

Analgesia del movimento: attività ideomotoria e terapia manuale

Autore: Barrett L. Dorko, P.T.

Estratto da www.barrettdorko.com

C'è una certezza comune ai tanti che si rivolgono alle terapie manuali per alleviare il dolore: che il corpo si muove, naturalmente e perennemente, in modo da favorire la salute e la funzione ottimale (il *movimento intrinseco*). Questo movimento è spesso facilmente osservabile, ma a volte reperibile solo attraverso la palpazione.

E' indubbio, dunque, che le nostre metodiche di manipolazione debbano tener conto di questo movimento, ed è per questo che in genere usiamo le mani: non nel tentativo di creare forme o imporre forze, ma come strumenti di percezione e comunicazione. Come primo e più importante passo dobbiamo andare alla ricerca di questo movimento e poi credere in esso, in quanto nostra eredità, e incoraggiarne la sua espressione più grande.

Il breve articolo che segue esamina la natura e la manifestazione del movimento intrinseco nella clinica (benché la letteratura osteopatica abbia già lungamente trattato l'argomento) in quanto l'autore crede che le sue origini e finalità possano differire in modo significativo dagli autori precedenti.

“Viviamo chiusi in un faro di fronte al mare e vediamo ogni giorno l'acqua del Pacifico, e anche quando non vediamo il mare ne sentiamo la presenza.”

William Garner Sutherland, 1951

Forse, nella tradizione osteopatica, l'esempio più interessante riguardo lo studio del movimento intrinseco si trova nel voluminoso lavoro di William Garner Sutherland, ideatore di *'Osteopatia in ambito cranico'*, la cui carriera professionale inizia nel 1900 per terminare con la sua morte nel 1954. Nella raccolta dei suoi scritti, *Contributi di Pensiero* [1], prodotta dalla *The Sutherland Cranial Teaching Foundation*, si ritrova una contiguità riguardo ai concetti fondamentali relativi alla mobilità delle ossa craniche e alla fluttuazione pressoria del liquor cerebro-spinale.

Sutherland riteneva che questo movimento fosse primario, ritmico, e che il suo limite fosse palpabile, valido e affidabile. Il lavoro di tutta la sua vita fu incentrato su questa soggettiva interpretazione e delicata manipolazione. **Benché molte ricerche eseguite in anni successivi abbiano affermato che le sue osservazioni fossero sbagliate** [2],[3],[4],[5] nessuno mai si è azzardato ad andare oltre tali affermazioni dichiarando, per esempio, che il suo lavoro non fosse stato utile per i suoi pazienti.

Questa lettura, non solo esprime un'opinione differente sul movimento, ma illustra anche una chiave di rilettura compatibile con le osservazioni cliniche riportate dai molti osteopati che ascoltano i pazienti con le mani.

Attività ideomotoria

Può essere descritta come un'insieme di azioni, o movimenti muscolari, che sono espressioni automatiche delle idee dominanti piuttosto che il risultato di distinti sforzi volitivi come ad esempio l'atto di esprimere pensieri -nel discorso parlato o scritto- mentre la mente è occupata nella composizione della frase.

Anche se raramente il movimento umano viene citato nelle discussioni scientifiche, la descrizione dell'attività ideomotoria compare in letteratura medica fin dal 1852 dove viene nominata in una lezione di William Carpenter, ristampata dal *The Proceedings of Royal Institution*. Carpenter aveva fatto coincidere l'attività ideomotoria ad una terza categoria di comportamento istintivo non cosciente, che comprendeva anche le attività eccitomotoria (respirazione e deglutizione) e sensomotoria (reazioni di startle).

Il movimento ideomotorio è secondario al pensiero e ha inizio nel telencefalo.

La scoperta della sua presenza e le descrizioni degli intricati studi che dimostrano la sua manifestazione, condotti nei secoli 19 e 20, si possono leggere nel libro di Hermann Spitz *Nonconscious Movements: From Mystical Messages to Facilitated Communication* [6].

In sintesi, l'azione ideomotoria risulta essere ben documentata e la realtà della sua presenza non è mai stata smentita. Piuttosto, sembra che sia stata semplicemente dimenticata.

Come afferma il celebre psicologo Ray Hyman "Anche se si sono compresi gli effetti dell'azione ideomotoria da almeno 150 anni, questo fenomeno resta tutt'ora sorprendentemente sconosciuto anche agli scienziati".

Sembrerebbe che Sutherland fosse uno scienziato ignaro dell'attività ideomotoria, nonostante se ne facesse cenno in un lavoro di William James, suo contemporaneo considerato valente psicologo e neuroscienziato. Egli aveva scritto nel suo libro, *Principles of Psychology* [7].

"Ogni volta che un movimento segue l'idea di sé, immediatamente e senza esitazioni, si è in presenza di un'azione ideomotoria. (Questo non è un fatto curioso) ma semplicemente un normale processo ... e noi possiamo stabilire per certo che ogni rappresentazione mentale di un movimento risveglia in una certa misura il movimento reale che è il suo oggetto; e lo risveglia al massimo grado ogni volta che una rappresentazione antagonista presente contemporaneamente nella mente non la trattiene dal farlo " (enfasi dell'Autore).

Presumo a questo punto che la disattenzione di Sutherland rispetto ai fenomeni dell'attività ideomotoria fosse una conseguenza della sua fervida fede nella fluttuazione del liquor cerebro-spinale e dell'ostinazione riguardo al fatto che il segreto sul funzionamento normale e anormale fosse da ricercarsi nell'attento studio dell'anatomia. Come infatti usava ripetere "L'anatomia, compresa correttamente, invita ad un'applicazione intelligente." Non ci sono prove che Sutherland fosse un fan della psicologia.

Un altro potenziale esempio di attività ideomotoria osservata, ma non correttamente etichettata, è il movimento palpato durante le cosiddette tecniche di 'srotolamento fasciale'.

Durante queste tecniche l'osteopata inizialmente induce il movimento nel corpo con le mani e poi 'ascolta' tutti i movimenti che ne derivano. Questo movimento non è diretto, ma avviene come se il corpo volesse «rilassarsi». Dopo un determinato periodo di tempo il movimento cessa e il rilassamento è completato.

Sono state scritte differenti teorie per spiegare questo fenomeno, compresa quella che la fascia ha una memoria di energia potenziale che viene rilasciata durante una sessione di srotolamento fasciale. L'attività ideomotoria potrebbe essere la migliore spiegazione fisiologica per questo movimento non volontario che riscontriamo con la palpazione.

Robert Ward menziona il movimento inerente tissutale nel capitolo del testo *Foundations for Osteopathic Medicine* [8] relativo al rilasciamento dei sistemi neuro-musculo-scheletrico e miofasciale. Egli afferma:

"I movimenti inerenti tissutali sono palpatoriamente evidenti, modellati in modo asimmetrico, attività neuroriflesse dei tessuti molli. Essi si muovono costantemente, spesso con percentuali variabili. Una palpazione che si concentra su questi movimenti dovrebbe facilmente identificare i modelli di spostamento asimmetrico ipo e ipercinetici."

Attività ideomotoria come terapia

Per poter dimostrare come l'attività ideomotoria possa essere annessa alla clinica, è necessario descrivere alcune esperienze comuni. Immagina di essere disperato perché devi parlare ma non osi. La conseguenza più ovvia sarà una contrazione isometrica dei muscoli che governano il linguaggio. Gli esseri umani sono in grado di sopprimere la contrazione isotonica di questi muscoli per periodi prolungati, forse indefinitamente, e continueranno a farlo se temono che il loro discorso possa risultare in qualche modo pericoloso, inaccettabile o dannoso per gli altri. Alcune persone parlano comunque. In molte culture, parlare liberamente ed esprimere verbalmente il proprio essere in modo autentico è riconosciuto come un aspetto essenziale della salute mentale. Noi incoraggiamo l'espressione verbale, facciamo leggi per proteggerla e, quando necessario, ci avvaliamo di professionisti che sappiano riconoscere il disagio e aiutino coloro che ne hanno bisogno in modo da risolvere i problemi psicologici.

Dal punto di vista fisico, la contrazione isometrica cronica di gola e mandibola è probabilmente il modo più semplice per identificare la persona a cui, benché abbia bisogno di parlare, non viene dato modo di farlo a suo rischio e pericolo.

Ora immagina di essere disperato perché, pur essendo in grado di muovere altre parti del corpo oltre alla bocca, ma di non puoi muoverle a causa di restrizioni culturali inserite nei sistemi educativi e di costume della società. Quanto sarebbe facile superare questi ostacoli?

Il mio pensiero è questo: se il dolore ha origine da una piccola deformazione meccanica dei tessuti e/o deficit di irrorazione sanguigna e circolazione linfatica (ipotesi ragionevole), e se il movimento richiesto per ridurre una disfunzione non è consentito a causa di regole culturali diverse, non potrebbe il corpo rispondere con un'attività muscolare isometrica?

Questa attività è "la rappresentazione antagonista presente simultaneamente nella mente" descritta da William James.

Nella fiaba, l'imperatore sfila nudo davanti ai sudditi fino a quando un bambino dice ad alta voce che non indossa vestiti. Che cosa pensate avremmo mai potuto vedere o palpare sulla gola di quella folla prima che quel ragazzino parlasse? Credo che il bambino avesse potuto parlare ad alta voce perché da meno tempo rispetto agli altri aveva subito condizionamenti culturali. Se solo fosse stato un po' più grande, sarebbe rimasto anche lui in silenzio. **Allo stesso modo, uno che si affanna a muovere una parte del corpo nel tentativo di risolvere una imperfezione meccanica, viene tradizionalmente incoraggiato a muoversi solo all'interno di parametri coreografati e per di più ammonito ad adottare quanto possibile un atteggiamento in ortostasi immobile. Questo tipo di indicazioni sopprime le qualità spontanee, uniche e che non richiedono sforzo, sempre presenti nell'attività ideomotoria. Il vero istinto designato a risolvere l'imperfezione meccanica è tenuto a bada e l'aumento di attività muscolare isometrica che ne consegue è epidemico: l'effetto di esercizi pesanti e manipolazione manuale diviene trascurabile rispetto alla situazione complessiva.**

Forse i clinici come Sutherland hanno compreso il significato dell'attività ideomotoria utilizzando semplicemente le mani con una speciale modalità non-provocatoria. Ho sperimentato da tempo che tale approccio alla palpazione non è argomento di studio nell'insegnamento della pratica manuale fisioterapica, soprattutto a causa della mancata conoscenza dell'attività ideomotoria e delle sue finalità. Sto suggerendo che questo movimento non sia meramente designato a espressione di un nostro senso artistico o a telegrafare la nostra intenzione di muoverci consapevolmente, ma che diventi anche lo strumento principale con cui raggiungere il comfort attraverso una riduzione della imperfezione tissutale. Lo spostamento che facciamo quando restiamo per parecchio tempo in una qualsiasi posizione è un semplice esempio di ciò. Ad esempio, quando si è seduti, viene automatico spostare leggermente il peso da uno gluteo all'altro; o se si è in piedi, da un piede all'altro. Questi, considerati comunemente movimenti senza volontà, rappresentano l'attività ideomotoria.

Non vi è alcuna ragione perché questo movimento sia ritmico o soprattutto prevedibile; in realtà, la sua natura caotica e sorprendente è probabilmente la cosa che mette la cultura a disagio con la sua espressione. Il bambino piccolo segue quest'attività ideomotoria completamente, fino a quando non viene esortato a "stare seduto e di sedersi dritto," spesso da qualcuno che desidera compiacere. Così inizia la nostra sfiducia permanente nei confronti dell'istintivo movimento correttivo.

Per trent'anni ho osservato la comunità terapeutica scontrarsi con la cultura in quest'ambito, e credo che il nostro notoriamente scarso record di ridurre il dolore cronico sia un riflesso di questo.

Secondo la mia esperienza le tecniche manuali progettate per sollecitare l'espressione dell'attività ideomotoria non sono difficili da padroneggiare. Il tocco stesso è delicato e non coercitivo. L'obiettivo dell'osteopata dovrebbe semplicemente essere quello di sensibilizzare il paziente nei confronti dell'attività motoria interiore e infine far spazio a quel movimento. Per poterlo fare essi offrono all'attività ideomotoria quel minimo di resistenza non abbastanza per impedirne l'espressione, ma sufficiente a fornirle qualcosa che si opponga e le permetta di manifestarsi; ad esempio, il battito del cuore del paziente potrebbe non gradire che la vostra mano sia poggiata delicatamente sul torace.

L'atteggiamento dell'osteopata verso il movimento conseguente, che potrebbe essere piuttosto grande e potente, dovrebbe essere di tranquilla accettazione e interesse, simile all'atteggiamento adottato da un counselor nel momento in cui riesce a creare un ambiente favorevole all'autentica espressione verbale. Se l'intervento del counselor è efficace, è probabile che il paziente stesso si sorprenderà di ciò che lui stesso dirà, e lo stesso accade con l'attività ideomotoria. Dopo tutto, entrambi provengono dalla mente inconscia e solo il paziente sa che cosa siano. Una incoraggia la cultura e l'altra guarda con diffidenza e disapprovazione. Come ho detto a molti pazienti: <Quando ti dicono che "è un paese libero" significa che puoi muovere la bocca ma non il corpo>. Invariabilmente essi annuiscono, comprendono e realizzano.

Per concludere, vorrei sottolineare che **l'attività ideomotoria è caratterizzata da quattro caratteristiche facilmente riconoscibili:**

- sforzo
- calore
- morbidezza muscolare, e
- sorpresa.

Attribuisco la morbidezza muscolare alla consueta risposta di qualsiasi muscolo dopo che si è pienamente espresso (pensa alla morbidezza della gola dopo che hai espresso il tuo pensiero), e il calore all'incremento del flusso sanguigno.

Per quello che so, nient'altro riesce a spiegare tutto ciò se non un movimento che riduce la dolorosa deformazione meccanica tissutale. La naturalezza e la non prevedibilità di questo movimento sono entrambe qualità che caratterizzano un movimento istintivo e inconsapevolmente motivato... e questa è la definizione di azione ideomotoria.

Conclusione

L'attività ideomotoria può spiegare fenomeni clinici visti e documentati da parecchi anni, fenomeni che potrebbero essere stati benissimo fraintesi.

Per la comunità terapeutica, la sospensione dell'attività muscolare inerente porterebbe a riposo e recupero. Al contrario, la medicina manuale incoraggia la sua piena espressione autorizzandoci a pensare che è una via alternativa ragionevole e potenzialmente innocua, aderendo chiaramente alla tradizione della medicina osteopatica nella sua forma originale.

Traduzione a cura di Fabiola Marelli – Osteopata
per CRESCO s.r.l. – Centro Ricerche E Studi Osteopatici

Riferimenti bibliografici

- [1] SUTHERLAND WG., *Contributions of thought: the collected writings of William Garner Sutherland, DO: pertaining to the art and science of osteopathy including the cranial concept in osteopathy covering the years 1914-1954* – 2nd edn. Portland , OR ; Rudra Press: 1998
- [2] HARTMAN S, NORTON J., *Interexaminer Reliability and Cranial Osteopathy. The Scientific Review of Alternative Medicine. 2002; 6(1): 23-34.*
- [3] ROGERS J, WITT P, GROSS M, HACKE J, GENOVA P. *Simultaneous Palpation of the Craniosacral Rate at the Head and Feet: Intrarater and Interrater Reliability and Rate Comparisons.*- Physical Therapy. 1998; 78 (11): 1175-1185.
- [4] MORAN RW, GIBBONS P., *Intraexaminer and interexaminer reliability for palpation of the cranial rhythmic impulse at the head and sacrum.* Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics. 2001; 24(3):183-90.
- [5] SCHLEIP, R, *Neurobiologic aspects of the cranial rhythmic impulse*. <http://www.somatics.de/cranial.htm> . Accessed September 2003.
- [6] SPITZ H. *Nonconscious Movements: From Mystical Messages to Facilitated Communication.* Manwah , NJ : Lawrence Erlbaum: 1997.
- [7] JAMES W., *Principles of Psychology.* New York ; Holt: 1890.
- [8] WARD RC. Neuromusculoskeletal and myofascial release. In. Ward RC. (ed) *Foundations for Osteopathic Medicine*, 2nd edn. Philadelphia; Lippincott, Williams & Wilkins: 2003: 934.