

SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI CLINICA SPERIMENTALE

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

C.I.I.C.S.

ISTITUTO FRANCO GRANONE

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2013

Torino

IPNOSI E POSTURA

Candidata

dott. Lucia D'Ario

Relatore

Dr Angelo L. Gonella

SOMMARIO

Introduzione

Capitolo 1

concetto di postura e controllo posturale pag.1

capitolo 2

modificabilità della postura: l'esercizio riabilitativo pag.12

capitolo 3

la postura ovvero l'immagine di sé pag. 20

capitolo 4

l'ipnosi clinica pag. 34

capitolo 5

l'ipnosi in fisioterapia: applicazioni conosciute pag. 44

capitolo 6

l'ipnosi applicata al concetto di postura: ipotesi di un'applicazione clinica pag.52

capitolo 7

case report pag. 60

Conclusioni

Bibliografia

Appendice bibliografica

INTRODUZIONE

Da diversi decenni il termine “postura” è entrato a far parte del gergo attribuendovi, senza alcun dubbio, insieme con l’uso comune del termine, qualità come confidenza, conoscenza, appartenenza, professionalità, competenza ed altro ancora. L’evoluzione della lingua rendere libero l’uso di termini che vengono così risvegliati da un lungo letargo. Visto che il termine postura certo recente non è, il risveglio dal suo letargo si è, in alcuni casi, accompagnato a fenomeni di moda che, laddove non si tratti di comportamenti spregiudicatamente fuori dall’etica medica, certo hanno contribuito a confondere le idee.

Il termine “postura” viene da lontano. Già presente nella lingua italiana nel 1200, deriva dal latino “*pònere*” al participio passato “*pòsitum*”. Fu utilizzato per la prima volta nel rinascimento da Francesco Redi nel suo “trattato di Anatomia Umana” per definire ...“un atteggiamento abituale del corpo o di parti di esso.”

Usando un lessico più moderno e più vicino al tentativo di darne una definizione scientifica si intende “una posizione o un assetto del corpo mantenuta per un certo periodo di tempo”.

Se oggi possiamo dire di conoscere piuttosto bene i meccanismi neurofisiologici che sono alla base della postura intesa come morfologia e del controllo posturale, non

altrettanto chiare sono, a tutt'oggi, le procedure, modalità, meccanismi neurologici e neurofisiologici che ne regolano la "modificabilità".

Una quantità di variabili non sempre standardizzabili entrano in gioco nel definire, plasmare, distorcere o migliorare un involucro esteriore che racchiude e rappresenta molto di più una morfologia strutturale.

L'accettazione di un nuovo e più corretto posizionamento corporeo deve, inevitabilmente, fare i conti con l'accettazione di un cambiamento dell'idea di un sé corporeo che ci definisce.

Quali tecniche ci aiutano a realizzare il passaggio dal somatico puro al piano cognitivo della rappresentazione mentale?

Nella pratica riabilitativa conosciamo le tecniche più accreditate per realizzare una modificazione morfo-posturale, ma poca esperienza clinica e sperimentale abbiamo sulla durata effettiva e sul mantenimento nel tempo di questo cambiamento.

L'incontro con l'ipnosi, ovvero l'uso dell'ipnosi nel creare una nuova immagine di sé può forse rappresentare una nuova ipotesi applicativa in un campo ancora non sufficientemente esplorato.

Il cambiamento di un'immagine richiede l'uso di immagini e con l'ipnosi lo possiamo fare in quanto ciò che caratterizza il

fenomeno ipnotico è il monoideismo plastico, cioè una sola idea che riverbera sul piano psicosomatico.

L'ipnosi allora è il monoideismo plastico, ma anche la relazione empatica con il paziente e la condizione di coscienza modificata, al punto di arrivare alla dissociazione o distorsione , temporanea e reversibile.

Dunque non tanto l'uso di posture inducenti condizioni ipnotiche più o meno profonde ma la condizione ipnotica, lo stato di coscienza modificata, come veicolo e strumento per introdurre, con le sue suggestioni opportunamente dirette all'immagine corporea , livelli di modificazioni posturali stabili.

Capitolo 1

CONCETTO DI POSTURA E CONTROLLO POSTURALE

E' risaputo sin dall'antichità che il nostro atteggiamento posturale è un ottimo specchio della nostra salute e delle nostre abitudini di vita, tanto che intere categorie di persone hanno scelto come tipico della loro condizione proprio un particolare atteggiamento. Basti ricordare, ad esempio, la rigorosa attenzione dei militari agli atteggiamenti posturali, o il portamento degli atleti di ciascuna specialità.

L'interesse degli studiosi per lo studio del comportamento posturale è pertanto antico come l'uomo.

Solo per fornire un'idea quantitativa dell'interesse che il mondo scientifico ha verso questo argomento è sufficiente andare su un motore di ricerca scientifico e digitare la parola "postura". Il risultato è impressionante: a settembre 2013 gli studi presenti erano 71.130, con un incremento annuo di 5.000 articoli sempre per la stessa key word.

Prima di introdurre il concetto di postura è necessario definire il concetto di "cenestesi", poiché sarà ripreso in

seguito relativamente ai contenuti sulla modificabilità in ipnosi.

Cenestesi: somma delle sensazioni, continuamente trasmesse dal nostro corpo in un determinato momento e del relativo stato fisico.

Schema corporeo: la nozione dell'esistenza nello spazio della nostra unità corporea fisica e la capacità di rappresentarcela al di fuori degli apporti sensitivi o sensoriali attuali.

Entrambe hanno carattere dinamico e si costituiscono gnosicamente a partire dall'integrazione degli input sensoriali.

Tali concettualità vengono così ad interessare le problematiche della coscienzialità e della corporeità. (Koerper,Leib)

Per introdurre ora il concetto di postura cominciamo con il tentare di darne alcune definizioni dedotte dalla letteratura internazionale:

- Insieme delle posizioni di tutte le articolazioni del corpo in un determinato momento.
- Posizioni delle varie articolazioni e segmenti del corpo.
- Situazione in cui il centro di gravità di ogni segmento corporeo è posizionato verticalmente sopra il sottostante.

- Mantenimento del baricentro all'interno del poligono d'appoggio.⁽¹⁻²⁾

Il sistema posturale è un complesso sistema deputato al mantenimento del baricentro nel poligono di appoggio in condizioni di equilibrio.

L'equilibrio è la proiezione del baricentro corporeo all'interno del poligono d'appoggio sia in condizioni statiche, sia in condizioni dinamiche.

La "funzione di equilibrio" è la capacità di programmare e mantenere il rapporto più adeguato tra il proprio corpo, i suoi segmenti e l'ambiente circostante. ⁽³⁾

Il sistema locomotore è multi articolare, il centro di gravità del corpo è posizionato più o meno a livello della terza vertebra lombare, ed il poligono di appoggio è molto ridotto. Partendo da questi presupposti potremmo certamente affermare che il rischio di uno squilibrio posturale è permanente. ⁽⁴⁾

Inoltre oscilliamo continuamente, i meccanismi di controllo dei centri superiori garantiscono che tali oscillazioni vengano mantenute nel poligono d'appoggio. Le registrazioni sulla pedana stabilometrica rivelano che queste oscillazioni sono dell'ordine di 100_{mm}² in un soggetto normale.⁽⁵⁾

L'evoluzione filogenetica dell'uomo è lo sviluppo di un passaggio graduale dalla stazione quadrupedica a quella

bipede. Tale trasformazione è avvenuta nell'arco di 4 milioni di anni e, con il filum Homo, ci ha portati a realizzare cambiamenti strutturali e funzionali che hanno permesso l'adattamento ed il modellamento per la stazione bipede. Più o meno la realizzazione ed il completamento di quello che siamo oggi si data intorno a 200.000-120.000 anni fa.

Fondamentale per il conseguimento della nostra postura eretta è stata la lordosi lombare. Fino a quando l'uomo ha usato un'andatura quadrupedica la zona lombare era in cifosi, adattandosi, a seconda delle necessità, solo momentaneamente, ad assumere una rettificazione o una lordosi temporanee.

Con l'evoluzione si è giunti stabilmente all'acquisizione della lordosi che, a sua volta, ha innescato ulteriori cambiamenti strutturali fondamentali.

L'angolo di versione pelvica che è di 12° ne è la diretta conseguenza.

Inoltre un capitolo a se sarebbe necessario per illustrare, solo inizialmente, i cambiamenti occorsi all'articolazione temporo-mandibolare.

Nella nostra specie, infatti, l'articolazione temporo-mandibolare sintetizza le caratteristiche dei carnivori e degli erbivori: i movimenti di tipo verticale e di forza dei

carnivori si combinato con i movimenti di lateralità degli erbivori.

Se questo è potuto avvenire, e rendere la specie umana onnivora, è grazie ad un cambiamento strutturale dell'articolazione che ha assunto, nello sviluppo filogenetico, una forma complessa di tipo elicoidale con due articolazioni doppie di tipo artrodia.

Tale cambiamento si è realizzato poiché il piano articolare che aveva un'orientamento verticale nei quadrupedi, è diventato quasi completamente orizzontale nei bipedi, combinando così un movimento di rotazione del condilo mandibolare nella fossa temporale, con un movimento di traslazione del condilo con la superficie convessa sempre del temporale, movimento questo che scorre in un'articolazione elicoidale.

La funzione modifica la struttura e la struttura modifica la funzione.

Bisogna considerare due aspetti: la stabilità strutturale e la stabilità funzionale.

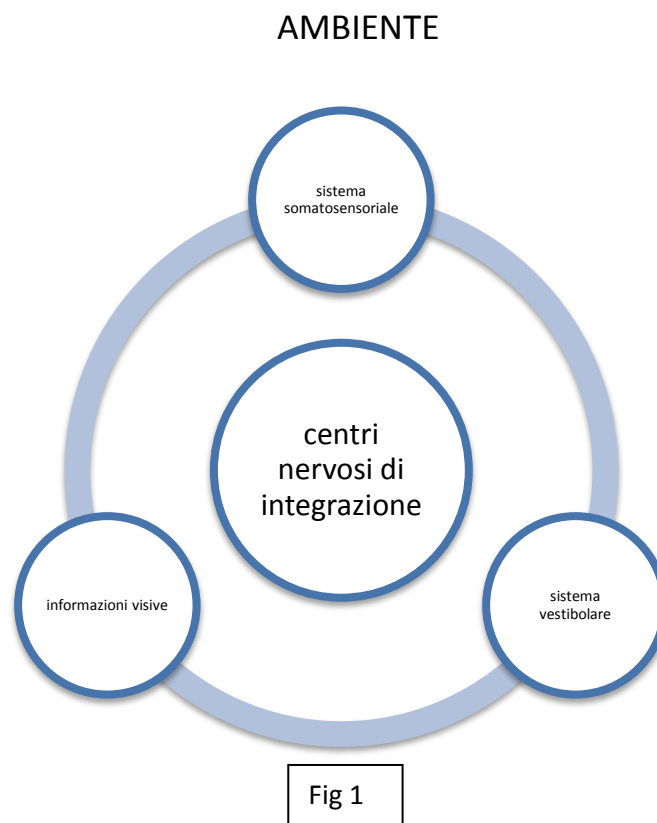
La prima riguarda le superfici articolari ed i relativi mezzi di contenimento. La seconda comprende le informazioni sensoriali, la loro integrazione e le risposte che provengono dal sistema efferente.

Gli elementi della stabilità funzionale sono i tessuti, con le loro caratteristiche fibroelastiche, il controllo

muscolare e la risultante delle forze esercitate in un dato momento. (6)

La stabilità strutturale è la condizione di base necessaria all'equilibrio e la stabilità funzionale è indispensabile alla sua regolazione.

L'obiettivo principale del controllo posturale è l'allineamento attivo della testa e del tronco rispetto alla linea di gravità, che deve essere raggiunto prendendo in considerazione l'ambiente visivo, le informazioni interne e le superfici di appoggio variabili. Il tono neuromuscolare svolge un ruolo essenziale. (fig.1)



Simoneau ha studiato gli aumenti di oscillazione del centro di pressione alterando, a seconda del caso, uno, due, o i tre sistemi contemporaneamente (vestibolare, visivo e somatosensoriale). I disturbi del sistema sensoriale aumentano le oscillazioni in modo nettamente più importante rispetto agli altri due sistemi. ⁽⁷⁾

Gli squilibri possono pervenire alla coscienza, ma i principali responsabili della gestione delle informazioni relative alla postura e delle risposte da apportare sono sottocorticali. I controlli riguardano essenzialmente tre livelli: midollare, tronco cerebrale, corticale. ⁽⁸⁾

Il controllo midollare

Il midollo spinale rappresenta il primo livello del controllo dell'equilibrio. Le risposte sono di tipo riflesso.⁽⁹⁾ Le efferenze provocano l'inibizione o l'attivazione dei motoneuroni in modo diretto o indiretto (sinaptico).

Il ruolo del riflesso miotatico diretto è quello di opporsi agli spostamenti e di ristabilire la stabilità posturale nei confronti dei minimi squilibri. ⁽¹⁰⁾ Questa è una reazione stereotipata con un breve tempo di latenza.

La rilevazione dello stiramento proviene dai sensori intramuscolari e tendinei. Questa attività riflessa di base

da sola non può recuperare l'equilibrio, altri sistemi apportano una risposta più elaborata.

Il tronco cerebrale

Rappresenta insieme al cervelletto il secondo livello di controllo. Vi si trovano, in particolare, la formazione reticolare, i centri vestibolari e i gangli della base.

La formazione reticolare è costituita da una complessa rete di neuroni. Possiede numerose funzioni, alcune delle quali riguardano il controllo motorio. Attraverso le vie reticolo-spinali e reticolo-bulbari, la formazione reticolare agisce sull'attività dei motoneuroni alfa e gamma. Questo permette loro di regolare il tono muscolare, l'attività riflessa e di innervazione reciproca. La formazione reticolare, coadiuvata dal sistema reticolare, esercita un ruolo importante per il mantenimento del tono dei muscoli antigravitari in posizione bipodalica. La formazione reticolare riceve anche informazioni superiori provenienti dal cervello e dall'ipotalamo; essa coordina la strategia posturale anticipata, nei confronti di squilibri di origine interna.

I nuclei vestibolari rappresentano il punto di arrivo degli assoni provenienti dall'VIII nervo cranico; sono localizzati nel ganglio del nervo vestibolare e sono collegati ai centri del III, IV, VI e XI nervo cranico.

Le loro connessioni sono all'origine del riflesso vestibolo-oculare, la cui azione permette di mantenere il controllo della posizione degli occhi e la stabilizzazione dello sguardo durante i movimenti della testa.

I gangli della base sono raggruppamenti di cellule nervose situate nel telencefalo. Sono coinvolti nei movimenti routinari, principalmente inconsci che riguardano tutto il corpo, e nel controllo inconscio della postura.

Il cervelletto

Il cervelletto possiede la supervisione dell'attività motoria, pertanto, in caso di lesione cerebellare, il tono è mantenuto ma esiste un deficit di controllo. Il

le informazioni e modula le risposte per aumentare l'efficacia dei movimenti e delle reazioni di equilibrio. E' responsabile della regolazione dei riflessi posturali e del tono neuromuscolare. ⁽¹¹⁾ Il suo ruolo è fondamentale nel controllo posturale e nell'equilibrio del corpo.

La corteccia

Pur avendo una responsabilità molto limitata nel controllo dell'equilibrio, il cervello ne possiede comunque un ruolo. Alcune misure effettuate sulla stabilità mostrano una diminuzione dell'efficacia del controllo posturale in caso di attività cognitiva simultanea. ⁽¹²⁾

D'altra parte la corteccia sembra ottimizzare le risposte posturali in caso di squilibri anticipati, in correlazione con il cervelletto.

Capitolo 2

MODIFICABILITA' DELLA POSTURA:

L'ESERCIZIO RIABILITATIVO

Un assetto posturale è una sintesi complessa di elementi. Da un punto di vista strutturale questi elementi determinano una distribuzione dei carichi a livello articolare più o meno fisiologica. L'assetto, ovvero l'atteggiamento morfo-posturale, dipende inevitabilmente dal patrimonio genetico, dal tipo di attività che si svolge, dallo sport, dal tipo di personalità e storia psicologica, dalle malattie ed interventi chirurgici ecc...(fig 2)

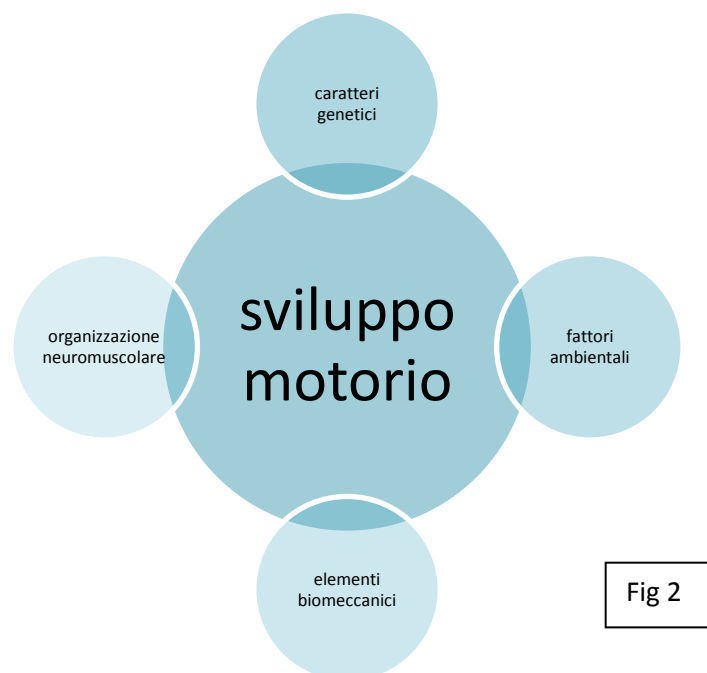


Fig 2

La comprensione della comparsa, diffusione, fissazione e costanza di determinati dimorfismi richiede attenzione. Molto spesso la genesi di un dimorfismo è da ricercarsi nella gestione dei messaggi nocicettivi, gestione che è, evidentemente, indispensabile al mantenimento di un livello di vita qualitativamente accettabile ed opera in modo notevole, pur non essendo sprovvista di inconvenienti legati alle sue richieste e alle sue complessità. Tale gestione opera in realtà mettendo in atto meccanismi di adattamento e di difesa. Essi hanno la capacità di calibrare le risposte alle aggressioni. Perché questo avvenga è necessario che rispettino alcune regole gerarchiche:



In caso di aggressione subliminale, questa non arriverà mai alla coscienza, si possono così creare patologie da causa sconosciuta. La maggior parte delle cause di questo tipo di problemi è da attribuirsi alla ripetizione di gesti o posizioni che si ritrovano nelle attività lavorative.

Le aggressioni liminali sono sufficientemente forti da pervenire alla coscienza, ma affinandosi, i meccanismi di difesa possono riportarle a livello inconscio. E' questo il caso di vecchi problemi non trattati.

Nelle aggressioni massive o acute i meccanismi di difesa non riescono più a mascherare l'aggressione ed il conscio è in stato di allerta. Il dolore rende impossibile alcuni movimenti.

I riflessi di difesa causano reazioni di retrazione muscolare, ascrivibili all'aumento di tono in risposta agli stimoli algogeni provenienti dai nocicettori. Infatti in caso di dolore lombare i muscoli spinali aumentano la loro attività, mentre gli addominali la diminuiscono.⁽¹³⁾

La ricerca automatica di una posizione antalgica (meccanismo di difesa), laddove mantenuta nel tempo, genera dimorfismi che si vanno poi a fissare e strutturare a causa delle retrazioni muscolari. Una nuova posizione, quantunque errata, nel tempo, verrà percepita come corretta e l'informazione sarà "registrata" a livello corticale.

Ecco dunque stabiliti i due criteri fondamentali per una rieducazione posturale moderna:

1) Allungare, detendere, distendere la muscolatura accorciata e retratta.

2) L'esercizio rieducativo deve focalizzare l'obiettivo sul recupero di sensazioni propriocettive e senso motorie corrette.

Si intuisce, a questo punto, che siffatto ragionamento rimette in discussione i trattamenti sintomatici e analitici (distrettuali, segmentari), i quali non possono, in nessun caso, eliminare la comparsa dei meccanismi di difesa e neanche risalire dalla conseguenza alla causa del problema.

Saranno efficaci solo se operati immediatamente dopo un'aggressione identificata (trauma) ovvero prima della fissazione dei compensi. I trattamenti fisioterapici si trovano quotidianamente di fronte a questo genere di problemi. Conseguenza di questa ulteriore considerazione è un terzo criterio riabilitativo:

3) i trattamenti dovranno cercare di essere causali e non sintomatici, curiamo la persona e non la malattia.

Unico ed indivisibile nell'aspetto psicosomatico, l'uomo forma un insieme articolato intorno ad una struttura muscolo-scheletrica che definisce le forme e protegge le funzioni.

Dagli anni 70 in poi in Europa sono sorte scuole di pensiero in funzione di questi principi. Inizialmente si partì da osservazioni da cui derivavano sia teorie che manovre su base empirica. L'osservazione delle tensioni muscolari creò i presupposti per un concetto universalmente noto che va sotto il nome di "catene muscolari", gli studi scientifici che seguirono vi attribuirono i contenuti teorici.

Oggi parlare di postura riporta inevitabilmente al concetto di catene muscolari il cui "trauma" o "danno" è da ricercarsi nella patogenesi del cambiamento morfoposturale.

A seconda delle attività vengono coinvolti diversi gruppi muscolari sinergici. Possono quindi essere interessate varie catene muscolari in svariate associazioni.

I trattamenti terapeutici dovranno, per conseguenza logica, essere estremamente individualizzati. Tale individualizzazione riguarda anche la scelta delle modalità comunicative. Bisognerà tenere conto del livello socio-culturale, ma anche dello stato psicologico del paziente, la sua motivazione verso la guarigione. Tale processo, la guarigione, deve attraversare un percorso di comprensione del danno o evento che ha contribuito a determinare i propri cambiamenti morfologici e la comprensione del significato di modalità terapeutiche spesso lontane da un'idea di ginnastica "classica" cui il

mondo moderno ci ha abituati. Un “contratto terapeutico” dove il paziente gioca il suo ruolo attivo nel cambiamento e nell’accettazione della proposta offerta, ed il terapeuta accetta il paziente con la propria idea di sé in un rapporto empatico. Le correzioni proposte saranno estremamente delicate evitando, laddove richiesto, di effettuarle contro la volontà del paziente, il tempo è la variabile che gioca a favore di una graduale accettazione.

Gli allungamenti muscolari, insieme con le correzioni articolari, con l’apprendimento dell’esercizio, contribuiranno al cambiamento di un quadro posturale.



Fig 4

Dopo 3 sedute

I tipi di trattamento orientati verso i suddetti criteri sono piuttosto diffusi a livello mondiale. Grandi iniziatori di

questo filone di pensiero riabilitativo sono stati i francesi, tra questi il metodo Mezieres, la Rieducazione Posturale Globale di Souchart, le catene cinetiche di Busquet, la terapia manuale di Bienfait, sono tra i più diffusi. Inoltre si ricordano alcuni tipi di ginnastica non ascrivibili a trattamenti tecnico-riabilitativi come il Feldenkrais, l'antiginnastica di Thérèse Bertherat, il metodo Bertele, il Rolfing.

Tutte queste tecniche, insieme alle molte altre non citate, hanno contribuito a realizzare un cambiamento sostanziale nella teoria e prassi della riabilitazione moderna.

La rete di relazioni che esiste da oltre trent'anni a livello mondiale ce lo conferma.

Migliaia di persone ogni anno scelgono di essere curate con queste modalità.

I risultati ci incoraggiano a continuare.

Capitolo 3

LA POSTURA OVVERO L'IMMAGINE DI SE'

Una persona è un essere unitario. Ciò che avviene nella mente deve avvenire anche nel corpo.⁽¹⁴⁾

Possiamo facilmente renderci conto, grazie alla comune esperienza, di come l'anima soffra quando il corpo soffre e di come il corpo venga segnato dalle passioni dell'anima. Platone stesso disse che quando il corpo si ammala, si ammala anche l'anima.⁽¹⁵⁾

Il corpo vissuto è il luogo delle relazioni con il mondo, è, nel contempo, soggetto e oggetto, si situa alla frontiera tra l'io e l'ambiente, occupa la sede della comunicazione.

Per la filosofia e la medicina tradizionale cinese,

l'uomo ha un grandissimo privilegio ed una

grandissima responsabilità: attraverso la sua postura

eretta è il collegamento tra Cielo e Terra; il luogo degli

scambi, dove le energie si mescolano, si intersecano,

si fondono in quella straordinaria cosa che è la vita.

Tradizionalmente, nella Filosofia, nella Medicina

Tradizionale Cinese (MTC), ma anche nella pratica del

Qi Gong ,l'Essere Umano (REN) è visto in piedi con le

braccia alzate ed i palmi rivolti in avanti.

Nella postura classica, utilizzata anche nella pratica del

DAO YIN QI GONG, si ha un orientamento preciso che

tiene conto delle potenze naturali, e

dell'orientamento celeste: i 4 ORIENTI (SI FENG).



Fig 5

Abbiamo precedente visto che anche nelle persone con un buon equilibrio psico-affettivo, un evento traumatico, a livello fisico, porta ad una reazione pressoché generale di allarme (innesco dei meccanismi di difesa), che può essere accompagnata da ansietà e

depressione.

Talvolta queste emozioni possono essere espresse da equivalenti somatici (cefalee). Il danno, talvolta, non coinvolge solo valori somatici, strutturali e funzionali, ma anche valori psichici che danno alla persona le sue caratteristiche irripetibili.

Quindi se una persona è depressa e nutre pensieri di disperazione, impotenza e fallimento, il suo corpo mostrerà un analogo atteggiamento depresso, attraverso una diminuzione degli impulsi, una ridotta motilità ed una minore ampiezza della respirazione, risultano depresse tutte le funzioni corporee compreso il metabolismo, e ne consegue una minore produzione di energia. Naturalmente la mente può influenzare il corpo, proprio come quest'ultimo influenza la mente.

Dal punto di vista dell'atteggiamento posturale il paziente depresso risulterà alterato nella zona dorsale che sarà in ipercifosi, il distretto cranio-collo saranno avanzati rispetto all'asse rachideo, con una perdita dell'orizzontalità dello sguardo ed una tendenza ad avere sempre lo sguardo perennemente rivolto al suolo.



Abbiamo potuto osservare, a livello clinico, un cambiamento dell'orientamento dello sguardo e un migliore assetto del baricentro capo-tronco quando i pazienti si presentavano con un lieve o transitorio miglioramento del tono dell'umore.

Ciò significa che in alcuni casi è possibile modificare l'atteggiamento corporeo (postura) modificando l'atteggiamento mentale, e che ogni cambiamento così indotto sarebbe solo temporaneo se i processi corporei sottostanti non subissero un cambiamento significativo.

(14)

Per cambiamento significativo dei processi corporei riteniamo che l'autore (Lowen A.) si riferisca agli elementi strutturali, ovvero tissutali e articolari.

Tale cambiamento si realizza, come abbiamo visto nel capitolo precedente, in un intervento tecnico-

riabilitativo, il quale, a sua volta, confermerà in senso positivo, un cambiamento avvenuto nella sfera dell'atteggiamento mentale. Questo intervento deve avvenire per opera di professionisti esperti e qualificati, la combinazione delle due professioni può sortire il risultato migliore laddove l'una potenzia l'altra.

D'altra parte, migliorare direttamente funzioni corporee come la respirazione, la motilità, la sensibilità e l'autoespressione ha un effetto immediato e duraturo sull'atteggiamento mentale. Lo sport ne è un esempio.

E' così che le persone continuamente tese e sotto stress realizzano una respirazione di piccola ampiezza con un ritmo più frequente. Nel tempo tale pattern, fissandosi, modifica il rapporto muscolo-scheletrico delle strutture interessate all'atto respiratorio rendendo rigido e poco mobile il torace che, non potendo avere respiri ampi e soddisfacenti, rinuncia all'espansione toracica in favore di un aumento della frequenza per garantire gli scambi gassosi. In terapia la prova clinica è il riscontro sistematico di una contrattura e tensione delle inserzioni costali del diaframma, il quale, accorciate le sue fibre che restano appiattite come in perenne atto inspiratorio, non può più permettere un ritorno allo stato di equilibrio, a causa delle le modificazioni tissutali di tipo retrattivo.

Questo quadro che ha origine da uno stato di sofferenza emotiva, ha una marcata ricaduta sul piano

sintomatologico in quanto i rapporti viscerodiaframmatici sono molteplici. La riduzione del movimento di “pompa” del muscolo diaframma ha ripercussioni sulla motilità intestinale, il movimento dei visceri addominali, la circolazione della vena cava e dell’aorta addominale.

E’ da tempo che abbiamo sviluppato in fisioterapia tecniche per il trattamento del diaframma. Lavorare il diaframma in genere realizza, al termine della seduta, uno stato di benessere generale, un’aumentata vascolarizzazione ed ossigenazione, uno stato di calma, una più regolare frequenza respiratoria. Nel corso delle sedute i pazienti riferiscono di riscontrare miglioramenti intestinali con inaspettate risoluzioni di vecchie stipsi. La vascolarizzazione e l’ossigenazione sono evidenti in un inequivocabile cambiamento del colorito del paziente, colorito roseo che permane ben oltre la singola seduta.

Il buon senso dell’osservazione clinica ci ha insegnato a tenere conto di dettagli apparentemente poco significativi, ma ad una valutazione più approfondita si rivelano ricchi di informazioni. La sola osservazione del piano strutturale non può essere sufficiente a spiegare la genesi di dimorfismi morfo-posturali.

La goffaggine motoria di molti bambini, goffaggine ed impaccio che si accompagnano a frequenti cadute e piccoli traumi da urto, è quasi sempre presente in quadri

di bambini timidi e sottomessi, poco espressivi, e che sembrano chiedere un silenzioso permesso per qualunque cosa.

Spesso le ginocchia sono valghe ed i piedi piatti e pronati, sovente in sovrappeso. La catena muscolare interessata in questo tipo di dimorfismo è quella anteriore la cui retrazione determina un"raggruppamento" e "arrotolamento" verso l'interno. L'impressione generale che ne risulta è di essere ripiegati su se stessi.



Fig 7

Per contro i bambini liberi nella propria espressione e privi di qualunque forma di impaccio mostrano molto bene il loro equilibrio in un tono muscolare più adeguato, una maggiore libertà nei movimenti, e, molto

spesso, un grande piacere per lo sport, la danza ed ogni altro tipo di espressione corporea.

Il loro baricentro è più posteriore, il tronco più eretto e lo sguardo orizzontale. L'impressione che ne risulta è di un corpo aperto.



Fig 8

La localizzazione dei problemi di natura psico-affettiva avviene nella parte alta del corpo, la zona sovra diaframmatica.

Questo sia per le implicazioni del muscolo diaframma visto poc'anzi, sia per la presenza dei numerosi gruppi muscolari del capo e collo che, sottoposti a stress da continuo sovraccarico soprattutto nelle persone che non

possono abbassare i propri livelli di controllo, sia per occupare posizioni lavorative di grossa responsabilità, sia per struttura psico-comportamentale. I muscoli sovra diaframmatici di collo, nuca e spalle si presentano rigidi, ispessiti e dolenti. L'irrigidimento del trapezio superiore può talvolta arrivare alla fibrosi muscolare.

Questo grazie anche al fatto che i muscoli nicali sono ricchissimi di fusi neuromuscolari, recettori e regolatori del nostro tono neuromotorio. I pazienti ansiosi sono, da questo punto di vista, i più difficili da gestire quando presentino una cervicalgia.

Il trattamento sarà sempre reso difficile, ed in parte limitato, dalla impossibilità di abbassare il tono per permettere di "liberare" segmenti vertebrali cervicali.

Alla richiesta di provare a lasciare un po' andare e ad ammorbidire la muscolatura, la risposta è quasi sempre: "non dipende da me". Vittime evidentemente del proprio corpo si accetta e ci si rassegna con un laconico "non posso farci niente".

L'identificazione del proprio corpo con il proprio stato emotivo è totale e totalmente rinunciataria. Di solito l'affidamento al terapeuta è notevole ma la componente collaborativa è poco presente.

E' utile ricordare che i processi mentali riverberano non solo sul piano della struttura globale (postura), ma anche nelle espressioni del volto.

Si vuole ricordare che i tre fattori fondamentali dell'attività mentale che si rispecchiano nelle mimica e nell'espressione sono: *l'affettività*, *i processi ideativi* e *la volontà*.⁽¹⁵⁾

In sintesi, è possibile affermare che l'affettività agisce per lo più a livello dell'espressione del volto, poiché ogni pensiero implica un'emozione che è, a sua volta, responsabile dell'espressione, mentre la volontà media e controlla, per mezzo dei processi ideativi, l'espressione emozionale. ⁽¹⁵⁾

Tale interazione può essere ben schematizzata come nella seguente figura.

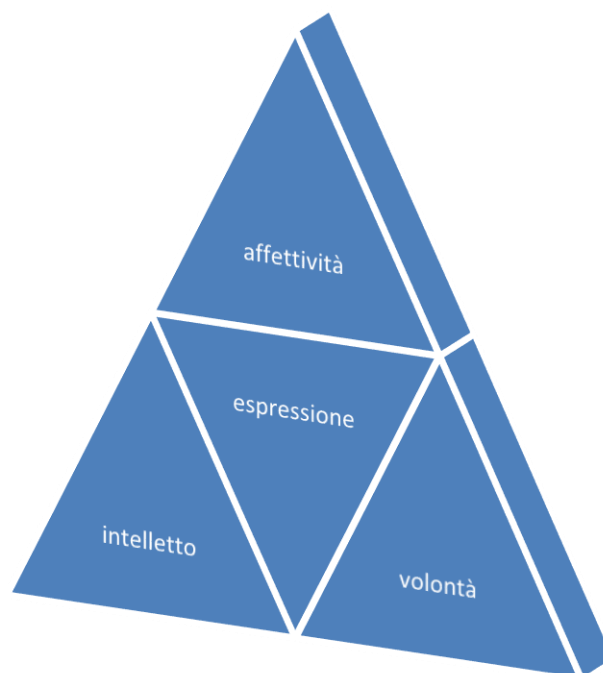


Fig 9

da Mastronardi: Manuale di comunicazione non verbale

La postura è fortemente indicativa dell'intensità e dell'emozione provata. Postura, tono muscolare e vissuto psichico si influenzano reciprocamente. (15)

Un ulteriore significato della postura è quello di rivelatore dell'atteggiamento emotivo: essa risulta sottoposta ad un controllo razionale in minor misura del volto e della voce e la postura scelta può tradire l'ansia più dell'espressione del volto.(16)

Esistono due principali dimensioni della postura:

- IMMEDIATEZZA:

-inclinazione in avanti

-contatto

-prossimità

-sguardo

-orientazione diretta

-apertura delle braccia e delle gambe

Questo stile di comportamento si riscontra nelle persone simpatiche: le componenti dell'immediatezza contribuiscono a diminuire la distanza sia fisica che psichica tra due persone.

- RILASSAMENTO

-posizioni asimmetriche delle braccia e delle gambe

-inclinazione laterale o all'indietro

-rilassamento delle mani

A questo stile posturale si ricorre in presenza di persone di ceto sociale più basso e più verso persone dell'altro sesso.

Posture meno rilassate vengono assunte in presenza di persone non gradite.

Questi atteggiamenti sono espressione dei rapporti di *dominanza/sottomissione* e di *rilassamento/tensione* che regolano i rapporti tra gli individui ⁽¹⁵⁾

Interpretazioni psicoanalitiche di posture

POSTURA	INTERPRETAZIONE
Braccia -chiuse, incrociate -aperte e rilassate	-autoprotezione specialmente dei seni -distensione di rapporto e/o accettazione dell'altro
Gambe -molto incrociate -non incrociate -nessun movimento del bacino	-autoprotezione, ritiro -distensione di rapporto -inibizione sessuale
Tronco -rigido, portamento marziale -abbassato, indolente	-nasconde ansia -debolezza, richiesta di aiuto

Infine, per concludere, Mastronardi ⁽¹⁵⁾ nella scala di comunicazione non verbale cita, alla voce “presentazione”, la postura come primo indicatore comunicativo. Dunque, che si tratti di soggetti con buon equilibrio e buona salute, che si tratti di soggetti afflitti sul piano psicologico o per un trauma fisico, un’attenta lettura degli atteggiamenti corporei, può aiutare l’operatore alla comprensione di chi si trova davanti.

La comunicazione con il paziente è il primo gesto terapeutico ed implica uno sforzo di attenzione ma anche di chiarezza espressiva da parte dell’operatore.

E’ necessario chiarire , una volta per tutte, che intervenire con tecniche manuali sulla postura equivale, molto spesso, a toccare la parte più profonda di sé. La modificazione strutturale cui aspira il terapeuta può comportare un conseguente cambiamento di atteggiamento mentale. Bisogna esserne consapevoli e sviluppare gli strumenti relazionali per la gestione di questi aspetti.

Capitolo 4

L'IPNOSI CLINICA

Per la comprensione del fenomeno ipnotico, o meglio, dell'ipnotismo, è necessario parlare di: **condizione di coscienza e rapporto.**

Relativamente alla **condizione di coscienza** possiamo certamente affermare che l'ipnosi è una condizione di coscienza modificata, una condizione di coscienza "altra" rispetto alla nostra abituale coscienza vigile, un altro modo di esprimersi della coscienza esattamente come lo è lo stato di veglia o di sonno o di concentrazione profonda. Esperienza, la condizione ipnotica, che tutti facciamo più volte nella giornata. Infatti l'ipnosi è una condizione psicofisiologica particolare, una modalità di funzionamento del sistema nervoso, diversa sia dal sonno che dalla veglia, ma in ogni caso fisiologica, che ci appartiene ogni qualvolta svolgiamo in modo automatico attività ripetitive, o quando ci troviamo a seguire un'attività interiore, fantasticata o ricordata, al punto da esserne tanto assorbiti da dissociarci completamente dalla realtà circostante.

Ci riferiamo, ad esempio, a tutte quelle situazioni in cui si resta profondamente immersi e "incantati",

allontanandosi dalla percezione sensoriale del contesto, fermi e totalmente assorbiti in questa esperienza, da pochi secondi a qualche minuto. Ognuno di noi ha potuto sperimentare che questo avviene numerose volte e nelle situazioni più disparate, specie se si sta compiendo un gesto automatico e routinario come guidare la macchina o i gesti ripetitivi e stereotipati di un'attività lavorativa.

Dunque lo stato ipnotico è spontaneo e si realizza talvolta per noia, stanchezza o trauma.

Granone l'ha definita "un particolare modo di essere dell'organismo che s'instaura ogniqualvolta intervengano speciali stimoli dissociativi, prevalentemente emozionali, eterogeni o autogeni, con possibilità di comunicazione anche a livello non verbale, con una regressione a comportamenti parafisiologici o primordiali". Si tratta di "una sindrome a sé stante, che ha dei punti di contatto e altri di differenza con altre sindromi" che insorge ogni volta che si suscitano, assieme ad un certo grado di dissociazione psichica e di regressione, dei fenomeni di ideoplasia, più o meno controllati, con conseguenti trasformazioni in realtà soggettiva somato-viscerale od oggettiva, con deformazioni percettive e allucinazioni di tipo ipnagogico o ipnopompico, di quanto viene intensamente immaginato" (Granone, 1986).

La modificazione della coscienza non è uguale per tutti, anzi varia per ognuno, e non è stabile e costante neanche nello stesso individuo e nel contesto della singola seduta ipnotica.⁽¹⁷⁾

Il fenomeno ipnotico implica che vi sia una relazione (necessariamente empatica, soprattutto se si è in un ambito terapeutico), tra ipnotista e ipnotizzato. Quindi l'ipnosi è la condizione ipnotica insieme con il rapporto ipnotico in una relazione inscindibile tra i due.

Dunque durante la terapia ipnotica si può sviluppare un transfert positivo.

Per ottenere questa particolare condizione di coscienza è necessario che la persona limiti il suo campo di interessi e di critica, orientando la sua attenzione su una sola idea alla volta ed in modo via via più pregnante e creativo (monoideismo plastico) potendo così raggiungere lo stato di trance ipnotica. ⁽¹⁷⁾

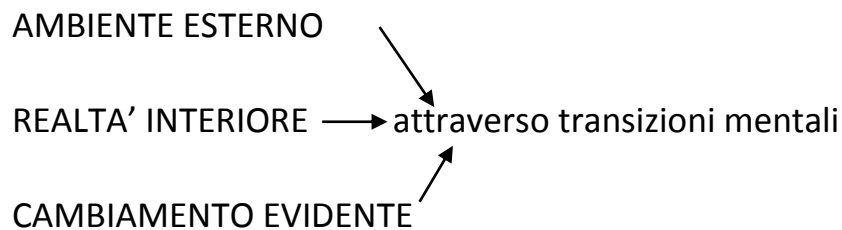
L'immagine può essere così potente da diventare plastica e manifestarsi in fenomeni fisicamente evidenti (*Regaldo G. Dispense corso C.I.I.C.S. 2013*)

Ad un certo livello di modificazione parliamo di plasticità dell'ideazione che caratterizza appunto il contesto dinamico in cui la coscienza si modifica e definiamo "IPNOSI" tale dinamismo.

Per la realizzazione dello stato ipnotico è necessaria una *induzione*.

L'induzione si realizza con manovre che rendano progressivamente sempre più deboli e meno interessanti i legami con l'ambiente ed avviando e sostenendo un dinamismo psicosomatico che attivi il monoideismo plastico (*Somma M.* Dispense corso C.I.I.C.S. 2013).

Volendo schematizzarne la progressione:



La struttura dell'induzione realizza in progressione:

1. Creazione della relazione
2. Affermazioni verificabili
3. Elaborazioni verbali e descrittive
4. Affermazioni non verificabili

La modalità di conduzione è fondamentale per la realizzazione del rapporto terapeutico.

Essa necessita di:

- Modalità di comunicazione in rapporto al soggetto
- Modulazione del tono della voce
- Elaborazione di elementi situazionali
- Istruzioni aperte: possibilità e non ordini

- Uso dei canali preferenziali
- Elaborazione di tutte le reazioni del soggetto


La strategia induttiva deve avere un obiettivo ben chiaro e definito, il soggetto deve poterlo realizzare e se ne deve appropriare.

Anzitutto va costruita la fiducia con il paziente, poi va catturata la sua attenzione in modo sempre più intenso.

AUMENTO DELLA FIDUCIA

Accettazione obiettivo

Diminuzione della critica

Fissazione dell'attenzione  parole, passi

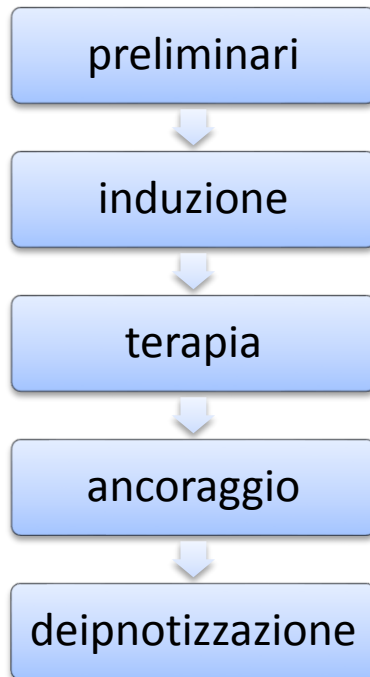
I passi sono sfioramenti dell'ipnotista al fine di attirare l'attenzione del soggetto su quella parte per realizzare catalessia, analgesia o altro fenomeno.

Dunque, a differenza dell'induzione spontanea (che sarebbe più idoneo chiamare condizione ipnoideale fisiologica che insorge spontaneamente), l'ipnosi "vera", che almeno in origine è sempre un fenomeno etero indotto, necessita di un induttore che incanali le potenzialità del paziente al fine di fargli realizzare il monoideismo plastico in un ambito di forte empatia.

In sostanza l'ipnosi "vera", che in origine deve essere sempre etero indotta (prima di sviluppare la capacità di essere autoindotta su istruzione ed ancoraggio del terapeuta), si realizza in virtù dell'attuazione di alcuni

presupposti cui vi si aggiungono la **ratifica** o consapevolezza, e l'**ancoraggio** al termine (*Regaldo G.* Dispense corso C.I.I.C.S. 2013).

Strategia base dell'induzione:



Il concentrarsi delle risorse nella relazione con l'operatore e nella realizzazione di un'immagine con la potenza adeguata (monoideismo plastico) determina cambiamenti nella condizione fisica con la comparsa di segni caratteristici:

- Calore e sudorazione
- Inerzia
- Riduzione del tono muscolare
- Respiro lento

- Tachicardia/bradicardia
- Movimenti oculari
- Espressioni del viso
- Flutter
- Deglutizione
- Testa piegata

I fenomeni dell'ipnosi sono:

- Rilassamento muscolare
- Inerzia muscolare
- Levitazione
- Catalessi
- Analgesia
- Amnesia
- Allucinazioni
- Sonnambulismo
- Regressioni d'età

Relativamente al tempo impiegato si distinguono tecniche induttive:

1. Lente > 5'
2. Medie 3-5'
3. Veloci 30''-3'
4. Shock o istantanee < 30''

Per chiarire ancora cos'è il fenomeno ipnotico possiamo aggiungere che la condizione di coscienza modificata è ricca di contenuto emozionale, la plasticità del monoideismo si realizza in modo creativo e vi si dà corpo intensamente, fino a modificare il comportamento e/o cambiare situazioni organo-viscerali, influenzare il sistema endocrino e il potenziale immunitario.⁽¹⁷⁾

Dunque il campo applicativo dell'ipnosi è vasto, multidisciplinare e, probabilmente, molto ancora dobbiamo conoscere sulle sue ulteriori potenzialità applicative.

In generale dobbiamo dire che l'ipnosi è certamente una tecnica di rilassamento non solo psichico ma anche muscolare quindi può servire per ottenere un mio rilassamento.

Quanta importanza e quanta parte del lavoro del fisioterapista sia dedicata alle tecniche di rilassamento muscolare è alla portata di tutti, quanto sia modificabile il tono muscolare è invece esperienza clinica di chi vi si dedica e non sempre con risultati soddisfacenti. Chiedere al paziente di rilassarsi sortisce spesso l'effetto opposto poichè, nello sforzo di compiacere il terapeuta, il paziente rimane totalmente e mentalmente concentrato sulle sue rigidità.

L'ipnosi offre diversamente la possibilità di un'esperienza senso-percettiva di immersione totale in

un'idea, un'immagine piacevole e positiva. Le potenzialità del paziente e la sua concentrazione saranno dirottati ed intensificati nella realizzazione di immagini dense e pregnanti di significati gradevoli che verranno verificati e ratificati. L'adesione del paziente a questa immagine sarà potente, e l'ancoraggio (che è un condizionamento) potrà essere uno strumento di successiva autogestione terapeutica.

Inoltre, tra le tante opportunità che l'ipnositerapia ci offre, abbiamo anche la possibilità di dominare l'ansia e quindi possiamo considerarla un ansiolitico. E' noto ai fisioterapisti quanto, una quota d'ansia piuttosto elevata, possa rappresentare un rallentamento alla realizzazione del trattamento; e quanto possa essere deludente e frustrante, per il paziente ed il terapeuta, non avere potuto realizzare una buona seduta poiché fortemente distolti o distratti dall'ansia del paziente

Infine uno dei aspetti più suggestivi dell'ipnosi è la possibilità di innalzare la soglia della percezione dello stimolo doloroso. Infatti l'ipnosi alza la soglia dolorosa e lo stimolo doloroso non è più percepito come tale, o meglio, percepito, ma non più appercepito come doloroso (*Lapenta A.M.* Dispense corso C.I.I.C.S. 2013).

L'argomento dell'analgesia verrà più ampiamente sviluppato nel capitolo seguente relativamente alle applicazioni note in fisioterapia.

Capitolo 5

L'IPNOSI IN FISIOTERAPIA: APPLICAZIONI CONOSCIUTE

Se la letteratura scientifica relativamente agli studi applicativi dell'ipnosi in fisioterapia è scarsa o nulla, molto delle sue potenzialità si possono facilmente intuire e dedurre dalla motivazione principale per cui un paziente perviene all'ambulatorio del fisioterapista: il dolore.

Uno studio condotto dall'Unione Europea dice che il 30% dei lavoratori europei soffre di "mal di schiena".

Da alcuni recenti studi epidemiologici emerge che il 60-70% della popolazione soffre di low back pain (LBP) durante la vita. ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

Il dolore obbliga al riposo che incrementa la percentuale di tempo sottratto all'attività lavorativa. Inoltre i pazienti affetti da LBP sono soggetti a frequenti recidive.

Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH-USA) pone tali patologie al secondo posto nella lista dei dieci problemi di salute più rilevanti nei luoghi di lavoro.

Secondo i dati della relazione sullo stato sanitario del paese del Ministero della Sanità del 2000, in Italia, il LBP

colpisce durante la vita circa l'80% della popolazione. La portata di questi dati è più o meno la stessa per altri paesi europei, le variazioni in giorni di assenza dal lavoro sono minime.

Dunque una popolazione dolente, e non soltanto a livello lombare.

Se il LBP rappresenta la maggiore richiesta di intervento di fisioterapia, non sono da sottovalutare le richieste, altrettanto numerose, di intervento per dolore cervicale, scapolo-omerale ed anca.

Prescindendo dall'argomento relativo al corretto inquadramento diagnostico che può determinare comunque, a sua volta, ulteriori ritardi nella identificazione e soluzione del dolore, possiamo senza dubbio affermare che la richiesta di intervento rieducativo-riabilitativo riguarda la patologia dolorosa.

A tale proposito gli statunitensi hanno coniato un'espressione molto significativa: "no pain , no doctor".

Solo il paziente sintomatico si decide a chiedere un aiuto. Tutt'altro argomento e tutt'altro spazio meriterebbe, evidentemente, la trattazione dell'aspetto relativo al benessere del corpo e al mantenimento dello stato di salute, in questo lavoro ci limiteremo a parlare del paziente che è già affetto da patologia.

Nessuna formazione sulla neurofisiologia del dolore viene fatta nei corsi di Laurea in fisioterapia, i fisioterapisti poco conoscono i suoi meccanismi. Spesso impotenti nella gestione di qualcosa di inaspettatamente grande e senza strumenti di contenimento.

La gestione del dolore viene così demandata al medico specialista che la affronterà dal punto di vista farmacologico e, se ha più conoscenze personali e una personale sensibilità, invierà al fisioterapista che abbia padronanza di tecniche specifiche.

Il dolore viene così affrontato come una antipatica complicanza della patologia lombare (o altro) e mai come una patologia in sé.

Nessuno spazio didattico viene dedicato al dolore.

Il dolore rappresenta, per il fisioterapista che se ne voglia occupare con competenza, una sfida diretta con la patologia stessa e molto altro ancora oltre la patologia.

Abbassare il dolore di qualche punto di una scala VAS può essere un successo molto più gratificante dall'aver, per esempio, riposizionato correttamente una vertebra in disfunzione.

Alcune metodiche riabilitative con un buon livello tecnico-scientifico, prevedono procedure per il rilasciamento tonico.

Dunque, sebbene non vi siano studi scientifici sul controllo del dolore in fisioterapia con l'uso dell'ipnosi, è facilmente intuibile che il concetto di dolore in generale è evidentemente applicabile a tutte le sfaccettature clinico-specialistiche.

Il principale settore di ricerca dell'ipnosi è, appunto, la modulazione del dolore. L'effetto dell'ipnosi sul dolore è la migliore dimostrazione dell'esistenza dell'ipnosi, sempre difficilmente obiettivabile in altro modo. (20)

L'ipnosi è un potenziale utile strumento per indurre analgesia; essa, agendo sulle strutture encefaliche deputate, è in grado di modulare entrambe le componenti dolorifiche: quella sensoriale-discriminativa e quella motivazionale-affettiva. (20)

Tale modulazione, in realtà, avviene molto poco sulla componente sensoriale-discriminativa ma molto su quella motivazionale-affettiva. E' infatti agendo sulla componente motivazionale-affettiva che l'ipnosi, in alcuni casi, è in grado di rendere totalmente analgesico il paziente, il quale, tolta la componente emozionale del dolore, lo può sopportare al punto di potere tollerare un intervento chirurgico. (Gonella A.L.)

I meccanismi che stanno alla base dell'analgesia ipnotica non sono ancora completamente chiari.

Essa potrebbe essere il risultato di una dissociazione oppure il risultato di un vero e proprio blocco degli stimoli dolorifici lungo le vie nervose.⁽²³⁾

Sono state formulate diverse teorie; la teoria del **gate control** rappresenta la più plausibile spiegazione dell'hypnotic focused analgesia (HFA).

Essa ipotizza l'esistenza di un meccanismo di blocco d'entrata (gating) della trasmissione dei segnali nocicettivi, localizzato a livello del corno dorsale del midollo spinale. ⁽²⁰⁾

Il meccanismo di blocco risponde anche ad impulsi nervosi corticali discendenti, suggerendo la possibilità che il controllo ipnotico del dolore possa influire sul sistema nocicettivo, sul livello della coscienza e sulle vie corticali superiori, condizionando direttamente l'intero sistema che processa la nocicezione. ⁽²⁰⁾

Altre recenti teorie sulla HFA sono la neural networks e la teoria dei livelli multipli. ⁽²⁰⁾

In letteratura si ritrovano poi numerose teorie che si basano sulla semplice dissociazione. Secondo queste teorie, l'"HFA è un processo attivo che coinvolge la corteccia frontale anteriore e modula l'attività talamo-corticale dissociando le esperienze di dolore dalla consapevolezza di esse, il dolore sarebbe quindi registrato, ma dissociato dalla coscienza e inaccessibile a

questa a causa di una barriera amnesica (effettivamente durante HFA sono state registrate onde ad elevata frequenza nell'emisfero dominante, evidenziando un processo inibitorio a carico della regione temporale anteriore). (20)

Lo studio del Dr. Facco e del Dr. Casiglia (20) si propone di verificare se sia possibile indurre, mediante opportune suggestioni, una HFA e se tale analgesia sia misurabile e quantificabile mediante parametri numerici e se sia in grado di prevenire la risposta emodinamica del dolore.

I risultati dello studio condotto su 20 volontari che sono stati sottoposti ad uno stimolo algico con un treno di impulsi elettrici di potenza crescente sul primo premolare superiore destro (dente 14), dimostrano che è possibile aumentare la tolleranza al dolore tramite HFA. Dimostrano anche che il dolore non è esclusivamente dissociato dalla coscienza ma realmente meno avvertito dato che la risposta emodinamica al dolore è anch'essa ridotta.

Si può intuire quanto possa beneficiare il campo della fisioterapia dall'uso dello strumento ipnotico.

Condurre verso lo stato di trance un paziente con opportune suggestioni dirette all'analgesia della zona dolorosa, sia essa lombare o altra, può dare un valido contributo nella conduzione della seduta fisioterapica stessa. Un comando post-ipnotico potrebbe essere

considerato nell'ottica dell' "esercizio" da consegnare, non diversamente da come potrebbe esserlo la consegna di una serie di movimenti da eseguire quotidianamente.

Spesso i pazienti sono tesi ed agitati in seduta nell'attesa di manovre che sanno essere dolorose, dolorose per cattiva esecuzione, e dolorose per resoconti e vissuti di altri amici o parenti. L'attesa di queste manovre mette ansia non meno di come potrebbe esserlo l'esecuzione di un intervento di piccola chirurgia ambulatoriale.

Inducendo il paziente si può, anzitutto, ottenere una sedazione generale del suo tono posturale di base, facendo così esperienza di una sensazione piacevole. Si può successivamente passare ad assumere posizioni di lavoro più tecniche dove, persistendo lo stato di trance, si può ulteriormente focalizzare la suggestione alla zona che deve ricevere l'analgisia (ad esempio la quarta vertebra lombare) e, con gli opportuni dondoli previsti dalla manovra, potenziare lo stato ipnotico con una tecnica rapida di stimolazioni cenestesiche. A questo punto possiamo produrre lo sblocco (trust) laddove previsto e necessario per la risoluzione del dolore da blocco articolare.

Il campo della fisioterapia non può che beneficiare dell'ipnosi.

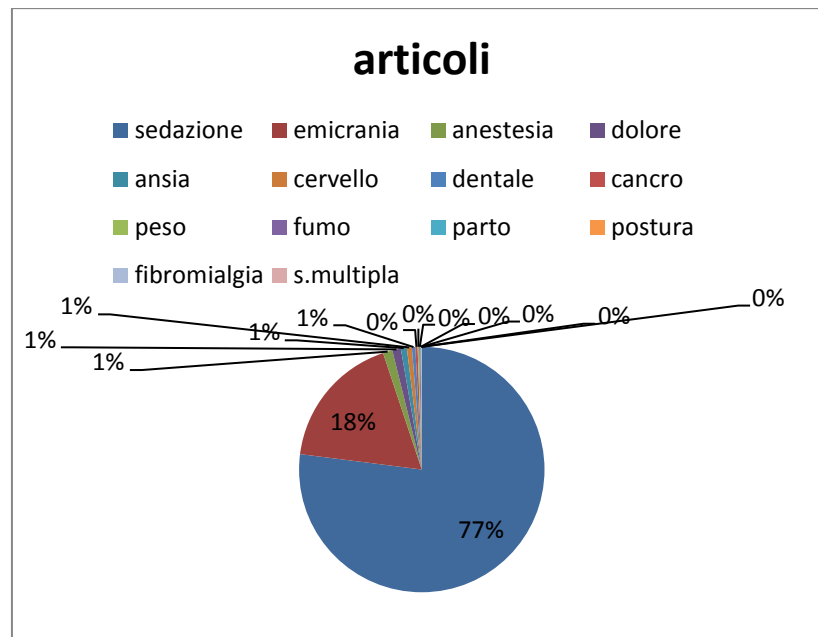
Capitolo 6

L'IPNOSI APPLICATA AL CONCETTO DI POSTURA:

IPOTESI DI UN'APPLICAZIONE CLINICA

La letteratura relativa agli studi applicativi dell'ipnosi si è occupata profusamente dei seguenti argomenti:

- sedazione (105032 items)
- emicrania (24397 items)
- anestesia (1699 items)
- dolore (1536 items)
- ansia (1070 items)
- cervello (897 items)
- ipnosi dentale (609 items)
- cancro (411 items)
- controllo del peso (275 items)
- fumo (238 items)
- parto (125 items)
- postura (51 items)
- fibromialgia (36 items)
- sclerosi multipla (18 items)



Dei 51 studi sull'argomento postura solo 10 si avvicinavano per contenuto all'oggetto della presente trattazione.

In particolare alcuni studi sono stati condotti sul controllo posturale in soggetti sottoposti ad alterazioni sensoriali e con differente livello di ipnotizzabilità (Highs e Lows) analizzando due fenomeni: il controllo posturale e l'ipnotizzabilità. L'attenzione gioca un ruolo fondamentale specialmente nel controllo posturale quando vi siano alterazioni sensoriali come "occhi chiusi" o "vibrazioni" indotte all'informazione propriocettiva delle gambe.

Il dibattito tra ipnosi clinica e sperimentale è notevole nell'importanza del livello dell'ipnotizzabilità nelle risposte alle suggestioni. La visione "clinica" sostiene che ognuno può essere ipnotizzato perché ognuno ha

un'inconscio che può essere raggiunto. La visione sperimentale sostiene che il carattere ipnotico dipende da livelli di ipnotizzabilità misurata in scale e che solo alcuni individui possono esserlo. Nel presente studio ⁽²¹⁾ gli autori sostengono che riguardo al grado di ipnotizzabilità di un soggetto un carattere ipnotico può essere indotto da un'appropriata induzione. ⁽²¹⁾ Bisogna infatti tenere presente che un corretto e appropriato approccio induttivo dell'ipnotizzatore può molto influire sul quello che gli autori chiamano "carattere ipnotico" .

Il ruolo dell'ipnotizzabilità nel controllo posturale indica che l'oscillazione del corpo del soggetto con alta o bassa ipnotizzabilità è differentemente modulata dalla chiusura degli occhi. Ad occhi chiusi gli Highs presentano una maggiore oscillazione. ⁽²⁴⁾ Le caratteristiche delle abilità di immaginazione permettono agli Highs di incarnare meglio il contenuto immaginato e che le immagini sensoriali sono in grado di modificare il controllo posturale.⁽²¹⁾

Tuttavia, ripercorrendo i contenuti trattati nel terzo capitolo del presente lavoro è interessante ricordare che Simoneau ha studiato gli aumenti di oscillazione del centro di pressione alterando, a seconda del caso, uno, due, o i tre sistemi contemporaneamente (vestibolare, visivo e somatosensoriale). I disturbi del sistema

sensoriale aumentano le oscillazioni in modo nettamente più importante rispetto agli altri due sistemi. (7)

In un altro studio si verifica se il carico cognitivo condizioni il controllo posturale più nei Lows che negli Highs (livelli di ipnotizzabilità) a causa delle maggiori capacità attentive di quest'ultimo. (22)

Poche le differenze notate nei due gruppi nelle condizioni di difficoltà posturale. (22)

Altri studi ancora studiano sempre il controllo posturale in condizioni di instabilità, o di stimolazioni vestibolari, o di stimolazioni alle gambe sui Lows e gli Highs. (23-24-25-26-27-28)

La suscettibilità ipnotica è la capacità di entrare nella trance ipnotica e di sperimentare distorsioni della percezione e della memoria. (29)

Se l'abilità ipnotica del soggetto è elevata egli può anche arrivare a realizzare l'amnesia che è sempre di rievocazione e in questo caso si può parlare di ipnosi sonnambulica. (Gonella A.L.)

La suscettibilità ipnotica dipende dalle caratteristiche funzionali del sistema attenzionale ed è misurata in scale. Comprende varie caratteristiche cognitive tra cui la capacità immaginativa e la tendenza alla produzione spontanea di fantasie. (29)

E' stato dimostrato che durante la stazione eretta, che è un'attività che "consuma attenzione", gli Highs realizzano una soddisfacente esperienza sensoriale sia durante l'immaginazione guidata di situazioni "visive" che di situazioni "somestesiche", mentre i Lows la ottengono solo durante l'immaginazione visiva. (28)

Le conclusioni del succitato studio risultano essere interessanti relativamente alla trattazione del presente capitolo; unitamente alla precedente citazione: "Le caratteristiche delle abilità di immaginazione permettono agli Highs di incarnare meglio il contenuto immaginato e che le immagini sensoriali sono in grado di modificare il controllo posturale". (21)

Terremo conto tra poco di queste conclusioni.

Tuttavia dobbiamo notare che gli esigui studi sulla postura in ipnosi si rivolgono esclusivamente alla sperimentazione di input sensoriali diversi, somministrati a soggetti con differente grado di ipnotizzabilità, e al diverso risultato riportato dai soggetti.

Risulta totalmente nulla la letteratura internazionale relativamente agli studi sulle modificazioni posturali indotte in trance ipnotica. Intendendo per modificazioni posturali non input sensoriali che determinano aumenti più o meno consistenti delle oscillazioni, bensì al concetto di postura come buona morfologia (good

posture). Avere dimostrato che le immagini sensoriali sono in grado di modificare il controllo posturale per la capacità che gli Highs hanno di incarnare il contenuto immaginato ⁽²⁴⁾ è un'affermazione con un significato intrinseco estremamente interessante per l'obiettivo del presente lavoro. In aggiunta gli Highs realizzano una soddisfacente esperienza sensoriale sia durante l'immaginazione guidata di situazioni "visive" che di situazioni "somestesiche", mentre i Lows la ottengono solo durante l'immaginazione visiva. ⁽²⁵⁾

Dunque non solo le immagini sensoriali modificano il controllo posturale, ma realizzano anche una soddisfacente esperienza sensoriale, sia con l'uso di metafore visive sia con induzione cenestesica (somato-sensoriale).

Entrambi i parametri : **modificazioni del controllo posturale** e **esperienze sensoriali** rappresentano la giustificazione teorica e la base scientifica che si è voluto dare al presente lavoro.

Inoltre le attuali conoscenze sui neuroni specchio ci forniscono un ulteriore appoggio. "Kolher (2002) ha dimostrato l'esistenza nell'area premotoria di neuroni specchio audio-visivi, attivati non solo dall'esecuzione o dall'osservazione di una data azione, ma anche dalla descrizione o dal semplice ascolto del suono prodotto dalla stessa azione.

La processazione di frasi descrittive azioni eseguite da effettori diversi come la mano o il piede attiva in modo specifico regioni diverse della corteccia motoria che controllano le azioni degli stessi effettori (Buccino et al, 2005).

Esiste un'attivazione del sistema fronto-parieto-temporale sinistro sia durante l'ascolto di frasi contenenti azioni motorie sia durante l'esecuzione dell'azione o la sua osservazione (Tettamanti et al, 2005)".

Da quanto detto sin ora è possibile supporre che l'applicazione clinica dell'ipnosi in fisioterapia potrebbe ulteriormente allargare l'interesse all'ambito posturale in quanto, l'ipnosi, capace di realizzare modificazioni, di percepirla a livello sensomotorio e di integrarle a livello corticale.

La combinazione di entrambi gli strumenti potrebbe essere così organizzata:

- seduta di rieducazione posturale come da protocollo riabilitativo che si avvarrà di uno stato preinduttivo/induttivo a seconda dell'ipnotizzabilità del soggetto
- paziente in upright standing per completare, sotto induzione ipnotica, tutte le ulteriori definizioni morfologiche e integrare le sensazioni propriocettive che ne riceve.

- Consegna di un “ancoraggio” come esercizio.

Capitolo 7

CASE REPORT

Paziente donna (A.S.) di 37 anni, professione odontoiatra. La richiesta del consulto fisioterapico-posturale è avvenuta nella primavera scorsa a seguito di un dolore dorso-lombare sopraggiunto, verosimilmente, per le posture prolungate dell'attività lavorativa.

All'osservazione clinica si notava subito, ed in modo notevolmente marcato, una curva cifotica dorsale troppo lunga ed accentuata che “cadeva” in seconda vertebra lombare. Si potevano notare ancora un notevole avanzamento del segmento capo/collo, una forte tensione della muscolatura anteriore del collo.

Inoltre il quadro morfologico era sensibilmente aggravato da un bacino retroverso e con shift, anteriore, atteggiamento questo che gli anglosassoni definiscono in “sway back”.

Altrettanto anteposte e troppo arrotondate le scapolo-omerale. Nell'insieme la paziente presentava i segni di una forte retrazione della “catena anteriore”,

soprattutto della catena inspiratoria nella sua espressione diaframmatica.

Molto motivata a intraprendere il trattamento ed a ridurre il dolore, A.S. si è mostrata dal primo momento estremamente collaborativa, positivamente curiosa delle manovre e tecniche, favorevolmente disponibile con un altissimo livello di affidamento fiduciario.

Dal trattamento rieducativo posturale la paziente ha tratto subito ottimi benefici: anzitutto la riduzione del dolore, la gestione della giornata lavorativa diventava così decisamente più tollerabile.

Inoltre abbiamo potuto notare già dalla terza seduta una discreta correzione sul piano morfologico soprattutto della zona più critica: il passaggio dorso-lombare era più vicino agli appoggi fisiologici.

La paziente riferiva di sentirsi più eretta, di respirare meglio e, inaspettatamente, si era completamente risolta una fastidiosa stipsi intestinale. I suoi colleghi riferivano un obiettivo cambiamento posturale.

La difficoltà di mantenere una regolarità nel ritmo delle sedute ha reso necessaria la consegna di esercizi da eseguire a domicilio, più un esercizio “corticale” di attenzione alla buona posizione.

Dunque modificazione del controllo posturale e esperienza sensoriale. (cap. 6)

La paziente, dopo questo primo ciclo di fisioterapia, ha espresso spontaneamente la richiesta di sottoporsi ad ipnosi.

Era stato somministrato un test preinduttivo per verificarne l'ipnotizzabilità e, A.S., risultava un buon soggetto.

La paziente A.S. è stata indotta inizialmente sul lettino fisioterapico. E' stata fatta concentrare sul respiro in modo sempre più profondo. Il monoideismo era rappresentato dal corpo stesso che diventava morbidissimo, ed il respiro realizzava l'elevazione delle vertebre verso la posizione corretta (il soffio spostava ventralmente le vertebre come sospinte da un soffione). La plasticità dell'immagine si realizzava mano a mano, potendone verificare il movimento vertebrale che avveniva senza alcuno sforzo muscolare.

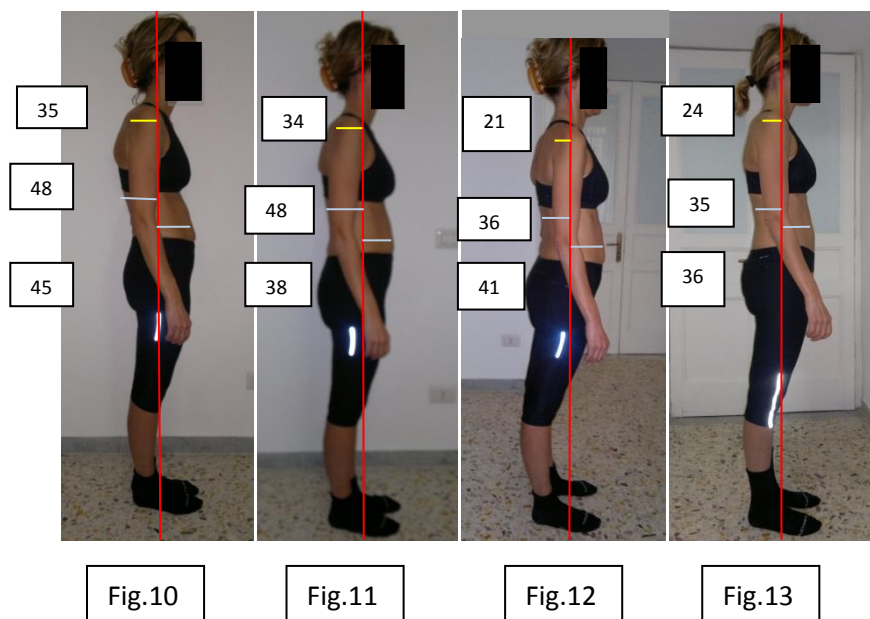
I "passi" erano rappresentati dalla manualità prevista nella seduta ed erano diretti sulle zone che dovevano rilassarsi, ammorbidirsi, appesantirsi ("sprofonda nel lettino").

Persistendo lo stato di rilassamento profondo è stato chiesto ad A.S. di mettersi in piedi. E' stata, a questo punto, introdotta una tecnica di dondolio antero-posteriore che ha ulteriormente approfondito la sua condizione di trance pur mantenendo sempre una discreta vigilanza. L'attenzione è stata focalizzata al

mantenimento della postura corretta, soprattutto dorso-lombare, utilizzando frasi come: “sei comoda, la tua schiena è morbida, è piacevole questa posizione, puoi tenerla senza alcuno sforzo”...

Abbiamo poi proceduto con la consegna di un ancoraggio con la mano della paziente sul suo dorso e l’indicazione: “ora puoi sentire ancora la mia mano sulla tua schiena e ti ci puoi appoggiare comodamente.”

A.S. è stata deindotta e reindotta velocemente per abituarla all’uso della tecnica autoinduttiva.



Sono stati rilevati i seguenti parametri:

- Distanza dell’asse dell’omero dalla linea di gravità (LG)
- Distanza del passaggio dorso-lombare dalla LG

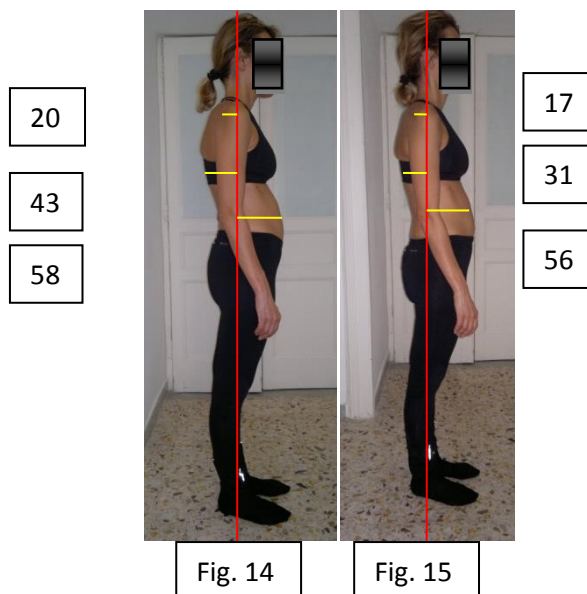
- Shift anteriore del bacino dalla LG

La **fig. 10** si riferisce alla situazione posturale di A.S. prima della seduta di fisioterapia.

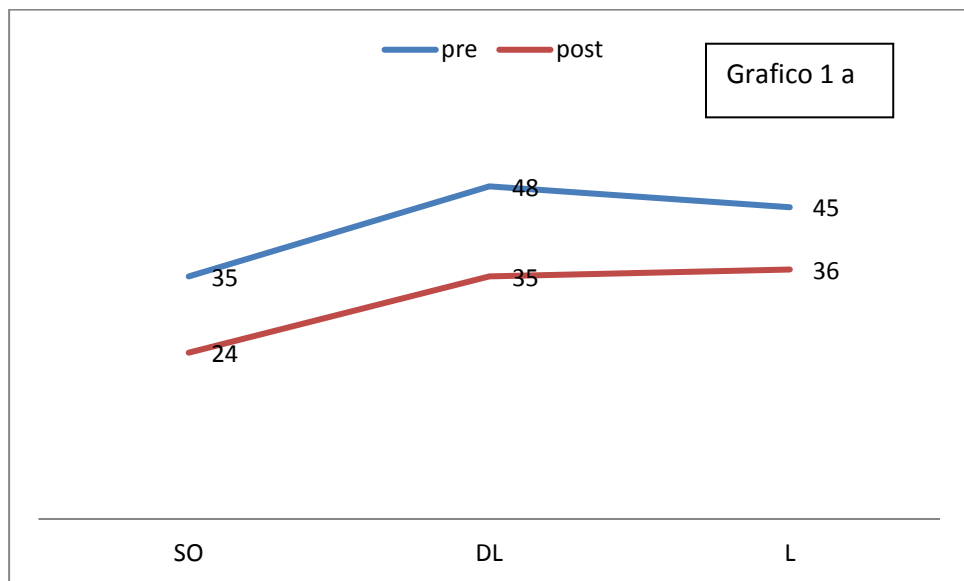
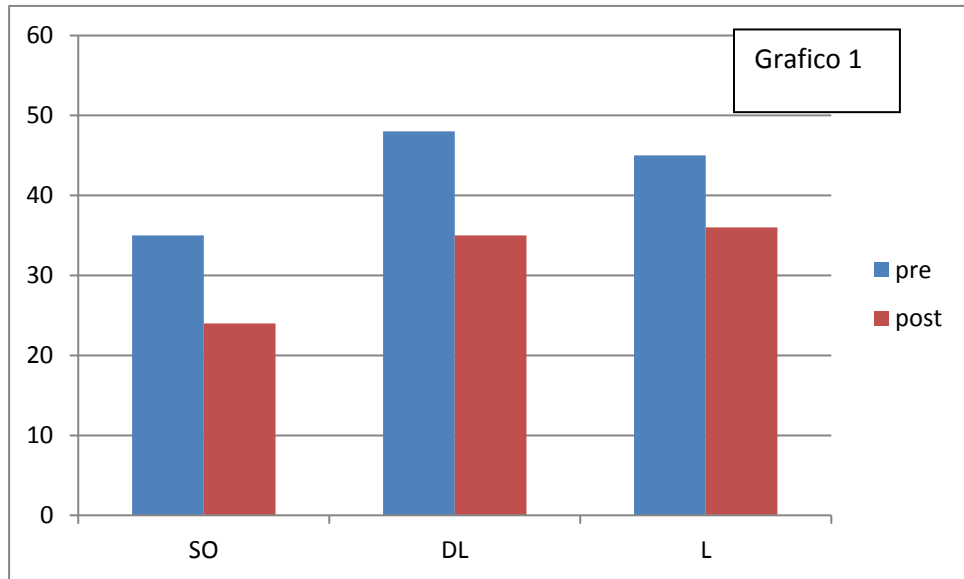
La **fig. 11** rispecchia il risultato dopo la seduta di fisioterapia.

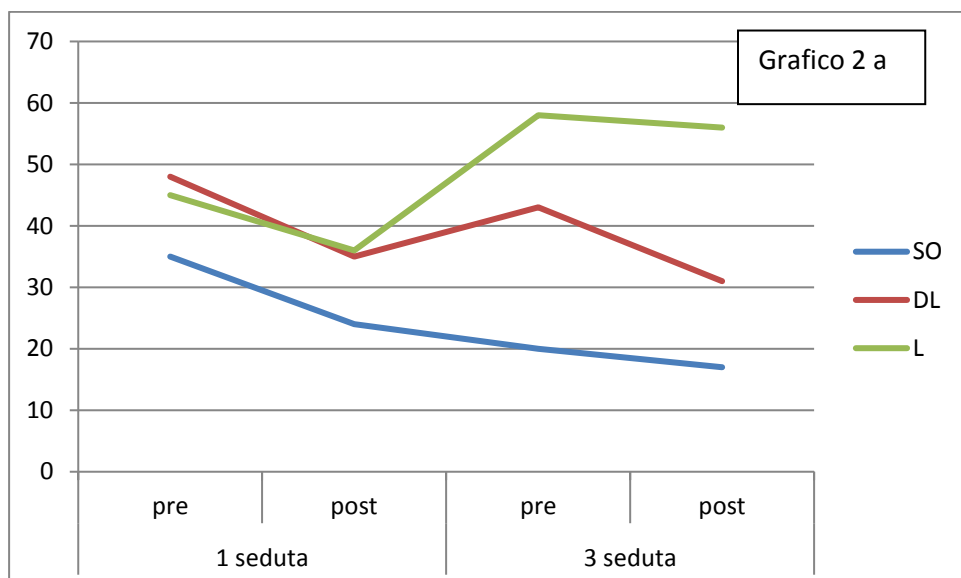
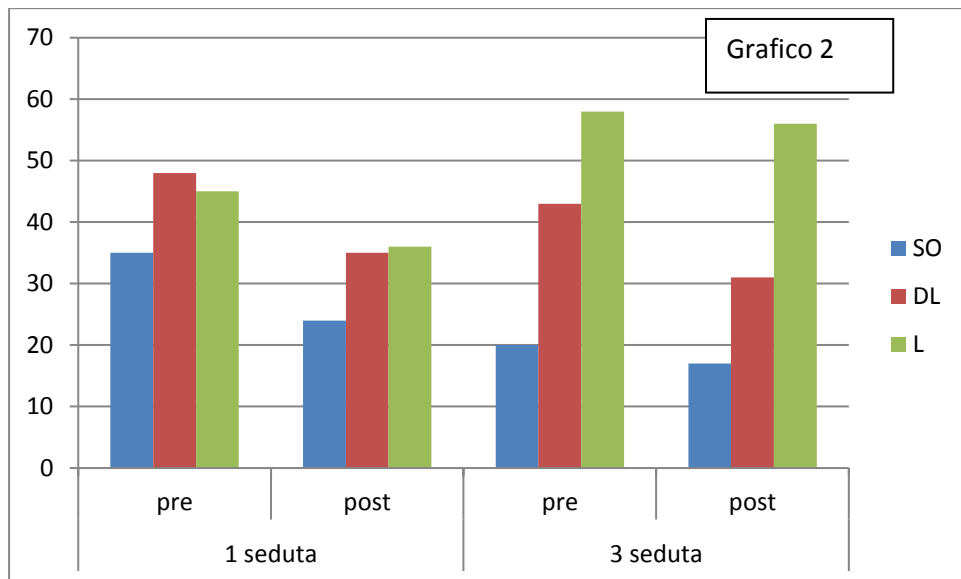
La **fig. 12** dopo ipnosi in piedi

La **fig. 13** dopo una settimana dal trattamento e prima della nuova seduta di fisioterapia



Le figure 14 e 15 si riferiscono alle stesse misurazioni prese prima e dopo la terza seduta





I valori numerici sono espressi in millimetri così come il software ha rilevato dalla fotografia, è pertanto significativa la variazione, non il valore numerico in sé. Nel caso presentato è decisamente interessante il risultato ad una settimana di distanza dal precedente e prima dell'esecuzione del nuovo trattamento. All'osservazione della foto la morfologia appare più armoniosa e morbida, e sembra potersi ottenere senza sforzo muscolare, che è l'obiettivo della fisioterapia. Un

buon risultato deve poter essere mantenuto senza sforzo. Solo così potrà essere corticalizzato.

La paziente ha riferito di essersi sentita meglio durante la settimana, di avere avuto pochissimo dolore e di avere usato piacevolmente e con buona soddisfazione l'ancoraggio. Ha ulteriormente riferito che l'ancoraggio le forniva immediatamente il ricordo cenestesico della mano del terapeuta che accompagnava la curva, e quindi ha potuto usarlo in totale rilassamento muscolare. Il riscontro di A.S. è pienamente soddisfacente non solo rispetto alla seduta di fisioterapia, ma anche nei confronti dell'ipnosi che trova estremamente piacevole.

Conclusioni

Come abbiamo visto la postura umana riscuote notevole interesse da parte di studiosi di molte specialità mediche. La maggior parte degli studi sono comunque indirizzati all'analisi delle variazioni delle oscillazioni sulla pedana stabilometrica in diverse situazioni di equilibrio. Mancano totalmente lavori condotti con gruppo di controllo e follow up.

Dunque, allo stato attuale, poco sappiamo della capacità di un organismo di mantenere nel tempo le modificazioni ottenute.

Un elemento sembra comunque essere particolarmente determinante nell'acquisizione di un nuovo schema posturale: la modificazione degli elementi biomeccanici deve essere "accolta" dal sistema somatosensoriale, riconosciuta come propria, ed integrata nei centri superiori.

Il passaggio attraverso la percezione ed il riconoscimento delle nuove sensazioni corporee è, evidentemente, inevitabile.

Oltre a chiedere al paziente di portare l'attenzione sui segmenti da "allenare" ad una nuova percezione sensoriale, il terapeuta poco conosce i meccanismi e le tecniche di integrazione. E' già nelle Università che la sensibilità per l'acquisizione di tecniche cognitive è

scarsa, i formatori poco conoscono l'argomento e poco si impegnano ad approfondirlo.

L'ipnosi può aiutare il processo di integrazione in quanto in ipnosi si può avere una esaltazione dell'immagine mentale e l'immagine può essere così potente da diventare plastica e creare modificazioni. L'induttore incanala le potenzialità del paziente al fine di fargli realizzare il monoideismo plastico.

Tra le potenzialità del paziente abbiamo visto le abilità di immaginazione che permettono, ad alcuni soggetti con buona ipnotizzabilità, di incarnare meglio il contenuto immaginato e che le immagini con ideazioni sensoriali sono in grado di modificare il controllo posturale.

Già dal 1962 il prof. Granone aveva affermato l'esistenza di una suggestionabilità costituzionale di apparato in ognuno di noi la quale è indipendente dalla profondità del cosiddetto "sonno ipnotico" cioè la maggiore avulsione dallo spazio e dal tempo e l'intensità dei monoideismi plastici etero e autoindotti. ⁽³⁰⁾

E' opportuno precisare che sempre Granone definiva in modo preciso che più che di stati ipnotici di diversa gradazione ed intensità, si deve parlare di diverse suggestionabilità costituzionali. ⁽³⁰⁾

Con la suggestionabilità infatti noi interessiamo le funzioni motrici, o le sensitive, o le sensoriali, o le

psichiche, e ciascun soggetto risulta presentare una impressionabilità speciale. ⁽³⁰⁾

Granone critica il valore clinico di tutte le scale di ipnotizzabilità per il criterio clinico delle suggestionabilità appena menzionato. Inoltre, un'altra difficoltà rilevata da Granone nello stabilire delle scale, è rappresentata dal concetto di *stabilità*. ⁽³⁰⁾ A tal proposito si ricorda che un soggetto raggiunge facilmente gradi profondi di ipnosi ma con pari facilità li perde. Quindi l'uso del termine "profonda" viene usato da Granone per gli stati in cui vi è come elemento basilare l'amnesia, mentre ipnosi "leggera" e "media" per gli altri casi a suggestionabilità diverse, ma dove non si raggiunga l'amnesia.

L'ideoplasia si può realizzare con un coinvolgimento preferenziale di questo o quell'organo o apparato in rapporto alla specifica costituzione del soggetto, così che Granone parla di suggestionabilità d'organo.

Il case report del presente lavoro può rappresentare uno spunto sulla conduzione in ipnosi di immagini sensoriali opportunamente indirizzate alle zone trattate in fisioterapia. L'apporto teorico della letteratura consultata lo conferma e lo giustifica.

Non è possibile, al momento, formulare ipotesi sulla durata delle modificazioni, eventuali successivi studi clinici meglio strutturati e che prevedano un follow up a medio termine ce lo potranno confermare.

Il buon esito del caso presentato ci incoraggia a perseverare nell'uso dell'ipnosi clinica nella fisioterapia della postura, in aggiunta con un riscontro di piacevolezza, sensazioni di morbidezza muscolare, rilassamento psico-fisico, percezioni migliori e più pregnanti di zone corporee, percezione più vivida della propria corporeità ed infine, desiderio di restare più al lungo nella condizione ipnotica.

Avevamo posto, nel capitolo 6, l'ipotesi dell'uso dell'ipnosi come strumento da indirizzare alla modificazione dell'immagine corporea; l'esperienza fatta con la paziente del case report ci fornisce un piccolo risultato sulla stabilità delle modificazioni posturali. Successivi studi lo potranno confermare.

Tuttavia i riscontri positivi registrati, l'alto livello di compliance, giustificano in ogni caso l'uso dell'ipnosi in tutti gli aspetti della fisioterapia.

1. **Kendall FP, Mac Creary EK, Geise Provance P**
I MUSCOLI Funzioni e test con postura e dolore 5° ed.
Verduci editore Roma 2006

2. **Watson A.W.S , Mac Donncha C.**
A reliable technique for the assessment of posture: assessment criteria for aspect of
posture
J Sports Med Phys Fitness 2000, 40:260-270

3. **Guidetti G.**
Stabilimetria clinica
Istituto di Clinica Otorinolaringoiatrica dell'Università di Modena 1984

4. **Souchard Ph.E.**
Rieducazione Posturale Globale RPG-II metodo
Elsevier 2012

5. **Gagey P.M.**
Posturologie, Regulation et dereglements de la station debout
Masson 1999

6. **Johansson H., Sojka P.**
Phatophysiological mechanism involved in genesis and spread of muscolar tension in
occupational muscle pain in chronic musculoskeletal pain sindroms. A hypothesis
Med. Hypotheses, 196-203, 1991

7. **Simoneau G.G., Ulbrecht J.S., Derr J.A., Cavanagh P.R.,**
Role of somatosensory input in the control of human posture
Gait Posture 115-122, 1995

8. **Diener C.H., Dichgans J., Guschlbauer B., Bacher M.,**
Role of visual and static vestibular influences on dynamic posture control
Hum. Neurobiol. 105-113, 1986

9. **Nashner L.M.**
Computerized dynamic posturography in practical management of the dizzy patient.
Lippincott Williams &Wilkins 143-170, 2001

10. **Rothwell J.C., Colebatch J.G., Bronstein A., Ludman H.,**
Click-evoked vestibular activation in the Tullio phenomenon
J. Neurol.Neurosurg. Psychiatry. 1538-1540 1994

