

LA SOMATISATION VÉRTEBRALE

DEUXIEME PARTIE

VERTEBRES PESANTEUR ET RESPIRATION SOPHRO-CORRECTION PROJECTIVE

Thierry ALBERTINI

Kinésithérapeute ostéopathe, Président de l'Institut méditerranéen des Sciences Humaines, Directeur du Centre de Sophrologie de Toulon-La Valette

RESUMÉ

Notre colonne vertébrale réalise sa verticalisation dans le plan antéropostérieur grâce à ses courbures dites physiologiques. Son maintien en équilibre est en adaptation permanente.

Une colonne vertébrale droite et rigide serait cassante, ces courbures lui donnent la souplesse amortissant les chocs, augmentant sa résistance mécanique.

La colonne vertébrale est assujettie à de nombreuses pressions qui engendrent des troubles de l'attitude corporelle d'ordre physiologique, liés au phénomène de la croissance et variation de tonus de l'enfant et l'adolescent, mais aussi d'ordre psychologique liés à l'histoire personnelle de l'être, l'environnement dans lequel il évolue. De ces différents troubles peut découler une somatisation vertébrale entraînant des attitudes scoliotiques, cyphotiques... et autres symptômes. Pour être bien dans son corps, dans sa tête, afin de remédier à ce mal au dos qui guette chacun d'entre nous, la technique sophrologique trouve sa place, elle est le maillon assurant la liaison entre l'analyse et la kinésithérapie, les mettant ainsi en rapport. La sophroprojection corrective emploie la relaxation dynamique permettant de démanteler les centres de blocage, d'apporter la pleine conscience de soi-même.

Pesanteur et courbures

ANATOMO-PHYSIOLOGIE DE LA COLONNE VERTEBRALE

La colonne vertébrale réalise sa verticalisation dans le plan antéropostérieur grâce à ses courbures dites physiologiques. Son maintien en équilibre est en adaptation permanente. Cet équilibre est instable, et ce, pour 3 causes principales : • La diminution des surfaces des bases de sustentation au fur et à mesure que l'on s'élève dans la colonne.

L'élévation des centres de gravité des vertèbres dans ce même sens.

La modification permanente des rapports entre vertèbres par des changements fréquents de posture, ainsi que lors du moindre geste.

D'abord rappelons l'anatomie vertébrale, structure inachevée de notre station bipède dont l'évolution n'est pas encore terminée, loin s'en faut.

De profil, notre colonne présente des courbures alternées : une lordose cervicale (concavité en arrière), une cyphose dorsale (concavité en avant), une lordose lombaire et enfin une cyphose sacrée fixée dans sa position.

Une colonne vertébrale droite et rigide serait cassante, ces courbures lui donnent de la souplesse amortissant les chocs et augmentant sa résistance mécanique. Elles n'existent que chez l'être humain et témoignent de notre plus ou moins bonne adaptation à la station debout.

- Chez le nourrisson apparaît la lordose cervicale lorsqu'il relève la tête et commence à la tenir seul. Cela va lui permettre le maintien horizontal du regard.
- Puis à l'acquisition de la station debout apparaît la lordose lombaire. C'est la verticalisation qui, exigeant une bascule antérieure du bassin, va entraîner un redressement de la colonne lombaire.
- La cyphose dorsale qui dégage le volume nécessaire au développement des poumons et du cœur

existe dès la naissance.

LES DÉVIATIONS ANTEROPOSTÉRIEURES DU RACHIS

Cet empilement de vertèbres, sans cesse soumis à la pesanteur, peut présenter un certain nombre de déviations.

La comparaison de la position des différentes courbures en station debout, assise, couchée sur le dos, à plat ventre permet d'en distinguer deux catégories:

- Celles qui sont réductibles : le sujet peut alors redresser sa colonne dans une amplitude quasi normale.
- Les autres sont dites irréductibles, presque toujours partiellement, rarement rigides. Nous allons revenir à cette notion de réductibilité, mais tout d'abord nous pouvons classer ces déviations en fonction de leur cause :
- Déviations symptomatiques

La déformation peut être entraînée par des séquelles plus ou moins stabilisées d'affections anciennes. Les malformations congénitales, par exemple une cyphose congénitale, peuvent s'aggraver pendant la croissance.

La maladie de Scheuermann (épiphysite vertébrale) qui a tendance à tasser et à cunéiformiser les vertèbres dorsales à une période évolutive lors de la croissance de l'adolescent. A la fin de l'ossification elle se stabilise, les malformations sont alors fixées.

Il existe aussi des causes extra-rachidiennes pouvant être à l'origine des déviations

anteropostérieures. Les luxations congénitales de hanche entraînent une forte anteversion du bassin et par voie de conséquence une hyperlordose lombaire. • Les malformations thoraciques et certaines maladies respiratoires (emphysème...) peuvent modifier la structure de la colonne dorsale.

• Il peut exister aussi des causes d'origine paralytique (poliomyélite), musculaires (myopathie), métaboliques (rachitisme) qui influencent fortement les courbures de la colonne vertébrale.

• Des troubles légers de l'ouïe ou de la vue peuvent entraîner des cyphoses dorsales avec projection de la tête en avant. • Enfin certains troubles psychologiques généraux, troubles de la psychomotricité, de l'affectivité, du caractère peuvent se traduire par des attitudes pouvant se fixer. A côté de ces formes symptomatiques relativement peu nombreuses, il existe des formes essentielles sans cause évidente qui sont ou non réductibles. Parmi les formes réductibles il existe l'attitude asthénique.

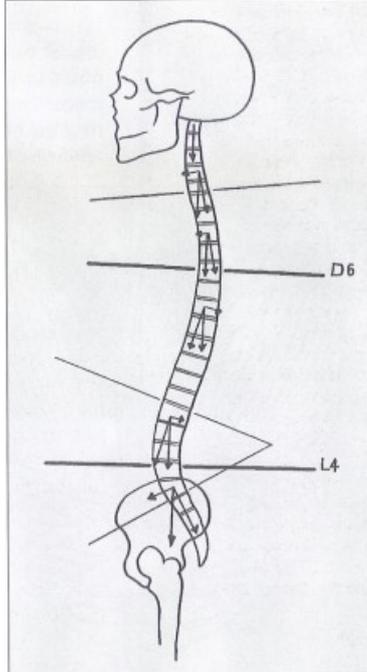
La colonne vertébrale liane, réagit alors à l'action de la pesanteur. Le manque de tonus dans les muscles érecteurs de la colonne entraîne une modification des courbures dans le sens de l'aggravation. Ces troubles de l'attitude corporelle sont beaucoup plus d'ordre physiologique que mécanique. Ils apparaissent liés au phénomène de la croissance et à la variation de tonus de l'enfant et de l'adolescent. Très souvent, ces troubles statiques s'atténuent et disparaissent lorsque le tonus atteint son niveau normal adulte. Les tensions psycho-affectives, une mauvaise hygiène de vie, le manque de sommeil, les états physiologiques amoindris interviennent aussi. Ainsi, dans ces déviations réductibles dites asthéniques, l'aspect mécanique de mise en place de la déviation paraît subordonné à l'aspect psychophysiologique.

Abordons enfin les formes essentielles dites non spontanément réductibles. Le sujet n'a alors aucune conscience de sa déformation qui ne lui apporte aucune gêne perceptible et aucune douleur. Une partie de l'équilibration de la colonne vertébrale est inconsciente du fait d'un ensemble de capteurs interocepteurs et extérocepteurs

régulant l'attitude. Cette

équilibration est aussi le reflet des pensées et du comportement le plus intime. Sans prise de conscience de la déformation, la réductibilité est alors impossible. Nous venons de séparer très empiriquement la colonne vertébrale en deux plans: frontal et sagittal ceci simplifiant l'énumération des différentes courbures ou déviations, soit; mais il est impossible dans la pratique et dans l'observation sur le sujet de les séparer. Il y a toujours des associations de courbure dans les deux

sens. On parle de rotation des vertèbres dans la scoliose, mais si l'on rajoute la notion de cyphose par exemple, la rotation devient torsion, augmentant ainsi la complexité de l'attitude. Cette



même attitude reflète la personnalité, elle est aussi bien complexe.

Si l'on rajoute à cela le parcours cahoteux de cette même attitude, de la naissance à l'âge adulte, " bien se tenir ", " mal se tenir " ou le sempiternel " tiens-toi droit " prennent une autre dimension pour nous.

Respiration et attitude

LA RESPIRATION

La respiration est une fonction complexe et éminemment vitale de notre organisme. Par la fonction et le mécanisme respiratoire, le monde extérieur qui habituellement nous entoure se retrouve à l'intérieur même de notre corps.

Cette porte ouverte sur le dehors, par nos événements respiratoires, nous met en contact avec lui et permet de renouveler le mélange gazeux alvéolaire de nos poumons de cet air dépend notre vie.

Diaphragme

Une partie des fibres diaphragmatiques sont apposées à la paroi interne de la cage thoracique. La coupole diaphragmatique gauche est plus basse que la droite. Le tendon central situé entre les deux coupoles est peu visible. En revanche, on aperçoit en arrière une partie du diaphragme crural.



En effet, l'être vivant est consommateur d'énergie entraînant une dégradation permanente de cette source d'énergie qui est en l'occurrence une molécule appelée ATP (adénosine triphosphate). Hydrogène et oxygène sont nécessaires à la resynthèse de l'ATP. L'alimentation apporte l'hydrogène, mais en contrepartie, produit des déchets dont le dioxyde de carbone (CO₂), l'air inspiré fournit l'oxygène (O₂) indispensable et l'air expiré élimine le gaz carbonique. Ainsi, par sa fonction de nutrition, la respiration se met au service de la synthèse de l'ATP, elle est donc rechargée d'énergie. L'organe principal de la respiration est le poumon qui, par l'imbrication intime entre circulation aérienne et circulation sanguine, est un échangeur dont l'efficacité et le rendement peuvent être optimisés par le travail musculaire, par exemple. Les molécules gazeuses sont alors amenées vers ou à partir des différents tissus par un merveilleux transporteur, le sang, véhicule à point de départ central et à multitude de réseaux.

Il est bien entendu que pour s'adapter à toute variation tant du milieu intérieur que de l'environnement, la respiration a la particularité d'avoir à la fois une activité inconsciente involontaire et une activité consciente volontaire.

Ces deux modes de fonctionnement possèdent un double système de régulation auquel s'ajoute la possibilité d'adaptation.

Cette adaptation est une caractéristique fondamentale de l'être humain qui lui donne de nombreux degrés de liberté dans les limites de son homéostasie, c'est-à-dire sans perturbation de ses constantes internes.

RAPPORT ENTRE RESPIRATION ET COLONNE VERTEBRALE

Anatomiquement, le système respiratoire se décompose en deux éléments fondamentaux: les voies aériennes et les poumons d'une part, la cage thoracique et sa musculature d'autre part. Nous allons tout particulièrement nous intéresser à cet élément osseux, musculaire et tendineux.

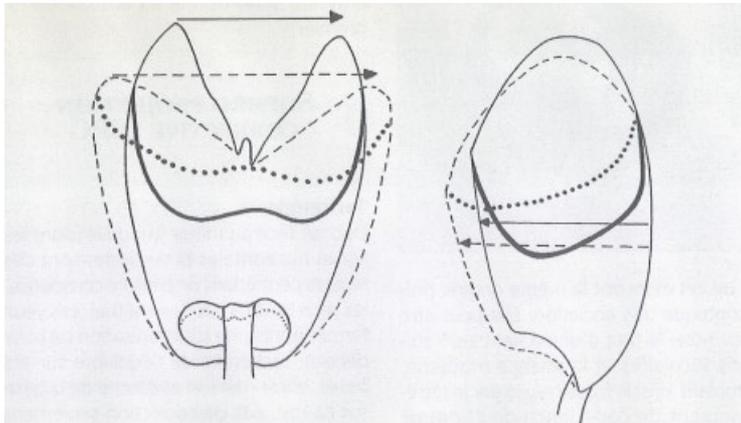
Le principal muscle de la respiration est le diaphragme, il sépare la cage thoracique de la cavité abdominale. Il a la forme de deux hémicoupoles; la gauche étant plus basse que la droite.

On peut séparer ses fibres en deux faisceaux principaux : le diaphragme costal, relativement mince, s'insérant sur le pourtour du gril costal et le diaphragme crural, beaucoup plus épais, situé en arrière formant les piliers soutenant et sous-tendant les coupoles. Ses fibres viennent se fixer sur les trois premières vertèbres lombaires à droite et les deux premières à gauche.

Toute raideur lombaire aura donc une action sur la respiration et réciproquement tout problème respiratoire pourra entraîner une raideur lombaire.

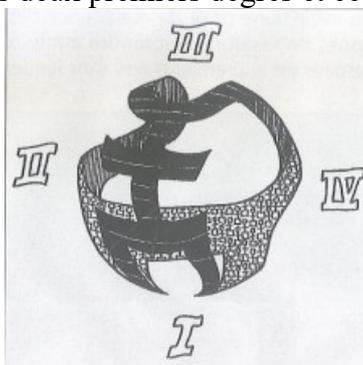
Or, en occident la pratique sportive, en particulier, prône la respiration thoracique; c'est ainsi que la plupart des enfants, pendant la scolarité, adoptent une respiration thoracique haute.

Ce mode respiratoire anti-naturel va entraîner un blocage du diaphragme et, par voie de conséquence, des raideurs lombaires tout d'abord, puis par compensation dorsales et cervicales. Avant toute thérapie, quelle qu'elle soit, l'apprentissage de la respiration abdomino-diaphragmatique est indispensable. Une bonne pratique permet une ventilation plus totale de l'organisme et un assouplissement de la colonne vertébrale, ou du moins une prise de conscience des zones de raideurs. Apprendre à mieux respirer est le premier travail sans lequel le traitement kinésithérapique ainsi que tout autre traitement seraient inutiles.



Hypothèse de traitement **CHOIX DES TECHNIQUES**

Reedressement du schéma corporel, mouvement harmonieux, nous orientent vers la relaxation dynamique, et en particulier vers ses deux premiers degrés et ce pour plusieurs raisons:



La relaxation dynamique et mon hypothèse développée dans la première partie de cet essai ont la même origine philosophique très ancienne. Elle peut être pour nous le trait d'union liant les traditions séculaires et la science moderne, comblant ainsi le fossé creusé par le rétrécissement de conscience de l'homme contemporain. La relaxation dynamique peut choquer les scientifiques cartésiens que nous croyons être, bouleversant des valeurs et surtout permettant l'ouverture. • La relaxation dynamique du premier degré permet de démanteler les centres de blocage, que demander de mieux ? Déblocage du diaphragme, notion de gravité, prise de conscience du schéma corporel sont les caractéristiques de ce premier degré, ce sont aussi les ingrédients indispensables et parfaitement adaptés à l'harmonisation vertébrale.

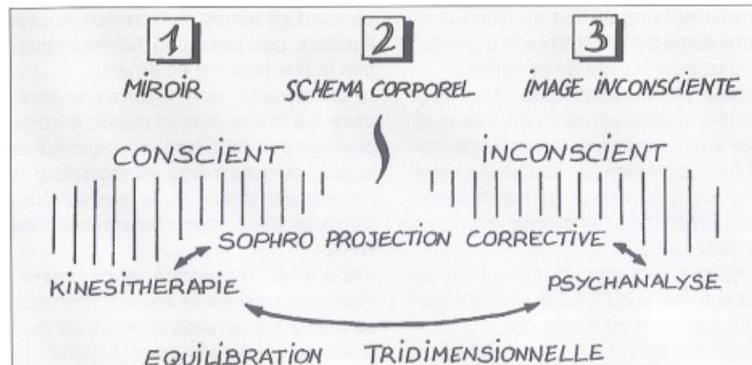
La relaxation dynamique du deuxième degré apporte la pleine conscience de soi-même et permet le regard sur soi. Toutes ces caractéristiques m'ont permis d'adapter ces techniques et d'en créer une nouvelle, rejoignant ainsi Alain Donnars: " il existe autant de relaxations dynamiques que d'auteurs "

Voici la description de ce que j'ai appelé la sophro-projection-corrective. Elle se déroule après un apprentissage de la respiration et de la sophronisation de base. Elle comporte deux temps successifs, le passage au deuxième temps est bien entendu subordonné à l'acquisition du premier.

SOPHRO PROJECTION CORRECTIVE: SPC

1er temps

Debout face au miroir quadrillé (dont les lignes horizontales et verticales sont des repères permettant de prendre conscience, les yeux ouverts, de l'asymétrie). Les yeux fermés après une sophronisation de base debout, recherche de l'équilibre sur ses bases, enracinement et écoute de la base sur l'autre, pas de correction seulement une prise de conscience.



Puis, selon le protocole de la relaxation dynamique du 1er degré, mouvements en rétention poumons pleins.

Auparavant respiration abdominale lente tête en bas, en position intermédiaire, tête en arrière. Puis, respiration abdominale rapide, la tête dans les trois positions précédentes.

- Les mouvements du cou, en avant-arrière, sur les côtés et rotation.
- L'ARC arrière pendant la rétention et le plongeon avant à l'expiration.
- Rotations axiales, se pencher alternativement sur les côtés, torsion de la colonne vertébrale avec une respiration libre. Ces mouvements ayant pour but le ressenti du mouvement de la colonne vertébrale, le sujet écarte les membres inférieurs de façon à mieux fixer le bassin pour localiser le mouvement aux vertèbres. A la récupération, debout, le sujet les yeux fermés tend à se redresser harmonieusement: meilleure répartition du poids du corps sur les pieds, équilibrage du bassin, les crêtes iliaques à l'horizontale, recherche de l'harmonie des courbures, épaules symétriques, symétrie des bras et notamment du triangle formé par le côté du tronc et l'angle du coude. Regard horizontal et tête redressée d'une éventuelle inclinaison droite ou gauche, avant ou arrière.

Le sujet pensant alors être redressé, ouvre les yeux et prend conscience des différences observées entre la prise de conscience de son corps yeux fermés et de son corps dans le miroir. Pas de correction, les yeux ouverts, c'est uniquement une prise de conscience.

Le praticien peut aider alors le sujet à mieux regarder dans le miroir les éventuelles asymétries qu'il n'aurait pas remarquées. Les yeux se referment alors pour effectuer la correction de l'attitude, puis deuxième vérification. On termine la séance, les yeux fermés, par une sophro acceptation progressive de l'harmonie recherchée, puis la reprise se fait progressivement. C'est la conscientisation de la partie inconsciente de l'attitude du schéma corporel.

2ème temps

Après une meilleure intégration du schéma corporel et une correction de celui-ci par le temps précédent, le deuxième temps va utiliser la relaxation dynamique du 2ème degré pour la correction d'une partie plus inconsciente de ce schéma. Debut en tournant le dos à un siège (dont la hauteur permet d'avoir les pieds bien à plat sur le sol). Désophronisation de base, étirement de la colonne

vertébrale mains à la verticale en rétention poumons pleins. Mise en harmonie du corps les yeux fermés.

C'est alors que l'on effectue ce qui est l'essentiel de la RD II, notre propre regard sur notre corps vu du dehors.

Nous voici dans ce mystère, défini par Jean-Pierre Hubert, comme la place que nous occupons nous-mêmes à l'intérieur du monde de notre représentation. Nous allons, alors, empiriquement appeler corps physique et corps énergie ces deux entités qui ne forment qu'un : le corpsconscience. Le sujet prend son corps comme objet de méditation: il s'installe à la place de l'objet pour s'observer de l'extérieur et mieux intégrer la partie plus profonde, plus inconsciente du schéma corporel. La conscience ainsi extériorisée se place assise derrière son corps et l'observe dans son état de symétrie ou non, d'harmonie ou non. Vue par sa conscience, le corps peut encore corriger son attitude dans ses retranchements inconscients. Cette correction ne peut se faire que lorsque l'intégration du schéma corporel conscient harmonieux et l'intégration de l'image harmonieuse dans le miroir sont acquises. Le corps énergie assis jette un regard sur le corps physique debout devant lui et lui permet son redressement.

Le corps physique s'assied alors et le sujet réalise son unité en retrouvant sa réalité corporelle, son corps conscience. En position assise, il effectue la respiration abdominale tête penchée en avant, pendant ce temps, il ancre son nouvel équilibre, puis expiration. Même respiration la tête penchée en arrière.

Le sujet toujours assis, le corps énergie se place à son tour debout devant le corps physique et c'est le corps physique qui va le regarder jetant ainsi un regard sur la partie la plus profonde, ce que Françoise Dolto appelle l'image inconsciente du corps.

Cette vision du corps énergie plus ou moins harmonieux et équilibré donnera au sujet le niveau analytique acquis, puis retour au corps conscience, à l'unité. La reprise se fera après une série de respirations abdominales comme précédemment.

CONCLUSION

L'attitude étant à la fois consciente et inconsciente, elle nécessite une équilibration dans ces deux niveaux. La kinésithérapie avec sa prise de conscience les yeux ouverts et ses techniques d'étirement, d'assouplissement et de renforcement musculaire se situe dans le niveau conscient. Dans ce travail du corps, la respiration est primordiale : nous avons vu les rapports étroits entre les mouvements respiratoires et la colonne vertébrale. Par une respiration abdominale bien acquise, le déblocage lombaire et celui du bassin peuvent se faire.

Si l'on considère la signification psychologique d'une telle raideur, on peut aisément mesurer l'importance du travail respiratoire abdominal rendant possible le mouvement du bassin.

L'analyse quelle que soit sa forme se situe bien entendu dans le niveau inconscient, elle est la trame profonde de cet équilibri

brage. Elle seule peut amener la prise de conscience de l'image inconsciente du corps.

C'est tout au long de cette démarche que cette image s'optimisera et permettra ce que les anciens appelaient le passage de la porte des hommes: passage nécessitant à la fois une structure osseuse harmonieuse et le rejet des béquilles parentales. L'homme peut alors s'ouvrir vers l'élargissement de ses champs de conscience. La technique sophrologique trouve sa place naturellement à la charnière conscient/inconscient. C'est le maillon assurant la liaison entre l'analyse et la kinésithérapie les mettant ainsi en rapport. La boucle est bouclée, l'information peut alors circuler entre le passé, le présent et le devenir. Si nous admettons l'hypothèse d'une somatisation vertébrale entraînant des attitudes scoliotiques, cyphotiques, lordosées dont les causes sont intimement liées aux rapports parents-enfants, nous pouvons considérer la sophro projection correctrice comme traitement de ces déviations.

L'efficacité de la sophro projection corrective est néanmoins indissociable d'une démarche à la fois kinésithérapique et analytique simultanée.

Tout ceci n'est qu'un premier essai, ouvrant je l'espère une brèche dans cette "idiopathie" caractérisant les déviations vertébrales et notre peu de connaissances de leurs causes.

Je suis persuadé que la colonne vertébrale peut être droite si le climat entourant l'enfant, puis l'adolescent, est propice à l'harmonie.

Ce qui ne veut pas dire qu'au moindre problème familial les vertèbres vont réagir. Les vertèbres, comme toute somatisation, modifieront leur équilibre, sur le même schéma des somatisations du corps face à un agent stressant. Il est possible que ce soit alors la répétition ou l'intensité de ce stress qui induise la gravité de la déformation.

Mais, si la colonne vertébrale est le siège de somatisation, alors qu'en est-il des sciatiques, lombalgies ou autres lumbagos? Certainement l'objet de nouvelles hypothèses et, en étant optimistes, pourquoi pas de traitements naturels et efficaces. "Le pessimisme est d'humeur, l'optimisme est de volonté " (Alain).