

Głęboki masaż

mobilizacyjno-powięziowy

kręgosłupa

Zdzisław Drobner

Głęboki masaż

mobilizacyjno-powięziowy

kręgosłupa

Jak pozbyć się przewlekłego bólu
dzięki innowacyjnej terapii
mięśniowo-powięziowej



REDAKCJA: Natalia Paszko
SKŁAD: Krzysztof Remiszewski
PROJEKT OKŁADKI:

Wydanie I
BIAŁYSTOK 2019
ISBN 978-83-8168-291-6

Copyright © Zdzisław Drobner 2019

© Copyright for the Polish edition by Wydawnictwo Vital, Białystok 2019
All rights reserved, including the right of reproduction in whole or in part in any form.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Żadna część tej publikacji nie może być powielana ani rozpowszechniana za pomocą urządzeń elektronicznych, mechanicznych, kopiujących, nagrywających i innych bez pisemnej zgody posiadaczy praw autorskich.

Książka ta zawiera porady i informacje odnoszące się do opieki zdrowotnej. Nie powinny one jednak zastępować porady lekarza ani dietetyka. Jeśli podejrzewasz u siebie problemy zdrowotne lub wiesz o nich, powinieneś skonsultować się z lekarzem, zanim rozpoczniesz jakiegokolwiek program poprawy zdrowia czy leczenia. Dołożono wszelkich starań, aby informacje zaprezentowane w tej książce były rzetelne i aktualne podczas daty jej publikacji. Wydawca ani autor nie ponoszą żadnej odpowiedzialności za jakiegokolwiek skutki dla zdrowia, mogące wystąpić w wyniku stosowania zaprezentowanych w książce metod.



15-762 Białystok
ul. Antoniuk Fabr. 55/24
85 662 92 67 – redakcja
85 654 78 06 – sekretariat
85 653 13 03 – dział handlowy – hurt
85 654 78 35 – www.vitalni24.pl – detal
strona wydawnictwa: www.wydawnictwovital.pl
Więcej informacji znajdziesz na portalu www.odzywianie24.pl

PRINTED IN POLAND

SPIS TREŚCI

WSTĘP

7

GŁĘBOKI MASAŻ MOBILIZACYJNO-POWIĘZIOWY
KRĘGOSŁUPA

9

NIECO TEORII

13

TERAZ NADSZEDŁ CZAS,
BY POWIEDZIEĆ KILKA SŁÓW O POWIĘZIACH

29

PRZEBIEG ZABIEGU

37

ANEKS – MASAŻ ENERGETYCZNY

77

TERAPIA FUNKCJONALNA WEDŁUG JOHNSTONA

85

KRĘGOSŁUP SZYJNY

105

KRĘGOSŁUP PIERSIOWY

131

KRĘGOSŁUP LĘDŹWIOWY

145

STAW KRZYŻOWO-BIODROWY

149

DYSFUNKCJA KOŚCI GUZICZNEJ

155

DYSFUNKCJA SPOJENIA ŁONOWEGO

159

GŁĘBOKI MASAŻ MOBILIZACYJNO-POWIĘZIOWY KRĘGOSŁUPA

Głęboki masaż mobilizacyjno-powięziowy kręgosłupa, który chciałbym przedstawić w tej książeczce, a który przynajmniej w pewnym stopniu został opracowany przeze mnie, jest niewątpliwie kompilacją, czyli „dzieckiem kilku ojców”, i uważam, że nie mam czego się wstydzić z tego powodu.



Rys. 1. Rudolf Breuss

Zacząłem się od tego, że w latach 70. ubiegłego wieku miałem okazję nauczyć się (i to bezpośrednio od samego autora)

mało wtedy jeszcze znanego masażu kręgosłupa według Rudolfa Breussa, będącego jedną z coraz częściej spotykanych technik autorskich.

Jej autor, w swoim czasie bardzo znany i ceniony naturoterapeuta austriacki, zresztą głównie z racji opracowanej przez siebie diety sokowej mającej działać przeciwnowotworowo, w swym niezwykle czynnym 91-letnim, obejmującym praktycznie prawie cały XX wiek życiu przyjął podobno, i to z dobrymi efektami udokumentowanymi zaświadczeniami i opiniami lekarskimi, ponad 9000 pacjentów cierpiących na różne zaburzenia kręgosłupa, a mających za sobą przeważnie wiele lat leczenia, w tym także zabiegów manualnych różnego typu.

Posługiwał się przy tym wyłącznie opracowaną przez siebie techniką masażu, która może być stosowana zarówno jako terapia samoistna, jak i łączona z innymi zabiegami leczniczymi. Szczególnie z coraz popularniejszą zwłaszcza w Niemczech oryginalną formą nieagresywnej *terapii manualnej w ruchu*, tzw. **metodą Dorna**, stosowaną w zaburzeniach zarówno kręgosłupa, jak i stawów obwodowych. Masaż Breussa w swoim czasie „został odkryty” przez ucznia Dietera Dorna, Haralda Fleiga, który przywiózł go do Niemiec i w krótkim czasie włączył do metody Dorna, uzupełniając ją zresztą o dwie własne techniki. Ponieważ zabieg ten w swojej oryginalnej formie jest dla pacjentów równie skuteczny co po prostu bardzo przyjemny, zazwyczaj bardzo go lubią.

Masaż ten od początku musiał być wykonywany zawsze całościowo, tzn. na całej długości kręgosłupa, nie zaś na aktualnie bolesnym odcinku, jak to niekiedy ma miejsce np. w masażu klasycznym.

Oryginalny masaż Breussa, który w najprostszej wersji opisałem w mojej książeczce *Cztery proste masaże* (Studio Astropsychologii, Białystok 2003) jest techniką bardzo efektywną,

a jednocześnie nawet dla laika stosunkowo łatwą do opanowania, co zazwyczaj nie zajmuje więcej niż kilka godzin.

Rudolf Breuss był samoukiem i jego wiedza na temat medycyny, w tym szczególnie fizjologii, była, delikatnie mówiąc, nader skąpa. Stąd też opracowana przez niego teoria działania własnego masażu z naukowego punktu widzenia jest raczej niewiarygodna. Cóż z tego, skoro wyniki jego stosowania były bardzo zachęcające. Dopiero w dzisiejszych czasach „dobrano” do tej metody podstawy naukowe, uzupełniając intuicyjne działanie jej twórcy.

Prezentowany obecnie przeze mnie masaż mobilizacyjno-powięziowy jest zatem przede wszystkim rozwinięciem koncepcji Breussa. Został jednak rozszerzony o chwytty zapożyczone z opracowanej przez S. Liefę i B. Chaitowę terapii nerwowo-mięśniowej, oraz elementy tzw. głębokiego masażu tkanek i tradycyjnego masażu chińskiego Tui Na, w tym technikę Gua sha.

Jeśli jednak przyjrzymy się uważnie oryginalnemu masażowi Breussa, zauważymy, że można go w dużym stopniu zaliczyć do technik powięziowych, a także głębokich. Rudolf Breuss był zatem jednym z prekursorów nowoczesnych technik masażu.

Chciałbym tu jednocześnie jeszcze raz podkreślić, że książeczka ta jest napisana dla zawodowców – masażystów i fizjoterapeutów znających już dobrze techniki masażu klasycznego i posiadających odpowiednią wiedzę anatomiczną.

Sam masaż uzupełniony został w niej przez najdelikatniejszą technikę terapii manualnej kręgosłupa, jaką jest opracowana przez prof. Williama Johnstona, pozbawiona pozornie jakichkolwiek form działania ze strony terapeuty, **terapia funkcjonalna** (czynnościowa), zwana również techniką pozycyjno-relaksacyjną, a ostatnio mobilizacją przez punkt neutralny.

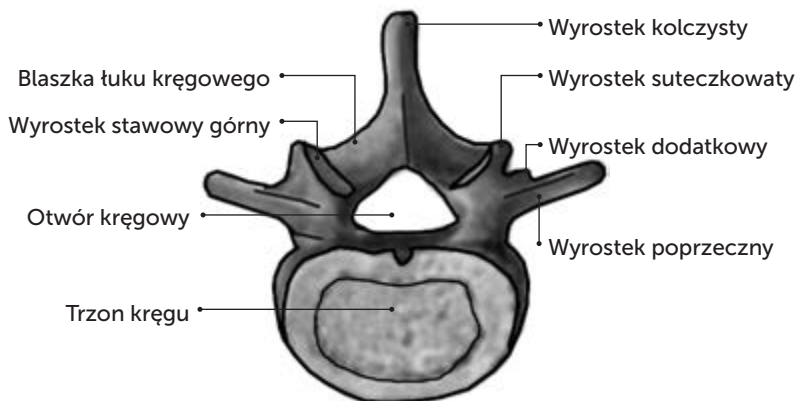
NIECO TEORII

Masaż Breussa, według założeń jego twórcy, ukierunkowany był przede wszystkim na leczenie bardzo często dziś spotykanego schorzenia jakim jest **dyskopatia**. Na wszelki przypadek przypomnijmy sobie zatem nieco teorii.

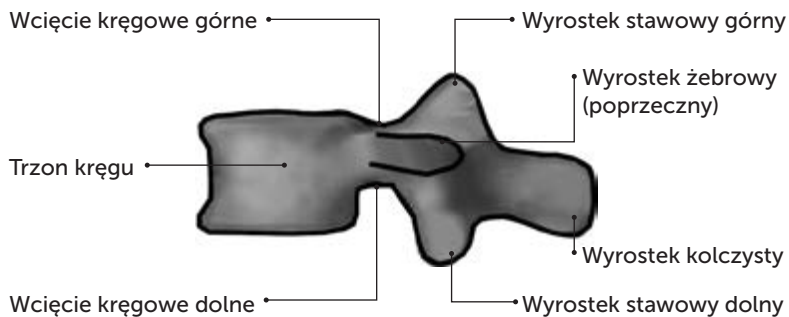
Jak wiemy, nasz kręgosłup składa się z 24 ruchomych kręgów. Z jednej strony łączy się on z czaszką, z drugiej zaś z kością krzyżową składającą się z 5 zrośniętych ze sobą kręgów, wchodzącą w skład tzw. *obręczy biodrowej*, do której także zaliczają się kości miednicy i stawy biodrowe. Każdy z kręgów (za wyjątkiem najwyższego – szczytowego, zwanego popularnie atlasem) składa się z trzonu, 2 zrośniętych ze sobą blaszek łuków kręgu, które łączą się w wyrostek kolczysty, oraz dwóch symetrycznych wyrostków poprzecznych. Pomiędzy łukiem a trzonem kręgu znajduje się otwór kręgowy, przez który przechodzi rdzeń kręgowy. Sąsiadujące ze sobą kręgi łączą się ze sobą stawami międzywyrostkowymi (dawniej zwanymi międzykręgowymi).

Pomiędzy trzonami prawie wszystkich kręgów znajdują się zbudowane z tkanki chrzęstnej **krażki międzykręgowe**, zwane

popularnie dyskami. Każdy z nich składa się z trzech elementów: 2 płytek chrzęstnych (granicznych), pierścienia włóknistego oraz jądra miazdżystego.



Rys. 2a. Schemat budowy kręgu lędźwiowego – widok z góry

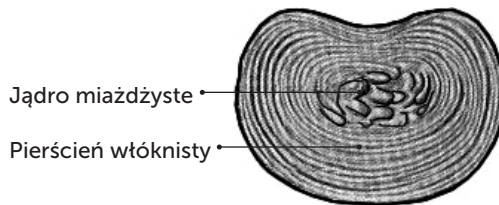


Rys. 2b. Schemat budowy kręgu lędźwiowego – widok z boku

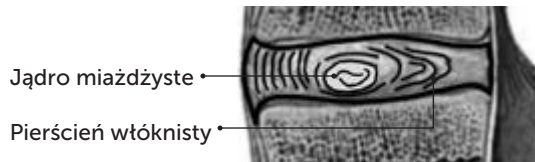
- **Płytki chrzęstne** pokrywają bezpośrednio górną i dolną powierzchnię trzonu każdego kręgu. Mają one istotne znaczenie w przenikaniu płynów odżywczych do jądra miazdżystego i pierścienia włóknistego. Zmiany nacisku na krążki

międzykręgowce działają jak pompa ssąco-tłocząca, co umożliwia lepsze odżywianie i przedłuża zachowanie sprawności mechanicznej połączeń międzykręgowych.

- **Pierścień włóknisty**, będący częścią obwodową (zewnętrzną) krążka, zbudowany jest z wielu warstw włókien kolagenowych, które krzyżują się ze sobą i rozchodzą w różnych kierunkach. Taki ich układ korzystny jest szczególnie dla przenoszenia sił skręcających, zapewnia on bowiem dużą odporność struktury wobec tego typu naprężeń.



Rys. 3a. Widok krążka międzykręgowego z góry



Rys. 3b. Widok krążka międzykręgowego z boku

- Miękka, galaretowata część wewnętrzna krążka (stanowiąca pozostałość struny grzbietowej u niższych zwierząt) nosi miano **jądra miażdżystego** i jest jego najważniejszym czynnościowo i najbardziej wyspecjalizowanym elementem. Pod działaniem nacisku może się odkształcać i przesunąć w obrębie pierścienia włóknistego. Bezpośrednio po urodzeniu ma ono konsystencję

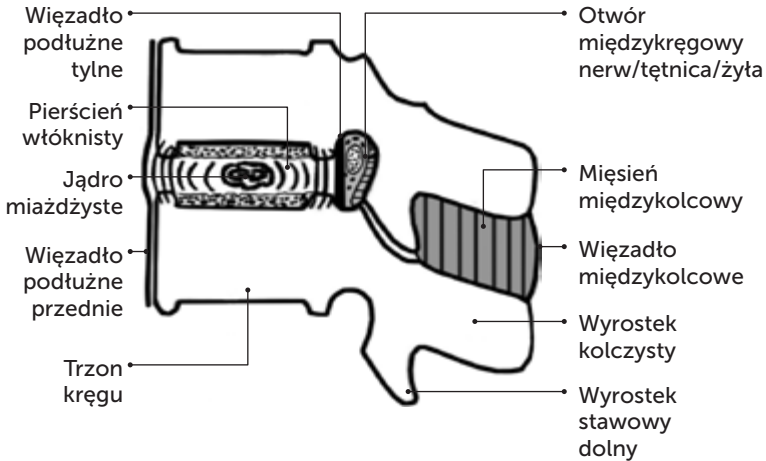
półgalaretowatą i zawiera śluz przetykany włóknami chrzęstno-włóknistymi, natomiast w wieku 12 lat jest już prawie całkowicie zbudowane z tkanki chrzęstnej i włóknistej (proces tej przemiany trwa przez całe życie).

Zawiera ono dużą ilość wody (przy urodzeniu zawartość jej wynosi ok. 88%, w wieku 18 lat – 80%, natomiast w wieku 77 lat ok. 69%). dzięki czemu krążek jest napięty i może pełnić wspomnianą rolę „poduszki amortyzacyjnej” dla obciążeń kręgosłupa. Ponieważ u osób dorosłych jest on pozbawiony unaczynienia, odżywanie go oraz usuwanie produktów przemiany materii odbywa się u nich na drodze dyfuzji (przenikania) z trzonami kręgowymi poprzez płytki chrzęstne, co możliwe jest dzięki specyficznym właściwościom biofizycznym żelu stanowiącego najważniejszy jego składnik. Zwapnienie płytek granicznych bardzo ogranicza proces dyfuzji, w wyniku czego krążki nie są zaopatrywane w wodę w wystarczającym stopniu.

W odcinkach szyjnym i lędźwiowym krążki są z przodu wyższe, a z tyłu niższe, natomiast w odcinku piersiowym sytuacja wygląda odwrotnie: krążek jest z przodu niższy, a z tyłu wyższy. Generalnie rzecz ujmując, grubość krążków międzykręgowych wzrasta w kierunku doogonowym, czyli, mówiąc popularnie, w dół. Są one umocnione przez **więzadła podłużne** tylne i przednie przebiegające wzdłuż kręgosłupa, z przodu i z tyłu trzonów kręgowych, przy czym pierwsze z nich (tylne) jest z krążkiem zrośnięte, stanowiąc wyściółkę kanału kręgowego, natomiast drugie (przednie), aczkolwiek przyrośnięte do trzonów kręgów, z samym krążkiem jest połączone znacznie luźniej.

Dwa sąsiadujące ze sobą kręgi wraz z krążkiem międzykręgowym oraz łączącymi je mięśniami i więzadłami oraz wychodzącymi z kanału kręgowego korzeniami nerwowymi stanowią całość

czynnościową, noszącą dawniej miano **segmentu ruchowego** (Junghanssa), obecnie zaś coraz częściej określane jako **spojenie międzykręgowe**.



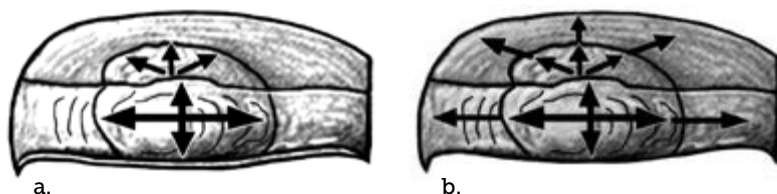
Rys. 4. Spojenie międzykręgowe

Po całym dniu spędzonym na nogach, dorosły człowiek staje się „krótszy” o ok. 2-3 cm. Podczas wypoczynku w pozycji leżącej krążki są odciążone, w związku z czym mogą powrócić do swych normalnych rozmiarów. Jak już wiemy, ponieważ same krążki są w wieku dorosłym pozbawione naczyń krwionośnych, ich zaopatrywanie w wodę i substancje odżywcze następuje drogą dyfuzji z sąsiadujących z nimi trzonami kręgów, co nazywamy „pompą krążkową”, działającą zazwyczaj jedynie przy zmianach pozycji pionowej (stojącej lub siedzącej) na poziomą (leżącą). Masaż omawiany w tej książce uaktywnia, w inny oczywiście sposób, działanie tego mechanizmu.

Pierścień włóknisty z upływem czasu zazwyczaj traci swą jędrność i marszczy się, przestając być elastyczny. W niektórych przypadkach jednak, często bez żadnej istotnej przyczyny takiej jak

np. uraz czy przeciążenie, w krążku następują zaburzenia przemiany materii prowadzące do *wzmoczonego wychwytywania płynów* podczas wspomnianego procesu dyfuzji. W efekcie dochodzi do obrzęku powodującego wzrost jego wymiarów zarówno w płaszczyźnie poziomej, jak i pionowej. W pierwszej fazie obrzęk dotyczy samego pierścienia miażdżystego i jest praktycznie niezauważalny, w drugiej obejmuje cały krążek. Efektem jest **oddalenie się** od siebie trzonów kręgów (widoczne na zdjęciach bocznych rtg), jak też ucisk na więzadła i struktury znajdujące się w kanale kręgowym. Stan też określamy jako **pierwszy etap dyskopatii**.

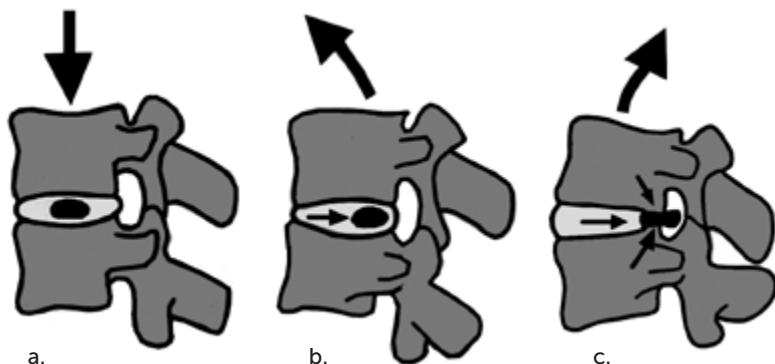
Ponieważ trwa on stosunkowo krótko (niekiedy dosłownie kilka godzin), zmiany takie klinicznie wychwytywane są dość rzadko.



Rys. 5.

- a. Faza I pierwszego etapu dyskopatii – obrzęk jądra miażdżystego.
- b. Faza II pierwszego etapu dyskopatii – obrzęk całego krążka.

Sam proces zasadniczo nie stanowi jeszcze bezpośredniego niebezpieczeństwa. Stosowane jednak niekiedy przy spowodowanych uciskiem bólach grzbietu energiczne zabiegi typu kręgarskiego (często w dodatku wykonywane przez niefachowców), mogą doprowadzić do rozciągnięcia włókien pierścienia włókniстого, przez co w następnym etapie powstać mogą „fałdy” uciśkające na sąsiednie tkanki, bądź nawet do pęknięcia nadmiernie rozciągniętego pierścienia, a w rezultacie do przepukliny jądra miażdżystego (o której za chwilę będzie mowa).



Rys. 6. Wpływ ruchu na przesunięcie się jądra miazdżystego.

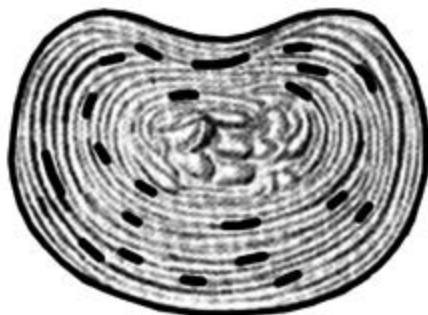
- Prawidłowe obciążenie kręgosłupa, prawidłowa lokalizacja jądra miazdżystego w strukturze krążka międzykręgowego
- Raptowne zgięcie kręgosłupa do skłonu powoduje przesunięcie się jądra do tyłu, w stronę otworu międzykręgowego i rdzenia kręgowego
- Wygięcie kręgosłupa do tyłu (np. „przeprost na kolanie”, tak lubiany przez niektórych terapeutów manualnych, a zwłaszcza kręgarzy) przy osłabieniu pierścienia włóknistego prowadzi do jego pęknięcia i wydostania się treści jądra, lub w innych przypadkach przy osłabieniu więzadła tylnego do wysunięcia się krążka do otworu kręgowego

W obu przypadkach uciśnięty zostaje korzeń nerwu rdzeniowego. W wyjątkowo pechowej sytuacji, gdy więzadło jest bardzo osłabione (np. na skutek intensywnych rozciągnięć), może dojść nawet do wysunięcia się krążka do kanału kręgowego i ucisku na rdzeń

W samym pierścieniu mogą pojawiać się charakterystyczne mikroskopijne pęknięcia. Mogą one mieć dwojaki charakter:

- **Pęknięcia koncentryczne** związane są z procesami zwyrodnieniowymi. Są one zazwyczaj zbyt małe, by doprowadzić do osłabienia jego struktury, wystarczają jednak, aby szybciej niż zazwyczaj następowała jego **dehydratacja** czyli odwodnienie

(po prostu odparowanie). W tej sytuacji krążek traci wodę szybciej, niż następuje jej uzupełnienie w procesie dyfuzji.



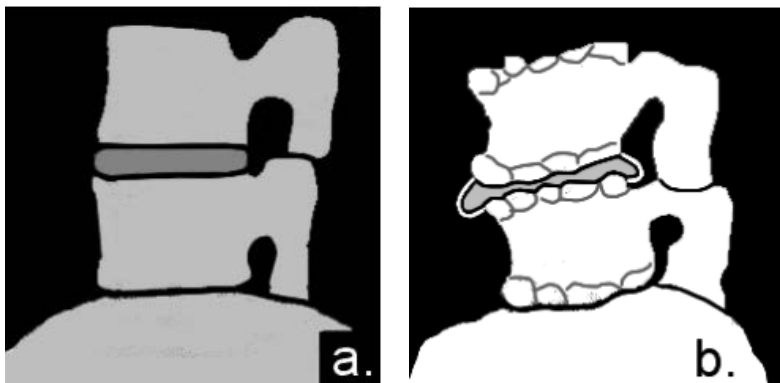
Rys. 7. Pęknięcia koncentryczne

Pozbawiony napięcia krążek spłaszcza się, co z kolei powoduje zmniejszenie się odstępów pomiędzy kręgami i pociąga za sobą zwężenie się **otworów międzykręgowych**, przez które przebiegają nerwy rdzeniowe łączące rdzeń kręgowy pośrednio lub bezpośrednio z narządami obwodowymi.

Z czasem pojawiają się również tzw. zmiany zwyrodnieniowe (zwane **osteofitami** czy też popularnie „dziobami”), będące ze strony organizmu mechanizmem ochronnym, mającym na celu zahamowanie zbliżania się do siebie trzonów kręgów.

Jest to tzw. **drugi etap dyskopatii**, rozpoznawany radiologicznie poprzez wyraźne zwężenie szpary międzykręgowej. Efektem tego zwężenia jest, jak wyżej wspomniałem, zmniejszenie średnicy otworu międzykręgowego, a co za tym idzie ucisk na struktury przezeń przechodzące (zwłaszcza nerwy), co z kolei wywołuje ból. Istotną rolę odgrywa tu również „wystawanie” poza brzegi trzonów swoistego tzw. fartuszka z tkanki pozbawionego napięcia pierścienia włóknistego, który uciska zarówno na wspomniane

nerwy i naczynia, jak i na więzadła, zaś na zdjęciu rtg często jest mylony z wysunięciem krążka (protruzją).



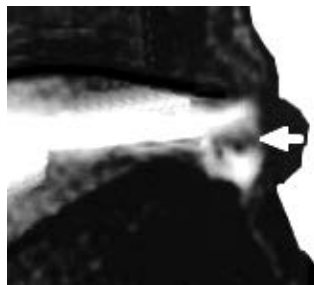
Rys. 8. Drugi etap dyskopatii

- a. Krążek zdrowy.
- b. Krążek ze zmianami zwyrodnieniowymi i „fartuszkim”.

Pęknięcia **promieniste** wychodzą z jądra miazdżystego i stopniowo prowadzą najpierw do osłabienia pierścienia (etap I i II), w wyniku czego może on wysunąć się nieznacznie poza granice wyznaczone brzegami trzonu kręgowego, co nazywamy **wypukliną** czyli **protruzją** krążka międzykręgowego.



Rys. 9. Schemat ideowy protruzji



Rys. 10. Uprozczone zdjęcie RTG protruzji

Następnym etapem jest wysunięcie się znaczniejszej jego części. Mamy wówczas do czynienia z **przepukliną**, czyli **prolapsem**.



Rys. 11. Rozpoczynający się proces powstawania przepukliny



Rys. 12. Przepuklina bez pęknięcia ścianki pierścienia włóknistego

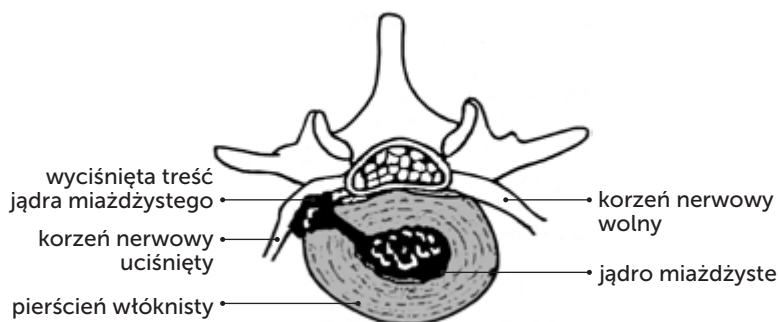
Możliwe jest również przerwanie ciągłości pierścienia włóknistego, a w takim zaś przypadku zawartość jądra galaretowatego zostaje wyciśnięta na zewnątrz, uciskając na korzeń nerwu rdzeniowego, co z kolei prowadzić może do poważnych komplikacji neurologicznych w formie porażień, a nawet paraliżu.



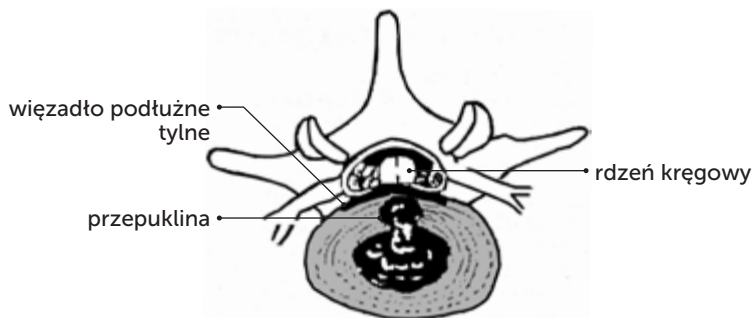
Rys. 13. Przepuklina z tak zwaną sekwestracją – pęknięciem pierścienia włóknistego

Rozróżniamy przepuklinę **boczną**, w której uciśnięte zostają korzenie nerwów rdzeniowych, oraz **centralną**, gdzie ucisk skierowany jest bezpośrednio na kanał rdzeniowy. W tym drugim przypadku

wydobycie się treści jądra miazdżystego jest wprawdzie w praktyce niemożliwe (za wyjątkiem poważnych urazów), jako że po drodze znajduje się mocne pasmo więzadła podłużnego tylnego, przyrośniętego, do krążka. Jeśli jednak jest ono rozciągnięte i osłabione, mamy wówczas do czynienia z uciskiem na struktury rdzenia. W pierwszym z omówionych przypadków bóle są jednostronne, w drugim mają charakter obustronny i najczęściej stanowią wskazanie do leczenia operacyjnego.



Rys. 14. Przepuklina boczna



Rys. 15. Przepuklina centralna

Charakter i jakość dolegliwości spowodowanych przez przepuklinę, a nawet protruzję (wysunięcie krążka), mogą być również

ściśle związane ze średnicą i kształtem **kanału kręgowego** – jeśli jest on wąski, nawet stosunkowo niewielkie przemieszczenia części krążka do jego światła mogą powodować bardzo silne objawy bólowe.

W przypadku ucisku na korzenie nerwowe może dojść w nich do różnie zaawansowanych zmian z powodu ich niewielkiej przesuwalności po opuszczeniu rdzenia kręgowego. Korzeń może wówczas zostać naciągnięty lub uciśnięty.

Z klinicznego punktu widzenia istotne jest również zjawisko „przyklejania” się korzenia do przepukliny (bocznej) jądra miazdżystego. Powstałe w wyniku tego zrosty wiążą korzeń z przepukliną **na stałe**, nawet gdy jej zawartość ulegnie z czasem zwapnieniu i zmniejszeniu do rozmiarów nieszkodliwych, co wiąże się niekiedy z koniecznością odbarczenia ucisku drogą zabiegu neurochirurgicznego.

Bóle spowodowane zarówno przez dyskopatię jak i protruzję czy też przepuklinę jądra miazdżystego najczęściej przybierają postać tzw. **rwu kulszowej** (promieniowanie bólu do nóg wzdłuż nerwu kulszowego) lub **rwu barkowej** (promieniowanie do rąk).

Sam Breuss uważał, że: *...pod wpływem dużego ciężaru gąbka może wyschnąć i zostać spłaszczona na cienki plasterek. Jeśli uwolnimy ją od ciężaru i włożymy do wody, to znowu nasiąknie i powróci do starego kształtu.* Jego zdaniem podobnie mogą zachowywać się krążki międzykręgowe, a zatem pod wpływem odpowiedniego nawilżania mogą one odzyskać utraconą objętość i sprężystość.

„CUDOWNY” OLEJ Z DZIURAWCA

Według samego Breussa „ideową” podstawą koncepcji jego masażu było przekonanie, że najważniejsze znaczenie w terapii

dyskopatii ma nie tyle wymyślona przez niego, prosta w gruncie rzeczy technika (choć, jak dziś wiemy, właśnie ona ma zasadnicze znaczenie), ile wmasowywanie w skórę (a przez nią i w tkanki podskórne) dużych ilości znanego w medycynie naturalnej wielu krajów **oleju z kwiatów dziurawca**. Uważał on, że olej ten nie tylko uelastycznia tkanki miękkie, ale przede wszystkim **wnika do wnętrza krążka**, hamując proces jego odwodnienia (dehydratacji) i degeneracji. Podobne działanie ma występować również przy masażu stawów obwodowych, nawet tych największych i otoczonych najgrubszą warstwą mięśni – biodrowego i barkowego. Teoria ta brzmi bardzo pięknie i jak wspomniano jest dość znana w różnych systemach medycyny ludowej (także polskiej), jej wadą jest natomiast, że jest ona niestety całkowicie niezgodna z podstawową wiedzą z zakresu fizjologii. Cóż jednak z tego, skoro liczne zaświadczenia lekarskie i zdjęcia rentgenowskie dokumentują fakt, że wstrzymanie procesów odwodnienia krążka, a nawet lekka poprawa, w wielu przypadkach miały **rzeczywiście miały** miejsce? Taka poprawa miała miejsce również w przypadkach „wysychania” stawów obwodowych!

A zatem niezależnie od wątpliwego uzasadnienia teoretycznego, ponieważ zabieg ten w żadnym razie (poza przypadkami uczuleń, o czym dalej) nie może przynieść szkody, oleju tego używać możemy w sposób zupełnie bezpieczny.

Mówiąc ściślej, w przeciwieństwie do naturoterapeutów korzystających z oleju dziurawcowego w postaci czystej (za to używających jedynie bardzo niewielkiej jego ilości), w oryginalnym masażu według Breussa posługujemy się jego 20% mieszkanką z olejem bazowym, jakim zazwyczaj jest stosunkowo łatwy do kupienia w sklepie spożywczym, lekki i łatwo przyswajalny olej z pestek winogron lub tłoczona na zimno oliwa z oliwek. Stosuje się go za to stosunkowo dużo.

W tym miejscu warto może wspomnieć o zasadzie propagowanej przez autora wielu podręczników masażu George'a Downinga. Uważa on mianowicie, że do masażu najlepiej nadają się oleje spożywcze (nawet czekoladowy 🍫📺🕒). Ja osobiście poza zdecydowanie przeze mnie preferowanymi olejem z pestek winogron i oliwą bardzo cenię olej migdałowy, niestety jest on jednak nieco drogi. Z drugiej strony, według niektórych autorów działa on także przeciw rozstępom skórnym i cellulitisowi, co jednak nie jest tematem naszej książki.

Olej z kwiatów dziurawca musimy, niestety, przeważnie przygotowywać samemu, jako że wprawdzie bywa on dostępny w drogeriach i sklepach zielarskich, jego jakość jest jednak bardzo różna, a przede wszystkim jest zdecydowanie drogi.

W tym celu należy zdobyć w jakikolwiek sposób większą ilość kwitnących kwiatów dziurawca i usunąć z nich szypułki. Następnie wysypujemy je do słoika tak, aby był on wypełniony, ale bez ugniatania. Teraz napełniamy go olejem z pestek winogron, oliwą lub innym olejem, z którego zamierzamy korzystać, i wystawiamy na co najmniej 2 tygodnie na słońce, przykrywając np. gazą dla ochrony przed owadami. Po tym czasie ma już wymagany, głęboko czerwony kolor.

Dla celów masażu mieszamy go w ilości 20% z 80% oleju podstawowego (powinien to być ten sam, jaki posłużył do przygotowania maceratu z kwiatów). Niektórzy polscy zielarze korzystają również z oleju słonecznikowego, a nawet rzepakowego, osobiście jednak tego nie doradzam, jako że zdecydowanie gorzej się wchłaniają, a ponadto osoba masowana (szczególnie w lecie) pachnie niekiedy po zabiegu w sposób, powiedzmy, nieco „frytkowaty”. Jest to jednak, jak powiedziałem, moje osobiste zdanie.

Ważne: Ponieważ dziurawiec jest ziołem mającym właściwości światłoczułujące, przez co najmniej kilka godzin po masażu

(a nawet więcej), osoba masowana nie powinna wychodzić na słońce, ponieważ grozić to może oparzeniem czy też powikłaniami wewnętrznymi.

I jeszcze jedna, dodatkowa uwaga: Z moich osobistych doświadczeń wynika, że jeśli olej z dziurawca zmieszamy w proporcji 3:1 z otrzymanym w podobny sposób olejem ze startego na miazgę korzenia imbiru (jeden duży korzeń zalewamy 0,25 l oleju i trzymamy przez 2 tygodnie w cieple, ale nie w słońcu – imbir jako korzeń nie lubi światła, nie przybierze też koloru czerwonego), efekty są jeszcze korzystniejsze, szczególnie do masażu stawów obwodowych.