

systems young generations continue functioning in an exhausted bureaucratic way. In this contradiction lies the global socio-pedagogical problem of modernity. In full accordance with the above mentioned circumstances, the purpose of this paper is a schematic configuration of theoretical and practical factors and conditions that contribute to a significant increase in measures of self-regulation and self-regulation of individual life. Research methods are conceptual comparativistics, system analysis, structural and functional analysis, as well as socio-prognostic method. A conceptual schema of designing models of professional behavioral programs that can constantly replenish the organizational behavior-repertoires of life strategies, tactics relevant interactions as well as the principles of social and professional self is determined. The causes of difficulties in becoming a typical professional, not burdened by any codes of practice, which has no clear behavioral guidelines, as in professional work and in their personal lives are detected.

Keywords: life planning, modeling behavioral programs of professional, behavioral strategies, professional activity.

Подано до редакції 16.01.2014

УДК 615.825(045)

Н. В. Запорожченко, Е. Я. Лисецкая, М. А. Лисецкий

КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ НЕГАТИВНЫХ ЭМОЦИЙ

Эмоциональный фон человека в большинстве случаев влияет на развитие функциональной недостаточности различных групп мышц. В процессе эксперимента установлено, что эмоции печали, грусти, тоски связаны с развитием функциональной недостаточности и образованием триггерных точек в квадратной мышце поясницы. Кинезиологическая коррекция приводила к значительному облегчению, но единоразовое применение этой техники не избавляло пациентов от болевого симптома, поскольку после коррекции происходила активация латентных триггерных точек в мышцах антагонистах. Функциональная недостаточность квадратной мышцы поясницы, её перерастяжение или стойкое укорочение является частой причиной образования различных форм сколиоза. Кинезиологическая коррекция квадратной мышцы поясницы эффективна при функциональных формах сколиоза. При поддержании мышц при помощи кинезиологической гимнастики у людей с функциональными формами сколиоза наблюдалось полное устранение этой патологии.

Ключевые слова: негативные эмоции, кинезиологическая коррекция, эмоциональный фон, триггерные точки.

Тело человека — это последний инструмент, который подсознание применяет в попытках привлечь внимание к какой-либо проблеме. В процессе жизнедеятельности проблемы накапливаются, тело буквально «обрастает болезнями». Вместо того чтобы искать причину боли, мы глотаем пилюлю от нее, потому что классическая медицина снимает только проявления (симптомы) болезни. Кинезиологический подход через мышечное тестирование – это физиологическая обратная связь с телом человека, которая позволяет разговаривать с организмом, находить причину проявленной патологии (этиологию). Кинезиологические методы, используя основные функции мышц, позволяют запустить механизмы самовыздоровления и самокоррекции организма, благодаря восстановлению которых, пациент справляется с болезнью сам.

Цели: Выявить зависимость хронического мышечного напряжения от эмоционального фона человека. Сравнить степень выраженности эмоционального фона с выраженностью изменений мышечного корсета до и после психокоррекции.

Материал исследования: 126 добровольцев: 106 человек с клиническим диагнозом сколиоз или лордоз. 20 человек здоровых.

Методы исследования:

Визуальная диагностика мышечного дисбаланса. Мануальное мышечное тестирование. Психологический: опросник - Л.Г. Почебут, выявляющий уровень агрессивности. Проекционные тесты Б. Сергеева для выявления уровня тревожности. Дневник эмоций в течении 7 дней. Техники психокоррекции: движение к истинной цели, построение личных перспектив.

Визуальная диагностика мышечного дисбаланса проводилась в статике и динамике, а также в положении, в котором человек испытывает максимальный дискомфорт. Визуально оценивались симметричность костных выступов, мышц, сухожилий, элементы капсулярносвязочного аппарата справа и слева во фронтальной и горизонтальной плоскостях, в переднезаднем направлении, в сагиттальной плоскости. Оценивалось взаиморасположение отделов позвоночника, головы и конечностей, а также брюшная стенка, положение пупка, дыхательные движения [2,4,8].

Мануальное мышечное тестирование выявляло скорость возбуждения мышц. Тестировалась слабая мышца. Мышце придавалось такое положение, при котором она полностью включалась в движение. Исследуемого просили выполнить легкое надавливание

против сопротивления врача. Врач удерживал сопротивление 3-4с, а затем резко незначительно усиливал надавливание. В норме мышца реагирует как пружина. При функциональной слабости мышца не реагирует на надавливание и возникает ощущение под руками как растяжение слабо-натянутой резиновой ленты. Кроме этого наблюдалось включение напряжения вспомогательных мышц при выполнении теста напряжения мышцы. При тестировании оценивается сопротивление давлению руки врача. Мышечная сила оценивалась на основании субъективной оценки сопротивления оказываемого врачу без анализа вида сокращения мышцы (изометрическое, концентрическое, эксцентрическое). Далее анализировалась активность стреч-рефлекса. В норме, при кратковременном растяжении такой мышцы сила сопротивления ещё более увеличивалась. [1, 3, 6, 8, 9].

Определялась эмоциональная конституция добровольцев на основании опросников и дневника заполненных участниками эксперимента, была оценена их эмоциональная конституция. Она соответствовала психоэмоциональной конституции человека: холерик - радостный, гневный, флегматик - печальный, подверженный страху, меланхолик - задумчивый, тоскливый, тревожный, сангвиник- радостный, тревожный.

Исследование. В период с 2010 по 2013 гг. были опрошены и проанкетированы 126 добровольцев с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и без них, в возрасте от 17 до 25 лет. После анализа дневников эмоций за неделю и оценки тревожности и агрессивности по заполненным ими опросникам, все участники были разделены на группы по преобладанию у них тех или иных эмоций: гнев, радость, тревога, печаль, страх.

Исследуемые часто испытывающие страх, тревогу – составили 21 (16,6%) человека, гнев – 51

(40,6%), еще 34 (26,9%) человека, были склонны к печали, и 20 (15,9%) человек обычно наслаждались жизнью – испытывая радость.

При визуальном осмотре и мануально-мышечном тестировании были выявлены изменения следующего характера: функциональная недостаточность большой грудной мышцы 38 человек – 30,2%; квадратной мышцы поясницы 29 (23,0); широчайшей мышцы спины 17 человек – 13,5%; лопаточной мышцы 9 (7,1%); подвздошно-поясничной мышцы 4 (3,2%); ромбовидной мышцы 3 (2,4%); поясничные мышцы – 2 (1,6%); прямая мышца живота 2 (1,6%); наружные и внутренние косые мышцы живота 1 (0,8%); и средней порции трапециевидной мышцы – 1 (0,8%).

У 20 (15,8%) человек не было выявлено патологии мышечного корсета.

После анализа анкет и дневников исследуемых, по склонности человека к испытыванию тех или иных эмоций, все участники эксперимента были разделены на 4 группы. Люди, живущие практически «без проблем» 20 (15,8%) человек, чаще испытывали радость, проявляли интерес или были спокойны на протяжении недели. Молодые люди со склонностью к грусти, печали, тоске и апатии к жизни составили группу из 34 (27,1%) человек. Самой многочисленной оказалась группа, состоявшая из людей склонных к раздражению, злости, гневу и даже ярости – 51 человек 40,5%. Люди склонные к тревоге и страху встретились нам в 21 случае, что составило 16,6%.

Полученные результаты визуального осмотра и мануально-мышечного тестирования были сопоставлены с данными полученными в процессе определения преимущественного эмоционального фона человека (таблица 1).

Таблица 1

Эмоция											
Раздражение, злость, гнев, ярость			Грусть, печаль, тоска, апатия			Тревога, страх			Радость, интерес, спокойствие		
Функциональная недостаточность мышц при этих эмоциях											
мышца	абс	%	мышца	абс	%	мышца	абс	%	мышца	абс	%
большая грудная	38	30,2	квадратная поясницы	29	23,0	широчайшая спины	17	13,5	Нет поражения	20	15,8
лопаточная	9	7,1	поясничные	2	1,6	подвздошно-поясничная	4	3,2			
ромбовидная	3	2,4	прямая живота	2	1,6						
средняя порция трапециевидной	1	0,8	наружные и внутренние косые мышцы живота	1	0,8						
Всего 126 100%	51	40,5		34	27,1		21	16,6		20	15,8

Из таблицы видно, что профиль эмоционального состояния участников эксперимента в большинстве

случаев определял функциональную недостаточность определенной группы мышц.

В целях кинезиологической и психологической коррекции была обследована группа людей склонных к переживанию грусти, печали, тоски и апатии с функциональной недостаточностью квадратной мышцы спины.

Квадратная мышца поясницы вместе с наружными и внутренними косыми мышцами живота, поясничными мышцами, мышцами выпрямляющими позвоночник и прямыми мышцами живота – разгибают позвоночник, сгибают и производят ротацию туловища.

Основным антагонистом квадратной мышцы является соответствующая мышца на противоположной стороне, поэтому и триггерные точки и сокращение волокон одной квадратной мышцы поясницы, часто приводит к вторичному вовлечению противоположной мышцы [5].

У людей с миофасциальной недостаточностью квадратной мышцы поясницы включается мышечная защита, ограничивающая подвижность между поясничными позвонками и крестцом во время ходьбы. Также защита включается при переходе из вертикального в горизонтальное положение, при поворотах в постели, а так же вставания с кровати или из кресла. Характерный болевой синдром может развиваться при сильном кашле. При наличии триггерных точек в квадратной мышце поясницы в положении стоя таз несколько смещается вниз на стороне, противоположной пораженной мышце. На уровне поясничного отдела позвоночника обычно развивается функциональный сколиоз направленный выпуклостью в сторону, противоположную пораженной мышце. Имеющийся в норме лордоз поясничного отдела несколько уплощается, вследствие ротации позвоночника, сопровождающей образование сколиоза. Несмотря на то, что сама по себе квадратная мышца осуществляет разгибание позвоночника. Сгибание и разгибание в поясничном отделе позвоночника ограничено, а иногда и совершенно невозможно. Ограничено сгибание в сторону, противоположную пораженной мышце или в обе стороны. Поражение бокового сгибания, обусловленное перенапряжением квадратной мышцы поясницы можно видеть в положении больного лежа. Триггерные точки вызывают сокращение мышцы, и таким образом, приводят к искривлению таза за счет его смещения вверх на стороне пораженной мышцы. При глубокой пальпации можно обнаружить болезненность в области подвздошной кости, однако чаще всего этот симптом не определяется, поскольку при таком положении больного уменьшается пространство между 10 ребром и гребнем подвздошной кости, а также из-за того что большая часть квадратной мышцы поясницы с задней стороны покрыта широким слоем околопозвоночных мышц [5,7].

Исследование квадратной мышцы поясницы проводилось в трех её отделах. Первый отдел расположен в глубине, в углу, образуемом гребнем подвздошной кости и околопозвоночными мышцами. В

этой области давление осуществлялось в направлении нижних косых подвздошно-поясничных волокон квадратной мышцы поясницы. Второй отдел квадратной мышцы поясницы располагается вдоль внутреннего края гребня подвздошной кости. При перпендикулярном направлении кончиков пальцев производилась поверхностная пальпация, на предмет выявления уплотненных мышечных пучков. Третий отдел расположен в углу образованном околопозвоночными мышцами и 12 ребром. Кончиками пальцев производилась пальпация в направлении поперечных отростков позвонков L1-L2. При этом выявлялась болезненность при надавливании, поскольку эти волокна находятся глубоко, что бы нащупать уплотнение мышц.

Исследование болевых точек квадратной мышцы поясницы проводилось в положении исследуемого лежа на здоровом боку с запрокинутой за голову рукой. Нога закидывалась таким образом, что колено ноги на обследуемой стороне оказывалось на столе позади колена противоположной ноги. Такое положение человека позволяло получить наиболее широкий доступ к мышце и достигалось необходимое её натяжение для пальпации.

Сила квадратной мышцы исследовалась во время латерального сгибания и подтягивания бедра в тазобедренном суставе с отведением ноги на 20-30 градусов и приведении бедра к ребрам, преодолевая сопротивление врача, который удерживает колено на стороне пораженной мышцы [10].

Кроме триггерных точек в пораженной мышце были выявлены зоны отраженной боли. Иногда на пораженной стороне наблюдалось укорочение нижней конечности. С искривлением осанки и формированием сколиоза.

После охлаждения кожи пораженной зоны хладагентом, врач проводил кинезиологическую коррекцию путем оказания давления на грудную клетку по направлению кверху и кпереди с растягиванием квадратной мышцы. При отсутствии поражения тазобедренного сустава ногу на пораженной стороне, свисающую за край стола, слегка смещали в дистальном направлении, добиваясь, таким образом, полного расслабления мышцы. При этом производилось плавное надавливание на подвздошную кость, смещая ее в сторону от грудной клетки, что способствовало растягиванию квадратной мышцы.

В домашних условиях добровольцы с поражением квадратной мышцы поясницы обязаны были выполнять кинезиологическую гимнастику. Наклоны в здоровую сторону, пока больная мышца не достигнет состояния преднапряжения. С поднятием глаз на вдохе вверх; при этом квадратная мышца на выпуклой стороне рефлекторно сокращается, корпус автоматически приподнимается. Задержка в этом положении на 10—20 секунд. После этого взгляд нужно отвести вниз и сделать медленный выдох; при этом туловище автоматически опускается, растягивая болезненную

мышцу. Необходимо следить затем, чтобы туловище наклонилось строго вбок без отклонений вперед или назад.

Растягивание квадратной мышцы в положении лежа на боку. Нужно лечь на здоровый бок; если боль ощущается по обеим сторонам позвоночника, упражнение выполняется поочередно на обоих боках. Под поясницу кладется подушка или валик. При этом высота валика должна быть такой, чтобы обеспечить достаточное растяжение мышцы без выраженного дискомфорта. На вдохе 10—20 секунд нужно немного напрягать мышцы верхнего бока, а затем полностью расслабиться. По мере растягивания мышцы можно увеличить высоту валика.

Через некоторое время у большинства людей с функциональной недостаточностью квадратной мышцы поясницы (несколько дней или недель) после коррекции с одной стороны, возникали боли на другой стороне. Это происходило, потому что обе квадратные мышцы поясницы действуют в комплексе, контролируют латеральное сгибание поясничного отдела позвоночника, и являются антагонистами друг-другу. Происходила возбуждение инактивированных латентных триггерных точек и контралатеральная мышца становилась активными источником болей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева Л.Ф. Мануальная диагностика и терапия. Клиническая биомеханика и патобиомеханика / Васильева Л.Ф. / - С.-Петербург: Фолиант, 1999. - 400 с.
2. Васильева Л.Ф. Способ диагностики статических нарушений у пациентов с хроническими болями мышечными синдромами / Васильева Л.Ф., Шмидт И. Р., Коган О. Г. / АС 96109392,- 1996. - 25 с.
3. Иваничев Г.А. Мануальная медицина / Г.А. Иваничев / Казань, - 2000. - 160 с.
4. Коган О.Г. Визуальная диагностика неоптимальности статики и динамики / Коган О.Г., Шмидт И.Р., Васильева Л.Ф. // Ман. мед. - 1986. - № 3 - С. 85-92.
5. Тревелл Дж.Г. Миофасциальные боли и дисфункции. Руководство по триггерным точкам в 2х томах. Перевод А.Г.Власенко Б.В.Гусева /

REFERENCES

1. L.F. Vasilyeva Manual diagnostics and therapy. Clinical biomechanics and biomechanik / L.F. Vasilyeva / - S. Petersburg: Foliant, 1999. - 400 C
2. L.F. Vasilyeva static Method for the diagnosis of abnormalities in patients with chronic painful muscular syndromes / L.F. Vasilyeva, Schmidt I. R., O. Kogan, / AU 96109392,- 1996. - 25 C.
3. Ivanichev G.A Manual medicine / G.A Ivanichev / Kazan, 2000. - 160 C.
4. Kogan OG Visual diagnostics of nonoptimality of statics and dynamics / Kogan OG, Schmidt I.R., L.F. Vasilyeva // man. honey. - 1986. - № 3 - C. 85-92.

Кинезиологическая коррекция приводила к ускорению функционального сколиоза, при стойком сколиозе она лишь ухудшала ситуацию. При коррекции неравенства длины нижних конечностей в тех случаях, когда сколиоз являлся стойким, наблюдалось усиление искривления позвоночника.

Рекомендации таким больным: необходимо избегание любых изменений в механике стопы, например пронация стопы и лодыжки приводящие к асимметрии походки, могут вызвать избирательное мышечное перенапряжение, включая квадратной мышцы поясницы. Следует использовать соответствующую корригирующую обувь. Сон на жестком матрасе с подкладыванием подушечки под ноги ниже колен, чтобы разгрузить нижние отделы и не вызывать избыточного сгибания в тазобедренном суставе. Избегать одновременного сгибания и поворота туловища.

Выводы: эмоции человека имеют непосредственное влияние на его тело. Хроническое переживание печали, грусти, тоски приводит к развитию функциональной недостаточности квадратной мышцы поясницы. Длительность существования это симптома влечет за собой развитие сколиоза. Функциональный сколиоз поддается кинезиологической коррекции, вплоть до полного устранения этой патологии.

- Дж.Г.Тревелл Д.Г Симонс / М. Медицина – 2005. - Т. 2 – 647 с.
6. Goodheart G. Applied Kinesiology. - London: Edinburg. - 359 p.
7. Gerz W. This is Applied Kinesiology. - GmbH.: Ullstein Mosby, 1995. - 16 p
8. Janda V. Manuelle Muskelfunktionsdiagnostik. - GmbH.: Ullstein Mosbv.- 1994.- 300с.
9. Lewit K. Manipulative therapy in Rehabilitation of the locomotor system,- Butter-worth.: Heinemann, 1999. - 346p.
10. Lewit K. Diagnosis of muscular dysfunction by inspection / Lewit K., Wasilyewa L. / In Rehabilitation of the spine - USA: Williams and Wilkins, -1995. - P. - 113-14.

5. Trevell Дж.Г. Myofascial pain and dysfunction. Manual trigger points in 2 volumes. Translation A.G.Vlasenko Б.В.Гусева G.G.Trevell D. Simons / M Medicine 2005. - 2 - 647 C.
6. Goodheart G. Applied Kinesiology. - London: Edinburg. - 359 p.
7. Gerz W. This is Applied Kinesiology. - GmbH.: Ullstein Mosby, 1995. - 16 p
8. Janda V. Manuelle Muskelfunktionsdiagnostik. - GmbH.: Ullstein Mosbv.- 1994.- 300с.

9. Lewit K. Manipulative therapy in Rehabilitation of the locomotor system,- Butter-worth.: Heinemann, 1999. - 346p.

10. Lewit K. Diagnosis of muscular dystyunktion by inspection / Lewit K., Wasilyewa L. / In Rehabilitation of the spine - USA: Williams and Willkins, -1995. - P. - 113-14.

Н. В. Запорожченко, О. Я. Лісецька, М. О. Лісецький

КІНЕЗІОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ НАСЛІДКІВ НЕГАТИВНИХ ЕМОЦІЙ

Емоційний фон людини у більшості випадків впливає на ураження певної групи м'язів. Під час експерименту доведено, що емоції печалі, смутку, туги пов'язані з функціональною недостатністю і розвитком тригерних точок у квадратному м'язі попереку. Недостатність функції квадратного м'язу попереку, а саме його скорочення або стійка слабкість призводять до розвитку різних форм сколіозу. Кінезіологічна корекція призводить до значного полегшення, але не вирішує проблеми повністю, оскільки після корекції відбувається активація латентних тригерних точок у м'язах антагоністах. Кінезіологічна корекція квадратного м'язу попереку була ефективна при функціональних формах сколіозу. При підтримці м'язів за допомогою кінезіологічної гімнастики у людей з функціональними формами сколіозу спостерігалось повне усунення цієї патології.

Ключові слова: негативні емоції, кінезіологічна корекція, емоційний фон, тригерні точки.

N. V. Zaporozhchenko, O. Ya. Lisets'ka, M. O. Lisets'kiy

KINESIOLOGICAL CORRECTION OF CONSEQUENCES OF NEGATIVE EMOTIONS

Emotional background of a person in most cases affects the development of functional insufficiency of different muscle groups. In the result of the experiment it was found out that emotions of sorrow, sadness, melancholy are associated with the development of functional insufficiency and formation of trigger points in quadratus lumborum. Kinesiological correction resulted in considerable relief, but its one-time application does not deliver patients from pain, because after the correction an activation of latent trigger points in muscles-antagonists took place. Functional inadequacy of quadratus lumborum, its hyperextension or permanent shortening is a frequent cause of forming various kinds of scoliosis. Kinesiological correction of quadratus lumborum is effective in cases of functional forms of scoliosis. In conditions of maintaining muscles with help of kinesiological gymnastics there was complete elimination of different forms of scoliosis.

Keywords: negative emotions, kinesiological correction, emotional background, trigger points.

Подано до редакції 08.01.2014
