
альность, она обязательно поможет другой индивидуальности.

Наиболее удачные произведения мы помещаем в *Альманах* Клуба, он называется «О неуверенности в себе»; есть уже 9 выпусков (на правах рукописи). Способность поднять самооценку авторов у него, пожалуй, больше, чем у выставки: сборник принадлежит библиотеке Клуба, а значит, его читают очень многие, не один год...

Литература:

1. Бурно М. Е. *Терапия творческим самовыражением*. – М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 1999, 364 с.

2. Бурно М. Е. *О характерах людей*. – М.: Академический Проект, 2005, 608 с.

3. Бурно М. Е. *Клиническая психотерапия*. – Изд. 2-е, доп. и перераб. – М.: Академический Проект; Деловая книга, 2006, 800 с.

4. *Практическое руководство по Терапии творческим самовыражением* / Под ред. М. Е. Бурно, Е. А. Добролюбовой. – М.: Академический Проект; ОППЛ, 2003, 880 с.

3-й раз в неделю Клуб собирается в больнице (в виде группы ТТС) *по субботам*. Это «классические» занятия, суть содержания и формы которых подробно описана в книгах по ТТС⁴. Пожалуй, единственное отличие – в том, что начало у нас всегда слайдово-музыкальное, очень короткий сеанс, не более 5 минут. Он, как отмечают пациенты, помогает успокоиться (одним из самых древних, дологических, способов), настроиться на творческий лад.

СИСТЕМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКАХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ПСИХОТЕРАПИИ

В. В. Макаров, Ю. В. Колбасин

г. Москва

Наша жизнь в мире начинается с первого вдоха и заканчивается последним выдохом.

Использование дыхания - самый естественный и короткий путь к психике.

Научившись дышать правильно и эффективно, мы можем значительно улучшить качество нашей жизни.

Наш подход создан на основе изучения различных школ дыхательных практик. Прежде всего, это дыхательные практики Индии. Традиционные подходы, развивающиеся на протяжении нескольких тысячелетий. Их основы изложены в Ведах. Мы изучали их как в России, так и в программе научно-практических психотерапевтических экспедиций в Индию, проводимых Общероссийской профессиональной психотерапевтической лигой. Авторы благодарны доктору Аджиду Вардану Синху - представителю Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги в Индии за обучение нас дыхательным технологиям и медитации.

Авторы на протяжении многих лет изучали научную европейскую медицину. Мы познакомились

и с отечественными подходами использования дыхания в лечебной практике. Изучали современные остеопатические направления медицины. Объединение традиционных практик Индии и современных, научных европейских, отечественных и других подходов позволяет нам предложить базовую систему дыхательных практик для психологического оздоровления, психотерапии и консультирования.

Восточный подход в познании мира скорее интуитивный, созерцательный, эмпирический, иррациональный. Многовековая практика йоги дает колоссальные возможности профилактики и лечения. Западный человек рационален и должен понимать, для чего и что он делает. Врач с западным образованием должен логически обосновать целесообразность каждо-

⁴ См., например: *Практическое руководство по Терапии творческим самовыражением* / Под ред. М. Е. Бурно, Е. А. Добролюбовой. – М., 2003.

го своего назначения, действия, рекомендации. Для этого он должен понимать физиологический механизм того лечения, которое он предлагает.

Мы понимаем, что в каждом процессе есть две стороны. Тело можно рассматривать, с одной стороны, как конденсированную энергию, и тогда оно подчиняется законам энергетическим. С другой стороны, тело – это материя, имеющая свою структуру/анатомию, физиологию, биомеханику и т.д. Эти два процесса, энергетический и материальный, составляют единое и неразрывное целое. Как энергетическая динамика влияет на физиологические процессы, точно так же и материальные изменения находят свое отражение в энергетических проявлениях. То есть, мы можем управлять дыханием, контролируя дыхательную мускулатуру, и Пранаяма в этом смысле может пониматься, как учение о сознательном управлении дыханием посредством специальных дыхательных упражнений.

Мы пытаемся оценить тот физиологический эффект, который достигается в результате применения дыхательных технологий, и какое влияние это находит на психоэмоциональном состоянии человека.

С точки зрения физиологии, дыхание – это совокупность процессов, обеспечивающих потребление организмом кислорода и выделение углекислого газа.

Кислород нужен клеткам для биологического окисления органических веществ, в результате которого освобождается энергия, необходимая для жизни организма.

Кроме этого, дыхание участвует в обеспечении постоянства кислотно-щелочных реакций внутренней среды организма, а также температуры тела.

Дыхание – процесс многоуровневый, который включает последовательные процессы:

- 1) внешнее дыхание (вентиляция легких);
- 2) обмен газов в легких (между воздухом, находящимся в легких, и кровью капилляров малого круга кровообращения);
- 3) транспорт газов кровью;
- 4) обмен газов в тканях между кровью капилляров большого круга кровообращения и клетками тела;
- 5) клеточное дыхание (биологическое окисление в митохондриях клеток).

Считается, что дыхательными упражнениями мы можем влиять на внешнее дыхание. С нашей точки зрения, дыхательные упражнения могут влиять на все составляющие дыхательного цикла.

Главная роль во внешнем дыхании принадлежит торакальной диафрагме.

По преобладающему мнению в литературе, основной эффект, который производит йоговское дыхание, благодаря движениям торакальной диафрагмы – это массаж органов брюшной полости. По нашему мнению, эффект от йоговского дыхания гораздо шире.

Дыхание – это жизнь. Но и движение – это жизнь. Там, где нет движения, происходят необратимые

процессы, происходят изменения тканей. Так, если здоровую руку зафиксировать и снять гипс через 1 месяц, в её прежде здоровых суставах будут наблюдаться тугоподвижность, снижение амплитуды движения, фиброзирование связочного аппарата, вплоть до контрактуры. Из физколлоидной химии, преподаваемой на первых курсах мединститута, хорошо известно, что ткань в таких случаях переходит из золиевого состояния в гелиевое, то есть, теряет свою эластичность, нарушается ее микроциркуляция и страдает ее функция. А наши клетки, ткани, органы все абсолютно движутся.

В физиологической ситуации здоровый орган подвижен, благодаря скользящим поверхностям серозных оболочек, фасциям, окружающим его. Эта серозная оболочка может «контактировать» с другим внутренним органом при посредничестве естественной смазочной жидкости. Серозная жидкость и вязкость играют значительную роль в питающих, жидкостных и иммунных факторах связываемых ими структур.

Любая потеря подвижности, фиксация, привязанность к другой структуре, как бы мала она ни была, означает патологию органа. Изменение движений, повторяемых миллиарды раз, вызывает значительные изменения в огромной цепочке смежности. Нельзя ли в таком случае улучшить работу органа, вернув ему подвижность с помощью дыхания?

Физиология движения диафрагмы – это не просто массаж внутреннего органа, это просто необходимое условие его правильной подвижности и функционирования.

Ниже мы приводим физиологическое движение диафрагмы по описанию известных французских остеопатов Ж. - П. Баррала и П. Мерсьера (по книге «Висцеральные манипуляции», издательство «МИК», г. Иваново, 1999 г.)

Диафрагма осуществляет двадцать тысяч движений в день, включая в них каждый раз, кроме легких, и внутренние органы живота, таза, грудной клетки, полости черепа. В физиологии движения диафрагмы были описаны, как основная дыхательная функция, и мало уделяется внимания их влиянию на внутренние органы и воздействию на внутриполостные давления.

Туловище состоит из грудной и брюшной полости, которые анатомически являются закрытыми: анатомически они имеют взаимоотношения смежности. Тем не менее, физиологически, благодаря диафрагме, разделяющей их, они имеют постоянные функциональные взаимоотношения.

В трех полостях туловища - плевральной полости, полости перикарда и полости брюшины - различные внутренние органы поддерживаются на месте не одинаково, а средства объединения многочисленны и многообразны; это:

- Эффект тургора. Каждый орган занимает максимальное пространство, имеющееся в его распо-

ряжении в силу своей эластичности и своего внутреннего давления. Эффект тургора играет важнейшую роль в соединении внутренних органов и их поддержания на месте.

- Полостные давления равны в сумме внутри-висцеральным давлениям (эффект тургора). Внутриполостное давление должно постоянно уравновешивать внешнеполостные давления, вызываемые тяжестью, атмосферным давлением и давлением мышц на стенки. Наддиафрагмальное полостное давление ниже поддиафрагмального полостного давления. Так, печень, которая реально весит 1,5 кг, а, находясь в брюшной полости, весит на один килограмм меньше благодаря эффектам поднимания, создаваемым этой разницей в давлениях. Эти явления объясняют, что в случае разрыва диафрагмы, именно органы брюшины мигрируют вверх. Диафрагма действует как поршень, ходящий туда и сюда в цилиндре, каковым является туловище. Если диафрагма в процессе дыхания опускается, она создает разреженность в грудной клетке и повышенное давление в животе; если она в процессе дыхания поднимается, она создает высокое давление в грудной клетке и разреженность в животе.

- Система двойного листка. Кроме роли скольжения, система двойного листка имеет еще и значение укрепления в неподвижном состоянии: роль присоски. В соответствии с законом, относящимся к давлениям, эти оболочки, касающиеся одна другой, но разделенные жидкой пленкой, не могут физиологически отделиться одна от другой, они могут только скользить одна по другой как два стекла, прикасающиеся одно к другому, но разделенные водяной пленкой. Эта система двойного листка существует на уровне легких, сердца, брюшины и спинномозговом уровне.

- Система связок. Висцеральные связки на уровне легочной и брюшной полостей являются плевроальными или брюшными связками, которые связывают стенку с внутренним органом или два внутренних органа между собой. Они играют роль в поддержании на месте внутренних органов при напряжениях, требующих изменения имеющегося соотношения между внутренними органами, они борются против тяжести и поддерживают на месте орган во время больших произвольных и дыхательных движений. Роль связок - это укрепление в неподвижном состоянии, в основном они являются бессосудистыми. Внутренний орган может быть связан с мускульной стенкой (печень - диафрагма), со скелетом (легкие - грудная клетка), с другим внутренним органом (печень - почка).

- Система мезосов. Мезосы существуют только в брюшной полости, это складки брюшины, очень явные, и их роль поддержания на месте минимальна. Между двумя листками мезосов находятся сосуды и нервы, характеризуя, таким образом, их роль в питании и иннервации. Они объединяют органы брюшины.

- Система сальников. Сальники представлены только лишь в брюшной полости, похожи на мезосы и являются складками брюшины, соединяющими два элемента пищеварительного тракта между собой. Хотя они и слабы, сбоку сальники укреплены и играют свою роль в поддержании органов, к которым прикреплены. Они обладают большим сосудисто-нервным значением.

Стоит только в каком-нибудь месте брюшной полости возникнуть напряжению, спазму или иной силе, препятствующей движению и скольжению органов, тут же изменяется локальное давление и тонус смежных связочных образований. Эти изменения улавливают, в первую очередь, мезосы и сальники, имеющие рецепторы, реагирующие на растяжение и компрессию. Возникает рефлекторная реакция, вовлекающая все новые смежные структуры и приводящая к распространенному напряжению, обнаруживаемому на весьма удаленном расстоянии от первичного очага.

Теперь мы более глубоко рассмотрим отзвук движения диафрагмы на внутренних органах. Что же происходит в полости живота во время опускания диафрагмы?

Схематично, живот - это полуцилиндр, полостной и вертикальный. Его объем представляет:

- а) верхнюю основу, торакальную диафрагму;
- б) нижнюю основу, таз с отверстиями, но закрытыми промежностью (тазовой диафрагмой);
- в) сзади полуцилиндр образован костями (поясничный отдел позвоночника, нижние ребра, подвздошный гребень) и короткими и плотными мышцами;
- г) спереди полуцилиндр закрыт мышцами, относительно низкой плотности сравнительно с другими вертикальными стенками.

Живот содержит три группы внутренних органов:

- внутрибрюшинные внутренние органы;
- ложе почки, селезенку и поджелудочную железу;
- тазовые органы.

Совокупность внутренних органов живота - таза подвергается воздействию диафрагмы около 15 раз в минуту. Содержимое занимает постоянный объем, даже если диафрагма опускается, передняя мышечная стенка пассивно растягивается под воздействием диафрагмы.

Посмотрим, как себя ведут эти три группы.

Совокупность органов, содержащихся в серозной оболочке брюшины, имеют полужидкую консистенцию. Межвисцеральные пространства составляют виртуальную полость очень малого объема, в которой содержится брюшинная жидкость. Давление в полости значительно ниже давления во внутреннем органе. Все внутренние органы благодаря этому механизму давления сближены друг с другом.

Эта совокупность органов заключена в париетальной брюшине, которая не растягивается, а лишь деформируется.

Брюшинные органы поддерживаются на месте своими соседями: это механизм внутриполостного давления. Это давление приводит к тому, что внутренние органы максимально прилегают друг к другу и к стенке, и постоянно скользят друг по другу благодаря брюшинной жидкости, не травмируясь.

Забрюшинные органы расположены позади париетальной брюшины, которая обладает гибкой структурой, и перед настоящей костно-мышечной стеной.

Брюшинные внутренние органы поддерживаются на месте, благодаря тону мышц живота. В основном, мышцы передней стенки являются активными, поскольку колонна внутренних органов по своему расположению имеет тенденцию падать вперед. Это напряжение передних мышц живота, оказываемое на колонну брюшинных внутренних органов - истинную колонну, компактную и однородную, - почти полностью передается и на заднюю париетальную брюшину, перипочечную фасцию и почки.

Без внутриполостного давления и брюшинного эффекта Тургора мышечное напряжение не передавалось бы назад, и почки не поддерживались бы на своем месте.

Органы таза расположены под колонной брюшинных внутренних органов и занимают малый таз. На первый взгляд эти внутренние органы кажутся очень плохо расположенными, и мы могли бы подумать, что они подвергаются громадным напряжениям, связанным с вышерасположенными внутренними органами. Однако это не так: верхний выход малого таза по своему расположению более или менее наклонен вперед, внутренние органы имеют форму купола, направленного вверх.

Наклон верхнего входа приводит к тому, что давление колонны живота приходится на внутренние подвздошные ямки и подвздошно-лобковые разветвления.

Форма купола внутренних органов, содержащихся в малом тазе, приводит к тому, что остающееся давление, приходящее сверху, распространяется по промежности, не давя на внутренние органы.

Наличие промежности, кроме её функции сфинктера, позволяет, в некотором роде, амортизировать эти давления.

На вдохе объём всей совокупности внутренних органов живота сжимается, пространство между органами уменьшается. Чтобы позволить осуществить это опускание диафрагмы, брюшная стенка выступает вперед, а тазовая диафрагма слегка опускается.

Эта постоянная деформация плоскости живота между двумя крайними положениями - положением конца вдоха и положением конца выдоха - вызывает движения скольжения между различными внутренними органами живота: эти движения между структурами происходят с определенными амплитудами и по определенным осям. Механизм давления на самом деле является очень сложным, поскольку не существует плоской поверхности, воз-

действующей на другую плоскую поверхность, а давления, которые рекуперируют, отражаются в соответствии с различными отделами полости брюшины и жесткими костными структурами. Можно найти опускающиеся, поднимающиеся, искривленные, круговые силы. Орган не двигается в точной плоскости, а двигается в нескольких плоскостях: то есть, это движение является результирующим от сил, действующих во многих плоскостях (сагиттальной, фронтальной и горизонтальной).

Каждый внутренний орган имеет присущую ему функцию, однако для правильного выполнения её, он должен хорошо двигаться. Внутреннее движение или правильная подвижность являются на самом деле лишь свидетельством хорошего состояния внутреннего органа: он находится в наилучших условиях для хорошего выполнения своей функции.

Внутренний орган обладает маятниковым движением. Физиологическое движение осуществляется в обе стороны от нейтральной точки. При некоторых фиксациях движение теряет симметричность, ограничивается одним направлением и не соблюдает второго.

Любое нарушение движения внутреннего органа предрасполагает орган к плохой физиологии, которая выразится в функциональных нарушениях. Если общая адаптация человека к этим нарушениям неадекватна, будет затронута структура. Это уже будет структурное расстройство, при котором изменятся ткани органа, и лечение будет совсем иным.

Напротив, любая патология приводит к нарушениям подвижности затронутого органа. Висцеральная фиксация - это потеря органом частично или полностью своей способности к подвижности.

Маленькое, казалось бы, банальное повреждение может стать очень патогенным, вызвав другие расстройства. Небольшое повреждение, умноженное в миллионы раз, вызывает нарушения, непропорциональные первопричине. Это закон больших чисел, небольшие причины вызывают огромные последствия, причина которых далека от симптоматики. Например, почка перемещается на три сантиметра при каждом вдохе, что приводит к тому, что она «проходит» расстояние в 600 метров в день! Эти несколько цифр могут объяснить патологии (например, образование камней в почке), вызываемые повторяемостью небольших фиксаций. При усиленных дыхательных движениях, (что, например, наблюдается при брюшном йоговском типе дыхания), почка перемещается на десять сантиметров!

Причина фиксации может быть обусловлена фиксацией скользящих сочленений, связочными фиксациями, мышечными фиксациями.

Сочлененные висцеральные фиксации или спайки вызывают потерю мобильности и подвижности по причине плохого, скольжения органа по окружающим его структурам. Эти сочлененные фиксации называются спайками, последние могут быть час-

тичными или общими. Любая инфекция, в зависимости от своей локализации, может локально или на расстоянии вызвать абсцесс после скопления гноя. При лечении этого абсцесса он зарубцовывается, но этот рубец сопровождается спайкой между соседними тканями. Также, любое хирургическое вмешательство приводит к рубцеванию и образованию спаек.

Это патологическое якорение ведет к изменению осей движения органа: фиксированный таким образом орган будет двигаться вокруг этой точки фиксации, которая станет патологической осью подвижности органа. Функциональные возможности органа при его движениях по нефизиологическим осям, конечно, будут нарушены. Чем больше соотношение «спайка - скользящая поверхность», тем больше нарушается подвижность органа. Подвижность может исчезнуть полностью, если спайка захватит достаточную поверхность сочленения; орган становится инертным, теряет свой ритм, жизнеспособность, его функция ещё больше затрагивается. Это производит локально-генерализованные спазмы по рефлекторному типу. Отсюда происходит боль в пояснице, например, при нарушении подвижности почки, толстой кишки и других органов брюшной полости.

Циркуляция органа снижается, вызывая стазы; иммунная система малоподвижного органа тормозится, орган хуже защищается от внешних агрессий и становится идеальной мишенью для многочисленных опасностей: атак микроорганизмов, варикозов, аутоинфекций, стазов выделяемых жидкостей и т.д.

Нарушения психики, особенно депрессии, сильно влияют на мышечно-связочный тонус; поскольку страдающие депрессией часто худеют, они объединяют все условия, вызывающие птоз.

По мере того, как человек стареет, его ткани теряют свою эластичность. Эта потеря эластичности приводит к потере широты движений. Поддерживающие ткани становятся вялыми. Часто можно наблюдать опустившиеся мочевые пузыри, почки, матки, позвоночные столбы - примеров этому достаточно. Многие авторы считают, что напряжение легочной паренхимы определяется общей поддержкой внутренних органов, причём это напряжением с течением лет снижается и усиливает факторы висцерального птоза.

Многочисленные роды являются одной из главных причин птоза внутренних органов, но надо считать не количество родов, а образ, которым они происходили. Женщины, рожавшие с помощью акушерских щипцов или присосок, испытывают опускание промежности в момент, когда все ткани в связи с гормональным обменом расслаблены. Добавьте к этому эпизиотомию и её вклад в зарубцевавшиеся ткани, и вы получите полный набор причин снижения и изменения связей органов между собой. Фиксированная при этом тазовая диафрагма перестаёт

участвовать в дыхательных движениях, теряет синхронную подвижность с торакальной диафрагмой, что приводит к ещё большему застою и нарушению микроциркуляции в органах таза.

Забегая вперёд, отметим, что как нельзя лучше при лечении таких состояний подходит направленное форсированное брюшное дыхание.

Мышечная фиксация или спазм внутреннего органа является практически приоритетной для полых органов. Они обладают двойной гладкой мускулатурой с продольными и кругло-поперечными волокнами; во время отдыха эти мышцы практически полностью расслаблены. В деятельности каждая мышечная система альтернативно сокращается, чтобы обеспечить проход. При раздражении, которое может иметь множество причин, совокупность мышечных волокон сокращается, что вызывает более или менее значительный стаз прохода. Спазмированный орган не выполняет своей функции или выполняет её не полностью, его подвижность снижается, в первую очередь - по амплитуде, поскольку оси не изменяются.

При спазме внутреннего органа речь идёт о локальном феномене, часто затрагивающем лишь какую-либо часть органа. Возьмём, к примеру, гастрит - желудок будет фиксирован рефлекторным путем, он неподвижен. Если это продолжается в течение длительного времени, то изменения будут увеличиваться, щелочные и кислотные радикалы будут атаковать слизистую оболочку. Эта фиксация, даже лабильная, может вызвать дуоденальную язву.

Чем уже проход у полого органа, тем значительнее функциональное воздействие спазма (каналы выделения желчного пузыря, щитовидной железы и почек), особенно если пропускная способность прохода регулируется сфинктером (например, Одди).

Спазм внутреннего органа может произойти по многочисленным причинам локального или общего характера. Будет сложно перечислить основные причины, исходящие из эндокринологии, химии, загрязнения и психики. Спазм внутреннего органа часто является первой стадией заболевания человека. В своём начале он асимптоматичен, а затем вызывает функциональные расстройства, которые обязывают организм использовать его адаптационные ресурсы: если последние истощены, то поражаются структуры.

Почти при всех депрессиях поражена подвижность печени. Восточная медицина говорила об этом во все времена метафорично. Печень влияет на «пси», а «пси» - на печень.

Висцеральная манипуляция в остеопатии - это возвращение мобильности или подвижности органу с помощью специфических и легких нажатий.

Возвращения мобильности (и, соответственно, восстановление его функциональных возможностей) органу брюшной полости можно достичь с помощью специфических дыхательных упражнений, в частности, с помощью нижнего или, иначе гово-

ря, брюшного дыхания. При этом, благодаря форсированному и многократно повторяемому опусканию торакальной диафрагмы, происходит уменьшение спаечных напряжений и в какой-то степени восстановление скользящей способности брюшных органов. При этом уменьшается напряжение связочных фиксаций и прекращается рефлекторное последствие напряжений мезосов и салъников. Повторяющееся направленное брюшное дыхание, уменьшая спазм и напряжения мышечных волокон, имеет благотворное уравнивающее действие и на тонус полых органов, о важности которого мы уже говорили выше. Кроме этого, при форсированном движении диафрагмы, благодаря эффекту тургора и изменению полостных давлений, происходит активизация и тонизация брюшных органов, что ведет к ликвидации стазов и улучшению их микроциркуляции.

Следует отметить, что выполнение брюшного дыхания, по описанию разных авторов, отличается. Так по описанию одних, брюшное дыхание осуществляется с выпячиванием брюшной стенки, других - без выпячивания брюшной стенки.

На наш взгляд, это два разных типа брюшного дыхания, имеющего разное физиологическое действие. При дыхании с выпячиванием брюшной стенки колонна брюшинных органов на вдохе подается больше вперед, чем вниз, и их тяжесть приходится на подвздошные ямки и лонные кости, тем самым физиологический эффект более выражен на мобилизации селезенки, поджелудочной железы, печени, желудка, брыжейке толстой и тонкой кишок.

При дыхании без выпячивания брюшной стенки колонна брюшинных органов на вдохе подается больше вниз, и их воздействие приходится на забрюшинные органы, на купол тазовых органов, поясничную фасцию и тазовую диафрагму. И, конечно, данный тип брюшного дыхания более показан при проблемах органов таза, почек, промежности, поясничных болях.

Что же происходит в грудной полости во время опускания диафрагмы?

Грудная полость заключена в грудной клетке, костно-суставной структуре, состоящей из реберной решетки, грудины и позвоночного столба, которые ограничивают её спереди, с боков и сзади. Эта полость ограничена сверху и снизу двумя диафрагмами: верхняя диафрагма состоит из апоневрозно-мышечной системы и подвешивающей связи купола плевры; нижняя диафрагма - это диафрагмальная мышца.

Грудная полость состоит из двух плевральных полостей, разделённых средостением.

Связи грудной полости являют собой два типа:

- связи со скелетно-мышечными структурами, составляющими грудную клетку. Сзади вперед грудная полость связана с позвоночным столбом, реберно-трансверсальными суставами, позвоночно-реберными суставами, ребрами, хондро-реберными и хондро-грудинными суставами, треугольной

мышцей и самой грудиной. Это перечисление показывает, что любая фиксация на уровне грудной клетки, каковой бы она не была - суставной, связочной или мышечной, отражается на мобильности и подвижности внутренних органов, содержащихся в этой полости;

- связи с двумя диафрагмами, расположенными с одной и с другой сторон от грудной полости, и структурами, которые их пересекают. Области выше и ниже грудной полости закрыты по-разному. Внизу диафрагмальная мышца полностью закрывает грудную полость. Единственными связями являются три отверстия, дающими проход аорте, пищеводу, нижней полой вене. Воздействие диафрагмы мало влияет на аорту. Но, она поможет в качестве своего рода насоса возвратной циркуляции на уровне отверстия полой вены, не стесняя ее, благодаря своему сухожильному окружению. Любая гипертония мышечных волокон диафрагмы, наоборот, повлияет на физиологию пищевода и желудка.

Вверху диафрагма намного меньше. Следует говорить о двух боковых диафрагмах, состоящих из мышечно-связочных волокон, разделенных средостением, выходящим на шейный отдел. В этой диафрагме участвуют все мягкие ткани, прикрепленные к первому ребру, ключице и первому грудному позвонку. Наиболее важным элементом является подвешивающая связка купола плевры,

Грудная полость образуется двумя плевральными полостями, разделенными средостением, которое само содержит полость перикарда. Плевральная полость и полость перикарда образуются системой серозных оболочек. Эти серозные оболочки являют собой поверхности скольжения.

Плевра является серозной оболочкой легких; это система, состоящая из двух листков: различают висцеральный листок, покрывающий легкие, и париетальный листок, плотно покрывающий грудную стенку. Система присасывания создается плевральной полостью, где царит отрицательное давление. Это отрицательное давление заставляет легкие все время оставаться прислоненным к стенке. Если произойдет открытие этой полости, легкие сморщится. Легкие постоянно занимают всю совокупность пространства, имеющегося в их распоряжении. В процессе дыхания лёгкое не расширяется и не сужается однородно. Некоторые отделы более мобилизованы, чем другие. Легкие разделены на доли, разделенные глубокими бороздами, которые сами покрыты висцеральной плеврой. Это позволяет долям скользить одним по другим, что является важным фактором их мобильности.

Плевра описывается в четырех частях:

- реберная плевра сильно прилегает к ребрам, реберно-позвоночной бороздке, грудины и треугольной мышце грудины. Это давление таково, что первое ребро, а часто и другие, оставляют свои отпечатки на легком.

- плевра средостения объединяет органы средостения, от грудины до позвоночного столба. Оболочка средостения париетальной плевры прерывается корнем легкого. Плевра средостения продолжается до диафрагмы, составляя связку легкого. Эти связки соединены с пищеводом.

- диафрагмальная плевра сильно прилегает к диафрагме и полностью её окружает.

- купол плевры покрывает верхушку легкого. Париетальная плевра, усиленная мышечно-волоконными пучками, связывает купол плевры со структурами, образующими верхнее отверстие торака. Эти пучки составляют подвешивающий аппарат купола плевры.

Лёгкое, будучи эластичным, для увеличения своего объёма, подвергается центробежной силе на своей рёберной плевре, но также и центростремительному напряжению на плевре средостения, чтобы избежать общего перемещения наружу. Это напряжение, уравнивая боковое рёберное растяжение, осуществляет это с помощью легочной связки. Напряжение, уравнивающее расширение, вызываемое диафрагмальной мышцей вниз, реализуется подвешивающей связкой купола плевры.

Сердце обладает системой присасывания. Это точно такая же система, что и для лёгких и их плевры. Система связок стабилизирует сердце сверху, снизу, сзади и спереди. Известно, что сердце не зафиксировано сбоку. Эта роль выполняется лёгкими и их плеврой. Лёгкие, благодаря их нужде в периодическом расширении, удерживают некоторое давление на сердце, поддерживая его, таким образом, на месте с боков.

Движение грудной клетки является суммой движений каждой рёберно-позвоночной единицы, то есть спинного позвонка и пары его рёбер.

При вдохе рёбра осуществляют внешние вращения. Мобильность лёгкого в процессе вдоха является внешним вращением паренхимы в соответствии с вертикальной осью для верхней доли и наклонным вниз и наружу для нижней доли.

Таким образом, расширение лёгких реализуется благодаря натяжению лёгочной связки, фиксируя висцеральную плевро на средостении, и благодаря натяжению подвешивающей связки купола плевры, фиксирующей этот купол сверху. Диафрагма, опускаясь, смещает висцеральную массу, но её движение вниз ограничивает вертикальное напряжение средостения. То есть, диафрагма как бы подвешена к средостению.

Плевральные спайки локализуются там, где меньше мобильность. Доли, благодаря своим бороздам, скользят одна по другой в основном при глубоких вдохах. Человек, не занимающийся никаким спортом, сидячей профессии имеет большие шансы на спайки в указанных местах. Купол плевры является областью, где межплевральное скольжение минимально.

Плевральные спайки могут явиться причиной отклонения средостения, что может вызвать каскад функциональных расстройств. Что бы ни произошло - латеральное отклонение или же вертикальное натяжение - движения диафрагмы будут нарушены. Диафрагмальный центр «натянут» вверх. Печень и желудок следуют за диафрагмой, высота легких снижена. Диафрагма и средостение, уже находясь под напряжением, влияют на снижение амплитуды дыхания. При латеральных отклонениях отклоняется пищевод. Можно представить себе функциональные расстройства внутренних органов брюшной полости, вызываемые этими отклонениями и натяжениями средостения.

Таким образом, некоторые эзофаго-гастральные расстройства, некоторые гепато-желчные расстройства могут быть вызваны патологией лёгких и средостения. Причиной этих нарушений всегда является плохая подвижность, которая вызывает плохую мобильность - источник напряжения и вялости. Необходимо также сказать, что причиной многих гастритов является недостаток эластичности паренхимы лёгких!

Так же, как мы уже видели, эти маленькие «ложные» движения, повторяемые миллионы раз, могут привести к деформациям скелета грудной клетки. Прежде, чем привести к этому, первые проявления этой вредоносной силы выразятся в костно-суставных фиксациях. Они могут затрагивать позвоночные суставы, рёберно-позвоночные суставы, рёберно-трансверсальные суставы, хондро-рёберные суставы, хондро-грудинные суставы, межрёберные пространства. Фиксация подвешивающей связки купола плевры является причиной дестабилизации шейно-грудного шарнирного сустава. Эти позвоночные фиксации, созданные таким образом, что могут быть причиной шейно-плечевых или межрёберных невралгий. Аномальные центростремительные импульсы, исходящие из пораженного внутреннего органа вызывают изменение центробежных импульсов в том же сегменте или вне его. Мягкие ткани, связанные с позвоночным суставом, «бомбардируемым» «поражёнными» импульсами, могут ответить гипертонией, которая фиксирует сустав.

Таким образом, патология паренхимы лёгких или плевры практически всегда являются причиной костно-суставных фиксаций грудной клетки и шейной области.

Дыхательные техники могут быть адресованы:

- а) повторяющимся шейным болям (особенно, бхастрика и верхнегрудное дыхание);
- б) возвратным шейно – рёберно - плечевым невралгиям (особенно, бхастрика и верхнегрудное дыхание);
- в) возвратным паракардиальным болезненным симптомам (особенно, бхастрика, нижнегрудное, среднегрудное и верхнегрудное дыхание);
- г) возвратным болям в спине;

- д) упорным эзофагитам (особенно, среднегрудное дыхание);
- е) любым симптоматологиям структур, связанным с одним или несколькими элементами грудной полости (печень, желудок, горло...);
- ж) последствиям различных плевро - пневмопатий.

Дыхательные техники не производят никакого эффекта на пораженную структуру в прямом смысле. Ретракция паренхимы лёгкого продолжается, как и спайка плеврального рубца. Динамизируя этот пораженный орган, дыхание ликвидирует вторичные функциональные расстройства, описанные выше, что помогает ему компенсировать локальный дефицит. Возвращения мобильности органу грудной полости можно достичь с помощью специфических дыхательных упражнений, в частности, с помощью среднего и верхнего дыхания, упражнения «Бхастрика».

Отдельно необходимо сказать о влиянии как отдельных упражнений нижнего, среднего и верхнего дыхания, так и совокупности полного йоговского дыхания на венозное кровообращение. Во время вдоха, как уже было отмечено, опускается сухожильный центр торакальной диафрагмы, диаметр нижней полой вены увеличивается и благодаря пониженному давлению в грудной полости венозная кровь из брюшной полости и вен нижних конечностей как насосом поднимается вверх. Это особенно важно для лиц, страдающих варикозными расстройствами нижних конечностей, органов брюшной полости и таза, при геморрое.

Таким образом, с нашей точки зрения, диафрагма является центром тела не только по анатомическому расположению, но и по своему центральному влиянию на наиболее жизненно-важные функции организма: на функции дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы, на крово- и лимфообращение, из-за её тесной анатомо-функциональной связи с различными смежными органами: легкими, перикардом, печенью, желудком, кишечником, почками, позвоночником и др.

Диафрагма представляет собой часть фасциального непрерывного единства между основанием черепа, шеей, грудной полостью и животом. Цефалически диафрагма подвешена через фасциальное влаглище, образованное перикардом, перифарингеальной фасцией, а затем интерптеригоидальным и нёбным апоневрозами к основанию черепа. Отсюда ее влияние на движение костей черепа, кровоснабжение органов головы и мозга, на движение цереброспинальной жидкости.

Каудально - через фасции органы брюшной полости подвешены к ней.

Кроме того, что это главная дыхательная мышца, диафрагма выполняет и другие задачи:

- она герметическим образом отделяет грудную полость от брюшной полости;
- поддерживает разницу давлений между грудной, брюшной, черепной и тазовой полостями;

- выполняет функцию передаточного механизма. Диафрагма - это ключ к статике тела. Все мышечные цепочки встречаются на уровне диафрагмы;

- диафрагма представляет собой важную точку внутригрудной амортизации механических воздействий, передаваемых фасциями и изменениями давлений;

- благодаря своему поршневному движению, выполняет постоянную динамизацию органов, сильно влияя на их физиологические функции;

- оказывая влияние на тазовую и краниальную диафрагмы, торакальная диафрагма также вносит свою лепту в регуляцию ликвородинамики и эндокринного фона организма;

- диафрагма адсорбирует на себе эмоциональные состояния человека.

Иначе говоря, торакальная диафрагма отражает и влияет на деятельность различных систем организма, она имеет результирующее действие от всех проходящих на нее влияний. Её можно сравнить с регулирующим действием светофора на огромном перекрестке, на который вливается множество дорог.

То есть, диафрагма служит для координации и гармонизации.

Следовательно, от её состояния зависит уровень гармонической деятельности или адаптивности других систем и органов, всего организма в целом. Благодаря дыхательным упражнениям, мы можем влиять как на состояние самой диафрагмы, так и на состояние сопряженных с ней органов.

В целях лучшего понимания, мы искусственно разделили рассмотрение влияния диафрагмы на брюшную и грудную полость. При полном дыхании происходит гармонизация соотношений органов брюшной, грудной и черепной полостей, а также регуляции межполостных давлений.

Особо следует подчеркнуть важность взаимного влияния тазовой, торакальной, верхнегрудной и черепных диафрагм на состояние давлений в ограничиваемых ими полостях. В норме они движутся симметрично на вдох и выдох, что способствует физиологической гемо- и ликвородинамике, и что отражается на психосоматическом состоянии человека. Напряжение, хотя бы одной из них, немедленно влечёт целый каскад последствий. Примером может служить утренняя головная боль и повышенное артериального давления (АД) после пробуждения, которые прекращаются после синхронизации тазовой, торакальной, верхнегрудной и черепных диафрагм посредством полного йоговского дыхания. Можно уменьшить или снять напряжение (в зависимости от вызвавших их причин) путем брюшного дыхания - на тазовой диафрагме (промежности) и упражнением Бхастрика - на верхнегрудной диафрагме.

Прекрасным упражнением для синхронизации диафрагм и их взаимного резонирования является упражнение с произношением звука «ОМ» на вы-

дохе. Кроме этого, синхронизации внутри черепных диафрагм можно добиться упражнением «Жужжание пчелы».

Особого внимания заслуживает тема ритма при выполнении дыхательных упражнений. Жизнь – это движение, наполненное различными ритмами. Здоровье – это состояние согласованности внутренних ритмов с внешними влияниями.

По представлениям школ восточной медицины энергия циркулирует по телу в соответствии с циркадным ритмом. Каждый орган имеет период своей максимальной активности, когда энергия по меридианам приходит именно к нему, что проявляется не в ускорении ритма, а в увеличении амплитуды его двигательной и функциональной способности. Так, энергия приходит к лёгким между тремя и пятью часами утра, переходит из легких в толстую кишку между пятью и семью часами утра, затем в желудок и т.д., её циркуляция заканчивается на уровне печени с одного до трёх часов ночи. Существуют циркадные, пиркануальные ритмы; некоторые периоды являются более продолжительными, как, например, пубертатный период, менопауза. Известны дневные изменения пика кортизола, выявлены циркадные ритмы катехоламинов, у которых часто наблюдаются пять пиков в день.

Обращаем внимание на то, что в дыхательных практиках наиболее важны сердечный, краниосакральный и висцеральные ритмы.

Мы знаем, что диафрагмальный ритм составляет 13 - 15 движений в минуту. Более того, его можно изменить добровольно. Краниосакральный или черепной ритм – это ритм движения цереброспинальной жидкости (ЦСЖ), составляет около 8 - 14 движений в минуту, и на него не влияет диафрагмальное дыхание, сердечный ритм и деятельность индивида. Ритм ЦСЖ, который не находится под сознательным контролем, является автоматизмом человеческого тела. Известно, что он продолжает проявляться в течение до 40 минут после наступления клинической смерти. Признается, что у больного или утомленного человека черепной ритм снижается.

Висцеральный ритм составляет около 7 - 8 движений в минуту. Именно так называемая мотильность или, иначе, собственная подвижность органа, которая напрямую не зависит от дыхательного или сердечного ритма, определяет его функциональную способность. Признано, что снижение жизнедеятельности уменьшает как сам ритм, т.е. частоту движения органа, так и его амплитуду.

Перистальтика обладает ритмом, который изменяется в зависимости от многих факторов, и который является нерегулярным и может прерываться долгими периодами отдыха. Так, полный желудок производит перистальтические волны через каждые 3 минуты, продолжительностью в 20 секунд.

Залманов в книге «Тайная мудрость человеческого организма» (СПб, «Наука», 1991) пишет: «Бы-

вают случаи, и они нередки, когда смерть больного не может быть объяснена ни развитием болезненных явлений, ни недостаточностью важнейших видов деятельности организма (дыхания, кровообращения, выделения), ни серьезными предсмертными осложнениями. Остается вероятной гипотеза – это нарушение синхронной эуритмии». В свете этого, весьма важным является то, что путём ритмического дыхания достигается синхронизация индивидуальных биологических ритмов. С этих позиций применение ритмического дыхания представляет огромный интерес.

Ритмическое дыхание предполагает определенный ритм и соотношение между различными фазами дыхательного цикла. Оно может осуществляться как с паузами – задержками на вдохе и выдохе, так и без них, например, при выполнении полного йоговского дыхания. Важно только соблюдать некоторые правила для его выполнения. Вначале, до выполнения упражнения необходимо сосредоточиться и успокоить дыхание до нормального ритма в покое, направляя свое внимание либо на ритм вдоха и выдоха, либо на ритм дыхания и ритм биения сердца или на пульсацию артерий. Для этого можно пальпировать пульс на запястье. Далее остаётся сознательно синхронизировать необходимое соотношение сердечного и дыхательного ритмов. Например, на 4 удара пульса делать вдох и на 4 удара пульса - выдох.

Специального рассмотрения заслуживают задержки дыхания после вдоха и выдоха в ритмическом дыхании. В традиционных индуистских учениях считается, что от техники выполнения вдоха, выдоха и задержки дыхания зависит степень усвоения пранической энергии.

Вдох осуществляется медленно, равномерно и полно, с концентрацией внимания на прохождении воздуха через ноздри. Во время вдоха надо представлять себе, что вы вдыхаете энергию. Для лучшей концентрации можно представить её в виде желтого или синего света, который проникает через нос и наполняет ваш организм. Вдох может быть направленным, например, при выполнении брюшного, грудного или ключичного дыхания, соответственно в брюшную полость и полость таза, в нижнюю часть грудной клетки, среднюю и верхнюю часть грудной полости. Задержка дыхания на вдохе предполагает «аккумулирование» энергии. Как правило, во время задержки дыхания рекомендуется выполнять приёмы верхнего и нижнего замка или позы, когда подбородок прижимается к яремной ямке, или действия, когда сокращается сфинктер заднего прохода и анус слегка подтягивается вверх.

Выдох является фазой «распределения», в процессе которой мысленно направляется «поток энергии» по всему организму или в какой-либо орган. Выдох может быть медленным и полным, в соответствии с используемым ритмом, или коротким и интенсивным при форсированном дыхании.

Выше шла речь о регуляции внешнего дыхания. По нашему мнению, мы также можем влиять на транспорт газов с помощью дыхания.

Так, кислород транспортируется кровью в виде оксигемоглобина (в котором содержится кислорода 190 мл/л крови) и виде растворенного в плазме кислорода (3 мл/л). В капиллярах альвеол практически весь гемоглобин крови превращается в оксигемоглобин. Углекислый газ транспортируется кровью в 3-х формах.

В венозной крови содержится около 580 мл/л углекислого газа, причём из них лишь около 25 мл/л находится в растворенном состоянии. Часть молекул углекислого газа соединяется в эритроцитах с гемоглобином, образуя карбгемоглобин (45 мл/л). Остальное количество углекислого газа химически связано в эритроцитах в виде солей угольной кислоты (510 мл/л).

При спокойном, в основном, грудном дыхании диафрагма опускается на 1 см (для сравнения, при полном йоговском дыхании на вдохе диафрагма опускается на 7 -10 см) и человек вдыхает и выдыхает от 300 до 800 мл воздуха. Этот объём воздуха называется дыхательным объёмом. Кроме обычного дыхательного объёма при максимально глубоком вдохе человек может вдохнуть около 3000 мл воздуха – это резервный объём вдоха. После обычного спокойного выдоха здоровый человек напряжением мышц выдоха способен «выдавить» из легких еще около 1300 мл воздуха – это резервный объём выдоха. Сумма указанных объемов составляет жизненную емкость легких: 500 мл + 3000 мл + 1300 мл = 4800 мл.

То есть, при полном дыхании возможно достижение почти десятикратного увеличения прохождения воздуха через легкие.

К тому же, если вспомнить, что время полного оборота по малому и большому кругам кровообращения составляет всего 20 -23 секунды, и что скорость диффузии газов из капилляров в альвеолы и обратно значительно медленнее скорости связывания газов, то становится понятно, что для улучшения газообмена в легких и более качественного насыщения ими крови, требуется полное, глубокое дыхание и более продолжительное время в виде дыхательных пауз.

Удивительные возможности даёт сознательное, то есть направленное сознанием, дыхание для регуляции различных функций и психоэмоциональных состояний. Весь обширный опыт аутогенной тренировки показывает, как меняется вегетативная регуляция дыхательной, сердечно - сосудистой и других систем организма при соответствующей на них концентрации. Отсюда известные феномены успокаивающего дыхания, изменение температуры конечностей и т.д. при аутогенных погружениях.

Профессор Л. П. Гримак, работая с отрядом космонавтов, с помощью миографических и других

датчиков, регистрирующих данные различных систем организма, показал, например, как меняется дыхание, пульс, напряжение соответствующих мышц в момент дачи команды на выполнение той или иной деятельности у неподвижно и спокойно сидящего испытуемого. (Л. П. Гримак Моделирование состояний человека в гипнозе, М., «Наука», 1978).

Можно привести множество примеров использования направленного внимания и дыхания. Поэтому мы считаем, что можем изменять тканевое дыхание, подвижность и уровень функционирования любого внутреннего органа, мысленно направляя к нему дыхание. Мы с помощью тепловизора видели, как меняется работа печени при направлении к ней дыхания.

Особенно это важно при психосоматических проблемах, когда эмоциональное напряжение соответствующего органа (например, печени или диафрагмы) ослабевает или полностью уходит при направленном к нему притоке энергии дыхания. Благодаря правильному дыханию улучшается физическое самочувствие, буквально вымывается стрессовое напряжение из тела, проясняется ум и повышается способность к сосредоточению. Дыханием можно так же прямо и непосредственно менять эмоциональное состояние и снижать уровень стресса.

В спокойном состоянии человек делает 13 - 15 вдохов - выдохов в 1 минуту. Более 15 дыхательных циклов в 1 минуту – это уже сигнал стресса.

Стрессовая реакция вовлекает множество структур. Первой реагирует ретикулярная формация, а именно Locus Cereleus – голубое пятно, расположенное в ромбовидной ямке, рядом с дыхательным центром. Далее информация попадает в Амигдолу, причём в 800 раз быстрее, чем в таламус и кору головного мозга. Поэтому реагирование на страх происходит раньше, чем осознание. Моментально возникает стесненность дыхания, как естественная реакция на стресс. Дыхание становится более коротким, частым и поверхностным, человек начинает дышать больше грудью, чем животом. (Напомним, в спокойном состоянии тело расслаблено, дыхание замедляется, осуществляется в основном животом, глубокое и в целом эффективнее). Включается гипоталамо-адреналовая ось для выработки соответствующих гормонов, чтобы мы могли ответить одной из двух существующих реакций на стресс – бороться или убежать, которыми природа снабдила нас. И только потом информация идёт в префронтальную область коры, ответственной за погашение этого импульса страха.

Таким образом, в опасной ситуации наше дыхание изменяется под влиянием и дыхательного центра, и в силу того, что мышцы живота напрягаются, мы инстинктивно принимаем позу, в которой удобно дать отпор противнику или бежать от угрозы, дыхание при этом вытесняется в грудь и ускоряется; изменяется тонус вегетативной нервной системы,

кровь наполняется адреналином и замедляется пищеварение, для того, чтобы энергия расходовалась на мускульную силу. Это рефлекторный ответ организма, идущий из подкорковой области, выработанный природой за время эволюции человека.

Эта первая реакция на стресс, когда мы боремся или убегаем, сопровождается гиперстимуляцией симпатической нервной системы. Но, когда нет ресурса бороться (неравный, превосходящий по силе противник, жертва насилия), происходит гипореакция: снижение чувствительности, парализация, неподвижность, онемение, холод, обморок, личностная диссоциация. Это состояние называется состоянием червя или посттравматическим синдромом.

Если человек не использует при стрессе первую фазу реагирования (бороться или убежать) и сразу включает вторую фазу, то это значит, что человек живет в постоянном стрессе. Это реакция червя - стать невидимым, замереть.

Питер Левин сделал следующее наблюдение в саванне: когда лев догоняет антилопу, она впадает в состояние мнимой смерти. Лев не ест падали и уходит. Но антилопа остается живой. После окончания состояния мнимой смерти антилопа встает, её охватывает дрожь. Продрожав, антилопа вновь способна двигаться. Если дрожи не было – в течение 24 - 48 часов животное умирает.

И у человека после стресса возникают дрожь - ему то жарко, то холодно, он социально не доступен, прячется. Если человек дрожит - большинство травматических проблем уходит. На первой фазе тело переполнено кортизолом, на второй - опиоидами, морфиноподобными гормонами. Как у газели, которая не может спастись от льва - её тело выделяет морфиноподобные вещества и она впадает в состояние аутоопиатного опьянения: лев съест её все равно и это облегчает её гибель. Такая же биологическая реакция и у людей при хроническом стрессе – они находятся как бы в состоянии аутоопиатного опьянения, как бы вне тела, как в состоянии анестезии. Выглядят они так: у них нет сил, нет энергии, очень пугливы, пассивны, у них нет симпатической реактивности, радости; они находятся в состоянии депрессии; занимают пассивную позицию, как бы хотят стать невидимым, замереть, не занимать пространство; задерживают дыхание; не проявляют свою силу; продуцируют морфин. Бессознательно как бы сообщают: «Я ухожу из тела, и тогда вы не можете достать меня». Они живут на другом уровне гормонов.

Таким образом, симпатическая реакция в виде дрожи необходима. Эту реакцию не редко приходится наблюдать при выполнении дыхательных упражнений. Так, в ашраме Шри Шри Рави Шанкара, где мы проходили обучение, предупреждали, что «могут быть онемение, покалывание, мурашки в руках и ногах, легкое головокружение, дрожь, слезы, смех – все равно продолжать дышать с закрыты-

ми глазами. То, что происходит – пусть происходит и не надо себя сдерживать.» Но здесь необходимо подчеркнуть, что это все возможно и безопасно, только под руководством опытного наставника.

Таким образом, соответствующие подкорковые ядра при стрессе и его последствиях находятся в возбужденном состоянии. Или, иначе, остающееся, неотреагированное возбуждение в соответствующих подкорковых образованиях поддерживают симптоматику, которую мы называем посттравматическим синдромом. После выхода из стресса ригидность в теле может оставаться на очень долгое время; дыхание становится коротким и поверхностным. Иммунная и когнитивная система при этом находятся на самом низком уровне. Поэтому психоэмоциональная травма и попадание в состояние стресса приводит к нарушению когнитивных способностей и снижению иммунитета (что особенно важно при лечении детей: вспомните часто болеющих детей в до- и школьном возрасте, с затрудненной концентрацией внимания, плохо успевающих).

Если вспомнить анатомию, мы можем мысленно направлять дыхание на области, непосредственно регулирующие психоэмоциональное состояние человека и добиваться их гармонизации. Кроме приведенных подкорковых образований, этот список можно продолжать. В первую очередь, это касается различных ядер лимбической системы, коры головного мозга и других его отделов. Зная, где расположены эти структуры и механизмы их функционирования, умея диагностировать их состояние, мы силой своего сознания и дыхания способны переключить их в оптимальный режим работы.

С помощью дыхания мы можем устранить последствия травмы. Для этого её нужно «продышать». Как мы видели, любое животное, почуввав опасность, затаивает дыхание. Эта инстинктивная реакция помогает выжить. При любом неприятном: сообщении, опасности, любой отрицательной эмоции, запахе, шуме - при всем том, что человек отвергает, дыхание автоматически переходит в состояние боевой готовности или бегства. Поэтому для лечения последствий эмоциональной травмы приведем некоторые правила.

Первое правило: чтобы изгнать из души и тела последствия травмы, нужно вновь начать дышать здоровым образом, опустив дыхание из груди в живот, при этом, сознательно воспроизводя в мыслях те события и обстоятельства, которые когда-то вызвали сбой в дыхании.

Второе правило в лечении травм: обязательно «проговорить», «вывести из себя» травмирующие переживания и эмоции, рассказать о травме так, как может человек. Почему это так – нам вновь подсказывает физиология. В процессе эволюции у приматов появляется третья ветвь вагуса, идущая от Нуклеус Амбигеус, иннервирующая мышцы лица и аппарат речи, то есть, отвечающее за мимику, речь

и социальное реагирование. Реакция на стресс у приматов – речь, плач, крик, слезы, выражение глаз, лица, мимики. Они вначале жалуются, говорят – у меня проблема. Это более тонкая реакция, чем предыдущая – бежать или драться. И, возможно, если человек не может использовать Нуклеус Амбигеус – происходит регресс на уровень симпатической нервной системы. А если и симпатическая нервная система не может справиться, регресс идёт ещё дальше – на заднее моторное ядро. И важно «продышать» эти эмоции, и если диагностируется (методы диагностики разработаны в остеопатической медицине) возбужденный участок мозга, связанный с этой эмоцией – направить дыхание в это ядро в процессе рассказа пострадавшим своей истории. Или в процессе лечения многие представляют себя в виде жертвы, либо, наоборот, упрекают только себя, всю вину за случившееся событие вваливают на себя. Хвостатое ядро отвечает за ощущения жертвы-агрессора. Nucleus Caudatus - это часть лимбической системы. Эта структура в правом полушарии очень развита у людей типа «мачо» – агрессивные, сильные, мужественные люди; в левом полушарии её возбуждение приводит к чувству жертвы. В таких случаях следует «продышать» эту локализацию, связанную с проблемной симптоматикой.

Так как подкорковые ядра парные и находятся в обоих полушариях, для их гармонизации после направленного дыхания в проблемное ядро очень хорошо дополнить лечебную дыхательную процедуру упражнением с чередованием циклов дыхания через разные ноздри. Это замечательное упражнение также позволяет уравновесить активность правого и левого полушарий, что важно с точки зрения гармонизации в человеке его логического и эмоционального.

Дыхание также может использоваться при лечении зависимостей. Как показал в своих исследованиях по лечению зависимостей, Г. Хендрикс - профессор Колорадского университета (США), у пациентов, охваченных страстным желанием, картина ЭЭГ чрезвычайно хаотична. Равновесие между правым и левым полушарием нарушено, а в некоторых зонах электрическая активность резко усилена. После применения дыхания с чередованием циклов дыхания через разные ноздри картина ЭЭГ существенно меняется. Хаотичные линии уступают место ровному полю – картине сбалансированной работы мозга. (Г. Хендрикс Сознательное дыхание, ИД «София», 2003)

Итак, в наших силах сознательно дышать глубже и медленнее, в наших силах сознательно перевести дыхание из груди в живот, нашим сознанием мы можем заставить наше дыхание работать с нами заодно, на благо нашего физического и душевного здоровья.

Для занятий дыхательными практиками противопоказаний нет. Только здесь особенно важен ин-

дивидуальный подход. Инструктор показывает, что важно делать, а делать это или не делать и как это делать решает сам обучающийся. Самостоятельные, без обучения, занятия дыхательными практиками считаются опасными, приводящими к вредным и даже непоправимым последствиям для человека.

Именно через дыхание человек освобождается от накопившихся в организме токсических продуктов.

Дыхание даёт энергию. Особая регуляция дыхания выводит человека за пределы обыденного сознания.

Остановимся на общих положениях о дыхании, а затем приведём ряд дыхательных технологий, применяемых при различных заболеваниях.

Важно обратить внимание, что вдох и выдох чаще осуществляются через нос. Иногда в дыхательные процессы включается и рот человека. Медленный вдох и быстрый выдох - стимулируют человека. Тогда как дыхание верхней частью лёгких приводит к вымыванию азота - развитию тревоги и невротизма. Дыхание мы часто связываем со счётом, с пульсом, длительностью апноэ. Часто во время дыхания произносятся различные звуки и слова. Обычно они произносятся на выдохе. Приведём наиболее традиционные из них.

О - звук радости и удовольствия, с некоторым удивлением.

Аум – индуистский первоначальный звук. Все остальные от него. Иногда он звучит как – Ом. Есть сочетания звуков, принятые отдельными национальностями. Так, Амен - традиционно произносят египтяне; Айвум - греки. Есть сочетания звуков, принятые в религиозных конфессиях. Так, Аминь - произносят христиане; Аум – мусульмане; тогда как буддисты - Омн, Шелом - иудаисты.

Для занимающихся Йогой часто «Со» - вдох-«Хам» - выдох. Или можно также «Да» - вдох, «Нет» - выдох.

Позы тела при дыхании: стоя, сидя, лёжа, в движении. Когда сидя мы держим кистями колени - это стимуляция организма. Сидя держим кисти на коленях расслабленными – это релаксация, расслабление. Медленный и плавный вдох и выдох приводят к успокоению

Форсированный как вдох, так и выдох обладают стимулирующим эффектом.

Ступенчатый (порциями) вдох и выдох так же стимулируют.

Известны четыре составляющих полного дыхательного цикла: вдох – пауза – выдох - пауза.

1. Вдохи:
 - 1.1. вдох через нос;
 - 1.2. вдох через рот;
 - 1.3. вдох через трубочку из губ;
 - 1.4. вдох через трубочку из языка;
 - 1.5. вдох с сомкнутыми связками;
 - 1.6. вдох с опущенным подбородком;
 - 1.7. вдох через нос с передавленными ноздрями.

-
-
2. Выдохи:
 - 2.1. выдох через нос;
 - 2.2. выдох через рот;
 - 2.3. выдох через трубочку из губ;
 - 2.4. выдох через трубочку из языка;
 - 2.5. выдох с сомкнутыми связками;
 - 2.6. выдох с опущенным подбородком;
 - 2.7. выдох через нос с передавленными ноздрями.

Считается, что расслабляющее, релаксирующее дыхание осуществляется через нос на следующий счёт:

- Вдох - 1, 2, 3, 4.
Задержка - 1, 2, 3.
Выдох - 1, 2, 3, 4, 5, 6.
Задержка - 1, 2.

Приведём разнообразные варианты дыхания:

1. Сосредоточенное (внимание сосредоточено на дыхании).
2. Рассеянное (осуществляется автоматически и не контролируется сознанием).
3. Наполненное (мантрами, формулами самовнушения...).
1. Возможен кинестетический контроль дыхания путём наложение кистей рук:
 - 1.1. правая кисть на груди, левая на животе;
 - 1.2. правая кисть на животе, левая на груди;
 - 1.3. обе кисти на груди;
 - 1.4. обе кисти на животе.
2. Форсированное дыхание:
 - 2.1. форсированное поверхностное дыхание;
 - 2.2. форсированное глубокое дыхание;
 - 2.3. форсированное дыхание с подниманием рук на вдохе и опусканием на выдохе;
 - 2.4. форсированное верхнее глубокое дыхание.
3. Акцентирование дыхания путём наложение кистей рук:
 - 3.1. наложение кистей на нижнюю часть проекции лёгких;
 - 3.2. наложение кистей на среднюю часть проекции лёгких;
 - 3.3. наложение кистей на верхнюю часть проекции лёгких.
4. Замки:
 - 4.1. наложение кистей на нижнюю часть лёгких и сильное сжатие, затрудняющее участие этой части лёгких в дыхании;
 - 4.2. наложение кистей на среднюю часть лёгких и сильное сжатие, затрудняющее участие этой части лёгких в дыхании;
 - 4.3. наложение кистей на верхнюю часть лёгких и сильное сжатие, затрудняющее участие этой части лёгких в дыхании.

Приведём дыхание на счёт с использованием замков.

- Нижний замок – 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.
Средний замок - 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
Верхний замок - 1, 2, 3, 4, 5, 6.

(руки можно поднимать над головой, сложив ладони)

Интерес представляет динамическая медитация, осуществляемая в движении. Известны многие её формы, осуществляемые в школе Ошо. Интересна медитация смеха - подражание животным по Петрушину:

1. Нижними отделами лёгких (бегемот).
2. Средний отдел лёгких (ржание лошади).
3. Верхний отдел лёгких (кукареканье петуха).

Нами изложены некоторые общие представления о дыхании.

Теперь перейдём к серии упражнений дыхательных практик и приведём ряд дыхательных упражнений. Выполняя дыхательные упражнения, необходимо выработать равномерное плавное дыхание на счёт. При вдохе живот нужно слегка втянуть, что позволяет, не ощущая напряжения, захватить ещё некоторое количество воздуха. Очень важно правильно выполнить задержку дыхания. Когда вы, опуская подбородок на грудь, закрываете голосовую щель, нельзя расслаблять мышцы, участвующие в дыхании. Если задержка сделана правильно, то при раскрытии голосовой щели воздух остаётся неподвижным. Если же он начинает выходить через гортань, значит, мышцы были напряжены недостаточно.

Выдох должен состоять из двух этапов. Сначала вы подтягиваете живот внутрь, расслабляя межреберные мышцы, а затем активно сокращаете мышцы, участвующие в дыхании.

ПОЛНОЕ ДЫХАНИЕ

Полное дыхание является подготовительным этапом на пути к управлению психической деятельностью и необходимо для освоения медитации.

Дыхание рекомендуется выполнять каждый день не менее 7 циклов за один раз, до еды. При вдохе следует мысленно представить, как в вас вливается жизненная энергия и сосредоточивается в солнечном сплетении; при выдохе - как из вас выходят болезненные и отрицательные эмоции.

Полное йоговское дыхание состоит из трех типов дыхания - нижнего, среднего и верхнего. Технику выполнения дыхания необходимо осваивать, начиная с нижнего дыхания.

Нижнее дыхание. Нижнее дыхание выполняется путем втягивания живота вовнутрь на выдохе и выдвигания его вперед на вдохе за счет расслабления брюшных мышц. При этом диафрагма выдавливает воздух из легких на выдохе и расширяет их на вдохе, благодаря чему проводится активный массаж внутренних органов и улучшается их кровоснабжения.

Для выполнения нижнего дыхания встаньте прямо и сделайте медленный плавный вдох через нос, выдвинув живот вперед на время, равное трём ударам сердца. После небольшой паузы в 1 - 2 секунды выдохните воздух в течение 6 ударов сердца за счет втягивания живота. Дыхание важно выполнить 5 - 7 раз.

Среднее дыхание. Среднее дыхание выполняется за счет расширения грудной клетки на вдохе и её опадания на выдохе при расслаблении грудных мышц. Помните: на выдохе важно не сжимать грудную клетку, позволить ей медленно опуститься за счет расслабления мышц. Вдох выполняется в течение двух ударов сердца, а выход — в течение четырех. Дыхание следует произвести 5 - 7 раз.

Верхнее дыхание. Это дыхание считается самым непродуктивным. Оно допустимо только в сочетании с нижним и средним. При выполнении верхнего дыхания усилий прилагается больше, чем при первых двух видах, а воздуха в легкие поступает меньше, поскольку диафрагма остается неподвижной.

Для выполнения верхнего дыхания сделайте вдох через нос так, чтобы грудная клетка немного поднялась вверх, а плечи отошли назад. Выдыхая воздух, опустите плечи вниз. Вдох и выдох должны быть короткими. Дыхание производится 3-5 раз.

Полное дыхание. После того, как вы освоили три типа дыхания, переходите к выполнению полного дыхания. Стоя или сидя с прямой спиной, сделайте глубокий вдох и слегка подтяните живот. Затем медленно выполните подряд нижнее, среднее и верхнее дыхание в течение 8 ударов сердца, после чего задержите дыхание на 4 удара. На выдохе, удерживая грудную клетку приподнятой и расширенной, на счет 8 подтяните живот. Затем на счет 6 плавно опустите ребра и в течение 2 ударов сердца продолжите выдох, втягивая живот. Сделайте паузу в 1 - 2 секунды и выполните еще 6 дыхательных циклов.

При выполнении полного дыхания воздух должен входить в лёгкие и выходить из них без напряжения, за счёт работы дыхательных мышц. Не нужно стараться втянуть в себя как можно больше воздуха. Продолжительность выдоха при полном дыхании в 2 раза больше вдоха, а пауза после вдоха равна половине времени вдоха. Таким образом, ритм полного дыхания: 2 - 1 - 4. Продолжительность нижнего дыхания должна занимать половину времени. В течение второй половины выполняется среднее и верхнее дыхание: среднее - на три счета, верхнее - на один.

Когда вы только начинаете, можно установить свой собственный ритм дыхания. Как правило, это 6-3-12 или 8-4-16. Если ритм правильно выбран, то после упражнения возникает состояние покоя. Во время дыхания не следует очень сильно напрягать мышцы, участвующие в дыхании. Толчки и остановки дыхания свидетельствуют о перенапряжении. На выдохе нельзя опускать голову. Все неработающие мышцы при выполнении дыхательных упражнений должны быть расслаблены.

Освоение правильного дыхания предупреждает простудные заболевания, увеличивает жизненную ёмкость лёгких, улучшает работу сердечно - сосудистой системы, успокаивает нервы и удлиняет жизнь. Практикуя полное дыхание, человек становится спокойным, уравновешенным и уверенным в себе.

ОЧИСТИТЕЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ

Сделайте полный йоговский вдох, а затем сразу выдох, выпуская толчкообразными движениями небольшие порции воздуха. Выдыхать нужно через рот, сложив губы в виде буквы «о». Каждая последующая порция выдыхаемого воздуха должна быть меньше предыдущей. Напрягаться не нужно. Дыхание должно принести эффект облегчения и успокоения.

Существует также вариант очистительного дыхания - свержочистительное. Считается, что оно излечивает от гриппа и простуды, снижает температуру тела, повышает уверенность в себе и избавляет от ипохондрии. Перед выполнением этого упражнения сделайте 7 раз полное дыхание, а затем 8 раз - очистительное. Плотно сожмите губы. Перед выдохом увлажните их языком и выпускайте из себя воздух через сжатые губы мощно, толчками и с большим напряжением. Через 10-12 минут повторите дыхательный цикл ещё два раза. При заболевании гриппом серию дыханий, состоящую из трех циклов, следует повторять три раза в день.

Считается, что такое дыхание очищает кровь, изгоняет застоявшийся воздух из легких и дает быстрый отдых после выполнения двигательных или дыхательных упражнений.

ОЧИСТИТЕЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ СО ЗВУКОМ «ХА»

Встаньте прямо, ноги на ширине плеч, ступни параллельны. Делая медленный вдох, поднимите расслабленные руки над головой. Задержите дыхание на несколько секунд и представьте, что вы стоите на краю обрыва держите в руках мешок со своими болезнями, заботами и бедами, от которых хотите освободиться. Сделайте резкий выдох со звуком «ха» и бросьте мешок вниз. Не следует специально стараться произнести звук «ха» - воздух должен выйти из груди свободно. На паузе после выдоха руки должны висеть, как пустые рукава. Теперь медленно вдохните воздух и выпрямитесь, подняв руки над головой, после чего со спокойным выдохом опустите расслабленные руки через стороны вниз. Упражнение следует выполнять один, или несколько раз - в зависимости от вашего состояния.

Считается, что это упражнение помогает снять усталость и нервное напряжение дает ощущение освобождения от беспокойства и чувства тяжести на душе.

СЕРДЕЧНОЕ ДЫХАНИЕ

Это упражнение рекомендуется выполнять при заболеваниях сердца. Лягте на спину и расслабьтесь. Ладони лежат по бокам, ноги вместе. Делая вдох, поднимите левую руку, переведите ее за голову и положите тыльной стороной ладони на пол, одновременно вытягивая вперед левую пятку без отрыва ноги от пола. В этом положении сделайте паузу

на 1 - 2 секунды, а затем с выдохом верните руку и пятку в исходное положение и расслабьтесь. Повторите с правой рукой и ногой и с обеими руками и ногами.

НЕКОТОРЫЕ ВАРИАНТЫ ДЫХАНИЯ, ПРИНЯТЫЕ В ЙОГЕ

Приведём некоторые упражнения:

1. Сядьте прямо и сделайте ровный и сильный вдох через нос, а затем выдохните воздух через нос, опустив подбородок на грудь. Выдох должен быть дольше вдоха. Время выполнения дыхания – 2 - 3 минуты. Упражнение излечивает простудные заболевания.

2. Сядьте прямо и сделайте полный выдох, очистив легкие. Затем втяните живот и удерживайте это положение до необходимости вдохнуть. Сделайте вдох и расслабьтесь. Немного отдохните и повторите упражнение. Время выполнения – 2 - 3 минуты.

3. Лягте на спину и расслабьтесь. Переплетите пальцы, руки положите на пупок. Сделайте глубокий вдох, представив, что с воздухом в область пупка входит жизненная энергия. С медленным выдохом посылайте энергию по всему телу, представляя, как из вашего организма выходит все отрицательное. Время выполнения упражнения – 3 - 4 минуты. Это упражнение способствует оздоровлению всего организма и укрепляет силу воли.

4. Сядьте прямо и сделайте полный вдох. Затем прерывисто выдохните воздух через губы, сжатые в виде птичьего клюва. Упражнение повторите 8 - 10 раз. Такое дыхание очищает дыхательные пути.

5. Сядьте прямо и согните средний и указательный пальцы правой руки. Зажмите большим пальцем правую ноздрю и сделайте медленный вдох через левую ноздрю. Теперь освободите правую ноздрю и сделайте через неё выдох, зажав левую безымянным пальцем и мизинцем. Затем вдохните через правую и выдохните через левую. Выдох должен быть дольше вдоха. И так далее: вдох через левую ноздрю, выдох - через правую, вдох - через правую, выдох - через левую. Этот дыхательный цикл необходимо повторить 10 раз. Упражнение оживляет и очищает тело.

6. Встаньте прямо, ладони положите на грудь, а локти максимально отведите назад. В этом положении сделайте 5 - 6 глубоких медленных вдохов и выдохов, напрягая мышцы рук и груди на вдохе. Это упражнение тонизирует лёгкие и сердце и придаёт эластичность грудным стенкам.

7. Встаньте прямо, руки над головой. Медленно выдохните воздух, одновременно опустив руки и слегка наклонив туловище так, чтобы ладони можно было положить на колени. Затем сделайте медленный вдох с поднятыми руками. Отдохните несколько секунд и повторите дыхательный цикл еще 5 - 6 раз. Считается, что упражнение предохраняет от туберкулёза и плеврита.

8. Упражнение во время ходьбы

Сделайте медленный ровный глубокий вдох в одном ритме с шагами на 4 счета, а затем выдохните воздух без паузы в течение 6 секунд. Дыхательное упражнение должно занимать 1 - 2 минуты, после чего походите 10 - 12 минут с произвольным дыханием. Постепенно увеличивайте длительность вдоха и выдоха до 12 и 18 секунд соответственно. Считается, что оно укрепляет лёгкие и сердце, избавляет от слабости и предохраняет от туберкулёза, плеврита, астмы и гриппа.

9. Создание тонуса

Встаньте на колени, ноги сведите вместе, носки оттяните назад и опуститесь на пятки. Ладони положите на колени. Сложите губы в виде буквы «о», высуньте язык и сверните его трубочкой на величину толщины пальца. Плавно вдохните через трубочку со звуком «с-с-с». Сделайте паузу и прижмите подбородок к груди. Выдохните через нос. Дыхательный цикл повторить 5 - 15 раз. Упражнение насыщает организм жизненной энергией, устраняет чувство голода, снимает усталость и раздражительность, тонизирует печень и селезенку.

10. Заряжающее дыхание.

Примите удобную позу и расслабьтесь. Дышите глубоко и ритмично. На вдохе представьте, как в вас вливается жизненная энергия и направляется в солнечное сплетение, а на выдохе - как из вашего тела выходят шлаки. Заряжающее дыхание можно выполнять, касаясь кончиками пальцев солнечного сплетения и представляя, как с каждым вдохом жизненная энергия проникает в тело через кончики пальцев. Считается, что в ладонях и пальцах человека содержится скрытая сила, поэтому, налагая пальцы на солнечное сплетение, вы замыкаете круговорот жизненной энергии в теле. Это упражнение пополняет тело жизненной энергией.

Есть мнение, что регулярные занятия дыхательными практиками способны ликвидировать ряд серьёзных заболеваний таких, как туберкулёз, плеврит, пневмония, астма.

ЛЕЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ДЫХАНИЯ И СОГРЕВАНИЕ

1. Сядьте прямо, руки положите на колени. Указательным пальцем правой руки зажмите правую ноздрю и выполните серию резких выдохов за счет работы диафрагмы. Сначала следует выполнить 10 выдохов, затем, спокойно вдохнуть и задержать дыхание на 7 - 14 секунд. Повторить 7 выдохов, потом 5. Со временем можно увеличить количество выдохов в цикле до 32 с обязательной задержкой на вдохе на 32 секунды.

2. Положите большой палец правой руки на правую ноздрю, а средний - на левую. Указательный палец находится над переносицей выше рёберной дуги. Откройте левую ноздрю и сделайте через неё выдох, а затем, закрывая левую и открывая правую,

- вдох. Теперь закройте левую ноздрю и откройте правую - выдох. Вдох происходит самопроизвольно во время смены пальцев. Затем повторите упражнение, ритмично закрывая и открывая ноздри по очереди. Считается, что упражнения излечивают астму, туберкулёз, болезни носа, горла и грудной клетки, способствует хорошему аппетиту и согревает тело.

ДЫХАНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЗАМКОВ

1. На вдохе подбородок с небольшим напряжением в горле опускается на грудь. Такое положение препятствует выходу воздуха из легких и позволяет жизненной энергии циркулировать внутри тела. Здесь используется подбородочный или грудной замок.

2. Сядьте прямо, сделайте выдох и вдох. На задержке сожмите анус. Можно выполнить грудной замок, затем убрать и на выдохе расслабить анус.

Это нижний замок. Упражнение применяется при заболеваниях прямой кишки, мочевого пузыря, ночном недержании мочи, опущении мочевого пузыря и кишок. Также нижний замок эффективен при импотенции и фригидности. Выполнять его лучше всего во второй половине дня.

ДЫХАНИЕ, ЛЕЧЕБНОЕ ДЛЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Исходное положение – стоя, ноги врозь или поза лотоса. Сделайте вдох и выдох. Затем слегка наклонитесь вперед, согните ноги в коленях и обопритесь прямыми руками о бедра пальцами вовнутрь. Втяните к позвоночнику до отказа брюшную стенку, максимально поднимая диафрагму. Побудьте в этом положении, а затем с выдохом вернитесь в исходное положение. Помассируйте область живота по часовой стрелке. Выполняется на пустой желудок. Считается, что упражнение активизирует перистальтику, выводит шлаки из толстого кишечника, предотвращает опущение желудка, матки, кишок и помогает при импотенции, фригидности, преждевременной эякуляции, бесплодии.

Приведённый ряд дыхательных упражнений создан на основе «Энциклопедии: системы оздоровления Востока и Запада» под редакцией А. А. Левшинова. – СПб.: Прайм - Еврознак, 2001, 608 с.

В планах авторов разработать комплексы дыхательных упражнений для различных вариантов неуспешности, психологических проблем и нарушений психики. Данные комплексы будут содержать показания, противопоказания и технологии выполнения упражнений и оценку их эффективности.