

INTRODUZIONE ALLE BIOTIPOLOGIE

sintesi 7° seminario primo anno

Mazza Andrea (1mo anno)

Anno Accademico 2003/2004

Da sempre l'uomo ha cercato di classificare i suoi simili alla ricerca del loro "determinismo" innato, per prevedere ed intuire, soprattutto in campo medico i rischi potenziali (morbilità) che ognuno può avere in base alla sua tipologia.

L'indagine iniziale si è concentrata soprattutto verso l'aspetto fisico, strutturale e biomeccanico, creando dei tipi e dei sottotipi basati sulle rilevazioni craniometriche o sulle dimensioni muscoloscheletriche

(Longilineo, brevilineo, normotipo). A tale visione iniziale medica, in cui "l'innato" costituiva un cammino senza possibilità di appello si è contrapposta in tempi più recenti una visione di tipo psicoanalitico (Freud) in cui la psiche, l'educazione e l'apporto socio-culturale sono gli unici elementi in grado di determinare il destino dell'uomo, spostando l'interesse della ricerca dall'innato all'acquisito.

Ognuno di noi però ha la potenzialità in quanto essere unico e irripetibile (possibilità praticamente infinite di ricombinazioni geniche, esperienze psico-emotive e comportamentali individuali) di modificare la propria morbilità innata attraverso il proprio vissuto. Le nostre scelte di vita possono così adattare il rischio costituzionale verso una migliore omeostasi o viceversa esasperare le nostre morbilità innate. Tutto viene giocato sull'asse innato-vissuto nella ricerca personale e terapeutica tra ciò che possiamo essere e ciò che tendiamo o vogliamo diventare. Ciò vuol dire che qualsiasi trauma sia meccanico che psichico assume significati diversi a seconda del "TERRENO" (predisposizione personale biomeccanica e psichica innata arricchita dal proprio vissuto) del soggetto che lo vive. Tale modo di interpretare il significato delle cose ci può spiegare il perché di gravi sintomatologie in rapporto a traumi insignificanti.

Il trauma diventa quindi il rivelatore dei rischi costituzionali, rendendo inefficaci i Sistemi di compenso, che grazie al riflesso antalgico a priori guidavano la gestualità e l'azione su binari biomeccanici accettabili dalle predisposizioni di terreno soggettive.

BIOTIPOLOGIE

Struyff Denis

E' questa una classificazione di tipo posturale e meccanicistico, ma con risvolti psicologici rivolta a mettere in evidenza le principali retrazioni delle "catene muscolari" del soggetto.

Stuyff Denis considera l'asse verticale dell'uomo come frutto dell'innato e suo patrimonio dalla nascita e descrive tre principali tipologie di utilizzo di questo asse.

1. AM (antero mediale)

Soggetto con tendenza alla retrazione della catena antero mediale, predominanza delle cifosi, statica di tipo posteriore. Da bambino ha difficoltà a creare la lordosi lombare e ad estendere l'anca, elementi che possono creare ritardi nell'acquisizione del cammino e dell'interazione con il mondo esterno

2. PM (postero mediale)

Tendenza alla retrazione della catena postero mediale, facilità a creare le lordosi , statica di tipo anteriore. Da bambino inizia a camminare precocemente, cade e si rimette velocemente in piedi, vuole scoprire velocemente il mondo esterno ,vive le situazioni e le sa gestire.

3. PAP (postero antero posteriore)

E' sicuramente il più adattato dei tre , capace di passare da uno schema AM ad uno PM E', in grado di raccogliersi e sedersi sulle sue cifosi ma anche di partire in avanti sulle lordosi .E' il più equilibrato a livello neurovegetativo. Il rischio del PAP è di fissare il suo schema ,il che avviene il più delle volte verso uno schema di tipo AM.

Struyff Denis introduce poi il concetto di catene laterali, che sono le catene del vissuto che si esprime attraverso le rotazioni e quindi l'apertura o la chiusura su di un piano orizzontale in grado di adattare lo schema verticale dell'innato

4. PL (postero laterale)

Catena di rotazione esterna in grado di moderare l'AM o di esasperare uno schema PM. E' importante notare come anche un eccesso di PL su di uno schema fissato in AM può portare dei problemi (lussazione del lungo bicipite per ipermobilità di spalla su un dorso cifotico ipomobile) riportandoci al concetto di individualità e relatività.

5. AL (antero laterale)

Catena di rotazione interna che modera il PM Va notato che il PAP essendo il più versatile difficilmente ha bisogno di catene laterali.

WILLIAM H. SHELDON

E' una classificazione basata sullo sviluppo embriologico e sulla predominanza di sviluppo di uno dei tre tipi di tessuto presenti nella gastrula prenatale. Questo tipo di approccio ha il merito di coniugare caratteristiche strutturali (tessutali) a profili funzionali.

1. ECTOMORFO

Predominanza dell'ectoderma, foglietto esterno della gastrula che andrà a creare l'epidermide,gli organi di senso il sistema nervoso centrale e il sistema neurovegetativo. E' un tipo funzionale (predominanza della funzione sulla struttura) portato alla comunicazione attraverso gli organi di senso.

Sviluppato in altezza, magro, ha dita lunghe viso triangolare e denti ad asse verticale. Denota tendenza all'esaltazione, alla concettualizzazione, alla ciclotipia è brillante intellettualmente con reazioni ortosimpatiche vive. Generalmente è di tipo AM o PAP. Può soffrire di vertigini e cefalee della domenica per esaurimento ortosimpatico, nevralgie legate al SNC (brachialgia, cruralgia, sciatica) ed ha tendenza all'insufficienza epato biliare per simpaticotonia digestiva

2. MESOMORFO

Predominanza del mesoderma, foglietto medio della gastrula che andrà a formare il tessuto connettivo e muscolare. E' un tipo strutturale (vive il mondo attraverso il suo complesso miofasciale). Largo e forte fisicamente ha dita corte testa rotonda e denti ad asse orizzontale. E' metodico, conservatore, instancabile ama bere, mangiare e comunica con gli altri attraverso la propria fisicità. E' generalmente equilibrato a livello neurovegetativo. Può soffrire di ernie discali raccorciamenti muscolari e depositi (calcoli, pubalgia, diabete, colesterolo, ipertensione). Generalmente di tipo PM.

3. ENDOMORFO

Predominanza dell'endoderma foglietto interno della gastrula che andrà a creare gli epiteli (timo, pancreas, app. respiratorio, fegato). E' un tipo funzionale con predominanza parasimpatica e tendenza alla vagotonia. Piccolo, tendenzialmente grasso, disarmonico, instabile, iperlasso, paradossale disordinato, capriccioso e mai soddisfatto. Ha la tendenza a complicare la sua storia clinica, a non essere chiaro e a mettere alla prova l'interlocutore. Tende a sviluppare scoliosi disarmoniche ad avere problemi digestivi e depressione psichica con esplosioni di collera. Ha un atteggiamento di repressione della propria vitalità. Generalmente di tipo AM.

PRINCIPI DI TRATTAMENTO

E' importante sottolineare come lo studio delle biotipologie non costituisca la ricerca della Verità, ma un tentativo umano, frutto dell'osservazione capace di guidarci in maniera più attenta, spostando il concetto di "primaria" verso l'idea di priorità e predominanza

- ECTOMORFO AM o PAP

Ha bisogno di essere calmato risentendo della sua tendenza all'eccesso ortosimpatico. Durante il TGO daremo un ritmo lento ed ampio. Posso usare un THRUST di tipo propriocettivo ad alta velocità su C1 C2 e su D9 (se in lesione) per il loro ruolo equilibratore sul sistema neurovegetativo. Evito il lavoro diretto se non necessario sulle lombari e sulle sacro iliache (solo in modo relativo) per evitare ipersollecitazioni legamentose. Fondamentale il lavoro viscerale e propriocettivo.

- MESOMORFO PM

Ha bisogno di essere drenato e allungato. Durante il TGO la priorità sarà data al legame meccanico e fluidico (articolare d'anca , lavoro sulle clavicole drenaggio della zona cervico brachiale). Posso usare THRUST articolari su OCC C1 D5-D10 e SI tutte zone molto potenti strutturalmente. Di vitale importanza un buon lavoro sul diaframma

- ENDOMORFO

Da trattare in maniera funzionale, utilizzando al massimo le potenzialità delle tecniche C/S, viscerali e EM. THRUST C7D1 D2D3D4.