



PopUps:

FreeFind: cerca in MedPop Web

Motori di ricerca

MedPopLinks

vai



4.10.2 Cura della respirazione disfunzionale ← MN

HOME [◇](#) [.php](#) [◇](#) [.html](#) [◇](#) [.pdf](#) [◇](#)Respirazione [◇](#) Terapia [◇](#) Fisiologia [◇](#) AnatomiaTerapie respiratorie [◇](#)Resp. regolare [◇](#)Resp. disfunzionale [◇](#)

Resp. patologica

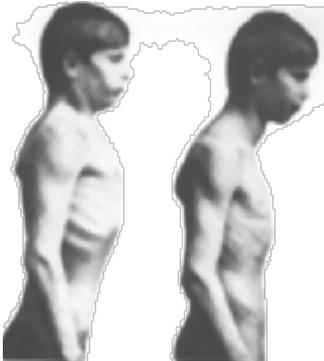
4.10.2 Cura della respirazione disfunzionale indice (sopprimi)

1. [Respirazione disfunzionale](#)
 - 1.1 [Errori movimentali del tronco](#)
 - 1.2 [Impedimento del diaframma](#)
 - 1.3 [Errori movimentali addominali](#)
 - 1.4 [Errori movimentali polmonari](#)
 - 1.5 [Errori di regolazione respiratoria](#)
 - 1.6 [Cause della respirazione disfunzionale](#)
 - 1.7 [Sviluppo della respirazione disfunzionale](#)
2. [Cura della respirazione disfunzionale](#)
 - 2.1 [Generalità](#)
 - 2.2 [Esercizi toracici](#)
 - 2.3 [Esercizi di regolazione respiratoria](#)
 - 2.4 [Esercizi di respirazione ordinaria](#)
 - 2.5 [Eliminazione degli errori respiratori](#)
 - 2.6 [Rinforzo della respirazione](#)
 - 2.7 [Correzione della spina dorsale](#)
 - 2.8 [Obiettivi e risultati](#)
3. [Impressum](#)
4. [Appendice](#)
 - 4.1 [Istruzione immagini .html](#)
 - 4.2 [Immagini](#)
 - 4.3 [Commenti](#)

Peter Forster
Bianca Buserin allestimento,
versione .pdf segueCura, illustrazioni, collegamenti:
[Daniela Rüegg](#)dispensa precedente 1) [◇](#) 2) [◇](#) ??? CSA

1. Respirazione disfunzionale

La foto mostra una accentuata respirazione disfunzionale che si incontra frequentemente e si chiama per sbaglio spesso "respirazione profonda".



Vengono trattati i seguenti temi:

Sono trattati i seguenti argomenti:

Schermo ◇
Schermo ◇
Schermo ◇

Errori movimentali del tronco
Impedimento del diaframma
Errori movimentali addominali
Errori movimentali polmonari
Errori di regolazione respiratoria
Cause per la respirazione disfunzionale
Sviluppo della respirazione disfunzionale

1.1 Errori movimentali del tronco

Cominciano con la mancanza di tensione trasversale del torace che impedisce l'efficacia del movimento diaframmale e la capacità respiratoria. L'organismo tenta di compensarla impiegando:

- La muscolatura del cingolo scapolo-clavicolare.
- La muscolatura posturale collare.
- La muscolatura posturale dorsale.

Tirando il torace in direzione craniale in ispirazione.

Comincia con l'impiego del M. pectoralis minor, si propaga per M. pectoralis major, muscoli delle spalle e della nuca e il serratus post. sup. e coinvolge presto anche la spina toracica che si erige in ispirazione (alza le coste davanti) come i pettorali la tirano in direzione del cranio.

L'espiazione consiste nel lasciar cadere o tirare giù il torace in avanti tramite l'arrotondamento della spina toracica ed eventualmente la muscolatura addominale. Già l'inizio di questa disfunzione si riconosce bene per un movimento verticale delle clavicole verso il cranio in ispirazione. Più tardi si nota anche l'elevazione dello sterno e delle spalle.

Questo tipo di respirazione disfunzionale è molto divulgato senza apparenti svantaggi o disagi, come in altri contesti si incontrano tanti deboli di piedi e di spina dorsale.



movimento respiratorio movimento respiratorio
toracico normale; toracico disfunzionale
..... inspirazione _____ espirazione

1.2 Impedimento del diaframma

Spesso l'impedimento diaframmatico è una diretta conseguenza della disfunzione respiratoria toracica; il rialzo dell'origine del diaframma agisce in direzione opposta al movimento longitudinale del diaframma e diminuisce l'estensione longitudinale dei polmoni. In terapia si parla spesso di diaframma rialzato o represso senza specificare e differenziare ulteriormente. Bisogna invece farlo, perché l'approccio terapeutico è diverso per i vari casi di dislocazione, disestensione e distonia.

Dislocazione

Si può riferire alla posizione del diaframma nel tronco ed è rialzato quando il torace è rialzato per la muscolatura cranio-spinale ipercontratta con una muscolatura lombo-addominale iperestesa mentre è abbassato per lo squilibrio opposto. Si tratta di una dislocazione diaframmale. L'approccio terapeutico in questi casi sarà prevalentemente di tipo "posturale" e movimentale-respiratorio.

Disestensione

Si può riferire alla differenza d'inarcamento della cupola diaframmale in espirazione e inspirazione e quindi all'ipo* o iperestensione verticale diaframmale durante la respirazione. Tutte e due le disestensioni possono essere combinate con le due dislocazioni di prima. L'approccio terapeutico in questo caso sarà prevalentemente "respiratorio".

Distonia

Si può intendere nel senso di "tono" (tensione) diaframmale tra ispirazione ed espirazione e può diventare ipotono (ptosi diaframmale con cupola abbassata spesso nel seno di una ptosi generale) oppure la cupola può essere elevata per organi addominali gonfiati (come stomaco pieno o eccessi di gas intestinali). Anche queste due forme si trovano combinate con le variazioni delle disfunzioni sopra menzionate. L'approccio terapeutico sarà in questo caso prevalentemente sistemico (si lavora sulle cause).

1.3 Errori movimentali addominali

La muscolatura "tubolare" lombo-addominale deve compensare il cambiamento volumetrico addominale durante la respirazione. Si riconoscono meglio squilibri del genere in espirazione quando il cedimento "soffice" della parete ventrale termina prima della fase di espirazione (o manca completamente). In stadi avanzati il movimento della parete ventrale può persino capovolgersi in un movimento ventrale "paradossale", frutto di eccessiva compensazione spinale di movimenti respiratori primari. Anche i fianchi non seguono più il movimento respiratorio.

La parete ventrale può diventare parecchio tesa in espirazione nel tentativo di porgere resistenza alla pressione interna, salvo in casi di progredito deperimento respiratorio quando

la parete toracica è diventata così debole che gli organi interni riescono a dilatarla. Questa condizione non è molto rara.

1.4 Errori movimentali polmonari

La somma di tutti gli errori movimentali respiratori si ripercuote sui movimenti dei polmoni (e si propaga sui tratti respiratori) perché seguono passivamente le variazioni della cavità toracica.

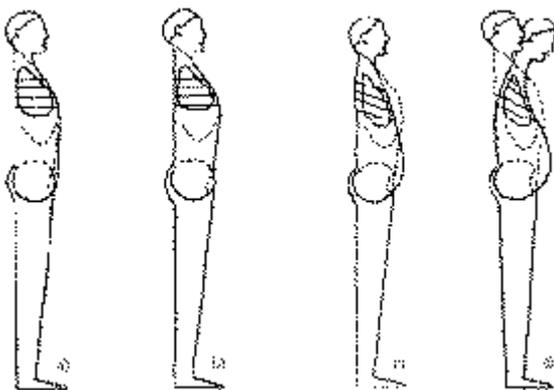
In espirazione errata:

- Invece di raccorciarsi longitudinalmente i polmoni vengono schiacciati dal ventrale al dorsale (sagittale) e nel medesimo tempo spostati leggermente in direzione caudale.
- Lo schiacciamento polmonare sagittale (ca. 1/3 dello spessore) preme anche sui bronchi e diminuisce il loro lumen (mentre in espirazione "normale" hanno piuttosto la tendenza a dilatarsi), questo non solo pesa sullo scambio arioso ma sfavorisce (per aumentata resistenza di flusso) anche la pressione intratoracica (già sfavorita dai movimenti errati).
- Lo schiacciamento sagittale deprime notevolmente gli alveoli e i capillari, ulteriore motivo perché una respirazione disfunzionale diminuisce in modo rilevante la capacità primaria dei polmoni, lo scambio di gas.
- Bronchi, trachea e laringe vengono "strappati" caudalmente e i bronchi per questo motivo ulteriormente ristretti propagandosi la tensione tramite la trachea fino alla laringe, l'intercapedine vocale si chiude per riflesso e aumenta ulteriormente la resistenza di flusso arioso.

Il PAROW commenta così il suo schizzo:

Svantaggi di disfunzioni respiratorie per i polmoni:

- a) ispirazione a spina eretta e torace portante (normale)
- b) espirazione a spina eretta (normale)
- c) espirazione con cedimento spinale e depressione toracica
- d) espirazione con flessione spinale



tratteggiato: espirazione normale

1.5 Errori di regolazione respiratoria

In concomitanza con disfunzioni movimentali respiratorie si incontrano quasi sempre anche delle aberrazioni di guida del flusso respiratorio:

- Dilatazione della stretta nasale per ipertensione di muscolatura delle guance fino all'aprirsi delle ali nasali in ispirazione.

- La faringe diventa così l'imbuto della guida del flusso e si deforma in modo che il getto arioso diventa turbolento e rende sensibile la gola e il soggetto afflitto da raffreddore.
- Fino allo sviluppo di una respirazione "pressata" quando di riflesso le corde vocali si chiudono e si sente un rumore respiratorio in gola.
- Si notano dei casi dove la resistenza dell'intercapedine vocale al getto arioso fa spostare la laringe col respiro.

Naturalmente anche la formazione del suono è impedita in caso di disfunzioni respiratorie: * Mancante "tenuta sonora" (restrizione invece di dilatazione toracica) rovina il suono.

- Mobilità impedita di laringe e corde vocali e mancante flessibilità della faringe rende incerta la fonazione e la sonorizzazione.
- La vocalizzazione con la bocca perde di volume e portata, se sono impediti le funzioni a monte.

Fremito, sospiro, sbadiglio e sorriso sono altrettanto impediti e perdono il loro valore come esercizi naturali, quando sono generati da restrizione e aumento di pressione toracica; diventano uno strapazzo per respirazione e circolazione specie per enfisematici. Idem per il soffio e il fischio.

1.6 Cause della respirazione disfunzionale

La base per una regolare respirazione può andare persa per diversi motivi.

Vengono trattati i seguenti argomenti:

Sono trattati i seguenti argomenti:

Schermo ◇
Schermo ◇
Schermo ◇

Deformazioni spinali/toraciche
Rigidità muscolari lombo-addominali
Abitudini di abbigliamento
Debolezze di muscolatura toracica
Malattie nasali
Traumi fisici e psichici
Tensioni muscolari e abitudini respiratorie emotive/psichiche
Disturbi vocali

Deformazioni spinali/toracali

La forma della spina toracica determina la posizione delle coste e di conseguenza lo sviluppo della muscolatura parietale toracica, la posizione del diaframma e il movimento basilare respiratorio. Disfunzioni e deformazioni in questo contesto si determinano a vicenda. Come terapeuta devo aggiungere che è spesso più promettente usare le coste come "leve" contro la deformazione spinale che viceversa, impiegando ampiamente il respiro stesso come massaggiatore 24-ore su 2!

Alle disfunzioni e deformazioni spino-toracali, l'organismo (e tante volte anche terapisti, insegnanti ginnici e apostoli del respiro controllato-forzato) rispondono con movimenti compensatori delle muscolature scapolo-clavicolarie e lombo-addominali il che a lungo peggiora la situazione.

La causa di questa situazione è che l'inventore non aveva previsto le sedie. Queste provocano danni sin dai primi anni scolastici perché in questa posizione la spina perde la sua tensione longitudinale, perché non più sostenuta da bacino e gambe. Il deperimento della tensione longitudinale è seguito pari passo dalla perdita di tensione trasversale toracica e con questo di capacità respiratoria.

Naturalmente anche malattie (come Morbo di Scheuermann in adolescenza) o traumi spinali/toracici senza adeguate terapie possono causare questi effetti.

Rigidità muscolari lombo-addominali

Debolezze respiratorie possono risultare:

- Da compensazioni di deformazioni spino-toracici.
- Da gravidanze.
- Da malattie e operazioni addominali.

Già il fatto di rimanere sdraiati nel letto per parecchio tempo lede la muscolatura per normale distrofia. D'altronde si incontrano tante persone con squilibri muscolari tra Mm. ventrali e lombali, che impediscono "l'accompagnamento disteso" dei movimenti respiratori toracali.

Abitudini d'abbigliamento

Le nostre abitudini occidentali d'abbigliamento sono probabilmente la principale causa per le divulgate disfunzioni respiratorie nei nostri ambienti; cinture, reggiseno, cravatte ed elastici stretti delle mutande impediscono parecchio il libero gioco dei movimenti respiratori e favoriscono l'impiego di muscolatura respiratoria ausiliaria al posto della principale.

Debolezze di muscolatura toracica

Operazioni, traumi e malattie toraciche inducono l'indebolirsi della relativa muscolatura specialmente perché l'organismo si protegge dal dolore, eseguendo il meno possibile movimenti dolenti e sostituendoli con la muscolatura compensatoria. Chiunque si sia già ferito le costole sa bene di che cosa sto parlando.

Malattie nasali

Malattie nasali inducono spesso la respirazione orale abitudinaria che a lungo, in mancanza di resistenza, indebolisce la muscolatura respiratoria, specie diaframmatica.

Traumi fisici e psichici

L'organismo si protegge dai dolori. Tenendo in considerazione le rindondanze motorie e la sua creatività e inventiva ha tantissime possibilità di reagire a eventi come colpi, ferite, incidenti e anche a situazioni durature scomode, esaurienti ecc. Molto spesso, avendo trovato un "nuovo equilibrio" (anche se meno economico) non ha nessuna voglia di tornare alle vecchie abitudini (associate con dolori e disagi). Cadute e colpi che "ci tagliano il fiato", ferite di coste e sternali, operazioni al torace lasciano spesso segni duraturi respiratori. Ogni tanto si nota anche che dopo delle narcosi la coordinazione della muscolatura respiratoria non è più ripristinata correttamente.

Tensioni muscolari e abitudini respiratorie emotive/psichiche

Alcune emozioni possono disturbare la respirazione in molteplici modi come:

- Muscolatura addominale tesa che impedisce il lavoro del diaframma in maniera tale da non abbassare la cupola diaframmatica, ma di elevare il torace.

- Muscolatura mimica tesa che disturba il corretto funzionamento della stretta nasale.
- Tensioni di muscoli linguiali, mandibola e collo anteriore che disturbano la posizione e la funzione di laringe e faringe.

Disturbi vocali

- L'uso abitudinario non appropriato della voce come il linguaggio pressato o quello sottovoce.
- Tutte le lesioni vocali sono errori funzionali dell'uso muscolare; gli stessi muscoli usati per la respirazione e per la vocalizzazione.

1.7 Sviluppo della respirazione disfunzionale

Una respirazione disfunzionale si nota poco in riposo o sotto poco sforzo, ma peggiora con il progressivo indebolirsi della muscolatura respiratoria. Dopo il sostegno dei muscoli pettorali, assistono anche quelli lombo-addominali e quelli delle spalle, deformando a gobbo la spina dorsale toracica con movimenti anacronistici.

!!!Respirazione pressata

Respirazione pressata

Succede ogni tanto spontaneamente alzando dei pesi, normalmente a fiato trattenuto. Lo stadio finale catastrofico è raggiunto, quando invece di uscire quasi senza pressione, il fiato viene pressato fuori dalla muscolatura toracica contro la resistenza dell'intercapedine vocale chiusa come si nota spesso in caso di enfisemi.

2. Cura della respirazione disfunzionale

2.1 Generalità

Il trattamento (la **cura**) della respirazione disfunzionale consiste:

- In correzioni verso una respirazione "normale".
- Rinforzo della respirazione in modo che diventi di nuovo sufficiente per affrontare anche sforzi straordinari come per esempio restrizioni bronchiali spastiche.

Una grande parte del trattamento è **esercizio del cliente**, così che il successo dipende soprattutto da lui. Il **terapista** ha un ruolo:

- Nell'insegnamento di esercizi semplici e facilmente applicabili ovunque adatti a degli errori respiratori specifici.
- Nel lavoro sul corpo che apre dei blocchi, stimola la muscolatura principale ai movimenti previsti e riporta la muscolatura ausiliaria al suo naturale ruolo di portamento, sostegno e adattamento alle forze e ai movimenti.
- Nella continua motivazione del cliente a proseguire il suo lavoro.



In dettaglio il lavoro consiste nelle seguenti **tappe**:

1. Correzione dei movimenti e rinforzo della muscolatura della parete toracica tramite esercizio e stimolazione muscolare.
2. Correzione della regolazione respiratoria in naso e faringe tramite esercizio e allentamento di muscolatura facciale e faringeale.
3. Esercizio della corretta respirazione normale fino all'abitudine, contemporaneamente con esercizio sorvegliato.
4. Eliminazione di errori respiratori individuali con dimostrazione e inibizione.
5. Rinforzo della respirazione fino al punto che soddisfa anche esigenze di sforzo straordinario con esercizio specialmente di canto e recitazione.
6. In parallelo lavoro corporeo posturale specialmente spina, torace, cingolo scapolo-clavicolare, cingolo pelvico e muscolatura lombo-addominale.

Massime per il lavoro respiratorio

Minimo impegno con il massimo effetto:

Respiro soffice calmo e piatto. Il consiglio di "respirare profondamente" sarebbe lo stesso come indicare a un gastrico di mangiare smisuratamente. Singoli respiri profondi si presentano automaticamente come pulsioni in sospiri, sbadigli, ...

Il respiro è automatico (e non controllato dalla volontà):

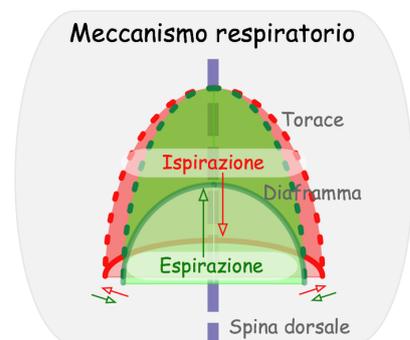
Eccezioni sono esercizi di allenamento per ripristinare gli automatismi di una respirazione normale. Nel lavoro sul corpo si invoglia il cliente a lasciar respirare il corpo come vuole e a non sopprimere delle pulsioni respiratorie. Molti clienti hanno seri problemi in merito perché fanno fatica ad abbandonare il controllo in presenza del terapeuta.

Il movimento respiratorio viene eseguito:

- dalla muscolatura **parietale toracica**
- e **diaframmatica**

Tutti gli **altri movimenti e "ausiliari"**:

hanno solo funzioni di portamento e d'adattamento. Esercizi per gli "ausiliari" saranno divertenti e utili a chissà quali scopi, ma sono respiratoriamente antiterapeutici perché indeboliscono le funzioni principali respiratorie.



Si respira (finché è comodo) **con il naso**:

La stretta nasale e la deviazione alla cupola nasofaringea è l'antagonista della muscolatura primaria respiratoria e la tiene in esercizio. La corretta regolazione respiratoria coordina movimenti e tensioni.

La **regolazione respiratoria nasale** e i **movimenti della muscolatura parietale toracica** sono i due pilastri della correzione e del rinforzo respiratorio.

2.2 Esercizi toracici

secondo [Julius Parow](#)

Tre esercizi toracici fondamentali

Hanno lo scopo di ripristinare il corretto funzionamento della muscolatura parietale toracica senza collaborazione di "ausiliari". Si tratta in particolare di esercizi isometrici:

Il Gallo:

Gallo

Tenere largo e tondo solo il torace superiore senza impiegare la muscolatura delle spalle e del collo mentre si va avanti a respirare in modo soffice, calmo e piano. Il resto si lascia andare "da sé" (esercizio "gallo").



Fisarmonica

La Fisarmonica:

Leggero movimento di tutto il torace in direzione orizzontale (a fisarmonica) mentre si va avanti a respirare in modo soffice, calmo e piano. Il resto si lascia andare "da sé". Si impiega solo la muscolatura parietale toracica senza alcun impiego degli "ausiliari" (spalle, collo, addominali, serratus inferior); se viene impiegato il M.serratus inferior si ritrae leggermente il torace superiore in ispirazione (esercizio "fisarmonica").



Presenza

Presenza:

Tenere largo tutto il torace mentre si va avanti a respirare in modo soffice, calmo e piano. Il resto si lascia andare "da sé". S'impiega poco la muscolatura parietale toracica e un pò di più il diaframma, mentre non vengono impiegati gli "ausiliari".

Lavoro corporeo accompagnante

Come lavoro d'accompagnamento il terapeuta può (non deve) eseguire:

- Breve e tenero "sfilacciamento" delle coste come se si volesse allargare per un attimo il torace. Nel lavoro sul corpo per questa tecnica si usa spesso un fazzoletto per poter tenere meglio.
- Eventualmente lavoro corporeo respiratorio: appoggiare le mani sul torace "chiuderle" (espirazione) e aprirle (ispirazione) nel ritmo del respiro con un minimo di forza (sotto la soglia di percezione cosciente del cliente; tocco "a piuma"). Chi non lo sa fare bene è meglio che lo tralasci, ogni essere mosso evita il muoversi ed è antiterapeutico perché indebolisce la muscolatura invece di rinforzarla. Si tratta invece di "invogliare" i muscoli parietali toracici a muoversi da soli automaticamente ventiquattro ore al giorno.

Condizioni fisiche

Con questi (anche solo i primi tre) esercizi si riesce a ripristinare, in settimane fino a mesi, le funzioni respiratorie del torace, a condizione che siano fattibili, cioè:

- Se la muscolatura lombo-addominale incastra il movimento toracico orizzontale inferiore: si noti che possono incastrare sia muscoli ipercontratti sia iperestesi, come p.es. in accentuate lordosi lombari:
 - ipercontratti i lombari,
 - iperestesi gli addominali,
 - tutti e due troppo tesi e poco capaci di cedere alle variazioni volumetriche della cavità addominale.



LABBÉ

In questi casi non è una buona idea "rinforzare gli addominali" perché oltre ad aumentare la pressione sulle vertebre lombari, incastra ancora di più il movimento respiratorio toracico. È meglio allentare i

lombari.

- Se la muscolatura toracica stessa è ipertesa e non permette quindi movimenti: torace iperteso spesso in persone con serie difficoltà di calma e serenità, sempre all'attacco.
- Se la muscolatura intercostale è "fossilizzata" (tessuto connettivo inspessito e inelastico - "da corrazza") come spesso accade a persone anziane e in patologie respiratorie, ci vuole un paziente ed esperto lavoro posturale sul torace per uno o due anni almeno (una volta al mese per almeno un'ora). Lavoro fisioterapico e/o doloroso in questi casi è controindicato, perché aumentano ancora il tono della muscolatura posturale.
- Se il cingolo scapolo-clavicolare è sovrasviluppato: come in tanti sportivi e artigiani. Il lavoro manuale forzato impedisce, disinserisce e atrofizza la muscolatura parietale toracica superiore.

In questi casi bisogna prima liberare le parti impedenti tramite il lavoro corporeo posturale almeno fino al punto che gli ordinari movimenti respiratori non siano più bloccati.

Fortificare il torace

Appena è possibile l'esecuzione dei primi tre esercizi "gallo", "fisarmonica", "presenza" si inizia a fortificare il torace cantando, ronzando, gemendo, sospirando in ogni occasione socialmente accettabile. Non importano stonature e volume, basta che il portamento del torace sia corretto per il suono. Così ci si abitua di nuovo all'uso appropriato della voce per il linguaggio. Da solo in macchina si hanno tante possibilità di esercitarsi.

Per chi intende perfezionarsi, consiglio:

- lezioni di **canto** o **recitazione** da un bravo maestro o almeno
- **canto ad alto volume** (anche stonato) nella vasca da bagno e in macchina
- ai fedeli la frequente partecipazione a **messia cantata e litanie**.
- Un'alternativa per chi non canta, è di imparare il **flauto dolce** da un bravo maestro.

Prospettive

Una volta ripreso (anche solo timidamente) il regolare movimento respiratorio del torace e l'uso appropriato della voce, migliora a vista anche la struttura (e non solo toracica), perché c'è di nuovo un massaggio dall'interno ventiquattro ore su ventiquattro e la ginnastica dell'uso vocale come previsto dall'inventore. È molto efficace servirsi come terapeuta di questi meccanismi; anche rilevanti deformazioni toracico-spinali recedono (persino in persone anziane) con i mesi e gli anni.

2.3 Esercizi di regolazione respiratoria

secondo [Julius Parow](#)

La regolazione respiratoria ordinaria avviene nella stretta nasale e nella nasofaringe:

- La loro resistenza è antagonistica a diaframma e muscolatura parietale toracica e tiene in allenamento questi muscoli.
- Formano un getto arioso laminare che disturba meno le corde vocali.

La respirazione ordinaria è quindi nasale. La respirazione orale è riservata alle espressioni vocali, inevitabile in sforzi fisici (come nella corsa) e sintomo di disfunzione o patologia respiratoria.

Istruzioni per per la regolazione respiratoria

L'istruzione d'esercizio di una corretta regolazione respiratoria ordinaria:

1. **Labbra** aperte un millimetro per evitare tensioni facciali.
2. **Lingua** sdraiata distesa in bocca un millimetro dietro i denti.
3. Respiro con leggero rumore nella stretta nasale, "**risonanza in testa**" e leggero rumore sulla deviazione della cupola nasofaringeale.



Esercizi ausiliari per specifici disturbi respiratori

In caso di difficoltà di regolazione respiratoria ci sono una gamma d'esercizi e "manipolazioni" per niente spettacolari ma di lavoro minuto che servono a ripristinare le funzioni regolari:

- **Naso e stretta nasale:** tirare con mano leggera la pelle sopra e intorno al naso in direzione caudale.
- Collaborazione della **cupola nasofaringeale:** leggero ronfamento "dietro il naso", schioccare, e "pronuncia di "ch" in inspirazione.
- Allentare ed esercitare la **muscolatura facciale / nasale** tramite massaggio e esercizi di **smorfia**.
- Esercizi di movimento, agilità e **distensione della lingua** aiutano anche la muscolatura tra lingua e faringe.
- Esercizi di movimento, agilità in tutte le direzioni e di **distensione** (lasciar pendere) della **mandibola**.
- Esercizi per **distensione e abilitazione faringeale:** distendere lingua e mandibola; alzare la radice della lingua contro il velo palatale e verso la cupola nasofaringeale, tenendo passivi il resto della lingua, la mandibola e le labbra.

2.4 Esercizi di respirazione ordinaria

secondo [Julius Parow](#)

Quando il movimento toracico e la regolazione respiratoria sono ripristinati e coordinati si può proseguire a ripristinare la respirazione ordinaria normale tramite esercizi con lo scopo che diventi di nuovo automatica. Così è stato all'inizio dei nostri giorni e da qualche parte nel cervelletto il programma ci sarà ancora, solo che il nostro cliente ne usa un altro.

All'inizio questi esercizi richiedono tanta attenzione e concentrazione, rinforzandosi la muscolatura diventano sempre più facili fino a diventare automatismo. Naturalmente devono essere:

- Imparati precisamente, perché si automatizzano anche eventuali errori.
- Esercitati intensamente, perché solo lunghi esercizi sostituiscono vecchie abitudini con



nuove.

La tanto temuta (con tutte le ragioni iperventilazione in esercizi respiratori si evita con la semplice massima di mai usare più fiato di quello che l'organismo strettamente richiede (si prende). Respirazione "profonda" non è respirazione efficace.

Muscolatura lombo-addominale

Il movimento respiratorio toracico-diaframmale varia continuamente anche il volume addominale. La muscolatura lombo-addominale deve seguire elasticamente e passivamente questo spostamento e quindi sono superflui se non danneggianti degli esercizi di respirazione "ventrali". Nota bene che il movimento passivo-elastico si estende allo stesso modo sulle zone ventrali e sulle zone dei fianchi!

Il nostro stile di vita sedentario induce invece spesso un'accentuata lordosi lombale con i muscoli lombali ipercontratti, iperestesi gli addominali. Tutte e due queste fasce di muscoli troppo tese e poco capaci di cedere alle variazioni volumetriche della cava addominale. Non è una buona idea "rinforzare gli addominali" perché, oltre ad aumentare la pressione sulle vertebre lombali, incastra ancora di più il movimento respiratorio toracico. È molto meglio allentare e imparare a distendere tutta la muscolatura lomboaddominale. Senza distensione ventrale, specialmente della porzione sotto l'ombelico, diventa impossibile una regolare ispirazione.

Queste "deformazioni" non richiedono esercizi, salvo quelli distensivi, bensì la mano di un terapeuta che se ne intende di lavori posturali. Non è poi così difficile perché nel complesso del lavoro toracico si orienta facilmente la relativa posizione di torace e bacino (tramite la spina), estendendo i muscoli lombali e contraendo gli addominali, allentando tutti e due per riportarli al loro equilibrio di tono.

Tecnicamente è più proficuo riattivare il movimento passivo dei fianchi (Mm. Transversus abd., Quadratus lumb., Erector spinae) ed allentare il ventre (Mm. Rectus abd. Obliqui abdom.) che lavorare sulle vertebre lombali e sull'apertura toracica inferiore e anteriore.

Conviene invece spesso lavorare il bordo del bacino anteriore e l'apertura toracica inferiore posteriore per raggiungere più efficacemente il traguardo del riorientamento toracico-pelvico tramite la muscolatura lombo-addominale.

Solo in casi eccezionali di erronea "ginnastica respiratoria" o esercizi di Yoga mal controllati, traumi anestetici e operativi o accidentali, lunghi forti dolori toracici-addominali e altri sforzi che abbiano indotto perversioni movimentali, inizialmente bisogna indurre, o per esercizio o per lavoro manuale, una corretta coordinazione movimentale tra torace e cingolo pelvico.

Diaframma

La normalizzazione del movimento toracico e la giusta reazione passiva e distesa del cordone muscolare lombo-addominale con il susseguente riorientamento toracicopelvico, ripristina automaticamente il movimento funzionale del diaframma. Con la respirazione ordinaria nasale e la vocalizzazione come antagonisti e regolatori di questo movimento, acquista efficacia in poco tempo.



Esercizi diaframmali come "respirazione ventrale" coinvolgono attivamente muscolatura di portamento e adattamento e indeboliscono così la muscolatura respiratoria principale.

Dei lavori posturali ben fatti per "liberare il diaframma" si rivolgono ai movimenti intercostali e inducono solo indirettamente per reazione una risposta diaframmale. Chi conosce esattamente "la linea d'origine diaframmale" potrà riequilibrare e ricoordinare il movimento toracico-diaframmale in modo molto efficace.

Spesso sono "disinseriti" singoli areali di fibre muscolari diaframmatiche a causa di traumi fisici. L'abile "operatore manuale" li trova e li riattiva seguendo attentamente tutta la circonferenza di allacciamento diaframmatico tra xifoide e vertebra coinvolte.

Distensione generale

Il "tono muscolare" influisce notevolmente sulla respirazione.

Sia:

- un tono troppo alto "teso" impedisce il libero movimento respiratorio, sia
- un tono troppo basso "floscio" fa "aggrinzire" i polmoni.

Questo è da valutare e considerare in pazienti tesi, carichi, esausti, esauriti ..., meglio toccare che ascoltare in questo contesto. Spesso si incontrano anche strane combinazioni di floscio e teso in diverse parti dell'apparato motorio. In opposizione all'opinione corrente che gli esercizi di distensione possano fare solo bene, nel caso di un "esaurito-floscio" essi sono antiterapeutici.



Ammetto che la maggioranza, anche dei miei clienti, è ipertesa. L'esercizio più efficace in merito è:

- Distendere la respirazione con diversi "sospiri" senza pressione (lasciar uscire il fiato) con le labbra appuntite.
- Sdraiarsi nella posizione più comoda possibile e stare assolutamente fermo, senza il minimo movimento, immaginandosi di appoggiare sempre più pesantemente sul materassino (lettino).

Dopo diverso tempo s'impara così a distendersi bene anche in minor tempo e in altre posizioni.

Le tecniche distensive sono diventate un proficuo mercato e hanno senz'altro anche importanti funzioni sociali. Ma nessuna tecnica o suggestione è più efficace della sopra menzionata.

Regolazione respiratoria ausiliaria

In disfunzioni o patologie della regolazione respiratoria ordinaria (stretta nasale, cupola nasofaringea) il cliente respira con la bocca. Se non è possibile ripristinare con semplici trucchi e in tempo utile la respirazione nasale, bisogna ricorrere a una regolazione respiratoria ausiliaria: si sostituisce la resistenza naso-faringea con una resistenza boccale:

- Inspirazione ed espirazione su "f", "s", "ch" o "kch" cosa va meglio per il cliente.

Pro memoria:

diaframma e muscoli toracici parietali necessitano di una resistenza antagonista per tenersi o mettersi in "forma". È controproducente vocalizzare il suono, perché "trattiene" il fiato invece di "lasciarlo andare".

2.5 Eliminazione degli errori respiratori

secondo [Julius Parow](#)

Trattenimento respiratorio

La respirazione rimane continuamente in stato di tensione e non trova mai pace. Provoca irritazione ai bronchi, polmoni mai lasciati in pace e induce attacchi nervosi. Il continuo "affollamento" dei polmoni facilita l'evoluzione di enfisemi.

Se il cliente non riesce a modificare l'abitudine deve imparare ad accompagnare ogni minimo sforzo (anche emotivo) con una leggera espirazione senza prendere fiato prima e senza abbassare il torace. Spesso riesce meglio se l'espirazione è accompagnata da un leggero sospiro senza pressione. Ci vuole pazienza, perché è fattibile solo dopo che il torace ha riacquisito la sua "grinta".

Lasciar correre il respiro e lasciarlo in pace si familiarizza bene con l'immaginazione di tenere sempre vuoti i polmoni a stomaco disteso e torace inferiore chiuso. La necessaria ventilazione si presenta automaticamente.

Tosse

Irritazione della gola che sparisce a poco a poco con l'impiego della regolazione respiratoria corretta. Sparisce in fretta inspirando con le labbra aperte un millimetro e movimento "a fisarmonica" del torace; le coste si tengono larghe non "espirando" ma lasciando andare l'aria. Al paziente sembra strano il fatto di non espirare volutamente.

Nel tossire si tende a ritirare il ventre basso. Meglio sarebbe alzare lo sterno, ma questo è difficile per il principiante.

Disturbi vocali

Per le correzioni vedi capitolo 2.8 "Formazione della voce".
Dove non è possibile, inizialmente si consiglia:

- Di parlare piuttosto a voce bassa e polmoni poco riempiti.
- Di espirare un pochettino prima di attaccare la voce e ripeterlo spesso anche durante la relazione.
- Parlare il più distesi possibile con la volontà di consumare il meno aria possibile.



2.6 Rinforzo della respirazione

secondo [Julius Parow](#)

L'applicazione degli esercizi per il torace e la regolazione respiratoria rinforza notevolmente e automaticamente la respirazione. Il massimo rigore lo si acquista cantando estensivamente, all'inizio sotto il controllo di un insegnante di canto. Anche i seguenti esercizi possono aiutare a rinforzare una respirazione ripristinata:

- "Tirare su" con il naso (quello che si proibisce ai bambini) a muscolatura mimica distesa.
- Allargare energicamente la vita (tutta, non solo la parte anteriore; identico al sostegno respiratorio nel canto); serve solo se il resto del torace rimane immobile e la spina sta ferma.

Meglio farsi controllare dall'esperto.

Nota:

Per evitare ogni pressione, l'espirazione si fa a bocca leggermente e gola completamente aperta, lingua distesa sul fondo della bocca.



2.7 Correzione della spina dorsale

secondo [Julius Parow](#)

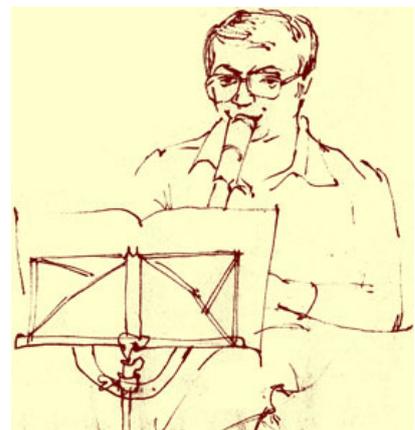
La spina dorsale deve portare il torace e fissarlo in respirazione. Questo lavoro viene svolto soprattutto dai Mm. erectores spinae e serrati. Quando questi sono deboli influenzano anche il funzionamento respiratorio. Nella nostra cultura sedentaria è pressoché impossibile incontrare una spina dorsale in ordine, si trova ancora nei popoli che abitualmente portano i loro pesi sulla testa (che sarebbe già un ottimo esercizio, portarsi un libro sulla testa durante le attività giornaliere; avvolto in un asciugamano intorno al cranio). Per il resto consiglio esercizi per la schiena insegnati dalle varie scuole.



2.8 Obiettivi e risultati

Applicando i principi e le tecniche di cui sopra si riesce:

- A far diventare automatica la meccanica respiratoria ordinaria.
- A rinforzare sufficientemente la muscolatura respiratoria al punto di poter reggere anche sforzi elevati come restrizioni bronchiali in spasmi e catarri e durante la tosse.
- A riformare l'apparato respiratorio.
- A ripristinare l'elasticità e il vigore polmonare e a "normalizzare" il volume polmonare.
- Ad eliminare errori respiratori che inducevano al deperimento respiratorio.



È quasi sempre anche necessario eliminare esercizi respiratori controproducenti che suggeriscono uno dei seguenti elementi:

- Espirazione forzata.
- Collaborazione respiratoria del dorso.
- Repressione del torace in espirazione.
- Collaborazione forzata della muscolatura lombo-addominale.
- Collaborazione della muscolatura scapolo-clavicolare e collare.
- Forzata "presa di fiato".
- Trattenimento del respiro.

Respirare coscientemente significa anzitutto raccogliere l'aria con il naso e percepirla coscientemente con i sensi del tatto e dell'olfatto. Come il mangiare consiste nel masticare e gustare il nutrimento, il respiro consiste nel sentire e annusare l'aria. Come è privo di senso riempirsi al massimo lo stomaco e il ventre, è privo di senso riempirsi i polmoni e il torace con aria. Come alla digestione debole e ammalata serve poco cibo in piccole porzioni, all'apparato respiratorio leso serve una respirazione con poca aria. Respirare più di quanto l'organismo richiede è stancante e carica smisuratamente la circolazione. Anche gli esercizi saranno da eseguire lentamente e con meno aria possibile!

3. Impressum

Fonte:

Thibodeau & Patton: *Anatomia e fisiologia*
CEA 2005

Testo a cura di:

**Consuelo Pini, Benedetta
Ceresa, Mario Santoro**

Relatori:

Peter Forster, medico naturista NVS, docente di
"Materia medica Popolare" e terapeuta di tecniche
corporee
Bianca Buser, terapeuta di tecniche corporee,
aromaterapia e fitoterapia applicata.

Impaginazione e stampa:

Laser, Fondazione
Diamante, Lugano

Versione web:

Illustrazioni, collegamenti
e cura di **Daniela Rüegg**

Anatomia & Fisiologia MedPop
Cc by P. Forster & B. Buser nc-2.5-it
1^a edizione 1996 ♦ 2^a edizione 2000 ♦ 3^a edizione 2009

4. Appendice

4.1 Istruzione immagini .html

cancellare al termine del lavoro

In certe banche dati come in [spl](#) gli immagini sono depositati in un formato che PMWiki non accetta tipo `http://www.jpg?id=801540208`. Per poterli ugualmente usare basta scrivere le istruzioni in .html e di includere l'istruzione tra `(:html:)` e `(:htmlend:)`.

L'istruzione è poi:

```
(:html:)
<span class='frame lfloat' style='text-align: center; margin-right: 20px;'>
<a class='urllink' href='URLImmagineRef' rel='nofollow' target='_blank'>
<img width='200' src='URLImmagineSchermo' /></a>
<br /><small>Didascalìa</small>
</span>
(:htmlend:)
```

Variabili:

- `lfloat` oppure `rfloat` per immagine a sinistra oppure a destra.
- `margin-right` oppure `margin-left` per margine a sinistra o a destra e normalmente cancellare `margin-right: 20px;`
- `URLImmagine`: indirizzo immagine Ref e/o Schermo
- `img width='...'` oppure `img height='...'`: larghezza o altezza dell'immagine in px

4.2 Immagini

it.Wikipedia ♦ MmP ♦ CSA ♦ altra Fonte

□



il seguente capitoletto d'istruzione è da cancellare una volta completato la galleria degli immagini.

Procedura

Quando tutti gli immagini sono piazzati nel testo è meglio di agire secondo la seguente procedura:

- farsi una lista di tutti gli indirizzi di immagini in ordine sequenziale a parte, p.es. in TextEdit con <Ctrl&clac:"Copia indirizzo immagine"> e <⌘V>
- infilare gli URL nella formula:
%lframe height=100 margin-bottom=5px% [[URL | URL]]
- copia / incolla la lista in <MedPop:Edit> e <Save>
- dove appaiono invece di immagini qualcosa del tipo http://... sostituire la formula %lframe heig... con la formula:

```
(:html:)
<span class='frame lfloat margin-bottom: 5px'>
<a class='urllink' href='URL' rel='nofollow' target='_blank'>
<img height='100' src='URL' /></a>
</span>
(:htmlend:)
```

Formule

"Normale":

```
%lframe height=100 margin-bottom=5px% [[URL | URL]]
```

"spl":

```
(:html:)
<span class='frame lfloat margin-bottom: 5px'>
<a class='urllink' href='URL' rel='nofollow' target='_blank'>
<img height='100' src='URL' /></a>
</span>
(:htmlend:)
```

Nota

- copiare le formule da qui: minime differenze falsificano la rappresentazione
- se si seguono due rappresentazioni marcate in .html:
~~(:htmlend:)~~
~~(:html:)~~
le due righe sono semplicemente da cancellare
- imperfezioni sono ammesse: fa stato il seguente .pdf che ev. dev'essere "limato" perché PmWiki ha qualche inconveniente



4.3 Commenti

alla pagina *MN / 4.10.2 Cura della respirazione disfunzionale*: ev. cliccare sul titolo per stilare un commento.

Pagine nel gruppo *Materia naturopatica MN*

* [Materia naturopatica MN](#) ◇ [2.3 Etica e morale professionale](#) ◇ [3.4 Nozioni imprenditoriali](#) ◇ [4.10 ** Terapie respiratorie](#) ◇ [4.10.1 Cura della respirazione regolare](#) ◇ [4.10.3 Cura di patologie respiratorie](#) ◇ **X [Trattamento della respirazione disfunzionale](#)** ◇



[MedPop](#) | [Novità](#) | [Enciclopedia](#) | [Forum](#) | [Redazione](#) | [CSA](#) | [Immagini](#)

© Cc by P. Forster & B. Buser nc-2.5-it



Proveniente da <http://pforster.no-ip.org/~admin/pmwiki/pmwiki.php/MN/4102>
ultima modifica September 13, 2010, at 07:55 PM