.

Anatómiai terhelések

A könyvben: olyan statikai terhelések, amik az etalon TMSZ elemeit alapállásban terhelik; azaz olyan terhelő erők, amiket a TMSZ konstrukciója és elemeinek mechanikai tulajdonsága – szabályos anatómiai státusznál – előre meghatároz (eleve feltételez).

Anatómiai státusz (TMSZ)

Lásd: TMSZ anatómiai státusza.

Ankylosis

Ízületi merevség. Az ízület nem képes mozogni: gyulladás, degeneratív folyamat, trauma miatt, vagy sebészeti beavatkozással létesített mesterséges akadályozás miatt.

Antagonista

Anatómiai kifejezés. Olyan izom, ami egy másik – az agonista – izomhoz képest ellentétes irányban működik.

ART-pressing

Adaptív rekonstrukciós terápiái (terápiás) nyomás. A könyvben: adaptív jellegű, gyógyító célú eljárás, ami alatt a TMSZ szöveteiben fájdalommentes, vektoros (irányított), szelektív nyomást alkalmaznak a szövetek rekonstruálására.

Artritisz

Ízületi gyulladás vagy az ízület néhány elemének gyulladása.

Arthrosis / artrózis

Gyulladással nem járó krónikus ízületi megbetegedés; anyagcsere-bántalmakkal kapcsolatos betegség, amit a csatlakozási felületeken jelentkező elváltozások kísérnek.

Atlant

Az első nyakcsigolya, C1.

Atónia

Tónushiány.

Atrófia

Ember vagy állat szervezetében lévő szerv vagy szövet elfonnyadása, egész életre vonatkozó méretcsökkenése, amihez a szerv vagy a szövet működési zavara vagy működésének leállása társul.

Automatizálási rendszer

Kétféle típusú – meghatározó szereppel rendelkező – elemekből álló bonyolult rendszer: az egyik típushoz a műszaki eszközök tartoznak, a másikhoz az ember tevékenysége.

Automatizált irányítási rendszer (AIR)

„Ember-gép” irányítási rendszer, ami automatikus információfeldolgozó eszközöket használ.

B**Bechterew-Strümpell-Marie (Pierre) betegség**

Gyulladással járó csigolyaízület-merevség: ankylosist okozó spondylosis (spondylarthritis).

Biztonsági tényező (szilárdsági mutató)

Ez egy viszonyszám: az anyag szilárdsági határértékének a (TMSZ-elemre ható) legnagyobb, normális mechanikai feszültséghez viszonyított hányadosa.

Biztosság (megbízhatóság)

Rendszer azon tulajdonsága, hogy a közeg paramétereinek a változása esetén is megőrzi jellemzőit.

Blokkolás

Lásd: Izomblokkolás.

C**CT = komputertomográfia**

Számítógép segítségével rekonstruált képalkotás. A röntgensugaras vizsgálatok egyik fajtája, ami a vizsgálandó objektum keresztmetszeteiről minőségi ábrák (ábrázolások) készítését teszi lehetővé azoknak az adatoknak számítógépes feldolgozásával, amiket a különböző pontokból jövő röntgensugarak objektumon való többszöri átjárásával nyernek.

CS**Cseppentésszabályozó**

Lásd: Infúziós készülék.

Csigolyaanomália

A csigolya fejlődési rendellenessége, ami kialakulásának, szegmentesedésének a zavara miatt keletkezett, vagy a csigolya páros településű részeinek fúziós zavara miatt.

Csigolyablokkosodás (blokkcsigolya-képződés)

Néhány csigolya összenő, ami a Bechterew-betegségnél vagy csigolya-tuberkulózisnál (spondylitis tuberculosa esetén) figyelhető meg.

Csigolyadisplázia

Rendellenes csigolyafejlődés. Ez egy feltételes (azaz megegyezésen alapuló) általánosító fogalom, amit a helytelen csigolyafejlődés különböző változatainak jelölésére használnak. Az embriopátiára és a fetopátiára (a csírabántalomra és a magzatbántalomra) vonatkozó csigolyaanomáliáktól eltérően a displáziák képesek hosszú időszak alatt növekedni, így a születés utáni időszak alatt is, és a fejlődés (a növekedés) befejezése után is. A displázia klinikai megnyilvánulásai nagyon erősen függenek a szervezet kialakulásának és létezésének körülményeitől.

Csigolyaközi porckorong

Szomszédos csigolyatesteket összekötő rostos korong. Rostos gyűrűből és kocsonyás magból áll.

Csigolyaközi porckorongsér

A csigolyák közötti porckorong azon állapota, amikor beboltozul a porckorong rostos szerkezetű gyűrűje a gerincvelő-csatornába (azaz benyomulás, bedőlés – protrúzió áll elő; vagy pedig kinyomódik, kiesik a porckorong kocsonyás magjának egy része a korong rostos gyűrűjében keletkezett résen át (azaz előesés, előredőlés – prolapsus jön létre).

Csigolyarotáció

Csigolya elfordulása a függőleges tengely körül.

Csigolyatest zárólemeze

Porcos növekedési lemez: a csigolyatestnek az a része, ami a csigolyaközi porckoronghoz simul.

CSIR

Csont-izom rendszer.

D**Degeneráció**

A biológiában: a növények vagy az állatok értékes (alkalmazkodási vagy létfenntartási) tulajdonságainak nemzedékről nemzedékre folytatódó elfajulása / elkorcsosulása.

Az orvostudományban: a sejtekben és a szövetekben fellépő, – közös, általános vagy helyi – anyagcserétől függő elváltozások.

Depozitárium

Depónia, depó:

- lerakási hely: az a hely, ahol a lerakott dolgok / anyagok tárolva és őrizve vannak;
- lerakódási hely, ahol az anyagok lerakódnak.

A könyvben: a „lerakódási (üledékes) struktúrák” és a „lerakódási (üledékes) hiperstruktúrák” szóösszetételekben fordul elő.

Depozítumos (lerakódási / üledékes) hiperstruktúra

Olyan lerakódási / üledékes struktúra, ami a TMSZ kettő vagy ennél több anatómiai egységét „öleli fel”, ami a struktúra negatív hatásának lényeges fokozódásához vezet.

Depozítumos (lerakódási, üledékes) struktúra

Ez egy konglomerátum, amit egészséges szövetek és organikusan elváltozott (elfajult, elkorcsosult) szövetek alkotnak, valamint különböző fizikai állapotban lévő üledékek és lerakódások: gáznemű, folyékony, szilárd halmazállapotban lévő depozítumok. Ezek a TMSZ egy anatómiai egységének határain belül képződnek úgy, hogy közben ennek az egységnek a mechanikai tulajdonságai – részben vagy teljesen – elváltoznak.

A lerakódási struktúra:

- megzavarhatja, rendellenessé teheti az izomhúzást;
- részben vagy teljesen leszűkítheti, korlátozhatja az ízületek mozgását;

- saját magában és a közel fekvő szövetekben akadályozhatja a vérkeringést és az innervációt;
- a TMSZ elemeire hatást gyakorolhat nem-anatómiai belső mechanikai terhelésekkel;
- az ilyen terheléseket előre meg nem határozható / kiszámíthatatlan irányba továbbíthatja.

Depozítum

Üledék, lerakódás, tárolásra / őrzésre adott dolog. A könyvben: a szövetekben felgyűlt / felgyűlő olyan anyag, ami az adott szövettípusra – normális működése esetén – nem jellemző.

Destabilizáció

A stabilitás, a rendszeregyensúly elvesztésének folyamata, a rendszer működésének a romlása.

Destrukció

Valaminek a tönkremenetele, pusztulása, normális szerkezetének megzavarása, rendelkezésére tétele.

Destruktív elváltozások

A könyvben: a TMSZ-szövetek összetételének és tulajdonságainak, továbbá elemei formájának elváltozásait kell érteni ez alatt, valamint anatómiai egységei – anatómiailag szabályos – térbeli helyzetének a megsértését. Más szóval: a destruktív elváltozások előfeltétele egy vagy sok eltérés megléte, függetlenül attól, hogy milyen típusúak és milyen konkrét anatómiai egységekben jelentkeznek.

Destruált / destruálódott TMSZ

A könyvben: az a TMSZ, amiben destruktív elváltozások vannak.

Dezintegrálódás

Elkülönítés, szétválasztás: az egésznek a szétválása (felbontása) az alkotórészeire.

Diszplázia

Lásd: Csigolyadiszplázia.

Dystonia / disztónia

Az izomtónus patológiás elváltozása.

Döntéshozatal

A feladat vagy a probléma megoldási változatai közül az egyik változat kiválasztása, ami a szituációra vonatkozó információk garanciáján és a szituáció szisztémás elemzésén alapszik.

E**Eisberg (ejtsd: ájszberg)**

Jéghegy: ez egy hatalmas jégtömeg, ami a part menti gleccser borjadzásával keletkezik, és az óceánban úszik. 9/10 része – rendszerint – a víz alatt van.

Eltolódás

A könyvben: az elem térbeli elmozdulása / elhajlása saját, anatómiailag szabályos helyéről, amit a szervezet saját erőivel nem tud megszüntetni.

Endogén

Belső eredetű, belső okok által előidézett.

Exogén

Külső eredetű, külső okok által előidézett.

F**Fascia**

Tömör, rostos kötőszövetből álló burok, ami körbeburkolja az izmot, sok belső szervet, a vérellátási rendszer véredényeit és az idegeket. Kötőszövetből ágazatot és hüvelyt képez számukra és – egyúttal – kibéleli a sejtközi teret.

Fibrózis

Rostos szövet képződése / rostos elfajulás: a rostos kötőszövet burjánzása, túltengése, ami – például – gyulladás következménye lehet.

Fragmentálás / fragmentáció

Darabokra törés / szétválasztás darabokra: valami egésznek a szétválása / szétválasztása alkotóira, apró, tovább nem bontható részekre.

G**Generalizáció**

Az orvostudományban: a (kezdetben korlátozott mértékű) megbetegedési folyamat elterjedése az egész szervezetben vagy az egész szervben.

Gerinccsatorna-sztenózis

Szűkület a gerinccsatorna bármelyik keresztmetszeti szakaszában.

Gerincinstabilitás

A gerinc mozgatószegmensének (~ szegmenseinek) elveszett – vagy nincs meg – az a képessége, amivel nyugalmi állapotban vagy mozgás közben fenn tudja tartani / meg tudja őrizni a csigolyák egymáshoz viszonyított átlagos (középvonal mentén történő elrendeződésének megfelelő) fiziológiai helyzetét. Traumák esetében az instabilitás jelentkezhet a törésvonal mentén és / vagy az izomösszekötő apparátus szakadási helyén.

Gerincinverzió

A fiziológiai ívek irányával ellentétes irányú ívek képződése a sagittalis síkban: nyaki és deréktáji kyphosis, mellkasi lordosis kialakulása.

GMSZ / gerincmozgató szegment / gerinc elemi mozgásszegmentje

Megállapodás szerinti feltételes egység, ami áll: két szomszédos csigolyából, az őket egymáshoz kötő csigolyaközi porckorongból, a csigolyaközi ízületekből és a szegmens többi struktúrájából (az ezeket egymáshoz kötő apparátusból: izomból, szalagból stb).

Guttapercha

Szétnyújtható / kinyújtható, gumyszerű.

GY**GYAK / gyermekkori agykárosodás**

Az agy – korai fejlődési szakaszában bekövetkezett – sérülése miatt keletkezett tünetek összessége. Nem progrediáló állapot: az agyvelő anyagában fellépett strukturális elváltozásokkal áll kapcsolatban.

GYT / gyógyító testedzés

Gyógyítási módszer, ami gyógyítási és megelőzési céllal alkalmaz fizikai / fizikális gyakorlatokat és természetes természeti tényezőket a beteg embernél. A GYT alkotórészei: a mechanikai terápia, a munkaterápia és a gyógymasszázs.

H**Határ**

Valaminek térbeli vagy időbeli határa / lehatárolása; ~ utolsó, legszélső éle / pereme / foka.

Hierarchia

Az egész részeinek vagy elemeinek felülről lefelé haladó elhelyezése / elrendezése.

Hiperplázia

Kóros szövetszaporodás: a szövetek vagy a szervek szerkezeti elemei számának növekedése a sejtek (például: egy daganat) vagy a struktúrák burjánzó újraképződése miatt.

Hipertrófia

Kóros szövetszaporodás: a szerv vagy a test térfogatának mértéktelen megnagyobbodása alkotóelemei – specifikus sejtelemei – méreteinek növekedése miatt.

Homeostasis / homeosztázis

A rendszer azon képessége, hogy a belső közeggel való együttműködési folyamatban meg tudja őrizni a változók értékét (állandóságát) bizonyos határokon belül.

Homo sapiens

Biológiai faj: az értelmes ember.

Hordozó elemek

Lásd: TMSZ hordozóelemei.

I**Identifikáció / identifikálás**

Azonosítás: objektum azonosítása diagnosztikai jellemzői alapján.

IET

Lásd: Iniciáló és erősítő tényezők.

Incidens

(Rendszerint kellemetlen jellegű) eset, történés, félreértés, ütközés.

Információelmélet

A kibernetika azon fejezete, ami az információszerzés, információőrzés, információfeldolgozás és az információátadás törvényszerűségével foglalkozik.

Infúziós készülék

Folyadékadagolás sebességének beállítására szolgáló készülék, amit a folyadék – csep-penkénti – szervezetbe vitelénél használnak.

Iniciáló és erősítő tényezők (IET)

A könyvben: belső és külső zavaró hatások, amik primer (első alkalommal fellépő), nem szisztémás eltéréseket idéznek elő a TMSZ anatómiai státuszánál és erősítik a TMSZ anatómiai státuszától való (már meglévő / addig is létezett) eltéréseket.

Innerváció

Beidegzés: valamilyen szerv vagy szövet idegelemekkel (idegrostokkal, idegsejtekkel) való ellátása, ami aztán biztosítja ezek kapcsolatát a központi idegrendszerrel.

Inverzió

Lásd: Gerincinverzió.

Inzultus

Az agyi vérkeringés durva megsértése, aminek kísérői: váratlan eszméletvesztés, bénulás, az agy szöveteinek hiányos vérellátása, vagy hematóma (vérömleny) keletkezése az agy szöveteiben.

Irányításelmélet

Ez egy tudomány / tudományág, ami kutatja és tanulmányozza:

- a különféle rendszerekben létező irányítások tartalmát és az irányítási formákat;
- ezeknek a – fejlődésére és működésére vonatkozó – általános és specifikus törvényszerűségeit;
- az irányítórendszerek felépítésének alapelveit és a bennük zajló folyamatok törvényszerűségeit.

IR

Irányítási rendszer.

Irányítási rendszer, magasabb szintű

Lásd: Magasabb szintű irányítási rendszer.

Irányító befolyás / irányító ráhatás

Az irányítórendszer utasítása: az irányító alanytól kiinduló cselekedet, ami az irányítás tárgyánál állapotváltozást idéz elő.

Ischialgia / ischia / isiász

Ülőidegszába: az ülőideg mentén jelentkező fájdalom. Legtöbbször a gerinc deréktáji és keresztcsonti szakaszának osteochondrosisával (csontosodási zavarával) kapcsolatos.

Izomblokkolás

Izomlezárás / izomelzáródás. A könyvben: az üledékes (a lerakódási) struktúrával teljesen körülvett izom állapota. Ilyen állapotnál az izomnak a működési (funkcionális) lehetőségei részben vagy teljesen rendellenessé válnak; lényegesen meggyengül benne a vérkeringés és a beidegzés (az idegekkel való ellátás / az innerváció).

Izomhúzás / izomerő

Az izom által létrehozott erő.

Izomtónus

A könyvben: az izomzat fiziológiás, hosszú ideig fennálló, tartós összehúzódása (izomfeszesség), amit a TMSZ-IR tudat alatti szinten tart fenn.

Ízület leblokkolása

Az ízület mozgathatóságának élesen jelentkező – és fájdalommal kísért – korlátozása, ami a sérült meniscus (térdízületi porckorong) vagy más ízületen belüli képződmények becsípődésének a következménye.

J**Járóbeteg-rendelő**

Lásd: Ambulancia.

Juvenilis

Fiatalkorú: nemileg éretlen.

K**Kardiális**

Szívre vonatkozó.

Kardinális

Legfontosabb, leglényegesebb, legfőbb.

Katonás testtartás

A könyvben: szabályos külső testtartás, amit speciális edzéssel (alaki kiképzéssel) lehet elsajátítani. A szisztémás destrukció elmélete szerint ezt a testtartást a poszturális (a tartásrögzítő) izom – akaraterővel teremtett – perzisztens hipertónusával (állandósított, túlzott erőfeszítésével) lehet elérni, amit, ezek után a TMSZ szöveteinek organikus elkorcsosulása rögzít.

A lényegyet tekintve ugyanolyan patológiás állapot ez is, mint a szisztémás destrukció egyéb megnyilvánulása azzal az eltéréssel, hogy ennél nincs világosan kifejeződő aszimmetria.

Kázus

Eset: rendszerint bonyolult, szövевényes vagy szokatlan, nevetséges eset.

Kezelés

A könyvben:

- a) találkozó a terapeuta rendelőjében gyógykezelésre;
- b) kézzel történő gyógyítás, gyógykezelés.

Kyphoscoliosis / kifoszkoliózis

A gerinc háti hajlatának oldalirányú elferdülése / elgörbülése, ami scoliosist és igazi kyphosist foglal magában.

Kiropraktika és oszteopraktika

A nyugati országokban nem teljesen hivatalos manuális terápia két változata. A gerincre és az ízületekre gyakorolt erőhatáson alapul mindkét módszer, amik nem rendelkeznek manipulációik megalapozására szolgáló korrekt elmélettel.

Kompresszió

Nyomás.

Konglomerátum

Halmaz: elszigetelt, különálló részecskék mechanikai egyesülése; rendezetlen keverék.

Korongelhalás / porckorongelhalás

Lásd: Sequestratio disci

Korzett

Fűző. Az orvostudományban: olyan kötés (készülék), ami gipszből, bőrből vagy fémbe-tétes szövetből van készítve; a gerinc mozdulatlanságának a megteremtésére / elérésére alkalmazzák gerincbetegségek vagy gerincsérülések esetén.

Kritérium

Ismertetőjel, aminek alapján értékelés történik; valaminek a meghatározása vagy osztályba sorolása végezhető; ismerv / fokmérő.

Kritérium (optimalitási ~)

Lásd: Optimalitási kritérium.

L

Laterális

Oldalsó: a test középső síkjától oldal felé eső.

Lánctag / láncszám / láncelem (a TMSZ-ben)

A TMSZ funkcionálisan elkülönült eleme vagy elemeinek egyik együttese.

Leblokkolni

Elzárni az utat; akadályozni valamit.

Limfatikus rendszer

Gerinces állatoknál és embernél meglévő rendszer, ami limfatikus edényekből (nyirokéredényekből) és nyirokcsomókból áll, amiken keresztül elvezetődik a nyirokfoliadék a szövetekből és a szervekből a vénás érrendszerbe. A limfatikus rendszer védekezési funkciókat is betölt azzal, hogy fagocitákat – falósejteket – és antitesteket – ellenanyagokat – hoz létre.

Lumbágó

Derékzsába: fájásroham fellépésével kísért intenzív fájdalom a derék tájékán, ami korlátozza a gerincmozgást az ágyéki, keresztcsonti szakaszon. Az SZD-elmélet szerint a lumbágó a hát és a medence övezetében képződő üledékes struktúrák és hiperstruktúrák miatt keletkezik. Az ilyen struktúrákban minden izom összeragad egy merev tokká (hüvellyé), ami gátolja a gerinc fiziológiai mozgását.

M

Magasabb szintű irányítási rendszer

A könyvben: ez a rendszer az alárendeltségi hierarchiában magasabban helyezkedik el, mint a vizsgált IR, és ez utóbbi részére ő tölti be a céljelölő /a célállító funkciót.

Manifesztáció

Megnyilvánulás: megmutatkozás, kifejeződés.

Manuális

Kéz segítségével végzendő.

Manuális terápia / manuálterápia

A disztrófiás gerincpatológiának a reflektorszindrómáitól (visszaverődési / visszatükröződési tünetegyüttesétől) szenvedő betegek patogenetikailag megalapozott, hatékony gyógyítási módszere [Lewit, K. 1975, 1981; Ivanicsev, G. A., Popeljanszkij, A. Ja., 1983; Gruntovszkij, G. H., Kiszlica, V. A., 1982]. Fő feladatai: az ízületek olyan mozgáskorlátoltságának a diagnosztizálása és megszüntetése, amit elsősorban az ízületekben már fellépett leblokkolttság okoz, és ezen a területen fájdalom, valamint az ízület körüli (periartikuláris) izmok reflektorosan (visszaverődés következtében) létrejövő feszültsége kíséri.

Mágneses-rezonanciás tomográfia (MRT)

Az ember belső szerveinek és szöveteinek nem röntgensugaras vizsgálati módja. Az elektromágneses hullámok (atomok) segítségével történő rezgéselnyelési effektust használja ez a módszer. Az embert behelyezik egy mágneses mezőbe, amit egy szerkezet hoz létre. Ekkor a szervezet molekulái a mágneses mező irányával egyező irányba elfordulnak. Ezután rádióhullámmal letapogatják a szervezetet. A molekulák állapotváltozása rögzítődik egy speciális matricában, és továbbítódik egy számítógépnek, ami feldolgozza a kapott adatokat. A komputeres tomográfiától eltérően az MRT lehetővé teszi a patológiás folyamatok különböző síkokban történő ábrázolását. Külsőre az MRT hasonlít a CT-re. A vizsgálat is ahhoz hasonlóan zajlik, mint a CT-nél. Az asztal fokozatosan mozog előre a letapogató készülék mentén. Az MRT vizsgálat hosszabb időt kíván, mint a CT-s vizsgálat, és rendszerint legalább 1 órán keresztül tart (a gerinc egy szakaszának diagnosztizálása 20–30 percet igényel).

Masszázs

A test felületén – mechanikai ráhatással – alkalmazott fogások rendszere; a szövetekben elősegíti a vérkeringés és a nyirokfolyadék-áramlás javulását és az anyagcserét; gyógyítási, higiéniai és más céllal alkalmazzák.

Mediális

Közép felé eső, a test középső síkjához közelebb fekvő.

Megbízhatóság

Lásd: Biztosság.

Megfordíthatóság / visszafordíthatóság

A folyamat azon képessége, hogy – meghatározott körülmények között – ellenkező irányban halad.

Merevség

A szerkezeti elem azon jellemzője, ami a deformálódással való szembenállási képességét határozza meg.

Mio / mi- / myo

Összetett szavak alkotórésze; jelentése: „izomhoz tartozó”, „izom-”.

Miofascialis triggerpont (MTP)

Trawell, J. G szerint: az MTP a csontváz-izom (vagy a ~-fascia) összetömörült kötelékében (összenőtt szalagjában) található hiperingerlékeny terület. Az MTP más (K. B Petrov által közölt) elnevezései:

- lokális izomhipertónus;
- fibrózitisz (kötőszövet-gyulladás);
- neurodisztrófia (idegrendszeri rendellenesség);
- pereosztitisz (elmélyült csontgyulladás);
- myalgia (izomfájdalom);
- fibro-myalgia (rostizomfájdalom);

- izomreuma;
- Müller-Kornelius-féle csomók / ~ göbök;
- Schade-Langa myogelézsek stb.

Az MTP klinikai jellemzése a következő: az izom és a bőr alatti kötőszövet (sejtanyag), a fascia és a csontot borító hártya (a periosteum) sajátos elváltozása, amihez intenzív fájdalom kapcsolódik; palpációval (kitapintással / tapogatással) lehet felfedezni.

Monitorozás = monitoros vizsgálat

A rendszer vagy környezet közegének megfigyelése, a nyert információk értékelése és prognózis (előrejelzés) készítése.

Mozgató szegmentum

Lásd: Gerincmozgató szegmentum.

MTP

Lásd: Miofascialis triggerpont.

Myalgia

Különböző intenzitással és karakterrel (nyilalló, szaggató, hasogató, sajgó formában) jelentkező izomfájdalom, ami rendszerint rohamokban jelentkezik.

Myasthenia

Krónikus izomideg-megbetegedés, ami az izomidegi vezetőképesség zavarával kapcsolatos; jellemzője a különböző izomcsoportok gyengesége és fáradékonysága.

Myatonia

Izomtónus hiánya, amit a gerincvelő mozgató idegének a disztrófiája (anyagcsere-rendellenessége vagy sorvadása) idéz elő; az aktív mozgások éles korlátozottságában – nemritkán teljes hiányában – nyer kifejezést.

N

Natális

Születési: közvetlenül a csecsemő születése alatti időszakhoz kapcsolódó.

Negatív visszacsatolás (NVCS)

Lásd: Visszacsatolás.

Nekrózis

Elhalás: az élő szervezetben valamilyen szerv, szövetszövetek vagy sejtcsoportok elhalása.

Nem-anatómiai terhelések

A könyvben: TMSZ-re ható, valamilyen módon az anatómiai terhelő erőktől eltérő (módjuk vagy irányuk tekintetében különböző) erők. Azaz olyan terhelések, amik a TMSZ szabályos anatómiai státuszánál szerkezetileg nem tartoznak a TMSZ jellemzői közé.

Nem-szisztémás eltérések a TMSZ anatómiai státuszától

Lásd: TMSZ anatómiai státuszától, állapotától, helyzetétől való nem-szisztémás eltérések.

Nonszensz

Értelmetlen / képtelen dolog; ostobaság.

Normális izomtónus

A könyvben: az etalon TMSZ stabilitásának fenntartásához szükséges izomtónus a fő statikai testtartásnál (alapállásnál); ilyenkor a test egyenes tartással támaszkodik a két lábra, a karok le vannak eresztve. Ez a tónusérték a Föld nehézségi erőterének hatásviszonyai között tekinthető (normálisnak) érvényesnek.

NY**Nyirokrendszer**

Lásd: Limfatikus rendszer.

Nyomás (pressing)

Nyomás, összeszorítás.

O**Optimalitás/optimalitás kritériuma = optimum-kritérium**

Mutató, aminek szélső értéke a rendszer (határértékként elérhető) hatékonyságát jellemzi.

Organikus elváltozások (~ elfajulások/ ~ elkorcsosulások) a TMSZ szöveteinél és elemeinél

A TMSZ-elemek szöveteinél az anatómiailag szabályos összetételtől és tulajdonságoktól való eltérése és ezen elemeknek az anatómiailag szabályos formától való eltérése értendő a címbeli kifejezésen, ami degenerációs és disztrófiás folyamatokat is tartalmazhat.

Osteoporosis / oszteoporózis

Csontritkulás; a csontszövet disztrófiája (rendellenes / fogyatékos fejlődése), ami szerkezete átépülésével párosul. Jellemzője: az egységnyi csonttömegben lévő osteotrabecula (csontgerenda / csontrostköteg) számának a csökkenése, továbbá az ilyen elemekhez tartozó rész szétmorzsolódása, elgörbülése és teljes feloszlása / teljes felszívódása.

Ö**Önhelyreállítás / önhelyreállítás (regenerálódás)**

A szervezet azon képessége, amivel saját élettevékenysége paramétereinek állapotát normális, azaz egészséges – vagy ehhez közeli – állapotba tudja hozni.

Önszabályozás (önreguláció)

A biológiai rendszerek azon tulajdonsága, hogy képesek automatikusan beállítani és fenntartani – meghatározott, viszonylag állandó szinten – ilyen vagy olyan fiziológiai és egyéb biológiai mutatókat. Önszabályozás esetén az irányító tényezők nem kívülről hatnak a szabályozandó rendszerre, hanem ezen belül keletkeznek, és visszacsatolások létezése (megléte / működése) kelti őket életre.

Önszerveződő rendszer

Ez a rendszer olyan speciális mechanizmusokat tartalmaz, amelyek segítségével a rendszer szervezete megőrizhető és tökéletesíthető zavaró behatások körülményei között (is).

Önszervezés / önszerveződés

A könyvben: a TMSZ-IR reakciója a TMSZ hosszú időn át adaptív állapotban való tartására. Ez a reakció az izmok organikus elkorcsosításában / ~ átalakításában fejeződik ki, amit az izomtónus-elváltozás hoz létre a szervezet energiafelhasználásának minimalizálása céljával.

P**Palpáció**

A beteg szerveinek vizsgálatára szolgáló orvosi módszer: a bőrön át kézzel történő kikapogatás.

Panacea

Olyan csodaszer, ami az élet minden esetében segíthet. (Kezdetben: minden betegséget gyógyító univerzális varázsszer, úgynevezett csodagyógyszer, amit a középkorban igyekeztek kitalálni).

Porckorongelhalás

Lásd: Sequestratio disci.

Porckorong-előesés

Lásd: Prolapsus disci.

Porckorong-kidülledés

Lásd: Protrusio disci.

Potenciális energia

Valamilyen fizikai rendszer teljes mechanikai energiájának az a része, ami alkotói kölcsönös elhelyezkedésétől és helyzetétől függ valamilyen külső erőterben (például a gravitációs erőterben); a rendszer mechanikai energiájának másik részét a kinetikai energia képezi.

Pozitív visszacsatolás (PVCS)

Lásd: Visszacsatolás.

Pressing

Nyomás, szorítás.

Prioritás

Valaminek domináló, elsődleges jelentősége.

Prolapsus disci

Porckorong-előesés: a csigolyaközti porckorong elemeinek kiesése (betüremkedése) a gerinccsatornába, amit a rostgyűrű résszerű kiszakadásai kísérnek, valamint a kocsonyás mag azon elemeinek eltolódása / benyomulása a gerinccsatornába, amik továbbra is fenntartják kapcsolatukat a mag korongon belül lévő részével.

Protrusio disci

Porckorong-kidülledés: a csigolyaközti porckorong fibrózusos (rostos) gyűrűjéhez tartozó elemek elmozdulása, kidülledése a gerinccsatornába a korong épségének megsérte nélkül (a korong egyben maradása mellett).

R

Rachitis

Angolkór. Kiskorú gyermekeknél jelentkező D-vitaminhiány, amire a kalcium- és a foszforcere rendellenessége a jellemző. A csontképzésnek, az idegrendszer funkcióinak és a belső szerveknek a zavaraiiban nyilvánul meg.

Regeneráció (regenerálódás)

Helyreállítás, újraképződés, megújulás. Biológiai regeneráció: a meggyengült vagy károsodott szervek és szövetek helyreállítása a szervezet erejével.

Regresszió

Hanyatlás, visszaesés, visszafejlődés: a fejlődés magasabb formáiról áttérés az alacsonyabb formáihoz; visszatérés; elmozdulás hátrafelé; változás a rosszabb irány felé.

Rekonstrukció

Valaminek a helyreállítása a megőrződött maradványok vagy a leírások szerint.

Rendszerbemenet

A rendszer kapcsolata a környező közeggel, ami a közegtől a rendszerbe / a rendszerhez irányul.

Rendszerkimenet

A rendszer kapcsolata a környező közeggel, ami a rendszertől a közeg felé irányul.

Repozíció

Az orvostudományban: a törésnél elmozdult csont rész helyrerakása, visszahelyezése.

Repozicionálás

A könyvben: a TMSZ elmozdult elemének visszatérése / visszatérítése a térbeli szerkezetben anatómiailag szabályos pozíciójába.

Rotáció

Anatómiai értelemben: körívben való elfordulás (körbefordulás) valamelyik ízületnél / ízületben.

Rotáció (csigolyáé)

Lásd: Csigolyarotáció.

S**Sagittalis sík / szagittális sík**

Nyílrányú sík: anatómiai sík, ami a testet hosszanti síkban két testfélre osztja: bal oldalra és jobb oldalra.

Schmorl-sérv

A kocsonyás porckorong bedüledése a csigolyatestbe ennek vízszintes zárólemezen át.

Scoliosis / szkoliózis

Oldalirányú gerincferdülés / gerincgörbülés.

Sequestratio disci

Korongelhalás: a korongsérv egyik változata, aminek kísérője:

- a csigolyaközi porckorong rostos gyűrűjének szakadása,
- valamint a kocsonyás mag vagy szilánkjainak / töredékeinek kijutása a gerinccsatornába,
- és magányos eltolódásuk / elszigetelt mozgásuk a gerinccsatornában.

Spontán

Önkényes, amit nem külső ráhatások váltanak ki, hanem belső okok.

Súlypont

Lásd: Test súlypontja.

Stabil

Szilárd, állandó, egy meghatározott szinten megkeményedő / megszilárduló, nem változó.

Státusz

Helyzet, állapot.

SZ**Szabályos anatómiai státusz**

A könyvben: a TMSZ anatómiailag szabályos állapota, a TMSZ etalon állapota, az etalon TMSZ. Mindez a TMSZ olyan állapotát jelenti, aminél ennek minden eleme szabályos

anatómiai állapottal bír; mindegyik eleme „szigorúan” a saját térbeli helyzetét foglalja el; megfelelő típusú és megfelelő szerkezetű egészséges szövetből áll, ami rendelkezik a rá jellemző, sajátos anatómiai és fiziológiai tulajdonságok teljes (hiánytalan) skálájával.

Szeánsz

Összejövétel, találkozás. A könyvben: terapeuta gyógyító kezelésén való részvétel. Lásd: Kezelés.

SZD

Szisztémás destrukció. A könyvben: a szisztémás szervezet tönkremenése, pusztulása.

Szeeparálás (szeparáció)

Valaminek a szétválasztása azokra az alkotórészekre, amikből összeállt.

Szisztéma

Rendszer: részekből alkotott egész; egyesülés; egymással „törvényszerű” kapcsolatban álló elemek (tárgyak, jelenségek, szempontok, ismeretek stb.) sokasága, ami meghatározott, épséget – összetartozást – kifejező képződményként, egységként nyilvánul meg.

Szisztémás destrukció (SZD)

A könyvben: a szisztémás (rendszert alkotó) szervezet tönkremenése (pusztulása).

Szisztémás elemzés / egész (szerv-)rendszerre vonatkozó analízis

A rendszerszemléletű megközelítés – elemző tevékenységben való – alkalmazásához tartozó módszerek, fogások és algoritmusok összessége.

Szisztémás megközelítés (szisztémás hozzáállás)

Olyan fogalom, ami hangsúlyozza a kutató, a tervező és az ütemező tevékenységekben a komplexitás, a széleslátókörűség és a precíz szervezés fontosságát / szükségességét. A szisztémás közelítést összekötik a formális és az absztrakt rendszerek és az általános rendszerelmélet kialakulási és tanulmányozási irányzatainak fejlődésével. Az általános rendszerelméletben a szisztémás közelítésen (a ~ szemléleten) elsősorban a különböző alkalmazott tudományok és a különféle tudományos irányzatok terminológiai egyesítését értik.

A szisztémás közelítés a megismerő-kutakodó és a gyakorlati tevékenységek alapelve, ami **a tevékenység rendszerszemléletű, szisztémás visszatükröződésén (értelmezésén és bemutatásán) alapszik.**

SZRT

Szisztémás rekonstrukciós terápia / egész szervrendszerre kiterjedő terápia

A könyvben: a TMSZ-re irányuló szisztémás, korrigáló rendeltetésű mechanikai ráhatások technológiája, ami a TMSZ szabályos anatómiai státuszának helyreállítását (rekonstrukcióját) célozza. Az SZRT-nek nincs analógiája. Ez egy önálló, önmagában elegendő technológia, aminek az alapját a TMSZ szisztémás destrukciójának az elmélete képezi, és a TMSZ-re ható ismert gyógyító eljárások egyikének fogásait, módszereit, terminológiáját sem alkalmazza. Ilyennek tekinthetők egyebek között: manuális terápia, a ki-

ropraktika, az osteopathia, a masszáz, a gyógytorna, a reflexterápia (a tűszúrásos terápia), a fizioterápia, a gyógyszeres kezelés vagy a nem hivatalos orvoslás különböző módszerei.

Sztenózis

Lásd: Gerinccsatorna-sztenózis.

T

Tartós nem-anatómiai terhelések

A könyvben: ezek a TMSZ-re ható nem-anatómiai terhelések, amiket:

- vagy nem tud elhárítani a szervezet saját erőivel (aminek organikus okai vannak; például traumák miatt keletkeztek),
- vagy a TMSZ-IR tart fenn tudat alatti szinten (hipotónus és hipertónus formájában).

Tendineus

Ínelváltozás: Az izom ínjének disztrófiás elváltozásai azon a helyen, ahol az ín a csonthoz kötődik. Megnyilvánulási formájuk: a szövetet rostos porc váltja fel, amit a későbbiek során elmeszesedés (kalcifikáció), majd csontosodás (osszifikáció) követ.

Test súlypontja (~ centruma)

Szilárd test azon pontja, amin áthalad mindazon nehézségi erők eredője, amik e test részeire (a test bármilyen térbeli helyzetében) hatást gyakorolnak.

TMSZ

Támasztó-mozgató szervrendszer (támasztó-mozgató apparátus), amibe beletartozik a vázizomrendszer és ennek irányítórendszere (IR) (a központi idegrendszer részei és a periférikus idegrendszer részei).

TMSZ anatómiai státusza

A könyvben: a TMSZ tényleges, valós anatómiai állapota értendő ez alatt.

TMSZ anatómiai státuszának eltérése

A könyvben: a TMSZ tényleges (reális) anatómiai státusza nem felel meg a TMSZ etalon (anatómiailag szabályos) állapotának. Az eltérések általános formában, a három kiemelt típus szerint vannak vizsgálva:

- a TMSZ-elemek térbeli helyzetének az eltérései szerint,
- a TMSZ-szövetek összetételénél és tulajdonságainál jelentkező eltérések szerint,
- a TMSZ-elemek alakjának eltérései szerint.

TMSZ anatómiai státuszának nem-szisztémás eltérései

A könyvben: a TMSZ anatómiai státuszának olyan eltérései, amik belső és külső zavaró hatások működésének eredményeként keletkeznek.

TMSZ anatómiai státuszától való szisztémás eltérések

A könyvben: a TMSZ anatómiai státuszától való olyan eltérések veendők itt figyelembe, amik a szisztémás destrukciós folyamat térben és időben zajló terjeszkedése következtében jönnek létre.

TMSZ destrukciója

A könyvben: ezen a kifejezésen azt kell érteni, hogy:

- a TMSZ etalon tulajdonságai megsérültek;
- a TMSZ nem egyezik az etalonnal (a mintával).

TMSZ hordozóelemei

A TMSZ azon elemei, amelyek az alapvető terheléseket (a test súlyát, a külső terhelő erőket) megtartják / felfogják a TMSZ stabil állapotában: ilyenek a csontok és ezek kapcsolódásai / kötése.

TMSZ-IR

A támasztó-mozgató szervrendszer irányítórendszere.

TMSZ optimális működési módja (rezsimje)

A könyvben: a TMSZ olyan működési módja, aminél minimális mennyiségű energiát használ fel funkciói teljesítésére. Az optimális üzemmódtól való eltérés jeleként kell fel fogni az izomzatnál tartósan, állandóan fennálló hipotónust vagy hipertónust.

TMSZ organikus elváltozásainak a megfordíthatósága

A könyvben: a TMSZ-IR (és az egész szervezet) képessége, amivel helyre tudja állítani a TMSZ szöveteinek anatómiailag szabályos összetételét és tulajdonságait, valamint a TMSZ-elemek anatómiailag szabályos alakját (meghatározott viszonyok között, amiket a szisztémás rekonstrukciós terápia alkalmazása teremt meg).

TMSZ szabályos anatómiai státusza

A könyvben: a TMSZ anatómiailag szabályos állapota; a TMSZ etalon állapota; az etalon TMSZ. Ez alatt a TMSZ olyan állapotát kell érteni, amelyiknél a TMSZ mindegyik anatómiai egysége szabályos anatómiai formával rendelkezik; mindegyik szigorúan saját térbeli pozícióját foglalja el; és mindegyik megfelelő típusú (fajtájú), egészséges szövetből áll, ami a rá sajátos anatómiai és fiziológiai tulajdonságok teljes (hiánytalan) készletével rendelkezik.

TMSZ SZD-elmélet

A könyvben: az e könyv szerzői által alkotott – a támasztó-mozgató szervrendszer szisztémás destrukciójára vonatkozó – elmélet, ami leírja és megmagyarázza e szervrendszer szisztémás tönkremenésének mechanizmusát, azt, ami a TMSZ adaptációs és önszerveződési folyamatában érvényesül, és – anatómiai egységei konkrét patológiás állapotától függetlenül – választ / válaszadást jelent a TMSZ anatómiai státusztól való eltéréseire.

Az SZD-elméletnek nincsenek analógiái. Ezen elmélet alapjait a következő elméletek képezik:

- az általános rendszerelmélet;

- a szisztémás elemzés;
- a vezetéselemélet és az irányítási elmélet;
- az adaptációs és önszervező képességekre vonatkozó elmélet;
- a fizika és a mechanika posztulátumain (alaptételein) nyugvó elméletek;
- a TMSZ különféle patológiás állapotainak rehabilitációja során szerzett gyakorlati tapasztalatok és az ezekre épített elméletek.

Ugyanakkor ez az elmélet nem épül rá az ortopédia, a traumatológia és a vertebro-neurológia által valamikor nagy hangon bejelentett, létező elméletek egyikére sem, és nem is támaszkodik ezekre.

TMSZ szisztémás destrukciója

A könyvben: a TMSZ szisztémás szervezetének tönkremenési folyamata,

- amit áthat / átfog a pozitív visszacsatolás,
- ami tartalmazza a TMSZ szisztémás funkcionális destrukciójának folyamatait (a TMSZ stabilitásának megsértését és az adaptációt = az alkalmazkodást),
- ami tartalmazza a TMSZ szisztémás organikus destrukciójának folyamatait (az önszerveződést és azt is, amiért az önszerveződés beindult: a vérellátás, a mikrocirkuláció, az innerváció, az anyagcsere rendellenességeit, valamint a TMSZ szöveti összetételének és tulajdonságainak a zavarát).

A TMSZ szisztémás funkcionális destrukciója lehet a szervezet önerejével visszafordítható destrukció, de lehet visszafordíthatatlan destrukció. A szisztémás organikus destrukciót azonban a szervezet saját erőivel soha nem képes visszafordítani.

TMSZ szisztémás funkciója

A könyvben: a TMSZ azon funkciója, ami szisztémás célja elérésére irányul. Egy bonyolult rendszernek lehet sok – hierarchiailag egymás alá rendelt – szisztémás célja. A TMSZ fő szisztémás célja a szervezet térbeli stabilitásának megtartása, megőrzése, azaz a szervezet stabilitásának fenntartása a térben.

TMSZ szisztémás válasza

A könyvben: adaptív, patológiás eltérések láncolata a TMSZ rendszerében. Arra az elsődleges, primer jellegű patológiás eltérésre adott válaszként jelenik meg, ami a TMSZ stabilitási rendellenességét okozta.

TMSZ-szövetek és -elemek organikus elváltozásai (organikus átalakulásai)

A TMSZ szöveteinek eltérése az anatómiailag szabályos összetételtől és tulajdonságoktól, valamint a TMSZ elemeinek eltérése a szabályos anatómiai formától gyakran degeneratív és disztrófiás folyamatok következménye.

Tors (ejtsd: torsz)

Törzs (orosz); felsőtest (angol, francia); mellkas (francia); törzs (latin): truncus.

Trankvilláns / tranquillans

Idegnyugtató: gyógyszercsoport, ami nyugtató hatást gyakorol a központi idegrendszerre és kivédi a rettegés, riadalom, feszültség, hallucinálás, a lázas fantáziálás (az agyrémek) kialakulását.

Trófica

Sejttáplálási folyamatok összessége, amik a szövet és a szerv szerkezetének és funkciójának fennmaradását biztosítják.

Turgor

A normális vérellátású szövet ellenállása; a szövetek – fiziológiai állapotuk függvényében – változó feszessége és elaszticitása (rugalmassága). Döntően a bőr állapotának jellemzésére használt szakkifejezés.

U**Unciformis vertebrális artikulációk (horog alakú kampós csigolyaízületek)**

(Lüssk-ízületek): a nyakcsigolyák horog / kampó alakú nyúlványai és a fölül elhelyezkedő csigolya ívelési alapja vagy teste között képződő ízületek, amik gyulladásal nem járó új krónikus ízületi megbetegedés kifejezői. Normális esetben ilyenek nem képződnek. Osteochondrosinál (vagyis a rendellenes csontfejlődés esetén) keletkeznek a csigolya-közi korongok magasságának csökkenése miatt.

Unikális / unikum

A maga nemében egyedülálló, páratlan, kizárólagos.

Ü**Ülőidegzsába**

Lásd: Ischias.

V**Vertebrális neurológia / vertebro-neurológia**

Csigolya-ideggyógyászat: az idegrendszer perifériás és központi szakaszainál – gerinc vagy egyéb TMSZ-struktúrák megbetegedései alkalmával – keletkezett funkcionális és organikus sérülések klinikai megnyilvánulásait tanulmányozó tudomány.

Visszacsatolás (VCS): PVCS / NVCS

Valamilyen rendszer (objektum) működési eredményeinek (kimenetének) hatása, befolyása ugyanezen rendszer működésének jellegére (a rendszer bemenetére és belső állapotára). Azaz a visszacsatolással rendelkező rendszerekben el lehet különíteni a jelenségeknek egy zárt ok-okozati láncolatát. Amennyiben a rendszer állapotában – a zavaró hatások nyomán – bekövetkezett legelső eltérés a visszacsatolás hatására csökken, akkor negatív visszacsatolásról (NVCS-ről) van szó; ellenkező esetben pedig, amikor tovább erősödik az eltérés: pozitív visszacsatolásról (PVCS-ről) van szó.

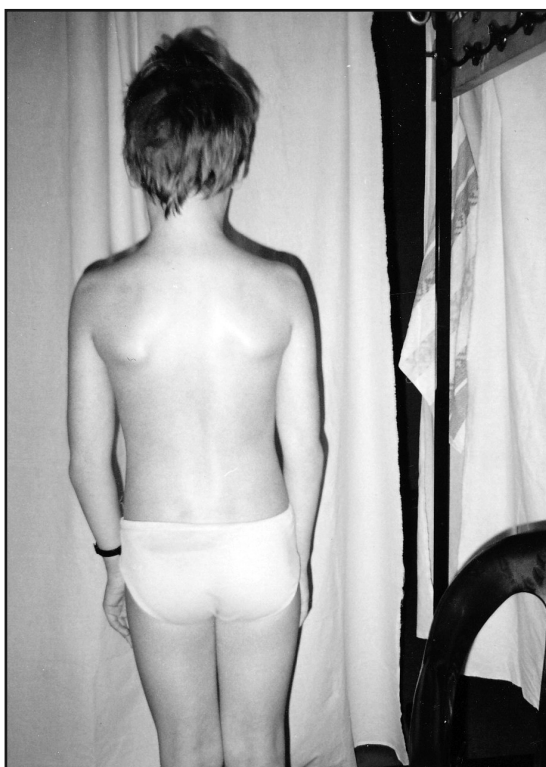
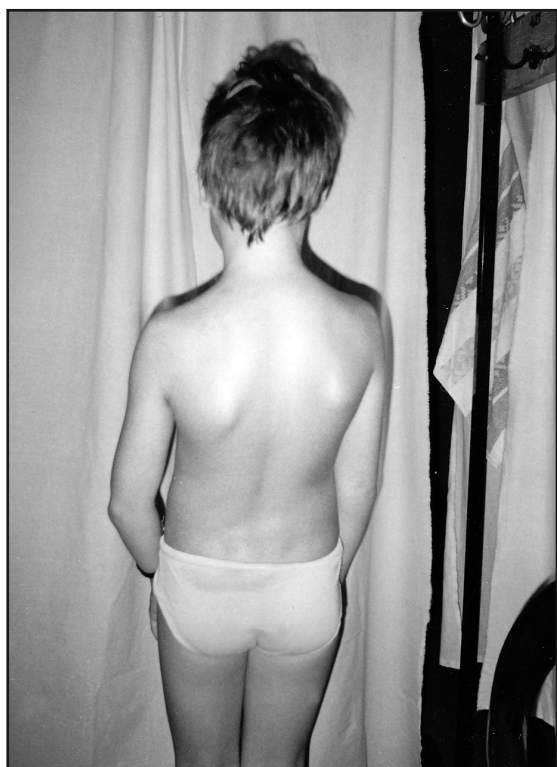
Visszafordíthatóság

Lásd: Megfordíthatóság

Z**Zárólemez**

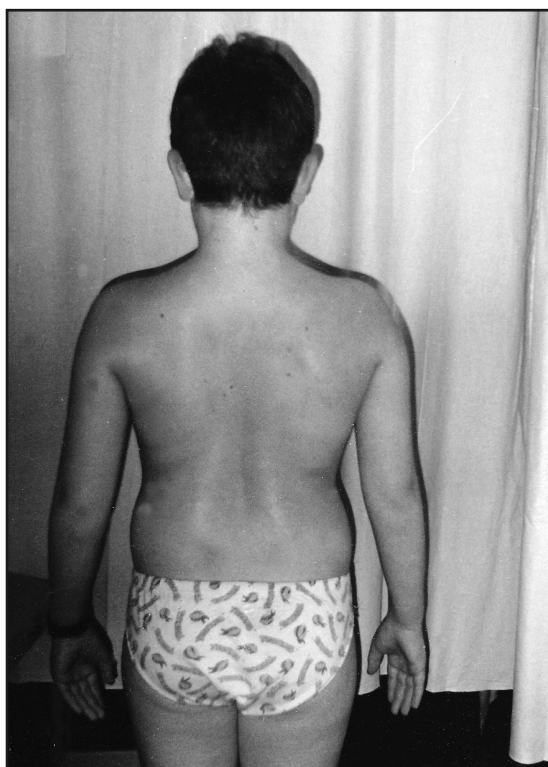
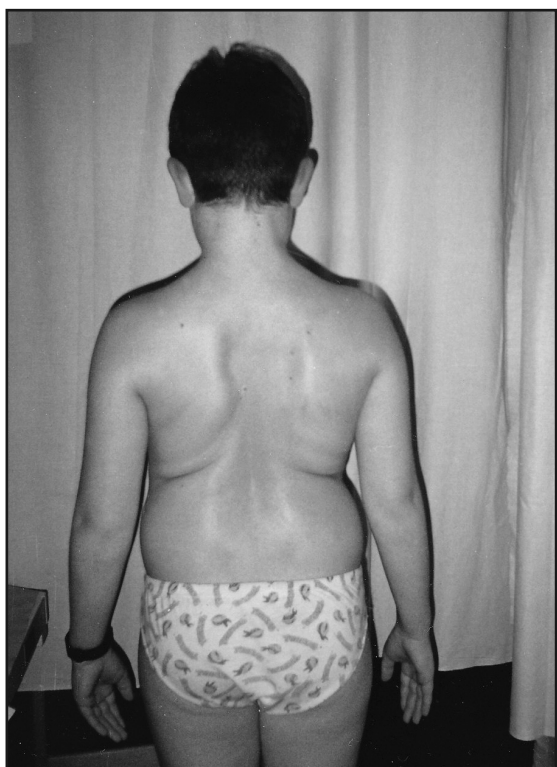
Lásd: Csigolyatest zárólemeze.

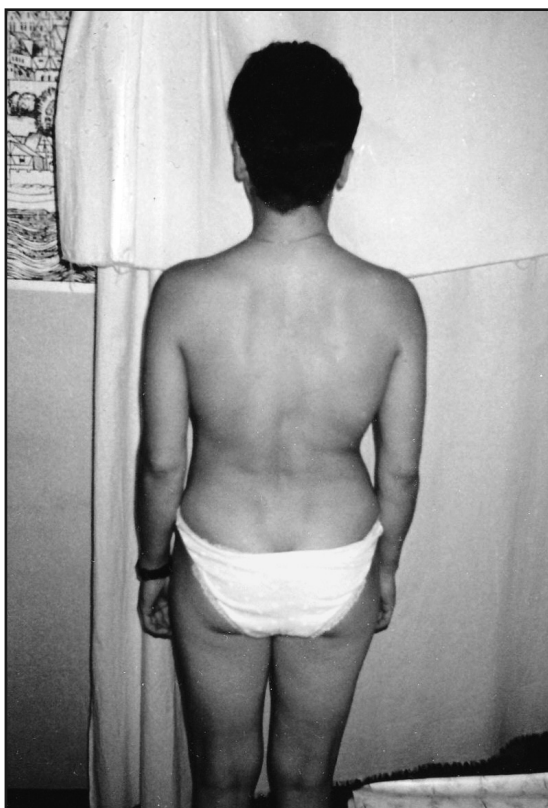
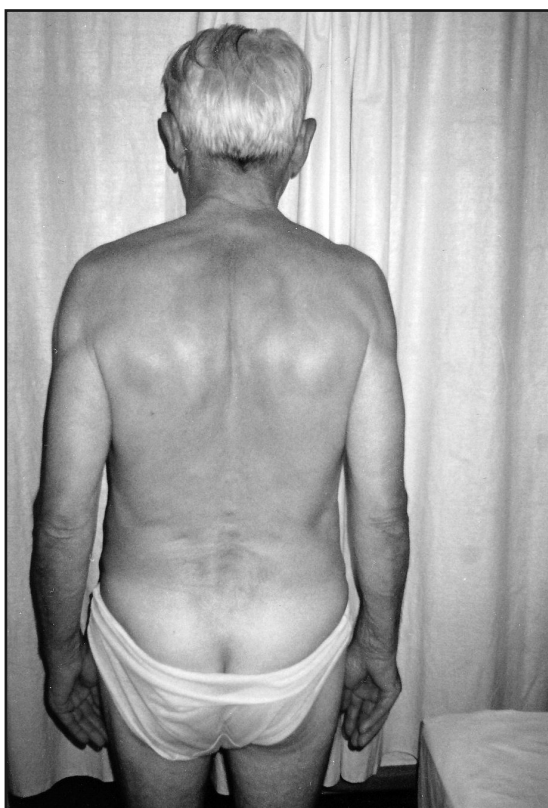
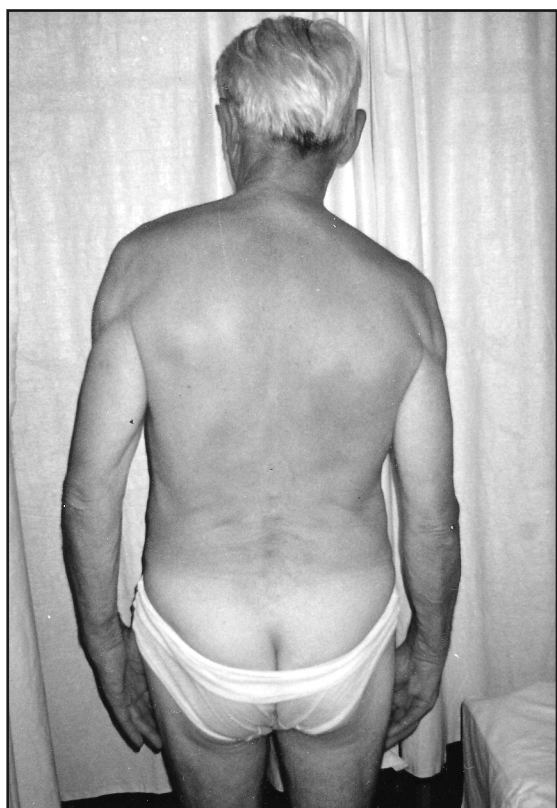
Egy kezelés után

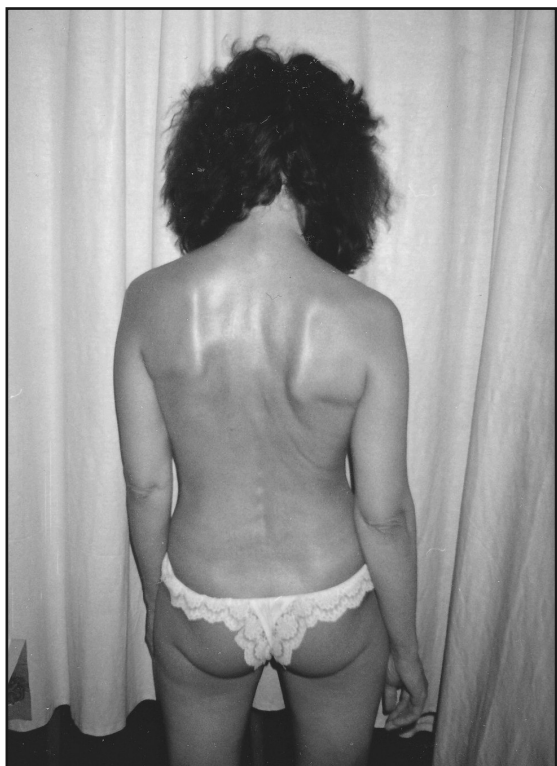




Öt kezelés után







Tíz kezelés után



IRODALOMJEGYZÉK

1. Szerkesztők: Muszalov H. A. – Jumasev G. Sz.: Traumatológia és ortopédia
Medicina, Moszkva, 1995
2. Erlich G. E.: Low back pain (Alsó háttáji fájdalom)
Bulletin of the World Health Organization, 2003, Nr. 81.
3. Low Back Pain Fact Sheet (Alsó háttáji fájdalom adatfelvételi lap)
National Institute of Neurological Disorders and Stroke
National Institutes of Health, USA, 2003
4. Adams G. R. – Caiozzo V. J. – Baldwin K. M.:
Skeletal muscle unweighting: spaceflight and ground-based models
(A csontváz-izomzat tehermentesítése: űrrepülés és földi modellek)
Journal of Applied Physiology, 2003, Nr. 95.
5. Turner R. T.: Invited review: what do we know about the effects of spaceflight on bone?
(Meghívásos interjú: Mit tudunk az űrrepülés csontokra kifejtett hatásáról?)
Journal of Applied Physiology, 2000, Nr. 89.
6. The World Health Report 2003 (A világ 2003. évi egészségügyi jelentése)
World Health Organization, 2003
7. Veszeljovszkij V. P.: Gyakorlati vertebro-neurológia és manuális terápia
Medicina, Moszkva, 1993
8. Volkov N. I. – Nyeszen E. N. – Oszipenko A. A. – Korszun Sz. N.: Az izomtevékenység biokémiája
Olimpijszkaja lítyeratura, Kijev, 2000
9. Levit K. – Zahsze J. – Janda V.: Manuális medicina (fordítás németről)
Medicina, Moszkva, 1993
10. Szityel A. B.: Manuális terápia – Kézikönyv az orvosok részére
Izdatcentr, Moszkva, 1998
11. Gelli R. L. – Spait D. U. – Simon R. R.: Az elodázhatatlan ortopédia. Hátgerinc. (fordítás angolról)
Medicina, Moszkva, 1995
12. Peunesco-Podanu A.: Nehéz betegek.
Határozatlan formában megnyilvánuló, nehezen megmagyarázható szenvedések
Medicina Kiadó, Bukarest, 1976
13. Palcev M. A. – Anyicskov N. M.: Patológiai anatómia, I. kötet
Medicina, Moszkva, 2000
14. Szamoszjuk I. Z. – Vojtanyik Sz. A. – Popova T. D. – Gavata B. V.:
Gerinc-osteochondrosis manuális, homeopátiás és tűszúrásos terápiája
Zdorovje, Kijev, 1992
15. Zsolondz M.: Osteochondrosisok. A gyógyítás gyakorlata
Piter, Szentpétervár, 2002
16. Sztojanovszkij D. N.: Hát- és nyaktáji fájdalom
Zdorovje, Kijev, 2002
17. Privesz M. G. – Liszenkov N. K. – Buskovics V. I.: Az ember anatómiája
Gippokrat, Szentpétervár, 2002
18. Szerkesztők: Novickij V. V. – Goldberg E. D.: Patofiziológia
Tomszki Egyetemi Kiadó, Tomszk, 2001
19. Trewell J. G. – Simons D. G.: Miofascialis fájdalmak (fordítás angolról)
Moszkva, 1989
20. Krivcov A. G.: Az osteochondrosis gyógyításának ősrégi és modern módszerei
Rosztovi Egyetemi kiadó, Rosztov na Donu, 1990
21. Uzsegov G. N.: A támasztó-mozgató szervrendszer betegségei, X. fejezet
Dilja, Szentpétervár, 2001
22. A csigolya eredetű betegségek gyógyításának módszertana – defanoterápia
Módszertani javaslatok, <http://www.boby.ru/defano/vert.html>
23. Szerkesztő: Szapin M. R.: Az ember anatómiája, 2. kötet
Medicina, Moszkva, 2001
24. Vasziljeva L. F.: A gerincízületek és a végtagízületek funkcionális blokkoltságai
Novokuznyeck, 1999
25. Kuznyecov V. F.: Vertebro-neurológiai útmutató: klinika, diagnosztika
Bjelarusz, Minszk, 2000
26. Antonov I. P. – Sanyko G. G.: Derékfájdalmak
Bjelarusz, Minszk, 1989
27. Kaszjan N. A.: Manuális terápia a gerinc osteochondrosisánál
Medicina, Moszkva, 1985

28. Gojdenko V. Sz. – Szityel A. B. – Galanov V. P. és mások:
A gerinc-osteochondrosis neurológiai tüneteinek manuálterápiája
Moszkva: Medicina, 1988
29. Alekszejev V. V. – Szoloha O. A.: Miofascialis fájdalomszindróma. Botulinustoxin (botox) alkalmazása
Nyevrologicseskij Zsurnal, 2001, Nr. 2.
- Bogacseva L. A. – Sznyetkova E. P.:
30. Hátfájások (dorsalgák): osztályba sorolás, patogenézis mechanizmusok, irányítási elvek
(Szakosított Fájdalomkezelési Osztály munkatapasztalata)
Nyevrologicseskij Zsurnal, 1996, Nr. 2.
31. Tabejeva G. R.: Fibromialgia (Rostos izomszövet okozta fájdalom)
Consilium-Medicum, 2000, 2. kötet, Nr. 12.
32. Zborovszkij A. B. – Babajeva A. R.: Szindrom pervicsnoj fibromialgii:
diagnosztika i lecsenyije. Primer fibromialgia szindróma
(A rostos izomszövet primer fájdalomszindrómája: diagnosztika és gyógyítás)
V mire lekarsztv (Gyógyszerek világában, folyóirat), 1999, Nr. 1.
33. Mindubajeva L. Zs.: Szpaszticseskaja krivoseja. Görcsös ferdenyak (spasticus torticollis):
klinikai és neurofiziológiai aspektusok, patogenezis, gyógyítás
Orvostudományi kandidátusi disszertáció, Szerzői referencia: 14.00.13.;
Kazányi Állami Orvostudományi Akadémia, Kazány, 1998
34. A csigolyaközi sérv defanoterápiája
<http://www.spina.ru/article.phtml?id=57>
35. Az izmok nem rozsdásodnak!
<http://www.komok.ru/statyi/12-99/grimasi2.html>
36. Topuzov I.: Az oxidatív folyamatok szerepe a sportolónál a sportcellulitisz és a mikrotraumatizmus képződésében
(Tudományos hipotézis)
Teorija i praktika fizicseszkaj kulturi, 2001, Nr. 6.
37. Életbevágóan fontosak az orvosbiológiai tudományok Oroszországban
Az izmok atrófiája és az ataxia (mozgáskoordináció hiánya)
Airspace-America, 1997, Nr. 3.
38. Novikov Ju. O.: Hátfájások: klinika, differenciáldiagnosztika, gyógyítás
Vertebro-neurológia, 2001, 8. kötet, Nr. 1-2.
39. Szabad gyökök és az általuk okozott ártalom
<http://veritas.ph.ru/print.php?url=pochemy1radikal.html>
40. Fenyegetés a szervezet sejtjeinek
<http://www.kzb.ru/radical.html>
41. Mik az antioxidánsok?
<http://www.medeor.ru/antioxidant.html>
42. Antioxidánsok a szabad gyökök ellen
<http://www.kzb.ru/radical2.html>
43. Szüléskor keletkezett nyaksérülés
http://rosmid.aha.ru/Manual/rus/nat_tr.html
44. Tkacsenko Ju. A. – Golovanova M. V. – Ovecskin A. M.: Klinikai termográfia (Szüléskor keletkezett nyaksérülés)
Nyizsnyij Novgorod, 1999
45. Doktor Ulzibat V. B. módszere. A módszertan leírása
<http://koiwww.klax..tula.ru/~clinica/fr4.html>
46. Slopov V. G.: Előadások a patológiai anatómiáról. Gyulladás
Donyecki Állami Orvostudományi Egyetem.
47. Petrov K. B.: Módszer az emberi test izom-kötőszövet szilárdságának meghatározására élő emberen
Oroszországi Föderáció által kiadott, Nr. 2143222 számú szabadalom
48. Petrov K. B.: Triggerpontokra és akupunktúrás pontokra való hatás módszere
Oroszországi Föderáció által kiadott, Nr. 2138242 számú szabadalom
49. Petrov K. B.: A támasztó-mozgató szervrendszer patológiás elváltozását vizsgáló
klinikai differenciáldiagnosztikai módszer
Oroszországi Föderáció által kiadott, Nr. 2165233 számú szabadalom
50. Petrov K. B.: Izom-kötőszöveti fájdalomszindrómák gyógyításának módszere
Oroszországi Föderáció által kiadott, Nr. 02164141 számú szabadalom
51. Petrov K. B.: A miofascialis fájdalomszindrómák gyógyításának módszere
Oroszországi Föderáció által kiadott, Nr. 02195939 számú szabadalom
52. Petrov K. B.: A támasztó-mozgató szervrendszer patológiás állapotánál végzendő komplex rehabilitáció módszere
Oroszországi Föderáció által kiadott, Nr. 02164128 számú szabadalom
53. Petrov K. B.: Módszer a testtartás korrigálására
Oroszországi Föderáció által kiadott, Nr. 2038067 számú szabadalom
54. Morenkova A. E. – Orlova O. R.: Botox (botulinustoxin) a fájdalomszindrómák gyógyításában
Lecsenyije nyervnich boleznyej (Idegbetegségek gyógyítása.) 2001, Nr. 1.

55. *Porta M.*: A comparative trial of botulinum toxin type „A” and methylprednisolone for the treatment of myofascial pain syndrome and pain from chronic muscle spasm (Az „A” típusú botulinustoxin és a metil-prednizolon összehasonlító vizsgálata a miofascialis fájdalom szindróma és a krónikus izomfeszültségből eredő fájdalom kezelésekor)
Pain, 2000, Vol. 85. Nr. 1-2.
56. *Alekszejev V. V. – Szoloha O. A.*: Vázizomfájdalom-szindrómák gyógyítása botulinustoxin készítménnyel
A neurológusok VIII. összoroszországi kongresszusának munkái
Kazány, 2001. május 21–24.
57. *Filatov Sz. Ju.*: Fizikai gyakorlatok után visszamaradó (remanens) izomfájdalmak
Az RGAFK ifjú tudósai és diákjai tudományos munkáinak jubileumi gyűjteménye
Moszkva, 1998
58. *Travis J.*: Outmuscle: Muscles, not nerve cells, fail in old worms
Izomnélküliség: az öregemberekben nem az idegsejtek, hanem az izmok hiányoznak
Science News, 2002, Vol. 162. Nr. 17.
59. *Keen M. – Blitzer A. – Aviv J. – Binder W. – Prystowsky J. – Smith H. – Brin M.*: „A” típusú botulinustoxin a hiperkinetikus arcidegek kezelésére placebóval
(Hatóanyag nélküli, hamis (ál-) gyógyszeren kétszer végzett ellenőrzés eredményei)
Plastic Reconstructive Surgery, 1994, Vol. 94. Nr. 1.
60. *Ellis D. A. F. – Chi P. L. – Tan A. K. W.*: Facial rejuvenation with botulinum (Arcfialítás botulinusszal)
Dermatology nursing, 1997, Vol. 9. Nr. 5.
61. *Borovszkij Je. E.*: A gépjármű-üzemanyag ökológiai problémái
Himija, 1998, Nr. 46.
62. *Jakupov R. A.*: Krónikus fájdalom szindrómák gyógyítása a periférikus idegrendszer betegségeinél
<http://www.infamed.com/pub/a008.html>
63. Izomfájdalom
<http://altnetru/~anod/fito/62-2.html>
64. *Novikov Ju. O.*: Kedvezőtlen termelési tényezők szerepe a hátfájás (a dorsalgia) kialakulásában
<http://www.infamed.com/pub/a005.html>
65. *Jakupov R. A. – Sakurov R. S.*: Jamamoto szerinti agycsapolás (kraniopunktúra) vertebrogén eredetű (csigolyáktól eredő) nyaki fájdalom szindrómáknál
<http://www.infamed.com/pub/kp01.html>
66. *Ivanicsev G. A. – Sztaroszelceva N. G.*: A fibromialgia (rostos izomszövet okozta fájdalom) és az általános tendomiopátia (in-izom bántalom) a mozgásképzési és a mozgás-végrehajtási program hibája
Zsurnal nyevrologii i pszichiatrit, 2000, Nr. 4.
67. *Weinstein S. L. – Dolan L. A. – Spratt K. F. – Peterson K. K. – Spoonamore M. J. – Ponseti I. V.*: Health and function of patients with untreated idiopathic scoliosis: a 50-year natural history study
(Kezeletlen idiopátiás scoliosisban szenvedő betegek egészsége és funkciói; 50 évre kiterjedő természettudományi tanulmány) (Hasztalan dolog gyógyítani a scoliosist)
Journal of the American Medical Association, 2003, Vol. 289, Nr. 5.
68. *Petrov K. B.*: A cerebrális struktúrák szerepe a nem-specifikus reflex-izom szindrómák patogenézisében
gerinc-osteochondrosisos betegeknél
Manuálnaja medicina, 1997–1998. Nr. 12–13.
69. Az izomfeszültség okozta fejfájás
<http://www.neuro.net.ru/bibliot/b004/n43.html>
(Lásd még: *Iszmagilov M. F. – Jakupov R. A. – Jakupova A. A.*: A feszültség okozta fejfájás)
Medicina, Kazány, 2001
70. *Beljakov V. V.*: A manuális terápia a legjobb módszer a gerincbetegség megelőzésére és gyógyítására.
<http://www.mtj.ru/d2.html>
71. *Alekszej V. V. – Bogacseva L. A.*: Fájdalomtanulmányozó Nemzetközi Társulat Európai Föderációjának 2. kongresszusa
Nyevrologicseszkiy zsurnal, 1998, No. 3.
72. Osteochondrosis
<http://www.lfkmedical.ru/04.html>
73. „A sók lerakódásáról” vagy néhány szó az izmokban lévő csomókról
<http://www.osteopatra.narod.ru/Statiy/Mtt.html>
74. *Jakupova A.*: A cervikogén (nyaki eredetű) fejfájás
<http://www.infamed.com/a017.html>
75. *Griffin D.*: Az endokrin rendszer fiziológiája
Binom Kiadó, Moszkva, 2010
76. *Arehtyuk T. F.*: A miofascialis fájdalom szindrómák korosztály szerinti aspektusai
<http://www.infamed.com/pain/mfp01.html>
77. Miként kell harcolni az izmokban lévő fájdalommal?
<http://body-building1.narod.ru/3-7.html>
78. *Ivanicsev G. A.*: Mimikaizomzat kontraktúrája (zsugorodása)
Medicina, Kazány, 1992

79. *Batanova Je. G. – Voznyeszenskaja T. G. – Poszohov Sz. I.:*
Éles és krónikus hátfájás gyógyítása Celebrex (nevű) gyógyszerrel (klinikai-pszichológiai kutatás)
Lecsenyije nyervnich bolezneye, 2002, Nr. 6.
80. *Mac-Komas A. J.:* Vázizmok
Olimpijszkaja lityerátúra, Kijev, 2001.
81. *Dubrovskij V. I. – Fjodorova V. N.:* Biomechanika
Vladosz-pressz, Moszkva, 2003
82. *Romanovszkaja N. V. – Romanovszkij A. A.:* Hogyan lehet legyőzni az osteochondrosist?
Szovremennij literator, Minszk, 2002
83. *Ocseret A. A.:* Osteochondrosis: nagy és kis tragédiák
Dilja, Szentpétervár, 2003
84. *Dolzsenkov A. V.:* Sólerekódás a gerincben
Pityer, Szentpétervár, 2002
85. *Tomson D.:* Egészséges hát napi 10 perc (gyakorlás) árán
Ekszmo, Moszkva, 2003
86. *Klesnyina O. A. – Gitun T. V.:* „Nem” az osteochondrosishoz
Főnix, Rosztov na Donu, 2003
87. *Petrov K. B.:* A nem-specifikus reflex-izom szindrómák szerepe a gerincosteochondrosisos betegek komplex rehabilitációjában
Aktualnyije voproszi nyevrologii 1997. Nr. 1.
88. *Izmagilov M. F. – Jakupov R. A. – Jakupova A. A.:* A feszültség okozta fejfájás
Medicina, Kazány, 2001
89. *Mjaukina Je. V.:* A központi idegrendszer születéssel kapcsolatos (natális) patológiája
http://medicine.onego.ru/prakt/neuro/n01_a.html
90. *Baturova J. A.:* Cefalgia (fejfájás) diagnosztika gyermekeknél, poliklinikán
Oroszországi Föderáció Elnökségi Hivatalának irányítása alá tartozó Egészségügyi Központ Poliklinikájának 75 éves jubileumára ajánlott tudományos-gyakorlati munkák gyűjteménye, 1993
<http://www.vipmed.ru/index.sema?a=articles&pid=6&id=109>
91. *Marksz V. O.:* Ortopédiai diagnosztika (Útmutató kézikönyv) (Mozgásterjedelem meghatározása az ízületekben)
Nauka i tyechnyika, Moszkva, 1978
92. *Habirov F. A. – Habirov R. A.:* Izomfájdalom
Knyizsnyij dom, Kazány, 1995
93. *Tabejeva G. R. – Korotkova Sz. B. – Wein A. M.:* Fibromialgia (rostizomszövet-fájdalom)
Zsurnal nyevropatologii i psichiatirii, 2000, Nr. 4.
94. *Voznyeszenskaja T. G.:* Lumbágó-isiász
Consilium-medicum, 2001, Nr. 5.
95. *Ivanyicsev G. A.:* Manuális terápia. Útmutató. Atlasz. (Izomfájdalom)
Kazány, 1997
96. *Munjev A.:* Trigger point release. (Triggerpont kikapcsolása)
<http://www.esalench.com/trigger1.html>
97. *Csernyenko O. A.:* Vázizomban jelentkező deréktáji fájdalom szindrómák gyógyítása
Russzkij medicinskij zsurnal, 2000, Nr. 10.
98. *Petrov K. B.:* Az izomstatikai együttmozgás (a myostatikai synkinézis) felhasználása a támasztó-mozgató szervrendszer izomzatnál a reflexszindrómák kiküszöbölésére
Manuálnaja Tyerapija 1994, Nr. 6.
99. *Jakupov R. A.:* A deréktáji osteochondrosis reflexszindrómái: patogenézis, klinika, tűszúrásos (reflex-) terápia (összefoglaló szemle)
<http://www.infamed.com/pub/a019.html>
100. *Jakupov R. A.:* Osteoperiostealis. Csontot és csontthártyát kezelő elektromos tűszúrás csont-izom szövetkezelő lézersugaras tűszúrás alkalmazása a deréktáji osteochondrosis reflexszindrómáinál
<http://www.infamed.com/pub/a019.html>
101. *Szolomatov V. G. – Szannyikov Ju. P.:* Effektív gyógyító hatás stratégiájának és taktikájának meghatározása gerinc-osteochondrosis esetén
Tomszk, 1999
Védelem alá helyezve a GCNMB D-26-311 számú kód alatt 1999. 08. 20. óta
102. *Bogacseva L. A. – Guszak A. V. – Vahlakov A. N. – Sznyetkova Je. P.:*
Éles hátfájás miatt szenvedő betegek otthoni életvitele (módszertani ajánlások)
http://www.painstudy.ru/matls/pback/vedenie_na_domy.html
103. *Rabinovics Sz. Sz.:* Mikrokorong-kizáródás (mikrodisc-ectomia) derékfájdalmaknál
<http://www.painstudy.ru/matls/pback/poyasniza.html>
104. Részletek a sport hasznosságáról. Neuroendokrin rendszer
<http://zdorova.narod.ru/scn21.html>
105. *Barral J. P. – Mercer H.:* Zsigeri (visceralis) manipulációk
MIK Kiadó, Ivanovo, 2001

106. *Alekszej V. V. – Mozoljevskij Ju. V. – Manyevics T. M.*: Fibromialgia
Nyevrologicseskij Zsurnal, 1999, Nr. 1.
107. *Kukuskin M. L.*: Fájdalom mint a betegség önálló formája,
„Fájdalom- és tünetenyhítő (palliatívus) segítség” témában
(Régióközi, Szibériai Tudományos-gyakorlati Konferencián) elhangzott előadások tézisei, 2002
108. *Mac Kenzi R. – Kewbi K.*: Hét lépés a fájdalom nélküli élet felé (fordítás angolról)
Mn: OOO Popurri (Kft.), 2003
109. *Fischer Ju.*: Effektív segítség hátfájásoknál. A 100 legjobb válasz (fordítás németről)
OOO Izdatyelsztvo Unicum Press, (Unikum Press Kiadó Kft.);
OOO Izdatyelszkij Dom INFRA-M, (INFRA-M Kiadóház Kft.), 2001
110. *Borestein D.*: Örökre megszabadulni a hátfájástól.
A betegségtől való gyors szabadulás legújabb programja (fordítás angolról)
RIPOL klasszik, Moszkva, 2004
111. *Romain D. – De Witt D.*: Legyőztük a hátfájást. (fordítás angolról)
OOO Izdatyelsztvo ASZT (ASZT Kiadó Kft.);
OOO Izdatyelsztvo Asztrel (Asztrel Kiadó Kft.), 2004
112. *Kamenyev Ju. F.*: A gerinc-osteochondrosisnál fájdalmas nyak
IntelTek, Petrozavodszk 2004
113. *Kodzajev Ju. K. – Maszlennyikov I. B.*: Hátfájások
DILJA Kiadó, Szentpétervár, 2002
114. *Dolzsenkov A. V.*: Legyőzni a hátfájást
Pityer, Szentpétervár, 2004
115. *Jevdokimenko P. V.*: Hátfájás
Sztolica-print, Moszkva, 2003
116. *Jevdokimenko P. V.*: Lábfájás
Sztolica-print, Moszkva, 2004
117. *Etingen L. Je.*: Test Úr, hogyan is van Ön felépítve?
LINKA-PRESS, Moszkva, 1997
118. *Djubankova O.*: Az ember belső világa: nem látható, de mi érezzük őt. AiF (Argumenti i fakti) (Érvek és tények)
Zdorovje, Nr. 39 (372), 2001. szeptember 27.
119. *Ratner A. Ju.*: Az idegrendszer születéskor szerzett sérülései
Izdatyelsztvo Kazánszkogo Unyiverszityeta, Kazány, 1985
120. *Dzjak A.*: Keresztcsonti fájdalmak
Fordítás lengyelről, Medicina, Moszkva, 1981
121. *Petrov K. B.*: A „triggerpont” fenomén
Manualnaja tyerapija, Obnyinszk, 2001, Nr. 2.
122. *Sommer N.*: Figyelem! Scoliosis! Gyermek és felnőttek hátgerincének korrigálására szolgáló legújabb program
(fordítás angolról)
RIPOL klasszik, Moszkva, 2004
123. *Goldirev A. Ju. – Isal V. A. – Rozsgyesztvenszkij M. Je.*:
Az aszimmetria fizioiógiája; testtartás miatt mellőő oldalon jelentkező zavarok; a scoliosis és a scoliosisos betegség
Vesztnyich novich medicinszkich tyechnologij, 2000, (VIII.), Nr. 1.
124. *Bauer R. – Firschhut B.*: Spastic paralysis: orthopedic treatment strategies
Göröcsös bñulás: ortopédiai kezelési stratégiák
Ortopade, 1992, Vol. 21 (5).
125. Van-e Önnek migrénje?
Natali, 1999, Nr. 6.
126. *Punansz T.*: Élet a hát szempontjából (Interjú Oroszország fő manuálterapeutájával, A. B. Szityellel)
Nas malis, 2002, Nr. 10.
127. *Moskowitz M. A. – Cutrer F. M.*: Possible importance of neurogenic inflammation within the meninges to migraine headaches (Az agyhártyaburkon belüli idegi eredetű gyulladás lehetséges szerepe és jelentősége migrénes fejfájások esetében)
Fields H. L. – Liebeskind J. C. (Eds): Progress in Pain Research and Management
(Fájdalomkutatásban és fájdalomkezelésben elért eredmények)
Seattle: IASP Press, 1993
128. *Gudmen F.*: Enciklopédia. Harcművészetek
Roszmen, Moszkva, 2002
129. *Ivanyicsev G. A.*: Nyugtalan lábak szindróma
Medicina Kazány, 2004
130. *Krapivka I. N.*: Egy manuálterapeuta feljegyzései.
„Az univerzális csodaszer, a panacea 24 kulcsa”
Informagrotech., Moszkva, 1999
131. *Romanyenko V.*: Más baját kezeimmel derítem ki (Interjú az orvostudományok doktorával, A. B. Szityellel)
Argumenti i fakti (Érvek és tények) Nr. 6., 1992.

132. *Ramn V. I. Pokrovszkogo Akadémia szerkesztésében: Orvosi szakkifejezések enciklopédikus szótára*
Medicina, Moszkva, 2001
133. *Szerkesztő: Prohorov A. M.: Szovjet enciklopédiai szótár*
Szov. Enciklopedija, Moszkva, 1987
134. *Gubenko V. P.: Manuális terápia a csigolya-ideggyógyászatban*
Zdorov'ja, Kijev, 2003
135. *Kasz'jan M. A.: A csonthelyreigazító (a csontkovács) tövises útjai*
Tovariscesztvo „Znanyija”, Kijev, URSzR (ukrán nyelvű)
136. *Popeljanszkij Ja. Ju.: A periférikus idegrendszer betegségei*
Útmutató orvosok számára, Medicina, Moszkva, 1989
137. *Ernst E. – Canter P.: A systematic review of systematic reviews of spinal manipulation*
(A hátkezelés módszertani bírálatának szisztematikus áttekintése)
Journal of Royal Society of Medicine, 2006, Nr. 99.
(Orosz nyelvű fordítása az alábbi honlapon található:
<http://www.medportal.ru/mednovosti/news/2006/03/22/chiropractice/>)
138. *Meszarovics M. – Takahara Ja.: Általános rendszerelmélet: matematikai alapok*
Mir, Moszkva, 1978
139. *Äström K. – Wittenmark B.: Computer Controlled Systems: Theory and Design*
(Számítógéppel vezérelt rendszerek: elmélet és tervezés)
Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1984
140. *Mirosnyik I. V. – Nyikiforov V. O. – Fradkov A. L.: Bonyolult dinamikai rendszerek nem-lineális és adaptív irányítása*
Nauka, Szentpétervár, 2000
141. *Rekleitis G. – Reivindran A. – Regsdel K.: Optimalizálás a technikában. 2. kötet*
Mir, Moszkva 1986
142. *Poljak B. T.: Bevezetés az optimalizálásba*
Nauka, Moszkva, 1983
143. *Lesdon L. S.: Nagy rendszerek optimalizálása (fordítás angolról)*
Nauka, Moszkva, 1975
144. *Raszkin L. G.: Bonyolult rendszerek elemzése és az optimális irányítási elmélet elemei*
Moszkva, Szov. radio. 1976
145. *Rasztrigin L. A.: Bonyolult rendszerek adaptálása*
Zinatne, Riga, 1981
146. *Jepifanov V. A.: Osteochondroz pozvonocsnyika (Gerinc-osteochondrosis)*
MEDpressinform, Moszkva, 2004
147. *Riggz B. L. – Melton III L. J.: Osteoporosis (fordítás angolról)*
ZAO Izdatyelsztvo BINOM, Nyevszkij dialekt, Moszkva–Szentpétervár, 2000
148. *Szluckij A. I.: Biochimija normalnoj i patologicseszkij izmenyjonnoj szojenyigitelnoj tkanyi*
(A normális és a patológiásan elváltozott kötőszövet biokémiája)
Medicina, Leningrád, 1969
149. *Smalls – Lola K. B. S. – Hicks – Matthew – Passeretti – David M. D.: et al.: Effect of Weight Loss on Cellulite: Gynoid Lipodystrophy (A laza kötőszöveti gyulladásnál, a cellulitisznél fellépő súlyos károsodás hatása: a női zsírszövetek anyagcserezavara)*
Plastic & Reconstructive Surgery, 118 (2), August 2006
150. *Avram M. M.: Cellulite: a review of its physiology and treatment*
(A laza kötőszöveti gyulladás, a cellulitisz élettanának (fiziológiájának) és kezelésének áttekintése)
J. Cosmet Laser Ther, 2004, Nr. 6. (4)
151. *van Vliet, M. – A. Ortiz: et al.: An assessment of traditional and novel therapies for cellulite (A laza kötőszöveti gyulladás – cellulitisz – gyógyítására szolgáló hagyományos terápiák és új terápiák összehasonlítása / becslése)*
J. Cosmet Laser Ther, 2005, Nr. 7. (1).
152. *Draeos – Z. D. and Marenus – K. D.: Cellulite: Etiology and purported treatment*
(Laza kötőszöveti gyulladás – cellulitisz –: kóroktan – etiológia – és célzott kezelés)
Dermatol Surg., 1997, Nr. 23. (12).
153. *Rosenbaum M. – Prieto V. – Hellmer J.: et al.: An exploratory investigation of the morphology and biochemistry of cellulite (A laza kötőszöveti gyulladás – cellulitisz – morfológiájának és biokémiájának kutató vizsgálata)*
Plast Reconstr Surgery, 1998, No. 101.
154. *Nurnberger – F. and Muller G.: Socalled cellulite: an invented disease, J. Dermatol Surg.*
Az annyira híres cellulitis: egy kitalált betegség
Oncol, 1978, Nr. 4 (3).
155. *Hogyan lehet megszabadulni a laza kötőszöveti gyulladástól (a cellulitistől)*
<http://www.edelfrance.ru/articles.html?divider=1119087189&id=1120994239&mode=view>
156. *Kosevoj Je. G.: A gino-lipodistropia képződésének okai*
<http://www.peterkaliniak.com/page/842>

157. *Topouzov Iv. – Goranova Z.*: The microtraumatism and the cellulite in the athletes – new hypozthesis
(Mikrotraumatizmus és cellulitisz az atlétáknál – új tudományos hipotézisek)
Science & Sport (Paris), Nov. – dec. 2000, Vol. 15, Nr. 6.
158. *Enciklopedyija kibernetyiki*, Glavnaja redakcija USZE
Kijev, 1974, 2. kötet

Megjegyzés:

Miután az internet egy dinamikus rendszer, az információ időszerűtlenné és a fenti címeken hozzáférhetetlenné válhat. Javasoljuk, hogy ilyenkor használják az **Internet Archívumot**, ahol megtalálhatók a korábban tárolt oldalak az alábbi honlapon: <http://www.archive.org>

TARTALOMJEGYZÉK

Recenzió	5
Előszó	17
<i>I. RÉSZ</i>	19
A SZISZTÉMÁS REKONSTRUKCIÓS TERÁPIA (SZRT) ELMÉLETI ALAPJAI	
1. Bevezetés	19
2. A támasztó-mozgató szervrendszer (TMSZ) szisztémás destrukciójának (SZD) elméleti alapjai	24
2.1. A kutatási feladat kitűzése	25
2.2. A TMSZ-re gyakorolt irányítás kritériumai	27
2.3. A biomechanikai rendszert képviselő TMSZ stabilitása	29
2.4. Az izomtónus	31
2.5. Anatómiai és nem-anatómiai terhelések	32
2.6. A TMSZ szisztémás destrukciója (pusztulása)	34
2.7. A szervezet helyreállítása önerővel (a szervezet regenerálódása)	46
3. Az SZD elmélet alkalmazásának szempontjai	51
3.1. Organikus elváltozások keletkezése az izmokban a TMSZ adaptációs és önszerveződési folyamatainak hatására	55
3.2. Nem-szisztémás eltérések hatása a TMSZ anatómiai státuszára	58
3.3. A pozitív visszacsatolás mechanizmusai a TMSZ szisztémás destrukciós folyamatában	62
3.4. A szisztémás destrukciós folyamat miatt TMSZ-ben keletkező kóros, patológiás betegségek (patológiás állapotok)	67
4. A szisztémás destrukciós (SZD) folyamat iniciáló és erősítő tényezőinek (IET) elemzése	77
4.1. A TMSZ veleszületett rendellenességei	78
4.2. Sebészeti beavatkozás	79
4.3. A TMSZ szöveteinek veleszületett megbetegedései	80
4.4. Születési sérülések (traumák), valamint traumák és mikrotraumák	81
4.5. Általános anyagcserezavarok	82
4.6. A test egyoldalú terhelése munka közben (az egyoldalú munkaorientáció) ...	84
4.7. Hosszú ideig tartó statikai terhelések	85
4.8. Hosszan tartó dinamikai terhelések	86
4.9. A TMSZ nem elegendő fizikai terhelése (inaktivitása)	87
4.10. Szív- és érrendszeri zavarok, ingerületvezetési zavarok	88
4.11. Belső szervek megbetegedései	88
4.12. Gyulladásos folyamatok magában a TMSZ-ben és az egész szervezetben	89
4.13. A TMSZ és a szervezet fertőző megbetegedései	90
4.14. Mérgezés (intoxikáció)	90
4.15. Daganatok a TMSZ szöveteiben	91
4.16. A TMSZ szöveteinek bármilyen más megbetegedései	92
4.17. Külső (exogén eredetű) és belső (endogén eredetű), sérülést okozó ágensek	92
4.18. Az öregedés természetes folyamata	92

5.	Szisztémás rekonstrukciós terápia (SZRT)	95
5.1.	A szervezet alrendszerének együttműködése	95
5.2.	A krónikus TMSZ-betegség (patológias állapot és folyamat) korszerű gyógyítási módszereinek kritikai elemzése	98
5.3.	Adaptív rekonstrukciós terápiás nyomás (ART nyomás)	104
5.4.	Az organikusan destruált TMSZ korrekciójára nem fogadható el gyógyítási eljárásnak a manuálterápia	106
5.5.	A rehabilitológus a destruált TMSZ külső – magasabb szintű – irányító köre	110
5.6.	Az SZRT alkalmazásának megszervezése	112
5.7.	Az SZRT előnyei és lehetőségei	116
6.	Befejezés	120

II. RÉSZ

147

A SZISZTÉMÁS REKONSTRUKCIÓS TERÁPIA (SZRT) GYAKORLATI ALKALMAZÁSÁNAK BEMUTATÁSA

7.	Példák	147

SZISZTÉMÁS REKONSTRUKCIÓS TERÁPIA ALKALMAZÁSA BETEGEK GYÓGYÍTÁSÁRA (1–35. PÉLDA)

1.	Gyermekek étvágy- és figyelemcsökkenése, gyors fáradékonyság	147
2.	Fejfájás, rossz alvás, állandó fáradtságérzés, állandó ingerültség	149
3.	Fájdalom a hát- és deréktáji izmokban, fejfájások, nehézkesség, kéz- és lábzsibbadtság érzése, gyors fáradékonyság, látásélesség csökkenése	156
4.	Mellméret- és mellalak-korrekción, súlyfelesleg az asszonyoknál	159
5.	A sovány test szintén betegség	162
6.	Gyermekek lassúbb fizikai fejlődése	167
7.	Súlyfelesleg	172
8.	Gyermekek rendkívüli soványsága az édességekkel való visszaélés következménye	174
9.	Többszörös csigolyaközi porckorongsér	177
10.	Többszörös csigolyaközi porckorongsér, Schmorl-sér	183
11.	Csontkovácsoknál történő gyógyítás következményei	194
12.	Impotencia	198
13.	Gyermekek veleszületett lábdeformitása	201
14.	Veleszületett lábszárferdeség	203
15.	13 éves gyermek 3. fokozatú scoliosis	204
16.	Sportolók többszörös csigolyaközi porckorongsérvei	206
17.	A TMSZ szisztémás destrukciójának súlyos stádiuma idős embereknél	209
18.	Többszörös csigolyaközi sérvek	211
19.	A bordapúpgyógyítás legnehezebb esete	213
20.	Scoliosis, bordapúp	222
21.	Kyphoscoliosis; erős hátfájás gyermekeknél	224
22.	Szokatlan, súlyosbodó scoliosis gyógyításának legérdekesebb esete	228
23.	Scoliosis, bordapúp, gerincfájdalmak, csípőízületi fájdalmak, csonttritkulás (osteoporosis)	234
24.	Csigolyaközi porckorongsérvek, erős derékfájdalmak	236

25.	Gyermekkori agykárosodás (GYAK) hatásai és gyógyítása gyermekkorban	238
26.	Gyermekkori agykárosodás (GYAK) hatásai és gyógyítása felnőttkorban	241
27.	Általános anyagcserezavar; általánossá vált, organikus izomszövet-elfajulás	244
28.	Csigolyaközi porckorongsérvek, kyphosis, a TMSZ szisztémás destrukciójának súlyos stádiuma idős embereknél	249
29.	Migrén	254
30.	Többszörös csigolyaközi porckorongsérvek a nyaki gerincben	257
31.	Bechterew-kór	259
32.	A TMSZ szisztémás destrukciójának súlyos stádiuma sportolóknál	260
33.	Scoliosis súlyos formája	262
34.	Kyphoscoliosis	276
35.	Csípőízület nem gyulladásos betegsége (coxarthrosis)	278

III. RÉSZ

283

RÖVIDÍTÉSEK, SZAKKIFEJEZÉSEK ÉS DEFINÍCIÓK JEGYZÉKE

8.	Tárgymutató	283

IV. RÉSZ

305

MELLÉKLETEK

9.	Szabadalmak	305
	A szisztémás rekonstrukciós terápia eljárásaira vonatkozó szabadalmak és szerzői jogok	305
10.	Egyéb mellékletek	325
	A tudományos kutatómunkában elért teljesítmények és kitüntetések	325
	IRODALOMJEGYZÉK	345
	TARTALOMJEGYZÉK	352