

*P.Baio, L.Ramaccioni, G.Catania, G.Montani, U.Mosca*

***AIKI SHIATSU E TERAPIA DEI DISTURBI DEL  
COMPORAMENTO ALIMENTARE. Studio Preliminare.***

Anoressia e bulimia vengono classificate nel DSM-IV (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'associazione Psichiatrica Americana) come "disturbi alimentari autonomi" ossia patologie in cui il disturbo alimentare rappresenta il principio organizzatore della patologia stessa.

Sono malattie gravi caratterizzate da disturbi nell'assunzione di cibo, nell'attività fisica, nell'umore, da alterazioni endocrine, metaboliche, provocate da un complesso di cause: biologiche, socioculturali, di dinamiche familiari, di tratti specifici della personalità.

E' evidente che la terapia di tali disturbi si deve basare su un approccio terapeutico multidisciplinare.

A conferma di ciò il Centro per la Prevenzione e la Cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare che opera all'Ospedale L. Sacco si avvale di un gruppo di lavoro costituito da psichiatri, psicologi, dietisti, nutrizionisti.

L'obbiettivo di questo studio era cercare di definire se i trattamenti di Aiki Shiatsu potessero essere efficaci come supporto terapeutico nei pazienti affetti da DCA (disturbi del comportamento alimentare).

A tal fine sono stati comparati due gruppi (di quattro soggetti), uno trattato con shiatsu + psicoterapia di gruppo (sottogruppo A) e uno trattato con la sola psicoterapia di gruppo (sottogruppo B).

Ci siamo trovati ad affrontare vari problemi: di spazio, di tempi, in particolare il nostro intervento non è stato programmato e preparato in precedenza ma è stato deciso quando il gruppo di psicoterapia era già iniziato quindi si è dovuto far scegliere ai componenti del gruppo chi volesse sottoporsi al trattamento shiatsu, non essendo percorribile per la formazione dei gruppi-controllo la strada dell'assegnazione casuale dei soggetti, metodo statisticamente più significativo.

I soggetti del sottogruppo A, oltre a partecipare ai gruppi di psicoterapia, sono stati trattati con sedute di massaggio shiatsu a frequenza settimanale (qualora possibile), per una durata di circa tre mesi.

I due sottogruppi si sono dimostrati omogenei sia nei dati anagrafici che negli indici clinici descrittivi delle patologie (test di entrata) dando così più validità ai confronti successivi.

Perché la valutazione di apprezzabilità dell'intervento shiatsu fosse la più oggettiva possibile cioè si basasse su parametri scientifici e non solo su valutazioni soggettive, sono stati presi in considerazione i test (MMPI, EDI-2, Indice di ansietà) utilizzati dal Centro per la Prevenzione e la Cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare, dove è stato effettuato questo studio.

Il test **MMPI** è un test che permette di definire un profilo di personalità globale, è costituito da una serie di 566 item e valuta l'aspetto cognitivo comportamentale della persona.

I punteggi dei pazienti vengono trasformati con calcoli statistici in punti T. La popolazione di controllo è una popolazione normale con valore di riferimento indicato in T 70.

Le dimensioni cliniche considerate sono:

- Hs = ipocondria
- D = depressione
- Hy = isteria
- Pd = deviazione psicopatica
- Mf = mascolino-femminilità
- Pa = paranoia
- Pt = psicastenia
- Sc = schizofrenia
- Ma = ipomania
- Si = introversione sociale

Dall'elaborazione dei dati del test MMPI si ottiene l'**Indice di Ansietà** (Welsh, 1952), altro parametro da noi considerato.

I valori medi di riferimento relativi all'indice di ansietà sono:

valore medio italiano per pazienti normali 45.72

valore medio italiano per pazienti psichiatrici 62.49

Il test **EDI-2** è un test specifico per i problemi alimentari e quindi dà un profilo del paziente relativamente ai disturbi alimentari.

Le dimensioni considerate sono.

- IM = impulso alla magrezza
- BU = bulimia
- IC = insoddisfazione del corpo
- IN = inadeguatezza
- P = perfezionismo
- S = sfiducia interpersonale
- CE = consapevolezza enterocettiva
- PM = paura della maturità
- ASC = ascetismo
- I = impulsività
- IS = inadeguatezza sociale

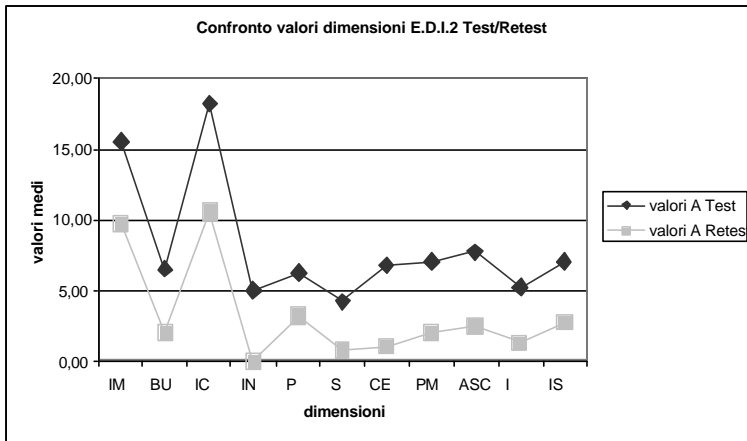
Per l'indice E.D.I.2 i valori max e min delle dimensioni sono i seguenti:

Dimensioni	IM	BU	IC	IN	P	S	CE	PM	ASC	I	IS
valore massimo	14,7	6,7	16,0	13,0	9,0	8,0	13,9	9,5	11,5	11,8	10,1
valore minimo	12,0	5,0	13,0	9,0	6,5	5,9	10,5	7,0	8,5	8,0	7,5

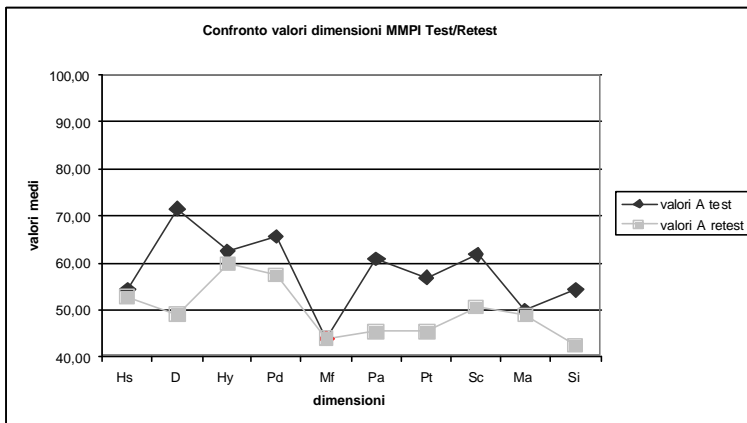
### ANALISI DATI

Dapprima siamo andati a confrontare le medie degli indici pre e post trattamento, nelle varie dimensioni cliniche considerate, nel singolo sottogruppo ottenendo così un'indicazione di efficacia o meno dell'intervento stesso.

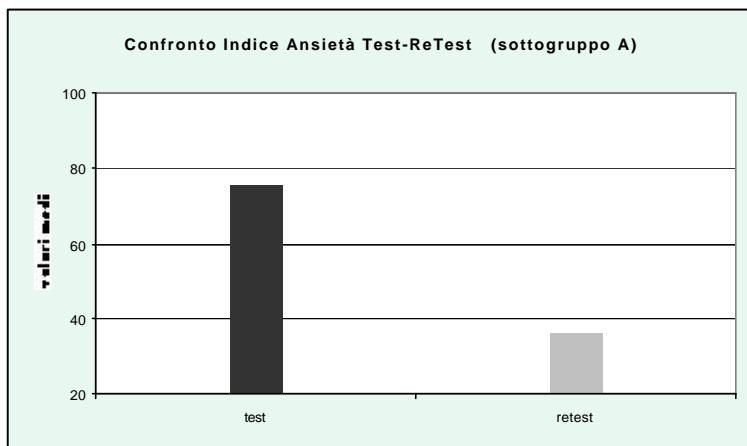
I grafici sottostanti rappresentano le **variazioni tra test e retest nel sottogruppo A**, dimostrando nel test EDI 2 (grafico 1) un miglioramento di tutti gli indici (11/11), nel MMPI un miglioramento di 9/10 (grafico 2), nel test di ansietà un miglioramento del 51,6% (grafico 3), dimostrando una precisa efficacia di trattamento.



(grafico 1)



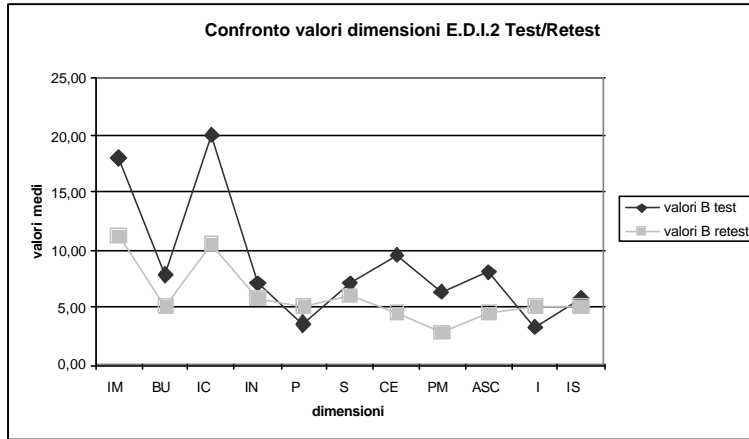
(grafico 2)



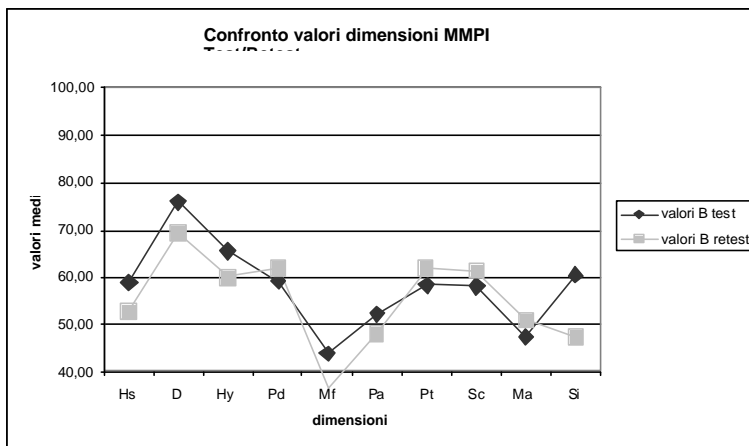
(grafico 3)

**Il confronto tra test e retest effettuato nel sottogruppo B** evidenzia scostamenti minori e meno uniformi:

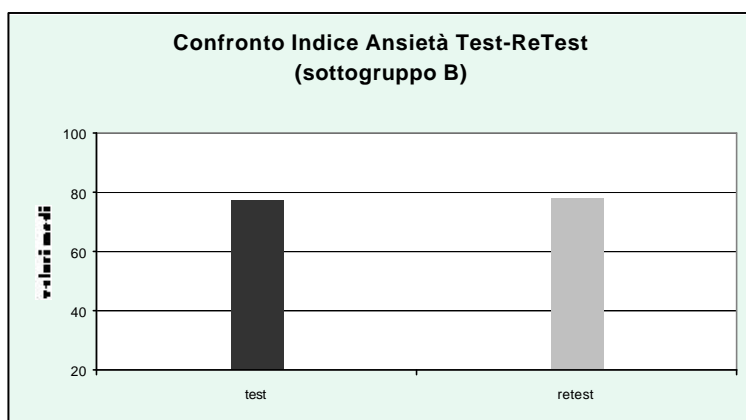
nel test EDI 2 si rilevano 9 miglioramenti e 2 peggioramenti (grafico 4), nel test MMPI 6 dimensioni migliorano e 4 peggiorano (grafico 5), il test di ansietà dimostra un peggioramento del 1% (grafico 6).



(grafico 4)



(grafico 5)

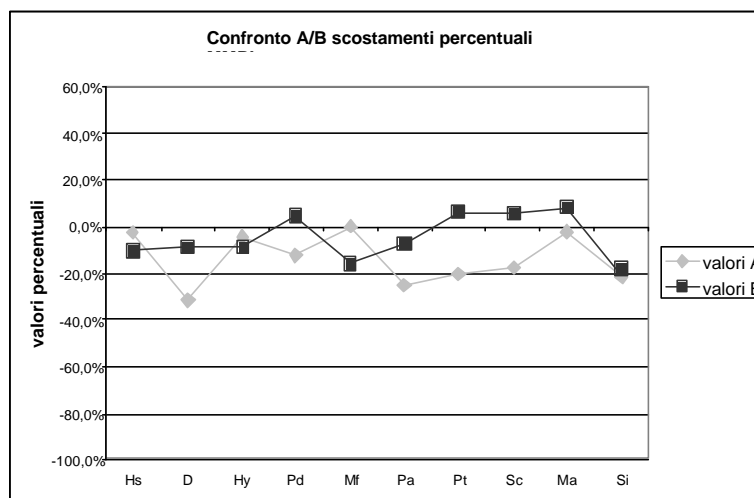


(grafico 6)

**Il confronto tra i due sottogruppi** è il cuore della ricerca in quanto permette di verificare se sia registrabile una differenza di efficacia tra l'intervento shiatsu + psicoterapia di gruppo e l'intervento tradizionale di sola psicoterapia.

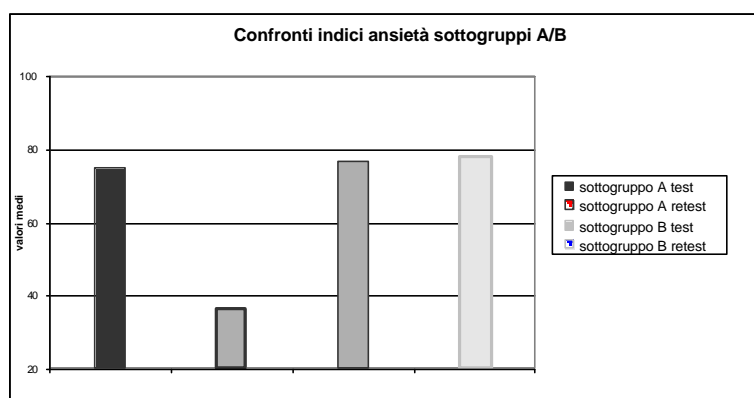
I grafici degli scostamenti percentuali (Retest-Test / Test) sottoriportati dimostrano:

- nel caso dell'indice E.D.I.2 (grafico 7), un'area di miglioramento decisamente chiara e apprezzabile per il sottogruppo A, meno chiara e con dimensioni crescenti (quindi peggioramenti) per il sottogruppo B
- nel caso dell'indice MMPI si rileva una maggiore difficoltà di intervento per entrambi i sottogruppi, in ogni modo gli scostamenti percentuali pur essendo inferiori a quelli dell'indice E.D.I.2, evidenziano un'area di miglioramento del sottogruppo A visibilmente significativa (grafico 8).



(grafico 8)

Per quanto riguarda l'indice di ansietà inizialmente si registravano valori medi "omogenei", dopo i trattamenti i valori sono significativamente differenti, quasi a segnalare, col - 50%, l'efficacia decisa del trattamento shiatsu nel creare le condizioni basilari per qualsiasi intervento terapeutico (grafico 9).



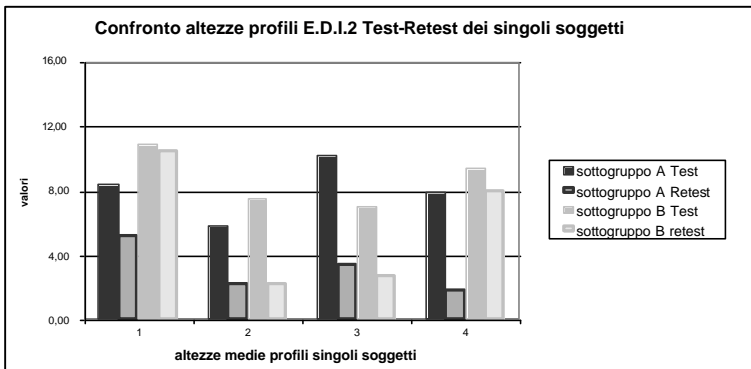
(grafico 9)

Successivamente ci siamo chiesti se, nonostante l'esiguità dei dati, fosse possibile rilevare una valutazione "di miglioramento" del singolo soggetto (**profilo del singolo**) attraverso l'indice di gravità globale MMPI (altezza media del profilo M.M.P.I.) e l'altezza media del profilo E.D.I.2 (come medie aritmetiche, non corrette dal fattore statistico K, delle singole dimensioni).

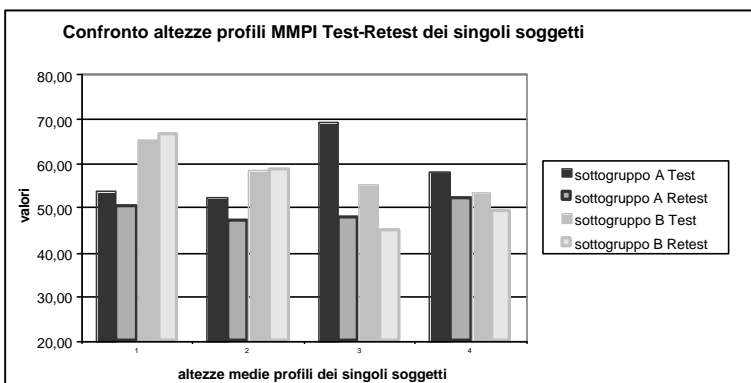
Pur con tutte le cautele del caso l'impressione che se ne ricava è quella di scostamenti leggibili molto più chiari soprattutto per i profili E.D.I.2, dove gli scarti sono nel senso del miglioramento decisamente più consistente e inequivocabile per il sottogruppo A (grafico 10).

Nei profili MMPI, dove gli scostamenti test-retest sono meno rilevanti, due soggetti del sottogruppo B hanno indici in peggioramento (grafico 11).

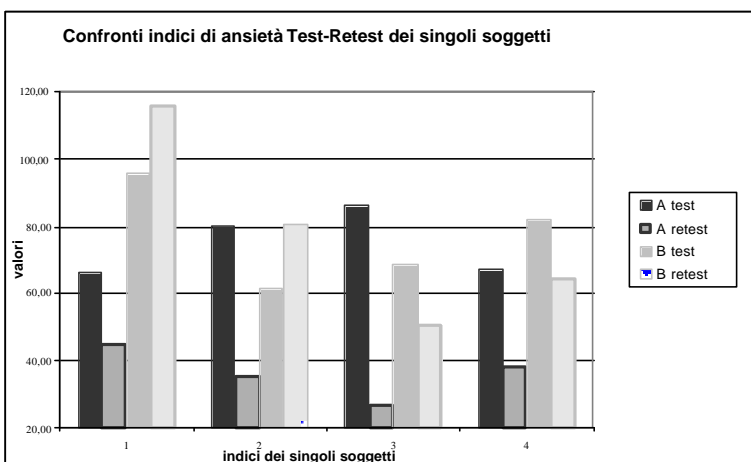
Una valutazione analoga la si ricava dalla osservazione comparata degli indici di ansietà dei singoli soggetti decisamente a favore del sottogruppo A, per altezza dei valori di scostamento e sempre migliorativi, mentre nel sottogruppo B due soggetti hanno indici crescenti (grafico 12).



(grafico 10)



(grafico 11)



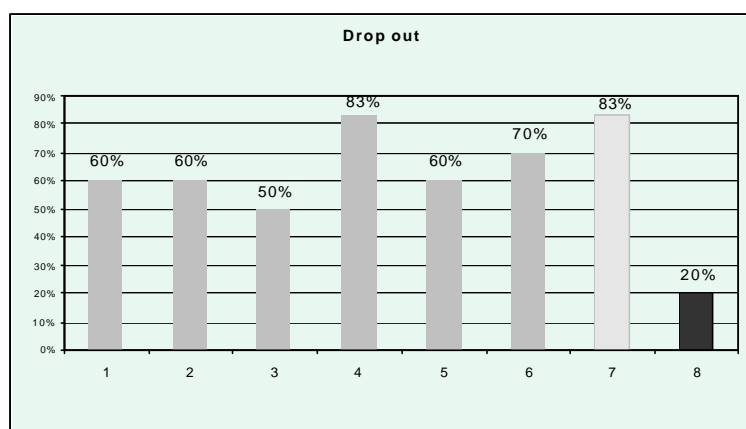
(grafico 12)

I risultati confermano quindi che è corretto parlare di efficacia del trattamento shiatsu come supporto alle terapie istituzionali alle quali può essere utilmente affiancato per aumentarne l'efficacia.

Lo shiatsu inoltre si è dimostrato, per lo meno in prime battuta, un importante ausilio per aiutare le pazienti ad affrontare momenti fortemente stressanti così da poterle aiutare a portare a termine il lavoro di psicoterapia.

A conferma di quanto affermato vi è la valutazione che si può trarre dall'analisi dei dati di drop out (forniti dall'ospedale) relativi ai 6 gruppi di psicoterapia che precedevano il gruppo da noi considerato (colonne 1-6). I valori di drop out del sottogruppo B sono registrati nella colonna 7, quelli del sottogruppo A (trattato con lo shiatsu) sono registrati nella colonna 8.

Tali dati sono visibili nel grafico 13:



(grafico 13)

La media dei drop out è del 64 % con scostamenti da un minimo del 50 ad un massimo del 83 %. Il sottogruppo B ( solo psicoterapia ) con l'83% si colloca all'interno delle rilevazioni precedenti (dimostrando la validità del campione) mentre nel sottogruppo A, trattato con lo shiatsu, il risultato di drop out del 20% è fortemente migliorativo ed esterno (di rottura) alle medie storiche.

Al di là dell'aspetto propriamente energetico c'è nello shiatsu un aspetto di relazione, rispetto della persona, aiuto, accudimento, che sicuramente ha contribuito a conseguire i risultati positivi che abbiamo registrato.

Lo shiatsu è una terapia che usa un linguaggio corporeo, proprio il linguaggio più difficile per pazienti che presentano difficoltà di relazione con il corpo, che hanno una percezione del sé alterata, che non sentono il corpo e lo spirito come unità, anzi il corpo non lo percepiscono "realmente" e talvolta lo disprezzano e lo odiano.

Nello shiatsu vi è un esplicito accudimento del corpo, luogo che, nei disturbi del comportamento alimentare è vissuto come nemico da tenere con rispetto ma che non deve né crescere né rafforzarsi: tutto ciò determina un implicito paradosso.

Per questi motivi abbiamo prima di tutto dovuto sviluppare strategie relazionali che potessero fare accettare alle nostre pazienti un trattamento come lo shiatsu che comunica col corpo e interviene proprio sul corpo, da loro tanto temuto, aggirando così il paradosso sopracitato.

Importante era quindi rispettare il loro corpo, non esser invasivi, effettuare pressioni molto delicate, così da conquistare la loro fiducia in modo da assumere la funzione di mediatori tra due dimensioni del loro sé in conflitto: l'io e il corpo.

A questo punto si rende necessario introdurre delle valutazioni critiche su alcuni probabili errori commessi.

Delle cinque pazienti da noi trattate una ha abbandonato sia la psicoterapia che lo shiatsu.

Per ottenere la fiducia delle pazienti è importante, soprattutto trovandoci di fronte a persone con tratti caratteriali orali, mantenere la stabilità del terapeuta.

Nel caso della paziente che ha “droppato”, per motivi puramente tecnici ( assenza di un terapeuta), la ragazza è stata trattata nelle sue prime tre sedute da tre persone differenti. (1° fattore da considerare).

Altro aspetto importante è che le anoressiche e bulimiche rifiutando il corpo rifiutano anche tutto ciò che è relativo ad esso: compresa la sessualità intesa come rifiuto della maturità sessuale e di tutto ciò che questa comporta.

Nelle prime sedute la paziente è stata trattata da un terapeuta maschio, il che avrebbe richiesto una gestione attenta della situazione. (2° fattore da considerare)

Fattore ancora più grave è che si sono succeduti due diversi terapeuti maschi il che ha voluto significare una completa mancanza di gestione della relazione. (3° fattore da considerare).

Per quanto riguarda **l'aspetto energetico** il nostro intervento è stato indirizzato a migliorare sia i sintomi comuni alle varie pazienti e quindi più probabilmente caratteristici della patologia, sia i sintomi particolari che le pazienti hanno manifestato al momento della raccolta anamnestica.

Energeticamente, in tutti i soggetti abbiamo riscontrato

- **un ristagno cronico di qi di F** con conseguente depressione e sbalzi d'umore, tensioni al seno premenstruali, talora con risalita di yang di F (rabbia ed aggressività, acufeni )

- **carezza della M** con alterazione della sua funzione di trasporto e trasformazione

(gonfiore e pesantezza agli arti, digestione lenta e faticosa, sonnolenza post-prandiale) .

In alcuni casi la Milza era compromessa anche nella sua funzione di contenimento del sangue

(in un caso emorroidi e fragilità capillare) e di sede del pensiero ( difficoltà di concentrazione e memoria).

- **carezza di Rene** confermata da una generale debolezza dei polsi in posizione di piede. ( i sintomi erano vari da lombalgia, a dolori alle ginocchia, carie, acufeni, freddolosità estrema, miopia, edemi alle caviglie)

Tutte le pazienti presentavano una respirazione apicale, bloccata in espirazione, i trattamenti sono stati indirizzati quindi ad una rieducazione respiratoria, eseguita con molta delicatezza così da ottenere sia un rilascio delle tensioni della muscolatura del collo, sia un miglioramento degli stati emotivi.

La riattivazione dei muscoli addominali è inoltre importante nel recupero delle informazioni propriocettive, determinanti per la costruzione dell'immagine corporea.

Il trattamento energetico era mirato da un lato ad una forte tonificazione di R e M / S per eliminare i ristagni, ristabilire una corretta funzione di M, eliminare l'umidità e sciogliere il flegma tonificando sia gli shu del dorso che i meridiani delle gambe, dall'altra i nostri interventi sono stati indirizzati a riequilibrare e drenare il F per favorire una migliore circolazione del Qi, allentare la depressione e gli sbalzi d'umore, calmare il cuore e lo shen.

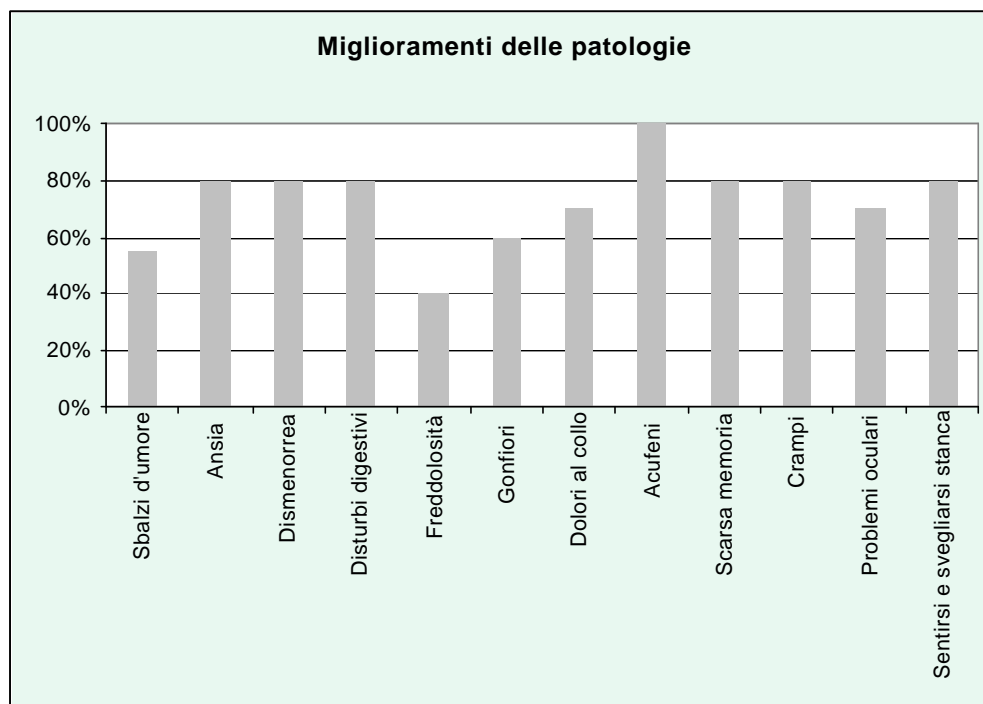
A tale scopo il trattamento verteva sul riequilibrio del TF medio con quello Inferiore, sul trattamento ADA per scaricare Fegato e sui meridiani yin del braccio per calmare Cuore e lo Shen.

Importante era trattare il punto V 47 "porta dello Hun" che è usato per i problemi emozionali correlati al F e regola il Qi di F e radica lo Hun e Pericardio 6 ( punto indicato nella stasi di Qi dovuta a problemi emozionali).

In tutte le pazienti si è registrato un sostanziale miglioramento dei sintomi presentati al momento della raccolta anamnestica.

Per dare una lettura utile abbiamo estratto i sintomi statisticamente rilevanti cioè presentati da almeno il 50% delle pazienti e rilevato le relative performance.

I miglioramenti complessivi nelle varie patologie si possono apprezzare nel grafico 14



(grafico 14)

Osservando le singole patologie si può notare che l'andamento è sostanzialmente omogeneo attorno alla media del 70% con due sintomi significativamente differenti (freddolosità 40% e sbalzi d'umore 55%) anche se collocati nel quadro di miglioramento.

Al sostanziale miglioramento dei sintomi non fa riscontro però un identico miglioramento degli altri parametri energetici come i polsi e la lingua, soprattutto se si parla di miglioramenti stabili nel tempo.

Si può ipotizzare che per incidere su patologie come i DCA in cui lo squilibrio energetico è di vecchia data ( di solito le pazienti si rivolgono all'ospedale dopo anni di malattia) sia indispensabile intervenire anche sul piano alimentare e fitoterapico.

Sarebbe stato utile quindi dare indicazioni energetiche sulla dieta ma ci siamo astenute sia perchè nell'equipe ospedaliera è già prevista la figura del nutrizionista e del dietologo, sia per non creare incertezze nelle pazienti sia perchè avremmo

introdotto una ulteriore variabile che avrebbe reso più difficile la valutazione di partenza oggetto della tesi.

Riteniamo comunque che, sia i positivi mutamenti verificati negli indici dei test utilizzati dall'ospedale Sacco, che i miglioramenti registrati nei sintomi riferiti dalle pazienti, ci possano far concludere che l' Aiki Shiatsu è una terapia che può essere utilmente affiancata alle terapie istituzionali nella cura dei DCA, aumentandone di molto l'efficacia.

Il nostro lavoro si è quindi confermato come uno studio preliminare che apre la strada ad un intervento di approfondimento successivo da effettuare su un numero più elevato di pazienti, seguiti per molto più tempo con accurati follow up.