

Ricomporre il puzzle del corpo: dialogo tra diverse visioni della cura

ELEONORA GASPAROTTO

IV ANNO SCUOLA OM SHIATSU

Prefazione

Ho scelto di fare un lavoro di cura diventando fisioterapista e attualmente lavoro in ospedale, dove ogni giorno incontro persone di età e condizioni diverse, dal giovane sportivo alla persona nel fine vita. Situazioni differenti, modi diversi di vivere il corpo, il dolore e la difficoltà, spesso letti attraverso diagnosi e protocolli standardizzati, che non sempre riescono a restituire la complessità dell'esperienza individuale.

Nel corso della mia formazione, anche attraverso la frequentazione di alcuni corsi, ho iniziato a sentire come riduttivo osservare il corpo "a pezzi", concentrandosi sul singolo distretto o sul sintomo. Ho così maturato il desiderio di riscoprire una visione più globale della persona, che tenga conto anche degli aspetti emotivi, percettivi ed energetici. Da sempre, infatti, coltivo curiosità e interesse per le pratiche complementari e le discipline orientali.

Ho conosciuto Olga Mazurkevich e lo Shiatsu in un momento personale, quando cercavo un aiuto per affrontare un problema di salute. Questa esperienza ha suscitato in me un interesse profondo e, quando se ne è presentata l'occasione, ho scelto di frequentare la sua scuola .

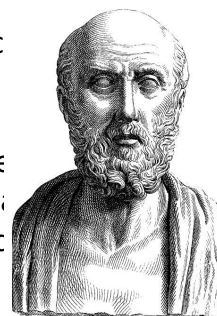
Questa tesina nasce dal desiderio di mettere in dialogo i due mondi che sento appartenere al mio percorso: quello dell'approccio occidentale e quello dell'approccio orientale alla persona e alla salute . Non con l'intento di contrapporli, ma di esplorarne le differenze, i punti di contatto e le possibili integrazioni. A questo confronto affiancherò alcuni aneddoti tratti dalla mia esperienza clinica, che mi hanno portato a riflettere sul legame tra corpo, emozioni e cura.

Medicina e cura a confronto

Il rapporto dell'uomo con la malattia e con la necessità di curare il corpo è antico quanto la storia dell'umanità ed è stato un elemento fondamentale nello sviluppo delle civiltà. Le prime testimonianze di pratiche terapeutiche risalgono alla preistoria e comprendono l'utilizzo di piante medicinali, tecniche di immobilizzazione dopo le fratture e rudimentali interventi chirurgici.

Nelle società preistoriche e nelle culture antiche, la malattia veniva spesso interpretata attraverso una dimensione prevalentemente magico-religiosa. Il malato poteva essere considerato vittima dell'azione di forze soprannaturali, spiriti o divinità.

Nella tradizione greca si sviluppò progressivamente un approccio razionale e naturalistico alla malattia. Con Ippocrate e la scuola ippocratica, tra V e IV secolo a.C., la malattia venne sempre più interpretata come un fenomeno naturale, osservabile attraverso i segni clinici e riconducibile a cause fisiche. Successivamente, l'opera di Galeno contribuì a consolidare per molti secoli un modello medico fondato sull'anatomia, sulla fisiologia e sulla teoria degli umori.



Durante il Medioevo europeo la dimensione religiosa della malattia tornò ad assumere un ruolo predominante. Le diverse affezioni potevano essere interpretate come una prova, una punizione divina, una forma di espiatione oppure come l'effetto di un sortilegio o di una presenza demoniaca.



Un'importantissima trasformazione si verificò nel Rinascimento, quando l'osservazione diretta del corpo attraverso la dissezione divenne progressivamente centrale. Nel 1543 Andreas Vesalius pubblicò il "De humani corporis fabrica", contribuendo alla nascita dell'anatomia moderna e a una rappresentazione del corpo fondata sull'osservazione delle sue strutture. Nei secoli successivi, l'integrazione tra anatomia, fisiologia, patologia e sperimentazione portò alla formazione della medicina scientifica moderna.

Con lo sviluppo della patologia anatomica, della microbiologia e della medicina sperimentale, la malattia venne sempre più definita come un'alterazione oggettivamente osservabile dell'organismo. Nel XIX e XX secolo questo processo raggiunse una forte specializzazione: la scoperta dei microrganismi patogeni, lo sviluppo della teoria cellulare e i progressi della fisiologia e della genetica permisero di spiegare un numero crescente di malattie attraverso meccanismi biologici specifici.

Questo passaggio ha prodotto risultati straordinari e ha permesso alla medicina di raggiungere livelli di conoscenza e di efficacia terapeutica impensabili in passato. Allo stesso tempo, ha modificato progressivamente il modo di guardare il corpo. Organi,

tessuti e cellule sono stati studiati separatamente, permettendo una conoscenza sempre più precisa delle singole strutture, ma favorendo anche una crescente settorialità dell'intervento medico.

La medicina contemporanea ha progressivamente riconosciuto la necessità di recuperare una visione globale del paziente. I modelli biopsicosociali, l'attenzione alla qualità della vita e alla relazione tra sintomo, esperienza individuale, ambiente e funzionamento della persona testimoniano il tentativo di superare una concezione esclusivamente biologica della malattia. Tra il principio teorico e la sua applicazione quotidiana, tuttavia, può esistere una distanza significativa.

La crescente specializzazione e l'utilizzo di protocolli sempre più specifici hanno portato vantaggi in termini di competenza e precisione, ma possono anche contribuire alla frammentazione della presa in carico. Il paziente può così trovarsi a passare da uno specialista all'altro, ognuno competente per il proprio "pezzo", senza che sia sempre possibile ricomporre l'insieme.

Oriente e Occidente: due modi di interpretare il corpo

Parallelamente allo sviluppo della medicina occidentale, in Oriente si sono sviluppate tradizioni mediche caratterizzate da una lettura più globale dell'organismo, nella quale il corpo viene considerato in relazione alle sue diverse funzioni e all'ambiente in cui la persona vive. La MTC si è formata nel corso dei secoli all'interno di un contesto culturale e filosofico nel quale hanno avuto un ruolo importante il rapporto tra uomo e natura, l'osservazione della continua trasformazione dei fenomeni e l'equilibrio tra polarità complementari, rappresentato principalmente dal concetto di Yin e Yang. A questo si sono affiancati la teoria dei cinque elementi e gli influssi di correnti di pensiero come il taoismo, il confucianesimo e, in epoche successive, il buddhismo.

Una delle differenze più significative tra oriente e occidente riguarda il modo di osservare e conoscere il corpo. La medicina occidentale, soprattutto a partire dal Rinascimento, ha trovato nella dissezione del cadavere uno strumento fondamentale per studiare direttamente l'anatomia, distinguere le diverse strutture e comprenderne i rapporti. Nella MTC, invece, l'attenzione si è rivolta principalmente all'osservazione del corpo vivente, delle sue funzioni, dei suoi ritmi e delle modificazioni che si manifestano durante la malattia. Più che concentrarsi sulla separazione delle singole strutture anatomiche, questo approccio cerca di comprendere come le diverse funzioni dell'organismo si influenzino reciprocamente.

Sviluppo di agopuntura e moxibustione

All'interno di questa concezione assume un ruolo centrale il concetto di Qi, tradizionalmente inteso come una forma di energia o principio vitale che attraversa e sostiene l'organismo e che permea il flusso della vita. Con l'obiettivo di favorire il libero fluire del Qi e di superare blocchi e squilibri, sia di carenza sia di eccesso, associati ai sintomi fisici e alle malattie, si svilupparono nel tempo tecniche di massaggio sempre più profonde. In epoche successive, l'attenzione si concentrò su punti specifici del corpo, stimolati anche mediante strumenti realizzati con scaglie di selce e giada. Queste pratiche contribuirono allo sviluppo delle forme più antiche di agopuntura e moxibustione.

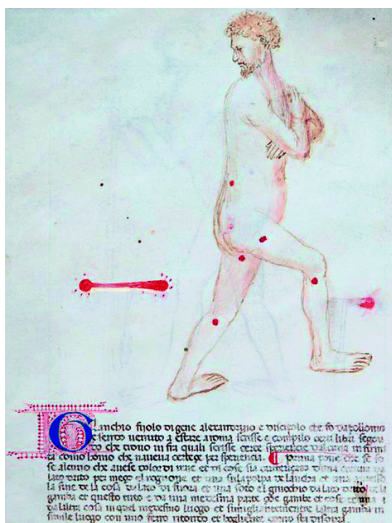
All'incirca nel V secolo a.C. Meng Shi fece un primo resoconto dei risultati ottenuti con l'impiego dell'artemisia per riscaldare determinati punti del corpo.

Alla fine del III secolo a.C. all'interno del Libro interno dell'Imperatore Giallo viene indicato l'uso degli aghi in medicina; nel libro si elencano 160 punti e vengono descritti i percorsi dei meridiani principali.

Nel III secolo d.C. Huang Fu Mi scrive *Zhenjiu Jiayi Jing* "Classico dell'agopuntura e della moxibustione" con la localizzazione di 349 punti.



L'incontro documentato di queste metodiche con l'Occidente iniziò progressivamente tra XVI e XVII secolo, quando viaggiatori, missionari e medici europei iniziarono a descrivere le pratiche osservate in Asia.



Forse già Marco Polo di ritorno dal suo incredibile viaggio in Cina, riferì verbalmente che in oriente si curavano molte disfunzioni usando su punti prescelti la moxa o gli aghi. Tale ipotesi è avvalorata dalla pubblicazione nel 1389 del *Libro de le experiençe que fa el cauterio del fuoco ne li corpi umani* a cura del medico padovano Squarcialupiche elencava molti punti e il relativo trattamento attraverso l'uso di un ferro rovente.

In Italia per arrivare alla diffusione di un vero e proprio trattato di agopuntura bisognerà aspettare il lavoro di Ulderico Lanza tra gli anni '60 e '70.

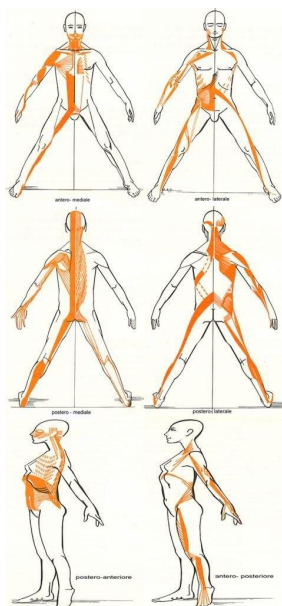
Tradizioni ed evoluzioni di terapia manuale e shiatsu

Anche il trattamento manuale possiede origini molto antiche e non appartiene ad una sola cultura. Il massaggio, le mobilizzazioni e le manipolazioni sono stati utilizzati in differenti tradizioni terapeutiche sia orientali sia occidentali. In Cina si svilupparono pratiche come il tuina, mentre in Giappone le tradizioni manuali derivate dall'antico Anma si evolsero progressivamente verso forme moderne di trattamento.



È proprio in Giappone che, tra la fine del XIX e la prima metà del XX secolo, si afferma lo shiatsu, termine che significa letteralmente “pressione con le dita”. Lo shiatsu nasce dalla rielaborazione di precedenti tecniche manuali giapponesi e dall'incontro con elementi della medicina occidentale, acquisendo progressivamente una propria identità. Nel corso del XX secolo venne successivamente sviluppato da diversi operatori e scuole, tra cui assume particolare rilievo Shizuto Masunaga, che elaborò una propria interpretazione dello shiatsu e dei meridiani, ampliando la tradizionale rappresentazione agopuntorea dei loro percorsi sul corpo.

La diffusione internazionale dello shiatsu e dell'agopuntura si inserisce quindi in un più ampio fenomeno di scambio tra Oriente e Occidente. Tecniche nate all'interno di sistemi culturali e teorici differenti sono progressivamente entrate in contatto con la medicina occidentale, venendo talvolta reinterpretate attraverso concetti anatomici, fisiologici e neurologici.

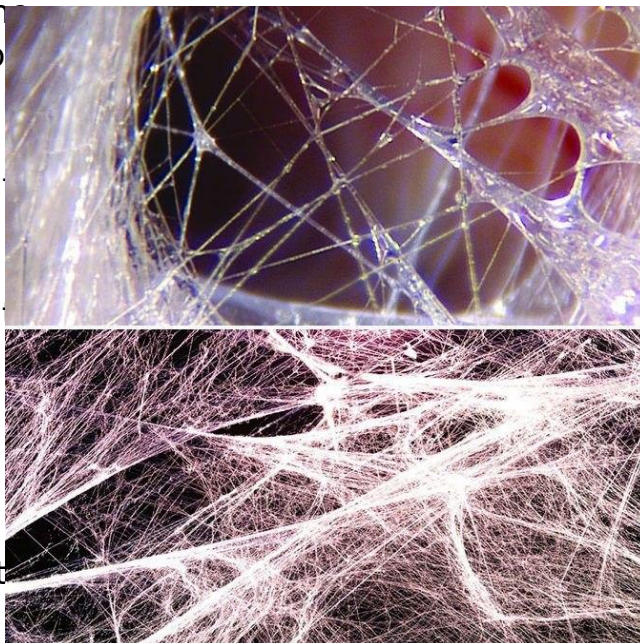


In Occidente, nel corso del XX secolo, si svilupparono contemporaneamente approcci che cercavano di superare una concezione esclusivamente segmentale del corpo. Mézières, Kabat, Travell e Simons, Rolf, Denys-Struyf e Busquet, pur partendo da presupposti differenti, contribuirono a spostare l'attenzione dalla singola struttura verso le relazioni tra muscoli, movimento, postura e tessuti connettivi.

Luigi Stecco e la Manipolazione Fasciale

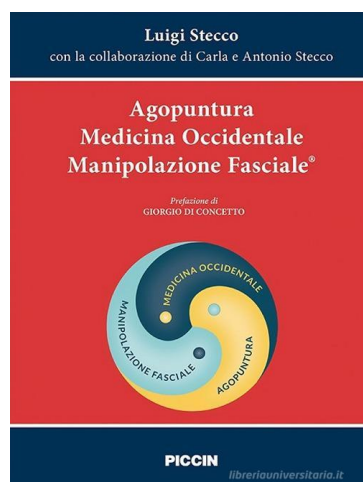
È in questo contesto che si inserisce il percorso di Luigi Stecco, fisioterapista italiano il cui interesse per la fascia nacque dall'esperienza clinica e dallo studio dell'anatomia e del tessuto connettivo e fu influenzato proprio dagli studi di Ida Rolf sulla continuità fasciale, dalle ricerche di Travell e Simons sui trigger point e dalle teorie sulle catene muscolari di Mézières e Kabat. Attraverso l'osservazione dei pazienti e la ricerca anatomica, Stecco iniziò a sviluppare l'idea che molte disfunzioni muscolo-scheletriche potessero essere comprese considerando non solo il singolo muscolo o distretto corporeo, ma anche le connessioni tra le diverse strutture.

La fascia è un tessuto connettivo che avvolge e mette in relazione muscoli, organi, nervi, vasi e altre strutture corporee, formando una rete continua tridimensionale. Per molto tempo, nella dissezione anatomica tradizionale, veniva separata o rimossa per rendere maggiormente riconoscibili le singole strutture, contribuendo a una visione più frammentata del corpo. Con il progressivo sviluppo delle tecniche di studio anatomico e una maggiore attenzione alla continuità dei tessuti, la fascia ha iniziato a essere considerata non solo come un



elemento di rivestimento e separazione, ma come una struttura dinamica coinvolta nella trasmissione delle tensioni, nel movimento e nell'organizzazione corporea.

Un momento significativo del suo percorso è rappresentato dalla pubblicazione, nel 1987, di *Sequenze Neuro-Mio-Fasciali e Meridiani Agopuntivi*, nella quale già emerge il confronto tra il modello miofasciale e quello dei meridiani della Medicina Tradizionale Cinese.



Nella recente pubblicazione Agopuntura, medicina occidentale, manipolazione fasciale il confronto tra questi approcci viene ulteriormente approfondito e vi si espongono parallelismi tra i canali dei meridiani e le sequenze mio-fasciali.

Gli studi sulla fascia sono tuttora in evoluzione grazie anche al contributo dei figli di Luigi Stecco, Carla e Antonio, che hanno ampliato la ricerca oltre l'ambito esclusivamente muscolo-scheletrico, esplorando il ruolo del tessuto connettivo nella funzionalità dei vari apparati e organi.

Queste ricerche rappresentano oggi un interessante punto di incontro tra studi anatomici, osservazione clinica, ricerca sul corpo vivente e approccio evidence based. Pur partendo da presupposti differenti, queste prospettive sembrano convergere verso una visione del corpo come sistema interconnesso similmente a

Meridiani Regolari

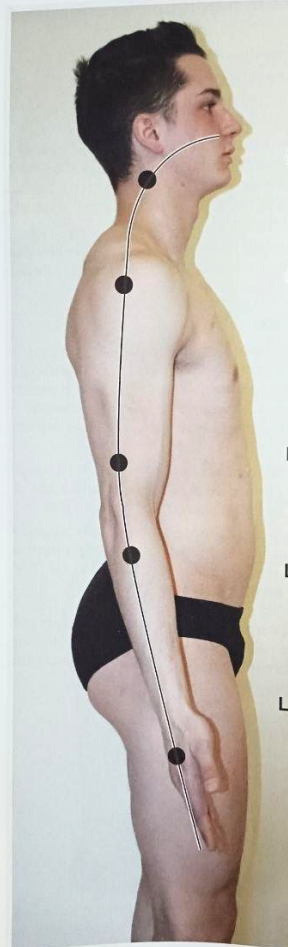


Fig. 2.39. Decorso del meridiano dell'Intestino.

Sequenze Mio-Fasciali

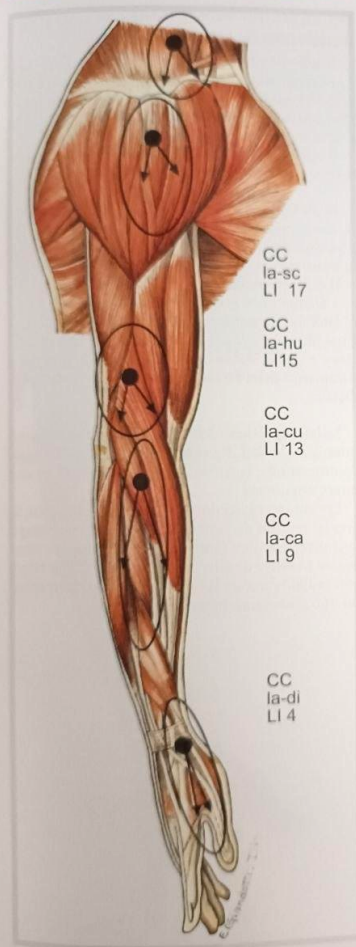


Fig. 2.40. CC delle unità mf di lateropulsione dell'arto superiore. (Da G. Chiarini e L. Bucciante, Istituzioni di ana-

CC Sequenza di lateropulsione dell'arto superiore

La sequenza di lateropulsione dell'arto superiore è formata dalle seguenti unità mf (Fig. 2.40).

L'unità mf di latero-scapola (la-sc) è formata dalle unità motorie innervate dalla radice C6 e disposte nell'omoioideo e trapezio. I vettori formati dalle fibre intrafasciali di queste unità motorie convergono sulla fascia posta sul bordo anteriore del trapezio CC la-sc = LI 17.

L'unità mf di latero-humerus (la-hu) è formata dalle unità motorie innervate dalla radice C6 e disposte nella porzione acromiale del deltoide e del capo lungo del bicipite. I vettori formati dalle fibre intrafasciali di queste unità motorie convergono sulla fascia posta davanti al tubercolo maggiore CC la-hu = LI 15.

L'unità mf di latero-cubito (la-cu) è formata dalle unità motorie innervate dalla radice C6 e disposte nei muscoli brachioradiale ed estensore radiale lungo del carpo. I vettori formati dalle fibre intrafasciali di queste unità motorie convergono nella fascia nel setto intermuscolare laterale CC la-cu = LI 13.

L'unità mf di latero-carpo (la-ca) è formata dalle unità motorie innervate dalla radice C6 e comprese nell'estensore radiale lungo e breve del carpo. I vettori formati dalle fibre intrafasciali di queste unità motorie convergono sulla fascia (CC) e sul setto posto fra i due muscoli estensori del carpo CC la-ca = LI 9.

L'unità mf latero-dita (la-di) è formata dalle unità motorie comprese fra il primo e secondo osso metacarpale, che sono raggiunte da motoneuroni originati da più radici. Sulla fascia che riunisce queste unità motorie troviamo il CC la-di = LI 4.



Esperienze di shiatsu in ospedale

La prima volta che ho proposto lo shiatsu in ambito ospedaliero è stato con E., una giovane donna di 32 anni affetta da spondilite anchilosante. Era giunta al servizio di fisioterapia inviata dal reumatologo dopo che la terapia farmacologica non stava dando risultati sufficienti nella gestione del dolore, divenuto progressivamente invalidante.

Avevo già concluso con lei un ciclo di dieci sedute durante le quali avevo proposto terapia manuale, esercizi di auto-mobilizzazione e rinforzo della muscolatura deficitaria. Tra noi si era instaurata una buona sintonia e la sua compliance terapeutica era ottima: eseguiva con costanza gli esercizi a casa ed aveva un atteggiamento propositivo. Nonostante questo, i cambiamenti ottenuti erano limitati. Dopo il trattamento percepiva benessere e una maggiore sensazione di flessibilità, ma gli effetti tendevano a durare solo alcune ore. Continuava inoltre ad avere frequenti risvegli notturni a causa del dolore nella zona lombo-sacrale e riusciva a camminare per circa mezz'ora prima di doversi fermare per le sensazioni dolorose a livello dell'anca e della colonna.

All'epoca frequentavo la seconda metà del secondo anno di formazione in shiatsu. Dopo aver studiato il percorso e le funzioni della coppia di meridiani Rene-Vescica, mi sono ritrovata a pensare: "Questo devo provarlo su di lei".

Dopo averle spiegato in cosa consistesse lo shiatsu e aver ottenuto il suo consenso, le proposi una seduta nella quale trattai i meridiani di Rene e Vescica.

La settimana successiva E. arrivò raccontandomi con entusiasmo di aver dormito tutte le notti e di essere riuscita ad allungare le proprie camminate fino a un'ora senza doversi fermare per il dolore.

Fu la prima volta in cui mi resi conto della potenza che potevano avere queste tecniche, rimanendo io stessa sorpresa di fronte agli effetti che la paziente riferiva.

Proseguimmo alternando sedute di fisioterapia, trattamenti shiatsu e sessioni di stiramento dei meridiani. Nell'arco di alcuni mesi E. tornò, a suo dire, ad avere "un corpo di cui si sentiva padrona e non più prigioniera", arrivando nuovamente a fare quelle camminate in montagna che tanto le erano mancate.

Non ritengo naturalmente possibile attribuire un cambiamento così significativo esclusivamente allo shiatsu. Il percorso terapeutico era composto da più interventi e il decorso di una patologia cronica è influenzato da numerosi fattori, ma credo che abbia aiutato l'organismo di E. a riacquistare la sua omeostasi.

Nonostante questa prima esperienza positiva, inizialmente ero scettica nell'espormi all'interno dell'ambiente di lavoro e temevo di incontrare resistenze o diffidenza. Gradualmente, però, prima con i colleghi più stretti e successivamente anche con alcuni medici, iniziai a raccontare il mio percorso di formazione shiatsu e dei riscontri che stavo osservando nei pazienti ai quali proponevo queste tecniche.

Nella maggior parte dei casi il confronto venne accolto con curiosità e interesse. Con il tempo, alcuni colleghi hanno iniziato a chiedermi di trattare alcuni dei pazienti che avevano in carico.

Oggi posso dire di aver sperimentato lo shiatsu con le più disparate condizioni cliniche. Uso volutamente il termine "sperimentare", perché i pazienti ricoverati in ospedale presentano spesso limitazioni motorie, dolore, hanno subito interventi chirurgici recenti, e presentano condizioni generali che rendono impossibile riprodurre il trattamento nella modalità con cui viene normalmente presentato "da manuale".

Ho quindi dovuto imparare ad adattare continuamente le tecniche e il setting alle esigenze della singola persona. Il trattamento non poteva essere applicato secondo uno schema rigido: era necessario osservare la persona nella sua globalità, le sue possibilità di movimento, le sue paure, le condizioni cliniche e il modo in cui il corpo rispondeva al contatto. Quando i pazienti non erano in grado di stendersi a terra, adattavo l'ambiente unendo due grandi lettini elettrici da trattamento e utilizzandoli come un futon.

Quello che ho osservato è che, anche in situazioni di grande fragilità, il corpo può accogliere una pressione significativa quando questa viene applicata rispettando alcuni principi fondamentali, come la perpendicolarità e l'utilizzo del peso del corpo dell'operatore. Spesso ciò che rende il contatto poco piacevole o doloroso non è tanto la pressione in sé, quanto la paura di poter fare male all'altro, che porta a un tocco meno stabile e meno efficace.

Riporto il caso di D., una donna di circa 50 anni giunta nel nostro reparto dopo un complesso intervento di neurochirurgia, nel quale un corpo vertebrale gravemente danneggiato era stato sostituito con una protesi in titanio realizzata su misura mediante stampa 3D.

D. conviveva da anni con importanti problematiche a carico del rachide cervicale e lombare, associate a parestesie diffuse agli arti, importanti limitazioni funzionali e dolore neuropatico, solo parzialmente controllato dalla terapia farmacologica. Aveva inoltre già subito un precedente intervento di stabilizzazione cervicale, con fissazione di diverse vertebre mediante placche e viti.

Nel nostro reparto, il sabato vengono trattati alcuni dei pazienti ricoverati e, poiché generalmente sono presenti soltanto due terapisti, può capitare di occuparsi anche di persone che non si seguono abitualmente. In accordo con la terapeuta di riferimento e con la paziente, un sabato decisi di effettuare una valutazione Shiatsu dell'addome e di proporre successivamente un trattamento.

La valutazione dell'addome di D. mi lasciò quasi incredula. Palpando le aree che nella diagnosi Shiatsu vengono riferite ai meridiani di Rene e Vescica, la sensazione era quella di poter sprofondare senza incontrare quasi alcuna resistenza da parte dei tessuti. Con

mia sorpresa, durante il trattamento di questa coppia di meridiani, mi resi conto di poter esercitare una pressione significativa senza evocare dolore nella paziente.

Al termine del trattamento rimasi in silenzio, lasciando a lei la libertà di scegliere quando interromperlo. La vidi commuoversi: le lacrime iniziarono a scorrerle sul viso e, dopo alcuni minuti, mi disse che finalmente aveva la sensazione che fosse stato “ricomposto il puzzle del suo corpo”.

Quella frase mi è rimasta impressa perché racchiudeva, in modo semplice, una riflessione che avevo iniziato a maturare durante la mia formazione: in quel momento sentivo di aver trovato un significato della cura che stavo cercando, non limitato al trattamento della singola struttura, ma orientato a ricomporre la percezione del corpo come un insieme, dove le parti potessero tornare a essere vissute in relazione tra loro.

Un'altra esperienza significativa riguarda un giovane con mielolesione completa e conseguente paralisi degli arti inferiori. Anche con lui, durante diversi incontri, proposi il trattamento dei vari meridiani. Spesso durante le sessioni piangeva e successivamente mi raccontava delle sensazioni che aveva avuto quando trattavo le gambe.

La situazione richiese però una particolare attenzione. Il ragazzo faticava ad accettare il trauma e la nuova condizione e non era disponibile ad accogliere un supporto psicologico. Nel tempo, osservando il rischio che il trattamento potesse alimentare aspettative irrealistiche di “riparazione della parte danneggiata”, decisi di sospendere il percorso Shiatsu e di concentrarmi maggiormente sul lavoro riabilitativo attraverso gli esercizi.

Ho voluto riportare questa esperienza perché ritengo che approcci che coinvolgono il corpo e la mente in modo così profondo possano entrare in contatto con aspetti emotivi importanti. Le reazioni che possono emergere richiedono sensibilità, ascolto e anche la capacità di riconoscere quando è necessario fermarsi, rispettando i limiti della persona e del proprio ruolo terapeutico.

Conclusioni

Naturalmente, un'esperienza clinica individuale non può dimostrare l'efficacia di un trattamento né permette di stabilire un rapporto causale tra una determinata tecnica e un risultato. Il valore di queste esperienze, per me, è stato piuttosto quello di generare riflessioni sul modo di intendere il corpo e la sua cura.

Molte delle condizioni cliniche che incontro quotidianamente sono estremamente complesse e, in alcuni casi, il recupero funzionale o la regressione della patologia non sono realisticamente raggiungibili. Tuttavia, offrire alla persona la possibilità di percepire nuovamente il proprio corpo come un'unità e non soltanto come un insieme di parti compromesse può rappresentare un'esperienza significativa sul piano della consapevolezza corporea e della relazione con sé stessa.

Forse questo è uno degli aspetti più profondi della cura: non sempre significa modificare una condizione patologica; può significare anche esserci per l'altro, accompagnarlo e offrire uno spazio in cui possa ritrovare un rapporto con il proprio corpo, vivere il presente e riconoscersi come persona nella sua interezza.