



## Dispense / Artigianato del tatto

MN 4.4.3

*Categoria:* Lavoro corporeo, Dispense

*Autore:* Peter



*Correlati:* Terapie locomotorie, Terapie manuali, Metodi di medicina manuale, Tecniche di medicina manuale



*Il testo si riferisce alla medicina manuale **strutturale**, che tenta di incentivare l'organismo a cambiare la propria geometria. Fanno parte certi rami dell'Osteopatia, della Biomeccanica, del Rolfing, dell'Integrazione Posturale e delle tecniche Craniosacrali. Approfondimenti vedi nei testi "**Correlati**".*

### On this page... (hide)

1. [Settori di clientela](#)
2. [Ambiente di lavoro](#)
3. [Impostazione del cliente](#)
  - 3.1 [Materiale di appoggio e sostegno](#)
  - 3.2 [Posizioni e sostegni tipici](#)
4. [Procedure terapeutiche](#)
5. [Respirazione](#)
6. [Massime per il mio lavoro](#)
7. [Meccanismi fisiologici](#)
8. [Proprietà del "materiale" tessuto umano](#)
9. [Approccio al cliente](#)
  - 9.1 [Approccio sociale](#)
  - 9.2 [Approccio relazionale](#)
  - 9.3 [Approccio personale](#)
10. [Percezione, tocco, reazione](#)
  - 10.1 [Reazione del cliente al tocco](#)
  - 10.2 [Percezioni del terapista](#)
  - 10.3 [Tocco del terapista](#)
11. [Meccanismi neurofisiologici](#)
  - 11.1 [Meccanismi basilari neurofisiologici](#)
  - 11.2 [Meccanismi coordinati neurofisiologici](#)
  - 11.3 [Commenti](#)



Il seguente capitolo è un parere personale di chi pratica da tanto tempo "terapie manuali" ed è quindi molto discutibile e incompleto. L'ho scritto a scopo "illustrativo didattico".

- Tatto, parole e rimedio erano gli strumenti dei medici antichi
- nell'artigianato c'è un 10% di ispirazione e il 90% di "transpirazione"
- la "transpirazione" consiste per la maggior parte nell'esercizio pratico e per il resto nell'osservazione/riflessione/sperimentazione, in base anche a un po' di studio
- per imparare il tatto fidatevi delle vostre mani e del vostro buon senso più che di tecniche, di amministratori ed epigoni dei "celebri" artigiani del tatto
- praticando ca. 3000 ore di lavoro corporeo all'anno, mi sono permesso di stilare il seguente testo (soggettivo) su come vedo questo mio mestiere
- personalmente uso diverse "tecniche", secondo ciò che incontro strada facendo e tenendo conto:
  - del comportamento del "materiale" tessuto umano
  - degli obiettivi che mi pongo per la seduta
  - delle mie capacità e delle mie mancanze.

[\(Edit Section ↓\)](#)

## 1. Settori di clientela

Il terapeuta applica la sua arte naturalmente in modo individuale, adattata alla sua clientela e agli obiettivi "terapeutici" posti dagli strumenti operativi di cui dispone lui stesso. Egli può fare:

- un lavoro di "lifestyle", per ricchi annoiati e belli perché è di moda o prevalentemente per "estetica", per motivi di gusto, voglia o divertimento
  - un lavoro di "fitness" per i dilettanti sportivi e altre persone che intendono così affrontare meglio una vita "combattiva"
  - un lavoro di "wellness", per chi intende trattare bene il suo corpo in senso preventivo, augurandosi di star bene fino alla morte e di soffrire meno possibile, o per chi ha un tale terrore della vecchiaia e della morte che cerca di far tutto giusto per essere più sano
- 
- può accompagnare fasi transitorie nella vita del cliente spesso legati anche a cambiamenti neurovegetativi, emotivi, relazionali, sociali e spirituali o
  - avere una clientela con problemi cronici emotivi, relazionali, sociali e relativi sintomi somatici
- 
- oppure può specializzarsi su casi di "impedimenti acuti", che intendono essere "riparati efficacemente" al più presto possibile senza approfondimento o
  - trattare una clientela con malattie croniche e degenerative
  - dedicarsi a dar sollievo (anche solo palliativo) a chi soffre di "brutti danni e malanni"

L'elenco mostra la diversità di obiettivi, approcci, esigenze e desideri possibili da cui si può dedurre l'improbabilità che un terapeuta abbia una clientela di tutta la gamma. È anche ragionevole pensare che non esista un metodo (strumento) unico per soddisfare tutte queste esigenze.

I primi tre settori elencati, secondo i miei criteri, non sono "terapie". Sono socialmente rilevanti nella nostra cultura, un grande mercato e un ricco e importante campo d'impiego per chi vuol praticare in questo ambito. Ma non dovrebbe chiamarsi "terapia" perché non tratta "ammalati", anche se spesso si incontrano sintomi sociali, psichici e anche somatici tra i clienti coinvolti.

I due settori successivi si rivolgono prevalentemente a una clientela con disturbi che Freud ha descritto in modo geniale nel suo saggio "Il disagio nella cultura". Mostrano spesso dei sintomi neurovegetativi, ma secondo i miei criteri comprendono soggetti più adatti a socio- e psicoterapie piuttosto che a naturopatia e terapie corporee.

Naturopatia e terapie corporee (o manuali) sono rivolte prevalentemente a clienti degli ultimi tre settori. Questo non vuol dire che siano esclusi elementi sociali, relazionali, emotivi; anzi, ma l'esperienza mi insegna che è più frequente la depressione causata da stati ormonali instabili, la disperazione causata da continui dolori reumatici, e gli stati di panico causata da traumi subiti, che viceversa.



[\(Edit Section ↓\)](#)

## 2. Ambiente di lavoro

Ambiente

L'ambiente per il lavoro sul corpo deve essere pacifico, calmo, contemplativo, caldo. Sono da escludere disturbi di ogni tipo per la durata della seduta.

#### Lettino, pavimento

Si può lavorare sia sul pavimento sia su un lettino. Preferisco il lettino, che è più comodo, specialmente per clienti non molto sportivi e anziani. La tecnica del tocco cambia notevolmente su lettino o sul pavimento.

Preferisco un lettino lungo, largo e stabile perché il cliente si sente più rassicurato.

#### Temperatura

Uso quasi sempre una termocoperta per garantire una temperatura gradevole e copro sempre il cliente anche d'estate per evitare raffreddamenti dall'aria e anche inconsci impulsi di pudore. Lavoro sotto la coperta. Sia sul pavimento che sul lettino, una posizione comoda e calda per il cliente è almeno un atto di cortesia. Malauguratamente non dispongo di un hammam; sarebbe più facile.



#### Svestirsi

Lascio al cliente la libertà di decidere fino a che punto vuole svestirsi. Essa dipende dalle sue abitudini culturali e sociali e anche dalla "familiarità" con il terapeuta. Entro nel locale di lavoro solo dopo che il cliente si è svestito e accomodato sotto la coperta.

#### Oli di massaggio

Lavoro volentieri con oli vegetali ai quali aggiungo oli eterici. Questo a scopi terapeutici, per adattare la "scivolosità" o semplicemente per il profumo gradevole. I manuali di aromaterapia lo descrivono esaurientemente.

[\(Edit Section ↓\)](#)

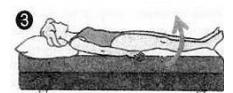
## 3. Impostazione del cliente

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.

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 una mezz'ora o un'ora, secondo il mio parere.



Qualsiasi 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 mio lavoro (senza disturbare la comodità del cliente).

[\(Edit Section ↓\)](#)

### 3.1 Materiale di appoggio e sostegno

Come sostegni e cuscini uso:

- 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
- un grande cuscino di crusca cuneiforme come appoggio del bacino in posizione "prona"
- 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 a forma di "boomerang" di crusca da tenere in braccio in posizione laterale.



Come dimostra la lista qui sopra, preferisco diversi cuscini piccoli e sottili di diverso materiale per poter adattare consistenza e altezza del sostegno a dimensione, geometria, posizione e altre esigenze del cliente. In tutto uso ca. 20 cuscini, tutti con le loro fodere cambiabili e lavabili ad alta temperatura.

[\(Edit Section ↓\)](#)

### 3.2 Posizioni e sostegni tipici

Le posizioni (e i sostegni) non sono le uniche possibili ma le più frequenti. Per altre posizioni, p.es. seduti dritti o piegati in avanti, mezzo seduti, embrionali ... non vale la pena di descrivere il materiale di appoggio perché deve comunque essere adattato individualmente al cliente e scelto secondo il buon senso e le conoscenze anatomiche e fisiologiche del terapeuta. Certe tecniche terapeutiche richiedono posizioni "speciali" di testa, gambe, braccia, torsioni della spina dorsale ecc.

Vengono trattati i seguenti argomenti:

- [Posizioni "supine"](#)
- [Posizioni laterali](#)
- [Posizioni semilaterali](#)
- [Posizioni "prona"](#)

[\(Edit Section ↓\)](#)

## Posizioni "supine"

Sono di primordiale interesse le posizioni di testa, braccia e gambe.

### Posizione della testa

Clienti con accentuate lordosi delle prime vertebre cervicali chiedono spesso una posizione craniale senza cuscino (posizione di spavento con testa piegata indietro) che corrisponde ad una loro autopercezione e/o un loro ideale di "testa dritta" mentre persone tendenzialmente "gobbose" chiedono un sostegno anche di 20 e più centimetri.

- Il mio consiglio a loro tutti è di mettersi con talloni e spalle verso il muro con la testa distesa, di misurare la distanza tra muro e cranio e di aggiungere un centimetro come sostegno ragionevole della testa. In media si tratta della larghezza di una mano senza il pollice.
- Sostengo possibilmente solo il cranio (senza le spalle) per avere libero accesso a nuca e spalla durante il lavoro.
- Per lavori sulle prime cervicali e l'occipite in questa posizione uso spesso un cuscino a forma di C.



### Posizione delle braccia

Le braccia possono appoggiare sul petto o sul bacino o ai lati del corpo. Appoggiati ai lati sostengo i polsi e le mani con un piccolo cuscino pesante di qualche centimetro di spessore, per togliere la tensione di riflesso alle spalle quando i polsi non sono sostenuti.

### Posizione a gambe divaricate

A gambe divaricate metto un rotolo medio duro sotto le ginocchia per togliere la tensione di riflesso della muscolatura lombare quando le ginocchia non sono sostenute. Il diametro del rotolo è di ca. 20 centimetri per persone grandi o con accentuata lordosi lombare o di ca. 10 centimetri per persone piccole o con lordosi lombare scarsa.

- Ogni tanto rialzo le ginocchia anche di più per aumentare l'angolazione dell'anca e sostengo i piedi per diminuire l'angolazione del ginocchio. Il sostegno dei piedi serve parecchio anche in caso di problemi circolatori delle gambe perché alzando le gambe si facilita il riflusso ematico.
- Dopo aver regolato l'altezza di cosce e gambe, tiro leggermente i talloni tenendoli alzati (a ginocchio ancora appoggiato) e tento di impostare le gambe a una larghezza comoda; normalmente ca. a distanza delle spalle.
- Non correggo ulteriormente l'allineamento verticale del corpo (testa, spalle, spina, bacino, gambe), ma prendo le loro "pieghe" come informazioni per il lavoro da fare (gruppi di muscoli ipercontratti e iperrilasciati). Lo stesso vale per l'allineamento di cosce, gambe e piedi.

### Posizione di gambe appoggiate

A gambe appoggiate sostengo i piedi con un cuscino pesante per:

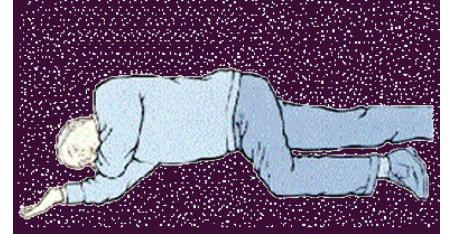
- togliere la tensione di riflesso della muscolatura lombare quando il corpo ha l'impressione che il piede potrebbe scivolar via
- dare alla caviglia un angolazione più distesa, perché senza sostegno si trova in esagerata estensione
- tento di impostare la distanza tra i piedi e la loro rotazione in modo che le ginocchia, alla

stessa distanza, non cadano nè verso l'interno né verso l'esterno. Questo dipende molto dal tono di abduttori/rotatori e adduttori delle gambe e può cambiare notevolmente durante il lavoro. In caso di necessità lo spiego al cliente e gli chiedo di collaborare provando di volta in volta la posizione ideale.

[\(Edit Section ↓\)](#)

## Posizioni laterali

Controllo e appoggio di testa, spalla, braccia, bacino gambe e piedi. Normalmente lascio al cliente la libertà di scegliersi inizialmente il lato preferito. Eventualmente si cambia dopo un certo tempo se diventa scomodo o se non si raggiungono bene parti da lavorare. Certi clienti preferiscono tirare il braccio sotto, dietro la schiena, altri davanti.



### Posizione di testa e spalla

sostengo la testa (solo fino sotto l'orecchio) con un cuscino morbido fino all'altezza alla quale le vertebre cervicali e toraciche formano una linea continua. Se la lordosi cervicale è accentuata chiedo al cliente di lasciar cadere la testa un po' in avanti (che corregge spesso automaticamente anche la rotazione della testa) ma in modo da essere ancora comodo. Se la spalla superiore cade indietro, tiro indietro la spalla sotto, fino a quando quella sopra pende un po' in avanti.

### Posizione di spalla e braccia

Do in braccio al cliente un orso di peluche o un cuscino di crusca a forma di "boomerang" per sostenere braccia e spalla, liberandoli della tensione gravitazionale, che si propaga di riflesso poi fino agli allacciamenti muscolari all'occipite. Lo faccio anche se il cliente preferisce appoggiare il braccio sull'anca e sulla coscia, perché spesso cambia posizione dopo un po' di tempo.

### Posizione di bacino e gambe

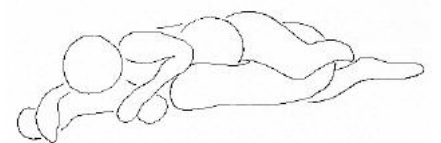
Divarico la gamba sotto e piego quella sopra. Poi sostengo sotto il ginocchio e il piede la gamba superiore piegata fino all'altezza che minimizza la torsione fra spalla e bacino e allinea anca, ginocchio e caviglia. Per allineare anche la gamba inferiore metto un cuscino sotto la caviglia.

Per finire chiedo al cliente di "assestarsi" con piccoli movimenti fino che ha trovato la posizione "meno scomoda".

[\(Edit Section ↓\)](#)

## Posizioni semilaterali

Sono simili a quelle laterali con il braccio inferiore dietro la schiena e possono andare dalle laterali fino quasi a quella "prona". Senza entrare in dettagli diventa importante sostenere il bacino all'altezza della cresta iliaca anteriore e la spalla all'altezza del processo coricoideale, per evitare tensioni lombari e della spalla e torsioni tra spalla e bacino.



A un certo punto diventa anche più comodo alzare il braccio superiore sopra la testa e sostenere il polso. In queste posizioni diventa problematica la torsione della testa e la lordosi cervicale e lombare. E' infatti una posizione preferita (come quella "prona") da persone con accentuate lordosi sia cervicali sia lombari e con spiccate inconsce esigenze di tensione muscolare.

Richiede parecchia fantasia e conoscenze anatomiche e fisiologiche da parte del terapeuta renderla sufficientemente distensiva ed è una posizione molto individuale.

[\(Edit Section ↓\)](#)

## Posizioni "prona"

È la posizione preferita da molti terapisti (perché hanno imparato a lavorare comodamente il dorso in questo modo) e da pochi clienti che l'assumono per dormire. E' problematica per la posizione della testa (anche su lettini con buchi o altri aggeggi facilitanti) con relative torsioni e tensioni su collo, nuca, cingolo scapolare e ancestrale: tutti punti che spesso sono già critici nei miei clienti.



Se un cliente la preferisce o se, per altri motivi, sono costretto a lavorare così, i sostegni sono i seguenti:

- sotto la fronte un sottile cuscino a C per liberare la respirazione (a meno che il cliente preferisca lasciar pendere testa e braccia fuori del lettino)
- sotto il bacino un sottile cuscino cuneiforme di crusca per allentare la tensione lombare \*\* sotto le caviglie un rotolo di 20 centimetri per evitare l'iperestensione del piede
- se il cliente tiene le braccia pendenti, ev. sottili sostegni sotto i coracoidali, se le tiene su, sotto le ascelle.

Spesso, e dopo un po' di tempo, è più comodo cambiare posizione leggermente in direzione "semilaterale" in seguente modo:

- girare leggermente la faccia da una parte adattando il cuscino a C
- piegare leggermente il ginocchio della stessa parte e sostenere il bacino
- tirare il braccio della stessa parte in su e sostenere l'ascella o il processo coracoideale dall'altra parte giù.

Così si allenta almeno "una diagonale" (p.es. tra orecchio dx. e caviglia sin.). Cambiando sull'altro lato si riesce in sequenza a liberare gran parte della muscolatura dorsale diagonale.

[\(Edit Section ↓\)](#)

## 4. Procedure terapeutiche

La procedura terapeutica varia tantissimo secondo il metodo usato dal terapeuta:

- ci sono metodi pressoché "ritualizzati" che, indipendentemente della "patologia" e dalla, "costituzione" del cliente, applicano una determinata sequenza di trattamenti con determinate manipolazioni generalizzate, basandosi sulla convinzione che



equilibrando complessivamente tutto l'organismo "si mette a posto" automaticamente anche la parte che ha problemi



- altri metodi si basano su criteri costituzionali/posturali caratteristici del cliente e tentano di "correggere" le "debolezze" di quest'ultimi, al fine di far sparire così anche le disfunzioni e di conseguenza i sintomi
- altri metodi sono strettamente orientati sulla disfunzione con esatte indicazioni sintomatiche e si basano su procedure manipolative in funzione di una determinata patologia (p.es. "punti riflessiologici in caso di periartrite omeroscapolare" ...). Partono dall'idea che "risolvendo" la disfunzione cruciale si metterà a posto anche la postura e la costituzione
- ci sono anche metodi che danno indicazioni sia generalizzate, sia costituzionali sia sintomatiche con regole di applicazione per tutte e tre
- personalmente mi servo spesso:
  - di una fase preliminare, nella quale tento di conoscere la situazione attuale, di equilibrare e mettere a suo agio il corpo del cliente e di stabilire un rapporto con l'organismo del cliente all'infuori della sua responsabilità.
  - di una fase specifica dove mi rivolgo al massimo disagio attuale o proseguo il lavoro precedente
  - di una fase integrativa dove tento di coinvolgere la fase specifica nel contesto dell' organismo completo
  - di una fase conclusiva che serve a restituire al cliente la responsabilità operativa del suo corpo.



Durante le singole fasi tento di lavorare in completa dipendenza dalle azioni e reazioni dell'organismo del cliente nel senso di applicare i miei strumenti operativi a dipendenza di quello che trovo al momento.

[\(Edit Section ↓\)](#)

## 5. Respirazione

Chiedo al cliente, se necessario, di "lasciar respirare" il suo corpo e possibilmente di non interferire, salvo se lo chiedo, per pochi respiri. Gli spiego che mi aiuta se non trattiene il fiato dopo aver inspirato (tensione muscolare), se espira bene (distensione muscolare) e se fa una pausa dopo l'espirazione (rimane un attimo in distensione). Molti clienti respirano coscientemente per paura di perdere il controllo. Lo accetto tacitamente; spesso questo riflesso si perde nel familiarizzarsi con la terapia. Normalmente lavoro nel ritmo respiratorio del cliente, adattando la mia respirazione alle sua. A questo ritmo, sovrappongo ogni tanto altri schemi ritmici sincroni. Come regola "tengo" in espirazione per dare sicurezza alla sua distensione, e "lascio" in inspirazione per dargli lo spazio richiesto.



La differenza di pressione tra tenere e lasciare cambia in



continuazione in base a diversi criteri che si esercitano più o meno sistematicamente, durante gli anni di apprendistato e che diventano man mano degli automatismi. Il criterio rilevante è la "risposta del tessuto": nel caso ideale aumento l'ampiezza della pressione fino al punto in cui il tessuto perde di tono in espirazione e acquista in inspirazione. In seguito riduco l'ampiezza fino al punto in cui il tessuto segue ancora all'oscillazione. E' sempre sorprendente con quanta poca forza si riesce a mantenere in oscillazione il tessuto, normalmente con forze che sono di molto sotto la soglia di percezione cosciente del cliente.

Come forse ogni terapeuta "corporeo", osservo l'impiego della muscolatura respiratoria del cliente, palpando i relativi muscoli raggiungibili. Si nota facilmente se il cliente tende piuttosto a una respirazione addominale, toracica o completa. Starnuti, sbadigli, tosse, sospiri, risate, pianti, singhiozzi e la voce forniscono altri elementi per farsi un concetto della respirazione del cliente, i relativi movimenti e muscoli e altri tessuti coinvolti.

Se la respirazione è impedita, stimolo spesso la muscolatura addominale e toracica partendo dall'inserzione del diaframma (apertura toracica inferiore) in direzione caudale e la muscolatura intercostale in direzione craniale, il che rallenta e approfondisce spesso l'espirazione. Se il cingolo del bacino è molto teso, uso il movimento respiratorio addominale/lombare per smuoverlo un po'. In seguito tento di smuovere l'apertura toracica superiore stimolando la muscolatura del cingolo scapolare e della nuca/collo, il che rafforza l'inspirazione e si manifesta spesso in sbadigli. Durante il lavoro i cambiamenti respiratori (se sono spontanei) sono significativi per i cambiamenti emotivi del cliente, che un terapeuta attento percepisce quasi meglio del cliente perché sono spesso fuggenti. Sono, insieme alla "risposta tessutale", forse i migliori segnali per il proseguimento del lavoro.

[\(Edit Section ↓\)](#)

## 6. Massime per il mio lavoro

Qualsiasi tecnica o metodo decido di usare, rispetto le seguenti massime:

- anche se del cliente talvolta ho poca stima, del suo organismo ho il massimo rispetto: ciascuna delle sue miliardi di cellule è più intelligente di me
- l'organismo non sa cosa è "giusto" (criterio morale) o "utile" (criterio cognitivo) ma solo cosa è dilettevole, comodo, piacevole
- ...

Il tessuto in un determinato posto ha un buon motivo di essere com'è. Per dargli un motivo di cambiare struttura o atteggiamento posso:

- sedurlo
- convincerlo
- ingannarlo
- stancarlo
- obbligarlo con la forza

gli ultimi tre modi sono già invasivi

Nel contesto dell' organismo complessivo, è il corpo del cliente a decidere quale altra struttura o



atteggiamento vuol prendere. Io sono troppo stupido per poter proporre una "soluzione più comoda"

- l'organismo del cliente reagisce al mio tocco: devo sentire come e adattare il tocco alla reazione
- anche il mio organismo reagisce: non devo confondere i due

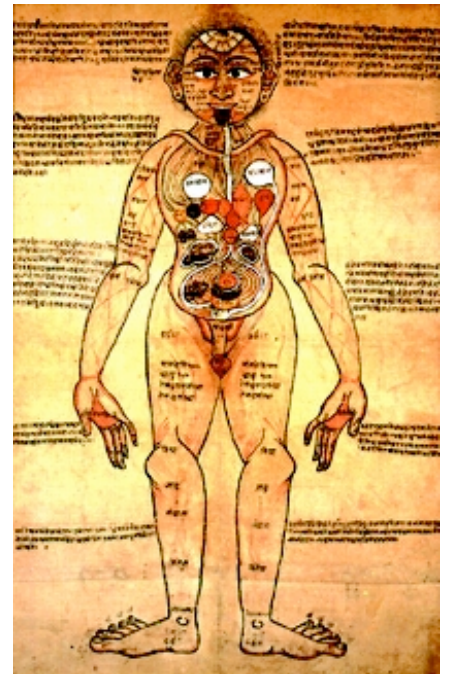
Il tocco è pelle mia su pelle sua; i due organismi si comportano come due animali che giocano o litigano.

- tocca me giocare la sua partita e recitare meglio la mia parte
- il suo organismo gradisce un ritmo "prevedibile" perché rassicurante
- se il suo tessuto si arrabbia, si annoia o si stanca, non collabora più ed è meglio terminare la partita.

[\(Edit Section ↓\)](#)

## 7. Meccanismi fisiologici

- Espirando, la muscolatura perde di tono: dal momento che osa lasciarsi andare, devo sostenerla
- Inspirando, la muscolatura guadagna di tono e si espande; devo lasciarle spazio
- Lavorando contro le solite forze della gravità posso dare al cervello un senso di leggerezza
- Usando dei riflessi innati del corpo, faccio lavorare l'organismo del cliente e meno me stesso
- Tenendo una giuntura che è tesa, dopo un po' di tempo la muscolatura si rilassa e toglie pressione dalla giuntura (Feldenkrais)
- Lavorando con le due mani a distanza di almeno "una giuntura" si riorienta la giuntura stessa (Ida Rolf)
- Lavorando in zone di epimisió superficiale riesco:
  - ad azionare tessuti profondi
  - a liberare tratti vascolari e nervosi (Elisabeth Dicke)
- Ogni tocco stimola dei ricettori di tatto, pressione e stiramento (dolore, temperatura, prurito, solletico, pressione, vibrazione, tensione, lunghezza...) che posso usare per provocare reazioni del corpo.



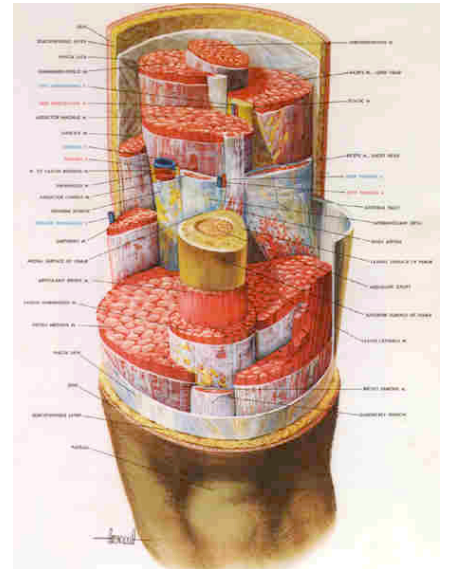
[\(Edit Section ↓\)](#)

## 8. Proprietà del "materiale" tessuto umano

Il tessuto organico umano nel suo insieme ha delle proprietà "reattive" diverse dagli altri materiali (come metallo, legno, vetro, gomma, stoffa, pietra, piante):

- reagisce attivamente ai miei stimoli: per raggiungere un determinato obiettivo terapeutico, devo scegliere lo stimolo prevedendo che la reazione vada in direzione dell'obiettivo
- reagisce in modo differenziato a diversi stimoli: sfugge al dolore, gradisce freschezza in parti scottanti e calore in parti fredde, si arrende all'affaticamento, si impanica nella costrizione, si difende contro l'invasione, risponde con originalità a delle proposte giocose...

Devo percepire, osservare e usare queste condizioni (variabili in topografia, tempo e individuo) per il lavoro.



Gran parte degli stimoli sono percepiti dall'organismo a livello inconscio: usandoli maggiormente riesco ad attivare prevalentemente meccanismi fisiologici (riflessi, vegetativi, propriocettivi...) disinserendo in parte portamenti "culturali" che causano spesso contrasti e disturbi a quelli fisiologici.

Reazioni fisiologiche ad uno stimolo provocano emozioni e viceversa.

Esempi

- azionando la muscolatura mimica facciale, sorgono emozioni che corrispondono all'emozione che aziona lo stesso gruppo muscolare
- attivando la muscolatura respiratoria di un certo tipo, scatta l'impulso del respiro congruente (p.es. sbadiglio, sospiro, ...)
- tirando o allentando la muscolatura posturale di un determinato tipo, si provocano le congruenti sensazioni (p.es. spavento, se si aumenta la lordosi cervicale).

[\(Edit Section ↓\)](#)

## 9. Approccio al cliente

Per l'approccio al cliente, distinguo tra me e me il livello sociale, il livello relazionale e il livello mio personale.

[\(Edit Section ↓\)](#)

### 9.1 Approccio sociale

A livello sociale, ci sono grandi differenze nel modo come mi trattano i miei clienti:

- dalla quasi devozione della persona che mi affibbia il titolo di "dottore" e mi abbina al ruolo del mago
- al tartassamento di persone che ritengono tutto dovuto e mi vogliono o come sacco rifiuti o come ultima dimostrazione che nessuno può aiutarli e tutti sono scemi e/o corrotti e egoisti
- all'esigenza della vittima che io abbia compassione e



risolva tutti i suoi problemi senza che lei debba far niente e che mi chiede di essere il suo salvatore

- alla persona che si sente colpevole di tutti i danni e malanni di questa madre terra e mi vede come padre confessore, poliziotto e giudice
- a chi pensa di sbagliare tutto e mi prende come insegnante per poi dimostrarmi che l'altro insegnante proclama un'altra dottrina
- fino a chi chiede semplicemente un colpo di mano di un esperto in una situazione difficile
- oppure chi porta in servizio la sua "macchina organismo" con la pretesa di riaverla ispezionata, riparata e pulita
- e non da ultimo delle persone che cercano un cicerone su una loro strada "evolutiva"
- o delle altre persone che cercano in me quello che li distende, li fa star bene e toglie un po' della loro noia (life stile, wellness, governante).

In contrasto con tutto ciò, mi vedo socialmente come professionista artigianale, con una relazione chiara di cliente e fornitore di prestazioni rispettando le dovute regole del codice delle obbligazioni e chiari patti, tipo contratto d'appalto con diritti, obblighi e responsabilità ben ripartiti e con nessuna relazione gerarchizzata.

Sto bene attento a non giocare il gioco preferito dal cliente ma di imporre socialmente il mio. Qui insisto se necessario anche a scapito dell'armonia, delle sue aspettative, pretese e così via.

Per me questo punto è importante anche perché non voglio lavorare con soldi pubblici o di assicurazioni e quindi percepisco la mia relazione giuridica meno sotto gli aspetti di "legge sanitaria" che di codice delle obbligazioni. Per questo aspetto cambia poco e niente tra cliente e cliente. Anzi pretendo di trattare ugualmente su questo livello tutti i miei clienti.

[\(Edit Section ↓\)](#)

## 9.2 Approccio relazionale

A livello relazionale la storia cambia parecchio:

- posso avere rispetto o meno di pregi e difetti del mio cliente
- posso provare simpatia o meno per i suoi punti deboli e forti
- posso sentirmi attratto o schifato o indifferente verso il mondo in cui vive
- e lo stesso vale per lui nei miei confronti.

Si tratta di trovare un denominatore comune della nostra relazione, che rispetti i limiti vicendevoli e stabilisca i temi da trattare in comune, scelti con criteri strettamente terapeutici (per non ledere il rapporto sociale cliente/fornitore). Poco importa quali siano in dettaglio: importante è che vengano stabiliti (espliciti o impliciti), rispettati e ogni tanto rivisti e forse adattati.



In pratica significa

differenziare e chiarire affari miei, affari tuoi e affari nostri e di trattare esclusivamente affari nostri.

Questa parte è molto individuale, varia da cliente a cliente, non solo secondo la patologia da trattare, ma anche secondo il rispetto e la simpatia reciproca. E su questo livello tentiamo di giocare la stessa partita che non è ne sua ne

mia, ma la nostra definita assieme.

[\(Edit Section ↓\)](#)

### 9.3 Approccio personale

A livello mio personale invece devo giocare la partita del suo organismo (non di "lui" né del suo "vaticano", visto che il mio artigiano si rivolge fortunatamente solo al suo "Battista"). E questo lo devo giocare bene, con il massimo rispetto per quanto mi possa anche sembrare strana.



Mi tocca accompagnare fedelmente e virtuosamente la sua melodia e il suo ritmo, sostenendo il suo timbro, volume, tempo e caratteristica con tutte le bizzarrie, rotture, ripetizioni e noie che possono contenere.

Ogni tanto sarò comunque appagato da una battuta geniale e non devo perderla: una specie di basso continuo improvvisato su un motivo e tempo sconosciuti. Evidentemente ciò richiede altrettanta abilità tecnica, esperienza e concentrazione. Ed è per me di un fascino che non mi stanca.

[\(Edit Section ↓\)](#)

## 10. Percezione, tocco, reazione

C'è una dinamica ricchissima tra il tocco del terapeuta, la reazione del tessuto toccato e la percezione della reazione da parte del terapeuta. Il mio personale lavoro corporeo si basa maggiormente su questa dinamica.

[\(Edit Section ↓\)](#)

### 10.1 Reazione del cliente al tocco

Ho dei clienti che sono estremamente sensibili al tocco con reazioni tessutali locali. Ad alcuni anche senza il tocco, la sola vicinanza di una persona "estranea" fa scattare dei meccanismi che possono manifestarsi come espressioni emotive, come nei casi di sintomi neurovegetativi immediati o ritardati. In altri clienti devo ricorrere a tutti gli strumenti dell'arte per provocare anche minime reazioni tessutali.



Già questi esempi dimostrano due compiti del terapeuta:

- come e cosa percepisce della reazione tessutale (locale) e dell'organismo (in toto) del cliente e
- come adatta il suo tocco alla reazione.

Guardando il cliente

si nota che lavorando in maniera sufficientemente delicata:

- i sistemi di autoregolazione neurovegetativi e riflessivi percepiscono evidentemente il tocco in modo molto differenziato (perché rispondono) mentre
- alla parte cosciente gestionale cognitiva del cliente non arriva niente di questi impulsi riflessivi; al massimo un paio di sensazioni come caldo, fresco, pesante, leggero, scarica, carica,

tensione, distensione, liberazione, oppressione, irrequietezza, calma, dolore, benessere, sonnolenza, ecc.

Mentre il terapeuta

- sente stati, movimenti e cambiamenti locali di temperatura, consistenza, tono, umidità, struttura dermica, ...
- e ha impressioni di reazioni tessutali locali come se fosse spaventato, terrorizzato, fiducioso, impaurito, generoso, ripulsivo, scioccato, incavolato, renitente, conciliante, voluttuoso, aggressivo, regressivo, tremolante, vivace, mortificato ...

Ne risulta che il tocco (e la relativa reazione) viene percepito diversamente da chi tocca e da chi è toccato:

- chi tocca percepisce cambiamenti riconoscibili al tatto e impressioni di modi reattivi che appartengono al suo repertorio di esperienza, invece
- chi è toccato non percepisce la reazione di propriocettori e neurovegetativa, ma in compenso una "somma sensazioni" elaborata in funzione alle sue "esperienze di tessuto locale".

La reazione al tocco è complessa, reale e unica. È percepibile sia dal terapeuta sia dal cliente solo in modo frammentario e diverso l'uno dall'altro. Viene interpretata e usata dai due secondo criteri ben diversi. La dinamica del lavoro corporeo si evolve in questo contrasto dove la reazione reale è perno e nesso tra terapeuta e organismo del cliente.

[\(Edit Section ↓\)](#)

## 10.2 Percezioni del terapeuta

La percezione del terapeuta (come ogni percezione) è un insieme complesso di sensazioni tattili, olfattive, uditive e visive che formano come un "suono orchestrale".

L'attenzione (o la coscienza) viene deviata dalla percezione riflettendo, pensando, valutando, rispondendo o perdendosi in reminiscenze, sentimentalismi o rancori.

Come ascoltando un concerto l'attenzione può essere focalizzata sulla voce di un singolo strumento, sulla melodia dominante, sull'evoluzione ritmica, sul tessuto armonico, sui movimenti del direttore, le stecche dei poveri musicisti, il vestito della vicina o l'etichetta al collo della camicia che gratta. Si può anche percepire semplicemente l'insieme musicale con i timbri dell'orchestra. E chi è un buon ascoltatore varia continuamente la sua percezione musicale senza lasciarsi deviare da idee, valutazioni, direttori e etichette.

Così il terapeuta è percettivo; la sua "orchestra" è il cliente, il suo "udito" sono i ricettori tattili, e in misura minore i ricettori olfattivi, uditivi e visivi. A differenza dell'ascoltatore nel concerto, è un povero musicista che deve contemporaneamente suonare a "prima vista" il basso continuo di un brano sconosciuto proposto dal suo cliente.

[\(Edit Section ↓\)](#)

### Percezione tattile

Nel lavoro corporeo la fonte percettiva prevalente sono i sensori tattili.



Consiglio a chi lavora in questo campo di studiare attentamente i relativi capitoli del "Thibodeau" per farsi, oltre che della bravura artigianale, anche un'idea chiara del ricco arsenale sensoriale tattile del quale l'inventore ci ha dotati:



- freddo e caldo
- pressione superficiale e profonda, perpendicolare e traslata, fine e grossolana
- movimenti di peli
- scivolamento
- vibrazioni lente e ad alta frequenza
- forse altri strumenti non ancora conosciuti e
- l'insieme complesso di tutti.

Ma queste sono solo le percezioni locali di una piccola area dermica che tocca il cliente. Secondo la ripartizione dei diversi sensori sotto la pelle, la sensibilità varia secondo il luogo di contatto: p.es. il dorso della mano è più sensibile del palmo alla temperatura e così via.

Un'altra percezione tattile importante è quella di forma, distanza, "direzione tessutale" che si percepisce toccando attentamente, presumibilmente grazie ai sensori di autopercezione e stiramento dei nostri muscoli durante il lavoro.

È un buon esercizio "alla cieca" per i principianti esercitarsi tentando di riconoscere oggetti solo tramite il tatto e di percepire la forma di statue fino ai minimi dettagli solo con il tatto.

In diagnostica si riesce facilmente a palpare differenze tra destra e sinistra, più esattamente che in modo visivo.

Per il principiante è inizialmente difficile lasciar perdere le sue immagini visive e concentrarsi su quelle tattili. Quasi tutti tentano di farsi "un'immagine", che per loro vuol dire un'impressione ottica, dimenticandosi che indipendentemente da questo, il cervello riesce a farsi un ritratto tattile plastico di dimensione, struttura, consistenza, umidità, temperatura e comportamento molto diverso da quello visivo. Il tirocinio del massaggiatore consiste fra l'altro proprio nel compito di completare i suoi concetti visivi dell'organismo con concetti tattili.

Uno dei problemi di questo compito per discepoli verbalmente orientati è di carattere linguistico: manca una terminologia specifica tattile per denominare le percezioni. Ma le nostre lingue offrono delle possibilità di denominazione di:

- tono muscolare: teso, floscio
- consistenza: duro, molle, gommoso,
- temperatura: freddo, fresco, tiepido, caldo, scottante
- umidità: secco, umido, oleoso
- struttura: ruvido, liscio, pergamenaceo
- geometria: rotondo, spigoloso, fibroso, noduloso
- risposta dinamica: elastico (come una gomma o molla), plastico (come argilla, rame)
- reazione tessutale: spaventato, terrorizzato, fiducioso, impaurito, generoso, repulsivo, scioccato, incavolato, renitente, conciliante, voluttuoso, aggressivo, regressivo, tremolante, vivace, mortificato.

È evidente che questi tentativi descrittivi corrispondono a un retroscena strutturale / anatomico e funzionale / fisiologico. Con il tempo e la crescente esperienza si riesce ogni tanto a decifrare e

interpretare anche verbalmente stati e mutamenti tessutali. Pare che ci siano anche ricordi e memoria tattile diretta (come visiva, olfattiva, uditiva, gustativa) al di là della verbalizzazione che permette al terapeuta di scoprire dei mutamenti tessutali anche dopo lungo tempo.

È evidente che la capacità di percezione e differenziazione tattile, come la susseguente reazione operativa, non si sviluppa "riflettendo", ma agendo con concentrazione e attenzione.

---

[\(Edit Section ↓\)](#)

### 10.3 Tocco del terapeuta

C'è un universo di tocchi, strisci, movimenti che un terapeuta può applicare trattando il suo cliente. Certe "scuole, metodi, tecniche" propongono regole "assolute", regole "relative" e regole sintomatiche. Le seguenti sono una piccola scelta illustrativa:

Sono trattati i seguenti argomenti:

- [Criteri delle diverse "scuole"](#)
  - [Principi del lavoro personale](#)
  - [Regole operative personali](#)
- 

[\(Edit Section ↓\)](#)

#### **Criteri delle diverse "scuole"**

Le diverse scuole, nella loro esigenza di dare delle indicazioni didattiche generalizzate, applicano spesso dei criteri assoluti e relativi.

Quasi tutte hanno una loro ragione d'essere in una determinata situazione, ma pochissime (o nessuna) di queste scuole "assolute" è generalizzabile e fra le "relative" non ne basta un'unica (riducente), ma ci vuole un sistema di parecchie per svolgere un lavoro a regola d'arte. Certamente esistono innumerevoli approcci utilizzabili e nessuno "migliore", come nessuno degli utilizzabili è "semplice" o riducente.

Il guaio è che a furia di semplificare il complesso, si perde la differenziazione e, spinta dall'ignoranza e dalla necessità di giustificarsi, la semplificazione diventa un dogma riducente che fa evolvere la credenza del terapeuta, ma certo non la sua arte e la salute del cliente.

Con i criteri "assoluti" o prediletti, spesso non espressi esplicitamente, bisogna stare molto attenti, perché in certe situazioni o combinazioni possono seriamente danneggiare, e poi è tardi per dire che non era inteso così. Consiglio: chiedersi (o chiedere all'insegnante) le controindicazioni e gli effetti collaterali.

---





Osteopatia  
Andrew Taylor Still



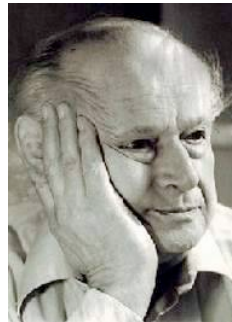
Cranio Sacral  
William Sutherland



Cranio Sacral  
John Upledger



Rolfing  
Ida Rolf



Feldenkrais  
Moshe Feldenkrais



Postural Integration  
Jack Painter

**Criteri "assoluti" o "prediletti"** possono essere indicazioni che riguardano:

- ordini sequenziali (p.es. dai piedi alla testa o viceversa, sempre verso il cuore, ...)
- regole per posti di manipolazione prediletti (articolazioni, muscoli, ossa, tessuto connettivo)
- regole per tipi di manipolazioni (tenere, premere, impastare, scivolare, battere, ...)
- regole per determinati movimenti di articolazioni "a leva" (specialmente in osteopatia)
- criteri direzionali (p.es. contro la gravità, tirare il muscolo, scaricare il muscolo, con il deflusso linfatico, ...)
- criteri ritmici (p.es. sincrono al respiro, polso craniale, ...)
- criteri di tempo (lento, veloce, ...)
- criteri di forza (energico, fino, a tocco di farfalla)
- criteri di uso delle mani (p.es. una giuntura tra le due mani, simmetria (o asimmetria) dei posti di tocco, ...)
- criteri anatomici (p.es. origine e inserzione, sul ventre muscolare, lungo le separazioni di tessuto connettivo tra due muscoli)
- criteri fisioneurologici (p.es. sfruttare gli archi riflessivi ...)

**Le regole "relative" o "dipendenti"** sono già più raffinate perchè richiedono almeno un criterio di differenziazione che impedisce un lavoro puramente meccanico. Qui il rischio sta piuttosto nel "riducente": basandosi su una o poche di queste regole e a furia di osservare un unico criterio di valutazione ne sfuggono altre forse più importanti.

Consiglio chiedersi (o chiedere all'insegnante) la gerarchia e la sequenza dei criteri che corrispondono alle regole "relative" o "dipendenti":

- scaldare il freddo, rinfrescare il caldo

- energico sul floscio, tocco di farfalla sul teso (o viceversa)
  - disperdere sul duro e concentrarsi sul molle
  - tenere un'articolazione tesa fino al prossimo sospiro
  - tenere il tessuto che "lascia" e lasciare il tessuto che si "espande"
  - sincronizzare il micromovimento muscolare con il respiro
  - tenere finché sparisce il "polso craniale"
  - lavorare prevalentemente su dermatomi innervati del simpatico in stati parasimpatici e viceversa.
- 

[\(Edit Section ↓\)](#)

## Principi del lavoro personale

Non ritengo applicabile in modo generale le mie personali massime di lavoro; troppo dipendono dalla mia istruzione individuale, dalla mia esperienza e disposizione. Se tento di spiegarli non è per motivi esibizionistici, ma perché tento di concretizzare un modo di lavoro personale, per fornire strumenti di riflessione e decisione a chi cerca di "definire il suo proprio lavoro".

Personalmente lavoro:

- in modo lento (per dare all'organismo del cliente il tempo di percepire, elaborare, rispondere a ogni stimolo)
  - con tocchi leggerissimi (sotto la soglia di percezione cosciente del cliente, sfruttando i meccanismi della sua autopercezione inconscia)
  - adattandomi a un ritmo del cliente (prevalentemente respiratorio) forza, direzione e, ambito e cambiamento del tocco
  - spesso in direzione opposta alla forza della gravità
  - ma non contro una "posizione esagerata" (non correggere)
  - e possibilmente in completa funzione della reazione del tessuto toccato:
    - temperatura
    - consistenza
    - tono muscolare
    - tipo di reattività
- 

[\(Edit Section ↓\)](#)

## Regole operative personali

Osservando questi principi 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 nel 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 (secondo che il tempo è 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 protagonista solista

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 do al tocco una leggera direzione traslatoria definita (normalmente opposto 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 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 motilità delle membra del mio organismo.

[\(Edit Section ↓\)](#)

## 11. Meccanismi neurofisiologici

Distinguo, in questo contesto, meccanismi neurofisiologici "basilari" e "coordinati". Come "basilari" intendo meccanismi di riflessi muscolari e neurovegetativi e relative trasmissioni connettivali. Come "coordinati" intendo reazioni più complesse ed elaborate del tipo meccanismi complessi, automatismi innati e acquisiti.

[\(Edit Section ↓\)](#)

### 11.1 Meccanismi basilari neurofisiologici

Sfrutto meccanismi neurofisiologici (periferici e vegetativi), riflessi di diverso tipo, di trasmissione e reazione connettivale:

### Fase preparativa:

- all'inizio, come fase preparatoria e se necessario, tento una sedazione di clienti "simpatotonici" o una tonificazione di clienti "vagotonici" usando p.es. dermatomi innervati prevalentemente dal parasimpatico (cranici e sacrali) o dal simpatico (toracali, lombali) o con altri "trucchi"
- durante il lavoro, controllo continuamente deviazioni neurovegetative e tento di mantenere un certo equilibrio (ortotonico, normotonico) che regola anche delle funzioni viscerali/ vasali
- talvolta, lavorando su tessuti traumatizzati nella fase successiva bisogna tornare ogni pochi minuti a riequilibrare il sistema neurovegetativo
- in clienti molto depressi o impanicati questa fase può essere la maggior parte del lavoro mentre in altri richiede pochi minuti (di accertamento)

### Fase operativa:

- raggiunta una certa stabilità neurovegetativa passo alla regione più "critica" del cliente: dove accusa maggiori dolori e/o impedimenti (ma normalmente non sul punto dolente)
- comincio piuttosto distante della zona critica, vicino alle inserzioni muscolari con una mano, sostenendo con l'altra "la struttura appesa" o a monte della zona dolente e impedita
- tengo la giuntura più carica o sfasata fino che un sospiro indica che i muscoli responsabili hanno ceduto un po' (osservazione di Feldenkrais)
- oppure lavoro sui muscoli agonisti e antagonisti responsabili contemporaneamente in modo da provocare gli archi riflessivi (riflessi tendomuscolari e di stiramento) a correggere la posizione
- se dei muscoli non sono direttamente raggiungibili (perchè profondi) tento di attivarli tramite il movimento di tessuto connettivo adiacente
- che serve contemporaneamente a liberare l'infrastruttura vasale, linfatica e nervosa subdermica e intermuscolare

### Impiego di tecniche specifiche:

- se non basta e il deflusso linfatico è critico, mi servo anche di un "piccolo" linfodrenaggio (indicazioni di Vodder)
- per organi interni o lontani mi servo anche di altri riflessi (trigger points, digitopressione, meridiani, riflessologia, se mi ricordo passando comunque)
- così mi avvicino man mano all'epicentro dell'impedimento
- spesso in questa fase "specificata" del lavoro si incontra del tessuto traumatizzato, "fossilizzato", indurito, inspessito, con essudati o cicatrizzato con strane strutture e comportamenti (o mancanti reazioni) che richiede un massimo di delicatezza operativa

### Approccio al dolore:

- tento di evitare o di far passare presto dei dolori locali, se necessario anche con localanestetici (spray di freddo, oli eterici di garofano, menta, xilocaina), compresse calde o sostanze riscaldanti/ roborifere ...
- Questo per evitare o portare fuori dai circoli viziosi di spasmo/ dolore
- Allo stesso scopo servono pomate, oli o rimedi da ingerire di vario tipo secondo il meccanismo che provocano i dolori.

---

[\(Edit Section ↓\)](#)

## 11.2 Meccanismi coordinati 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, 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.es. Mm. quadriceps sin. e M. triceps femoris dx.)
- coordinazioni di "equilibrio" di massa, tensione, posizione, gravità, appoggio (p.es. 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.es. spalla sin. e spina iliaca dx.)
- coordinazioni eterolaterali funzionali (p.es. gomito dx. e ginocchio sin.)
- catene strutturali muscolari (inserzioni e origini di muscoli diversi in zone vicine, p.es. coracoidale dx. e cresta iliaca dx.)
- catene funzionali di movimenti frequenti (p.es. "catena del passo": Mm. Psoas, Quadrizeps, flessori della gamba, flessori del piede ...) su relative zone d'inserzione e di origine)

Molti di questi tocchi corrispondono a osservazioni di Ida Rolf, Moshe Feldenkrais, Jack Painter (e altri praticanti di lavoro corporeo strutturale), che insegnavano fra l'altro a lavorare "a distanza di una e più giunture" e di tenere d'occhio le reazioni di sistemi funzionali muscolari come i:

- respiratori (sistema di 28 muscoli direttamente coinvolti)
- espressivi (spec. muscolatura mimica e linguistica)
- impressivi (spec. muscolatura dell'occhio e dell'orecchio)
- digestivi (spec. di masticazione, deglutazione, movimenti peristaltici, escrezione, defecazione).

Per concludere un lavoro si usa spesso un determinato tocco, p.es. si tocca prominens e giuntura sacro - coccigeale o semplicemente la conca tra sopracigli e naso per poi ritrovare il cliente dopo avergli lasciato qualche minuto di riposo.

Benedetta Ceresa e Mario Santoro curavunt  
16 ott 2006

[\(Edit Section ↓\)](#)

## 11.3 Commenti

alla pagina: Patologia del dolore

[Vai all'indice della pagina](#)[Vai alla versione in enciclopedia](#)**Commento****Autore**

Scriva il Suo Commento => Firmi in Autore => Post:

Dopo pochi secondo appare il Suo commento in rete, visibile per tutti

[\(Edit Section ↓\)](#)

---

[Impressum](#) | [Recapiti](#) | [Enciclopedia di Medicina popolare](#) | [Blog Novità](#) | [Blog Casistica](#)  
[Collaboratori](#) | [Immagini](#) | [Dispense](#) | [Lucidi](#) | [Strumenti](#) | [Colleghi](#)  
[Gruppo di galenica](#) | [Corso di materia medica](#) | [Tutoria](#) | [Gruppo di lavoro corporeo](#)

---

© Cc by Peter Forster & Bianca Buser nc-2.5-it

---

Page last modified on October 16, 2006, at 08:36 PM