

Serate informative El Morya

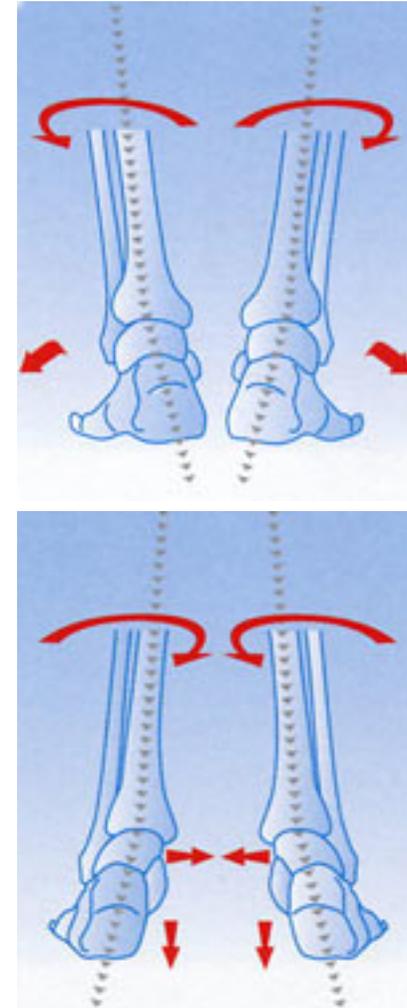
Terapie manuali posturali 2

Autore: P. Forster | Cura: D. Rüegg



Programma serale

- **Diagnostica**
- **Palpazione** diagnostica
Pelle, fasce, vasi
- **Palpazione** diagnostica
Fasce profonde, muscolo, tendine, ligamento
- **Palpazione** diagnostica
Oso, intercapedine giuntura
- **Palpazione** diagnostica
Riassunto
- **Lettura** del corpo Esempio
- **Lettura**
Lettura della **postura**
- **Lettura**
Lettura di **movimenti**
- **Impostazione** del cliente
- **Impostazione** del cliente
Appoggi e sostegni
- **Regole** operative personali
Respiro e ritmo
- **Regole** operative personali
Forza e tono muscolare
- Sfruttamento di
Meccanismi neurofisiologici
- **Contatti** utili



Diagnostica

La diagnostica per le terapie manuali si basa prevalentemente sull'**ispezione** e la **palpazione** di strutture e sui **movimenti** dell'apparato locomotore.

Questo spazia da valutazioni generali (di tutto l'organismo) al funzionamento di singole articolazioni e muscoli. E' evidente che questo richiede una notevole capacità di "leggere il corpo", che si acquista più con il lavoro pratico che con lo studio teorico.

A seguire, un "assaggio" di quello che un terapeuta deve avere per diagnosticare in modo corretto



Per osservare e valutare allineamenti e simmetrie corporee è importante conoscere il proprio **occhio dominante** in modo che questo sia centrato sull'asse di simmetria.

Per sapere qual è il proprio occhio dominante si esegue un semplice esercizio:

- ★ formando con le mani un piccolo cerchio come illustrato accanto, si fissa un oggetto lontano
- ★ si chiude l'occhio sinistro
- ★ se si vede ancora l'oggetto, è dominante l'occhio destro
- ★ si ripete la procedura chiudendo l'occhio destro e ci si rende conto della differenza!

Palpazione diagnostica

Pelle, fasce, vasi

Palpazione di strati di tessuto; esercizio secondo Greenman, Philip E.: Lehrbuch der Osteopathischen Medizin, HAUG

Il seguente esercizio è utile per imparare come si palpano i diversi strati dei tessuti del sistema scheletro-muscolare. Serve inoltre a formare la sensibilità tattile degli operatori sui diversi tipi di "lavoro sul corpo".

Per scopi "scolastici" è fatto in maniera che due persone contemporaneamente si esercitano a vicenda: si siedono una di fronte all'altra, con gli avambracci appoggiati e il palmo della mano sul tavolo.

1) Palpazione della pelle (fig. 2.2 & 2.3)

- ◆ mano destra (palmo e dita) sull'avambraccio dorsale distale del collega; contatto leggero senza movimento
- ◆ si sente la pelle: spessore, temperatura, ruvidità, umidità, ...
- ◆ supinazione del braccio sin.; mano sull'avambraccio volare distale; contatto leggero senza movimento
- ◆ si sente la differenza di spessore, temperatura, ruvidità, umidità, ...

È di fondamentale importanza imparare a notare le differenti caratteristiche esclusivamente concentrandosi

2) Palpazione della fascia sottocutanea

- ◆ la mano destra appoggia bene sulla pelle e induce un leggero movimento longitudinale e trasversale
- ◆ si valuta la fascia sottocutanea: spessore, consistenza longitudinale e trasversale (diversa)
- ◆ si notano variazioni del tessuto che possono essere connesse a disfunzioni

3) Palpazione di vasi nella fascia sottocutanea

- ◆ si trovano nella fascia sottocutanea arterie e vene; palpanole, si tenta di identificarle e di descriverle

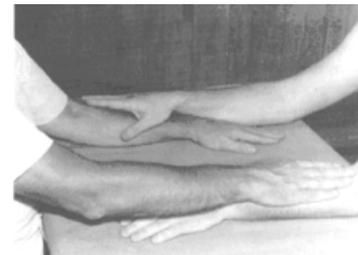


Abb. 2.2: Schichtpalpation am dorsalen Unterarm

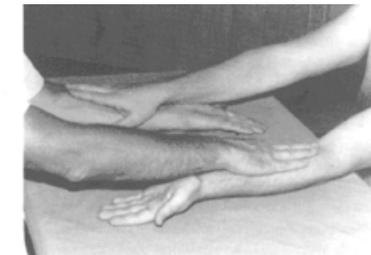


Abb. 2.3: Schichtpalpation am volaren Unterarm

Fasce profonde, muscolo, tendine, ligamento

4) Identificazione di fasce profonde

- ◆ si aumenta di poco la forza di palpazione per sentire le fasce che avvolgono le strutture più profonde, lisce, continue, consistenti
- ◆ cautamente, spostando la mano orizzontalmente, si percepiscono dei compartimenti muscolari simili a "lame" più consistenti e spessi che dividono i muscoli
- ◆ il palpare dei compartimenti intermuscolari permette non solo di differenziare i muscoli trattati ma anche di avere un'impressione sulle strutture intermuscolari più profonde

5) Palpazione del muscolo tramite la fascia profonda

- ◆ Ci si concentra sul muscolo sottostante la fascia profonda per identificare le fibre muscolari e il loro percorso
- ◆ muovendo la mano orizzontalmente e longitudinalmente si nota la differenza tra ruvidità e consistenza (più ruvidità e durezza perpendicolarmente alla fibra muscolare)
- ◆ chiudendo lentamente la mano sinistra a pugno si sente l'attività muscolare nonché l'aumento di tono (contrazione)
- ◆ aprendo il pugno si sente il muscolo che si rilassa
- ◆ chiudendo di nuovo il pugno (abbastanza forte) si sente il muscolo ipertonico, diagnosi frequente in tessuti ipertesi nei dintorni di disfunzioni somatiche.

6) Palpazione del nesso muscolo tendinoso (fig. 2.4)

- ◆ palpando il muscolo ci si muove lentamente in direzione distale fino a che si sente una variazione del tessuto e non si sentono più le fibre muscolari
- ◆ si è trovato il nesso muscolo tendinoso, regione altamente sensibile a lesioni e relativi dolori

7) Palpazione del tendine

- ◆ si va avanti finché si sente una struttura liscia, rotonda e soda: il tendine; ci si concentra sui nessi muscolo/tendine

8) Palpazione del ligamento (fig. 2.5)

- ◆ si segue il tendine in direzione distale fino alla zona che lega il tendine alla giuntura (ligamentum carpi transversum)
- ◆ si tenta di identificare e descriverne struttura, consistenza e spessore (i ligamenti sono simili in tutto il corpo)



Abb. 2.4: Palpation der Muskelfaserverlaufung

Abb. 2.5: Palpation des Ligamentum carpi transversum

Abb. 2.6: Palpation des Radialgelenkes

Palpazione diagnostica

Osso, intercapedine giuntura

9) Palpazione dell'osso (fig. 2.6)

- ◆ con la mano si va verso il gomito: il medio dorsale sulla conca del gomito, il pollice opposto sulla parte ventrale
- ◆ così si riesce a palpare il caput radii: si rimane sull'osso; ci si concentra sulla sua consistenza e vitalità

10) Palpazione dell'intercapedine della giuntura

- ◆ ci si dirige con pollice e indice finchè si sente l'intercapedine giunturale tra radio e omero
- ◆ sotto le dita si trova una struttura che in condizioni "normali" non è palpabile: la membrana sinoviale
- ◆ la membrana sinoviale è palpabile solo in caso di degenerazione (per molti colleghi una controindicazione per un trattamento ad eccezione del ginocchio)

Prendendo come modello l'avambraccio si sono così palpati cute, fascia sottocutanea, vasi, fascia profonda con compartimenti muscolari, muscolo, nesso muscolotendineo, tendine, ligamento, osso e intercapedine giunturale.. Le stesse strutture si potrebbero (e si dovrebbero) palpare su tutto il corpo per migliorare le capacità di palpazione, tatto e diagnostica strutturale.



Palpazione diagnostica

Riassunto

Per sviluppare queste doti è richiesto molto **esercizio**, **pazienza** e **concentrazione**. Tre sono gli **sbagli** più frequenti che si devono assolutamente evitare:

- *manca*za di *concentrazione*
- *troppa* *pressione*
- *troppo* *movimento*



Gli sbagli più gravi sono la mancanza di concentrazione e la fretta: è tipico di un principiante voler avere tutto (troppa informazione) subito (in troppo poco tempo) il che impedisce di dedicarsi pazientemente a risolvere **un problema alla volta**.

Il principiante preme troppo nell'illusione di raccogliere così più informazioni. L'effetto è la sovrastimolazione dei meccanocettori e la trasmissione di troppi impulsi sensoriali non più elaborabili in modo differenziato. In più: i strati muscolari periferici si contraggono e fanno irraggiungibili i **strati "posturali" profondi**.

Il principiante nel suo tentativo di orientamento anatomico e di identificazione di strati di tessuto muove troppo le mani ("**sindrome** delle **mani inquiete**"). Più si muove la mano più è stimolato il sistema nervoso afferente il che aumenta le esigenze di trasmissione e interpretazione neurale.

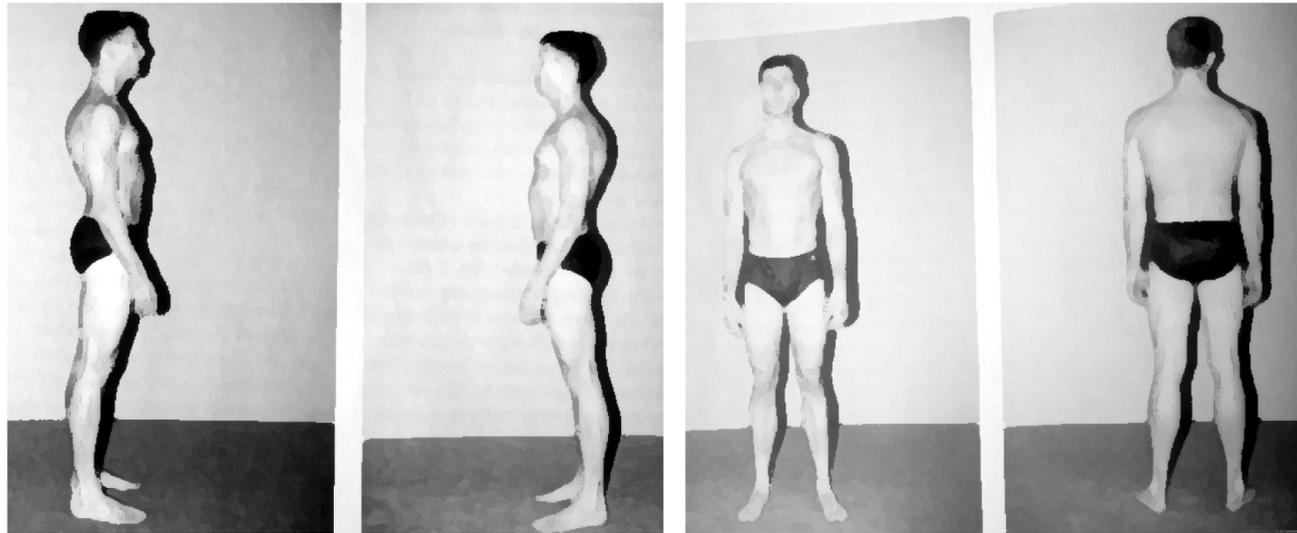
Pro memoria:

- **assoluta concentrazione**: i discorsi interni ed esterni aspettano
- **non premere**: il tessuto non è pasta ma un "materiale autoregolativo" che cerca "sollevamento"
- **meno movimento possibile e lento**: non si tratta di una gara

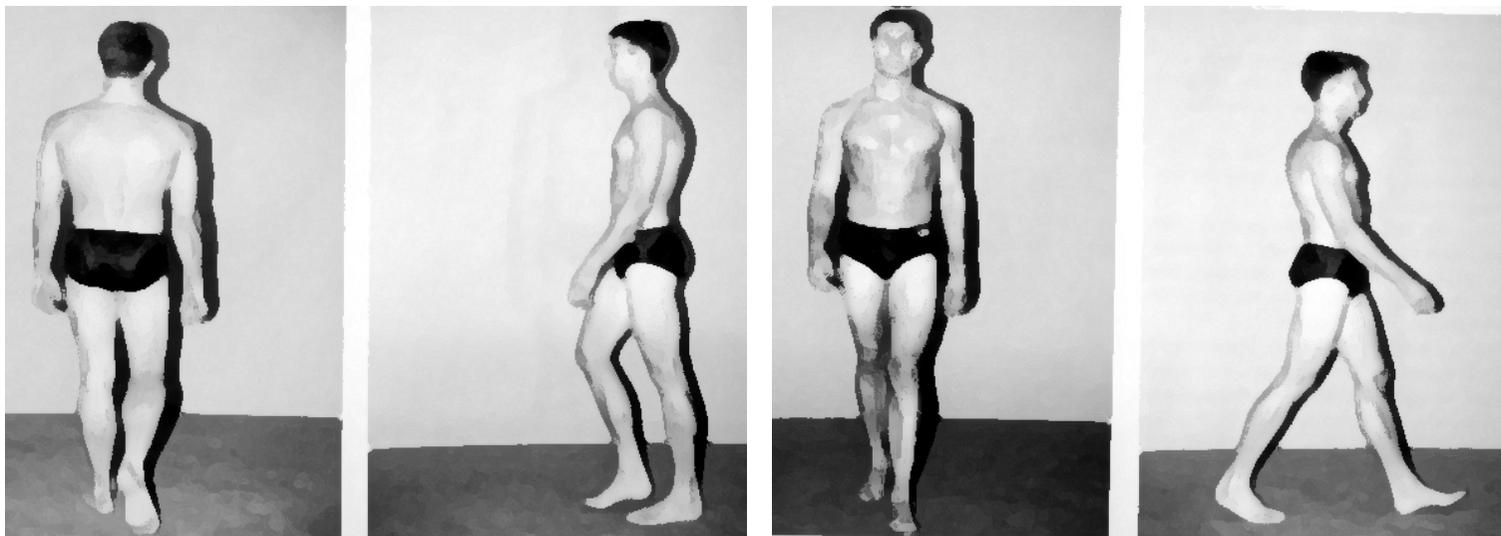


Diagnostica: **Lettura del corpo** Esempio

Postura



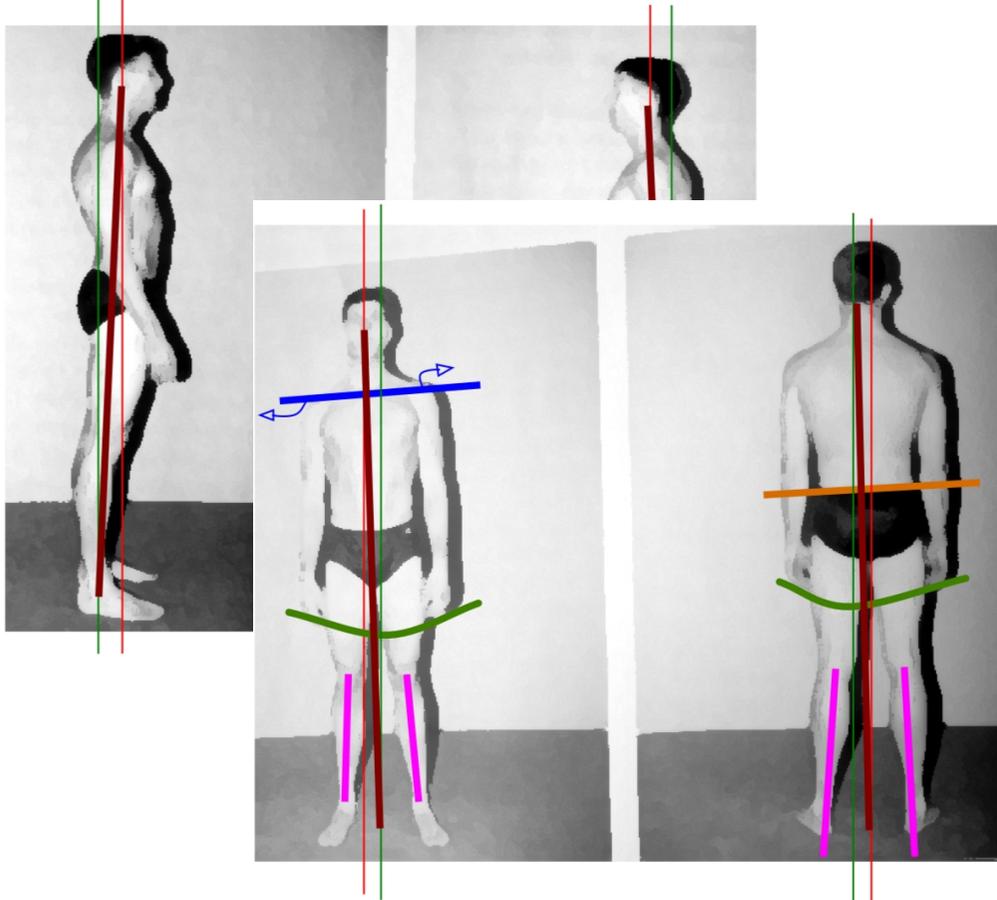
Movimento



Diagnostica

Letture della postura

All'inizio si vede poco o niente. Poi osservando meglio si notano delle deviazioni notevoli rispetto alla situazione ideale. Da queste osservazioni basilari si arriva ad analizzare i dettagli. Il professionista ha poi a disposizione dozzine di posizioni libere e impostate per approfondire la sua diagnosi.



Visto di **fianco** si nota:

- ★ una netta pendenza in avanti (linea orecchio - spalla - anca - malleolo).
- ★ osservando la distanza orizzontale anca - polso si nota che i flessori delle braccia sono corti (gli estensori sono lunghi)

Visto **frontalmente** e **posteriormente** si nota:

- ★ torsione del cingolo scapolare verso destra, pendente all'indietro (sinistra alzata in avanti) con i relativi movimenti brachiali
- ★ cingolo pubico contorto dalla parte opposta
- ★ gambe iperestese e a forma di X
- ★ baricentro spostato a destra con sovraccarico di anca, ginocchio, caviglia, sulla parte anteriore del piede destro e sul tallone del piede sinistro.

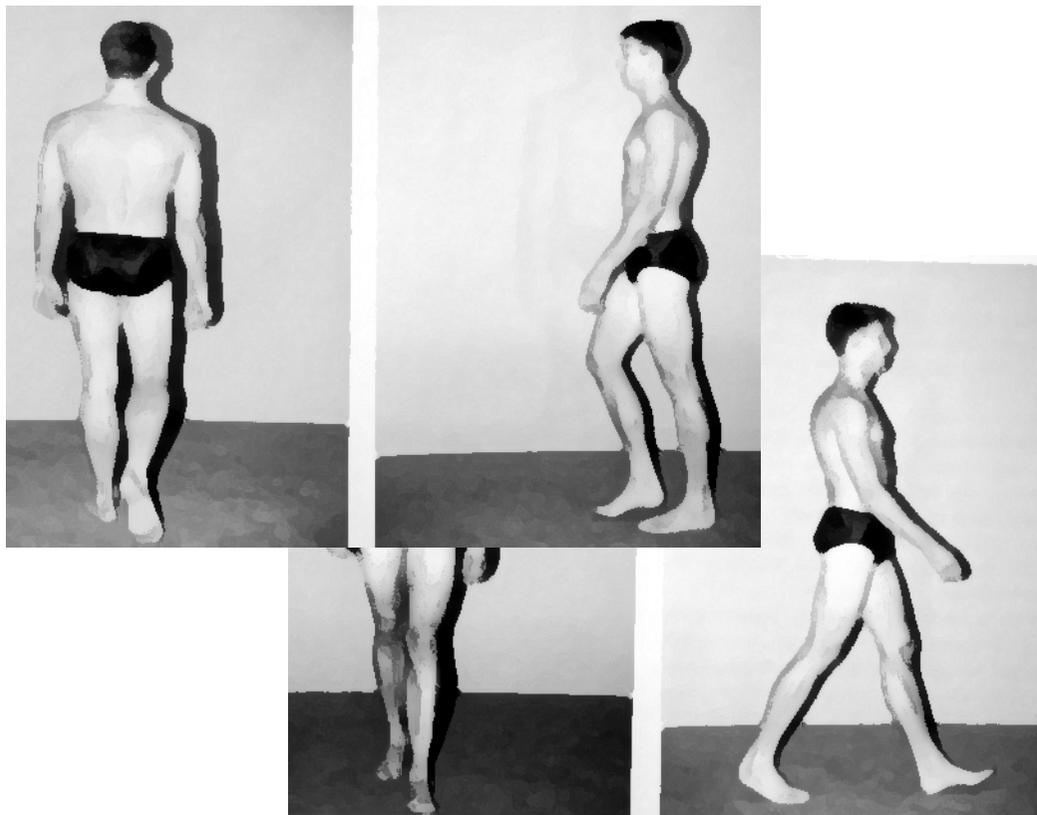
E' evidente che la torsione tra cingoli scapolari e pubici si trova rispecchiata nella spina dorsale come le relative pieghe laterali.

Inoltre si nota una leggera iperlordosi lombare e cervicale seguita da ipercifosi toracale.

Diagnostica

Lettura di movimenti

Per la diagnostica del movimento bisogna anzitutto tener presente le conoscenze sulla funzione del camminare e dei relativi esercizi. Solo così si riesce a valutare la sincronizzazione funzionante o impedita delle diverse membra. In base a queste osservazioni, il professionista dispone di dozzine di altri test per approfondire il problema.



- ★ L'accento del passo sulla destra o sulla sinistra
- ★ la simmetria o meno del movimento delle spalle
- ★ Il contromovimento o meno di cingolo scapolare e pubico
- ★ Il penzolamento libero o meno delle braccia
- ★ la posizione eccessivamente prona o supina delle mani
- ★ L'alzare accentuato o scarso delle gambe
- ★ se le ginocchia, osservate anteriormente, si muovono lungo una retta o se fanno "cerchi"
- ★ l'appoggio del piede su tallone - mignolo - alluce o meno
- ★ lo scatto del piede su tallone - alluce
- ★ il liberare la gamba quando é alzata
- ★ la leggera rotazione delle gamba durante un periodo di movimento e tante altre

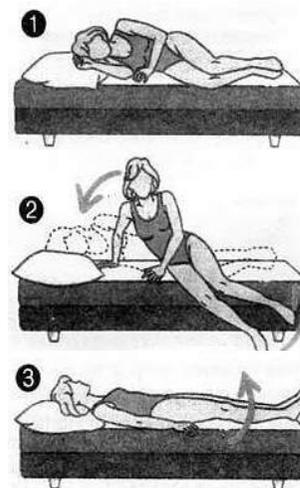
Da tutto questo si riesce a decifrare in buona parte quali sono le "catene muscolari" impedita.

Impostazione del cliente

Lascio spesso la libertà al cliente di mettersi nella posizione **per lui più comoda**, perché sono dell'avviso che l'arte del terapeuta è quella di adattarsi alle possibilità del cliente e che il lavoro rende quando il cliente si trova a suo agio. Non è molto scolastico adattare il lavoro alla posizione preferita del cliente, ma il lavoro con clienti fortemente lesi, impediti o handicappati lo insegna.

La maggioranza dei clienti si mette inizialmente "**supina**" con le gambe allungate o piegate. Molto raramente il cliente si pone "prona" o sul fianco (solo quelli che assumono queste posizioni anche per dormire).

Dico al cliente che non deve stare fermo ma che **può muoversi** quando ne sente l'impulso. Questo è evidente: se tramite il lavoro cambiano i toni muscolari viene automatico di spostare leggermente la posizione delle giunture coinvolte.



Pro memoria:

- ★ Non sono **mai presente** mentre il cliente si veste o si sveste
- ★ Il cliente è sempre **coperto** e il fondo è **riscaldato**
- ★ Mi **lavo le mani** prima e dopo il trattamento di un cliente
- ★ Ogni tanto insegno come **sdraiarsi e alzarsi**

Dico anche che **può cambiare posizione** non appena l'attuale posizione diventa scomoda. Se lui non lo fa spontaneamente gli chiedo io di cambiare posizione dopo mezz'ora o un'ora, secondo il mio parere.

Qualunque sia la posizione del cliente, è indispensabile esaminare dove **sostenerlo** o farlo **appoggiare** su cuscini per allentare tensioni provenienti dalla posizione stessa o per facilitare il lavoro (senza disturbare la comodità del cliente).

Impostazione del cliente

Appoggi e sostegni

- diversi piccoli e sottili cuscini **morbidi** per l'appoggio di **parti dolenti**
- diversi piccoli e sottili cuscini di **crusca** (leggeri, mezzo morbidi) che si adattano ma fissano la forma, sostenendola e **fissando le posizioni**
- due piccoli e due medi cuscini di **crusca** "doppio conici" come sostegno delle **caviglie** in posizione laterale, semilaterale e "prona"
- cuscini di **miglio** (pesanti, duri) per fissare delle posizioni: due piccolissimi per i **polsi**, due medi per diversi adattamenti, uno grande come appoggio della gamba in posizione laterale e come appoggio dei **piedi** in posizione "supina" a gambe piegate"
- due **rotoli** lunghi in **gomma schiuma** semidura di diverso diametro per sostenere le **ginocchia** in posizione "supina"
- un cuscino speciale "**sagomato** a forma di C" in **gomma schiuma** semiduro che permette di lavorare bene le **cervicali** e la base del cranio in posizione "supina"
- un **orsetto** di peluche grande o un cuscino morbido da sostenere il **braccio** in posizione laterale.





Regole operative personali

Respiro e ritmo



Osservando i principi cui sopra, sono deducibili diverse regole operative che sono la mia guida personale:

Riguardante il **respiro**:

- tengo (rassicurato) il tessuto in fase di rilascio del muscolo (normalmente espirazione)
- lascio libero il tessuto quando richiede spazio (normalmente microcontrazione inspiratoria) e mi sposto in questa fase
- tento di non sforzare o regolare la respirazione del cliente, ma respiro possibilmente al suo ritmo (anche se è molto variato o irregolare)
- al massimo gli chiedo di tener aperta la bocca, di non trattenere il fiato e di lasciar respirare il corpo

Riguardante il **ritmo**:

- normalmente questo determina il "tempo" (larghetto, andante, allegro) del lavoro
- il ritmo del tocco (a seconda del tempo largo, adagio, moderato o presto) può essere un multiplo o uguale a una frazione del tempo
- comprende tutte le variazioni ritmiche, agogiche, accentuali e di pause immaginabili
- nonché "gli accordi" del tocco
- ma si orienta sempre sulla "linea melodica" e sulla "guida ritmica" del cliente
- spesso mi sento proprio come accompagnatore a prima vista di basso continuo di un solista



Regole operative personali

Forza e tono muscolare



Riguardante **forza** e **direzione** del tocco:

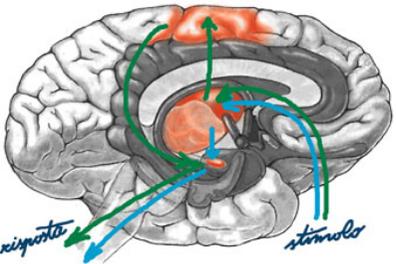
- spostando la mano, la stacco spesso dal corpo per dare il senso di liberazione al tessuto (tengo raramente per più di tre cicli respiratori)
- scivolo raramente sulla pelle, ma dò al tocco una leggera direzione traslatoria definita (normalmente opposta alla forza reattiva generata dalla gravità)
- piuttosto che premerlo, sollevo il tessuto dall'osso
- piuttosto che comprimerle, apro le giunture (salvo braccia e mani dove le forze gravitazionali lo fanno già di natura)
- piuttosto che correggerla, accentuo l'esagerazione di una posizione giunturale (per provocare una regolazione reattiva posturale neurologica in senso opposto)

Riguardante **temperatura** e **tono** tessutale:

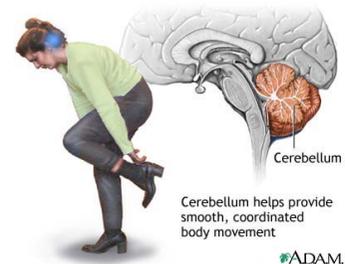
- seguo il tessuto freddo per scaldarlo
- adatto la forza del tocco contrariamente al tono muscolare (più il muscolo è teso, minore è la forza)

Riguardante **l'ampiezza** del tocco:

- tocco con le punta delle dita o delle linee lungo il tessuto "fibroso" (massaggio del connettivale)
- ma copro il più regolarmente possibile con tutta la mano il tessuto amorfo
- uso polpacci, dita, palmo o dorso della mano, polso, avambraccio e braccio il più possibile adattandomi alla geometria locale del corpo del cliente e con un massimo di mobilità delle membra del mio corpo.



Sfruttamento di Meccanismi neurofisiologici



Ci sono numerosi meccanismi neurofisiologici "superiori" ai semplici riflessi (spesso coordinati dal cervelletto o anche da funzioni cerebrali più alte) che permettono al terapeuta di agganciarsi a degli automatismi "inconsci", di riattivarli o ripristinarli. Nell'ambito di una seduta lavorativa, dopo aver riequilibrato il sistema neurovegetativo e aver trattato come descritto prima "una parte critica", questa "terza fase" serve a reintegrare l'organismo in toto.

- Per esempio, uso molto spesso un "programma cerebrale" che pare aumentare e abbassare leggermente il **tono** di molti muscoli **sincronizzati** con il respiro (si abbassa espirando, aumenta inspirando). In regioni traumatizzate, questo meccanismo manca spesso o è addirittura invertito. Tecnicamente non è molto difficile **ripristinare** questo meccanismo, con una semplice variazione del tocco nel ritmo del respiro.
- Per simili motivi lavoro spesso in modo **asimmetrico**: diagonale, a chiocciola, vite e specialmente in una fase successiva lungo delle "catene muscolari" o su interi sistemi muscolari, con le due mani parecchio distanti una dall'altra, sfruttando così funzioni cerebrali di coordinazione automatica (prevalentemente inconsci, involontari)
 - ★ coordinazioni spontanee tra **agonisti e antagonisti** anche eterolaterali (p.e. Mm. quadriceps sin. e M. triceps femoris dx.)
 - ★ coordinazioni di "**equilibrio**" di massa, tensione, posizione, gravità, appoggio (p.e. in posizione laterale dx.: coscia dx. in direzione caudale e braccio sin. in direzione craniale)
 - ★ coordinazioni tra **destra e sinistra** con le relative divergenze di motorica fine (dx.) e di isometria (sin.) (p.e. spalla sin. e spina iliaca dx.)
 - ★ coordinazioni eterolaterali **funzionali** (p.e. gomito dx. e ginocchio sin.)
 - ★ **catene strutturali muscolari** (inserzioni e origini di muscoli diversi in zone vicine, p.e. coracoidale dx. e cresta iliaca dx.)
 - ★ **catene funzionali di movimenti** frequenti (p.e. "catena del passo": Mm. Psoas, Quadrizeps, flessori della gamba, flessori del piede ...) su relative zone d'inserzione e di origine)