

INDICE

INDICE	- 1 -
<i>INTRODUZIONE</i>	- 2 -
<i>DEFINIZIONE DI POSTURA E DI POSTUROLOGIA.....</i>	- 2 -
<i>IL SISTEMA TONICO POSTURALE FINE</i>	- 2 -
<i>RICERCA E CLINICA</i>	- 2 -
<i>LA SINDROME DA DEFICIT POSTURALE</i>	- 3 -
<i>L'ITER DIAGNOSTICO</i>	- 3 -
<i>CONCLUSIONI</i>	- 4 -
<i>RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....</i>	- 4 -

PROSPETTIVE IN POSTUROLOGIA

INTRODUZIONE

La postura è il prodotto di interazioni tra le funzioni superiori, i recettori ed infine le risposte biomeccaniche effettuate dai muscoli. L'analisi posturale può costituire un metodo diagnostico utile al medico al fine di attuare la migliore terapia per il paziente inteso come espressione delle interazioni tra il corpo e la mente.

DEFINIZIONE DI POSTURA E DI POSTUROLOGIA

La postura, o meglio, l'atteggiamento posturale, è l'espressione della migliore integrazione possibile tra le funzioni psichiche, biochimiche e somato-sensoriali di un individuo.

Tale espressione si traduce, nei tre piani dello spazio, in una posizione corporea che può essere fisiologica (espressione di benessere) o patologica (espressione di malessere). La postura è mezzo di comunicazione extraverbale, cioè il linguaggio del corpo ci parla della relazione che ha con l'ambiente. La posturologia è lo studio della postura e più in particolare del sistema tonico posturale fine (S.T.P.F.).

Essa, settore recente della medicina, è nata dalla integrazione delle conoscenze di neurofisiologia sorte in ambito oculistico, otiatrico, gnatologico, ortopedico, neuroriabilitativo, ecc. ed esamina il soggetto attraverso lo studio integrato delle funzioni recettoriali e biomeccaniche.

IL SISTEMA TONICO POSTURALE FINE

Il sistema tonico posturale (S.T.P.F.) è un sistema strutturato ad entrate multiple che utilizza gli esterocettori, i propriocettori ed il computer centrale (i centri nervosi superiori) che integra le informazioni e risponde mediante gli effettori cioè i muscoli.

È quindi un sistema cibernetico automatico che si autoadatta nel suo squilibrio, ma che non può correggersi da solo.

RICERCA E CLINICA

Quando le informazioni ricevute dai recettori sono asimmetriche o patologiche esse causano a livello di integrazione centrale una reazione di adattamento, cioè il S.N.C. si organizza secondo un nuovo schema posturale, ma patologico. Quando si supera la soglia di adattabilità (funzione del computer centrale) vuol dire che il sistema ha terminato anche la possibilità di mettere in atto ulteriori compensi.

È necessario sapere che il controllo della postura ortostatica si rivela molto più fine del semplice mantenimento della verticale di gravità entro i limiti del poligono di sostegno.

La finezza di regolazione manifesta il potere discriminante dei recettori del S.T.P.F., cioè consente di regolare i fenomeni di stabilizzazione con una incredibile precisione, nell'ambito di oscillazione del baricentro entro i quattro gradi.

Il punto essenziale è il seguente: la sensibilità dei recettori non è la stessa per i movimenti fini e per i movimenti ampi, essa risulta più per formante nei movimenti fini e la loro curva di risposta agli stimoli comporta una discontinuità tra i movimenti fini ed ampi.

Questo ci porta a distinguere tra due fenomeni: da una parte la regolazione dell'attività tonica posturale che condiziona la posizione reciproca dei segmenti scheletrici, dunque la posizione media

del centro di gravità e dall'altra il controllo delle oscillazioni posturali che mantiene il centro di gravità negli stretti limiti di oscillazione di quattro gradi.

LA SINDROME DA DEFICIT POSTURALE

Quindi ogni essere vivente mantiene la propria postura mediante l'integrazione centrale delle funzioni dei propriocettori e degli esocettori. Se un recettore è in sofferenza e gli altri vicariano bene, il paziente è in compenso, se più di un recettore è sregolato la integrazione cerebrale dei segnali non avviene efficacemente ed il paziente va fuori compenso. Nel primo caso, l'integrazione cerebrale avviene con modesto surplus di consumo di energia, nel secondo caso si ha un notevole consumo di energia.

Ciò provoca numerosi e vari disturbi più o meno associati, che sono: senso di instabilità, astenia, facile stancabilità, affaticamento visivo, difficoltà alla concentrazione, cefalea, dolori osteomuscolari, podalgia, sciatalgia, senso di inadeguatezza, irritabilità, irrequietezza, depressione ecc..

In funzione dei recettori sofferenti, il corteo dei disturbi varia: essi possono essere isolati oppure associati configurando la Sindrome da Deficit Posturale.

I pazienti con deficit posturale recente sono prevalentemente funzionali (l'esame obiettivo classico o gli esami strumentali sono negativi o scarsamente correlabili allo strano corteo sintomatologico), in seguito diventano organici, spesso accompagnati da turbe della sfera emotiva; le cure classiche risolvono parzialmente i sintomi che tendono a recidivare.

L'ITER DIAGNOSTICO

Poiché ogni singolo recettore deve essere esaminato in funzione degli altri e correlato ai sintomi ne consegue che l'iter diagnostico sarà minuzioso e possibilmente integrato con quello di altri specialisti. Il protocollo diagnostico inizia con l'anamnesi e la valutazione dello stato psicologico, segue l'esame posturale correlato alla precedente analisi gnatologica; i test di kinesiologia applicata indicano lo stato di equilibrio muscolare, gli esami radiologici e la consulenza specialistica completano l'indagine.

Per fare un esempio, delle interazioni tra una funzione corporea ed un recettore (occhio), basta ricordare che un paziente che lamenta una riduzione del movimento di rotazione del rachide cervicale, spesso soffre di un difetto di convergenza oculare omolaterale alla rotazione.

Nell'ottica della integrazione recettoriale la **posturologia** insegna che la gran parte delle patologie, quali scoliosi, tendiniti, tensioni muscolari, lombalgie, sciatalgie, podalgia, disturbi dell'equilibrio, stanchezza cronica, cefalea miotensiva, peggioramento del rendimento scolastico e atletico, algie masticatorie, ecc., possono essere le varie espressioni di un'unica patologia e cioè il deficit di uno o più recettori deputati alla regolazione del sistema tonico posturale.

Con la **posturologia** è possibile la diagnostica integrata del funzionamento dei recettori principali: occhio, pelle, bocca, piedi e attuare la terapia specifica, avvalendosi di tecniche di medicina manuale e non, opportunamente selezionate per ogni paziente.

Prendiamo ad esempio una patologia molto comune: l'ernia discale. Secondo la **posturologia**, tale patologia, qualora non sia traumatica o tumorale, non è la causa della sciatalgia, ma la sequela di un non corretto funzionamento ed integrazione dei recettori; ciò provoca nel tempo, attraverso l'alterazione del tono muscolare posturale, la sofferenza discale e poi l'ernia.

Quindi, se in primis non si attua l'ottimizzazione del tono posturale, le terapie mediche, fisiatriche e chirurgiche spesso porteranno alle recidive.

L'odontostomatologo svolge un ruolo determinante nella diagnosi posturale poiché "la bocca", che è un recettore importantissimo, condiziona enormemente la biomeccanica del corpo.

L'apparato stomatognatico infatti ha relazione diretta con il cranio e con il rachide cervicale,

mediante la deglutizione contrae rapporti indiretti con i visceri addominali. Anche la scienza osteopatia ha dimostrato che il “movimento respiratorio primario cranio-sacrale” si altera a causa di una lieve malocclusione (precontatto occlusale). L'odontoiatra che si accinge ad una riabilitazione occlusale di tipo ortodontico o protesico deve operare con estrema attenzione e competenza, specie se nell'anamnesi coglie i primi segni che fanno sospettare un deficit, anche lieve, del funzionamento del sistema posturale. Il paziente odontoiatrico, spesso iatrogeno, è anche un malato posturale quando lamenta: cervicoalgia, cefalea, lombalgia, dolore alla muscolatura masticatoria, disfunzione delle A.T.M., disturbi dell'equilibrio, ecc.. Appare chiaro che il medico posturologo attraverso la correlazione dei recettori e non solo, realizza la migliore analisi clinica per applicare la terapia eziologica ottimale. In questa ottica la gnatologia non resta confinata nell'ambito della odontoiatria, ma in virtù della funzione recettoriale della “bocca” si colloca anche nella medicina della riabilitazione neurofunzionale; questo spiega perché una “placca occlusale” può “agire a distanza” risolvendo una lombalgia, migliorando un difetto di convergenza oculare, migliorando le prestazioni atletiche e quelle scolastiche. La “placca occlusale” per essere terapeutica non deve sregolare il sistema posturale, non deve interferire con i sistemi di compenso in atto ma integrarsi con essi e migliorarli; la **posturologia** e lo studio delle risposte muscolari ci guidano in questo. Ancora vale ricordare che una calzatura, oppure un occhiale mal prescritto o mal indossato possono sregolare il sistema posturale ed essere la “goccia che fa traboccare il vaso”: cioè il soggetto perde il labile compenso e comincia a lamentare i disturbi più vari.

CONCLUSIONI

La posturologia è un metodo diagnostico-terapeutico originale, sinergico e trasversale alle specialità mediche con le quali vuole interagire per ristabilire il benessere psicofisico del paziente, quindi essa va utilizzata come valido ed ulteriore metodo di indagine che studia il soggetto uomo anche sotto il profilo “cibernetico-energetico”.

La comprensione di tale metodologia diagnostica e la fisiopatologia dei disturbi del malato posturale chiariscono la definizione innovativa di malattia: “uno stato di squilibrio energetico dell'essere vivente, l'energia consumata è maggiore dell'energia a disposizione per cui non è più possibile adattarsi”.

L'atteggiamento posturale diventa espressione dei processi adattativi messi in opera dal S.N.C. per compensare una qualsiasi noxa patogena interna ed esterna all'individuo.

In questo senso se gli occhi sono lo specchio dell'anima, l'atteggiamento posturale è l'espressione del livello energetico dell'individuo inteso come unità psicofisica.

Credo che nel futuro lo stato di malattia sarà correlato ad un misurabile livello di energia e viceversa.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Busquet L.: Le catene muscolari ed. Marrapese 1996
2. **Gagey P.M.: Posturologia** ed. Marrapese 1997
3. Grieco V.: Odontoiatria e postura; Congresso Nazionale A.I.O.
4. 1998 Cagliari
5. Mongini F.: Il dolore cranio facciale ed. U.T.E.T. 1994
6. Travell J. Simons D.: Il dolore muscolare ed. Ghedini 1986