



Corso di Laurea in Scienze delle attività motorie e sportive

**“La ginnastica posturale come trattamento
e prevenzione per gli sportivi”**

Relatore: Prof. Matteo Quarantelli

Candidato: Tiberio Parenti

Matr. N. 200073

Anno Accademico 2015-2016

A mia Madre e a mio Padre, senza il cui aiuto e sostegno non sarei riuscito a raggiungere questo traguardo.

**GINNASTICA POSTURALE COME TRATTAMENTO E
PREVENZIONE PER GLI SPORTIVI**

ABSTRACT

Candidato: T. Parenti

Obiettivo della Tesi

L'elaborato propone una articolata dissertazione riguardo le conoscenze relative alla postura, alla ginnastica posturale, al metodo Mézières.

Metodo utilizzato per elaborare la Tesi

Viene proposta una analisi retrospettiva di recenti studi riguardanti la postura (Metodo Mézières) e l'analisi di alcune esperienze personali.

Principali risultati

Durante la pratica dello sport molti dei numerosi infortuni che si presentano durante la stagione agonistica, possono dipendere da una persistente rigidità della catene muscolare posteriore.

Solo la rimozione definitiva della retrazione muscolo-fasciale della stessa permette di instaurare un favorevole lavoro muscolare.

Si può considerare che se la forma di un corpo risulti deformata, la funzione

che ne consegue possa essere falsata.

Attraverso posture specifiche, riguardanti il Metodo Mézières, sono riuscito ad avere risultati positivi sulla mia persona.

Conclusioni

Dai risultati emerge l'importanza della ginnastica posturale e del lavoro di prevenzione per gli sportivi, soprattutto seguendo il Metodo Mézières e utilizzando le posture specifiche a corpo libero.

Oltre ad essere un trattamento e un lavoro di prevenzione specifico finalizzato al riequilibrio posturale, emerge l'importanza di acquisire una corretta postura per favorire una più precisa conoscenza e coscienza di sé.

Principali riferimenti bibliografici

De Col E., La ginnastica per il mal di schiena, Mediterranee Ed., Roma, 2001.

Nart A. e Scarpa S., Attività motoria e ginnastica postulare, CLEUP, Padova, 2008.

Sannitu G., Aspetti neurologici degli schemi: corporeo, postulare e motorio nell'insorgenza dei paramorfismi, DA.NA. Editrice, Napoli, 1990.

Tribastone F., Compendio di ginnastica correttiva, Società Stampa Sportiva, Roma, 1994.

Ruggieri V., Semiotica di processi psicologici e psicosomatici, Il pensiero scientifico, Roma, 2000.

De Pascalis P., A scuola di fitness, Calzetti Mariucci Editori, 2009.

Selye H., The Stress of Life, Mc Graw Hill, 1976.

Godelieve Struyf D., Il manuale del Mézièrista, Editore Marrapese, Roma, 1996.

Indice

INTRODUZIONE.....	2
CAPITOLO PRIMO.....	5
Postura e atteggiamenti posturali: concetti generali.....	5
1.1 La postura.....	5
1.2 Gli atteggiamenti posturali.....	8
1.3 Adattamento positivo alla prestazione abile.....	9
1.4 Riflessi condizionati.....	11
CAPITOLO SECONDO.....	14
Sistemi di riferimento.....	14
2.1 Simmetria e asimmetria tra le parti.....	14
2.2 Gli assi di riferimento.....	15
2.2.1 Asse longitudinale.....	16
2.2.2 Asse trasversale.....	16
2.2.3 Asse sagittale.....	16
2.3 I piani di riferimento.....	16
2.3.1 Piano frontale.....	17
2.3.2 Piano trasversale.....	17
2.3.3 Piano sagittale.....	17
2.4 I movimenti del nostro corpo.....	18
2.4.1 Flessione ed estensione.....	19
2.4.2 Adduzione e abduzione.....	19
2.4.3 Pronazione e supinazione.....	19
CAPITOLO TERZO.....	21
Scopo della Tesi.....	21
Metodologia posturali - Il Metodo Mézières.....	23
4.1 Considerazioni essenziali che caratterizzano il metodo.....	23
4.1.1 Le basi.....	23
4.1.2 Considerazioni generali.....	24
.....	26
Bibliografia.....	27

INTRODUZIONE

La ginnastica postulare e la rieducazione della postura sono visti oggi come un momento fondamentale, un tassello che non può mancare nel trattamento di tutti quei disturbi che implicano il corpo e i rapporti tra le strutture che lo compongono.

La rieducazione postulare in clinica è parte integrante del percorso di riabilitazione per quelle patologie che sembrano essere anche non dipendenti da esse. Qualsiasi alterazione della postura può sfociare in quadri clinici differenti, e viceversa patologie diverse che possono debilitare l'organismo possono sfociare in un quadro di deficit posturale. L'analisi della postura e l'educazione al giusto scarico del peso del corpo possono prevenire quadri patologici anche di entità grave e diverse patologie possono essere trattate attraverso un nuovo giusto assetto postulare. Discutendo delle patologie che sono dipendenti da quadri di deficit della postura, in letteratura diversi autori fanno riferimento a quelle patologie che interessano l'apparato locomotore, come dimorfismi a carico dei distretti articolari, limitazioni motorie dovute a deficit dell'apparato muscolo-tendineo ecc. Tra gli autori non mancano coloro che discutono di postura in merito a patologie dell'apparato cardio-respiratorio e viscerale.

Una scarsa mobilità della gabbia toracica dovuta all'alterata gestione del peso del corpo o alla presenza di atteggiamento viziato, come il classico portamento rilassato, possono sfociare in disturbi dell'apparato respiratorio, con compressione della capienza polmonare e l'instaurarsi

di quadri patologici come l'asma, bronchiti croniche ed enfisemi. Quadri di questo tipo compromettono in maniera diretta l'apparato cardiocircolatorio che è sottoposto a un carico di lavoro superiore alle sue potenzialità per garantire la sopravvivenza.

Inoltre è da sottolineare che il mal di schiena cronico viene considerato il “male del secolo” nei paesi industrializzati, con una percentuale statistica dell'80% della popolazione che soffre di lombalgia con frequenza ed intensità di dolore diversi, fino a manifestare quadri di disabilità permanente¹.

Numerosi altri quadri patologici possono essere trattati attraverso la rieducazione posturale, tra questi stadi di ipertensione, artrite reumatoide, osteoporosi, disturbi dell'equilibrio dell'attenzione ecc.

In ultima analisi, e non in grado di importanza, è da considerare l'aspetto psicosociale dovuto a limitazione della postura. Numerosi sono gli autori in campo psicoterapico che propongono trattamenti di riorganizzazione della postura per recuperare quadri clinici che coinvolgono la sfera relazionale. Un atteggiamento rilassato è sintomo d'introspezione, un tono muscolare elevato o ipototonico sono sintomo di atteggiamenti di ansia o depressione.

L'esposizione di questo lavoro vuole considerare la persona nella sua globalità, facendo riferimento a tutte le strutture fisiologiche e anatomiche che costruiscono la postura senza omettere gli aspetti esistenziali correlati ad essa.

¹ De Col E., La ginnastica per il mal di schiena, Mediterranee Ed., Roma, 2001, pag. 54 e ss..

Ciò che risulta evidente nel contesto scientifico moderno è che la maggior parte degli autori definiscono la “postura corretta” e il percorso rieducativo per raggiungerla.

CAPITOLO PRIMO

Postura e atteggiamenti posturali: concetti generali

1.1 La postura

In questi ultimi anni ci si è sforzati per definire la postura corretta a cui tutti devono tendere per poter scaricare il peso del corpo nella maniera più corretta ed "economica" dal punto di vista posturale. Ciò che ancora oggi è di particolare importanza per quanto riguarda la rieducazione posturale è cercare di costruire e modellare il soggetto/paziente come una scultura, in modo da fargli assumere un atteggiamento che più si avvicina alla postura corretta che l'essere umano ha assunto nell'evoluzione della specie attraverso la stazione eretta.

Ciò che non è da sottovalutare è il fatto che ogni posizione che un uomo assume nello spazio, sia essa statica o dinamica, non è soltanto la risultante della risposta antigravitaria ma ha anche una connotazione comunicativa rispetto all'ambiente dove la posizione assunta si manifesta; cioè la postura del corpo può esprimere anche come noi ci sentiamo (si parla in questo caso di "linguaggio del corpo" o "linguaggio non verbale"). Se, per esempio un soggetto presenta un'inclinazione del capo in avanti, con tutte le conseguenze cliniche che questo atteggiamento provoca, egli ha non soltanto una compressione della naturale linea di gravità e una conseguente postura "scorretta", ma assume anche un carattere comunicativo rispetto al contesto in cui questo atteggiamento si manifesta. Una persona che tiene il capo inclinato in avanti comunica sottomissione, depressione ecc. Il suo

atteggiamento postulare in questa direzione non deve essere visto solo come un "problema" dal punto di vista cervicale della colonna, ma è anche sintomo di un atteggiamento comunicativo verso l'interlocutore con cui si relaziona: l'intervento non deve essere mirato ad un aggiustamento meccanico del dimorfismo (attraverso l'accorciamento dei muscoli dorsali e un rilassamento degli antagonisti, nel caso sopra descritto) ma deve essere di natura globale. Il paziente deve integrare il percorso rieducativo e attuare un cambiamento che presuppone la possibilità della presa di coscienza che quel trattamento modifica il proprio punto di vista e il proprio modo di comunicare con l'ambiente.

"La postura è la posizione che il corpo assume nello spazio, sia come atteggiamento rispetto all'ambiente che come relazione spaziale tra i vari segmenti scheletrici. Essa viene identificata come l'atteggiamento che il corpo assume per adattarsi all'ambiente"².

Secondo Sannitu la postura normale "corretta" è caratterizzata da capo eretto, braccia rilasciate lungo i fianchi con posizione di semiflessione delle dita delle mani, appoggio sui due arti inferiori con perfetta simmetria dei due lati e uguale distribuzione del peso corporeo sui due piedi, tronco eretto con fisiologica deviazione lordotica del rachide cervicale e lombare e cifosi del rachide dorsale³.

Per Tribastone la postura è la posizione ottimale, mantenuta con carattere automatico e spontaneo di un organismo vivente in perfetta

² Nart A. e Scarpa S., Attività motoria e ginnastica postulare, CLEUP, Padova, 2008, pag. 98 e ss..

³ Sannitu G., Aspetti neurologici degli schemi: corporeo, postulare e motorio nell'insorgenza dei paramorfismi, DA.NA. Editrice, Napoli, 1990, pag. 23.

armonia con la forza gravitazionale e predisposto a passare dallo stato di quiete allo stato di moto⁴.

Infine, numerosi autori si sono soffermati a descrivere il centro di gravità, che cadrebbe in corrispondenza della seconda vertebra sacrale, e la linea di gravità, intesa come la perpendicolare che dal centro di gravità raggiunge la base di appoggio. Questi autori osservano che la normale posizione del centro di gravità cadeva pressappoco nel centro geometrico della base di appoggio; secondo Ruggieri, invece, non è importante dove cada la linea di gravità ma quali siano gli aggiustamenti di bilanciamento e controbilanciamento che il soggetto mette in atto per mantenere costante la linea di gravità. In questa direzione bisogna considerare la ridistribuzione meccanica delle forze di gravità attraverso gli adeguati spostamenti (che possono sfociare in atteggiamenti cronici) tali da mantenere costante la linea di gravità sulla base di appoggio. "In tal modo, non è modificata la verticale del peso ma sono erroneamente modificate le tensioni muscolari distrettuali"⁵ per compensare lo scompenso posturale.

A questo proposito Souchard, fondatore della Scuola della Rieducazione Posturale Globale, afferma che siamo "esseri patologici unici", nel senso che ogni scompenso posturale e dismorfismo organico deve essere giudicato da un punto di vista globale e quindi non trattare un paziente solo dal punto di vista posturale. Un atteggiamento patologico, come l'esempio fatto in precedenza rispetto alla testa

⁴ Tribastone F., Compendio di ginnastica correttiva, Società Stampa Sportiva, Roma, 1994, pag. 35 e ss..

⁵ Ruggieri V., Semiotica di processi psicologici e psicosomatici, Il pensiero scientifico, Roma, 2000, pag. 55.

protesa in avanti, non deve essere visto come un elemento descrittivo di un quadro patologico clinico a sé stante, ma va inquadrato nel gioco di tensioni di tutta la postura e deve considerare gli aspetti psico-relazionali individuali: non esistono due persone con una postura uguale o simile poiché non è possibile inquadrare l'individuo all'interno di una griglia precostituita. L'individuo in quanto individuo è unico e singolare nelle sue componenti anatomiche e psicofisiche.

1.2 Gli atteggiamenti posturali

Nella ricerca condotta con l'intento di riuscire a individuare una definizione di postura che possa racchiudere i diversi aspetti di cui si compone, mi sono ritrovato a condividere posizioni culturali di autori anche distanti tra loro rispetto al contesto culturale in cui essi discutevano.

In ambito ortopedico, la postura è definita in merito allo stato della struttura ossea e dell'apparato muscolo tendineo, in ambito biomeccanico è la risultante delle tensioni muscolari che cadono, attraverso la linea di gravità, nel centro geometrico della base di appoggio, per il kinesiologo è il rapporto tra il tono dei muscoli agonisti e quello dei muscoli antagonisti tale da evitare atteggiamenti viziati o dimorfismi, e ancora, per lo psicologo è il modo in cui le emozioni si trascrivono nella muscolatura del corpo tali da essere atteggiamento comunicativo e sede della risposta allo stimolo emozionale nello stesso momento.

L'approccio deve essere sempre multidisciplinare poiché risulta impossibile inquadrare l'essere umano all'interno di griglie descrittive e precostituite. Non si può quindi generalizzare.

La postura stessa è il risultato dell'integrazione di diverse posture che la nostra identità assume nei diversi contesti sociali in cui essa si manifesta; basti pensare, a questo proposito, i diversi atteggiamenti che mettiamo in atto a seconda del contesto sociale in cui ci troviamo.

Nel contesto sociale genitore-figlio assumeremo una postura differente rispetto a quella che assumeremo in una conferenza per l'esposizione di una tesi di fronte a numerose persone; un contesto in cui abbiamo paura che qualcosa o qualcuno possa lederci sarà differente rispetto al rapporto intimo con il proprio partner. In definitiva possiamo affermare che ognuno di noi costruisce un atteggiamento di base, durante le tappe evolutive dello sviluppo psicomotorio, che costantemente identifica il nostro modo di essere al mondo, e contemporaneamente siamo in grado di modificare questo atteggiamento seconda della risposta allo stimolo che il contesto ci richiede.

Per definire meglio il concetto di atteggiamento posturale, manca ancora un elemento: l'immaginazione. La posizione che assumiamo nello spazio è in relazione all'immagine che abbiamo di noi nei diversi contesti sociali. L'immaginazione modula il modo di essere al mondo e costruisce i diversi atteggiamenti posturali che compongono la nostra postura identitaria. Se stiamo bene con noi stessi in un ambiente manterremo un atteggiamento posturale più sciolto e disinvolto rispetto a quando ci troviamo in un ambiente dove non ci sentiamo a nostro agio.

1.3 Adattamento positivo alla prestazione abile

Obiettivo del nostro intervento, qualunque sia il quadro patologico che stiamo trattando, è quello di attuare un cambiamento positivo sulla

persona in terapia in modo tale che possa autonomamente modificare la propria dinamica posturale in direzione del superamento del deficit. Diverse sono, in letteratura, le teorie relative al cambiamento e come esso debba essere perseguito e raggiunto: sia in campo sportivo che in quello psicomotorio, il grado di allenabilità di un soggetto è definito come la qualità e la quantità di adattamento che egli può attuare in funzione agli stimoli a cui è sottoposto durante la pratica motoria. Insomma l'allenamento viene definito come "l'insieme degli interventi e stimoli di tipo fisico e psicologico finalizzati al miglioramento di una prestazione"⁶.

La legge di Selye⁷ definisce i termini e le condizioni che consentono di ottenere un miglioramento della prestazione abile definendo la modalità di svolgimento degli interventi; Selye afferma che l'allenamento si fonda sul principio per cui se un organismo viene sottoposto ad uno stimolo, esso avrà una risposta rispetto allo stimolo cui è sottoposto, e se lo stimolo viene somministrato ripetutamente, l'organismo si adatterà allo stimolo. Se consideriamo questo basilare principio alla luce dei diversi aspetti multidisciplinari, possiamo dedurre che qualsiasi percorso intraprendiamo per migliorare una prestazione deve seguire un determinato iter.

L'iter da seguire prevede la somministrazione di uno stress, questo altererà l'equilibrio omeostatico dell'organismo; parimenti, la ripetuta esposizione allo stress farà sì che l'organismo si adatti organizzando un equilibrio omeostatico su un livello differente rispetto a quello iniziale.

⁶ De Pascalis P., A scuola di fitness, Calzetti Mariucci Editori, 2009, pag. 41 e ss..

⁷ Selye H., The Stress of Life, Mc Graw Hill, 1976, pag. 78.

In questa fase diremo che l'organismo si è adattato allo stress attraverso una compensazione dello stimolo. Ne consegue che, in relazione ad uno stimolo allenante ripetuto, un organismo si adatterà migliorando in modo positivo la sua prestazione atletica dal punto di vista sportivo e abile dal punto di vista psicomotorio. Va da sé che se un organismo si allena per periodi di tempo lunghi, migliorerà la sua prestazione: questo significa che il grado di allenabilità dipende da numerosi fattori che variano dall'aspetto anatomico a quello biologico non che da quello genetico a quello psicofisico.

A corollario di questa discussione, bisogna prendere in considerazione due aspetti fondamentali: il primo è quello di indagare fin dall'inizio il massimo grado di adattamento della persona che abbiamo sotto esame in modo da costruire un intervento mirato; in seconda analisi è da chiarire il modo e la quantità di somministrazione dello stress. Questo parametro risulta di elevata importanza in quanto, in qualsiasi direzione voglia puntare, esso risulta essere sempre uno stress per l'organismo. Se lo stress che somministriamo è adatto, preciso e in linea con i tempi di adattamento del soggetto, esso sarà finalizzato al miglioramento della prestazione abile, altrimenti esso risulterà come uno stress che attuerà delle "modifiche" negative e un conseguente adattamento in direzione contraria rispetto alla nostra finalità.

1.4 Riflessi condizionati

In merito allo stress da somministrare per attuare un adattamento positivo rispetto alla prestazione abile, in questo ultimo paragrafo del capitolo ho preferito soffermarmi sui riflessi condizionati, ponendo

l'attenzione sulla loro formazione e gerarchizzazione nella costruzione dei diversi atteggiamenti posturali.

Pavlov, nel 1935, fu il primo a definire la differenza tra un riflesso condizionato e un riflesso incondizionato. L'autore scoprì che un riflesso non condizionato è quella risposta automatica, e non sotto il controllo della volontà, che un organismo ha nei confronti di uno stimolo esterno: un esempio tipico di riflesso non condizionato è che nel sentire un suono volto automaticamente il capo nella direzione in cui il suono si propaga (Riflesso di Orientamento), o ancora se metto un dito su un oggetto rovente il mio braccio si ritrae per evitare di lesionarsi (Riflesso Puntorio). I riflessi condizionati, invece, rappresentano quei riflessi che possono mettere in atto riflessi semplici, come quelli appena descritti, partendo da stimoli differenti: per fare un esempio, avvertire la sensazione di sete quando si ascolta un particolare brano musicale.

Il manifestarsi e l'evoluzione dei riflessi condizionati spiega e arricchisce il concetto di atteggiamento postulare. La postura che noi abitualmente assumiamo nello spazio è frutto della somma e gerarchizzazione di differenti fattori di tipo riflesso e non. Sono di origine riflessa tutti gli aggiustamenti che noi mettiamo in atto per la gestione dell'equilibrio e della scarica del peso sul pavimento resistendo alla forza di gravità, così come sono di origine riflessa le varie posture che noi mettiamo in atto nei diversi contesti sociali; è di origine riflessa la gestione del tono muscolare, e ancora, sono di origine riflessa tutti gli atteggiamenti viziati della postura che possono sfociare in quadri patologici. Risulta importante, quindi, capire quanto siano condizionati i riflessi che ci permettono di stare in piedi e se, attraverso un

condizionamento generale o di parti che compongono la nostra biomeccanica, possiamo modificare la nostra postura in maniera positiva.

CAPITOLO SECONDO

Sistemi di riferimento

2.1 Simmetria e asimmetria tra le parti

Prima di inoltrarci in modo approfondito nell'analisi e organizzazione della postura, è utile definire i sistemi di riferimento che comunemente vengono usati in ambito anatomico per descrivere e individuare le diverse parti che compongono il nostro corpo.

La prima distinzione che normalmente viene fatta per delimitare le diverse parti del corpo è quella di dividerlo in parte destra e parte sinistra. Questa distinzione, anche se sembrerebbe essere alquanto ovvia risulta essere utile poiché ci permette di definire le parti del corpo in merito alla loro simmetria e asimmetria, relativamente alla centralità verticale. Parti del corpo sembrano essere simmetriche, come le braccia o il numero delle coste toraciche, e altre invece risultano asimmetriche come la presenza di un solo fegato e di una milza e così via. In merito alla simmetria del corpo sarebbe più opportuno riferirsi alla somiglianza simmetrica, più che alla simmetria pura, poiché non esiste una parte del corpo che sia perfettamente uguale a quella contrapposta.

L'intervento rieducativo non deve mirare alla ricerca della simmetria perfetta ma dovrebbe essere volto ad intervenire su scompensi gravi di asimmetria che possono provocare deficit anche di elevata entità.

La seconda distinzione che solitamente va fatta in relazione alla rappresentazione del corpo umano è quella di dividere la parte superiore e quella inferiore, riferendoci alla metà esatta del nostro corpo in senso

longitudinale. Anche in questo caso, questa descrizione non deve essere fuorviante rispetto all'intervento rieducativo. Sicuramente va stabilito un giusto equilibrio rispetto allo sviluppo della parte superiore con quella inferiore ma non deve diventare ricerca ossessiva. Ristabilendo un giusto equilibrio tra le parti, l'organismo stesso tende a realizzare un'omeostasi tra i diversi distretti anatomici.

In qualsiasi modo non si deve cercare di scolpire un corpo in modo tale da renderlo perfetto nelle sue parti; l'obiettivo è quello di ricercare un equilibrio in modo tale che l'organismo ristabilizzi la sua unica e individuale simmetria e asimmetria tra le parti, per espletare le sue funzioni psicofisiche con il minor dispendio energetico, eliminando l'instaurarsi di deficit che possono sfociare in quadri patologici.

2.2 Gli assi di riferimento

Gli assi di riferimento corporeo sono rappresentative linee immaginarie che percorrono corpo nelle tre dimensioni dello spazio. Esse delimitano il corpo nelle sue componenti elementari e distrettuali. Rispetto alla loro collocazione spaziale è possibile trascrivere i piani anatomici corrispondenti alla tridimensionalità corporea.

Gli assi di riferimento, infine, definiscono la destra e la sinistra, dando punto di riferimento rispetto alla simmetria e asimmetria delle parti, l'alto del corpo rispetto alla parte inferiore. Nel particolare esse possono essere descritte come segue.

2.2.1 Asse longitudinale

E' una linea che, partendo dal capo, si estende perpendicolare al terreno fino ai talloni. Passa per la centralità del corpo e attraverso essa è possibile individuare la parte superiore da quella inferiore.

2.2.2 Asse trasversale

Si estende dall'acromion della spalla destra all'acromion della spalla sinistra, parallelamente al terreno. Attraverso questa linea è possibile distinguere la parte destra da quella sinistra.

2.2.3 Asse sagittale

E' rappresentato dalla linea che, parallelamente al terreno, si estende anteriormente dal processo xifoideo dello sterno alla vertebra dorsale che le corrisponde posteriormente. L'asse sagittale delimita la parte anteriore del corpo da quella posteriore.

2.3 I piani di riferimento

I piani di riferimento sono rappresentati da piani immaginari che, intersecando gli assi di riferimento, scompongono il corpo nella sua tridimensionalità. Attraverso esse è possibile analizzare la struttura fisica del corpo partendo da punti di vista diversi. Essi sono di notevole importanza sia per quanto riguarda l'osservazione delle curve fisiologiche del nostro corpo, sia per quanto riguarda la misurazione di possibili atteggiamenti viziati. Alcune curve, ad esempio, si estendono sul piano sagittale, curve cifotiche e lordotiche della colonna, mentre altre è possibile individuarle esaminando la struttura corporea su altri piani. Le curve scoliotiche, per esempio, sono misurabili sul piano

frontale mentre quelle gibbotiche sul piano trasversale. Nel particolare essi sono rappresentati come segue.

2.3.1 Piano frontale

E' definito dall'intersezione dell'asse longitudinale con l'asse trasversale. Permette di suddividere il corpo umano in due parti asimmetriche, quella anteriore e quella posteriore. Le curve che possono essere misurate sul piano frontale sono tutte curve che si estendono portandosi verso la parte destra o sinistra del corpo, come, ad esempio, le curve scoliotiche o le inclinazioni del bacino dovute a scompensi di misura degli arti inferiori. I movimenti che comprendono proiezioni sul piano frontale sono quelli di flessione ed estensione.

2.3.2 Piano trasversale

E' l'intersezione dell'asse trasversale con l'asse sagittale. Permette di suddividere il corpo in due parti asimmetriche, quella superiore e quella inferiore. Le curve che è possibile misurare sul piano trasversale sono quelle che si estendono in avanti e indietro; è possibile inoltre misurare, attraverso questo piano, la rotazione anteriore o posteriore del torace a causa della presenza di gibbi per rotazione della colonna vertebrale. I movimenti che comprendono proiezioni sul piano trasversale sono quelli di rotazione e prono-supinazione.

2.3.3 Piano sagittale

Definito dall'intersezione dell'asse sagittale con l'asse longitudinale. Consente di dividere il corpo umano in due parti approssimativamente simmetriche, quella destra e quella sinistra. Attraverso esso è possibile individuare le curve che si estendono in senso antero-posteriore come,

ad esempio, le curve cifotiche o lordotiche della colonna vertebrale, nonché l'antero-ersione o la retroersione del bacino.

I movimenti che comprendono proiezioni sul piano sagittale sono quelli di adduzione e abduzione.

2.4 I movimenti del nostro corpo

Rispetto all'organizzazione tridimensionale dell'intersezione dei tre piani di riferimento, il corpo umano può attuare dei movimenti che si proiettano nello spazio a partire da ognuno di essi. Questa descrizione è di elevata utilità sia per definire il grado di mobilità dei distretti corporei rispetto all'angolo che costruiscono con l'uno o l'altro piano, sia per la valutazione biomeccanica dei muscoli. In relazione al movimento che un distretto articolare può compiere rispetto ad un piano, si possono individuare quali sono i muscoli che hanno azione antagonista e quelli che, invece, hanno azione agonista. In relazione all'allontanamento da un piano, si è in grado di definire dove finisce l'azione di un muscolo e dove entra in carico l'azione di un altro gruppo muscolare per eseguire l'azione nello spazio.

Un muscolo si definisce agonista quando favorisce un movimento di allontanamento o di avvicinamento ad un piano. Parimenti, un muscolo si definisce antagonista quando contrasta un movimento di allontanamento o di avvicinamento ad un piano.

Il tipico esempio è quello della flessione dell'avambraccio sul braccio. In questo caso il movimento da eseguire è quello di allontanamento dell'avambraccio dal piano frontale. Il bicipite brachiale, posto nella regione anteriore del braccio, funge da agonista perché favorisce l'allontanamento, mentre il tricipite brachiale, posto nella regione

posteriore del braccio, è l'antagonista poiché contrasta l'allontanamento. In questa direzione due muscoli possono ancora dirsi sinergici quando entrambi favoriscono la realizzazione del movimento.

In relazione al piano di riferimento, le variabili dei possibili movimenti eseguibili, sono i seguenti.

2.4.1 Flessione ed estensione

Movimenti articolari eseguiti come proiezione sul piano frontale. Se l'arto si allontana dal piano il movimento è di flessione, viceversa avviene l'estensione. Ne sono esempi la flessione dell'avambraccio sul braccio, la flessione della gamba sulla coscia e l'estensione del piede quando ci si solleva sulle punte.

2.4.2 Adduzione e abduzione

Movimenti articolari eseguiti come proiezioni sul piano sagittale. Se l'arto si avvicina al piano sagittale il movimento viene chiamato adduzione, mentre viceversa se si allontana sarà di abduzione. Ne sono esempi l'abduzione delle cosce quando si divaricano le gambe, l'abduzione del braccio per opera della contrazione del deltoide e ancora l'adduzione dello stesso per azione del pettorale.

2.4.3 Pronazione e supinazione

Movimenti articolari eseguiti come proiezioni sul piano trasversale. Tali movimenti di prono-supinazione rappresentano la rotazione del distretto articolare sul suddetto piano.

Ne è tipico esempio il movimento di rotazione interna ed esterna della caviglia nei traumi distorsivi. Per fare un esempio tale proiezione, immaginiamo l'avambraccio flesso a 90° sul braccio. In questa

locazione spaziale, l'avambraccio è libero di ruotare portando il palmo della mano verso l'alto o verso il basso. Quando il palmo è ruotato verso il basso, l'avambraccio si dice prono, quando il palmo è ruotato verso l'alto è supino. Nello stesso modo, quando si è distesi a terra, si definisce posizione supina quando l'addome è rivolto verso l'alto e posizione prona quando l'addome aderisce al pavimento.

CAPITOLO TERZO

Scopo della Tesi

Dopo un'introduzione riguardante alcuni aspetti basilari rispetto alla postura, preferisco soffermarmi sullo scopo della mia Tesi.

Penso che questo sia uno dei momenti più belli (se non il più bello ed emozionante) del mio percorso universitario perché, in un certo senso, espongo non una semplice relazione ma un qualcosa che ha rappresentato la mia quotidianità: per costruire ed elaborare questa presentazione ho domandato, mi sono confrontato ed ho chiesto consiglio a diverse persone. Alcune di queste si sono laureate da poco altre hanno conseguito con successo questo traguardo qualche anno fa, altre ancora nemmeno hanno avuto modo di iniziare questa esperienza; resta il fatto che il consiglio più bello che abbia ricevuto (riguardo a questa Tesi ma anche nella vita di tutti i giorni) è stato di fare quello che più mi piace, in cui credo profondamente e che più mi rende curioso. E' per questo motivo che ho deciso di intraprendere questo percorso universitario ed è per questo motivo che ho voluto focalizzare la mia attenzione su questo determinato argomento.

In particolare modo, lo scorso anno, ho avuto un lieve “infortunio”: sperone calcaneare; mi sono confrontato con diversi professionisti del settore, senza alcun esito positivo, ma ho risolto la mia “problematica” affidandomi ad un posturologo che tutt'ora ringrazio non solo per avermi proposto una soluzione ma soprattutto perché ho scoperto un “panorama” nuovo, che probabilmente era già dentro di me ma non riusciva a trovare risposte dall'esterno.

Quindi cercherò di riportare la mia esperienza con lo scopo di confermare che il Metodo adottato, con posture specifiche ed esercizi a corpo libero (senza quindi l'utilizzo di macchinari ultratecnologici o medicinali antidolorifici) ha avuto risultati positivi sulla mia persona.

CAPITOLO QUARTO

Metodologia posturali - Il Metodo Mézières

4.1 Considerazioni essenziali che caratterizzano il metodo

4.1.1 Le basi

L'approccio Méziérista in via schematica consiste prima di tutto nel normalizzare secondo alcuni criteri la struttura di un corpo, poiché se la forma di un corpo è deformata la funzione che ne consegue è falsata. Se vi sono disarmonie morfologiche vi saranno compensi e/o cattive sinergie, quindi potenzialità di patologie e di dolore.

Molte volte il male è distante dal posto di origine, quindi non bisogna confondere la causa del male ed il sintomo⁸; una storta della caviglia mal curata, che lascia come conseguenza, per esempio, una limitazione dell'ampiezza della flessione, dovrà compensarsi ad ogni passo: in alcuni soggetti al ginocchio, che dovrà tendersi un po' di più per forzare i legamenti generando così dolore, in altri all'anca, i cui tessuti non potranno più sopportare la compensazione, in altri ancora, in fondo alla colonna vertebrale che sarà “forzata” ad ogni passo provocando lombalgie.

Il male non è mai là dove si manifesta⁹.

Risulta così evidente la stupidità di una terapia che si rivolge unicamente ai sintomi e alla regione in cui il sintomo compare; ed anche

⁸ Godelieve Struyf D., Il manuale del Méziérista, Editore Marrapese, Roma, 1996, pag. 11 e ss..

⁹ Il Metodo Mézières - www.mezieres.net

nei casi acuti, la vera causa delle classiche lombalgie o dei così costanti torcicolli si trova in parti diverse dalla zona lombare o cervicale.

Il trattamento Mézières mira al raggiungimento di una forma migliore attraverso un lavoro strutturale fatto di posture. Lo scopo è quello di allentare le tensioni muscolari ridando la lunghezza originale ai muscoli accorciati, attraverso posizioni di stiramento globale ed esercitando una trazione continua e simultanea alle estremità delle catene muscolari ed impedendo, nel limite del possibile, le compensazioni (adattamenti). Queste posizioni globali devono essere tenute con grande rigore e per un tempo abbastanza lungo ed associate ad un lavoro d'espiazione che combatte la lordosi ed allunga il diaframma (anch'esso un muscolo molto importante per la statica).

4.1.2 Considerazioni generali

Coloro che possono trarre benefici da un trattamento Mézières sono tutte quelle persone che cercano un trattamento personalizzato. Non si tratta di un sintomo generale ma si cura il “caso personale” ed unico di ogni paziente; si possono anche trattare giovani di 7/8 anni se hanno abbastanza attenzione. Con i pazienti della terza e quarta età si ottengono dei risultati eccezionali per quel che riguarda dolori reumatici, mal di schiena, disturbi circolatori, artrosi ecc.

Infine, tutti coloro che hanno già sperimentato molte terapie senza avere degli effetti positivi e che hanno perso quasi del tutto le speranze d'essere sollevati dai loro dolori: queste persone sono spesso i migliori ambasciatori del metodo Mézières.

Non voglio certamente lasciar credere che la “terapia Mézières” sia assoluta ma solamente ho piacere a sensibilizzare ad un approccio di

“buon senso”. Se certe volte i trattamenti puntuali e locali sono necessari o sufficienti, generalizzarli appare di un'efficacia ingannevole a lungo termine. Occorre sapere che non è sufficiente mettere uno spessore sotto il piede (come ad un comune armadio o tavolo) per risolvere il problema. Occorre sapere che non è sufficiente prescrivere un busto per risolvere un problema lombare.

Figura 1



Piramide di Mézières

Figura 2



Panca-fit

Bibliografia

De Col E., La ginnastica per il mal di schiena, Mediterranee Ed., Roma, 2001.

Nart A. e Scarpa S., Attività motoria e ginnastica postulare, CLEUP, Padova, 2008.

Sannitu G., Aspetti neurologici degli schemi: corporeo, postulare e motorio nell'insorgenza dei paramorfismi, DA.NA. Editrice, Napoli, 1990.

Tribastone F., Compendio di ginnastica correttiva, Società Stampa Sportiva, Roma, 1994.

Ruggieri V., Semiotica di processi psicologici e psicosomatici, Il pensiero scientifico, Roma, 2000.

De Pascalis P., A scuola di fitness, Calzetti Mariucci Editori, 2009.

Selye H., The Stress of Life, Mc Graw Hill, 1976.

Godelieve Struyf D., Il manuale del Mézièrista, Editore Marrapese, Roma, 1996.

Il Metodo Mézières - www.mezieres.net