

MASSAGGIO E RISVOLTI EMOTIVO-PERCETTIVI

Approfondimenti relativi al trattamento
decontratturante fasciale

A cura di: Chiara Lomazzi



SOMMARIO

1. Il corpo, una storia antica
2. Il dolore
3. La fascia
4. La preparazione al trattamento
 - a) Accoglienza
 - b) Preparazione dell'operatore
 - c) Osservazione, ascolto e comunicazione con il paziente
5. Conclusioni



Il corpo, una storia antica



IL CORPO, UNA STORIA ANTICA

A partire da almeno 2500 anni fa il corpo viene concepito in stretta relazione con la mente e la mente come una manifestazione del corpo in quanto organismo vivente.

Aristotele (384-322 a.C.): corpo e anima si relazionano tra loro, l'organismo vivente (corpo) esiste in quanto ha una psiche → l'organismo è **anima e corpo**, poiché la psiche consente all'essere (umano o animale) di vivere.

Medicina antica (Grecia e Cina): le dinamiche dell'organismo umano vengono viste in modo unitario

L'individuo è un essere “non divisibile”, intero, di cui non si può indagare solo lo stato mentale o fisico.



IV-V secolo dopo Cristo: si afferma la **visione “duale”**

Anima e mente sono due “entità” distinte e separate tra loro

Si afferma la visione del corpo come “luogo del peccato”:

- Il corpo è il depositario della colpa
- L’anima è indivisibile ed incorporea, non si mescola alla carne e può sussistere indipendentemente dal corpo

Cartesio (1596-1650): eccezione!!

- ragione ed emozione sono strettamente intrecciate
- le emozioni coinvolgono sia il corpo sia l’anima e sono un ponte tra i due
- Le passioni hanno effetti fisiologici sul corpo, nel bene e nel male



1700 circa: si afferma la **visione “meccanicistica”** → l’uomo è una *macchina* governata da automatismi, che è possibile smontare e studiare, così come si fa con le molle di un orologio.



Il paradigma meccanicista orienterà la ricerca medica e gli studi per i secoli a venire.

Viene così a strutturarsi, nel corso degli ultimi due secoli, una separazione netta tra studio del corpo e studio della mente, su cui si fonderà poi la separazione delle professioni di cura:

- Medici e terapeuti che trattano il corpo senza una mente;
- Psicologi e psichiatri che trattano la mente senza un corpo.



Seconda metà del Novecento: visione
“**riduzionista**”

Watson e Crick “Progetto Genoma”:
mappatura del DNA umano → la malattia
deriva dai geni presenti nel nostro DNA

→ Gli studi sulla genetica, con l’obiettivo di
studiare sempre più nel dettaglio il
funzionamento dell’organismo umano in
salute ed in malattia, riducono sempre più
nel “micro” lo studio e la cura delle
patologie



Nei decenni successivi:

- Neuroscienze
- Neuroplasticità → capacità del sistema nervoso di rigenerarsi > cambia continuamente, non è statico!
- Psicologia, psicoanalisi, psicosomatica, bioenergetica → riportano ad una visione più “**sistemica**” dell’uomo



Visione **sistemica**: l'organismo è un sistema composto da diverse parti che interagiscono e collaborano tra loro



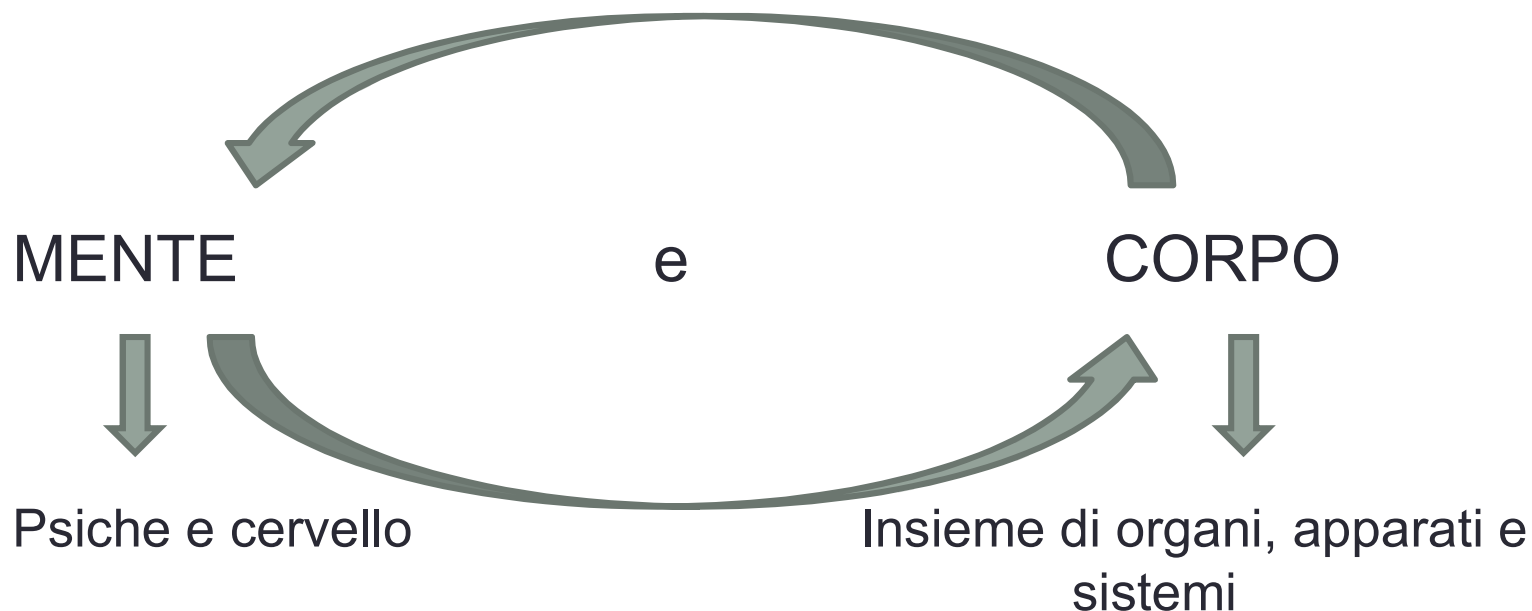
Ogni cellula del nostro corpo comunica con le altre in ogni parte del nostro corpo ed in ogni momento

Il cervello è un *network*, cioè una rete di circuiti correlati tra loro e che comunicano costantemente tra loro e con ogni cellula nel nostro corpo



PNEI: PsicoNeuroEndocrinolImmunologia

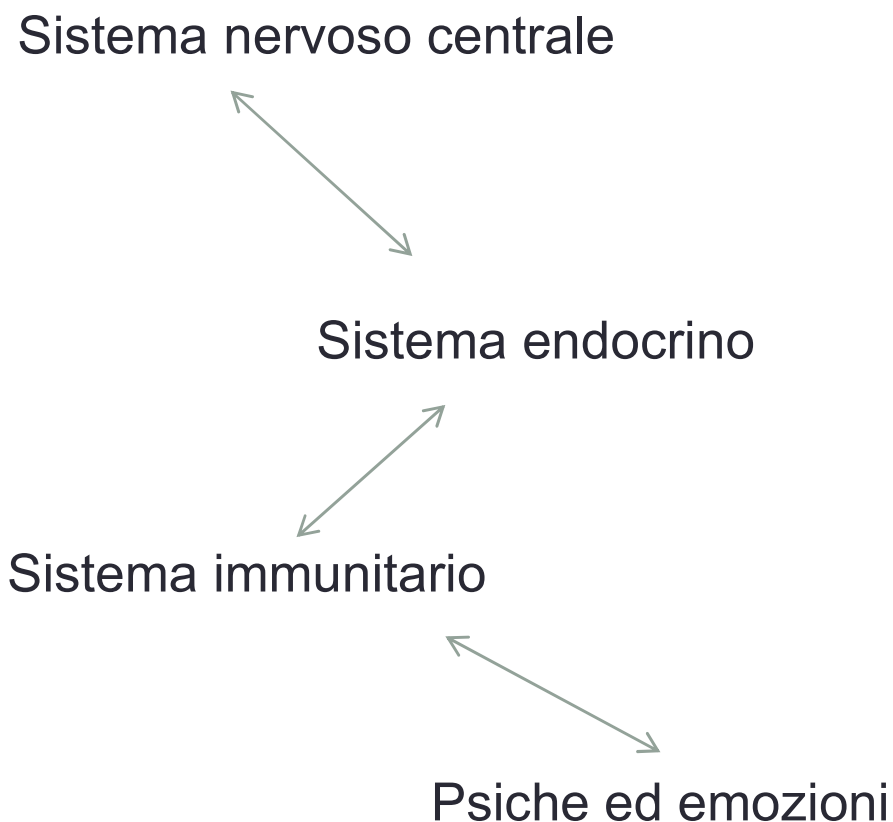
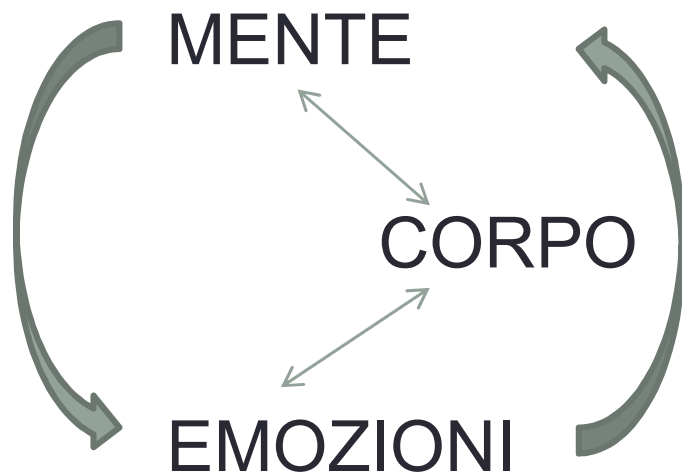
→ Esiste una connessione bidirezionale tra:



Il cervello inteso come **sistema di comunicazione** che comunica in maniera orizzontale con **tutti** gli altri sistemi nel corpo (Psiche collegata al Soma e viceversa)



Tutto nel nostro corpo è **connesso** → un cambiamento che avviene ad un livello ha impatto in ogni altro sistema



IL CORPO NEL QUI E ORA

La nostra è un'epoca del fare e dell'avere piuttosto che dell' "essere"

Siamo sempre impegnati a fare, a produrre e siamo continuamente distratti dalla tecnologia (smartphone, pc, videogiochi).

Viviamo proiettati nel futuro, presi da progetti, preoccupazioni e previsioni.

Siamo completamente focalizzati tutti e solo nella TESTA (pensiero) → dispendio energetico enorme!

Come tornare nel "qui e ora" ???

→ Ritornare nel CORPO → vive SEMPRE nel qui e ora!!!



IL CORPO NEL QUI E ORA

- In ogni istante il corpo modifica i propri parametri per adeguarsi alle richieste dell'ambiente (es. il respiro di 1 minuto fa non sarà mai uguale a quello attuale; il battito cardiaco; la pressione arteriosa; ecc.)
- si fa portavoce delle nostre emozioni
- è implicato nel nostro rapporto con gli altri e con il mondo ben PRIMA del nostro “sapere” verbale (cervello, pensiero, razionalità).



Riprendere contatto con il **CORPO** aiuta a:

- Restare nel momento **presente**
- Riappropriarsi delle proprie **percezioni, fisiche ed emotive**
- Trovare la propria **centratura e stabilità**
- Riprendere **consapevolezza** di se stessi, dei propri bisogni e della propria energia vitale.
- **Conoscersi** meglio → se io mi ascolto e sono “dentro di me”, allora sono in grado di scegliere quello che è meglio per me



Il dolore nel corpo

1. Cos'è il dolore
2. Fisiologia e biochimica del dolore
3. Dolore e memoria
4. Sensitizzazione e ipersensibilità
5. Nervo vago
6. Asse dello stress
7. Tatto, contatto e tocco



IL DOLORE NEL CORPO

Cos'è il dolore?

Il dolore è fondamentalmente la **risposta ad uno stimolo**

“Sensazione penosa, diffusa o localizzata, susseguente alla stimolazione di particolari ricettori sensitivi da parte di agenti di varia natura e intensità: dolore di denti, di testa, di pancia, ecc.

Stato o motivo di sofferenza spirituale, specialmente se provocata da una realtà ineluttabile che colpisce o condiziona duramente il corso della vita.”



Il dolore nel corpo

Tipi di **fibre nervose** presenti nel corpo:

- Fibre **A α** : grosse e molto veloci → stimoli propriocettivi motori
- Fibre **A β** : grosse e veloci → stimoli tattili
- Fibre **A δ** : medie → stimoli pungenti, dolore acuto o primario
- Fibre **C**: piccole e lente, amieliniche → dolore bruciante o cronico

Le fibre nervose si occupano di trasportare il segnale, lo stimolo, l'informazione al sistema nervoso centrale.

Sono legate a dei recettori che si trovano nella **fascia** → nel tessuto connettivo = ovunque nel corpo!!!

- Pelle
- Muscoli
- Ossa
- Periostio
- Vasi sanguigni



Il dolore nel corpo

Segnale nocicettivo (che può nuocere) = es. mi ferisco con un coltello



Viene recepito il danno nella zona lesa (globuli bianchi, ecc. per riparare la ferita)



Vengono rilasciate sostanze che vanno al midollo spinale per informare il **sistema nervoso centrale** di ciò che sta accadendo



Il segnale viene inviato dal sist. nervoso centrale al **sistema nervoso autonomo** (ortosimpatico e parasimpatico)



Dal midollo spinale il segnale viene inviato anche verso l'alto (non solo verso gli organi) verso aree non prettamente sensoriali, es. amigdala, talamo, ipotalamo, ecc.



Il dolore nel corpo

Ecco perché il segnale nocicettivo produce risposte che coinvolgono **tutti** i sistemi del nostro corpo:

- Aspetto neurovegetativo
- Aspetto emotivo
- Aspetto motivazionale
- Aspetti logici
- Memoria



Il dolore nel corpo

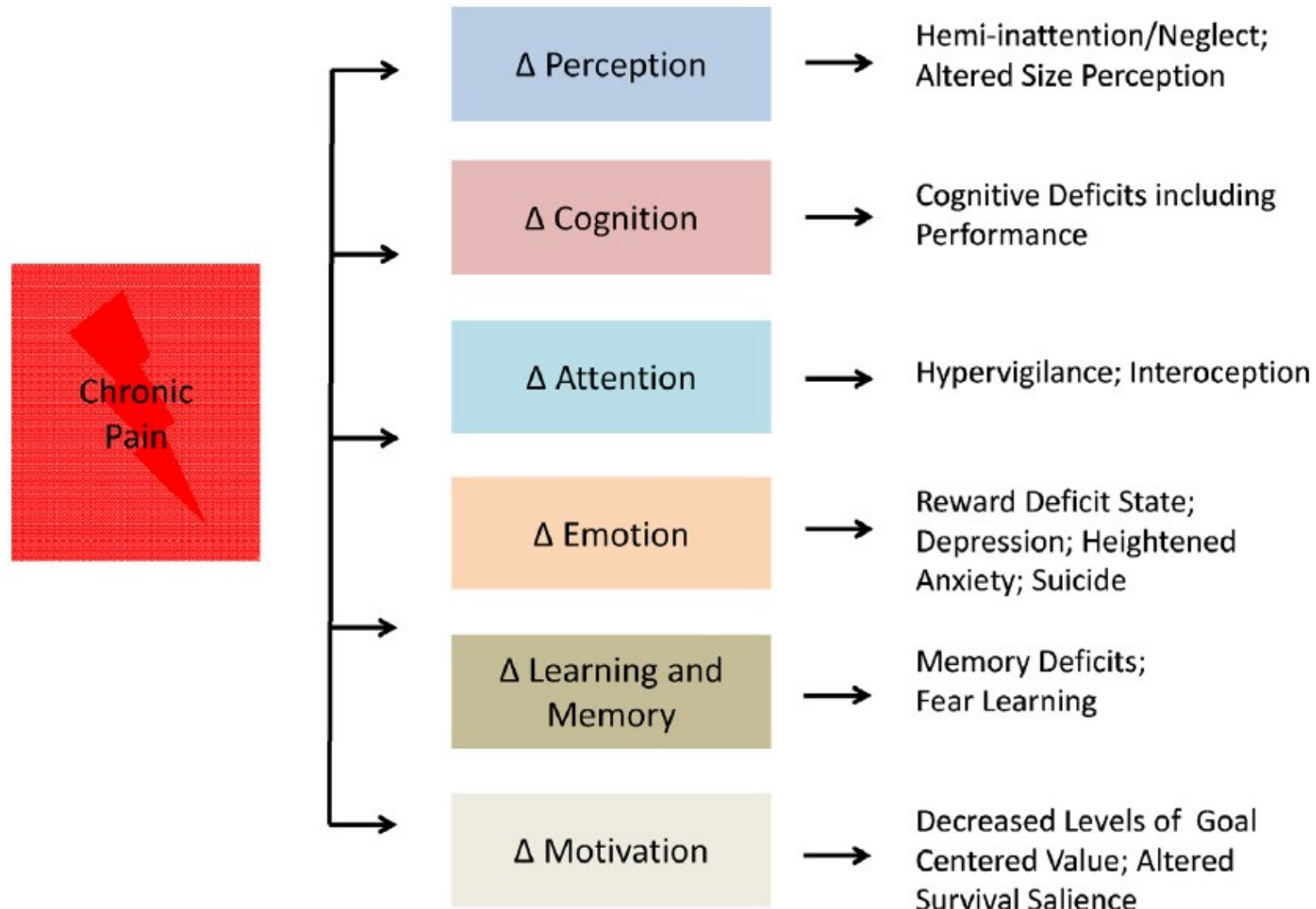
Così come coinvolge tutti i sistemi nel nostro corpo, il dolore (cronico) è anche in grado di **alterare** le aree cerebrali!

Ed altera quindi anche le funzioni ad esse collegate:

- Percezione
- Capacità di ragionare
- Capacità di imparare
- Capacità di ricordare
- Emozioni



Il dolore nel corpo



Il dolore nel corpo

Nel trattare un paziente oncologico occorre sempre tenere presente che il suo livello di sensibilità potrebbe essere molto accentuato dalla patologia e/o eventualmente dalle terapie.

Sensitizzazione: processo attraverso il quale il corpo, sottoposto ad una situazione di infiammazione cronica o iper-eccitato da uno stress eccessivo e costante, si attiva costantemente in una situazione di allerta → il midollo spinale viene costantemente bombardato da stimoli → i neuroni diventano più sensibili e con un campo percettivo più ampio



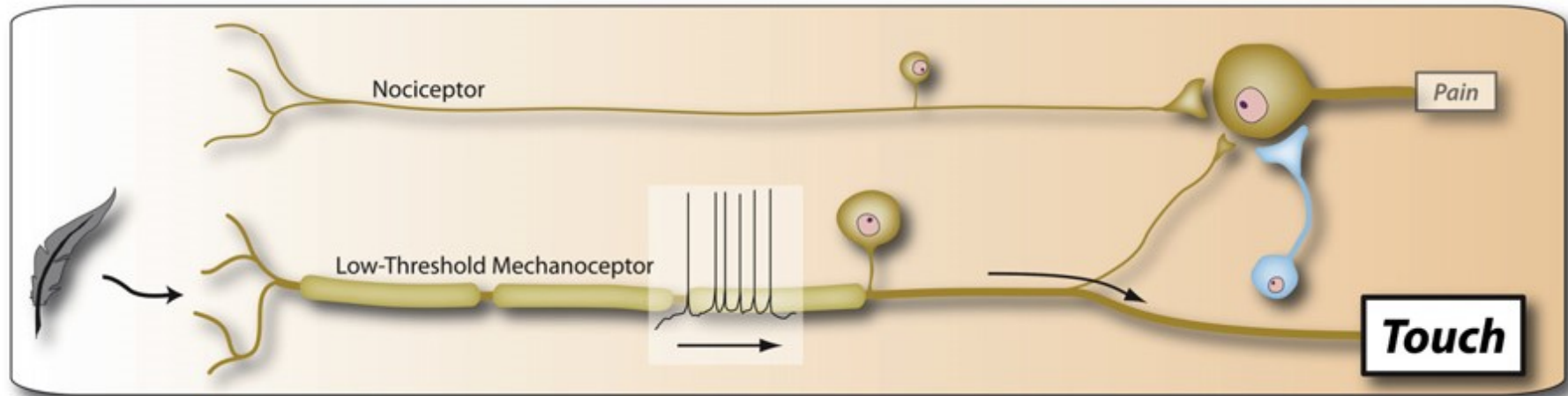
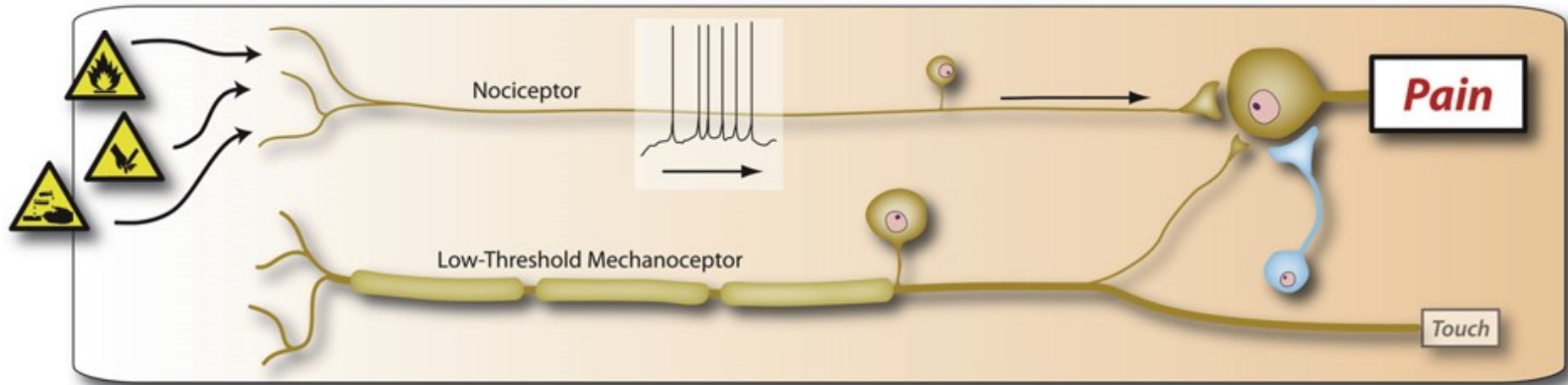
Quindi:

- Uno stimolo delicato o non doloroso → allodynia = diventa doloroso!
- Uno stimolo doloroso → iperalgesia = ancora più doloroso!



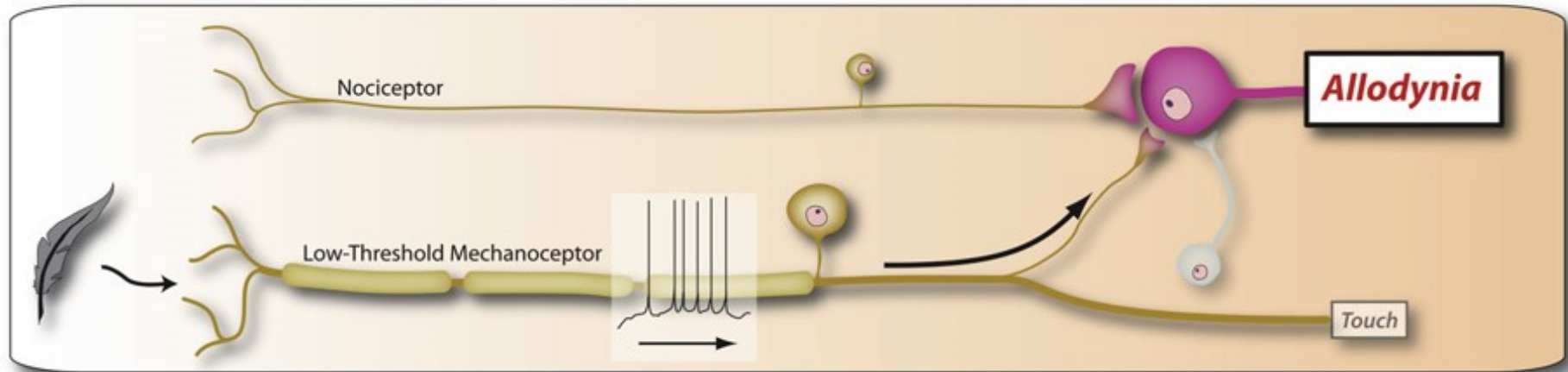
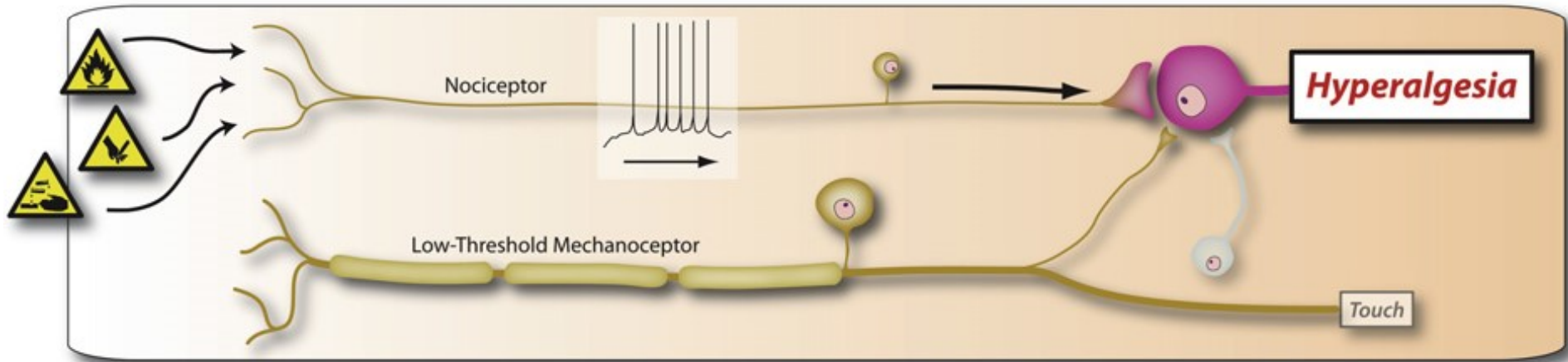
Il dolore nel corpo

Normal Sensation



Il dolore nel corpo

Central Sensitization



Il dolore nel corpo

Dolore Sociale e Dolore Emotivo

=

Dolore Fisico

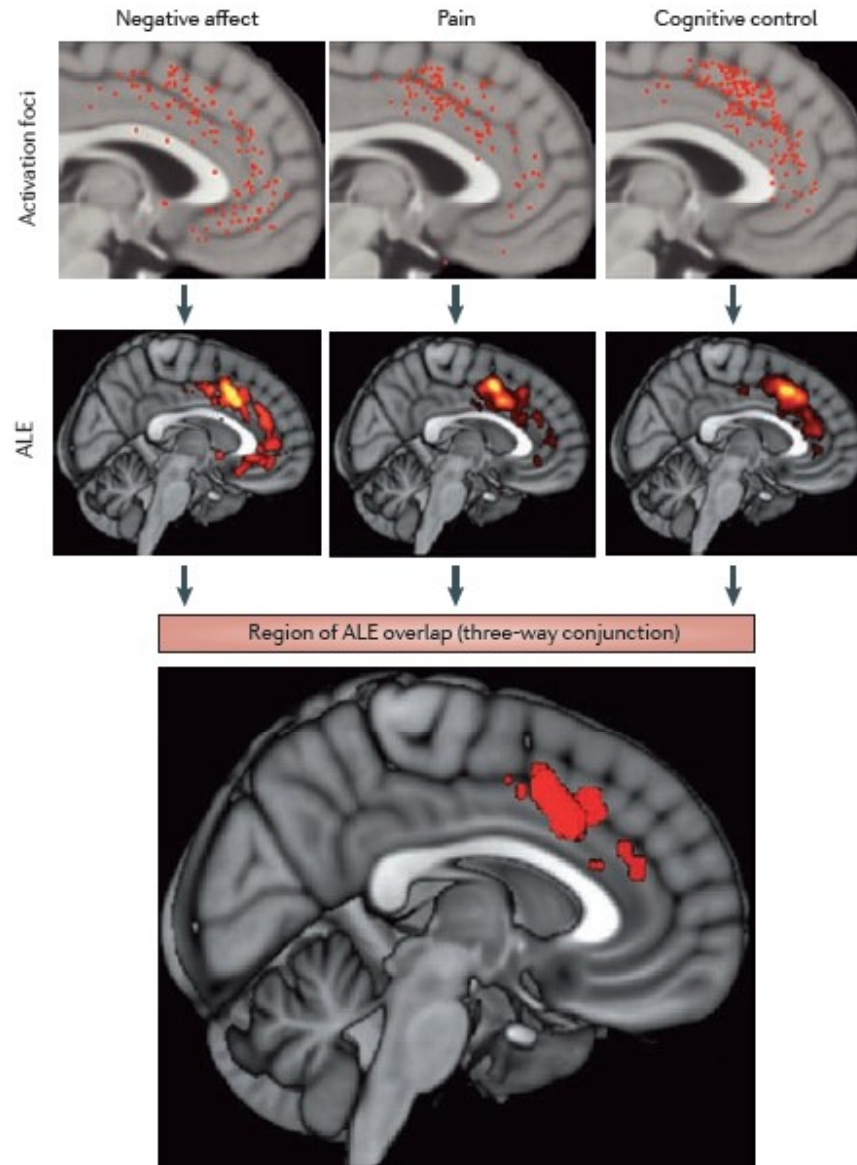
A livello cerebrale le aree per il dolore fisico e per le emozioni tristi o negative sono le stesse!

Nello specifico, la corteccia anteriore del cingolo dorsale si attiva in entrambi i casi.

Chi soffre per *stress* sente davvero dolore! Al pari di chi ha un trauma fisico!



Il dolore nel corpo



Il dolore nel corpo

E' in ogni caso opportuno specificare anche che:

Il dolore è anche un segnale di vita → un organismo vivo può provare dolore, un organismo morto no!

Il dolore ha una funzione: serve per **proteggerci** da stimoli/situazioni potenzialmente pericolosi → quando il cervello percepisce segnali di possibile pericolo ci protegge con il dolore

Il dolore è quindi una **elaborazione cerebrale**



Il dolore nel corpo

Per il paziente oncologico il dolore ridà una sorta di “identità”, all’interno della quale il paziente può restare confinato: nel frammentarsi dell’ “Io” dovuto al trauma della malattia/terapie, la sofferenza rappresenta una sorta di “certezza” dove rifugiarsi.

Il dolore è legato alla **memoria !!!**



Il dolore nel corpo

Nell'elaborazione del dolore, oltre ad:

- aree cognitive (corteccia prefrontale laterale)
- aree emotive (corteccia prefrontale mediale)
- aree percettive (corteccia anteriore del cingolo ed insula)
- aree motivazionali (nucleo accumbens)

vengono coinvolte anche aree legate alla memoria:

- l'**ippocampo**, legato alla formazione della memoria semantica o episodica
- l'**amigdala**, legata alla formazione della memoria emotiva

→ È pertanto concepibile che il dolore si scateni a fronte di **stimoli che in passato hanno provocato dolore**.



Il dolore nel corpo

Per il paziente oncologico il **corpo è una esperienza di dolore!!**

È quindi di fondamentale importanza fare sì che il trattamento sia per il paziente una **esperienza di piacere con se stesso e con il proprio corpo**

Ridurre le evidenze di pericolo ed aumentare le evidenze di sicurezza



Accoglienza del paziente

Ambiente in cui svolgiamo il trattamento

Attitudine/intenzione/capacità di ascolto dell'operatore

Centratura/stabilità/presenza dell'operatore



Il dolore nel corpo

Quindi....

Se il dolore è legato alle memorie del passato, attraverso il coinvolgimento di amigdala ed ippocampo, allora il lavoro sulla fascia, grazie al coinvolgimento delle stesse aree cerebrali, può creare una **nuova memoria!**

Il tocco, stimolando il sistema nervoso centrale ed autonomo ed il cervello, può lavorare su schemi (posturali/motori/cognitivi/emotivi) preesistenti e può quindi supportare la persona ad elaborarne di nuovi!



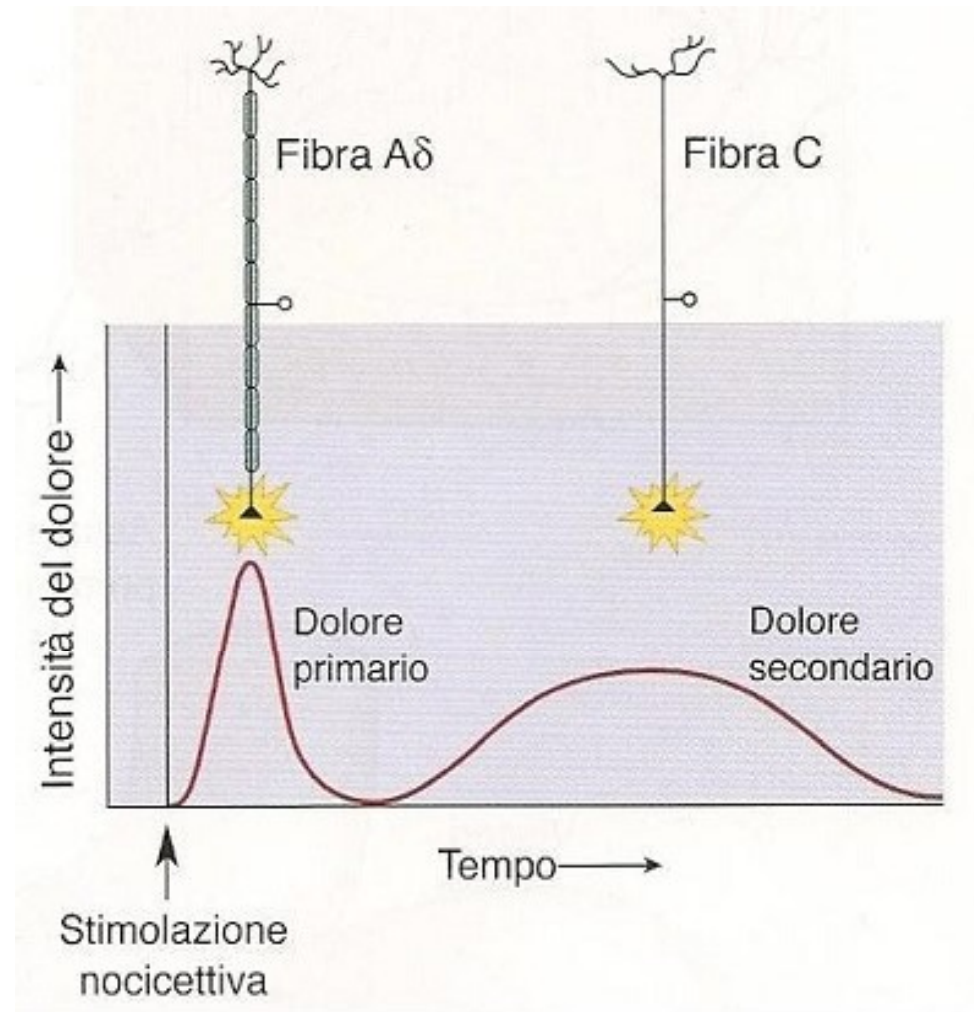
Il dolore nel corpo

Bisogna fare inoltre una distinzione sulle fibre che trasmettono il segnale al midollo spinale. Le fibre nervose associate ai nocicettori sono di due tipi A δ e C. Le fibre A δ sono mielinizzate, quindi conducono più velocemente i potenziali d'azione. Le fibre C sono amieliniche e conducono il segnale in tempi più lunghi.

A seguito di questa differenza, l'attivazione dei nocicettori della pelle produce due diverse sensazioni dolorifiche: il *dolore primario*, che è più acuto e pungente ed è mediato dalle fibre A δ ed il *dolore secondario (o dolore urente)*, con insorgenza più tardiva e di lunga durata, mediato dalle fibre C. Per questo motivo, quando si subisce un urto, si avverte un dolore breve ed intenso istantaneamente, mentre un dolore meno intenso, ma più duraturo scaturisce qualche istante più tardi.



Il dolore nel corpo



Il dolore nel corpo

Le fibre C ricoprono il 90% del corpo (le fibre A δ del dolore acuto ne ricoprono il restante 10%)

Ma le fibre C trasmettono anche gli stimoli delicati e piacevoli!

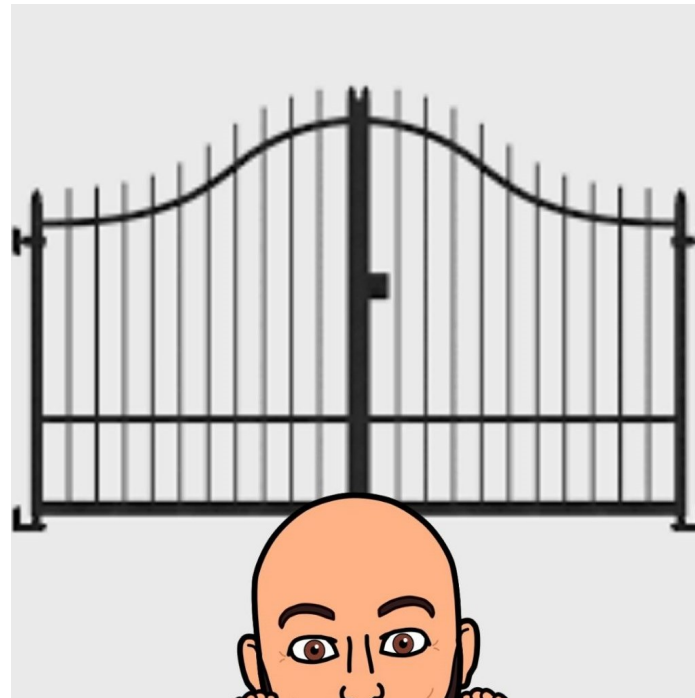
→ Sono quindi proprio le fibre che vengono stimulate dal trattamento fasciale!!



Dolore e lavoro fasciale

Come il lavoro fasciale interviene sulle percezioni di dolore del paziente?

Teoria del cancello (Gate Control Theory), Ronald Melzack / Patrick Wall



Dolore e lavoro fasciale

Secondo la teoria del cancello, se uno stimolo dolorifico e uno stimolo meccanico vengono trasmessi simultaneamente (ad esempio, se si picchia la testa e si strofina la parte lesa), la trasmissione dello stimolo dolorifico sarà attenuata per via dell'azione eccitatoria svolta dalla fibra $A\beta$ (che trasporta gli stimoli tattili) sull'interneurone encefalinergico (nel midollo spinale).

La teoria stabilisce che se prevale l'attività lungo le fibre di grosso calibro (cioè le $A\beta$), la percezione del dolore sarà minore, mentre se a prevalere sono le scariche delle fibre di piccolo calibro (cioè le $A\delta$ e le C), il dolore verrà percepito in maniera più acuta.

La trasmissione simultanea di uno stimolo dolorifico e di uno non dolorifico attenua la trasmissione dell'informazione dolorifica. Il dolore percepito, quindi, sarà ridotto.



Asse dello Stress

Il tipo di contatto esercitato dall'operatore ha una grande importanza nel modulare la percezione del dolore da parte del paziente oncologico.

Quando tocco una persona, invio un segnale che può essere stressogeno oppure di tranquillità.

Tutto inizia dalla pelle e poi ha una ripercussione a livello centrale.

Perche?



Asse dello stress

Asse dello stress principale del corpo:

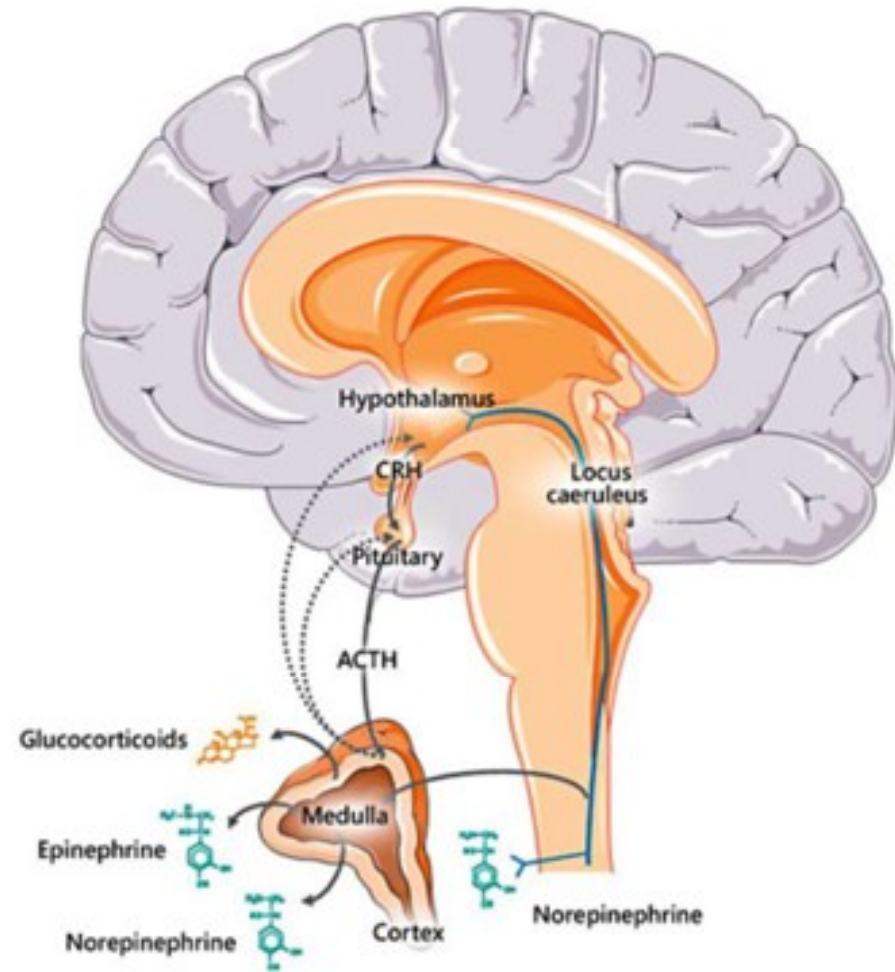
IPOPOTALAMO



IPIPOFISI



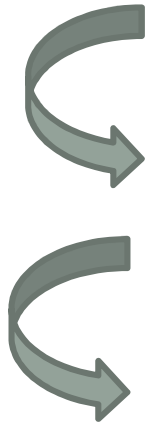
SURRENE



The stress system. Modified from Chrousos [12].



Asse dello stress



IPO TALAMO

ormone di rilascio della corticotropina (CRH)

IPO FISI

ormone adrenocorticotropo (ACTH)

SURRENE

Midollare



Adrenalina

Noradrenalina

Corticale



Cortisolo



Asse dello stress e pelle

A livello della pelle abbiamo lo stesso asse dello stress!!

→ Quindi la pelle quando riceve segnali stressogeni attiva il medesimo asse dello stress, e produce a livello locale le stesse sostanze prodotte a livello centrale!!

→ Inoltre la pelle deriva dall'**ectoderma** → foglietto embrionale all'origine della formazione del sistema nervoso



PELLE ↔ **SISTEMA NERVOSO** **connessione importante!!!**



Il nervo vago

Ogni forma di terapia manuale si è inoltre dimostrata capace di attivare il nervo vago.

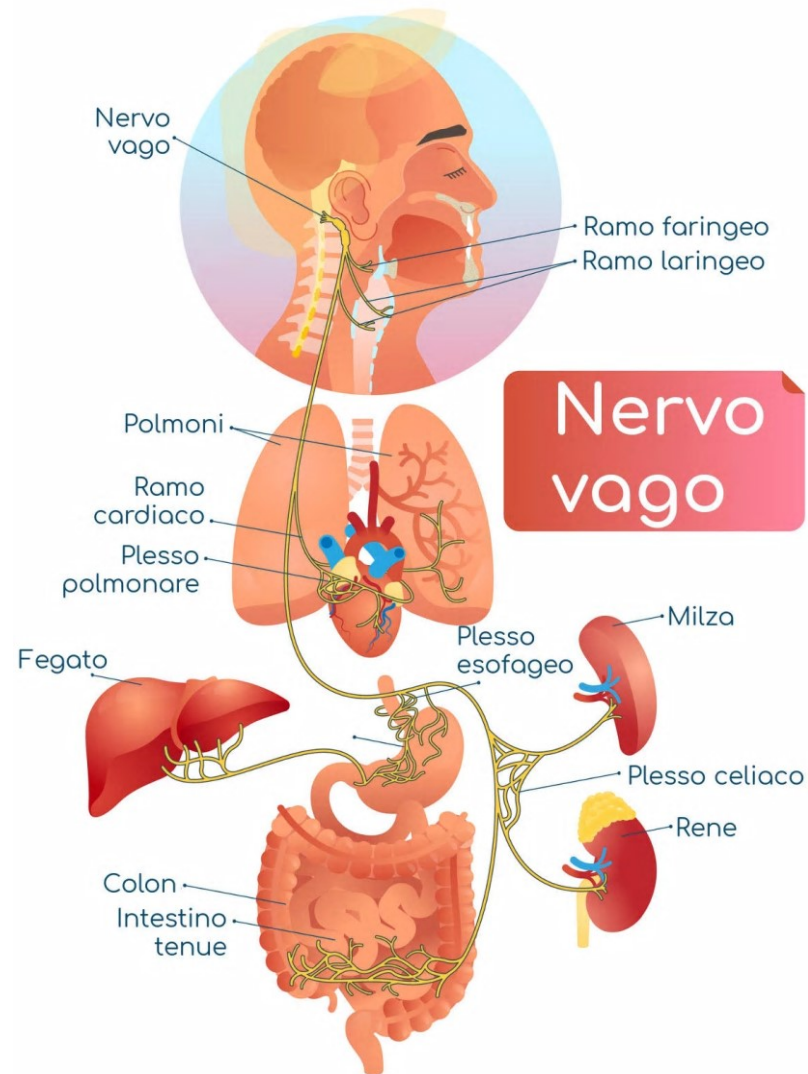
Il nervo vago è il principale ed il più lungo tra i nervi cranici.

Nei suoi due rami, destro e sinistro, controlla le funzioni parasimpatiche viscerali di cuore, polmoni e sistema digerente.

Controlla le funzioni motorie di laringe e faringe e porta al sistema nervoso centrale informazioni sensitive e gustative e informazioni sensitive generali dai visceri addominali e toracici.



Il nervo vago



Il nervo vago

Il nervo vago ha una potentissima **azione rilassante** sul sistema nervoso ed anche una efficace **azione antinfiammatoria** (riflesso antinfiammatorio vagale).

Lavorando la fascia con un tocco delicato stimoliamo quindi il nervo vago, il quale:

- favorisce tranquillità e socialità
- permette i processi di recupero
- aumenta la variabilità cardiaca (HRV), sostenendo il sistema cardiovascolare
- diminuisce l'infiammazione sistemica
- **riporta l'organismo ad una sensazione di benessere.**



Tatto e contatto

Ricordiamoci inoltre che....

- Il tatto è il primo senso che si forma nell'embrione
- La pelle è l'organo del sé, definisce il nostro confine e definisce la nostra identità
- Il contatto è un bisogno primario dell'essere umano la cui soddisfazione resta una necessità fondamentale per tutta la vita
- La stimolazione cutanea durante l'accudimento favorisce un sano sviluppo del sistema immunitario e locomotorio
- Il contatto nell'infanzia è fondamentale per garantire un sano sviluppo comportamentale, affettivo ed emotivo
- Il contatto delicato produce endorfine (calore, affetto, amore, amicizia, ecc.)
- L'assenza di contatto durante l'infanzia altera l'asse dello stress a livello centrale (emotività, nervosismo, ansia)



Il Tocco

Considerando gli aspetti di sensitizzazione, ipersensibilità ed esperienze corporee di dolore del paziente oncologico, è fondamentale che il TOCCO dell'operatore sia:

- **Leggero**
- **Delicato**
- **Stabile**
- **Presente**
- **Accogliente**

Il tocco delicato aiuta e sostiene il processo di cambiamento del paziente, attraverso il quale il paziente può riappropriarsi delle sue **percezioni corporee** e tornare ad essere consapevole di se stesso.



Il Tocco

Un tocco che rispetta dei **tempi** e delle **pause**, soprattutto nei pazienti con ipersensibilità e soglia del dolore alterata.

Un tocco che resta **sempre** sotto la soglia del dolore.

Un tocco delicato che riporta in equilibrio l'asse dello stress e diminuisce la percezione del dolore da parte del paziente.

Un tocco che rappresenti una esperienza di piacere del paziente con il proprio corpo e che concorra a creare la memoria di una esperienza di piacere.

Un tocco che riporta la fiducia nel paziente, e che soprattutto concorre a creare un senso di **fiducia tra paziente ed operatore**.

In questo senso è fondamentale l'**intenzione** con cui l'operatore esercita il contatto sul paziente.



Il Tocco

È fondamentale che l'operatore sia centrato e presente e focalizzi la sua attenzione nelle sue mani

➡ **Sentire con le mani e con le dita !!!**

Se devo spostare il tronco di un albero userò una certa forza, mentre se accarezzo un filo d'erba la mia pressione sarà infinitamente minore

Il tocco delicato è paradossalmente in grado di scendere molto più in profondità → arriva alla nostra parte più interna, la nostra parte bambina, più vera, spontanea e fragile

È molto importante per l'operatore lavorare sempre nella delicatezza e nell'accoglienza di questa parte dove si celano le emozioni più profonde e quindi potenzialmente più dolorose.



La fascia:

1. Cos'è
2. Dove si trova nel corpo
3. Funzioni
4. Fascia ed emozioni

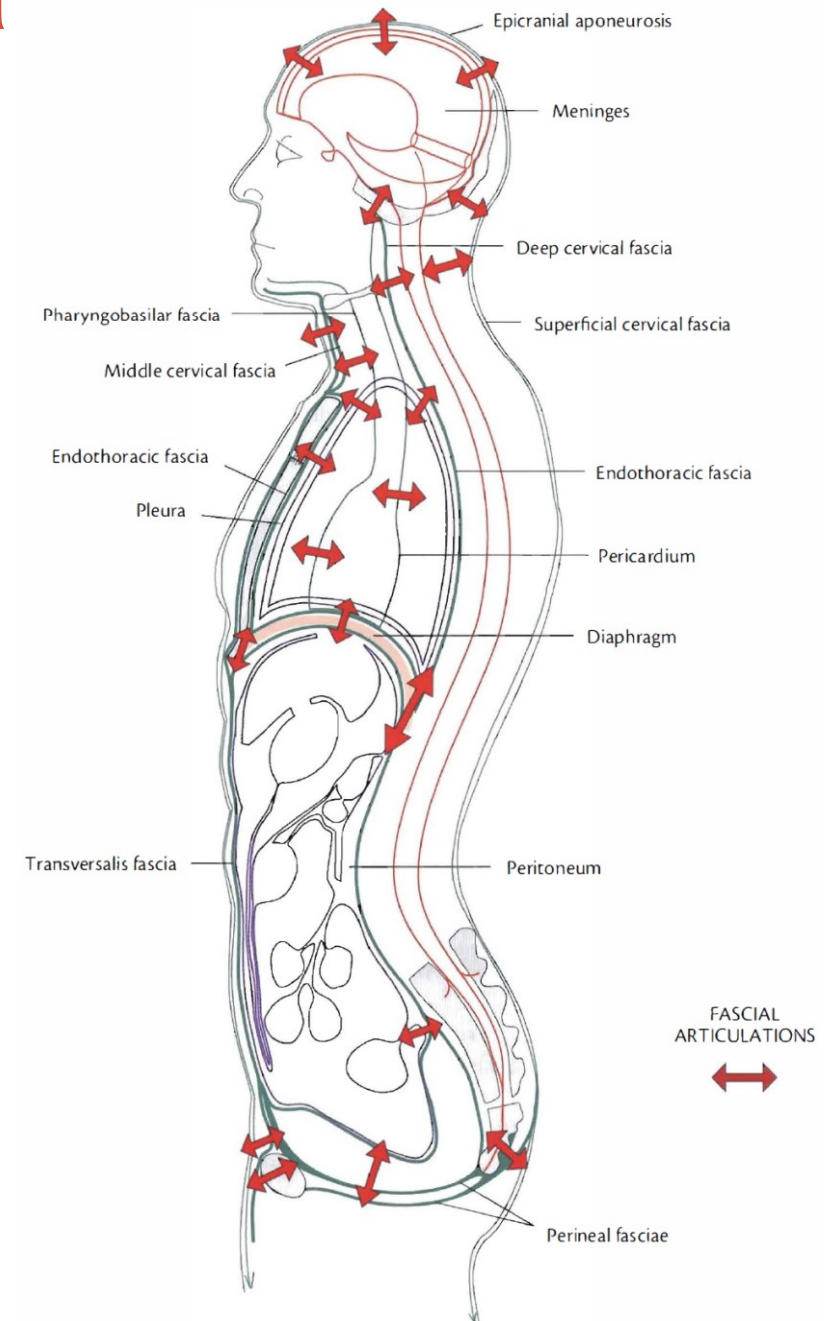


La fascia

La **fascia**, o tessuto connettivo proprio, avvolge **l'intero organismo** e si infiltra in ogni suo anatro.

Il tessuto connettivo è infatti l'ambiente in cui ogni cellula vive.

Ogni area di tessuto connettivo interagisce con tutti gli altri, creando una fittissima rete.



La fascia

La fascia è una struttura che riveste tutto il corpo.

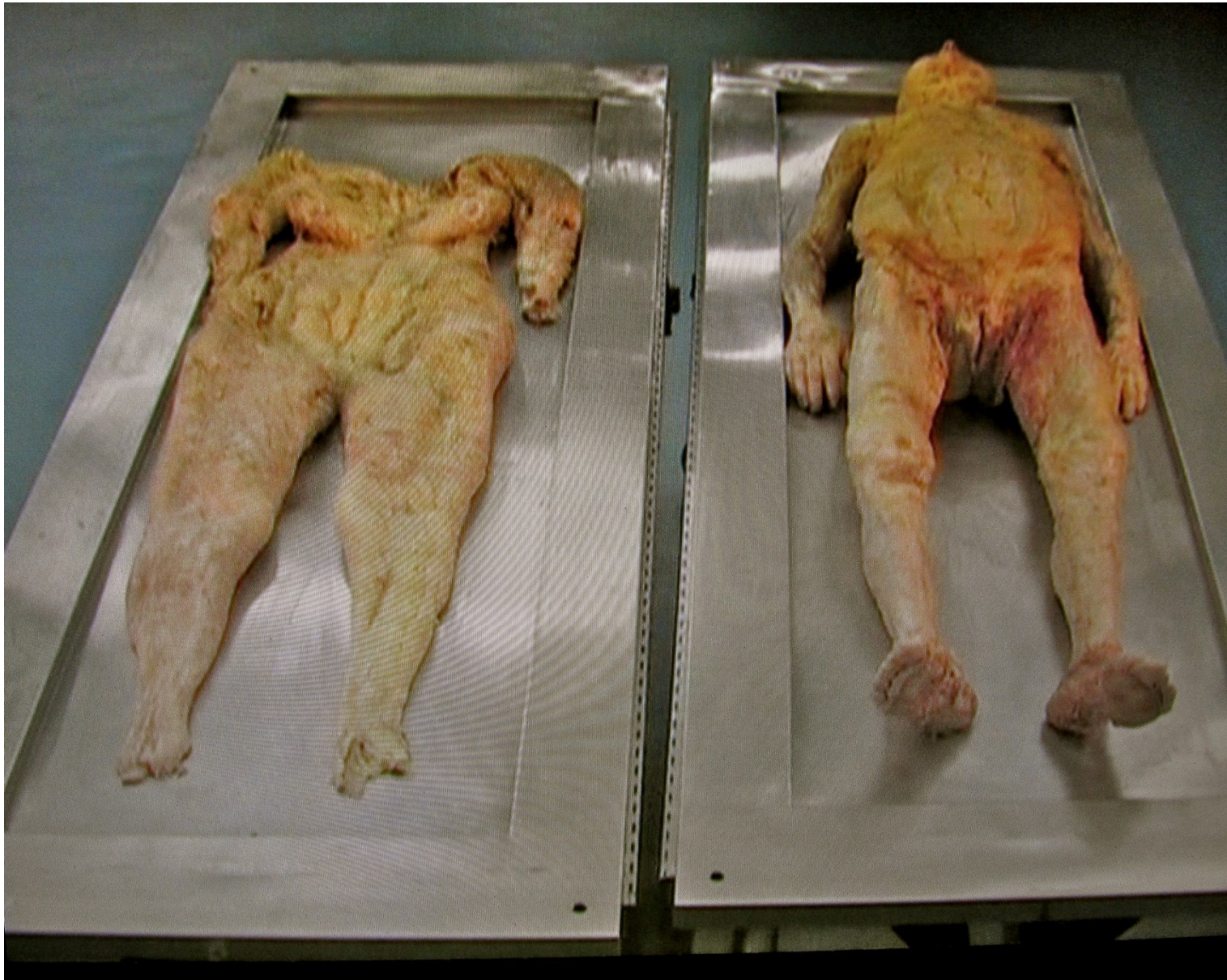
E' un network tensionale interconnesso costituito dal tessuto connettivo denso e lasso, da quello superficiale e da quello profondo, formato da uno o più strati.

Comprende quindi le capsule articolari, le capsule degli organi, legamenti, tendini, i tessuti connettivi morbidi come la fascia superficiale, le fasce muscolari (epi-, peri-, endomisio), la dura madre, il periostio, il perinervio, le strutture di avvolgimento dei vasi, lo strato fibroso dei dischi intervertebrali, il tessuto connettivo bronchiale e il mesentere.

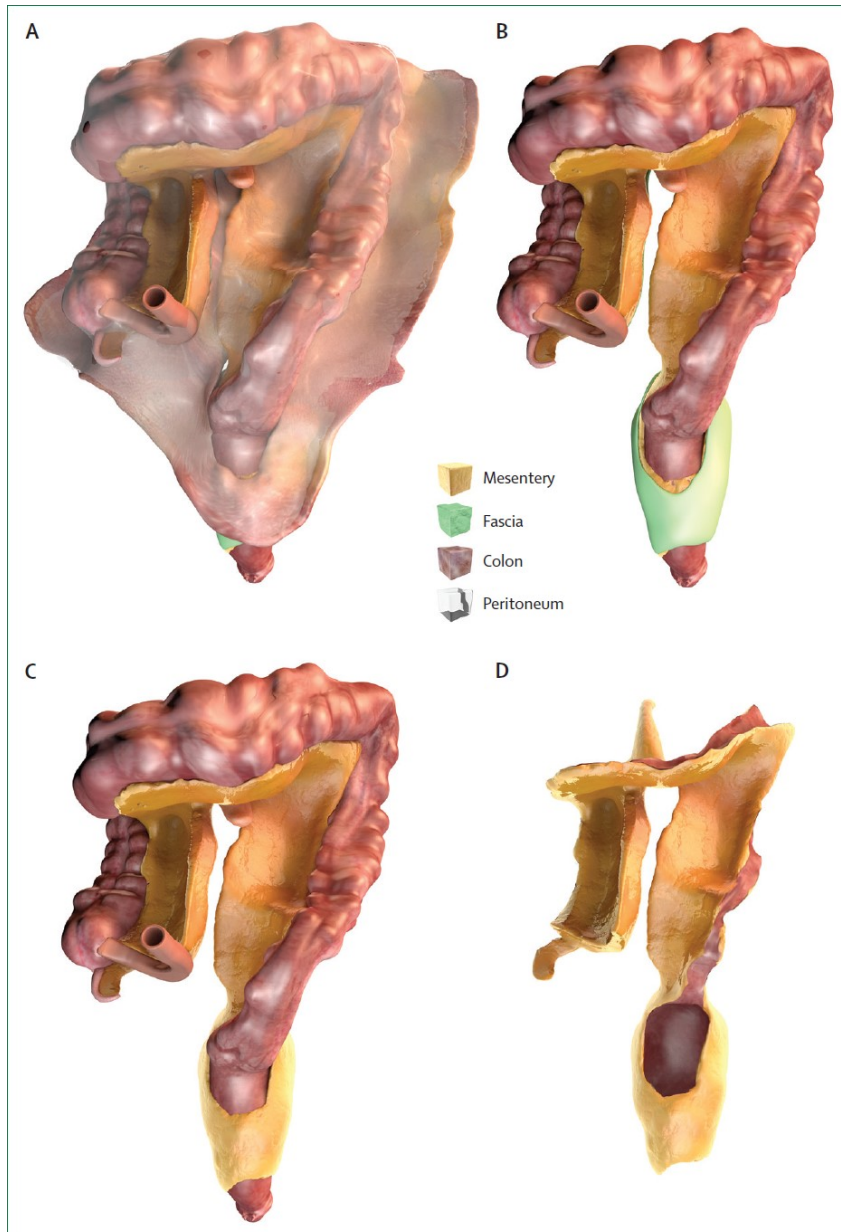
Ossa, cartilagine, sangue e linfa non ne fanno parte.



La fascia da fuori



La fascia da dentro



A: peritoneo, fascia, colon, mesentere.

B: fascia, colon, mesentere.

C: colon, mesentere.

D: mesentere.

Insomma, siamo più tessuto connettivo (peritoneo, fascia e mesentere) che altro!



La fascia

Cos'è esattamente il sistema miofasciale (o più comunemente fascia) e come funziona?

La fascia è un'**unica entità**, con la medesima origine embriologica; le nostre strutture corporee sono avvolte da tessuto connettivo, fascia appunto, creando una struttura continua con forma e funzione differenti per ogni tessuto e organo. **La fascia è distribuita attraverso tutto il corpo**, a diversi piani creando una matrice metabolica e meccanica. Ogni tessuto è in continuità con l'altro tramite matrice extracellulare.

Esistono 4 tipi di fascia:

- **Superficiale:** immediatamente sotto la pelle, sulle regioni del corpo esclusi gli orifizi.
- **Assiale:** fascia profonda o muscolare, si trova sugli arti e riveste articolazioni, muscoli, legamenti, tendini, epimisio, periostio, peritenonio.



La fascia

- **Meningea:** intorno al sistema nervoso centrale (lo sostiene e lo protegge) e al sistema nervoso periferico; composta da dura madre, aracnoide e pia madre. Struttura encefalica (avvolge l'encefalo collegandolo alla scatola cranica) e spinale (collegano il midollo spinale al rachide).
- **Viscerale:** dalla base del cranio fino alla cavità pelvica inglobando organi, sistema vascolare e linfatico.

Il sistema fasciale permette il massimo dell'adattamento in tutte le direzioni, riprendendo il concetto di **biotensegrità** basato sulla presenza di alternati elementi in compressione (le ossa) che bilanciano lo stress in distrazione generato e ricevuto da elementi in continuità (muscoli e fascia).

Questo sistema permette un costante adattamento della fascia ai cambiamenti e una qualsiasi riduzione di questa abilità può potenzialmente portare a una condizione patologica.



La fascia

La forma del tessuto fasciale è dato dal rapporto tra carichi di compressione e tensione a cui essa viene sottoposta. Ne consegue che la forma della fascia può quindi modificarsi nel corso della vita in base alle forze esercitate su una determinata parte del corpo. In caso di traumi e patologie, la fascia crea adattamenti che ostacolano il funzionamento naturale ed efficiente di vari sistemi del nostro corpo. Per trauma non si intende solo la conseguenza di una caduta, ma anche un cambiamento posturale dovuto a posture viziate o attività giornaliere che provocano microtraumi ripetuti senza che la persona se ne accorga. Anche un'immobilizzazione prolungata in seguito ad un gesso o ad una malattia cronica possono provocare una perdita di elasticità e flessibilità del sistema fasciale.

Dal punto di vista strutturale, le fasce avvolgono tutte le componenti somatiche del corpo per proteggerle e forniscono dei condotti per il passaggio dei nervi, dei vasi sanguigni e linfatici in modo che si possano diffondere nell'organismo senza il rischio di lesionarsi.



La fascia

Una variazione di densità del tessuto, dovuta per esempio a un trauma, una cicatrice o un'inflammatione locale , può alterare le funzioni dei nervi e la circolazione dei liquidi, con conseguente compromissione degli scambi metabolici cellulari.

L'ampia distribuzione fasciale, il suo ruolo meccanico e l'abilità dei fibroblasti (cellule del tessuto connettivo) di comunicare tramite le giunzioni tra le cellule, fanno sì che la fascia sia in grado di formare un **ampio sistema corporeo di segnalazione meccano-sensibile analogo al sistema nervoso**.

Il sistema miofasciale presenta una **diversificata e diffusa innervazione**, con terminazioni nervose talmente estese che considerando il numero totale dei recettori della fascia alcuni autori la comparano alla sensibilità di una retina, rendendo il continuum fasciale il sistema sensoriale più ricco, con recettori assegnati alle funzioni di **propriocezione** (posizione di sé e delle parti del corpo), **nocicezione** (percezione del dolore) e **interocezione**.



La fascia

Quest'ultimo riguarda il sistema autonomo e i sistemi che mantengono l'equilibrio (omeostasi) corporeo e può quindi modulare la rappresentazione esterna del corpo e quindi di conseguenza una possibile distorsione anche della propria immagine corporea influenzando l'emotività o la percezione del dolore.

È quindi fondamentale considerare che quando si va a trattare il muscolo e la fascia non si sta effettuando un lavoro esclusivamente locale ma si stanno dando stimolazioni anche alle aree emotive del cervello.

Ne conseguirà che le tecniche miofasciali sono in grado di agire localmente per quanto riguarda la risposta del corpo con un aumento locale del flusso sanguigno ed idratazione, ma anche **globalmente** andando ad agire su **parametri potenzialmente emotivi**.



La fascia

Allo stesso modo emerge come una prolungata tensione miofasciale durante la giornata e le attività può modificare la condizione emozionale della persona (diversi studi sulla fibromialgia lo dimostrano).

È possibile inoltre supporre che anche un'allodinia (sensazione errata e di solito fastidiosa di una percezione tattile) possa essere legata a una non corretta afferenza miofasciale, portando ad una condizione fisica ed emozionale patologica.

Poiché la fascia è distribuita su tutto il corpo va da sé che una disfunzione miofasciale può comportare anche un'alterazione della postura e dell'umore.



Valore del lavoro fasciale

Considerato che:

- Le esperienze tattili, producendo dolore o piacere, attraverso l'attivazione di varie aree cerebrali, possono creare una memoria (di dolore o di piacere);
- Il tocco è in grado di alterare o equilibrare un importante parametro di attivazione fisiologica ed emotiva quale dell'asse dello stress;
- La stimolazione tattile leggera e delicata può ridurre la percezione del dolore nel paziente;
- Il tocco delicato ha una valenza emotiva importante, poiché richiama le esperienze di accudimento vissute nell'infanzia;
- La fascia è presente in tutto l'organismo ed interagisce con tutti gli altri tessuti nel corpo;
- La fascia è ricca di recettori che ricevono/trasportano segnali di propriocezione, nocicezione ed interocezione;
- Ciascun tessuto, sistema, apparato, organo nel corpo si fa quindi già portatore di memorie vissute ed interiorizzate dal paziente;



Valore del lavoro fasciale



Attraverso il lavoro sulla fascia possiamo:

- Portare informazioni nel corpo a **tutti i livelli**, in tutti i tessuti, in tutti gli organi, in tutti i sistemi, fin nelle aree cerebrali;
- Conoscere e rendere il paziente consapevole dei suoi stessi **schemi corporei** (già interiorizzati), ed oltre agli schemi corporei anche quelli **posturali, cognitivi, emotivi, relazionali** → perché tutti i sistemi sono connessi nel nostro corpo;
- Introdurre nuovi stimoli per accompagnare il paziente in una **esperienza trasformativa** con se stesso a tutti i livelli citati sopra.

Vi sembra poco ??!!??



La fascia e le emozioni

L'aspetto più interessante che riguarda la fascia è la sua relazione con le nostre **emozioni**.

Infatti la risposta fisica alle emozioni **si realizza attraverso il tessuto connettivo** e la fascia può essere chiamata *“il corpo delle emozioni”*.

Esiste una **memoria cellulare** che non dimentica i traumi fisici e psichici subiti, e che si può manifestare attraverso una serie di **adattamenti fasciali** impedendo un normale funzionamento di tutti i sistemi del corpo.

La fascia è la struttura che permette una **connessione diretta tra le reazioni emozionali e la parte strettamente fisica**.



La fascia e le emozioni

Nel corpo umano sono registrati tutti i ricordi. Il corpo di una persona, infatti, ricorda tutto quello che ha vissuto, registrandolo in una sorta di “**cassetta dei ricordi**”.

Ogni esperienza di vissuto, in particolare quelle più intense e dolorose o non elaborate restano nel nostro corpo, congelate nei nostri muscoli, attraverso le **contratture muscolari**.

Il nostro corpo funziona attraverso un principio di **espansione e contrazione**. Nella fase di **espansione** accade che:

- ✓ Mi rilasso, rilascio le tensioni muscolari;
- ✓ Sento l'energia che si muove nel corpo;
- ✓ Mi sento rivitalizzata;
- ✓ Sono connessa con il mio corpo e lo percepisco.



La fascia e le emozioni

Nella fase di **contrazione** invece mi irrigidisco, mi contraggo → per difendermi!

Contrarre la muscolatura mi serve infatti per ***non sentire (il dolore o un'emozione intensa)***

Sulla base delle esperienze che viviamo già a partire dall'infanzia il nostro corpo organizza infatti una sorta di “**armatura**”, caratteriale e muscolare, una sorta di corazza che serve come difesa.

Nel breve periodo questa armatura è funzionale poiché aiuta ad affrontare emozioni forti o dolorose, ma nel lungo periodo può diventare disfunzionale, in quanto si può ***cristallizzare*** nel corpo, nei nostri muscoli, sottoforma di contratture.



La fascia e le emozioni

Possiamo quindi dire che il nostro corpo racconta la **nostra storia**, e le nostre contratture contengono già la loro origine e la loro causa.

La nostra stessa **postura**, quindi, non è casuale o dettata esclusivamente da abitudini posturali assunte nel quotidiano.

Il nostro corpo si struttura in base alle nostre esperienze di vita, rispondendo con uno specifico assetto strutturale, al quale corrisponde un determinato assetto emotivo.

Nel momento in cui il paziente oncologico vive dei momenti di stress particolarmente intenso (es. il momento della diagnosi, o l'affrontare un intervento chirurgico oppure la terapia), sul piano psico-emotivo la persona affronta e conduce la sua battaglia **tendendo il corpo**, in un certo senso per poter accogliere le conseguenze senza crollare.

L'area nella quale si esprime la maggiore tensione muscolare è generalmente in relazione con il tipo di emozione provata.



La fascia e le emozioni

Ogni tensione muscolare, inoltre, nel momento in cui diventa cronica, rappresenta essa stessa una costrizione per l'organismo.

Tali costrizioni se protratte nel tempo possono arrivare a deformare la fascia e costituiscono quindi esse stesse un forte stress per l'organismo.



→ Quindi ogni volta che lavoriamo sul corpo di un paziente:

- ❖ ***Siamo testimoni della sua storia attraverso il suo stesso corpo;***
- ❖ ***Attraverso il lavoro sulla fascia, possiamo letteralmente “mettere le mani” nelle sue emozioni;***
- ❖ ***Data l'innervazione ed i recettori presenti nella fascia, trattando con delicatezza, presenza, ascolto e rispetto le aree contratte possiamo inviare un segnale di sicurezza in tutto il corpo, che possa concorrere a creare una nuova “memoria” di piacere e sostenga nel paziente un processo di ricostruzione anche dell'assetto emotivo.***



Preparazione al trattamento

1. Accoglienza
2. Preparazione dell'operatore
3. Osservazione, ascolto e comunicazione con il paziente



Prima del trattamento: Accoglienza

La fase dell'accoglienza riveste una grande importanza.

L'impatto che il paziente avrà con l'operatore porrà già la base per una **relazione di ascolto e fiducia** tra le due parti, fondamentale affinché il paziente possa rilassarsi, sentirsi sicuro ed a proprio agio nel ricevere il trattamento.

E' importante come prima cosa che il paziente percepisca segnali di sicurezza dall'ambiente. Solo così potrà concedersi di affidarsi veramente alle mani dell'operatore.

In caso di evidenze di pericolo → attivazione asse dello stress → a livello biochimico e fisiologico il cortisolo prepara la muscolatura ad attivarsi per un eventuale attacco/fuga → stato di allerta e non di rilassamento!!



Accoglienza

A questo scopo è importante predisporre uno **spazio il più possibile tranquillo ed accogliente**, all'interno del quale il paziente abbia la percezione di poter disporre di una sua **privacy**.

Teniamo a mente che, in particolar modo se si tratta del primo incontro con un paziente, potrebbe essere una buona cosa accoglierlo con un sorriso, riservargli piccole attenzioni ed avere un **atteggiamento disponibile ed accudente, di ascolto e non giudicante**.

→ **Approccio gentile, che faccia sentire il paziente accolto, considerato, ascoltato.**



Prima del trattamento: preparazione dell'operatore

Perché il paziente possa stabilire una relazione di fiducia con l'operatore, è necessario e fondamentale che quest'ultimo possa garantire principalmente una cosa: la **presenza**.

Per presenza si intende:

- **l'essere lì con il paziente e per il paziente**
- la mente sgombra da altri pensieri e concentrata sulla persona e sul trattamento
- in ascolto profondo prima di tutto di se stessa e poi di ciò che il paziente porta nel trattamento attraverso il suo corpo.



Preparazione dell'operatore

Per poter entrare nell'altro è necessario che **l'operatore entri prima di tutto in se stesso:**

- che sia connesso con il proprio corpo
- che sappia raccogliere e consapevolizzare le percezioni che provengono prima di tutto dal suo stesso corpo
- che sia disponibile ad accogliere i segnali di tensione, rigidità o scomodità che il proprio corpo comunica.

Prima di iniziare il trattamento provate a: fermarvi, chiudere gli occhi, concentrarvi sul vostro corpo, entrare nel vostro respiro, ascoltare le vostre tensioni, rilasciare le spalle, portare l'attenzione nelle vostre mani.

➡ *È consigliato in questa fase eseguire gli esercizi di respirazione, di rilassamento di spalle e braccia e di grounding proposti nella sezione pratica dei tutorial.*



Preparazione dell'operatore

Solo quando vi sentite pronte, predisponetevi ad iniziare il trattamento.

Ricordate che:

- *la vostra comodità è la comodità del paziente*
- *la libertà che l'operatore concede a se stesso è la libertà che il paziente si potrà concedere durante il trattamento.*

Le mani trasmettono segnali ogni qualvolta si posano sul corpo; se l'operatore è teso o scomodo, questo segnale viene percepito a qualche livello anche dal paziente.

→ Se vi sentite scomode nell'eseguire qualche manualità, concedetevi prima di tutto di sentire questa scomodità, fermatevi un istante, rilassate un istante la parte del corpo dove sentite tensione, cambiate la postura con la quale eseguite la manualità e riprendete il trattamento.



Preparazione dell'operatore

Se voi per prime permettete a voi stesse di ascoltarvi, solo allora il paziente potrà fare la stessa cosa con se stesso.

Questo significa che potrà sentirsi libero eventualmente di potervi comunicare durante il trattamento eventuali sensazioni, percezioni, disagi o scomodità.

Per poter ascoltare ed entrare nell'altro, è necessario prima di tutto che ascoltiate ed entriate in voi stesse.

→ È possibile allenare questa capacità – gli esercizi proposti nella sezione pratica dei tutorial hanno esattamente questa finalità.



Preparazione dell'operatore

....ed è anche una questione di **cuore...**

Il cuore ha infatti un piccolo e proprio cervello formato da circa 40.000 cellule nervose e da esso viene emanato il più ampio CEM (Campo Elettromagnetico) del corpo.

Il campo elettrico del cuore, che viene misurato dall'elettrocardiogramma (EGC) è all'incirca **60 volte** più grande in ampiezza di quello generato dalle onde cerebrali, dei due cervelli nella testa, registrate da un elettroencefalogramma (EEG).

Vari studi di fisica quantistica hanno dimostrato che il campo elettromagnetico emesso dal cuore dell'operatore può trasmettere dei segnali e alterare persino l'elettroencefalogramma del paziente!



Prima del trattamento: Osservazione ed ascolto del paziente

Abbiamo detto in precedenza che il corpo racconta la nostra storia.

Il corpo è dunque il primo elemento che possiamo osservare e che può darci informazioni utili per accogliere al meglio il nostro paziente.

Possiamo comprendere molto della sua storia e del suo assetto emotivo già a partire dalla sola osservazione del suo corpo.



Osservazione ed ascolto del paziente

Cosa può esserci utile osservare in un paziente:

- La postura del suo capo, l'espressione ed il colorito del suo viso → appare già contratto in viso, oppure sembra rilassato?
- L'espressione degli occhi → sono strizzati e contratti o sono guardinghi?
- Gli occhi riescono a sostenere il nostro sguardo oppure tendono a schizzare via verso aree emotivamente "neutre" come soffitto o pavimento?
- Mascella e labbra → c'è tensione nella mascella e le labbra sono serrate?
- Postura delle spalle, le braccia e gli arti → le spalle sono ricurve ed in chiusura, in segno di protezione?
- Come si muove, come si siede e come gestisce lo spazio intorno a sé → si siede e si rilassa, oppure sta sempre rigido e si muove in continuazione?



Osservazione ed ascolto del paziente

- Le sue mani sono fredde? → è un segno di simpaticotonia = attivazione di allerta del sistema nervoso autonomo ortosimpatico
- Le mani tendono a richiudersi a pugno? → può essere indice di rabbia
- Il petto ed il torace → il petto è mantenuto un in atteggiamento inspiratorio (gonfiato) oppure si richiude su se stesso?
- Schiena → tiene la schiena eretta e rigida?
- Come è vestito → ha dedicato del tempo alla cura di se stesso?
- Ciò che dice, come si esprime, che linguaggio usa, tono di voce e velocità del parlato → ha difficoltà a parlare di sé? ha difficoltà a chiedere?



Osservazione ed ascolto del paziente

E' sempre importante osservare e prendere nota di questi dettagli in maniera discreta ed ovviamente in assenza di ogni tipo di giudizio.

E' utile anche prendere nota mentalmente di quanto emerge da una prima osservazione del paziente, in modo da poter eventualmente verificare la sua postura anche dopo l'esecuzione del trattamento, quando il paziente si alza dal lettino.

A questo riguardo tenete sempre presente che il trattamento è sempre un coinvolgimento di due parti, paziente e operatore. Il fatto che al termine del trattamento nella postura del paziente non ci siano cambiamenti evidenti non significa che non è stato svolto un buon lavoro durante il trattamento.



Osservazione ed ascolto del paziente

Abbiamo infatti visto già in precedenza quanto il lavoro fasciale vada ad incidere sull'aspetto emotivo.

Da una parte è vero che per essere facilitato nel rilascio della tensione il paziente ha bisogno di ricevere sicurezza e presenza dall'operatore, ma dall'altra la gestione dell'assetto emotivo del paziente è sempre e comunque di competenza del paziente stesso. Sarà il paziente a “decidere” intimamente se e quando poter “mollare” la tensione.



Sempre valido, prima, durante e dopo il trattamento:

L'estetista oncologica non si occupa e non si fa carico di un percorso terapeutico nei confronti del paziente.

È in ogni caso pur sempre vero che in ogni situazione, ed a maggior ragione in caso di persone con una storia di malattia e di sofferenza, una parola può fare la differenza.

Quindi la modalità, l'atteggiamento, l'intenzione, il linguaggio, il tono di voce con cui ci rivolgiamo al nostro paziente hanno una implicazione emotiva importante.



Le barriere alla comunicazione

Spesso quando una persona di fronte a noi ha un problema ci viene spontaneo “parlarle” e per lo più, proprio parlandole, finiamo per evidenziare ulteriori difetti, errori o mancanze da questa commesse.

Sovente esprimiamo giudizi con il risultato che il nostro interlocutore si chiude ancora di più in se stesso, si sente incompreso, peggiora l'immagine di sé e la relazione con noi.

Senza volerlo vengono commessi degli errori che peggiorano la comunicazione con l'altro.

Nonostante le buone intenzioni, spesso questi tentativi finiscono per creare malintesi e disagi, bloccando la comunicazione spontanea.

Questi tentativi vengono definiti **barriere alla comunicazione**.



Le barriere alla comunicazione

Si tratta di:

1. dare ordini, comandare, dirigere (“questo non devi più farlo!”)
2. minacciare, ammonire, mettere in guardia (“certo che se continui a non otterrai grandi risultati”)
3. moralizzare, far prediche (“la vita è breve, goditela fin che puoi”)
4. offrire soluzioni, consigli, avvertimenti (“al posto tuo io farei tutt’altro..”)
5. argomentare, persuadere con la logica (“quel che mi stai dicendo non può essere vero”)
6. giudicare, criticare, biasimare, condannare (“sono sicuro che potresti fare di meglio!”)
7. fare apprezzamenti, manifestare compiacimento, elogiare, assecondare (“bravo, continua su questa strada!”)
8. ridicolizzare, prendere in giro, etichettare, usare frasi fatte (“ma dai, non puoi soffrire davvero per così poco!”)



Le barriere alla comunicazione

9. interpretare, analizzare, diagnosticare (“caschi sempre nello stesso errore...”)
10. rassicurare, consolare (“tranquillo, vedrai che tutto si sistemerà”)
11. indagare, investigare; interrogare, inquisire (“dai, dimmi qualcosa in più...”)
12. cambiare argomento, minimizzare, ironizzare, fare del sarcasmo (“perché non mi parli invece delle cose che stanno andando bene? Non posso credere che ti interessino solo i tuoi malanni!”)



Ascoltare e comunicare

Comunicare efficacemente significa, in primo luogo, **saper ascoltare il messaggio del nostro interlocutore**.....sembra una cosa ovvia, ma non lo è affatto.

- ❖ **Ascolto passivo** – la comunicazione della predisposizione all’ascolto e dell’interesse nei confronti del messaggio dell’interlocutore avviene con il silenzio.
- ❖ **Accoglimento** – la comunicazione verbale e non verbale aiuta a completare il messaggio inviato nella prima fase. Cenni del capo, guardare negli occhi l’interlocutore sono gesti altrettanto importanti che frasi volte a sottolineare il fatto che la comunicazione ha raggiunto il destinatario.



Ascoltare e comunicare

- ❖ **Approfondimento** – è la fase nella quale l'ascoltatore raccoglie tutte le informazioni per comprendere appieno l'argomento dell'interlocutore. “Puoi specificare meglio questo aspetto?” oppure “Cosa intendi, quando parli di...”: frasi tipiche dell'approfondimento che definiscono la disposizione alla piena comprensione della posizione dell'interlocutore.
- ❖ **Ascolto attivo** – l'ultimo step che attesta la piena assimilazione del messaggio da parte dell'ascoltatore, attraverso la riproposizione all'interlocutore della comunicazione con parole proprie. Questa fase è fondamentale per porre l'ascoltatore nei panni dell'interlocutore, per creare empatia. Anche in questa fase è fondamentale che l'ascoltatore non formuli giudizi su quanto comunicato



Conclusioni



- ❖ Quando lavoriamo su un corpo, stiamo in realtà lavorando su un piano molto più ampio.
- ❖ ***Noi siamo il nostro corpo***, perché il nostro corpo ci dice e dice al mondo chi siamo, si fa portavoce della nostra storia, del nostro modo di comportarci, di affrontare le situazioni della vita, il nostro modo di pensare e di “stare” nel mondo.
- ❖ Sul lettino sotto le nostre mani non abbiamo solo un corpo, ma una ***persona***, che è fatta di un corpo fisico e di una psiche, di una parte emotiva, di percezioni e di un vissuto.
- ❖ Il lavoro sul corpo può influire in maniera consistente sull'***emotività*** della persona proprio perché ci sono dei processi fisiologici ben precisi che collegano il tatto al cervello, ad una attivazione nervosa, alla memoria, ai ricordi ed al nostro passato.



- ❖ Se il tatto ha un impatto così forte su tanti parametri fisiologici ed emotivi, capiamo come il lavoro sulla fascia possa inviare tanti messaggi/segnali/input al paziente e può essere una base per il paziente dalla quale partire per ricostruire una propria dimensione di **identità** e di **benessere** = recuperare lo “stare bene con se stessi”.
- ❖ Il nostro tocco delicato, il nostro approccio gentile, accogliente e centrato sulla persona possono in fin dei conti fare moltissimo per il paziente → se siamo **operatori “presenti”**, centrati e stabili, allora possiamo fare la cosa più importante per il paziente: ridargli umanità, riportarlo nel bello, nel piacere e nel benessere, ridonargli una **dimensione di umanità**.



A cura di:

Chiara Lomazzi

Tel. 3474023568

Email: chiara_lomazzi@yahoo.it

<https://bit.ly/chiara-lomazzi>

