

TECNICA DI ORGANIZZAZIONE NEUROLOGICA

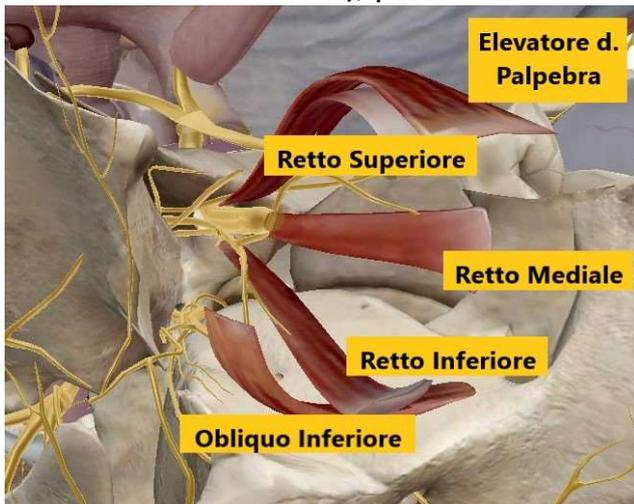


NERVO OCULOMOTORE (3° n.c.) NERVO TROCLEARE (4° n.c.) NERVO ABDUCENTE (6° n.c.)

Introduzione

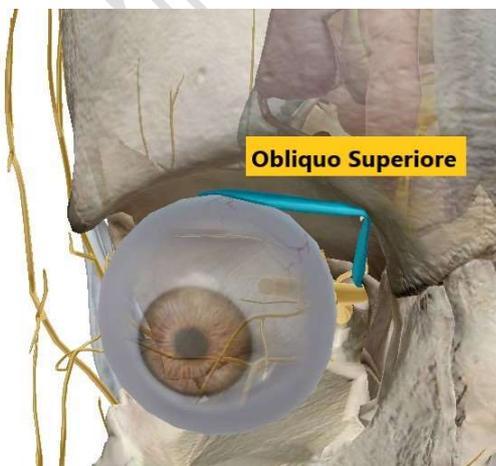
Inizialmente pensavo di vedere ogni singolo nervo cranico isolato ma visto che tutti e tre questi nervi hanno in comune la capacità motoria del bulbo oculare, ho pensato di unirli sotto un'unica voce.

Nervo Oculomotore (3° n.c.) si estende anteriormente **PARTENDO DAL MESENCEFALO** (dai nuclei motori somatici), passa attraverso la **Dura Madre** si divide poi nei rami superiori ed inferiori che viaggiano attraverso la



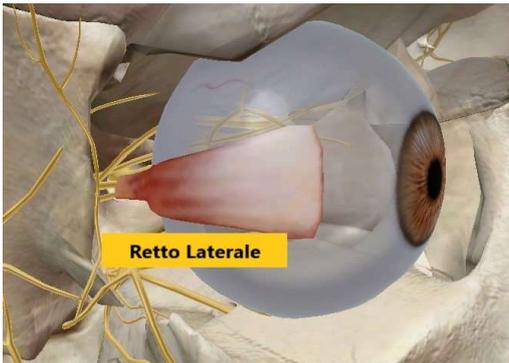
fessura orbitale superiore dello sfenoide ed entrano quindi nell'orbita dell'occhio. Il ganglio inferiore si estende fino al ganglio ciliare. Gli assoni del n. oculomotore innervano il **muscolo retto superiore** e l'**elevatore della palpebra superiore**. Gli assoni del *ramo inferiore* innervano tre muscoli estrinseci che sono: **retto mediale; retto inferiore e obliquo inferiore**. Il ramo inferiore innerva anche il

muscolo ciliare inferiore.



Nervo Trocleare (4° n.c.) è un nervo motore che nasce dal **nucleo trocleare** del **MESENCEFALO**, viaggia attraverso la fessura orbitale superiore dello **sfenoide** assieme al nervo **oculomotore** entra in ogni orbita ed innerva il muscolo **obliquo superiore**.

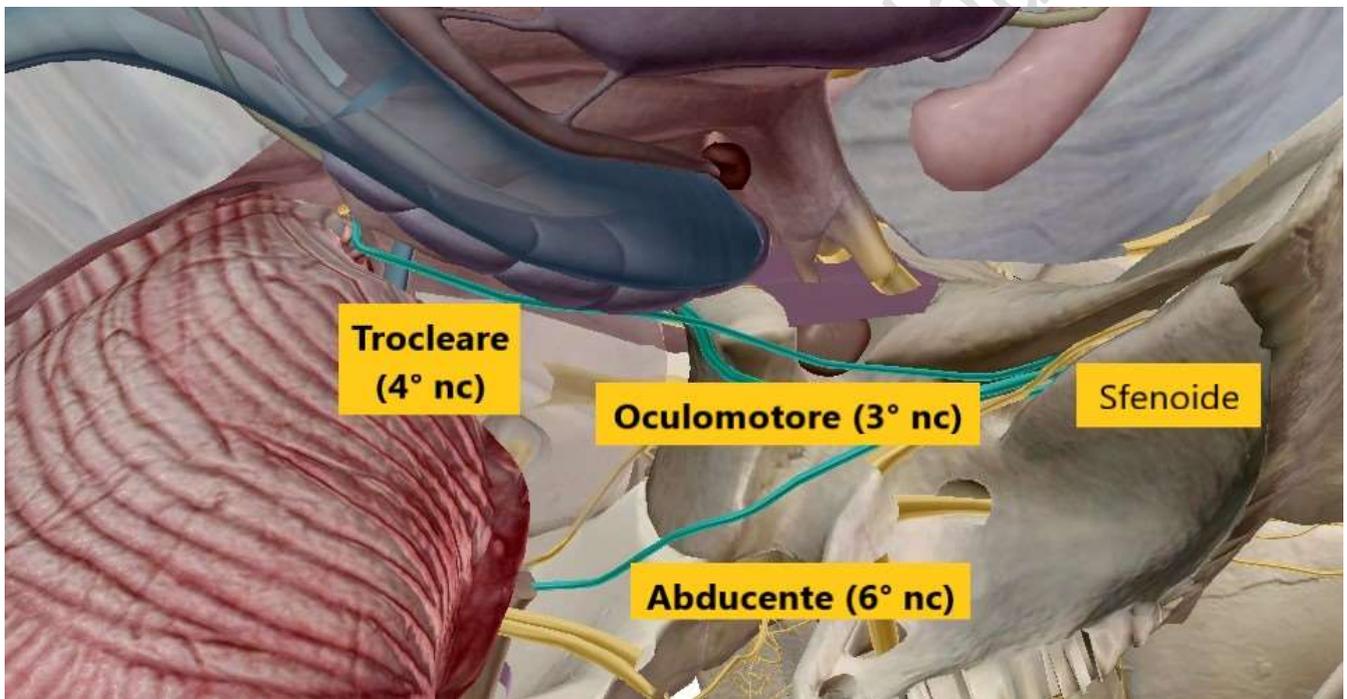
Nervo Abducente (6° n.c.) Nasce nel Ponte su ogni lato. Anche in questo caso



attraversa la fessura orbitale dello sfenoide ed innerva il Retto Laterale dei bulbi oculari. L'impulso nervoso porta all'**abduzione** e la **rotazione laterale** dell'occhio.

PROPRIOCETTIVITÀ DEL 6° n.c.: questo nervo è costituito anche da assoni sensoriali che trasmettono la **percezione non visiva del movimento ma che riguardano la posizione del corpo**. Sono segnali che originano nel nervo abducente (6° n.c.) ma che arriva

al cervello attraverso il **nervo oftalmico del trigemino** (che vedremo più avanti).



MUSCOLI degli OCCHI e COMMISSIONI POSTURALI

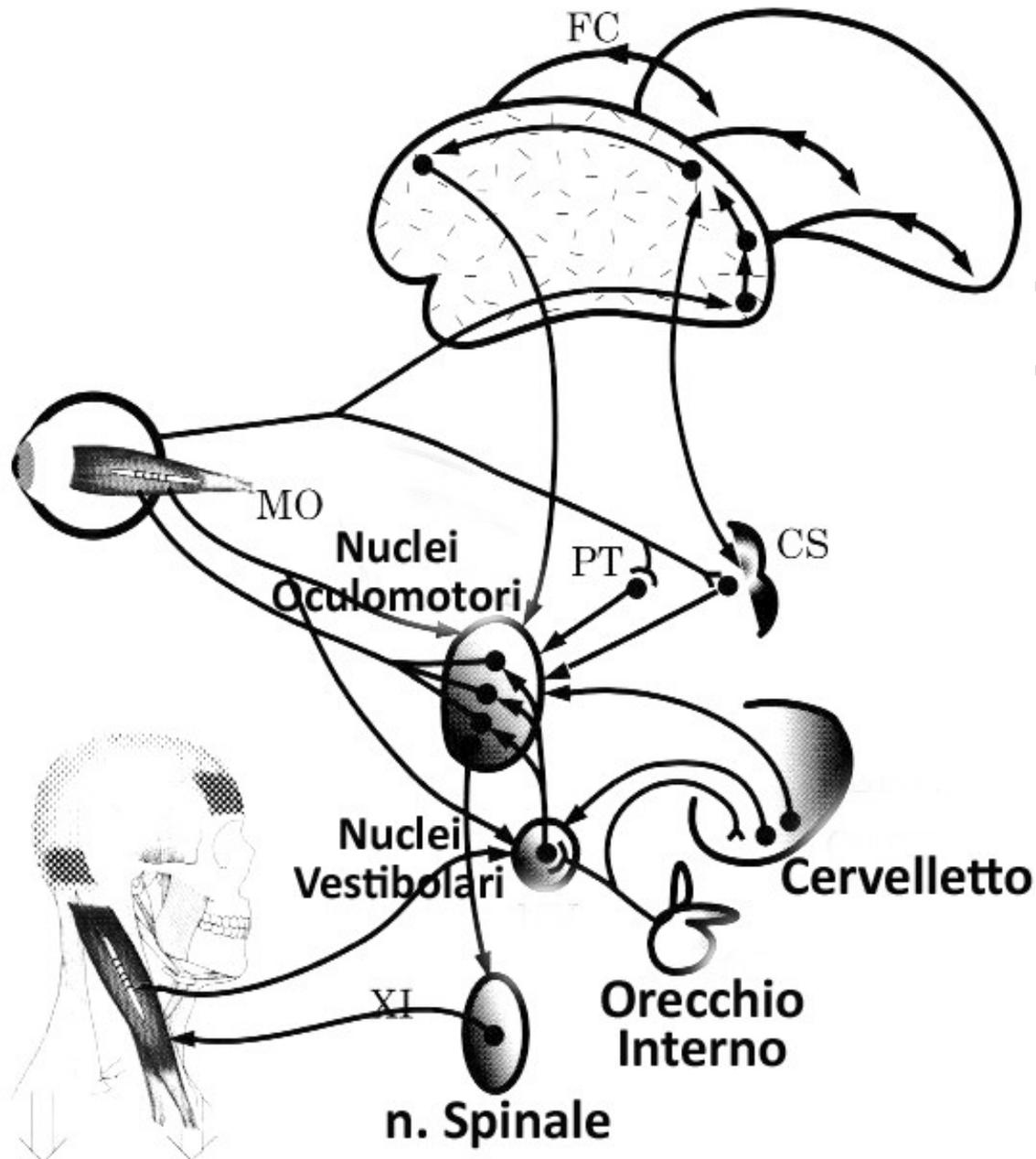


Fig. 4-1. Principali connessioni dell'apparato oculomotore:
(Ispirato da Rohinson in Larmande- Enciclop. Med. Chirur).

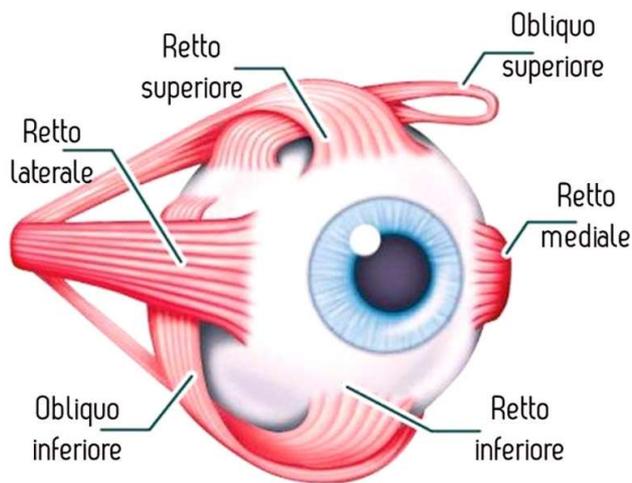
P: Lobo parietale

PT: Pretectum (riflesso pupillare alla luce/fotomotore)

FC: Fibre commissurali (di connessione emisferica)

CS: Collicolo superiore (controllo dei movimenti oculari e cervicali)

NOM: Nuclei oculomotori (del III° n. craniale motore degli occhi)



I muscoli oculari contengono fibre muscolari al cui interno ci sono i propriocettori (**fusi neuromuscolari**) che “dicono” al SNC la posizione degli occhi nello spazio e che calibrano la tonicità del muscolo stesso.

I muscoli oculari sono innervati da tre nervi cranici:

III (oculomotore): innerva tutti i muscoli dell’occhio ad eccezione dell’obliquo superiore e del retto laterale; innerva il

muscolo striato delle palpebre; media la costrizione della pupilla e l’accomodamento del cristallino.

IV (trocleare): innerva il muscolo obliquo superiore **VI (abducente)**: innerva il muscolo retto laterale



I movimenti orizzontali e verticali sono mediati dalle quattro paia di muscoli retti.

Test e correzioni

Gli occhi hanno strette relazioni con i processi mentali legati con il pensiero, quando c'è uno scambio di informazioni con i propriocettori dell'equilibrio (soprattutto lamina, labirintico, SCM).

La Kinesiologia che fa uso del test muscolare è uno strumento base per trovare quale posizione dell'occhio da stress.

Nel primo volume di Kinesiologia Applicata (Synopsis) si parla della difficoltà che ha l'occhio di *cooperare con il corpo (ocular lock)*. Il test consiste nel trovare una posizione degli occhi che indebolisce il Muscolo Indicatore ma toccando il punto di agopuntura Reni 27 la debolezza viene quasi sempre annullata. Massaggiando R 27 con l'ombelico si corregge momentaneamente questo stress. Secondo il Synopsis le ossa craniali sono quasi sempre coinvolte.

Personalmente preferisco sviluppare la tecnica nei seguenti modi

Tecnica di Base

1) **Testare** quale posizione degli occhi fa indebolire il Muscolo Indicatore (MI)

2) **Considerare**

ASPETTI MENTALI/EMOZIONALI se la posizione che indebolisce coinvolge processi mentali ad esempio se il MI diventa debole guardando completamente a destra indica un coinvolgimento dell'emisfero destro olistico, emotivo. Se diventa debole guardando completamente a sinistra coinvolge l'emisfero sinistro, logico razionale oppure la memoria di un trauma fisico, eccetera.

Se la posizione degli occhi si rafforza quando la persona appoggia una mano sulla fronte (punto di Alleviamento delle Stress Emozionale) indica che c'è anche una componente emozionale.

ASPETTI FISICI/STRUTTURALI se il MI si rafforza quando la persona tocca il collo (SCM) oppure la lamina (C1,C2,C3) oppure quando tocca un orecchio. Provare anche a stimolare il legamento di Mortise sull'articolazione tibio-tarsica della caviglia per capire se la posizione degli occhi ha una diretta relazione con i **pidi**. Oppure se il MI si rafforza quando si stimola una **cicatrice**. Se il MI da debole diventa forte indica il coinvolgimento di quella parte.

Spesso si troveranno entrambe le condizioni che rafforzano il MI, sia quelle mentali/emozionali che quelle strutturali.

I MERIDIANI è importante a questo punto trovare quale meridiano è coinvolto in quanto Reni 27 è *solo* un punto neurologico di correzione che spesso resetta l'informazione neurologica errata ma non si sa quale sistema coinvolge e per quanto tempo duri!

Mentre la persona mantiene gli occhi nella direzione che indebolisce, toccare i **punti di Allarme anteriori** (vedi immagine pagina seguente) per l'eccesso di energia, il punto che rafforza il MI è il meridiano che sta trattenendo il libero fluire dell'energia. Che significato ha per la persona? Se si hanno le conoscenze informare la persona delle implicazioni energetiche legate con quel meridiano. Quasi sempre accadrà che dopo aver corretto un punto di allarme si dovrà rifare la tecnica con un secondo punto e a volte con un terzo punto di allarme.

I MUSCOLI COINVOLTI una volta trovato il meridiano possiamo verificare se nella postura c'è un coinvolgimento anche dei muscoli relativi a quel meridiano. Ad esempio se il punto di Allarme ha indicato il meridiano dell'Intestino Tenue posso ora verificare se il **quadricipite oppure gli addominali** o entrambi hanno una debolezza: La persona mantiene gli occhi in posizione neutra e testo i possibili muscoli coinvolti. Se i muscoli sono deboli confermare il coinvolgimento spostando gli occhi nella direzione che indeboliva il MI. Se ora i muscoli diventano forti, indica che sono coinvolti nel circuito neurologico degli occhi. Lo schema della connessione Muscolo/Meridiano è riportato a pagina 9.

LA CORREZIONE

Quindi Ho trovato

- Aspetto Mentale/Emozionale (se è rilevante!)
- Aspetto della Postura (SCM, Lamina, Vestibolare o Legamento di Mortise)
- Aspetto Energetico (il meridiano che ha l'eccesso di energia)
- I Muscoli Coinvolti (lo stress neurologico degli occhi come si manifesta nella postura)

A questo punto ho attivato molti aspetti energetici del corpo e di sicuro la correzione sarà molto efficace e rimarrà per sempre.

LA CORREZIONE

Secondo il dr. Goodheart le ossa craniali sono sempre coinvolte in quanto sono un riflesso delle funzionalità neurologiche.

1° Passaggio

La correzione che uso io è il **Complesso delle Lesioni Craniali** che va fatta prima con gli occhi in posizione neutra e poi con gli occhi nella posizione che dava stress al MI.

La correzione va fatta **mentre la cliente picchietta lentamente sul Punto di Allarme coinvolto**.

Ripeto che di solito ci sono dai 2 ai 3 punti di allarme coinvolti, quindi dopo la prima correzione ricontrollare i punti di Allarme e ripetere la tecnica.

2° Passaggio

Per casa chiedere alla persona di fare dei movimenti incrociati con gli occhi messi nella posizione che indeboliva il MI mentre attiva/muove il/i muscoli coinvolti. Di solito 3 settimane sono sufficienti.

PUNTI DI ALLARME

Vaso concezioni 24: fra il labbro inferiore ed il mento

Vaso Governatore 27: Fra il labbro superiore e l'area sotto il naso

Polmone 1: All'inizio del meridiano fra spalla e torace

Maestro del Cuore (VC17): sullo sterno all'altezza dei capezzoli

Cuore (VC14): appena sotto lo xifoide

Stomaco (VC 12): a metà strada fra lo xifoide e l'ombelico

Vescica Biliare 24: appena sotto la 9a costola in direzione del capezzolo

Fegato 14: a metà strada fra i capezzoli ed il bordo della 7a-7a costola

Milza/Pancreas (F 14) appena anteriormente all'11cesima costola

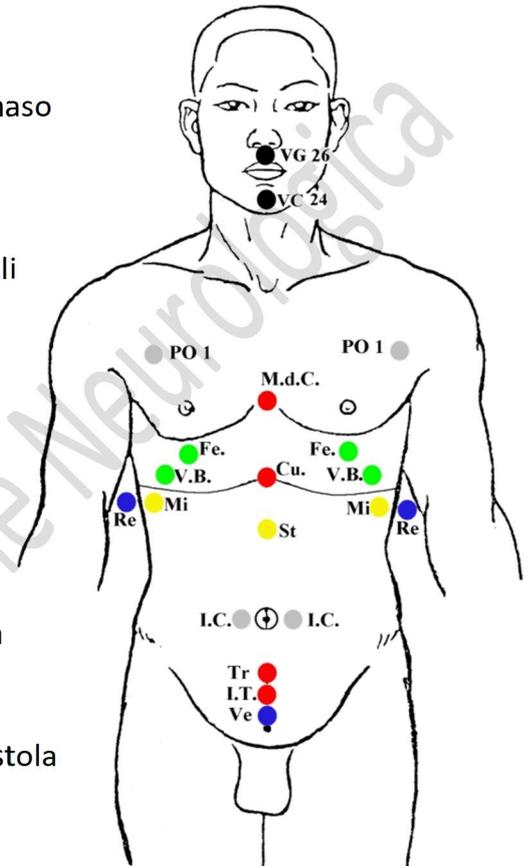
Reni (VB25): all'altezza dell'ombelico dietro alla 12 costola

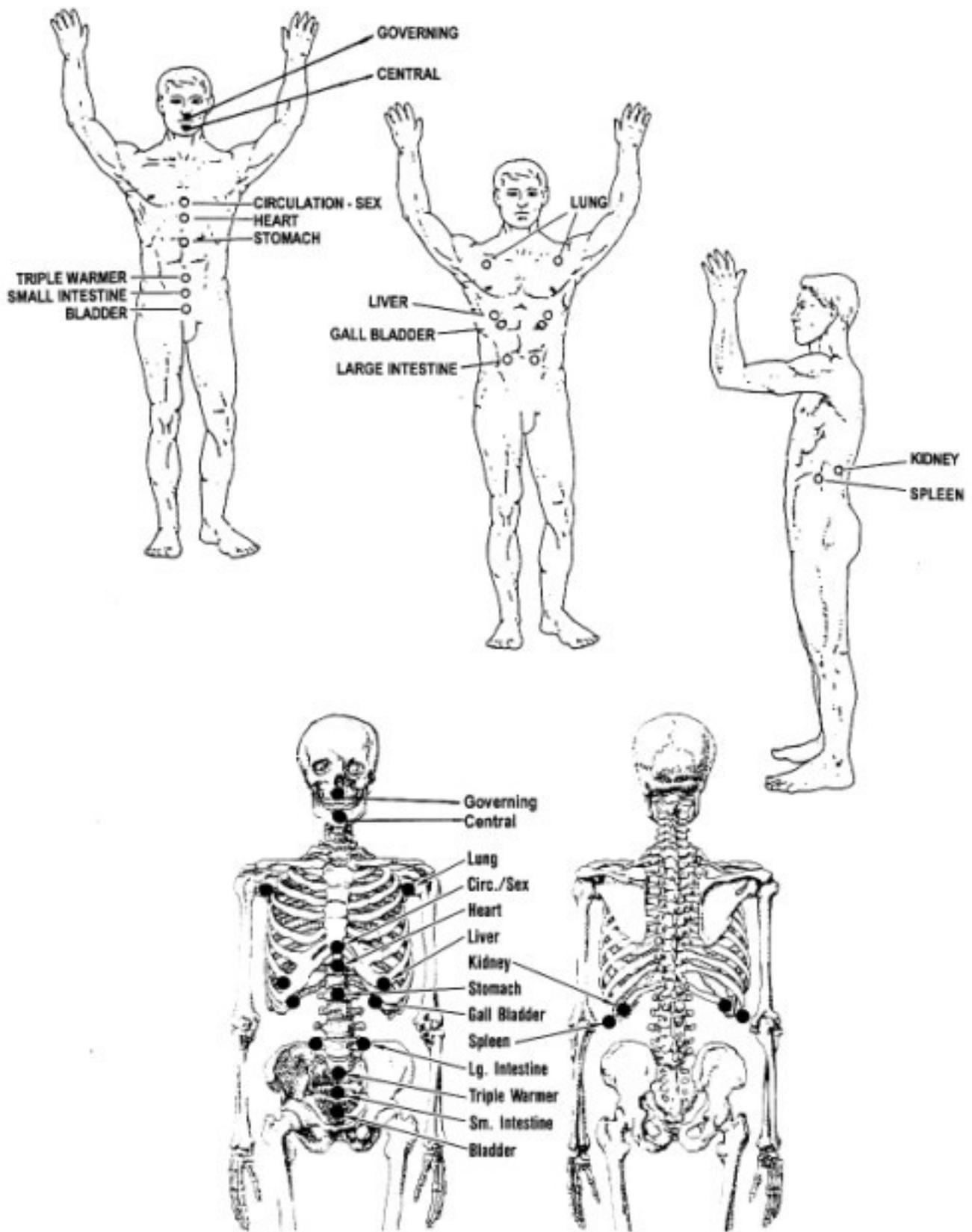
Intestino Crasso (ST 25): all'altezza dell'ombelico ai lati.

Vescica (VC 3): appena sopra l'osso pubico

Intestino tenue (VC4): dividere la distanza fra l'ombelico e l'osso pubico in 3 parti, il punto è quello centrale.

Triplice Riscaldatore (VC5): l'altro punto appena sotto l'ombelico





ALARM POINTS ON BODY AND SKELETON

(c) Touch For Health - Dr John F. Thie DC

MERIDIANI E MUSCOLI COLLEGATI

I seguenti muscoli sono regolati dall'associazione con i meridiani stabiliti

VASO CONCEZIONE

Sopraspinato

STOMACO

Pettorale Magg. Clavicolare

Brachioradiale

Elevatore della Scapola

Flessori/Estensori Collo

Sternocleidomastoideo

VASO GOVERNATORE

Grande Rotondo

CUORE

Sottoscapolare

INTESTINO TENUE

Quadricepite

Addominali

MILZA/PANCREAS

Grande Dorsale

Opponente lungo del pollice

Tricipite

Trapezio Inferiore

VESCICA

Peroniero

Sacrospinale

Tibiale Anteriore

RENI

Psoas

Trapezio Superiore

Iliaco

MAESTRO DEL CUORE

Medio Gluteo

Adduttori (area pelvica)

Piriforme

Grande Gluteo

TRIPLICE RISCALDATORE

Piccolo Rotondo

Sartorio

Gracile

Soleo

Gastrocnemio

Fles. Lungo Alluce

VESCICA BILIARE

Deltoide Anteriore

Popliteo

FEGATO

Pettorale Magg. Sternale

Romboidi

POLMONE

Dentato Anteriore

Coracobrachiale

Deltoide Medio

Diaframma

INT. CRASSO

Fascia Lata

Ischiocrurali

Quadrato dei Lombi

Flesso lungo delle Dita piede

©Touch for Health - Dr. John F. Thie DC

Grazie per l'attenzione
Silvano