

STRAIN-COUNTERSTRAIN

La teoria originale del Dr. Jones D.O.

Quaderni di osteopatia a cura del

Dott. Prof. Franco Migliozi D.O., Padova 1989-2013

La forma più recente di manipolazione osteopatica è il counterstrain. E' divenuto popolare negli anni Settanta e il numero di coloro che lo praticano è in costante aumento. Il dottor Lawrence H. Jones DO, asserisce che questo metodo:

1. "Allevia il dolore rachideo o delle articolazioni degli arti, ponendo l'articolazione passivamente nella posizione di suo massimo comfort".
2. "Allevia il dolore attraverso la riduzione e l'arresto della continuata attività propriocettiva inappropriata.

A questo scopo, il muscolo che contiene il fuso muscolare malfunzionante viene accorciato marcatamente tramite l'applicazione di un leggero strain al suo antagonista". La teoria del counterstrain si basa sul principio che la disfunzione somatica presenti sempre una componente neuromuscolare.

MECCANISMO LESIONALE DEL COUNTERSTRAIN

In caso di trauma o sforzo muscolare contro un improvviso cambiamento di resistenza o di strain muscolare verificatosi contrastando la forza di gravità (es. piegamento in avanti) per un periodo di tempo, il muscolo di una data articolazione è in strain e il suo antagonista è iper-accorciato. Quando il muscolo accorciato viene improvvisamente allungato, i recettori anulo-spinali di quel muscolo sono stimolati, e provocano una contrazione di riflesso del muscolo già accorciato. A questo punto i propriocettori nel muscolo corto inviano impulsi, come se il muscolo accorciato fosse allungato. Dal momento che questa reazione propriocettiva inappropriata può essere mantenuta all'infinito, può dare luogo alla disfunzione somatica. L'articolazione risulta ristretta all'interno del suo range di movimento fisiologico, non raggiunge quindi il range completo di movimento per via del muscolo accorciato. Si tratta quindi di un processo attivo e non di un danno statico come viene spesso attribuito allo strain muscolare.

Nel counterstrain, la diagnosi viene effettuata testando i "tender points" attivi: ognuna delle articolazioni coinvolte ha i suoi tender-points specifici, anteriori o posteriori. Il punto può trovarsi nel muscolo accorciato o in un'area limitrofa con la quale è messo in relazione attraverso i riflessi. Ha più o meno la dimensione di una moneta, e può essere palpato distintamente come cambiamento tissutale - è un'area leggermente fibrotica. E' sensibile ad una quantità di pressione che in genere non provocherebbe alcun dolore.

Alcuni tender points sono stati correlati ai trigger points (punti di Travell) o ai punti dell'agopuntura; ci sono infatti delle analogie per quanto riguarda la loro distribuzione. La tecnica di trattamento è posizionale.

Secondo Jones il posizionamento dell'articolazione nella posizione esattamente opposta a quella che provoca dolore, allevierà il dolore e ridurrà la disfunzione. Nel trattamento, quindi, l'articolazione viene posizionata in maniera tale che la pressione mantenuta sul tender-point non provochi più irritazione. L'osteopata può essere in grado di palpare un ammorbidimento dei tessuti. Per posizionare l'articolazione, l'osteopata effettua in primo luogo un riposizionamento che si avvicini alla posizione di comfort, e poi lo perfeziona. Per esempio, il punto può richiedere flessione per ridurre il grado di dolore, e poi una leggera rotazione o lateroflessione per rimuovere l'irritazione rimanente. Jones fa riferimento a questa posizione finale come al "punto mobile". La posizione viene mantenuta per 90 secondi, la quantità di tempo richiesta perché i messaggi propriocettivi diminuiscano in sequenza e ampiezza.

Il passo successivo è molto importante: l'articolazione va riportata *lentamente* alla sua posizione neutra. Questa procedura impedisce il perpetuarsi degli stimoli propriocettivi inappropriati. Il paziente va avvisato che può insorgere indolenzimento muscolare per qualche giorno, ma il muscolo ritornerà velocemente al suo stato normale in quanto non si tratta di un peggioramento della disfunzione somatica.

Il trattamento counterstrain è estremamente efficace ed è un trattamento non traumatico. E' particolarmente indicato per i pazienti più anziani, per quelli che si trovano in ospedale, e per tutti coloro che necessitano un trattamento dolce. I pazienti che hanno avuto esperienza di stiramento acuto reagiscono in maniera ottimale a questo metodo.

CONCETTI BASE

- Origine del counterstrain e perché viene utilizzato questo termine
- Significato di "rilascio spontaneo attraverso il posizionamento"
- Natura dello strain
- Sequenza di trattamento per l'applicazione del counterstrain
- Importanza dei tenderpoint nell'applicazione del counterstrain, come trovarli ed utilizzarli
- Come stabilire una scala in base ai gradi di intensità di irritazione che il paziente presenta
- Come trovare la posizione di comfort ottimale quando trattiamo con il counterstrain
- Come si può ridurre il dolore dei tenderpoint mettendo il paziente in una determinata posizione;
- Tre scopi del feedback da parte del paziente riguardo ai tenderpoints
- Come trattare il "maverick" quando presente
- Per quanto tempo va mantenuta la posizione di comfort,
- Enfasi sull'importanza di riportare il paziente alla posizione neutra di partenza
- Importanza di ritestare il tenderpoint,
- Le motivazioni per cui potrebbe non diminuire l'irritazione del punto;

- Caratteristiche del tenderpoint quando è dovuto ad un riflesso viscerosomatico
- Quali sono i benefici clinici nel trattare con la tecnica counterstrain;
- Abilità di scelta nell'applicazione della tecnica counterstrain.

STRAIN E COUNTERSTRAIN - TECNICHE MIOTENSIVE DI TRATTAMENTO DEL DOLORE REUMATICO E TENDER POINTS

PRESENTAZIONE

"Ciò che ti sconfigge non è quel che non sai, ma quello che sai e non è ciò che pensi".

Come terapeuti nel trattare il dolore reumatico, un fatto emerge chiaramente: il dolore diviene più acuto in alcune posizioni rispetto ad altre, ma nessuno prima di Lawrence Jones, D.O., F.A.A.O. aveva concepito l'idea di usare posizioni per il trattamento del dolore, se non quelle spontanee adottate dal paziente per diminuire la sofferenza; forse avevamo perso l'interesse nel ricercare una tale metodica perché credevamo che riportando il paziente alla posizione normale, il dolore sarebbe ricomparso immediatamente.

Jones disse: "Ho trattato pazienti per diciannove anni senza prestare interesse alle posizioni di maggiore o minor dolore fino a quando non fui colpito dal fatto che il dolore la tensione di quei pazienti che trattai erano evidentemente influenzati da stiramento dei muscoli nelle aree coinvolte che variavano dalla sofferenza estrema delle posizioni più dolorose al comfort assoluto nella posizione ideale. Ho sperimentato che un periodo di soli novanta secondi in posizione di comfort avrebbe apportato un beneficio durevole a condizione che il terapeuta riallineasse il paziente lentamente e senza sforzi attivi. E' la cosa più terapeutica che possiamo fare, e anche la più facile".

DEFINIZIONE

1. sollievo istantaneo dal dolore reumatico posizionando l'articolazione nei parametri di massima comodità.

2. eliminazione dei falsi messaggi di strain continuato, che nascono da riflessi dei propriocettori non funzionanti correttamente, trattabili con l'applicazione di uno strain in direzione opposta. L'interruzione dell'informazione errata si esegue accorciando il muscolo che porta lo strain; il corpo con un atteggiamento posturale apparentemente corretto può soffrire di questo dolore per anni e vederlo scomparire in novanta secondi di strain opposto.

SCOPERTA

Riferisce Jones: "Ho ricevuto molti riconoscimenti per avere sviluppato questo metodo di alleviare il dolore. Ma in verità mi sentivo molto frustrato dagli scarsi risultati ottenuti che, nei casi più fortunati riuscivo solo ad aiutarli a trovare una posizione comoda che permettesse loro di riposare meglio. La straordinaria ripresa di alcuni pazienti mi sorprese più di quanto non sorprese loro. Era così inaspettata da essere stupefacente. Non sognavo neppure che una cosa del genere potesse funzionare così bene.

L'intuizione iniziò con un mio paziente, un uomo di trentanni, in buona salute generale, ma con un forte mal di schiena persistente da quattro mesi, al quale avevo già prestato le mie cure da tre

mesi. Avevo esaurito tutti i miei assi nella manica e non sapevo da che parte girarmi prima di ammettere di aver fallito.

Provò ad aiutarmi: "Forse potrei reagire al suo trattamento se solo riuscissi a dormire di notte. Mi sveglio continuamente ogni 15 minuti cercando di trovare una posizione più comoda". Ero arrivato al punto di provare qualsiasi cosa, anche la più improbabile. Avevo imparato come fosse facile che un paziente del genere, oltre agli altri problemi, si assuefacesse ai sonniferi, quindi cercai di aiutarlo a trovare una posizione di comfort.

Lo posizionai in direzioni diverse chiedendogli se sentiva dolore più o meno acuto. Continuai per venti minuti prima di ottenere qualche risultato. A quel punto osservai che il paziente era in una posizione selvaggia e un po' grottesca che dava l'impressione che dovesse essere in strain, mentre invece mi riferì di essere quasi comodo. Era l'unica cosa positiva che gli era capitata in quattro mesi di trattamento e non avevo il coraggio di riportarlo alla sua posizione di dolore. Con l'ausilio di alcuni cuscini e di una sedia, lo puntellai in modo che potesse godersi il comfort mentre trattavo un altro paziente.

Al mio ritorno era ancora felice e discutemmo su come poteva trovare questa posizione ideale quando andava a letto. Alzandosi dal mio tavolo il dolore non ritornò! Riusciva a stare eretto quasi senza provare dolore per la prima volta da tanto tempo. Non era più costretto a stare nella posizione di strain per essere comodo. Eravamo entrambi deliziati, ma dentro di me ero anche sbalordito, perchè questo problema impossibile era stato risolto efficacemente solo grazie ad una posizione comoda. Era successo qualcosa di terapeutico ancora incomprensibile più efficace delle cure di tre dottori diversi nell'arco di quattro mesi. Eppure quell'effetto stava resistendo; improvvisamente ebbi allora l'impressione di poter ridurre i miei insuccessi; era di gran lunga più efficace di ogni trattamento osteopatico che conoscevo, dovevo imparare ad usarlo anche su altri problemi. Successivamente mi è capitato di commettere degli errori, ma quando eseguivo correttamente la procedura, funzionava su tutti i pazienti. Ho dedicato felicemente il resto della mia vita ad imparare ad utilizzarlo e ad insegnarlo ad altri osteopati. Ritengo tuttavia che sia stato un caso fortuito e niente più.

Mentre lavoravo, cercando di scoprire come utilizzare al meglio le posizioni di comfort, osservai cose sorprendenti riguardo a come reagivano le diverse parti del corpo. Una cosa era certa: dovevo riportare il paziente dalla posizione di comfort a quella neutra con la massima lentezza, altrimenti il dolore si sarebbe ripresentato. La seconda scoperta casuale che feci riguardava la localizzazione dei tenderpoints (punti sensibili). Ero convinto che i miei fallimenti fossero dovuti alla incompletezza della mappa dei tenderpoints, che fino ad allora si limitavano nell'area paravertebrale vicino alla zona di dolore. Questi, quando attivi, indicavano con certezza il range di movimento articolare coinvolto nello strain e ritestandolo successivamente, se il trattamento aveva avuto successo; in questo caso sia il tenderpoint che il dolore erano molto migliorati. Sfortunatamente solo una parte dei problemi alla schiena erano accompagnati dalla presenza di tenderpoints e altri metodi di diagnosi da me conosciuti erano spesso approssimativi.

Il mio secondo giorno di successo si verificò circa tre anni dopo che avevo iniziato i trattamenti con le posizioni di comfort. Un paziente già da me trattato per un problema alla schiena che gli impediva di chinarsi in avanti, migliorò così velocemente che dopo alcuni giorni ritornò alla completa normalità. Mi richiamò lamentandosi perché, lavorando nel giardino, si era colpito l'inguine con il manico della zappa provando un dolore straziante, era preoccupato di essersi procurato un'ernia.

Quando lo esaminai, non riscontrai alcuno dei classici sintomi dell'ernia inguinale, nonostante il punto fosse dolente, quindi lo rassicurai riguardo all'ernia. Dato che sarebbe dovuto ritornare per un trattamento alla schiena il giorno seguente, per risparmiargli la strada gli suggerii di anticipargli la seduta. In quel periodo avevo ridotto il tempo di riposo nella posizione di comfort a soli novanta secondi, ma mentre il mio paziente si trovava in posizione, provai a riesaminare l'inguine dolente. Mi meravigliai che la sensibilità dolorosa (tenderness) era quasi completamente scomparsa; lui era soddisfatto mentre io ebbi l'idea di percorrere un'altra strada terapeutica. Mi chiesi se era possibile che i tenderpoints mancanti si potessero trovare distribuiti sulla parte anteriore del corpo?

Negli anni successivi, analizzai ogni centimetro quadrato dell'aspetto anteriore del corpo completando anche l'intera mappa anteriore. La metà dei tenderpoints erano localizzati nella parte anteriore del corpo, dove raramente si prova il dolore spontaneo. A quel punto avevo la capacità veloce e quasi completa per effettuare una diagnosi attendibile. I miei successi aumentarono notevolmente grazie al miglioramento nella capacità diagnostica. Ero convinto quindi che i tenderpoints non fossero collegabili solo ai disturbi alla schiena, ma estesi a tutte le articolazioni del corpo. Il trattamento applicato agli arti richiede movimenti più ampi rispetto al trattamento del tronco e della pelvi, quindi è più facile osservarne le reazioni.

Uno strain procurato volontariamente che provoca dolore non è da mettere in relazione con un effettivo danno tissutale. L'intensità del dolore in relazione ad un reale danno è sempre soggettivo, quindi è un segno diagnostico non affidabile in ogni situazione. Ci è stato insegnato a basarci sulle prove oggettive, quelle che l'osteopata deve conoscere. Dato che i tenderpoints non sono noti al paziente finché l'osteopata non ne dimostrava la presenza, devono essere considerati come prove oggettive per la diagnosi. I tenderpoints nelle braccia e nelle gambe non vennero trovati nel muscolo in strain, ma nel suo antagonista; ho osservato che nel meccanismo di lesione l'antagonista subisce un accorciamento massimo simultaneamente allo strain dell'agonista subiva lo strain, seguito da un improvviso allungamento dell'antagonista come reazione di panico.

Ricordo che nei pazienti in cui riuscivo a prevedere esattamente il momento in cui avvenivano il dolore coincideva con "il momento in cui iniziavo a rialzarmi". Certamente il grave strain inaspettato, se fosse dovuto al danno dei tessuti che avevano subito lo strain avrebbe fatto più male nel momento di maggior strain, e non quando "iniziavo a rialzarmi". Se il muscolo in strain fosse guarito in alcuni giorni, la disfunzione permanente doveva essere correlata all'improvviso allungamento dell'antagonista, in seguito all'accorciamento massimo. Da quel momento in poi si comportava esattamente come se fosse in strain sebbene l'articolazione fosse in posizione neutra; e più veniva allungato, più faceva male. Riuscii ad ottenere un trattamento efficace e quindi un comfort immediato riportando in accorciamento massimo l'antagonista e un riallungamento del muscolo leso (agonista).

Se i tessuti fossero stati anatomicamente lesi, l'allungamento li avrebbe danneggiati ulteriormente. Osservai che il falso messaggio di strain nell'antagonista poteva essere inibito anche dopo mesi o anni di disfunzione, a condizione che lo si accorciasse al punto tale da non poter più perpetrare alcuno strain. Un'altra condizione comune consisteva nel ritrovare il dolore e la debolezza sempre sul lato in strain, questo era sufficiente per assicurarmi la diagnosi.

L'idea comune di colpevolizzare l'antagonista anche se non aveva subito lo strain, sembrava così illogica che nessuno aveva mai osato pensare il contrario. Se questo fenomeno si verifica nelle articolazioni periferiche, è ovvio dedurre che ciò si verifichi in tutte le articolazioni. Lavorando con i pazienti otto ore al giorno mi ha permesso di osservare queste funzioni e disfunzioni delle articolazioni in strain. Per avvalorare tutto ciò ho dovuto attendere per le mie conferme teoriche l'articolo del Dr. Korr: "Proprioceptors and Somatic Dysfunction".