



GLI SPECCHI DELL'ANIMA

LA BULIMIA NERVOSA

Maura Medda

Matricola 0200

Relatore

Gino Soldera

INDICE:

PREMESSA	pag. 4
CAPITOLO 1	
AUTOBIOGRAFIA: “Diario di una “bulimica”	pag.9
INTRODUZIONE	pag.11
LA BULIMIA NERVOSA	pag.13
ESORDIO, DECORSO E POSSIBILI CAUSE DELLA BULIMIA NERVOSA	pag.17
COSTRUTTI PSICOPATOLOGICI NELLA BULIMIA NERVOSA	pag.19
EVIDENZE NEUROSCIENTIFICHE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	pag.20
BULIMIA NERVOSA: TRATTAMENTI ALLOPATICI	pag.27
CAPITOLO 2	
FATTORI PREDISPONENTI	pag.29
FATTORI PRECIPITANTI	pag.33
MOTIVAZIONE ALL’ALIMENTAZIONE	pag.36
CAPITOLO 3	
BULIMIA NERVOSA: APPROCCIO NATUROPATICO	pag.42
LA MALATTIA COME PERDITA DI EQUILIBRIO	pag.44
DUE PAROLE SUL PERCORSO CON GIULIA	pag.46
LA MEMORIA CELLULARE	pag.51
LA TECNICA METAMORFICA E IL RITORNO ALLA VITA PRENATALE	pag.55
BULIMIA NERVOSA E MEDICINA CINESE	pag.66
BULIMIA E RIFLESSOLOGIA PLANTARE	pag.72
RIEQUILIBRIO EMOZIONALE: LA FLORITERAPIA	pag.75
IL RESPIRO: IL NOSTRO PRIMO NUTRIMENTO	pag.78
TESTIMONIANZA DI GIULIA	pag.88
CONCLUSIONE	pag.91
RINGRAZIAMENTI	pag.92



PREMESSA

Ho trovato nell'opera di Picasso, "La ragazza davanti allo specchio" un'immagine consona al tema che tratterò: LA BULIMIA NERVOSA.

La motivazione che mi spinse ad osservare meglio questo argomento, nacque durante il secondo anno di accademia di Naturopatia nel quale, oltre al tirocinio di formazione, promuovevo i trattamenti integrati come personale acquisizione senza scopo di lucro a parenti ed amici.

Fu così che Giulia si rivolse a me tramite un'amica comune e mi accostai per la prima volta alla bulimia; ancora acerba di tutte le conoscenze accademiche e del mondo nascosto dietro a questa patologia, decisi comunque di approfondire, fare ricerca e mettere a servizio le conoscenze di cui disponevo in quel momento senza nessuna aspettativa.

La realtà bulimica è un tema sempre più emergente nella società odierna.

Nella cultura occidentale il corpo svolge da sempre un ruolo centrale nel rappresentare quello che dovrebbe essere l'idea di bellezza, **l'impressione è che l'immagine acquisti valore assoluto rispetto all'essere e risulta invece sfocata l'importanza del corpo come mezzo per vivere al meglio questa esistenza connessa allo spirito.**

Il modo in cui appariamo agli altri fisicamente ed esteticamente è diventato fondamentale: si pensi, ad esempio, al corpo femminile la cui bellezza e attrattiva costituiscono i tratti specifici della femminilità; si tratta ovviamente di ideali costruiti socialmente e culturalmente e in continua evoluzione.

Dagli anni '70 assistiamo al diffondersi del modello di donna sempre più esile, la magrezza viene celebrata insieme al rigido controllo del peso mentre la formosità viene svilita e definita non salutare e brutta; oggi i social media sembrano incoraggiare e concentrarsi fortemente su questi aspetti promuovendoli come verità assolute, il condizionamento globale fa in modo di allontanarci dalla nostra vera immagine, unica e irripetibile, ovvero da tutte quelle caratteristiche intrinseche e personali che distinguono un individuo dall'altro.

Lo scopo di questo lavoro, attraverso l'esperienza fatta insieme a Giulia e la sua testimonianza, è dare un contributo nel collettivo alle preziose ricerche della medicina e della psicologia sull'argomento in simultanea all'approccio naturopatico applicato, al fine di unire tutte le conoscenze e darci la possibilità di osservare lo specchio della vita con occhi diversi.

Ma che cos'è uno specchio?

Uno specchio per definizione è qualcosa che ha un'area che riflette ciò che gli si trova davanti, immagini e luci.

Quando parlo di specchio dell'anima o parlo di specchio psicologico mi riferisco alla realtà che circonda l'individuo.

Il mondo può essere paragonato ad uno specchio che riflette i nostri contenuti più nascosti.

Jung in particolare, si riferiva alla legge dello specchio in termini di ombra e proiezione: ovvero ogni persona proietta all'esterno, in modo del tutto inconscio e involontario, aspetti di sé stesso non accettati o estranei. In parole un po' più semplici potremmo dire che la Legge dello specchio non è altro che il riflesso di ciò che abbiamo dentro, sia di aspetti positivi, ma anche di aspetti negativi. Proprio per questo motivo, se vogliamo essere felici non dobbiamo cercare la felicità all'esterno, ma dentro noi stessi. Questo discorso ovviamente non vale solo per la felicità, ma anche per tutti gli altri sentimenti.

Potremmo dunque dire che quello che del mondo ci piace in realtà rispecchia aspetti di noi stessi che abbiamo integrato e che ci provocano emozioni e sensazioni positive, al contrario, ciò che invece del mondo ci urta e dà fastidio, riflette una realtà più profonda che ci appartiene e che ancora non siamo riusciti ad accettare ed integrare.

La vita che ci è stata donata ne è la prova e sarebbe un vero e proprio peccato sprecarla pensando solo agli aspetti negativi. Non esiste nulla di brutto né nel mondo e né in noi stessi, basta solo riuscire a comprendere ed integrare.

Se riflettiamo un attimo tutto ciò potrebbe rivelarsi un potentissimo e incredibile strumento di valutazione di sé, accessibile e immediato: il mondo che ci circonda, soprattutto le persone che gravitano intorno, le situazioni del proprio quotidiano, familiare o sconosciuto che sia.

Cosa significa tutto questo?

Che ognuno di noi ha la possibilità di scorgere parti di sé più o meno gradevoli attraverso gli stimoli esterni.

Per approfondire questo discorso abbiamo bisogno di una premessa, per comprendere a pieno il concetto di specchio.

La teoria dello specchio di Jacques Lacan ci aiuta a comprendere questo fenomeno.

Secondo l'autore, la costruzione della nostra identità personale si produce tramite la ricezione di noi stessi negli altri. In questo modo i rapporti che manteniamo con gli altri sono riflessi o proiezioni di aspetti della nostra personalità che ci piacciono o meno.

Cosa dice la teoria dello specchio?

Così come ci sono parti del nostro corpo e della immagine che non ci piacciono quando ci guardiamo allo specchio, non accettiamo neanche alcuni aspetti della nostra personalità. Troviamo negli altri certi riflessi che non gradiamo, poiché si tratta di tutto il materiale represso dal nostro inconscio.

In qualche modo, dunque, alcune delle caratteristiche che ci piacciono meno degli altri le ritroviamo in noi, anche se in forma simbolica. Quello che non gradiamo degli altri è in parte anche quello che non gradiamo di noi stessi. Proiettiamo di continuo una parte di noi.

La teoria dello specchio, dunque, è una visione che propone un diverso approccio e una differente, possibile risposta alla domanda: perché mi accade tutto ciò?

Poiché in generale abbiamo difficoltà a identificare le nostre ombre e persino le nostre virtù, la vita ci regala relazioni per mostrarci direttamente cosa risiede in noi. L'altra persona ci fa solo da specchio, riflettendo la nostra immagine e dandoci la possibilità di ritrovare noi stessi.

Non si cura tutto con un cerotto. Quando ci feriamo, prima di tutto, esprimiamo il nostro dolore e spesso è proprio il nostro corpo a mandarci i segnali attraverso sintomi fino ad arrivare ad una possibile malattia.

Abbiamo sofferto tutti più di una ferita emotiva, emozioni, sentimenti, pensieri e modi di agire sorti nell'infanzia o in uno o diversi momenti dolorosi della nostra vita e siamo divenuti prigionieri di queste emozioni mantenendole chiuse dentro di noi. Quando dimentichiamo le nostre ferite, queste finiscono per divenire parte del nostro inconscio influenzando i nostri pensieri, stati d'animo e comportamenti. Il nostro benessere deriva dalla trasformazione di queste emozioni e vecchi modi di pensare in saggezza ed esperienza, così che ci servano da impulso per superarci.

Riconoscere i punti da dover elaborare non è sempre piacevole o facile e per questo motivo creiamo delle protezioni, una di queste protezioni è l'Ego.

Ma che cos'è esattamente l'ego?

Nelle tradizioni medio-orientali, nel sufismo e nelle scuole che utilizzano l'ENNEAGRAMMA come sistema di studio dell'uomo, la paura come insicurezza ontica (originaria) nasce dalla perdita del ricordo di sé, della propria provenienza e della propria destinazione, conseguenti all'incarnazione e alla nascita. L'anima incarnata, a causa della limitatezza della struttura organica che la ospita, non ha

più memoria di nulla di ciò che c'era e che lei era prima. Soverchiata dai bisogni di sopravvivenza della carne, la coscienza individuale perde di vista il senso di pace e di unità con il tutto, e viene dominata dalla paura. Si vengono così a instaurare quelli che la psicoanalisi chiama meccanismi di difesa. Ci si sente separati, soli e bisognosi di tutto dall'esterno. Non avendo chiara l'identità e la nostra vera natura, sopraffatti dal bisogno di proteggerci e dal bisogno d'amore e di appartenenza, finiamo con il costruirci un ego, un'immagine costruita di noi con cui ci identifichiamo. Sviluppiamo così seduttività ed attaccamento all'immagine che gli altri hanno di noi, e cerchiamo di proteggerla dal vuoto, dal giudizio e dal rifiuto altrui, dimenticandoci del vero sé e della ricerca di ciò che veramente siamo. Così la paura antica, da un lato trova conferma nel fatto che ciò che sentiamo possa mettere a rischio la nostra sopravvivenza, la nostra sicurezza, il soddisfacimento dei bisogni materiali, dall'altro si arricchisce dei timori e delle angosce che minacciano la nostra immagine, il ruolo, i legami affettivi.

Da un punto di vista psicologico, l'Ego si può definire come una struttura complessa che guida i nostri modi di pensare, di comportarci, di esternare o meno le emozioni. Nel linguaggio comune viene chiamato anche **personalità** o **carattere**. Questa struttura si costruisce nell'infanzia, dal momento in cui il cervello si sviluppa dal punto di vista cognitivo: sulla base degli insegnamenti e dei comportamenti degli adulti di riferimento, impariamo alcuni "schemi" di pensiero che poi pian piano si cristallizzano fino a diventare la nostra personalità.

Cerchiamo di approfondire che cos'è l'Ego per riuscire a comprendere meglio cosa significa.

Ognuno di noi tende a "definirsi" in molti modi, cioè a percepire un senso di identità nel momento in cui attribuisce a se stesso una serie di caratteristiche, ruoli di appartenenza e visioni del mondo. In particolare, possiamo cercare di definire l'Ego attraverso i seguenti punti:

- **caratteristiche della personalità:** molte definizioni che diamo a noi stessi fanno parte del nostro ego; diciamo di noi stessi che siamo timidi, siamo gelosi, siamo irascibili, siamo ansiosi, siamo possessivi ecc. Ogni volta che ci definiamo, creiamo un limite alla nostra grandezza e ci identifichiamo nella nostra struttura della personalità;
- **ruoli di appartenenza:** il nostro Ego ha bisogno di sentirsi parte di qualcosa, per cui spesso ci troviamo a dire di noi stessi che "siamo" un ruolo: siamo madri, donne, uomini, compagni, figli, ingegneri, insegnanti, cattolici, juventini ecc. All'interno di ogni ruolo noi abbiamo sviluppato delle convinzioni su come dobbiamo comportarci per essere "bravi" dentro quel ruolo, pertanto tenderemo a forzarci per poter adempiere al massimo a queste convinzioni;
- **visioni del mondo:** all'interno dell'Ego si nascondono molteplici credenze su come "deve essere" qualche aspetto del mondo; sono i nostri credo mentali che ci guidano nelle scelte e

nelle valutazioni della vita. Se crediamo che sia giusto prevaricare sugli altri, questo credo guiderà le nostre azioni.

L'Ego dunque è un sistema di forme-pensiero con il quale siamo fortemente identificati.

Vale a dire che siamo convinti di essere tutto ciò in cui crediamo. È come aderire ciecamente ad una programmazione che abbiamo ricevuto da piccoli.

Vivere un'intera vita dallo spazio dell'Ego ci impedisce di riconoscere chi siamo veramente. L'Ego è come un tappo che tiene sedate le nostre vere qualità, aspirazioni, caratteristiche insite nella nostra anima. Però l'Ego è anche necessario per relazionarci in una società che di fatto si basa sul giudizio e sulle forme apparenti. Il problema infatti non è l'Ego in sé, ma la forte identificazione con esso, e quindi l'inconsapevolezza che ne deriva. L'unica via per dis-identificarci dall'Ego è illuminarlo con il fuoco della Presenza. Attivare nella nostra coscienza uno spazio di osservazione vigile, di non-reazione, ci permette di riconoscere i meccanismi automatici della nostra personalità, in modo da poter scegliere di agire o di pensare da uno spazio più autentico, dal nostro Essere profondo.

Dunque **la chiave non è eliminare l'Ego**, visto che è comunque un programma mentale registrato nel nostro inconscio, bensì **imparare a riconoscerlo** per poter scegliere come e quando usarlo in modo funzionale.

Quando dentro di noi le cose trovano il giusto posto, il riflesso di ciò che è fuori cambia, semplicemente perché cambia il modo in cui noi osserviamo e percepiamo la realtà.

Il mondo non smetterà improvvisamente di essere egoista e crudele, ma noi avremo smesso di lottare contro questo mondo e saremo in grado di trovare le chiavi per ottenere la nostra felicità e centratura anche in mezzo al Caos più totale.

CAPITOLO 1

AUTOBIOGRAFIA: “Diario di una bulimica”

“...tu non sai quanta solitudine e quanta vergogna si prova con la testa piegata sul water per vomitare. Nessuna sa o finge di non sapere.

È un momento di immensa solitudine, concentrato sul rifiuto di tutto, mentre i polmoni bruciano insieme all'esofago e la gola sembra strangolarti per l'innaturalità del gesto.

Mi sono riempita di cibo perché il vuoto era insopportabile. Mentre mangiavo ero come in trance, un animale primitivo che morde e ingoia, soprattutto ingoia, mette dentro, sente che il vuoto si riempie, sente che è troppo, sente che è immondo e si fa strada un senso di sporco, di peccato e di vergogna.

Non serve più nemmeno sollecitare la gola con le dita. Basta piegarsi e aprire la gola come in un grido muto ed ecco il suono osceno del rigurgito, la voce sgangherata del rifiuto, se il diavolo ha una voce quello dev'essere il suo timbro.

Poi ti risollevi dalla tua oscenità tutto è tornato come prima, prima di mangiare, prima di sporcarsi, prima del vomito. Il tempo si è riavvolto all'indietro. Tutto è come prima tranne la vergogna che il segreto segnala e nasconde.

Ho una mappa mentale di tutti i bagni di Milano. Organizzo i miei incontri, gli aperitivi su questo schema.

Anche di questo mi vergogno. I bagni devono essere ben nascosti, nessuno nelle vicinanze. I migliori sono i bar ed i ristoranti che hanno il bagno lontano, nel sottoscala. Ho sempre paura che mi sentano. Ho sempre vergogna, ho sempre bisogno del segreto e di luoghi segreti.

Nel bagno ci deve essere un lavandino perché quando tutto è finito devo sciacquarmi bene. Mi lavo sempre i denti. Nelle mie borse non manca mai uno spazzolino da viaggio, quello che si monta ed ha un piccolo dentifricio nell'involucro. Ho paura che si senta l'odore del vomito, non mi avvicino troppo.

Non posso usare le mentine. Non sopporto nemmeno una caramella, inquinerebbe il senso di pulizia e di perfezione che ho ottenuto con il vomito. Se mangio una caramella devo riprendere a mangiare per riempirmi fino ad espellere di nuovo tutto, insieme alla caramella.

Nego e nascondo a me stessa questa topografia segreta dei bagni che condiziona i miei spostamenti.

Perciò non amo i luoghi nuovi che non ho potuto esplorare. Se sono proprio costretta appena arrivo vado in bagno. Valuto se mi posso permettere di vomitare in sicurezza. Solo allora mi posso permettere l'aperitivo con tutti gli stuzzichini di cui abuso e poi via a vomitare.

A casa è diverso. Mi approvvigiono in luoghi diversi. Ho bisogno che la casa sia piena di cibo. Le mie orge sono senza limiti, mangio fino a scoppiare e poi mi libero con il vomito. Tutto torna come prima.

Non so più che sapore hanno i cibi. Sono corpi che sbrano. Sono come grossi gomitoli di stoppa che servono per occupare spazio. Non è fame né golosità. È riempimento. È lotta contro il vuoto. Il vuoto non è fame. È ineffabile.

La parola vuoto è abbastanza simile a ciò che si prova. È come il freddo senza freddo, solitudine accompagnata dall'impulso al ritiro nel convincimento che nessuno può soddisfare questo bisogno. È vuoto e desiderio di vuoto perché ciò che lo potrebbe riempire è una mela avvelenata.

Nasce così il primo equivoco che porta nella direzione di ingozzarsi. Una erronea percezione del vuoto seguita da un erroneo rimedio. Il riempimento si fa osceno e sporco. C'è la sensazione di essere contaminati e corrotti. Non è solo paura di ingrassare. Anche questo è un equivoco.

La paura di ingrassare è il simbolo di una trasformazione indesiderata e temuta. È troppa la paura di ingrassare e viene vissuta come se dovesse accadere in un'istante, proprio come in un avvelenamento. Ecco perché occorre liberarsi subito di ciò che si è ingurgitato”.

INTRODUZIONE

L'atto della nutrizione ha svolto un ruolo fondamentale sin dai primi giorni della nostra vita.

È il gesto simbolico con cui la nostra figura materna di riferimento ci ha accolti a sé, ha iniziato a prendersi cura di noi, mostrandoci affetto e dedizione.

Con il passare degli anni ci siamo sostituiti a lei ed abbiamo imparato a conoscere il nostro corpo e a nutrirlo in base alle sue esigenze.

Lo abbiamo visto crescere ed abbiamo imparato a rispettarlo.

Abbiamo imparato quali sono i nostri alimenti preferiti, quelli che digeriamo meglio e quali siano gli orari più consoni per consumarli.

Abbiamo imparato a gestire il senso di fame e sazietà ed a rispondere ad essi in modo efficiente.

Questo lungo processo di conoscenza del nostro corpo è stato promosso dalla curiosità verso noi stessi, che ha contribuito a formare quel senso di amor proprio, necessario alla volontà di autoconservazione.

Nonostante le difficoltà talvolta incontrate, specialmente durante la pubertà, la maggior parte di noi è riuscita a stabilire un legame equilibrato tra i bisogni biologici di alimentazione e le nostre ambizioni in fatto di immagine corporea.

Alcune persone però, non sono riuscite a stabilire questo equilibrio, o forse per qualche ragione si è incrinato, spezzato.

È in questi casi che è probabile riscontrare un disturbo del comportamento alimentare.

Nonostante i disturbi alimentari possano insorgere in età adulta, l'incidenza maggiore è individuata tra i 10 e 19 anni di età, periodo in cui i cambiamenti corporei innescano negli adolescenti forti crisi di accettazione ed autostima.

Questo dato mi è parso molto allarmante date le implicazioni negative che essi possono apportare alla crescita ed allo sviluppo ottimale dell'individuo.

Infatti, anche se la maggior parte delle implicazioni sono reversibili in seguito al riassetto del peso corporeo e all'estinzione di condotte di abbuffata e compensazione, alcune conseguenze fisiche persistono nel tempo.

Oltre alle problematiche riscontrate nei diversi ambiti di vita, le persone affette da disturbi del comportamento alimentare corrono seri pericoli per la loro salute fisica.

L'anoressia è uno dei disturbi mentali che più frequentemente conduce alla morte: dal 2% al 6% dei soggetti raggiunge livelli di emaciazione tali da non consentire le vitali funzioni biologiche.

Le ricerche neuroscientifiche stanno dando diversi contributi, tra cui alcuni molto incoraggianti, alla comprensione dei disturbi del comportamento alimentare. Inoltre, stanno fornendo diverse prospettive per l'approccio ad essi e tecniche innovative per il trattamento.

Ho trovato quindi interessante dedicare una parte apposita all'ambito della ricerca.

Questo lavoro di tesi rappresenta una rassegna dei recenti studi sui disturbi del comportamento alimentare, guidata dall'intento di integrare la prospettiva della psicologia clinica con quella neuroscientifica e di un personale visione di come potrebbe contribuire un'approccio naturopatico.

LA BULIMIA NERVOSA

L'etimologia della parola bulimia deriva direttamente dal greco e significa 'fame da bue'.

Venne usata già da Galeno e successivamente da Ippocrate per descrivere una fame enorme e smisurata, 'animalesca' (Dizionario Treccani).

La stessa patologia prende anche il nome di *sindrome binge-purge*, indicando con 'binge' le crisi bulimiche e con 'purge' le condotte di eliminazione.

Le crisi sono precedute da grande tensione e nervosismo e sfociano in vere e proprie abbuffate, in cui la persona cede all'irresistibile bisogno di mangiare cibi 'proibiti'.

Durante questi episodi, l'individuo bulimico non riesce a smettere di mangiare, consumando una quantità di cibo nettamente maggiore alla quantità che la maggior parte delle persone normali riuscirebbe a consumare nello stesso spazio temporale.

Il cibo viene ingerito velocemente, quasi furtivamente, e l'introito calorico varia da 1000 a più di 3000 calorie.

Non vi è un tipo di cibo prediletto, ma spesso si tratta di alimenti dolci o ipercalorici, infatti ciò che caratterizza l'abbuffata non è la qualità del cibo, bensì la quantità.

Il tutto si svolge in un arco temporale relativamente veloce, generalmente identificato in un'ora o due.

Vergogna, riprovazione, rabbia verso sé stessi e autoaccusa derivano dalla mancata capacità di controllo, a cui l'individuo vorrebbe sopperire.

A questo punto l'individuo bulimico mette in atto comportamenti compensatori inappropriati, quali vomito autoindotto, abuso di lassativi e diuretici, attività fisica eccessiva e digiuno.

In aggiunta a questi comportamenti, che possono avere risvolti negativi per la salute, è stato rilevato che più di un terzo dei bulimici ha problematiche di dipendenza da alcool e droghe.

Altra frequente comorbilità è quella data da disturbi depressivi e d'ansia, come fobia sociale, disturbo ossessivo compulsivo, disturbo d'ansia generalizzata e disturbo di panico.

La sindrome della bulimia nervosa è stata descritta per la prima volta da Gerald Russel, pioniere nella ricerca dei disturbi alimentari, in un articolo del 1979 in cui tale condizione veniva definita come variante dell'anoressia nervosa.

Nell'arco degli ultimi 35 anni, la bulimia nervosa ha acquisito lo status di disturbo psichiatrico distinto e importante.

È stato incluso per la prima volta nel DSM III-R (APA, 1987).

I criteri diagnostici sono stati revisionati nel DSM-IV (1994).

Le stime di diffusione indicano che l'1,3% delle donne tra i 15 e i 30 anni hanno soddisfatto nella propria vita i criteri diagnostici del DSM –IV.

Tra gli uomini la diffusione è inferiore e stimata intorno alle 0,5%.

In ogni caso, studi epidemiologici suggeriscono come una percentuale di persone più elevata, sia tra gli uomini che tra le donne, presenti sintomi bulimici pur senza soddisfare tutti i criteri diagnostici clinici.

Ciò è rilevante perché è sempre più riconosciuto che le forme subcliniche della bulimia nervosa non differiscono in modo significativo dalla bulimia nervosa conclamata per una serie di criteri di comparazione che vanno dall'ambito sociale a quello medico.

In coerenza col sempre maggiore riconoscimento della gravità delle forme subcliniche della bulimia nervosa, i criteri del DSM-5 hanno ridotto la frequenza del comportamento di abbuffata– eliminazione da 2 a 1 volta alla settimana (vedi tabella 1.1).

Questo cambiamento relativamente piccolo nella frequenza dei sintomi aveva l'obbiettivo di ridurre il numero di persone che non soddisfacevano i criteri di bulimia nervosa, il cui disturbo veniva classificato come disturbo dell'alimentazione.

TABELLA 1.1 CRITERI DIAGNOSTICI DELLA bulimia NERVOSA DEL DSM-5	
A	<p>Ricorrenti episodi di abbuffata.</p> <p>Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:</p> <p>1: mangiare, in un determinato periodo di tempo (2 ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.</p> <p>2: sensazione di perdita di controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).</p> <p>3: ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva.</p> <p>4: le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi.</p> <p>5: livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso.</p> <p>6: l'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.</p>

Molti pazienti presentano sintomi per molti anni prima di cercare un trattamento e sono spesso le conseguenze del disturbo (ad esempio problemi medici, depressione, problemi psicosociali) più che il comportamento alimentare in sé, a portarli a cercare alla fine una terapia.

Come riporta il più recente manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM 5, 2014), vi sono diversi livelli di gravità del disturbo che fanno riferimento alla frequenza di condotte compensatorie inappropriate messe in atto:

- Lieve: 1-3 episodi a settimana di condotte compensatorie inappropriate
- Moderata: 4-7 episodi a settimana di condotte compensatorie inappropriate
- Grave: 8-13 episodi a settimana di condotte compensatorie inappropriate
- Estrema: 14 o più episodi a settimana di condotte compensatorie inappropriate

Le persone che soffrono di **bulimia nervosa** tipicamente sono nei limiti di peso normale o di sovrappeso (indice di massa corporea $IMC > 18.5$ e < 30).

Le **conseguenze della bulimia nervosa** possono avere serie complicanze mediche: l'uso improprio di lassativi o diuretici, molto frequenti, possono causare gravi alterazioni elettrolitiche, complicanze renali e aritmie.

Complicanze rare possono essere lacerazioni esofagee, rottura gastrica e, per chi abusa cronicamente di lassativi, sintomi gastrointestinali importanti, nonché in casi gravi il prolasso rettale.

Nelle donne con **bulimia nervosa** sono spesso presenti irregolarità nel ciclo mestruale o talvolta amenorrea.

ESORDIO, DECORSO E POSSIBILI CAUSE DELLA BULIMIA NERVOSA

La bulimia nervosa solitamente si manifesta in tarda adolescenza o nella prima età adulta.

Le abbuffate iniziano in genere durante o dopo un periodo di restrizioni dietetiche, anche se molteplici eventi stressanti possono precipitare l'esordio del sintomo.

Molte persone con **bulimia nervosa** mettono in atto diversi metodi tesi a compensare le abbuffate: vomitare è quella più comune.

Gli effetti più immediati del vomito comprendono la riduzione della sensazione di malessere fisico e la paura di aumentare di peso.

In alcuni casi il vomito diventa un obiettivo in sé e la persona si abbufferà per poter vomitare oppure vomiterà anche dopo aver mangiato piccole quantità di cibo.

In genere queste persone diventano esperte nell'autoindursi il vomito, arrivando a farlo anche a comando mediante l'uso delle dita o di altri strumenti per stimolare il riflesso faringeo.

Altre condotte di eliminazione comprendono l'uso inappropriato di lassativi (enteroclistmi) e diuretici. Anche l'attività fisica eccessiva può essere utilizzata per prevenire l'aumento di peso ed è considerata tale quando interferisce con altre importanti attività e quando le persone continuano a praticarla nonostante le precarie condizioni fisiche o altre complicazioni mediche.

I fattori di rischio (DSM V, 2014) per lo sviluppo della **bulimia nervosa** sono:

- Fattori temperamentali: preoccupazioni relative al peso, bassa autostima, sintomi depressivi, disturbo d'ansia sociale, disturbo iper-ansioso dell'infanzia
- Fattori ambientali: internalizzazione dell'ideale di un corpo magro, ma anche abusi fisici e/o sessuali subiti in infanzia
- Fattori genetici e fisiologici: trasmissione familiare e vulnerabilità genetica ma anche obesità infantile e precoce maturazione puberale

Per quanto riguarda il decorso della **bulimia nervosa**, la gravità dei disturbi copresenti predice un esito peggiore e a lungo termine del disturbo.

Negli individui con **bulimia nervosa** vi è un'aumentata frequenza di sintomatologia depressiva (per es. bassa autostima) e di disturbi bipolari e depressivi che iniziano contemporaneamente, in seguito o talvolta anche precedentemente lo sviluppo della **bulimia**.

Può esserci inoltre un'aumentata frequenza di disturbi d'ansia.

Questi ultimi vanno frequentemente incontro a una remissione totale in seguito a un trattamento efficace.

Spesso le persone con **bulimia nervosa** fanno uso di sostanze e alcol nel tentativo di controllare l'appetito e il peso.

Una percentuale persistente di persone che soffrono di questo disturbo mostrano anche caratteristiche di personalità che soddisfano i criteri per uno o più disturbi di personalità con maggiore frequenza per il disturbo borderline di personalità.

COSTRUTTI PSICOPATOLOGICI PRESENTI NELLA BULIMIA NERVOSA

Da un punto di vista psicologico la presenza di **bulimia nervosa** ha spesso effetti negativi sull'umore (es. tristezza, depressione e sensi di colpa) e sulla propria autostima. Chi soffre di questo disturbo evita le situazioni sociali, soprattutto quando comportano lo stare a tavola con altre persone; inoltre possono presentarsi difficoltà di concentrazione sul lavoro, frequenti discussioni in famiglia e problemi di coppia, con pesanti conseguenze sull'immagine di sé e sulla autostima.

Esistono, inoltre, delle caratteristiche specifiche di personalità che si riscontrano nei pazienti affetti da tale disturbo dell'alimentazione. Questi aspetti di personalità vengono considerati come fattori di vulnerabilità individuale in quanto coloro che ne sono portatori sono più esposti di altri a sviluppare bulimia nervosa:

- scarso concetto di sé (bassa autostima);
- scarsa consapevolezza delle proprie emozioni;
- eccessivo perfezionismo;
- oscillazione tra comportamenti impulsivi e comportamenti ossessivi;
- eccessiva importanza attribuita al peso ed alla forma corporei.

Gli individui con **bulimia nervosa** tipicamente si vergognano dei loro problemi con l'alimentazione e tentano di nascondere i sintomi.

Inoltre danno molta importanza al peso e alle forme corporee: presentano un intenso desiderio di perdere peso, che li porta a pensare costantemente alla dieta e al cibo e a mettere in atto dei comportamenti di compenso (es. vomito provocato volontariamente, uso improprio di lassativi e diuretici, eccessivo esercizio fisico, uso di farmaci anoressizzanti) o di restrizione alimentare (es. saltare i pasti).

Il peso e le forme corporee, per chi è affetto da tale disturbo, rappresentano i fattori principali su cui viene basata la propria autostima.

Le abbuffate avvengono generalmente in solitudine e continuano finché l'individuo non si sente sgradevolmente o dolorosamente pieno ("Mi sento pieno da star male").

Chi si abbuffa, generalmente, non mangia con tranquillità, ma ingoia grandi quantità di cibo di ogni tipo (es. biscotti, patatine, salumi, caramelle, dolci), molto in fretta e senza piacere; durante o immediatamente dopo ogni abbuffata può comparire un forte senso di colpa.

L'antecedente più comune a un'abbuffata è un'emozione negativa.

Altri fattori scatenanti sono condizioni interpersonali stressanti, restrizione dietetica, emozioni negative correlate al peso, alle forme del corpo e al cibo.

Le abbuffate hanno spesso la funzione di minimizzare o attenuare nel breve tempo i fattori che hanno scatenato l'abbuffata, ma l'autosvalutazione e l'angoscia conseguenti, all'interno di un circolo vizioso, non fanno altro che perpetrare il disturbo.

EVIDENZE NEUROSCIENTIFICHE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE.

Le evidenze scientifiche a livello neurobiologico paiono essere coerenti con i capitoli e i modelli clinici e diagnostici esplicitati nei capitoli precedenti.

Gli aspetti salienti a livello psicologico trovano appunto conferma nei recenti studi di neuroimmagine e neurobiologia.

Ad oggi, le tecniche principalmente utilizzate per indagare i disturbi del comportamento alimentare sono quella di neuroimmagine anatomica (RM-risonanza magnetica) e di neuroimmagine funzionale (SPECT- tomografia a emissione di fotone singolo, PET – tomografia a emissione di positroni, MRI – risonanza magnetica funzionale)

Recenti studi hanno dato un enorme contributo non solo alle diagnosi, ma anche allo sviluppo di terapie che, seppur intrinsecamente relazionali, si stanno avvalendo della forza delle evidenze scientifiche nella progettazione di strumenti di cura.

Il presente paragrafo quindi si propone di passare in rassegna alcune tra le recenti evidenze neuroscientifiche rilevate nei disturbi del comportamento alimentare.

RIDUZIONE DEL VOLUME DELLA SOSTANZA GRIGIA

Già dai primi studi svolti sui pazienti con disturbo mostravano l'esistenza di significative e caratteristiche alterazioni cerebrali.

Ad esempio, Doland e collaboratori (1998) avevano riscontrato un globale decremento della materia grigia in pazienti anoressici, accompagnato da zone ventricolari più estese e solchi più accentuali rispetto ai soggetti di controllo.

Ricerche più recenti si sono invece incentrate su aree cerebrali più specifiche (Castro-Fornieles e co.) hanno rilevato, in 12 pazienti, sia una globale riduzione della sostanza cerebrale, che un decremento più severo in particolari aree, come quelle temporali e parietali.

Inoltre la materia grigia (formata dai nuclei neuronali) sembra essere maggiormente affetta rispetto alla sostanza bianca (assoni mielinizzati dei neuroni) e può essere recuperata dopo il recupero del peso.

Gaudio e co. (2011) hanno confermato nel loro studio la presenza di ipoperfusione cerebrale globale, comprendente tutta la materia grigia.

In aggiunta hanno rilevato come regioni bilaterali maggiormente affette, quelle della corteccia cingolare mediale, del precuneo e dei lobuli parietali inferiori e superiori.

I neuroni del giro del cingolo, facenti parte della corteccia prefrontale, paiono avere un ruolo nei processi cognitivi di diversa entità.

Contribuiscono ai processi di ricompensa, di monito della performance, di controllo e selezione delle azioni.

Il precuneo è invece localizzato nel lobo parietale, ed è anch' esso implicato in diversi compiti di integrazione.

Contribuisce all'elaborazione di informazioni visuo-spaziali, al recupero delle memorie episodiche e allo sviluppo del sé, alla prospettiva personale degli eventi ed al senso di agentività (aspetto centrale dell'autocoscienza umana) quindi all'esperienza di sé stessi e delle proprie azioni.

I lobuli parietali inferiori e superiori sono deputati all' integrazione sensomotoria, stimando lo stato del mondo esterno e di quello del proprio corpo (Wolpert et al. 1998).

Le aree quindi sopradescritte collaborano alla costruzione e manipolazione delle immagini mentale, alla rappresentazione mentale di sé, ed alla consapevolezza personale.

Nei pazienti bulimici e affetti da alimentazione incontrollata, pochi studi sono stati svolti per rilevare anomalie della sostanza cerebrale.

Una delle prime indagini, condotta da Hoffman e co. (1989) su persone affette da bulimia, constata un'atrofia cerebrale diffusa, senza però rilevare un ingrandimento delle zone ventricolari.

Woolley e collaboratori (2007) hanno rilevato una forte correlazione tra atrofia frontale e comportamenti di binge eating.

Più precisamente, le aree danneggiate sono quelle relative al circuito orbitofrontale-insulare-striatale, che già precedenti studi neurofisiologici, su umani e non, avevano identificato come collaboratore nella regolazione del comportamento alimentare.

In contrasto con questi dati, uno studio di neuroimaging condotto da Shafer e co. (2010) individua un incremento del volume della corteccia orbitofrontale sia in persone affette da bulimia che disturbo da alimentazione incontrollata.

L'alta reattività di tale area può essere interpretata, secondo gli autori della ricerca, come la spiegazione della disfunzione dei processi di ricompensa (meccanismi edonici) e autocontrollo.

LOBO FRONTALE

Uno dei primi studi condotti da Nozoe e co. (1993) ha rilevato una maggiore attivazione prefrontale, quando i soggetti anoressici si trovavano a mangiare una torta, rispetto alla condizione di riposo.

Successivamente diversi studi di neuroimmagine funzionale hanno indagato la risposta del lobo frontale di persone affette da disturbi alimentari.

Uno studio condotto da Uher e co. (2004) su soggetti con anoressia e bulimia, ha rilevato come stimoli visivi associati al cibo siano valutati come significativamente meno piacevoli, ed anzi, più disgustosi e spaventosi, rispetto a stimoli neutri.

In aggiunta, si è riscontrata una maggiore attivazione, rispetto ai soggetti di controllo, della corteccia orbitofrontale sinistra e della corteccia cingolata, zone cerebrali deputate all'elaborazione di informazioni emotive e connesse all'insorgere di patologie ossessivo-compulsive, con cui spesso i disturbi del comportamento alimentare si sovrappongono (Drevets, 2001).

Tale anomalia, riscontrata in anoressici e bulimici, si può considerare come un substrato neuronale comune alle due patologie.

Sempre lo stesso studio ha identificato una particolare deattivazione della corteccia prefrontale anteriore e laterale nei soggetti affetti da bulimia.

Verificandosi in concomitanza con gli stimoli-cibo, e conoscendo il suo principale ruolo nella soppressione di comportamenti indesiderati (Aron et al., 2003), gli autori hanno associato la sua diminuita attività con la perdita di controllo inibitorio e negli episodi di abbuffata, riscontrabili in 43 di tali soggetti.

Due studi paiono complementari nel deputare un ruolo fondamentale della corteccia prefrontale mediale nel concetto di immagine corporea nei disturbi dell'alimentazione.

Pazienti affetti da anoressia, se esposti ad immagini relative ad azioni di monitoraggio del proprio corpo (come pesarsi o misurare le circonferenze), mostrano una ridotta attivazione della corteccia prefrontale mediale e del giro fusiforme destro, in concomitanza a livelli di ansia più elevati rispetto ai soggetti di controllo.

Queste aree si attivano generalmente sia nell'elaborazione di informazioni esterne che hanno a che fare con la propria persona, sia nel riconoscimento delle emozioni ed intenzioni in corpi altrui.

Tale risultato è stato interpretato come un'evidenza della difficoltà degli anoressici nella percezione di azioni del proprio corpo e con riferimento a sé o agli altri degli stimoli percepiti (McAdams, Krawczyk, 2011; Suda et al., 2013).

Anche chi soffre di bulimia sembra incorrere in problematiche nell'attribuzione personale di immagini osservate.

In uno studio di Spangler e Allen (2012) i soggetti sperimentali, bulimici e di controllo, sono stati esposti alla visione di corpi magri e corpi grassi.

Nelle persone affette da bulimia, nel primo caso si verificava una normale attivazione della corteccia prefrontale mediale. Ad essa si contrapponeva un'attivazione significativamente maggiore nel secondo caso, corrispondente alla convinzione dei soggetti di essere sovrappeso

CIRCUITO DELLA RICOMPENSA

Il 'circuito della ricompensa' è così denominato poiché agisce nelle sensazioni di gratificazione e soddisfazione.

I pazienti con anoressia praticano esercizio fisico in modo compulsivo e sistematico e trovano appagamento nelle attività che riguardano, direttamente o non, la perdita di peso (DSM-5).

Il fatto che il sentimento di gratificazione consegua esclusivamente a determinate attività, ha suggerito l'ipotesi secondo cui, in pazienti anoressici, vi siano alterazioni del circuito della ricompensa.

Hanno rilevato una carenza di dopamina, ed un conseguente disfunzionamento del sistema di ricompensa, sia in soggetti anoressici in cura, che in fase di remissione.

Altre evidenze neurobiologiche evidenziano un'ipo-attivazione del circuito della ricompensa nei pazienti con bulimia (Jimerson, 1992).

Lo studio di Volkow e co. (2009), che indaga il ruolo della dopamina nell'abuso di droghe ed altre dipendenze, rivela che un deficit di tale neurotrasmettitore è collegato con la perdita di controllo e sull'uso compulsivo di sostanze stupefacenti.

Il decremento di dopamina può anche ridurre la sensibilità a rinforzi naturali. Sulle basi dello studio appena citato, e date le somiglianze tra la bulimia e i disturbi da dipendenza di sostanze, hanno indagato la concentrazione di dopamina in pazienti bulimici.

A confronto con i soggetti di controllo, nei pazienti bulimici si è rilevato un minore rilascio di dopamina; inoltre tale rilascio è significativamente e negativamente associato con le risposte comportamentali di abbuffata e compensazione.

L'ipo-responsività del circuito della ricompensa può lasciar presupporre che nei bulimici, rispetto ai soggetti di controllo, sia necessario un maggior quantitativo di cibo per stimolare in modo soddisfacente tale circuito.

Da ciò ne deriverebbero la continua ricerca di ricompensa e la perdita di controllo inibitorio.

CIRCUITO SEROTONINERGICO

Gli studi del sistema serotonergico in pazienti anoressici hanno evidenziato come l'anomalia di tale neurotrasmettitore contribuisca alla promozione dei sintomi della patologia, aumentando il senso di sazietà ed il controllo degli impulsi.

Bailer e collaboratori (2007) hanno riscontrato un 45% incremento di tale sostanza in correlazione alla presenza di anoressia, deputando tale incremento come una risposta compensatoria alla mancanza di cibo.

Tuttavia, il ruolo di tale trasmettitore nella patologia in questione non è stato ancora precisamente individuato.

La disregolazione dell'attività serotonergica nella bulimia si può invece porre in relazione alla compromissione del controllo inibitorio sull'assunzione di cibo.

Infatti, una riduzione della serotonina correla con l'aumento dell'assunzione di cibo e corrisponde ad un umore irritabile nei pazienti.

A conferma di ciò, i bulimici rispondono alle somministrazioni di inibitori selettivi della ricaptazione di tale neurotrasmettitore con una riduzione della frequenza degli episodi di abbuffata.

LOBO INSULARE

Quando il cibo viene introdotto nella bocca, i recettori della lingua ne individuano il gusto e inviano le relative informazioni sensoriali prima al talamo, poi all'insula (corteccia gustativa primaria).

Da quest'ultima dipartono diverse connessioni con l'amigdala, la corteccia cingolata anteriore e la corteccia orbitofrontale (cortecce gustative secondarie); una maggiore attivazione di queste sta ad indicare un senso di piacere dato dal cibo.

Vista la primaria funzione dell'insula nel processare messaggi gustativi, Kaye e collaboratori (2010) hanno esaminato l'attivazione della stessa, nei pazienti anoressici.

I risultati hanno evidenziato un'ipoattivazione del lobo insulare con una conseguente decremento nelle altre aree coinvolte.

Da ciò potrebbero derivare la sensazione di scarsa appetibilità del cibo ed il debole appetito, spiegando come sia possibile, per alcune, protrarre l'emaciazione sino alla morte.

Inoltre l'insula è coinvolta nei processi enterocettivi, contribuendo alla consapevolezza degli stati corporei.

Alcuni clinici hanno ipotizzato che la sua alterazione potrebbe risultare in sensazioni corporee ambivalenti e confuse.

Ne sono un esempio l'ossessione con il cibo e con la cucina pur in assenza di appetito, la distorta immagine corporea e la scarsa motivazione al cambiamento, o i metodi inappropriati per far fronte alla fame (Kaye et al, 2010).

BULIMIA NERVOSA: TRATTAMENTI ALLOPATICI

Esistono più tipi di trattamento per la **bulimia nervosa**, ciascuno focalizzato su aspetti specifici del problema e su modalità proprie di intervento.

La terapia cognitivo-comportamentale ha lo scopo di aiutare chi soffre di **bulimia** a identificare e modificare alcune modalità di pensiero problematiche che favoriscono la comparsa e il mantenimento della patologia alimentare, a imparare a gestire il sintomo e a sostituirlo con pensieri e comportamenti più adeguati e funzionali.

Ha inoltre il preziosissimo compito di aiutare la persona che soffre di tale disturbo a conoscere le proprie emozioni negative e a gestirle non solo attraverso il cibo.

In letteratura scientifica è stata ampiamente documentata l'elevata efficacia della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) nel trattamento della **bulimia nervosa**, tanto da risultare la tecnica di elezione per il trattamento di tale patologia alimentare, soprattutto nella versione ampliata.

In particolare studi di efficacia riportano che il trattamento cognitivo-comportamentale determinerebbe un decremento nei comportamenti di abbuffata, vomito e abuso di lassativi.

Il trattamento cognitivo-comportamentale della **bulimia** può prevedere colloqui di valutazione diagnostica, può essere strutturata individualmente o in gruppi psicoterapeutici su aspetti specifici della patologia o con colloqui di supporto ai familiari; spesso si affianca alla terapia farmacologica nel controllo delle abbuffate (fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina e citalopram) e si avvale della collaborazione di dietisti e nutrizionisti allo scopo di modificare le abitudini nutrizionali scorrette attraverso il monitoraggio quotidiano dell'alimentazione.

In alcuni casi si rende necessario un eventuale invio presso strutture di ricovero pubbliche o private.

Il trattamento prevede diverse fasi: nelle fasi iniziali il trattamento si focalizza sulla normalizzazione del peso e sull'abbandono dei comportamenti di controllo dello stesso; successivamente tende ad aiutare la persona a migliorare l'immagine corporea, la valutazione di sé e i rapporti interpersonali, modificando l'idea che il peso e le forme corporee costituiscano il principale fattore in base al quale stimare il proprio valore personale.

L'ultima fase del lavoro terapeutico integrato si basa sulla prevenzione delle ricadute e sul mantenimento dei risultati raggiunti durante il trattamento.

Il trattamento psicoterapeutico a orientamento sistemico-relazionale si affianca spesso alla terapia cognitivo-comportamentale nel trattamento della **bulimia nervosa** e presuppone che sia la famiglia

a essere sottoposta al trattamento poiché interviene sul problema alimentare attraverso la modificazione delle relazioni familiari problematiche all'interno del sistema familiare stesso.

CAPITOLO 2

FATTORI PREDISPONENTI

FATTORI GENETICI

I disturbi del comportamento alimentare sono patologie complesse e multifattoriali e non seguono perciò i tradizionali pattern mendeliani di ereditarietà.

Tuttavia, studi sulle famiglie e sui gemelli hanno rivelato il chiaro contributo della genetica nell'insorgere delle patologie alimentari.

Quando il disturbo è presente nella storia familiare, coloro che ne sono coinvolti hanno una probabilità di sviluppare bulimia nervosa quattro volte superiore a individui che non contano casi in famiglia.

L'epigenetica studia le interazioni geni-ambiente, ovvero le modificazioni esterne che comportano l'espressione o meno dei geni contenuti nel DNA

Dati preliminari suggeriscono che fattori ambientali, acuti o a lungo termine, possono contribuire sia allo sviluppo che al mantenimento dei disturbi del comportamento alimentare.

La nutrizione pre e postnatale, se scarsa o inadeguata, rappresenta un fattore di rischio ormai riconosciuto da diversi studi.

Le complicazioni perinatali, quali ad esempio l'ipossia indotta da problematiche respiratorie e circolatorie o infarti placentari, possono creare danni cerebrali riconducibili ai disturbi alimentari.

Altre associazioni rilevate riguardano anemia, diabete mellito e preeclampsia (gestosi) che possono inficiare l'approvvigionamento di ossigeno e nutrienti e danneggiare così, il sistema nervoso centrale.

FATTORI SOCIOCULTURALI

L'influenza socioculturale ha un ruolo fondamentale nella genesi dei disturbi del comportamento alimentare.

Prendendo come riferimento il modello ecologico di Bronfenbrenner, **il quale sostiene che la vita di ogni individuo, fin dall'infanzia, è immersa nella comunità, cioè in un sistema in cui ogni elemento si lega a tutti gli altri tramite un rapporto di interdipendenza, in modo che ogni**

cambiamento in una parte influenza tutte le altre, l'analisi del macrosistema vede come oggetto le istituzioni ed i valori della società.

Questi ultimi trovano espressione principalmente nei media ed il momento prediletto è quello della pubblicità.

Essa agisce sul comportamento di restrizione alimentare, spingendo l'individuo ad autoimporsi regimi dietetici per raggiungere l'ideale di magrezza socialmente condiviso.

In questo modo i sentimenti amari, quali il senso di inadeguatezza e insoddisfazione, lasciano posto alla piacevole, seppur fragile, percezione di successo, legata ad un maggiore controllo sul proprio corpo e sui propri comportamenti.

È stato ampiamente messo in evidenza come la società influisca sulla percezione della propria immagine corporea ed è interessante ora addentrarsi nell'analisi del microsistema, il livello delle relazioni interpersonali che articolano la vita dell'individuo.

Le principali fonti di influenza sociale nello sviluppo dei problemi alimentari sono da identificarsi nei genitori e nei coetanei.

I bambini imparano a relazionarsi con il proprio corpo attraverso le informazioni verbali attinte da commenti, considerazioni e critiche di compagni o genitori, relativi al loro stesso corpo o a quello d'altri. Specialmente se i bambini sono sovrappeso, sono soggetti a pressioni riguardanti le aspirazioni dei loro genitori.

Altri messaggi sono invece convogliati dal comportamento in modo più implicito: questo tipo di trasmissione viene detta 'modellamento'.

Un esempio di modellamento è dato dalla maggior parte degli ambienti sportivi in cui la magrezza è ricercata per il suo valore estetico, oppure come mezzo per ottenere prestazioni migliori (danza, nuoto, bodybuilding, ecc.).

In questi ambiti essere magri è reputata una condizione necessaria per il raggiungimento del successo. Tuttavia questa convinzione si rivela deleteria in quanto incrementa notevolmente la percentuale di disturbi del comportamento alimentare: tra le atlete femmine di alto livello, il 31% ne è affetta, in confronto al 5,5% della popolazione di controllo (Byrne e Mclean, 2002).

Il modellamento genitoriale è stato studiato sotto diversi aspetti.

Ad esempio, durante i primi anni di vita del bambino, il genitore che soffre di disturbi del comportamento alimentare è molto più propenso ad usare il cibo con intenti non nutritivi, con fini di ricompensa o punizione.

Studi retrospettivi evidenziano che tali comportamenti incrementano la propensione stessa dei figli a sviluppare patologie alimentari.

Oppure ancora non è insolito notare nei genitori delle persone affette da disturbi del comportamento alimentare una sorta di ‘ombra’ della patologia, come marcata attenzione per l’apparenza, ossessione per l’esercizio fisico, o tratti di personalità associate con le patologie.

Attraverso la loro relazione con il cibo ed il loro corpo i genitori possono modellare comportamenti alimentari non salutari.

I bambini imitano le loro ansie ed i loro desideri e di conseguenza le restrizioni e le abbuffate dei genitori.

FATTORI PSICOLOGICI INDIVIDUALI

Per una completa comprensione dei disturbi del comportamento alimentare, oltre ai fattori biologici, familiari e socioculturali, è bene evidenziare l’importanza dei fattori psicologici che si individuano in concomitanza con l’espressione del sintomo.

Tra le persone con disturbi alimentari sono state riscontrate delle similarità in termini di temperamento e attitudini.

Questi costrutti molto spesso precedono la patologia e persistono anche quando il paziente è guarito.

Tra i tratti più salienti vi è il perfezionismo, ovvero l’importanza eccessiva data all’inseguimento e al raggiungimento dei risultati prefissati, inteso anche come necessità del controllo costante degli eventi. Sono state identificate anche l’ossessività, l’alta sensibilità alle ricompense, l’insoddisfazione corporea e la tendenza al dimagrimento come caratteristiche di personalità che rendono più vulnerabili ai disturbi alimentari.

La bassa autostima e la visione negativa di sé, in concomitanza alla cultura della magrezza, generano sistemi di pensiero secondo cui la valutazione di sé è strettamente connessa alla fisicità, con la conseguente associazione magrezza-felicità.

Tra i fattori predisponenti emerge anche l’alessitimia, ovvero la mancanza di autoconsapevolezza delle proprie emozioni associata ad una difficoltosa espressione delle stesse.

Per sopperire a tale deficit emotivo alcuni soggetti sviluppano secondariamente condotte patologiche alimentari e non.

Attenzione ai dettagli, preoccupazione per le conseguenze e la spinta al successo non sono qualità negative in sé: molto spesso i soggetti affetti da anoressia sono descritti come studenti eccellenti, figli impeccabili.

Tuttavia la rigidità di pensiero e l'ansia di cui spesso sono tipici, li rende inclini a provare emozioni negative relative al loro corpo anche dopo la riuscita dei trattamenti.

Questi tratti di personalità sono spesso riscontrabili anche in altri membri familiari non affetti dalla patologia e da ciò traspare una possibile ereditarietà.

Sarebbe troppo semplice se queste caratteristiche fossero individuate nell'attivazione di neurotrasmettitori o di specifiche aree cerebrali.

Si presuppone invece che queste disposizioni siano codificate in ampie reti cerebrali, comprendendo quelle che regolano le emozioni e i processi di pensiero più complessi, come l'autocontrollo e la programmazione.

FATTORI PRECIPITANTI

EVENTI DI VITA STRESSANTI

Gli eventi stressanti rappresentano dei fattori scatenanti in soggetti che abbiano una certa vulnerabilità.

Ne sono un esempio gli insuccessi scolastici, la separazione dalla famiglia, la perdita di persone care e significative, abusi fisici e sessuali.

Emozioni negative sono associate sia ad un aumento che ad una diminuzione di cibo, tuttavia l'influenza dello stato emotivo sulla condotta alimentare è maggiore negli obesi rispetto ai non obesi, e nei soggetti sottoposti a dieta restrittiva rispetto a quelli che non lo sono.

PUBERTÀ

La risposta al perché i DCA siano più comuni nel sesso femminile, potrebbe esplicitarsi nei cambiamenti biologici indotti dall'adolescenza, differenti tra maschi e femmine.

Ad esempio, il menarca è associato ad un rapido cambiamento nella composizione corporea e nei neuropeptidi deputati alla regolazione del metabolismo.

L'incremento del livello di estrogeni può infatti avere effetti sul sistema serotonergico o sui livelli di altri neuropeptidi, tra cui quelli coinvolti nella regolazione alimentare ed emotiva.

Inoltre, la differente valutazione della magrezza presente nei due generi è spesso usata per spiegare la maggiore incidenza dei disturbi del comportamento alimentare nelle donne rispetto agli uomini.

Tale ipotesi è ulteriormente suffragata dalla maggiore frequenza di tali patologie in maschi omosessuali, poiché maggiormente esposti al rischio di sviluppare insoddisfazione per l'immagine corporea.

DIETE

Come riportato nei fattori psicologici individuali, le persone con disturbi del comportamento alimentare tendono ad avere uno stile di pensiero perfezionista, rigido, dicotomico.

Con 'dicotomico' si intende una visione del mondo in bianco e nero, privata delle innumerevoli sfumature che permetterebbero, invece, una maggiore flessibilità ed anche, essendo la cognizione strettamente connessa al comportamento, una risposta maggiormente adattiva all'ambiente.

Il mondo viene categorizzato in base ad estremi: buono/cattivo, brutto/bello, benefico/distruttivo e così via .

In questo senso, una dieta rigida può rivelarsi come una ‘luna di miele’, innescando, nel soggetto perfezionista, la drammatica connessione tra l’idea di magrezza e quella di successo.

Dopo la prima perdita di peso ed i relativi complimenti positivi, infatti, il soggetto prosegue nella restrizione, entrando in un circolo vizioso in cui la perdita di peso è inversamente proporzionale all’incremento di autostima.

TRAUMI

Le esperienze traumatiche scaturiscono da eventi improvvisi ed esterni che vengono interpretati come estremamente dolorosi.

La sopraffazione emotiva non permette la mentalizzazione, ovvero l’elaborazione, dell’accaduto e ne derivano una disorganizzazione e disregolazione del sistema psicobiologico della persona.

Una percentuale dal 30% al 50% dei soggetti con disturbi alimentari ha subito un trauma infantile e tra i più frequenti si possono citare abusi sessuali, maltrattamenti fisici e psicologici, lutti e malattie, abbandoni e separazioni.

I conseguenti sintomi più comuni comprendono iperattività psicologica e comportamentale (flashbacks o incubi in cui si rivivono gli eventi) accompagnata da perdita della sensibilità (costrizione emotiva, isolamento sociale, anedonia, senso di alienazione).

Nella maggior parte dei casi i sintomi si evolvono nei seguenti: senso inadeguato del sé, utilizzo di schemi disfunzionali, deficit nella regolazione delle emozioni e nel controllo degli impulsi, problemi nel formare e mantenere attaccamenti sani e sicuri nell’età adulta.

Il trauma infantile non è un fattore necessario né sufficiente per lo sviluppo di un disturbo del comportamento alimentare, ma bisogna tenere in considerazione l’intero sistema di dinamiche in cui esso viene perpetuato.

La relazione con la persona che ha commesso la violenza, il numero degli autori della violenza, la frequenza della violenza stessa e il ricorso alla forza fisica sono fattori che mediano la gravità dei sintomi in età adulta. Anche la reazione dei membri della famiglia alla rivelazione della violenza e la qualità dell’ambiente familiare percepito avrebbero un importante ruolo nel determinare le successive difficoltà psicologiche. L’evento traumatico ha spesso un effetto negativo sull’immagine di sé, alimentando le problematiche di autostima, sensi di colpa, vergogna e autocommiserazione che aumentano la probabilità di ricorrere al cibo per gestire le difettosità dell’immagine di sé.

Un pattern ricorrente nei pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare è l'estrema e pervasiva sensazione di vuoto che siccome intollerabile, comporta la ricerca di stimoli forti oppure stati di restringimento della coscienza.

Affermazioni del tipo: "Mentre mi abbuffo e vomito non ho più sentimenti", "È un modo per anestetizzarmi emotivamente" sembrano comprovare tale ipotesi (Vanderlinden e Vandereycken, 1998).

Le esperienze traumatiche, siano esse relative al passato o al presente, sono correlate anche con episodi dissociativi (De Wachter et al., 2007).

I soggetti normali (senza patologie diagnosticate) che riportano esperienze di trauma, sono anche maggiormente soggetti ad episodi di amnesia, di alterazione d'identità, di derealizzazione e di depersonalizzazione.

Tale connessione è ancora più marcata in soggetti con disturbi alimentari, specialmente in quelli che hanno subito traumi fisici e sessuali.

MOTIVAZIONE ALL'ALIMENTAZIONE

'Mens sana in corpore sano' (Giovenale, Satire)

I meccanismi che guidano la scelta del cibo, nella complessa società occidentale quale è la nostra, sono oggetto di discipline svariate e differenti.

La biologia, la psicologia, l'antropologia, l'economia, la storia e la medicina, la naturopatia sono quelle che approfondiscono maggiormente il processo di nutrizione degli esseri umani.

L'alimentazione pare ricoprire funzioni diverse, ma complementari.

La sua funzione omeostatica si riferisce al mantenimento, attorno ad un livello prefissato, del valore di un certo parametro interno, al variare delle condizioni esterne.

Tale funzione è comune a tutti gli esseri viventi ed assicura un costante apporto energetico, indispensabile per affrontare i dispendi quotidiani.

La funzione edonica dell'alimentazione fa invece riferimento alla sensazione di gratificazione e appagamento che segue i pasti e che, in quanto piacevole, si pone come spinta promotrice nella ripetizione del comportamento di nutrizione.

Queste due funzioni, omeostatica ed edonica, hanno come obiettivo ultimo la sopravvivenza dell'organismo.

L'atto del mangiare ha, nel corso del tempo, assunto significati additivi, connessi all'aspetto sociale dell'uomo.

Una terza funzione dell'alimentazione è perciò quella che vede il cibo come un catalizzatore della socializzazione degli individui entro un sistema sociale.

Dalla mera e vitale funzione di sopravvivenza, cibarsi è divenuto sinonimo di incontro e condivisione. Banchetti e buffet sono, dal tempo dei romani, il luogo ideale per appagare non solo i bisogni del nostro stomaco, ma anche la nostra voglia di stare con gli altri.

Mangiare con altre persone è un modo per abbassare le barriere della diffidenza e lasciare spazio all'intimità, è l'occasione ideale per creare nuovi incontri o consolidare vecchie conoscenze.

Date la varietà e l'ampiezza della tematica, di seguito verranno identificati solo i meccanismi chiave che contribuiscono alla regolazione omeostatica ed edonica dell'organismo.

FUNZIONE BIOLOGICA OMEOSTATICA ED EDONICA

Negli stadi preistorici dell'evoluzione umana, la scelta del cibo seguiva una prassi alquanto semplice e comune per la maggior parte degli animali.

Dopo una prima fase di ricerca e raccolta del cibo, i prodotti venivano analizzati, tastati e annusati, con il fine di rilevare avarie o impurità.

La fase di selezione e scarto era fondamentale poiché da essa dipendeva la salute del gruppo, ed andava perciò eseguita con estrema cautela.

Ad essa seguiva una breve e facoltativa fase di preparazione, per poi passare all'ingestione del cibo.

Gli australopitechi, così come gli scimpanzé ed i gorilla, non avevano una dieta prestabilita, ma mangiavano tutto ciò che fosse commestibile ed apportasse loro un sufficiente quantitativo calorico – frutta, tuberi, foglie, steli e semi.

Il desiderio di cibarsi era indotto dalla necessità omeostatica di recuperare i micro e macro nutrienti in carenza, fondamentali nel metabolismo energetico e nella termoregolazione dell'organismo.

Questo aspetto è rimasto immutato nel corso del tempo ed ancora oggi gli aspetti biologici determinano il ritmo quotidiano di fame-sazietà, con l'obiettivo di equilibrare l'introito calorico con il dispendio energetico.

L'omeostasi è infatti riconducibile alla condizione di stabilità degli organismi, mantenuta anche al variare delle condizioni esterne, attraverso meccanismi autoregolatori.

I meccanismi fisiologici implicati nella regolazione del comportamento alimentare intervengono tramite un complesso circuito di neurormoni (ormoni prodotti da neuroni) ed enterormoni (ormoni prodotti da stomaco, intestino e pancreas) e di neuro ed entero-peptidi.

I segnali del controllo omeostatico si distinguono dunque in periferici e centrali.

I messaggi regolatori definiti come 'periferici' provengono dal tessuto adiposo, dal pancreas e dall'intestino.

Nella generazione dei segnali regolatori detti 'centrali', sono invece coinvolte le strutture dell'ipotalamo e del tronco cerebrale ove l'ipotalamo ricopre il ruolo di 'direttore d'orchestra', integrando le diverse informazioni provenienti dall'intero sistema nervoso.

Tra i segnali provenienti dalla periferia del sistema nervoso, troviamo gli ormoni gastrointestinali.

L'unico ormone che fino ad ora è stato individuato come responsabile nella risposta di appetito, in conseguenza a carenze metaboliche, è la grelina.

La grelina viene prodotta dalle cellule della parete dello stomaco (dette oxintiche) in condizione di digiuno ed il suo picco di concentrazione plasmatica si riscontra poco prima dei pasti.

Da questa considerazione sorge l'ipotesi che la vede coinvolta nei cosiddetti 'morsi della fame', spiacevoli sensazioni di fame indotte dallo sfregamento delle mucose dello stomaco vuoto.

Una volta che l'ormone viene secreto, raggiunge l'ipotalamo laterale e scatena la sua funzione 'oressigena', ovvero di stimolatore del comportamento alimentare.

I suoi effetti diminuiscono nel momento in cui i nutrienti raggiungono il duodeno, scatenando la reazione di altri ormoni.

Tra i primi attori messi in scena, in questo caso, vi è l'insulina.

L'insulina, prodotta dalle cellule delle isole Langerhans del pancreas, è storicamente conosciuta come l'ormone collegato alla regolazione e diminuzione dell'appetito.

Nel 1994 è stato scoperto un altro ormone che lavora in sinergia con essa.

Tale ormone è chiamato leptina ed è prodotto a partire dal gene OB contenuto nel cromosoma 7.

La sua sintesi avviene nel tessuto adiposo e la concentrazione ematica è direttamente proporzionale alla massa grassa dell'individuo.

La presenza dell'insulina è necessaria per determinare la risposta secretoria di leptina da parte degli adipociti, in base ai cambiamenti dell'introito di cibo.

Tuttavia, l'insulina stessa è correlata al quantitativo energetico. La secrezione di leptina e insulina è infatti indotta dai livelli glicemici, segnalati rispettivamente dalle cellule adipose e pancreatiche.

Entrambi gli ormoni hanno il compito di emanare segnali di sazietà e inibire l'assunzione di cibo.

Tale funzione è detta 'anoressigena'.

L'ipotalamo è il bersaglio principale dei segnali dell'insulina e della leptina, e più precisamente, questi giungono al nucleo arcuato, uno dei nuclei ipotalamici mediali.

Sempre sull'arcuato convergono informazioni anoressigene trasmesse da peptidi implicati nella regolazione dell'alimentazione, come ad esempio la colecistochinina (CCK), il peptide YY, il glucagone like peptide-1 (GLP-1) e l'oxintomodulina.

Sia le informazioni anoressigene appena esplicate, che quelle oressigene, di cui la grelina è il principale messaggero, giungono all'ipotalamo tramite molteplici vie afferenti.

Nello specifico, è il nucleo arcuato che rappresenta il centro di elaborazione primaria di queste informazioni e che, a seconda della qualità del segnale, sia esso oressigeno o anoressigeno, ne svolge l'attività di mediazione.

Per svolgere tale funzione, il nucleo arcuato si compone di due differenti 'set' di neuroni. Un primo gruppo di cellule si occupa dell'espressione del gene della propriomelanocortina ed a questo proposito vengono detti 'POMC'.

Questi neuroni vengono attivati dai messaggi anoressigeni (leptina, insulina e altri peptidi) e secernono così le melanocortine, ovvero una classe di neuropeptidi che esplica potenti effetti inibitori sull'appetito e sulla ricerca di cibo.

I neuroni bersaglio, provvisti di recettori per le melanocortine, sono localizzati nel nucleo paraventricolare dell'ipotalamo, nel nucleo centrale dell'amigdala e in molte altre strutture cerebrali.

Sempre nel nucleo arcuato, in prossimità dei neuroni che secernono melanocortine, troviamo un secondo set di neuroni che viene attivato dai segnali oreessigeni della grelina.

Queste cellule secernono il neuropeptide Y (NPY) e la Agouti related protein (AgRP), ovvero peptidi con effetti opposti a quelli precedentemente citati.

Questo sistema inibisce gli effetti anoressizzanti dei neuroni POMC sia a livello dei loro siti bersaglio che mediante gli effetti inibitori del neurotrasmettitore GABA, che agisce direttamente sui corpi cellulari dei neuroni POMC.

In questo modo, il sistema NPY/AgRP stimola l'appetito e l'assunzione di cibo.

Le equilibrate interazioni tra gli effetti antitetici indotti rispettivamente dal sistema POMC e dal sistema NPY/AgRP sembrano esercitare un ruolo primario nel bilancio energetico dell'organismo e, quindi, nel comportamento alimentare dell'individuo (Conti, 2010).

Questi sistemi regolano inoltre altri neurotrasmettitori (MCH, Orexine, CRH e TRH) che agiscono su altri nuclei ipotalamici.

Le principali mete sono identificate nel nucleo ipotalamico laterale (LHA, detto anche 'centro della fame'), il nucleo ventromediale (VMN, chiamato anche 'centro della sazietà'), il nucleo paraventricolare (PVN) ed il nucleo dorso mediale (DMN).

Da queste strutture dipartono vie efferenti che raggiungono la periferia con le conseguenti risposte fisiologiche.

I meccanismi sopracitati, che coinvolgono strutture centrali e periferiche si occupano della regolazione omeostatica del bilancio energetico e di conseguenza, dell'appetito.

Grazie al sottile lavoro di sostanze di diversa entità, la risposta dell'organismo si mantiene equilibrata, aumentando la spesa energetica in caso di abbondanza di cibo, e diminuendola in caso di carestia (Loviselli e co., 2007).

I meccanismi omeostatici sono quindi i fautori della sensazione di fame intesa come motivazione a cercare e consumare il cibo, ma anche della sensazione di sazietà, che inibisce l'assunzione dello stesso.

Tuttavia, in alcuni casi, siamo portati a mangiare pur in assenza di un adeguato stimolo della fame. Talvolta, anche dopo un abbondante pasto, ci concediamo il bis di una portata o il nostro dessert preferito. Altre volte ancora, nonostante il grande appetito, selezioniamo con cura gli ingredienti da mettere nel nostro piatto, evitando quelli che sappiamo essere meno gustosi.

Tutti noi custodiamo nella memoria il ricordo di alcuni piatti particolarmente eccezionali, tanto da poterne quasi percepire il gusto o risentirne l'odore.

Alcuni momenti legati al cibo sono vividi nella nostra mente e ciò è spiegato dalla stretta connessione dell'ippocampo con le cortecce cerebrali, luogo in cui si presuppone vengano archiviate le memorie, e con altre strutture implicate nei processi emotivi e di apprendimento.

La complessità del sistema è così ulteriormente ampliata da altre reti interne al SNC, che rispondono all'azione di neurotrasmettitori encefalici (es. serotonina, dopamina), ma anche ai segnali circolanti periferici di disponibilità energetica (leptina, insulina, ormoni gastrointestinali) e interagiscono vicendevolmente per formare un complesso network preposto a modulare il sistema fame/sazietà, l'omeostasi metabolico-energetica ed il comportamento alimentare. Oltre all'ipotalamo, quindi, diverse zone corticali e subcorticali, partecipano alla regolazione dell'appetito e questo tipo di controllo viene detto extraipotalamico.

Tra i neuroni corticali che rispondono agli stimoli gustativi, troviamo quelli della corteccia orbitofrontale, a cui proiettano i neuroni dell'insula.

I neuroni orbitofrontali hanno la caratteristica di rispondere sia alle differenti qualità gustative, sia agli stimoli correlati ad altre modalità sensoriali.

Questa particolarità ne suggerisce il fondamentale ruolo di integrazione dei diversi stimoli ambientali, quali colore, forma, percezione tattile e gustativa, e da ciò se ne deduce un coinvolgimento nella regolazione del comportamento alimentare.

Il valore attribuito ad un cibo è infatti intrinsecamente legato alla valutazione di queste sue qualità ed alle sensazioni emotive provate in quel dato momento.

È perciò logico che la corteccia orbitofrontale sia in comunicazione con il sistema di ricompensa, stimolando i neuroni dopaminergici della sostanza nigra e dell'area tegumentale ventrale per indurre lo stato di gratificazione conseguente all'assunzione di cibo.

Tale processo è detto 'reward effect' ed aumenta la probabilità che i comportamenti capaci di attivare il circuito neurale dopaminergico (il consumo di cibo, in questo caso), in particolare a livello del Nucleo Accumbens, siano ripetuti quando si presentino gli stessi stimoli, agendo da potenziamento condizionato dell'alimentazione.

Un effetto contrastante ed opposto è invece dato dalla stimolazione dei neuroni dopaminergici localizzati nel nucleo dorsomediale e nel nucleo arcuato dell'ipotalamo.

Un ulteriore sistema di controllo è fornito dal Locus Ceruleus, ove la leptina inibisce la secrezione di noradrenalina, con effetto anoressigeno.

Nei Nuclei del Rafe, aree principalmente deputate alla secrezione di serotonina, la leptina incrementa il turnover di questo neurotrasmettitore, contribuendo, almeno in parte, al senso di appagamento e sazietà. Anche gli endocannabinoidi presenti nell'ipotalamo svolgono generalmente un'azione oressigena rapida, ma la leptina ne inibisce l'azione, determinando ulteriore perdita di appetito.

Così come avviene in conseguenza al consumo di alcool, nicotina e alcune droghe, il sistema endocannabinoide (SE) contribuisce a dare un forte senso di gratificazione.

Il piacere talvolta è così intenso da indurre la 'happy face', generale espressione di gradevolezza post-pasto, comune in uomini, roditori e primati (Zheng and Berthoud, 2008).

La descrizione di questo modello è semplicistica se si considera la reale complessità e raffinatezza della rete neurale implicata nel controllo della funzione alimentare, ma vuole introdurre al lettore alcuni concetti chiave della neurobiologia dell'alimentazione.

Le aree cerebrali coinvolte sono numerose, le connessioni sono ridondanti, ricche di stazioni intermedie e di "vie di rientro", ma la loro sinergia genera un sistema fondamentale al benessere ed alla sopravvivenza dell'organismo.

Alcuni meccanismi biologici rimangono ancora ignoti agli occhi degli studiosi e necessitano di studi maggiormente approfonditi.

La migliore comprensione dei processi ormonali potrebbe, in futuro, ispirare terapie per i disturbi alimentari e l'obesità.

Allo stesso modo, informazioni dettagliate sui circuiti della ricompensa potrebbero ampliare le vedute sulle situazioni di abusi e dipendenze.

La conoscenza dei meccanismi di controllo dei neurotrasmettitori è ulteriormente complicata dalla constatazione sperimentale che fattori ambientali, come il digiuno, e fattori vitali, quali il sistema immune, la funzione sessuale ed il sonno, influenzano le scelte alimentari.

CAPITOLO 3

BULIMIA NERVOSA: APPROCCIO NATUROPATICO

Nei capitoli precedenti abbiamo raccolto una descrizione accurata della BULIMIA NERVOSA, descrivendo quindi una patologia multifattoriale, che va considerata e osservata da più fronti.

L'approccio naturopatico ha come obbiettivo l'educazione alla salute e al benessere dell'uomo nella sua globalità, nel suo essere corpo-mente-spirito inscindibile, dentro il suo ambiente di vita e di relazioni.

L'approccio naturopatico si fonda nella capacità del corpo di "curare sé stesso".

Questo concetto deriva dal postulato di Ippocrate, "*Primum non nocere*", cioè evitare pratiche ed azioni che indeboliscono la capacità del corpo di curare sé stesso.

Ovviamente quest'approccio presenta, proprio nella società attuale, dei limiti: in situazioni particolari il corpo ha bisogno di qualcosa di più di un semplice aiuto per mantenere il normale equilibrio fisiologico, bensì, di una spinta che avvia i processi di guarigione.

L'intervento del naturopata in queste situazioni è quello di ricorrere a metodiche ed interventi non invasivi per ottenere un ripristino delle funzioni corporee organiche e della mente, conducendo la persona verso uno stato di salute e di benessere.

Per attuare questi interventi si richiede un'ampia conoscenza dei sistemi di cura naturali e degli approcci di energetica naturali, dei principi della prevenzione, della conoscenza dell'andragogia per educare il paziente alle regole di una vita sana ed armoniosa e per supportare la capacità dell'organismo di rigenerarsi utilizzando terapie naturali ad azione riequilibrante degli umori e della energia vitale, soprattutto non tossiche.

Non a caso il vitalismo sostiene che i sintomi che si accompagnano alla malattia non sono causati direttamente dagli agenti patogeni, per es. i batteri, ma sono piuttosto il risultato dell'intrinseca risposta o reazione dell'organismo all'agente e il tentativo dell'organismo di difendersi e di guarire sé stesso.

Ippocrate, fondatore della scuola di Cos, si può considerare il primo Naturopata ed igienista.

Con tutti i limiti delle conoscenze del suo tempo, formulò il principio "*Vis medicatrix Naturae*" che costituisce il fondamento basilare della naturopatia.

Ippocrate riteneva che per curare una malattia era necessario curare la persona nel suo complesso, quindi avere una visione olistica (*olos*, del tutto). Per Ippocrate prendersi cura significava che i

problemi di qualsiasi parte del corpo ne coinvolgono l'intera struttura, psichica e fisica e che quindi si doveva conoscere molto bene le scienze naturali e essere consapevole che l'uomo si mantiene in relazione a come si nutre, a ciò che beve, e come vive e in relazione alla sua occupazione.

Le opere del grande medico greco sono raccolte nel "*Corpus Ippocraticum*".

Citazioni e aforismi di Ippocrate:

- “rallegratevi dei vostri poteri interiori perché sono la fonte della vostra salute e della vostra perfezione “
- "un uomo saggio dovrebbe considerare la salute come la più grande delle gioie umane ,ed imparare come, col suo stesso pensiero ,trarre beneficio dalle sue malattie”
- "fa che il cibo sia la tua medicina e la tua medicina sia il tuo cibo”
- "Le malattie che sfuggono al cuore divorano il corpo”
- "la vita è breve, l'arte vasta, l'occasione fuggevole ,l'esperimento malcerto, il giudizio difficile”

MALATTIA COME PERDITA DI UN EQUILIBRIO

In generale l'approccio della medicina alla malattia è di tipo centripeto, vale a dire che qualche cosa dal di fuori aggredisce e l'aggressore va combattuto.

La naturopatia la vede al contrario: dal centro in senso centrifugo; l'organismo cioè pone le basi affinché vengano rotti gli equilibri interni e si manifesti quindi la patologia.

La medicina risente e aderisce a una forma filosofica di tipo Newtoniano meccanicistico, vale a dire che vede l'uomo come una macchina molto sofisticata, ma pur sempre una macchina, e la mente viene presa marginalmente in considerazione .

L'approccio naturopatico mira, al contrario, a incentivare l'autoconoscenza psicofisica, quindi ha come scopo quello di indurre l'individuo ad auto responsabilizzarsi, ponendo in essere e sfruttando prima di tutto il buonsenso, poi i principi basilari di naturologia.

Per il naturopata il campo d'azione elettivo è quello della salute e non della malattia, in quanto la promozione è la chiave della salute.

Fatalmente ciò accade raramente, anzi spessissimo "l'altra medicina" è utilizzata come ultima spiaggia da persone a volte deluse dalla medicina ufficiale ,che a mio parere ha diritto di esistere in quanto essa sia oggi parte attiva nella continua ricerca ed evoluzione . Esiste però un periodo più o meno lungo durante il quale si gode buona salute, ma è proprio durante questo periodo che si pongono le basi per la comparsa di future patologie, questo più o meno lungo periodo di "**prepatologia**" è, in realtà, un periodo in cui l'individuo ignaro sta seminando il futuro della sua salute e la promozione in questo caso può essere solo che favorevole.

Cosa fare per sapere se i semi siano di gramigna infestante o di buon frumento?

Ecco che la Naturopatia mette a disposizione indagini per conoscere meglio l'individualità biopsichica permettendo all'individuo di conoscere i propri punti di forza, ma soprattutto le proprie debolezze, al fine di evitare che queste ultime, a lungo andare, possano mettere in crisi l' organismo ponendo le basi su cui si edifica la malattia e, nel caso quest'ultima fosse già presente, intervenire nel tentativo di riportare equilibrio.

Ne seguono esempi, di cui alcuni sono stati messi in atto anche nel caso di Giulia e verranno approfonditi.

- indagini riflessologiche
- indagini iridologiche
- la tecnica metamorfica
- la medicina cinese
- conoscenze della psicosomatica
- floriterapia
- fitoterapia
- idrotermofangoterapia
- la respirazione consapevole
- alimentazione

DUE PAROLE SUL PERCORSO SVOLTO CON GIULIA

All'inizio Giulia si presentò da me, tramite un'amica in comune, quando frequentavo il secondo anno di accademia.

In quel momento avevo realizzato solo una parte delle conoscenze naturopatiche, che comunque promuovevo senza scopo di lucro ad amici e parenti per ampliare come "palestra", oltre al tirocinio di formazione scolastica, il mio bagaglio personale.

Per questo motivo ad oggi non riesco a riportare il caso clinico di Giulia nei minimi dettagli, tuttavia credo sia importante citare l'esperienza fatta da cui è nata la curiosità e il desiderio di approfondire questa patologia in tutti suoi aspetti e la ricerca sulla base di una visione olistica.

Giulia arrivò da me consapevole del proprio disturbo: erano anni che lottava contro questa condizione, ma la cosa che mi colpì in assoluto è che l'ultimo suo tentativo in una struttura specializzata non fosse andato a buon fine a causa di una sua scelta personale e questo fu anche il motivo per cui mi chiese quasi disperata se io fossi in grado di aiutarla.

Ovviamente fui molto onesta con me stessa e con lei, riferendole appunto che avrei potuto provare con lei un percorso anche per me completamente nuovo e fare un tentativo con gli strumenti e tecniche di cui disponevo in quel momento senza nessuna aspettativa.

Lei accettò senza esitazioni e mi sentii più sciolta anche io.

Cercai di accogliere in modo aperto tutto ciò che in quel momento volle raccontarmi di sé: parlammo di tante cose: lavoro, famiglia, l'amore, quasi come un dialogo tra amiche senza troppe indagini accusatorie o che la facessero sentire "diversa" e soprattutto parlammo pochissimo della patologia.

Misi in atto un ascolto attivo in modo da cercare di afferrare i punti chiave per comprendere la vita di Giulia e soprattutto la visione che aveva di sé stessa.

Conquistai la sua fiducia, pilastro indispensabile per la persona che chiede aiuto.

Uno degli aspetti che mi fecero riflettere è che Giulia non sapeva il perché reagiva alla vita con questo gesto estremo e devastante, avevo come l'impressione che la coscienza dell'essere umano si fosse in qualche modo disconnessa e con essa anche il cuore.

Capitò anche di vederla nel post-abbuffata, quando un giorno si presentò per il nostro trattamento con lo sguardo assente, gli occhi rossi dai capillari completamente dilatati e le palpebre semichiusate, era molto stanca, affaticata e triste.

La cosa positiva è che nonostante ciò devo dire che non è mai mancata ad un solo appuntamento: inizialmente avevo ritenuto di vederci due volte alla settimana per un mese e che strada facendo avremmo valutato come procedere.

Giulia rientrava nella categoria di gravità lieve, gli episodi di abbuffata/vomito si presentavano 2-3 volte alla settimana, con una remissione anche totale in alcune settimane.

Fu trattata progressivamente con tecnica metamorfica e riflessologia plantare; con la prima l'intento fu quello di rimuovere traumi che in qualche modo la condizionavano, creando così l'occasione di poter osservare temi che in qualche modo la tenevano prigioniera e che pian piano l'avevano portata a vivere questa condizione; attraverso la riflessologia plantare mi riproponevo di supportare il corpo che era già stato colpito e segnato; infine abbiamo utilizzato la floriterapia per armonizzare la parte emotiva.

Questo percorso fu per me la prima vera possibilità di sperimentare il significato di un approccio naturopatico, scoprendo che è ben diverso dal fare un semplice massaggio, lo definirei un intreccio di competenze che vanno a completare un quadro lasciato a metà, in cui è necessario porsi delle domande, fare molta ricerca per interpretare gli eventi attraverso diverse chiavi di lettura, trovare le parole o i silenzi giusti, creare l'accoglienza necessaria e restare nell'apertura senza nessuna aspettativa; i dubbi e le difficoltà che ho incontrato sono state maestre, è decisamente un'esperienza che resterà sempre con me.

Una delle prime domande che mi posi riguardò il significato simbolico del vomito.

In psicosomatica si potrebbe dire così:

Vomito -> rifiuto di cose, situazioni o persone. Opposizione a idee nuove. Si è nauseati e disgustati, non si riesce proprio a digerire gli eventi della vita. Preoccupazioni, fastidi e contrarietà

Anche in Giulia erano presenti questi trascorsi e questi stati emotivi.

Per la psicosomatica la descrizione della bulimia nervosa affonda le radici nel rapporto MADRE-FIGLIO.

Entriamo nello specifico:

Fin dalla nascita, l'uomo mangia non soltanto per vivere: su questo atto biologico si radicano fattori emozionali e sociali che rendono indissolubili gli aspetti fisiologici e psicologici dal comportamento alimentare.

Il primo contatto sociale, infatti, consiste nel ricevere il nutrimento.

Si ottiene in questo modo la soddisfazione della fame, conforto, gratificazione dei bisogni e dei desideri. Più tardi, man mano che si cresce, insorge la possibilità di opporsi, di non ricevere, di rifiutare, di sputare il cibo e, infine, con la dentizione, di mordere.

Il bambino quindi porterà alla bocca e inghiottirà tutto ciò che gli sembra "buono", desiderabile, suscettibile di soddisfare i suoi bisogni, rifiutando e sputando invece ciò che considera "cattivo".

Soddisfare la fame produce un sentimento di sicurezza e di benessere; nell'allattamento il bambino prova il primo sollievo dal disagio fisico e il contatto "caloroso" con la pelle della madre gli dà la sensazione di essere amato.

Inoltre durante l'allattamento egli sperimenta sensazioni piacevoli nella bocca, nelle labbra e sulla lingua, che poi cercherà di produrre, in assenza della madre, succhiandosi il dito.

Per certi versi è possibile affermare che la relazione tra madre e bambino è ancora più importante del metodo di alimentazione.

Fattori quali amore e attenzione insufficienti, disattenzione, alimentazione frettolosa suscitano il primo sentimento di aggressività.

Tali reazioni conflittuali provocano esperienze vegetative.

Da una parte l'organismo del bambino è pronto ad assumere il cibo, dall'altro la persona che accudisce viene respinta.

In questa condizione si creano stimolazioni nervose negative con crampi allo stomaco e vomito, che possono predisporre a un vero e proprio disagio psicosomatico.

Alcuni studi recenti affermano che le pause per il caffè abituali negli uffici e in altri ambienti lavorativi non hanno la finalità di soddisfare un bisogno calorico, ma piuttosto quello di alleviare

l'irrequietezza collegata a quella situazione particolare del momento, esattamente come il bambino collega l'esperienza della poppata al sollievo del disagio fisico.

L'atto del mangiare è in realtà molto adatto a far rivivere umori e sentimenti provati in passato in un'atmosfera simile.

Abbiamo visto che la funzione alimentare, per quanto essenziale, non è tutta quanta innata, ma ha bisogno di essere formata e ciò equivale a dire che tale funzione può essere deviata dalla propria destinazione originaria (sublimata), qualora la formazione in questione sia mal condotta.

È come se i bulimici non fossero capaci di avvertire la sazietà, come se continuassero a mangiare pur essendo sazi già da un pezzo.

Mangiano dunque per altre ragioni e non per la soddisfazione dei loro bisogni fisiologici, per lo più per ragioni d'ordine emozionale.

Quando non si risponde in maniera adeguata ai messaggi alimentari si perde la capacità di discriminare fame e sazietà.

Vi sono madri che alimentano il proprio figlio tutte le volte che piange proprio perché sono incapaci di immaginare altri bisogni.

Il rapporto madre-figlio, quindi, svolge sicuramente un ruolo importante (almeno in buona parte) nello sviluppo della sintomatologia bulimica.

Si crea in tal modo il nesso simbolico in cui il cibo rappresenta amore, sicurezza e soddisfazione del bisogno.

Nel bulimico il cibo sarà utilizzato in maniera inadeguata ed esagerata allo scopo di risolvere tutti i problemi della sua esistenza.

In età adulta, quello che per alcune persone è un "buco nero", per altre è un "vuoto incolmabile" e mangiare diventa l'unico modo per riempirlo o riempirsi, per non sentire il vuoto affettivo e relazionale circostante. Quando è una carenza affettiva ad aver segnato e caratterizzato l'infanzia, quando non si riesce a percepire il calore e l'amore di chi sta attorno, ingerire una grande quantità di cibo è un modo per "scaldarsi" e gratificarsi.

L'attacco bulimico si distingue da un eccesso di fame o di "golosità" in quanto l'individuo sembra da un lato non percepire un vero e proprio stimolo di fame, dall'altro non discriminare, in quel frangente, i diversi sapori dei cibi che sta mangiando.

Le sostanze più svariate vengono così consumate insieme, dando luogo ad un tentativo di soddisfare questa "fame insaziabile". Dopo un breve periodo di particolare soddisfazione, questo fenomeno è seguito da forti tensioni interiori e da profondi sentimenti di colpa e di vergogna. I disturbi dell'alimentazione hanno a che fare, come già menzionato più volte, con il contatto, il nutrimento, la relazione con il proprio ambiente ma, soprattutto, con la rabbia, la delusione, il dolore: è un segnale rivolto direttamente a qualcuno o qualcosa, difficile da decifrare.

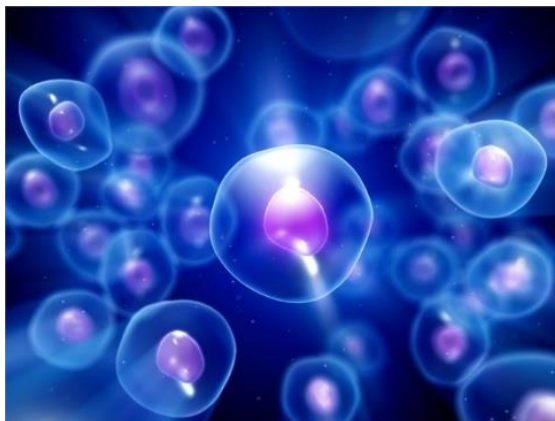
L'unica certezza che resta è il condizionamento tra corpo, psiche e traumi della vita.

Pertanto è importante cercare di comprendere questa trilogia e sviscerarla con il fine di ricercare il benessere di ogni essere umano.

Il primo passo è dirigerci verso la responsabilità nei confronti della nostra esistenza e del bagaglio più o meno pesante che portiamo.

Siamo fatti di ricordi, traumi, gioie e dolori.

LA MEMORIA CELLULARE



Avete mai pensato che può esistere **una memoria che va ben oltre il ricordo cosciente?**

La teoria sulla memoria cellulare dice che le nostre cellule, ogni singola cellula del nostro corpo, sembrerebbero contenere in sé un vero e proprio ricordo, una vera e propria memoria non solo di ciò che è in quanto tale, ovvero una cellula specializzata nella sua funzione, ma anche dell'organismo che la contiene e l'ha prodotta: noi.

Una memoria che va al di là, quindi, dei nostri cinque sensi, non una memoria visiva, tattile, olfattiva, uditiva e gustativa, quella memoria che richiama ai pensieri uno specifico ricordo.

Immaginiamo il nostro organismo funzionante come un hard disk, un magazzino dove raccogliamo i dati e i parametri che ci permettono di “funzionare”. Quando ci imbattiamo in un profumo che conosciamo, ad esempio, ci può venire alla mente dove lo abbiamo sentito per la prima volta, o una determinata situazione collegata a quel ricordo (come il profumo dei popcorn ci ricorda il primo film che abbiamo visto al cinema con il nostro primo amore, per esempio), allo stesso modo le emozioni che viviamo vengono iscritte nel nostro patrimonio cellulare, non solo nella memoria cerebrale.

Tutta la vita che noi viviamo si iscrive nel nostro corpo: il dolore, la paura non sono solo emozioni astratte, ma vivono nel nostro corpo, nelle nostre cellule, diventano scheletro, muscoli, carattere, energia bloccata o stagnante, sintomo e patologia, diventano “noi”.

I nostri stati emotivi non sono solamente episodici o momenti di esperienze di vita, ma sono strettamente legati ai processi che portano alla formazione dei nostri pensieri, delle nostre credenze.

Sono determinati dallo strutturarsi della nostra personalità.

Sono influenzati dal nostro temperamento e dal nostro carattere.

I nostri stati emotivi entrano attivamente nei processi mentali che codificano la memoria.

In termini scientifici la memoria cellulare è chiamata epigenetica.

Anche la moderna naturopatia e la psicologia lavorano con questa memoria.

Le nostre cellule hanno una memoria per le influenze ambientali, possono prendere nota dei nostri livelli di stress, della nostra dieta, dei nostri movimenti.

Queste stesse cellule cambiano continuamente adattandosi, tra l'altro, a livelli di diversi ormoni dello stress.

In effetti l'epigenetica è ciò che consideriamo come *genetica extra*, le informazioni che dicono alla cellula quali strutture genetiche può utilizzare e quali no.

La cellula comunica costantemente con il suo ambiente, cioè con il mondo esterno, ma anche con il corpo, che è il suo stesso ambiente.

Ciò significa che le nostre cellule reagiscono costantemente a ciò che cambia e accade intorno a loro, si adattano epigeneticamente e seguono così i cambiamenti della nostra vita.

Possiamo dunque dire che la memoria del corpo è un sistema interagente, ossia queste interazioni hanno effetti in tutte le direzioni fisicamente, psicologicamente ed energeticamente, pertanto non ha senso considerare solo singole parti del corpo come problematiche e trattarle separatamente.

Dobbiamo invece considerare il nostro corpo-mente-spirito come un essere sistemico e modellarlo, questo perché la memoria cellulare immagazzina traumi ed esperienze negative, che hanno un effetto negativo sulla vita di oggi.

E in questo senso l'epigenetica e le sue scoperte scientifiche stanno cambiando questa visione del mondo.

Metabolismo significa, tra l'altro, che la cellula reagisce all'ambiente e produce proteine a partire dai suoi geni e dalle strutture epigenetiche, cioè dai profili di attività dei geni. Di conseguenza i geni importanti per quella cellula possono essere letti facilmente.

Abbiamo 30.000 miliardi di cellule del corpo che comunicano e scambiano tra loro e si adattano e si riallineano continuamente.

Sarebbe folle negare l'esistenza della memoria cellulare o della memoria del corpo.

Il nostro corpo cerca sempre di adattarsi all'ambiente e allo stile di vita, si adatta al sistema sia che si tratti di un atleta, di un fumatore o di un vegetariano e questi vengono chiamati processi neurobiologici che danno una direzione all'insieme.

La memoria cellulare si trasmette di generazione in generazione: lo stress, la fame, la paura lasciano tracce epigenetiche nel nostro genoma.

Le molecole chimiche si legano al filamento del DNA e regolano l'attività o l'inattività dei singoli geni; di conseguenza le esperienze dei nostri genitori, dei nonni o persino delle nostre precedenti incarnazioni possono ancora influenzare le funzioni dei geni dei nostri figli e nipoti.

Si tratta di effetto negativo della memoria cellulare: ad esempio, nel corso di una ricerca, gli scienziati hanno scoperto cambiamenti caratteristici nel genoma dei figli di genitori traumatizzati.

La particolarità è che questi cambiamenti non sono stati influenzati dal codice genetico in sé, ma da molecole che si legano al materiale genetico del DNA e decidono così l'attività di alcuni geni.

I ricercatori chiamano questa speciale forma di modificazione genetica "epigenetica".

Il prefisso "epi" significa "accanto" o "sopra" e indica che oltre ai geni esistono meccanismi che influenzano la nostra disposizione ereditaria.

L'epigenetica, quindi, non modifica la struttura dei codici genetici, ma il modo in cui questa può essere letta o meno, cioè se i geni rimangono silenti o vengono attivati; è quindi importante tenere conto della memoria del corpo durante un risveglio spirituale o nel trattamento di una malattia.

LA MEMORIA CELLULARE :INFLUENZARE LA MALATTIA

Il nostro sistema è quindi anche un sistema di autoregolazione e auto-riparazione.

Il nostro stile di vita determina se questi meccanismi sono sostenuti o piuttosto bloccati e su questo abbiamo un'influenza decisiva.

Uno stile di vita sano è molto importante quando ci si ammala o si vive un'esperienza traumatica perché l'efficacia e la velocità della guarigione dipendono in gran parte da noi; infatti, attraverso la

memoria cellulare, è possibile influenzare positivamente le varianti genetiche sfavorevoli con fattori di resilienza.

Le malattie genetiche sono considerate dalla società come malate e non come sane, le mette in un angolo dove lo sviluppo e il miglioramento non sembrano possibili.

Le malattie genetiche non devono essere un fenomeno inevitabile che può essere trattato solo con i farmaci, perché le persone che riescono ad adattarsi e a trarre il meglio dalle situazioni, anche nelle fasi difficili della vita, hanno un'aspettativa di vita più alta; si tratta di un vero e proprio cambiamento di paradigma nella medicina nella quale la memoria cellulare deve essere presa in considerazione.

Naturalmente ci sono casi fortemente influenzati dalla genetica che lasciano solo un certo margine all'autoefficacia e ai suoi effetti positivi; per questi sarà indispensabile un trattamento farmacologico di accompagnamento, ma la durata dell'assunzione e il dosaggio può variare anche in base ai fattori di promozione della salute che integro nella mia vita.

La maggior parte di noi ha maggiori probabilità di soffrire di sintomi complessi e diffusi, di una moltitudine di stress e sintomi mentali, in questo caso i fattori ereditari, l'ambiente e il passato hanno un impatto su di noi e offrono ancora possibilità di recupero.

Mi faccio una domanda a riguardo : è possibile effettuare una de-programmazione cellulare per vivere una vita sana?

LA TECNICA METAMORFICA E IL RITORNO ALLA VITA PRENATALE

La tecnica metamorfica può essere un valido aiuto, ha dato risposte alle mie domande e anche nel percorso con Giulia ottenni buoni risultati.

In seguito ai trattamenti notai con piacere che riusciva con maggiore dimestichezza ad esprimere al mondo che la circondava ciò che non le andava bene e che forse non le andava bene da diverso tempo, il suo bagaglio emozionale negativo e traumi annessi pian piano si affievolivano lasciando nuovi spazi da riempire e la possibilità di ritrovare sé stessa nel suo pieno splendore.

Il massaggio metamorfico o tecnica metamorfica fu creato e sviluppato in Inghilterra negli anni '50 dal naturopata e riflessologo inglese Robert St. John (1914-1996). Fu praticando la riflessologia che emerse in lui l'intuizione della "Terapia Prenatale", nome con cui egli definì inizialmente il suo lavoro.

COS'È?

Non è un massaggio, né una terapia, e non si occupa dei sintomi, ma lavora sulla globalità della persona. La tecnica metamorfica si distingue dalla riflessologia perché non lavora con pressioni, ma con leggeri sfioramenti.

L'operatore, muovendo le mani molto lentamente, sfiora particolari punti dei piedi, delle mani e della testa, lungo un percorso che riproduce la sequenza delle esperienze dal concepimento alla nascita. Su questi punti si trovano i "riflessi" della spina dorsale, nella quale sono registrate le nostre esperienze emotive e le nostre caratteristiche individuali, che si sono formate durante il periodo prenatale.

Attraverso questi leggeri tocchi o sfioramenti il terapeuta libera le energie che sono state bloccate durante la gestazione. Scioglie gli schemi prenatali e attiva un processo di trasformazione naturale che agisce in tutti gli ambiti dell'esistenza.

La tecnica metamorfica non ha controindicazioni. Non c'è uno standard sul numero di sedute da effettuare: a volte si vedono effetti già alla prima seduta e si notano immediatamente dei cambiamenti a livello fisico ed emotivo; altre volte il cambiamento è impercettibile e ci vogliono più sedute. Anche se tutti in genere al termine della seduta si sentono molto rilassati e distesi, gli effetti variano e spesso sono quasi impalpabili: si può sentire un senso di benessere fisico, o di carica ed euforia, una nuova consapevolezza attraverso i sogni e sensazioni di una maggiore chiarezza interiore.

In particolare si presta ad aiutare adulti e bambini, persone con handicap, donne in gravidanza. In sostanza il massaggio metamorfico è pensato per tutte quelle persone che sentono dentro sé dei blocchi inconsci, che non riescono a comprendere e che desiderano risolvere.

Sono nodi che spesso impediscono lo svilupparsi di un proprio potere personale e influiscono negativamente sulle dinamiche di vita quotidiana.

Le cellule del nostro corpo sono impregnate di tutte le esperienze della nostra vita, incluso il periodo prenatale (dal concepimento alla nascita).

La tecnica metamorfica nasce dall'idea che molti disturbi siano collegati a blocchi energetici che si sono fissati a livello dei nervi spinali durante il periodo gestazionale, ossia quando ci siamo formati all'interno del grembo materno.

La vita uterina costituisce una tappa cruciale in cui assimiliamo una quantità considerevole di informazioni che si registrano nella nostra prima memoria emozionale come credenze che in seguito permangono vive e intatte così come furono percepite e vissute allora. Nella nostra prima memoria emozionale resta registrato tutto ciò che accade intorno al concepimento, alla gravidanza, al parto e alle circostanze della vita dei genitori, che ci trasmettono le loro esperienze, le loro credenze e le loro aspettative, trasformandoci nei destinatari dei progetti che hanno previsto per noi. Nell'utero, il figlio è subordinato alla madre per la connessione cellulare ed emozionale esistente tra i due. Tutto ciò che lei vive lascerà in lui un'impronta emozionale. Il figlio si struttura a partire dal referente principale che è la madre, soprattutto a partire dall'emotività e dalle informazioni che lei gli trasmette. Tutto ciò definirà la sua personalità e come affronterà e gestirà la sua vita.

La gravidanza, in quanto periodo di alterazione fisiologica importante del corpo, potrebbe risultare di particolare interesse nel contesto della comprensione di alcune dinamiche relative ai disturbi del comportamento alimentare. La gravidanza è spesso vissuta come un periodo di grandi cambiamenti per la donna, i cui conflitti psicologici prima latenti possono assumere una dimensione più accentuata.

In questo periodo la donna può aumentare le proprie dimensioni corporee ed assistere anche ad un mutamento nella propria forma corporea: inizialmente sono modificazioni lente, ma con il progredire della gravidanza esse si fanno sempre più rapide.

Quanto più sono veloci ed intensi i cambiamenti somatici, tanto più gli stessi sono considerabili fattori di vulnerabilità nel processo di elaborazione dell'immagine corporea.

Alcuni studi condotti nel 2016 sono interessanti per le conclusioni a riguardo dei fattori di stress materni: se lo stress psicologico ed emotivo ha a che vedere con il cibo e con l'immagine corporea, i figli hanno un aumentato rischio di DCA. Se invece lo stress ha a che vedere con altre cause (sono stati indagate le situazioni di lutto, trauma e mobbing lavorativo), la prole non avrà alcuna influenza nello sviluppo del DCA. Gli studiosi indicano che in entrambi i casi i pattern ormonali e metabolici che si attivano in mamma e bambino sono i medesimi: ma *solo nel primo caso* portano ad un imprinting per DCA; la spiegazione molto probabilmente risiede nel fatto che una mamma in gravidanza che ha un brutto rapporto con il proprio corpo (lo vede ingrassato, informe, irrecuperabile) attiverà dei comportamenti alimentari di restrizione, e quindi in definitiva e di nuovo la restrizione calorica e non lo stress di per sé ad essere correlato al rischio di DCA nei figli.

A tal proposito vorrei inoltrarmi nello specifico su studi riguardanti la vita prenatale riportati da Gino Soldera (psicologo, psicoterapeuta) in quanto essenziale per comprendere a fondo l'origine della memoria che si manifesta in ognuno di noi.

Emozioni della vita prenatale (Gino Soldera)

Nelle antiche civiltà del Giappone e della Cina era consuetudine far coincidere la nascita con il momento del concepimento: i 9 mesi della gestazione, infatti, erano considerati veri e propri momenti di vita, capaci di lasciare un segno nella storia individuale.

Il concepito evidenzia avere, accanto al proprio bagaglio genetico e tenuto conto dell'influenza dell'ambiente, anche una propria individualità che gli consente di esercitare un ruolo attivo nella propria crescita e sviluppo.

È accertato che il nascituro, fin dai primi momenti di vita, ha la capacità di interagire con la propria madre in termini metabolici e biochimici, ma anche psichici profondi.

Inoltre le osservazioni ecografiche del comportamento fetale hanno dimostrato che il nascituro manifesta da subito una propria intelligenza di fondo: è in grado di ricevere, attraverso il suo apparato sensoriale, uno stimolo esterno, di selezionarlo, focalizzarsi su di esso, elaborarne il contenuto e fornire una risposta precisa e creativa, evidenziando così anche delle capacità neuropsichiche. Egli infatti è capace di orientarsi nell'ambiente uterino e di riconoscerlo nelle sue diverse parti, sa stare in equilibrio, gioca e danza, vive delle sensazioni di piacere ed esprime emozioni positive, accompagnate dal sorriso, ma sperimenta anche sofferenza e dolore, comunica con i fratelli gemelli, si calma ascoltando le melodie di Vivaldi e Mozart, scalcia e si muove intensamente con Beethoven

e Brahms, ed è in grado di giocare. A partire dalla ventiduesima settimana gestazionale dimostra un profilo motorio e dinamico con le caratteristiche dell'intenzionalità.

Oggi, alla luce dei dati emersi dalla ricerca, si può affermare che il periodo della gestazione è senza ombra di dubbio il più importante nella vita di una persona. Nel grembo materno, infatti, non solo si forma l'organismo, con il suo temperamento, ma avviene anche la prima opera di prevenzione e di promozione della salute nell'essere umano tanto che le esperienze che il nascituro vive in questa fase rimarranno impresse e nascoste nell'inconscio per tutta la vita. Da qui l'esigenza di introdurre dei programmi di educazione prenatale, dove le attività proposte, che coinvolgono il padre, la madre e il figlio nel corso della gestazione, hanno permesso di conseguire risultati molto importanti. Tutto questo ci aiuta a capire quanto sia importante approfondire, studiare e conoscere quanto avviene durante la vita prenatale, come proposto dalle raccomandazioni di Vienna, affinché la cultura che riguarda la vita prenatale diventi patrimonio della società, motivo di riflessione da parte delle istituzioni, dei servizi, degli operatori e occasione di pratica e di esperienza dei genitori.

In genere il ciclo della vita viene fatto coincidere con la nascita escludendo il periodo della vita prenatale che, alla luce della moderna epigenetica (scienza che studia l'influenza dell'ambiente sui geni), potremmo invece definire il più importante dell'intera esistenza umana. In questa fase vengono infatti poste le basi per lo sviluppo fisico e psichico per la formazione dell'essere umano condizionando a cascata l'andamento di tutte le fasi successive della vita (A. Bertin 1998). Ad essa infatti pertiene l'organizzazione e la strutturazione dell'essere umano all'interno di una logica di continuità indivisibile che pone le radici nel mondo prenatale; in questo *continuum* l'individuo rappresenta un'entità in cui la psiche e il corpo sono sincronicamente legati: l'utero è il primo ambiente ecologico che qualifica l'inizio dell'esperienza umana (Freyberg 2005).

Durante la gestazione si costruiscono le fondamenta per lo sviluppo delle potenzialità latenti che sono importanti per consentire all'individuo di essere sé stesso nella vita e per realizzarsi come persona.

Nella tabella si riporta una differenziazione della realtà del temperamento da quella del carattere e della personalità e anche di introdurre un concetto nuovo, l'individualità (Gino Soldera).

I. La fase prenatale



È ormai consolidato scientificamente che durante il periodo di gestazione si forma il temperamento dell'essere umano. Sin dal concepimento il bambino è dotato di una propria identità psico-genetica. Le mamme in attesa di un bambino avvertono dei cambiamenti dentro di loro, ovvero tratti della personalità o modi di essere nuovi che afferiscono al bambino. Nell'ambiente uterino si forma la struttura che sarà poi di riferimento al successivo sviluppo del carattere e della personalità.

I tratti fondamentali del temperamento come l'estroversione, la voracità, la timidezza, il nervosismo, il modo più o meno rapido di reagire agli stimoli, sono già riscontrabili negli atteggiamenti più ricorrenti nell'utero (Vegetti-Finzi 1994). Sappiamo che c'è una notevole differenza fra il bambino che nasce con un buon temperamento e un bambino con un difficile temperamento perché quest'ultimo è spesso capace di mettere in crisi anche i genitori animati dalla più buona volontà verso di loro.

Thomas Verny afferma: "Dal momento del concepimento, l'esperienza intrauterina forgia il cervello e getta le basi per la personalità, il temperamento e le capacità di pensiero" (2004).

Cinque caratteristiche biologiche del concepito dal primo giorno

Come esempio vi riporto le caratteristiche biologiche del concepito dal 1 giorno (Parson 2002) perché sono cinque orientamenti costitutivi dell'essere umano.

Nel primo giorno il concepito ha:

- un'identità umana propria (44 + 2 cromosomi e un totale di circa 3, 2 miliardi di paia di basi di DNA contenenti all'incirca 20.000-25.000 geni);
- unicità e individualità proprie (sequenza ALU per distinguere il genoma);
- un'autonomia biologica (Shift metabolico, energetico);
- l'assunzione del piano di programma genomico (imprinting genomico, polarizzazione, assializzazione);
- il “cross-talk” (mirato all'impianto e alla tolleranza immunologica).

Ci sono altre considerazioni che ho trovato interessanti per realizzare al meglio il quadro di un individuo e poterlo osservare in tutta la sua totalità. Sempre Gino Soldera esplica un aspetto fondamentale che riguarda ognuno di noi: **IL PROGETTO DI VITA**.

(Gino Soldera) Fin dal concepimento il bambino è portatore di un progetto di vita che rappresenta il motivo per il quale esistiamo in questo mondo e ci aiuta, una volta conosciuto, a dare un senso alla nostra esistenza. Il progetto di vita scandisce le tappe dello sviluppo del bambino e le modalità del suo comportamento, secondo un orientamento auto educativo – trova in sé gli strumenti per potersi formare, considerata la sua capacità di auto generarsi e auto evolversi – che i genitori devono riconoscere e rispettare. I genitori sono pertanto chiamati ad affinare la loro sensibilità e a entrare in relazione con lui, per conoscere il suo progetto e favorirne la realizzazione. Potremmo dire che il compito educativo è proprio quello di educare, del “tirare fuori”. L'educazione non va confusa con l'istruzione. Il bambino avrebbe bisogno da subito di relazioni importanti e significative, fondate non sul controllo esteriore ma sull'intesa e sulla comprensione interiore. Il valore del rispetto, l'accettazione e la valorizzazione della persona umana fin dal concepimento sono i fondamenti di ogni vera forma di educazione.

A partire da queste considerazioni comprendiamo che il concepito è un essere umano dotato di potenzialità e di risorse, ha una precisa struttura genetica, un suo progetto di vita e identità personale. Sulle basi biologiche illustrate pocanzi si svilupperà in sostanza un essere umano con tutte le sue

competenze. Infatti i numerosi dati raccolti dimostrano che fin dall'inizio il concepito è un essere umano capace di muoversi, di stare in equilibrio, di esplorare l'ambiente e sé stesso e di giocare.

– Si possono vedere già alla 6/7ma settimana di gestazione (s. di g.) dei movimenti vermicolari dell'embrione che diventano sempre più ripetitivi fino a sviluppare movimenti fetali molto complessi e specifici

– Tra la 12ma e la 13ma s. di g. si nota la rotazione del capo, l'estensione del capo sul tronco, i movimenti isolati di piccole parti, le mani si muovono verso il capo, la faccia, la bocca

– Alla 15ma s. di g. si osserva il pollice nella cavità orale, le mani verso la testa e il volto, deglutizione e suzione; reagisce agli stimoli ambientali e al tocco della madre

– Alle 20ma-21ma s. di g. ha l'apertura rapida e la chiusura lenta della bocca, il singhiozzo

– Verso le 24ma-25ma s. di g. compie dei movimenti più frequenti dopo l'assunzione di pasti o del glucosio da parte della madre e osserviamo la comparsa del sonno REM

– Infine già dalle 27ma-28ma s. di g. abbiamo una risposta a stimoli acustici e movimenti di esplorazione

Nel corso della vita intrauterina si sviluppano così dei meccanismi nervosi che presiedono a funzioni vitali, quali il respiro, la deglutizione, la suzione, il pianto, l'orientamento spaziale, la locomozione, il ritmo sonno-veglia.

Il professor David Chamberlain descrive l'esistenza di 12 sensi nella vita prenatale, così suddivisi: i primi sensi diversi, i sensi chimici, il contatto con la bocca, i paradossi della vista e i sensi superiori.

I PRIMI SENSI DIVERSI

– Il senso tattile è presente piuttosto presto sin dalla 7ma s. di g. e si sviluppa con sensibilità cutanea su tutto il corpo nella 32ma s. di g. Chamberlain ha notato che ci sono modalità attive (intenzionali) e passive (recettive) del nascituro

– Sensori termici. Il feto reagisce alle variazioni di temperature (soluzioni calde e fredde)

– I canali del dolore (la nocicezione) che iniziano a predisporre sin già fra le 20ma e le 34ma s. di g. quando il nascituro reagisce a situazioni di stress

– Udito e ascolto. Verso la 24ma s. di g. l'orecchio del bambino è strutturalmente completo. Gli studi sulle relazioni del nascituro alle voci dimostrano la sua capacità di apprendimento. Si può osservare che già tra la 14ma e 17ma s. di g. si evidenziano risposte motorie alle stimolazioni acustiche

– Senso di equilibrio. Attorno all'ottava s. di g. comincia a svilupparsi il sistema vestibolare.

I SENSI CHIMICI

– Degustazione, il senso degustativo. I recettori gustativi raggiungono una presenza abbastanza definita e funzionalità tra la 11ma e 14ma s. di g. Alla 13ma s. di g. si sviluppa l'inizio della deglutizione; si osserva un incremento della deglutizione iniettando nella cavità amniotica delle sostanze zuccherine e un decremento con le sostanze amare (fa smorfie)

– L'olfatto, il senso dell'olfatto. Verso le 11ma-15ma s. di g. percepisce circa un centinaio di aromi presenti nel liquido amniotico.

CONTATTO CON LA BOCCA

Esplora con la bocca per conoscere la consistenza, la durezza e il contorno degli oggetti. Usa il leccare e il succhiare per il piacere. Suzione dalla 13ma s. di g.; sembra essere una modalità gradita e vissuta come esperienza d'intimità.

I PARADOSSI DELLA VISTA

Capacità visiva precoce. La funzionalità visiva si sviluppa tra il quarto e il sesto mese; alla 26ma s. di g. le palpebre si dischiudono e si assiste ad una risposta agli stimoli luminosi intensi.

SENSI SUPERIORI

Rilevamento psichico. Molte ricerche mettono in evidenza il sentire contestuale del feto con la madre, come nel fumo o nel sentirsi accettati o rifiutati

Rilevamento trascendente. Sono stati riportati aneddoti ed esperienze dove il nascituro dimostra di avere consapevolezza dell'ambiente esterno e delle persone presenti in quel contesto.

Questo perché l'essere umano fin dal concepimento ha in sé la psiche, chiamata tradizionalmente anima, senza la quale non potrebbe vivere. La psiche, che si aggiunge all'eredità e all'ambiente nella formazione dell'individuo, rende il bambino un essere umano completo, dotato di tutto ciò che gli è necessario per vivere questa fase della vita.

Quando si parla della psiche e del nascituro o bambino generalmente si considerano gli aspetti legati alla sfera biologica del corpo e degli istinti e quindi ai bisogni (inconscio inferiore) e poco al rapporto con l'ambiente circostante, vissuto nella quotidianità (inconscio medio). Non va dimenticato, come avviene comunemente, che il nascituro è portatore di valori, di qualità (inconscio superiore) – come illustra l'Uovo di Assagioli (1973) – e da studi recenti che sia dotato di una propria coscienza e

consapevolezza anche se inconscia (Chamberlain 1998), chiamata da Sozzi “sublimale primaria” e di un suo progetto di vita (Soldera 2000).

II. Uovo di Assagioli



Quello dell'inconscio superiore nel nascituro è un aspetto che collega direttamente il bambino alla vita e alla natura e, se percepito dai genitori, riempie di significato e prospettiva la loro relazione.

È un essere socievole, capace di comunicazione con la madre, il padre, il fratello gemello e l'ambiente circostante esterno.

Numerosi studi effettuati sui gemelli nel corso della gestazione hanno messo in luce la capacità comunicativa interattiva dell'uno verso l'altro come quelli di Piontelli (1992). È famosa la coppia di gemelli Luca e Alice, soprannominati "i gemelli gentili", che già alla 20ma s. di g. comunicavano reciprocamente a livello tattile, motorio ed espressivo.

Ogni madre che ascolta può identificare, nel corso della gestazione, le caratteristiche individuali del figlio. La biologia molecolare e le neuroscienze hanno messo in evidenza che il bambino inizia ad avere le sue relazioni con il corpo della madre fin dal concepimento.

Da una ricerca di Chiara Sozzi che parte dall'esperienza clinica e comunicativa di alcune madri con i loro figli in gravidanza risulta che il bambino in epoca prenatale sia dotato di un'ampia consapevolezza (tridimensionale), caratterizzata:

- dai limiti della propria realtà fisica
- dal proprio spessore di coscienza

- dalla comprensione limitata di ciò che è e sa
- dal livello specifico di consapevolezza che hanno la madre e il padre

È un essere capace di ricordare, di apprendere, dotato di una propria intelligenza e intenzionalità.

Dalle neuroscienze sappiamo poi che ha una memoria cellulare.

David Chamberlain disse.

Se i genitori fossero informati su quanto oggi si sa sulla psicologia e sulla educazione prenatale, cambierebbero sicuramente il loro modo di essere genitori e se il loro modo di essere genitori cambiasse, cambierebbe il mondo.

Alla luce di queste considerazioni vale la pena riavvolgere la pellicola del film della nostra vita alla ricerca delle nostre vere potenzialità in virtù della vita che ci ha creato unici e irripetibili e riscoprire la nostra individualità.

BULIMIA NERVOSA IN MEDICINA TRADIZIONALE CINESE

Nella medicina tradizionale cinese la bulimia nervosa si colloca come uno stato di dipendenza.

Con il termine “dipendenza” si intende una alterazione del comportamento di una persona che, da semplice e comune abitudine, diventa una ricerca esagerata, spasmodica e patologica del piacere e della propria gratificazione attraverso mezzi, sostanze e comportamenti che sfociano nella condizione patologica.

Attraverso tale comportamento chi ne soffre perde ogni possibilità di controllo sull'abitudine, il suo dolore psico-emotivo non trova sollievo e rimedio e quindi la persona appaga le proprie mancanze ed allevia i propri dolori attraverso qualcosa di sostitutivo (l'oggetto della dipendenza) che gli procura un piacere compensativo.

Dipendenze “antiche” e dipendenze “recenti”

La dipendenza è vecchia quanto la storia dell'umanità ed è entrata a vario titolo nel corso dei secoli nei miti, nei trattati ed addirittura nei testi sacri, basti pensare ai mangiatori di loto dell'Odissea oppure alla Divina Commedia (Inferno, Canto VI), dove Cerbero ed i golosi sono il simbolo dell'ingordigia: uno dei peccati che più induce l'uomo a distruggere la sua dignità, lo rende passivo e lo costringe a trasformarsi in un avaro egoista interessato solo a possedere ciò che appaga i piaceri del suo ventre.

Il vorticoso cambiamento socioculturale degli ultimi decenni ha impresso al fenomeno un'accelerazione sostanziale attribuendo al problema nuove forme. Le dipendenze patologiche, infatti, sono un fenomeno complesso che è in stretta relazione con le scelte e le responsabilità individuali delle persone e con tutta una serie di fattori di ordine sanitario, culturale, sociale, educativo e legale.

Negli ultimi tempi inoltre stiamo assistendo anche ad una continua diversificazione delle persone che soffrono di dipendenze patologiche, che sarebbe sbagliato identificare esclusivamente con i più giovani.

A titolo puramente esemplificativo di solito si usa suddividere le dipendenze nelle seguenti due grosse categorie:

1) Dipendenze da fattori fisici

- Droga, stupefacenti ed oppiacei
- Alcoolismo
- Tabagismo
- Dipendenza da farmaci
- **Dipendenza dal cibo, disturbi dell'alimentazione e bulimia**

2) Dipendenze comportamentali

- Shopping addiction
- Work addiction (dipendenza da lavoro e da studio)
- Sex addiction
- Scommesse e gioco d'azzardo
- Dipendenze relazionali ed affettive
- Dipendenza dal gruppo
- Dipendenza religiosa
- Dipendenza dall'esercizio e dalla forma fisica
- Dipendenza da Internet (Internet Addiction Disorders - IAD)
- Dipendenza dalla tecnologia e dai cellulari
- Dipendenza dalla televisione

Anche le dipendenze comportamentali quindi presentano grosse analogie con quelle legate a fattori fisici:

- la compulsività, ovvero la sensazione di non riuscire a resistere all'impulso di attuare il comportamento;
- il cosiddetto craving, cioè quella sensazione di tensione crescente che precede l'inizio del comportamento;
- il piacere ed il sollievo che caratterizzano il momento in cui il comportamento viene messo in atto;
- la percezione di perdita di controllo;
- la persistenza del comportamento nonostante la sua associazione con conseguenze negative

Premesso che il trattamento e l'analisi dei vari tipi di dipendenza esulano dallo scopo della presente tesi, per capire l'impatto sulla nostra società dei problemi legati alle dipendenze, riflettiamo un momento su questa cosa: chi di noi nel corso della propria vita non si è mai scontrato almeno con uno di questi problemi che affliggevano sé stesso, un proprio conoscente o un familiare?

Secondo i principi della Medicina Tradizionale Cinese, per affrontare un problema in generale, ed una dipendenza patologica in particolare, è necessario intervenire sulla sua causa primaria per poi agire sui meridiani e sugli organi che risultano responsabili dal punto di vista energetico-emotivo, cercando di ristabilirne l'equilibrio.

La Medicina Cinese identifica il quadro patologico che segue all'assunzione abusiva di una sostanza chimica con la sindrome detta fuoco di Cuore (palpitazioni, sete, irrequietudine mentale, agitazione, insonnia, viso arrossato, presenza di ulcerazioni sulle mucose orali e la lingua, etc.), mentre quello proprio della fase di comparsa dei sintomi di astinenza con la sindrome di ristagno dell'energia del Fegato; è proprio il bisogno di evitare questa seconda fase che porta chi è assuefatto ad una sostanza o ad una situazione ad aumentarne la dose. Generalmente chi soffre di dipendenza passa da una fase all'altra in una oscillazione senza fine, un'alternanza ciclica tra la sindrome di fuoco di Cuore e quella di ristagno dell'energia del Fegato, le cui caratteristiche ed intensità variano ovviamente in base alla situazione particolare.

Proviamo ora a fare un passo indietro per provare a capire cosa porti una persona a dipendere in modo tanto vincolante da qualcosa o da qualcuno. Nella visione della Medicina Tradizionale Cinese la causa di questo comportamento può essere ricercata nella presenza di una sorta di tappo o chiusura emotiva che impedisce al soggetto di esprimere i propri stati d'animo.

Questo disturbo è meglio conosciuto in medicina occidentale come *alessitimia*. Si definisce "alessitimia" (dal greco *αλεξιθymi* quindi *α*=mancanza, *λεξις*=parola, *θυμος* = emozione) la difficoltà di riconoscere, identificare, descrivere e comunicare le emozioni e distinguere i propri vissuti emotivi; ciò ovviamente comporta anche una carenza di capacità di immaginazione, uno stile cognitivo orientato verso la realtà esterna e un adattamento sociale di tipo conformistico.

Un'alterazione dell'elaborazione emotiva, necessaria per rendere "pensabili le emozioni", per razionalizzarle, e per fornire continuità al senso di sé, quindi può condurre gli individui a tentare di regolare la propria affettività attraverso diverse forme e modalità. In quest'ottica, l'uso di sostanze o di alcol, l'impulsività, i disturbi psicosomatici e le "abbuffate alimentari", potrebbero essere visti come aspetti di uno stesso fenomeno: il tentativo disperato di regolare un'emotività non mentalizzata e quindi spesso dolorosa.

La dipendenza è dunque un tentativo di “sentire le emozioni” che non si possono e non si riescono altrimenti a provare. Nella Medicina Tradizionale Cinese esiste una stretta correlazione tra corpo e psiche per cui i disagi a carico di quest’ultima portano a squilibri energetici a carico dei vari organi funzionali, ognuno dei quali è fortemente connesso ad un aspetto emotivo specifico:

1. polmoni = TRISTEZZA
2. rene = PAURA
3. fegato =RABBIA
4. cuore =GIOIA/ EUFORIA
5. milza = RIMUGINAZIONE

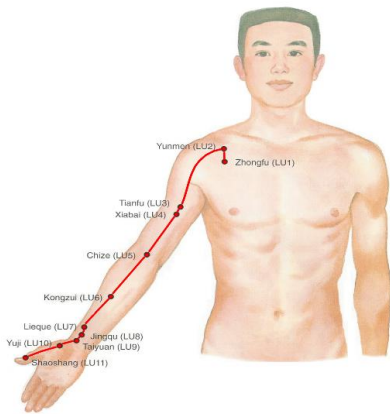
Squilibri emotivi possono determinare quindi un pieno o un vuoto energetico a carico degli organi e quindi agire sui punti e sui meridiani può aiutare ad agevolare il fluire delle energie, sbloccando e sciogliendo i nodi che si sono creati, fino a liberare la persona dalla dipendenza.

In Medicina Tradizionale Cinese viene definito "flegma", un fattore patologico molto importante che è alla base di numerose condizioni patologiche e che provoca una sorta di “avvelenamento” dell’organismo colpendo il fegato, la milza ed i reni.

Va notato e ribadito comunque che secondo la Medicina Cinese ogni caso è un caso a sé e dunque ogni scelta non può comunque prescindere dalla persona, dalla sua tipologia energetica, dall’ambiente in cui vive, dalla sua situazione affettiva, familiare, lavorativa, dalla fase della vita che sta attraversando e da tutti quegli elementi che è possibile raccogliere e analizzare solo tramite un'accurata ricerca energetica del paziente.

La dipendenza, il senso di colpa ed il meridiano del Polmone.

Il fattore che accomuna tutti i soggetti affetti da una dipendenza è un forte senso di colpa, verso sé stessi o gli altri, per il proprio stile di vita. Per sciogliere questo nodo si rivela molto importante il trattamento di un meridiano, quello del Polmone. Quest’ultimo è un organo strettamente connesso al mondo esterno (attraverso il passaggio dell’aria da fuori a dentro) e quindi è la parte del corpo attraverso la quale si crea una sorta di raccordo tra microcosmo e macrocosmo.



Il meridiano del Polmone diffonde l'aria verso il torace grazie al movimento di ascesa, sostenuto dalla Milza; uno degli obiettivi di questo movimento è quello di avere un contatto con il Cuore per stabilire la relazione detta Yi Guan, che permette al Rene di collegarsi al Cuore. Quindi Rene e Cuore comunicano attraverso il Polmone. Se dal Rene sale la paura, questa arriva al torace e non permette al Pericardio di liberarsi e di far uscire i contenuti inconsci che il cuore non può sopportare. Un'ulteriore via d'uscita dal Polmone è rappresentata dal Rene e dalla Vescica e quindi quando dal Rene sale la paura che blocca il Pericardio, il nostro corpo reagisce tendendo di eliminare questi contenuti attraverso la verbalizzazione, il respiro e l'emissione di liquidi (lacrime, urine, sudore, ecc).

Il Polmone inoltre rappresenta anche la capacità di perdonare: come non si può trattenere in eterno il respiro, così bisogna lasciare andare i nostri contenuti emotivi (quindi, viene sottolineata la fase espiratoria); lavorando sul meridiano del Polmone si va quindi a stimolare ed approfondire la capacità della persona di eliminare, di lasciare andare, di cogliere le opportunità della vita, di perdonare e soprattutto di perdonarsi ed è quindi naturale che all'interno di tale meridiano siano presenti dei punti che possono aiutare nella lotta alle dipendenze. Chi è afflitto da una dipendenza, infatti, spesso si rende conto di fare qualcosa di sbagliato, nei propri confronti e verso i propri familiari o gli amici. Abbandonare la vergogna per uno stile di vita non convenzionale o socialmente riprovevole aiuta nel processo di liberazione dalla dipendenza.

In base a quanto detto appare quindi ovvio e naturale il fatto che la maggior parte delle azioni che la Medicina Cinese mette in campo per affrontare il problema delle dipendenze siano orientate in prima battuta a "guarire" lo Shen che rappresenta lo spirito della persona ed è la casa della memoria e della coscienza. Se si vuole cambiare il modo di vedere la vita e agire in modo proficuo sulla propria salute, si deve intervenire principalmente sul lato spirituale. Modificando la mente si cambia anche la propria esperienza, anche quella legata alla dipendenza e al circolo vizioso che ne deriva.

Per aiutare chi soffre di questo tipo di problema è fondamentale utilizzare l'empatia ed una sorta di "alleanza energetica" tra paziente ed operatore, il quale quindi non deve concentrarsi tanto sul fatto di giudicare buono o cattivo un determinato comportamento, quanto piuttosto cercare di capire quando e quanto le azioni, le abitudini, gli atteggiamenti della persona che ha di fronte possano diventare patologici (ovvero portatori di sofferenza per l'individuo stesso o per altre persone), trovando insieme a lui la soluzione più indicata per aiutarlo.

BULIMIA E RIFLESSOLOGIA PLANTARE

Ricollegandoci al caso di Giulia, abbiamo citato due modalità di interventi non invasivi a cui è stata sottoposta: la tecnica metamorfica e la riflessologia plantare.

Avvalendoci di un quadro accurato che la medicina cinese ci offre possiamo pensare ad un trattamento riflessologico.

Ma cosa è la riflessologia?

Le sue origini sono molto antiche, accenni al massaggio dei piedi sono già presenti in antichi testi ayurvedici e cinesi. Un vero trattamento è testimoniato in un disegno trovato in Egitto e risalente al 2.500 a. C. circa. L'attuale configurazione della Riflessologia Plantare è molto più recente: agli inizi del '900 un medico statunitense, W.H. Fitzgerald, notando come una indiana stringesse pettini di legno sulle mani per contenere il dolore del parto, fece esperimenti che portarono alla "terapia zonale", esposta in un libro che ebbe grande successo. Fu poi Eunice Ingham, l'assistente di un altro medico, a elaborare delle mappe sempre più complete e a fondare la Riflessologia Plantare che rapidamente si diffuse anche in Europa e nel mondo con le diverse scuole.

Il termine deriva da riflesso, la risposta che il corpo dà a ogni stimolo proveniente dall'esterno. Ma riflesso è anche quello dello specchio; in effetti nei nostri piedi è riflessa l'immagine di noi stessi, più vera della nostra immagine mentale. Si tratta di un meccanismo di riflesso indiretto: lo stimolo giunge al cervello che attiva la risposta necessaria, pertanto si agisce sui punti in un unico modo indipendentemente dal tipo di squilibrio. La Riflessologia Plantare è usata come metodica valutativa e di riequilibrio: il dolore che si avverte alla pressione segnala uno squilibrio nelle parti corrispondenti, consentendo così di trovare delle disarmonie prima ancora della comparsa di sintomi; è un buon modo per leggere il corpo e giungere a quella forma di autoconoscenza che è alla base di ogni guarigione. Non è un modo per diagnosticare malattie, ma un modo di esaminare l'assetto energetico globale di una persona, nei suoi aspetti fisici, psichici, energetici. La pratica riflessologica, ha dunque un grande valore di prevenzione: con il massaggio del piede è possibile avere un buon riequilibrio generale e una graduale remissione di sintomi e malattie. Come ogni altra metodica naturale la riflessologia è volta a stimolare l'energia naturale del corpo all'autoconservazione e all'autoguarigione. Dunque il riflessologo non cura malattie ma attraverso la stimolazione dei punti riflessi porta una preziosa "informazione" che il corpo userà secondo le sue leggi; in questo senso non si può mai sbagliare né nuocere. La Riflessologia Plantare Olistica non si limita a curare il

sintomo ma si occupa di tutti gli aspetti – fisici, emotivi, mentali, spirituali – a questo correlati. Il costante riferimento alla MTC (Medicina Tradizionale Cinese) permette di cogliere i nessi, le motivazioni profonde, le difficoltà emotive e spirituali che determinano l'instaurarsi del malessere psico-fisico. Agisce sui sistemi nervoso, endocrino, immunitario e circolatorio, portando un riequilibrio profondo e globale.

Gli impulsi determinati dalla pressione sul piede attraversano il sistema nervoso autonomo e, giungendo al sistema nervoso centrale, riducono la tensione e lo stress generale, aumentano la secrezione di ormoni benefici e favoriscono tutte le funzioni atte a mantenere l'omeostasi dell'organismo. La stimolazione dei punti riflessi del sistema cardiocircolatorio migliora l'irrorazione e la circolazione del sangue che apporta i nutrienti; la stimolazione dei punti del sistema linfatico e degli organi emuntori consente l'eliminazione delle tossine, con un effetto drenante e disintossicante. Anche il sistema endocrino è positivamente influenzato dal massaggio di riflessologia plantare: con la stimolazione dei punti delle ghiandole migliora la produzione di ormoni, messaggeri chimici che regolano le funzioni di organi e tessuti. Il riequilibrio dei sistemi nervoso e endocrino sostiene il sistema immunitario che a sua volta potenzia i primi due, secondo le relazioni di interdipendenza evidenziate dalla ricerca psico-neuro-endocrinoimmunologica.

Nell'ambito strettamente legato ai disturbi alimentari si può affermare che si ottengono risultati molto positivi in seguito all'incitamento attivo del massaggio di neurotrasmettitori calmanti come la serotonina, che nei CDA sembra cardine nel controllo degli impulsi.



TRATTAMENTO

Con Giulia ho utilizzato il trattamento rilassante, che coinvolgeva punti riflessi adeguati al sostentamento del corpo.

- Colonna vertebrale / nervo vago
- Diaframma / plesso solare
- Polmoni e intestini /pancreas
- Milza / cuore energetico
- Fegato
- Reni /vescica
- Sistema Linfatico.

Giulia è stata trattata una volta alla settimana, per quattro settimane.

RIEQUILIBRIO EMOZIONALE: LA FLORITERAPIA

Anche nella floriterapia ho ritrovato metodo naturale che utilizza essenze di fiori selvatici per prevenire e armonizzare problemi emozionali, stati d'animo negativi, disarmonie del carattere, conflitti e difficoltà relazionali, disagi psicologici, disturbi fisici e malattie di origine psicosomatica. È un sistema terapeutico “dolce” e non aggressivo, che non sopprime né combatte direttamente i sintomi ma, attraverso l'assunzione dei rimedi floreali – potenti “concentrati” liquidi ricchissimi di energia vibrazionale – permette di attivare il processo di auto guarigione dell'organismo, favorendo il recupero della salute e del benessere fisico e psichico.

Il primo a scoprire le proprietà terapeutiche delle essenze floreali fu il medico inglese Edward Bach, leggendaria figura di immunologo, batteriologo e omeopata che negli anni Trenta scoprì 38 essenze floreali poi universalmente chiamate “fiori di Bach”.

La floriterapia può essere considerata un metodo terapeutico e allo stesso tempo una concezione filosofica e psicologica che Bach espose nei brevi saggi “Guarisci te stesso” (1931), “Libera te stesso” (1933) e “Essere se stessi” (1934), raccolte di riflessioni e conferenze in cui egli spiega i principi fondamentali della sua teoria e le proprietà dei rimedi floreali.

Pur nella sua essenzialità e semplicità, il sistema sviluppato da Bach può essere considerato come un modello di pensiero completo e integrale, con una sua epistemologia espressa in un impianto teorico e nella sua applicazione pratica, tanto da potersi definire come un “paradigma floriterapico”: chiaro e di facile comprensione, ma insieme profondo e globale.

Secondo il pensiero di Edward Bach, la malattia non deve essere considerata come un evento casuale, fortuito e ineluttabile, ma va sempre messa in relazione con uno stato di disarmonia psicologica ed emotiva, con sentimenti ed emozioni negativi, conflitti e stati d'animo dolorosi, recenti o di vecchia data, che provocano sofferenza e disagio. Rimossi e celati nella coscienza, questi conflitti interiori si manifestano però nel corpo, esprimendosi con un “linguaggio” simbolico sotto forma di sintomo fisico e prendendo di mira l'uno o l'altro organo-bersaglio. La malattia va allora considerata come “segnale” del nostro squilibrio o errore spirituale: ci ammaliamo quando soffochiamo la nostra creatività, non esprimiamo i nostri talenti e potenzialità, ci facciamo influenzare e fuorviare dalle interferenze altrui; quando proiettiamo sugli altri i nostri sentimenti negativi e siamo in preda a rabbia, odio, rancore, invidia, gelosia, intolleranza, egoismo, crudeltà; quando siamo schiacciati da ansia,

paura, depressione, angoscia o solitudine, che ci impediscono di seguire le direttive del nostro Sé, la nostra natura più intima, autentica, vera e profonda.

Nel momento in cui ci fermiamo a riflettere sul senso della malattia e impariamo ad “ascoltarla” e a interpretarne il significato, potremo correggere la disarmonia che ne sta alla base e ritrovare la salute e il benessere. Se invece ci si limita a sopprimere il sintomo attraverso la semplice assunzione di un farmaco chimico, come avviene nella medicina allopatrica, non si rimuove la vera causa scatenante del disturbo mentre le emozioni negative continueranno a somatizzarsi a livello fisico finché la persona non prenderà coscienza del proprio conflitto interiore. Solo se saranno eliminate le “malattie dell’anima” (le più gravi e pericolose, secondo Bach), si potrà realmente ristabilire l’armonia e quindi guarire.

I fiori di Bach sono soluzioni acquose preparate per esposizione solare o bollitura delle corolle e successiva diluizione in acqua naturale e brandy. Niente di più semplice, in apparenza. Eppure questo liquido racchiude in sé tutta la forza energetica del fiore raccolto al momento della massima fioritura (e quindi della sua maggiore potenza vibrazionale) trasmettendola, per risonanza, a chi assume le essenze floreali. Ogni volta che prendiamo le gocce, è come se ricevessimo una sorta di “informazione” positiva (la “virtù” guaritrice del fiore), che il nostro organismo a poco a poco assimila e memorizza a livello cellulare. I fiori di Bach non combattono né sopprimono un sintomo, ma agiscono sbloccando l’energia del paziente con progressione e gradualità, avviando un naturale processo di risanamento e trasformazione.

Ogni essenza corrisponde a un preciso stato psicologico e cura numerosi sintomi psicofisici. La scelta dei rimedi avviene secondo un criterio di corrispondenza e analogia tra il quadro patologico presentato dal paziente e il campo d’azione del fiore scelto. E le essenze, combinate tra loro secondo la necessità individuale, agiscono in sinergia in modo da coprire tutto l’insieme dei sintomi. Non esiste un rimedio standard adatto a ogni persona: infatti, uno stesso problema in soggetti diversi può dare reazioni totalmente differenti. Bisogna perciò indagare con cura nella personalità del paziente per scoprirne lo stato d’animo disarmonico e la causa che l’ha originato, individuando poi i rimedi necessari al nostro ben-essere.

Notoriamente le due fasi culmine dei DCA pongono l’attenzione alle problematiche psicologiche che sottostanno al disturbo ed in quanto tale vanno trattate in maniera unica e personale.

Tuttavia ho individuato alcune essenze che possono essere di supporto:

- AGRIMONY: compulsione verso il cibo per ansia;
- CHICORY: compulsione verso il cibo per riempire un vuoto affettivo;
- SCLERANTUS crisi bulimiche alternate ad anoressia;
- CERRY PLUM/ PINE piacere (inquietante e segreto) nell'agire contro se stessi
- STAR OF BETHLEHEM traumi passati

In caso di situazioni di panico ,ansia ,emergenza fisica –emotiva –mentale si presta bene tenere con sé il rimedio cosiddetto delle emergenze Rescue Remedy.



IL RESPIRO: IL NOSTRO PRIMO NUTRIMENTO

Uno dei cambiamenti evidenti riscontrati durante il percorso con Giulia fu la sua stessa curiosità e il desiderio di avvicinarsi alla pratica dello yoga, riportandomi che le dava tranquillità e rilassamento.

Questo fu un feedback interessante, non a caso quest'ultima è una pratica enormemente fondata sul respiro, il primo atto con cui veniamo al mondo.

Dal suo interessamento fu possibile introdurre un'educazione rispetto ai benefici della respirazione consapevole e introdurre delle semplici tecniche.

Il respiro agisce molto più in profondità di quanto razionalmente si creda. Tutte le religioni fanno risalire la creazione del mondo al primo alito o soffio divino. Nelle grandi tradizioni spirituali il respiro è la via maestra alla consapevolezza e alla beatitudine. Respirando a fondo e applicando tecniche particolari, si possono raggiungere stati trascendentali, portando in superficie emozioni bloccate e traumi.

Sappiamo che possiamo sopravvivere alcune settimane senza nutrirci, alcuni giorni senza acqua, ma soli pochi minuti senza ossigeno. Il nostro cervello infatti dopo soli 4 minuti di ipossia (carenza di ossigeno nel sangue) va verso danni irreversibili. Ciò ci racconta quanto sia fondamentale il respiro e l'ossigeno per tutti quanti noi.

La funzione respiratoria va inquadrata nel più vasto ambito del ricambio energetico dei viventi: si definisce infatti respirazione ogni processo in cui si libera energia attraverso la trasformazione di materiale organico. Si ricordi al proposito che l'energia non può essere né creata né distrutta, ma solo mutata da una sua forma all'altra. Questo avviene, così come in tutti gli organismi, anche nel corpo umano: si trasforma e si trasferisce l'energia contenuta nei legami delle molecole del cibo ingerito e dell'ossigeno inspirato in energia per le funzioni vitali cellulari (ATP: Adenosin-Tri-Fosfato). Questo processo avviene durante quella che chiamiamo respirazione interna o cellulare.

La respirazione esterna è invece lo scambio gassoso con l'ambiente, a cui comunemente ci riferiamo come respirazione tout-court. Questo processo avviene a livello degli alveoli polmonari, in cui il sangue venoso cede all'ambiente esterno anidride carbonica e si ricarica di ossigeno, attraverso una barriera cellulare molto sottile che consente un rapido scambio dei gas. Il continuo ricambio di aria necessario a garantire l'approvvigionamento di ossigeno al sangue è garantito dai movimenti respiratori (inspirazione ed espirazione). L'inspirazione è effettuata dai muscoli inspiratori (elevatori

delle costole e diaframma, il quale spinge in basso i visceri addominali), che con la loro azione aumentano tutti i diametri della gabbia toracica, accrescendone quindi il volume complessivo. L'aumento di spazio nei polmoni fa sì che l'aria che vi si trova all'interno abbia una pressione minore di quella dell'aria nell'ambiente esterno: questa differenza causa un flusso di aria automatico dall'esterno all'interno del corpo per compensazione (per lo stesso meccanismo che genera il vento come spostamento d'aria tra zone ad alta e bassa pressione). L'espirazione è invece un meccanismo in parte passivo ed è dovuta al rilascio dei muscoli inspiratori con il conseguente ritorno elastico della gabbia toracica alla posizione di partenza. Questa diminuzione del volume polmonare causa un aumento della pressione dell'aria contenuta nei polmoni, il che ha l'effetto di "spingere" l'aria verso l'esterno. Ricordandoci che evacuamo circa il 70% delle tossine prodotte dal nostro metabolismo attraverso i polmoni, possiamo comprendere quanto importante sia la capacità di espirare bene e a fondo per alleggerire e detossificare il corpo e di conseguenza chiarificare la percezione, attivare le funzioni psichiche e liberare la mente dall'accumulo di oscurità psichica dovuta agli stati d'animo negativi.

Per giungere agli alveoli polmonari l'aria deve percorrere le vie aeree, che non partecipano agli scambi gassosi e che possono essere suddivise in superiori e inferiori. Le vie aeree superiori, un sistema di canali che servono anche a riscaldare, umidificare e filtrare l'aria inspirata, sono costituite da narici, cavità nasali e faringe. Le vie aeree inferiori comprendono la laringe, la trachea, si biforcano nei due bronchi e si suddividono via via nei bronchioli. I bronchioli sboccano negli alveoli, strutture cave a grappolo che conferiscono ai polmoni il loro aspetto spugnoso. Essi offrono una superficie di scambio totale valutata intorno agli 80 metri quadri, costituita da sottilissime, e spesso discontinue, pareti di capillari sanguigni attraverso cui i globuli rossi compiono lo scambio gassoso. I polmoni sono l'organo col maggiore volume di contatto con l'esterno, molto più della pelle e dell'apparato digerente, il quale si occupa della metabolizzazione di materia più solida e grossolana in energia. I polmoni invece mangiano aria e prana (molecole di ossigeno, azoto ed altri gas in quantità minimali e cariche elettromagnetiche – ioni positivi e negativi – di cui l'aria è piena) e metabolizzano informazioni più fini e sottili.

La profondità ed il buon funzionamento delle capacità polmonari favoriscono o interferiscono con le funzioni vitali della ricezione e dell'assorbimento di queste informazioni e questi nutrienti più raffinati. Queste componenti energetiche presenti nell'aria sono essenziali per il buon funzionamento di tutte le cellule e di tutti gli organi interni, in particolare a livello del sistema nervoso e del cervello. L'alternanza di inspirazione ed espirazione costituisce il ritmo respiratorio, il quale varia a seconda dello stato emotivo, dello sforzo fisico che si sta compiendo e dell'età. Si varia infatti dai 40-50 movimenti respiratori al minuto del neonato ai 16-18 dell'adulto, ai 2-3 di certe pratiche meditative.

Le persone spesso respirano utilizzando ritmi nevrotici, disfunzionali, spesso con agitazione, affanno, fino ad arrivare all'iperventilazione.

Durante la respirazione normale (a riposo, non forzata), ad ogni movimento respiratorio corrisponde uno scambio di aria di circa mezzo litro, detto aria corrente. La respirazione umana si può dire cardio-polmonare poiché è attraverso la circolazione e l'ossigenazione del sangue, assicurate appunto da questi due organi, che la respirazione interna e quindi la sopravvivenza dell'organismo è garantita.

Il corpo umano è dotato inoltre anche di un meccanismo, sebbene di minore importanza, di ossigenazione diretta delle cellule della pelle: la respirazione cutanea. Torniamo ora alla respirazione interna, che chimicamente corrisponde a una combustione molto lenta. Tutte le combustioni richiedono ossigeno: se mettiamo una candela accesa sotto un bicchiere, in modo da isolarla dall'aria, dopo pochi minuti la fiamma si spegne. Allo stesso modo, per "bruciare calorie", per estrarre energia dai nutrienti che deriviamo dal cibo, è necessario l'ossigeno, senza il quale, come la nostra candela, il corpo si spegnerebbe. Tutti i tessuti del corpo umano, per alimentare i processi di combustione necessari alla loro attività, prendono ossigeno dal sangue arterioso circolante. Questo gas viene trasportato in "tasche" di una grossa proteina dalla conformazione caratteristica, detta emoglobina, di cui sono costituiti i globuli rossi. Al sangue le cellule poi cedono una certa quantità di anidride carbonica, come prodotto di scarto dei processi chimici, trasformandolo in sangue venoso. Il ruolo dei globuli rossi non è altrettanto centrale nel trasporto dell'anidride carbonica: essa è in parte trasportata nel plasma sotto forma di bicarbonati di sodio e di potassio. Da qui risulta evidente la necessità di un equilibrato apporto degli appropriati sali minerali per lo smaltimento degli scarti della respirazione cellulare, e l'intossicazione dei tessuti. La concentrazione di tali composti dell'anidride carbonica, che sono degli acidi deboli, nel torrente ematico influenza il PH del sangue.

L'ossigeno O₂, alcalino-basico, e l'anidride carbonica CO₂, acidificante, sono strettamente collegate con l'asse sodio-potassio, fondamentale nel metabolismo cellulare.

Sia l'iper che l'ipo-ossigenazione possono essere dannose per la salute, così come l'ipo o l'iper capnia. (mancanza o eccesso di CO₂).

L'adeguata ossigenazione del sangue e l'eliminazione di anidride carbonica sono due funzioni fondamentali per il corretto funzionamento cellulare ed organico. È il giusto equilibrio dinamico tra queste due sostanze, lo scambio, secondo ben definiti parametri biochimici, a garantire l'ottimale funzionamento della struttura psicofisica umana.

Uno dei modi attraverso cui le discipline che utilizzano tecniche di respirazione, agiscono positivamente sulla psiche oltre che sul corpo è anche il riequilibrio del pH sanguigno attraverso un'appropriata ossigenazione.

È possibile padroneggiare consapevolmente le diverse fasi respiratorie sia quella inspiratoria di introduzione di aria nel corpo e quindi di ossigeno; sia l'espiazione e quindi l'eliminazione di anidride carbonica e di tossine lavorando sulla quantità, profondità e velocità degli atti respiratori. Ci riferiremo in generale alla respirazione consapevole completa per indicare la respirazione controllata intenzionalmente, attraverso cui si riempie e svuota al massimo i polmoni. In inspirazione consapevole e profonda si aggiungono i muscoli clavicolari (del collo), mentre in espirazione si attivano gli antagonisti dei muscoli dell'inspirazione (rendendo questo quindi non più solo un processo passivo) ovvero addominali e muscoli che abbassano le costole. Sfruttando al massimo le possibilità elastiche della cassa toracica, che ha un totale di 4,5-5 litri di capacità, si può espirare 1,5 litri in più (aria di riserva) e corrispondentemente inspirare 1,5 litri aggiuntivi di aria complementare, triplicando così il potenziale respiratorio. Un litro o un litro e mezzo di aria residua rimangono comunque all'interno dei polmoni e vanno incontro a ricambio graduale, tanto maggiore tanto più profonda è la respirazione. La respirazione cosiddetta normale è in realtà un tipo di respirazione nevrotica, breve, parziale, limitata, condizionata dai blocchi perinatali. dal modo di respirare materno e dai successivi blocchi emozionali.

Una prima e non scontata scoperta che possiamo fare è quella dell'anatomia del respiro. Con un po' di attenzione ci accorgiamo di come esso non avvenga soltanto a livello polmonare. Il suo movimento coinvolge, infatti, ampie zone del torace e dell'addome attraverso l'attivazione dei muscoli addominali, intercostali e del grande muscolo involontario del diaframma, che nel suo rilassarsi e contrarsi permette lo svuotarsi e il riempirsi dei polmoni. Ascoltando ancora più in profondità possiamo scoprire che anche altre fasce muscolari sono interessate dalla respirazione, come ad esempio quelle della zona perineale o delle spalle e del collo, che, con la loro rigidità o attraversabilità, permettono una minore o maggiore ampiezza del respiro. Persino il viso, con la sua muscolatura complessa e fortemente interconnessa, ha un ruolo nella respirazione, di cui è la prima soglia non solo a livello delle narici ma anche della bocca e della gola, altri luoghi spesso abitati da diverse tensioni. Realizziamo, così, come il respiro sia un atto globale che coinvolge il nostro organismo per intero, sia per quanto riguarda il suo movimento che per quello che è il suo fine: ossigenare ogni cellula e permettere il ricambio di anidride carbonica e "scarti" dei processi vitali.

Una volta osservato il respiro e la sua pulsazione un'altra evidenza inizia ad emergere, a volte con il sapore di una sorpresa. Il respiro è soggetto alla nostra volontà solo fino a un certo punto. Potremmo

dire che il respiro avviene quasi a dispetto di noi, che possiamo fermarlo e controllarlo ma solo fino a un certo punto e a certe condizioni. Questo perché la respirazione coinvolge, come abbiamo visto, muscoli volontari e involontari, appoggiandosi dunque alle connessioni neuronali sia del sistema nervoso somatico, responsabile delle risposte volontarie, che di quello autonomo, che lavora a livello involontario nella pulsazione tra stimoli simpatici e parasimpatici. Questa è una caratteristica pressoché unica per una funzione vitale, se pensiamo che tutto ciò che ci tiene in vita, dal battito del cuore ai processi digestivi o riproduttivi, avviene ad un livello dove la nostra volontà ha ben poca rilevanza. Il respiro dunque è un ponte sottilissimo tra funzioni vitali primarie e parti “più evolute” del nostro sistema nervoso, ed è questa una delle ragioni per cui esso si muove sia su un piano incosciente (non è necessario sapere che stiamo respirando per respirare) che cosciente, per cui possiamo sentire e osservare con estrema raffinatezza ogni singolo atto respiratorio.

Entrare davvero in relazione con esso ci porta così a un cambiamento radicale del nostro sguardo e della nostra postura, chiedendoci di passare da un esercizio di controllo a un esercizio di presenza. Ed è qui che il respiro ci apre le porte della meditazione, diventando filo prezioso che ci conduce non solo all'interno di noi ma che continuamente ci cuce al qui ed ora della nostra esperienza.

La qualità del nostro respiro è profondamente connessa alla qualità della nostra vita.

Il respiro è strettamente legato alle emozioni. Un'emozione forte come la paura, il prolungamento di una condizione di stress, l'ansia, ecc., emozioni che vivono di fondo i soggetti bulimici, rendono il nostro respiro disarmonico o irregolare e troppo veloce. Un respiro troppo veloce non permette un giusto e completo uso del diaframma, a cui consegue una scorretta ossigenazione. Quando invece, si interviene sul controllo del respiro, attuando un respiro consapevole, si avverte un miglior rapporto con tutto ciò che riguarda l'ambiente esterno e quindi anche i nostri rapporti personali con gli altri. Un respiro lento e profondo evidenzia calma interiore, saggezza, introspezione, controllo emotivo e mentale.

Alcuni importanti studi sul rilassamento, infatti, hanno dimostrato che la predisposizione al relax rientra nelle naturali reazioni fisiologiche dell'organismo umano. Si tratta di una reazione simile a quella dello stress, ma di segno contrario: la respirazione consapevole, infatti, rallenta il ritmo cardiaco, abbassa la pressione arteriosa e la tensione muscolare, come avviene durante il sonno profondo. La regolarità del ritmo respiratorio, favorendo il rilassamento, aiuta a recuperare calma ed energia. Ma è necessario portare attenzione consapevole a ciò che si sta svolgendo.

Una respirazione consapevole è la base della meditazione (dal latino *meditatio*, riflessione). Il fulcro della meditazione è l'attenzione ed è una pratica spirituale che ha un effetto calmante sulla mente. È

proprio grazie alla respirazione che si riesce a rallentare il flusso dei pensieri. L'agire sui pensieri è un'arte che, se praticata con costanza, può produrre dei benefici straordinari. Il rallentamento dei pensieri, ossia l'azione consapevole sui pensieri, permette di collegare se stessi al proprio "Sé".

A livello mentale la padronanza del respiro permette, quindi, di affinare la capacità di fare chiarezza riguardo a ciò che viene percepito come conflitto.

Il respiro ci riporta anche al tema del dare e dell'avere, del rapporto con l'esterno, del "prendere e restituire" con l'ambiente

La vita stessa, letta attraverso un'immagine di sintesi, è un organismo con una membrana che si alimenta, respira, emette prodotti di scarto e si riproduce. "Respirare" quindi rappresenta una tra le funzioni imprescindibili all'esistenza, implicando il tema fondamentale dello "scambio" tra mondo interno e mondo esterno, e ciò è vero a tutti i livelli di analisi: cellulare, biochimico, ecologico, psichico ecc. L'organo dello "scambio" nell'uomo è rappresentato dal polmone che diventa quindi, in chiave simbolica, il depositario delle vicissitudini di relazione dell'individuo. In un'ottica psicosomatica, l'aria immessa con il primo respiro è intesa come il "primo latte", la prima forma di nutrimento che riceviamo dalla vita, da ciò che è "altro da sé". A partire dal momento della nascita, il corpo avvia un ritmo dialettico di scambio, attraverso il suo movimento aerobico inspiratorio ed espiratorio, diastolico e sistolico (introvertito ed estrovertito), che lascia intravedere le caratteristiche specifiche dello stile di "comunicazione" del soggetto nel suo rapporto col mondo; l'aria che entra ed esce dal sistema respiratorio diventa infatti nell'uomo "**la parola**", quale principale veicolo della relazione nella specie umana. Il nostro respiro rivela chi siamo e come viviamo, svelando eventuali resistenze e blocchi emozionali.

La via del respiro è una via di autoconsapevolezza che aiuta ad essere sé stessi per avere autoconsapevolezza di sé e delle proprie potenzialità (Gino Soldera).

Trovare quindi saggezza nel respiro, profondo, consapevole, nutriente, attraverso l'inspiro e l'espiro, nel fluire armonico dei pieni e dei vuoti, ci permette di espandere la nostra capacità di prendere, ricevere ispirazione, energia, vita e di lasciare andare, di portare fuori, di esprimere concretamente il nostro essere. Il respiro ci insegna a conoscerci, ci permette di scoprirci, nella schietta verità che solo il corpo può comunicare.

L'obiettivo della respirazione consapevole è insomma quello di cercare il modo di integrare e far andare d'accordo Caino e Abele che vivono in ognuno di noi. Ognuno con il proprio lato luce e il proprio lato ombra che vanno riconosciuti, compresi, amati e integrati fra loro. Come per il funambolo

che cammina sul filo, la ricerca del centro non è un processo statico e definitivo. È un processo che si sviluppa lungo la linea del divenire e che va mantenuto in un equilibrio dinamico, nella costante esigenza di adattamento continuo alle circostanze, alle esigenze e agli imprevisti di percorso.

La ricerca e il mantenimento della positività, dell'equilibrio sono inseriti all'interno del percorso vitale, delle varie stagioni, delle varie fasi di passaggio, dei vari momenti di vita, morte e rinascita che ci accompagnano nel continuo divenire del nostro viaggio esistenziale; che comprende il nostro passato, si dirige verso un futuro più o meno chiaro e prevedibile ma si svolge sempre e solo nel momento presente, unica vera dimensione dell'esistenza reale.

Integrare il passato e il futuro liberandosi dalle colpe e dai rancori del passato e dalle paure del futuro, in un presente consapevole, con la flessibilità e la capacità di adattamento ai cambi di direzione previsti o imprevisti durante il cammino, non è una cosa semplice e un corpo elastico e sveglio è necessario per adattarsi al cambiamento. E ciò dipende specialmente dall'elasticità della muscolatura respiratoria. Il respiro consapevole focalizzato nel corpo, dona riconoscimento dell'importanza del sentirsi e del sentire, del qui e ora, come via d'accesso alla realtà presente, senza giudizio o conflitto con ciò che c'è, per questo la respirazione consapevole può essere considerata una vera attività preventiva, educativa e correttiva.

Per la psicosomatica del respiro “la pace interiore” che coincide con un elevato grado di rilassamento si ottiene aiutando il sé personale ad andare oltre l'ego, quale identificazione con il sé corporeo, per raggiungere e mettere radici nel sé transpersonale .si tratta di favorire il superamento della dualità, della separazione. del conflitto polare, delle ombre e delle maschere, per sostenere l'integrazione, la crescita e il benessere personale. (Gino Soldera)

La respirazione è un mezzo che ci rende integri, unisce la mente il corpo e lo spirito.

“L'Uovo dell'esistenza (Big Bang) si separa e da esso nascono il Cielo e la Terra. Dall'Uno nasce il Due, il Tre e i Molti. Dall'unità si genera simbolicamente dapprima la dualità, Alto-Basso, Terra-Cielo, Yin-Yang e dall'unione dei due si genera il figlio che rappresenta il tre: l'elemento intermedio tra la Terra e il Cielo. L'essere umano viene così visto nella sua tripartizione in testa-torace-addome, in analogia con la tripartizione Cielo-Uomo-Terra, ossia tra Spirito-Individualità-Materia e in questa sua triplice divisione viene studiato nella medicina tradizionale cinese e in moltissime altre pratiche medico-spirituali.” (NF–Montecucco)

Lungo un'asse verticale, l'uomo può essere diviso in tre settori, evidenti e differenziati nella funzione sia organica che psico-emotiva: la pancia, tronco-cuore/polmoni, la testa.

La pancia, il sottodiaframmatico, i visceri sono la sede degli istinti, delle passioni, delle emozioni forti, della paura e della rabbia, del desiderio o della repulsione e della libido sessuale. Rappresentano il soma, il contatto con la terra, la materialità, la sopravvivenza, l'inconscio. Sono la sede di una grande energia vitale, di un grande potere e di una profonda intelligenza naturale, istintuale. Squilibri, blocchi, eccessi o difetti energetici in quest'area sono fonte di disturbi e problematiche fisiche, caratteriali e comportamentali.

La pancia sente: la sua caratteristica è il sentire, sia propriocettivo, sia estero-cettivo, cioè sia la vasta gamma delle sensazioni interne, delle emozioni, che le sensazioni epidermiche, tattili che derivano dal contatto con l'esterno. È come un vulcano la cui energia va compresa, amata, gestita, elevata, canalizzata consapevolmente. Non temuta, repressa, trascurata o lasciata troppo libera e dominante.

E' legata a livello embrionale allo sviluppo dell'endoderma ed alla parte più antica dell'encefalo-cervello rettiliano. Area metabolica.

La testa, dal collo in su, è la sede principale dei sensi: vista, udito, olfatto, gusto. È la sede dell'intelletto e delle funzioni di controllo cosciente, del giudizio, del discernimento, sia nel bene che nel male. Le preoccupazioni, gli stereotipi, i pregiudizi, le colpevolizzazioni e la svalutazione risiedono in questa sede, così come la saggezza, l'analisi, la morale, la capacità di astrazione e l'idealizzazione sono pertinenza della testa. E' legata al sistema nervoso, a livello embrionale all'ectoderma, ed alla parte più alta e più recente dell'encefalo, la neocorteccia. Area sensoriale.

Ecco la dualità: alto e basso, spirito e materia, maschile e femminile, pensiero e istintualità, psiche e soma, Apollo e Dioniso, elevazione-luce vs profondità/oscurità, elettricità e magnetismo, freddo e caldo, trascendenza e immanenza. Essi cercano in ogni cosa di unirsi e generare, di equilibrarsi e produrre armonia attraverso un attrito creativo. È il cerchio della vita, l'unione degli opposti. L'equilibrio naturale dell'esistenza. Sul piano organico, il luogo specifico nel corpo dell'unione di questo matrimonio sacro tra due forze, che spesso sono in lotta, in frizione, in contrasto tra loro, è nel centro dell'uomo, nel petto e dipende dalla qualità del lavoro dei polmoni e del cuore, coordinati dalla luce della coscienza dell'io.

Una coscienza sveglia, chiarificata, lucida; una respirazione elastica, fluida, consapevole; un cuore forte, aperto, alleggerito, pulsante, vivo, sono il "centro dell'integrazione" tra la testa e la pancia.

E' collegata a livello embrionale al mesoderma ed alla parte mediana dell'encefalo, al sistema limbico. Area della circolazione.

Circolazione cardiaca e circolazione respiratoria sono profondamente connesse. La respirazione interagisce con il sistema cardiocircolatorio, favorendo lo scambio ematico tra ossigeno e anidride carbonica e armonizzando gli scambi elettromagnetici del corpo. Tramite la vena cava superiore, il cuore comunica con la testa e viceversa; tramite la vena cava inferiore comunica e riceve informazioni dalla pancia. La parte alta dei polmoni comunica con l'alto, la parte bassa con il sottodiaframmatico. Cuore e polmoni sono strumenti di unificazione.

Il respiro si può definire il “grande integratore”, perché agisce sinergicamente sia sul corpo, che sulle emozioni, che sul pensiero, che sulla coscienza.



Se la pancia e la testa non sono integrate ed in buona relazione tra loro su diversi piani si viene a creare uno sbilanciamento con dominio temporaneo di una parte sull'altra. Se vince la testa in opposizione alla pancia c'è blocco, colpa, repressione, svalutazione, frustrazione; se vince la pancia o se si ribella, si va incontro a somatizzazioni, escalations emotive, perdita di controllo, irresponsabilità, dominio delle passioni, eccessi, isterismi. Ecco che serve scoprire come integrare psiche e soma, portando consapevolezza, comprensione di ciò che è inconscio ed emozionale e portando energia e creatività intuitiva alle nostre idee e ai nostri ideali. Far scendere ciò che è in alto e far salire ciò che è in basso.

La dualità e la non integrazione tra gli opposti ci porta a preferire, a sviluppare un aspetto in modo arbitrario e sbilanciato rispetto al suo opposto creando rifiuto, ostilità, repressione verso ciò che è ritenuto non ideale. Ed ecco i giudizi negativi, i paragoni, la negazione di tutto ciò che siamo e che la mente mal programmata non ritiene consono ai suoi modelli ideali. Quando la negatività, la paura e la colpa oscurano la nostra coscienza, la nostra amorevolezza, la nostra saggezza e genialità, ecco che si creano i presupposti per il conflitto, la separazione, la malattia.

È necessario, quindi, riconoscere questi conflitti e sviluppare un'attitudine integrativa e saggia che ci agevola a vedere le cose con equilibrio allenando il cuore, la sensibilità ed il respiro consapevole, i grandi mediatori. Continuando ad osservare la realtà umana con questo macroscopio, possiamo riconoscere nella dualità, nel conflitto tra la pancia e la testa, nella repressione, nella mancanza di accettazione del sé e nel giudizio distruttivo e svalutativo che crea paura, colpa, scissione ed alienazione dal sé, le cause originarie, antiche di ogni nevrosi, e di gran parte della sofferenza umana. L'unità, l'integrazione, la ricerca della positività, dell'armonia, dell'amore che unisce ed equilibra è una conquista per l'uomo, un viaggio di ricerca.

PRATICA DI RESPIRO (Gino Soldera)

Esercizio dello schema di respiro (tempo: 20 min)

- Mettere le mani sopra la testa per disattivare la respirazione superiore
CD: RESPIRAZIONE NATURALE; VIBRATION; MUSICA CONTEMPLATIVA
- Si inspira con il naso e con la lingua sul palato e si espira con la bocca tenendo la lingua nella piattaforma orale, per allentare il flusso respiratorio, per favorire un respiro lento e profondo.
- Inspirare con l'addome lasciando entrare l'aria e gonfiando la pancia
- Espirare favorendo soltanto, senza spingere, l'uscita dell'aria, anche quella residua nel corpo
- Fare una pausa fino a quando si avverte il riflesso respiratorio, dato dal bisogno di respirare. Solo quel punto si inizia a respirare. Si tratta di prendere l'onda del respiro che dal basso va verso l'alto.
- Continuare ciclo del respiro.

TESTIMONIANZA DI GIULIA

Ho chiesto a Giulia se aveva voglia di contribuire alla mia tesi, a merito di un percorso fatto insieme che oggi ci lega; non entreremo troppo nello specifico di quello che sono le esperienze personali per non renderle pubbliche ed onorare anche il fatto che abbiamo lasciato andare parti che ormai fanno parte del passato. Questa è la sua testimonianza:

“Non ricordo esattamente l’episodio scatenante della mia malattia, ma a conti fatti fu dopo il 2014, anno in cui ritornai in Italia dopo un’esperienza all’ estero.

Nel 2013 dopo aver conseguito il diploma superiore mi resi conto fin da subito di come in quel periodo fosse tremendamente difficile trovare lavoro.

Non possedevo alcuna esperienza e il titolo di studio conseguito non mi garantiva l’accesso a nulla, in ogni annuncio era richiesta almeno la laurea breve.

Dopo circa sei mesi di vana ricerca mi contattò un’amica (o almeno così credevo all’epoca) che si era diplomata con me, mi propose di raggiungerla a Londra dipingendola come la città delle grandi opportunità.

Sarei stata da lei e mi avrebbe aiutato a compilare il curriculum e a trovare lavoro.

Partii entusiasta, ma purtroppo tutto ciò che mi era stato promesso si rivelò un’enorme bugia: non mi aiutò a trovare lavoro, faticava a sbarcare il lunario e aveva gravi problemi di dipendenza economica.

Io che ingenuamente avevo creduto di poter far affidamento su di lei mi ritrovavo completamente sola e allo sbando.

Cominciai a deprimermi e compensare la solitudine con il cibo.

Trovai lavoro come cameriera, ma ero sottopagata e resistetti sei mesi.

Tornata a casa mi ritrovai psicologicamente distrutta e con parecchi chili presi.

Cominciai a frequentare un ragazzo che non faceva altro che farmi notare la cosa e così cominciai: un pomeriggio, dopo aver pranzato, andai in bagno e mi misi due dita in gola.

Credevo di poter controllare tutto ciò, quante volte tutti noi nella nostra vita abbiamo sentito la frase “SMETTO QUANDO VOGLIO”?

Il meccanismo della bulimia si insidiò in me velocemente, mangiavo con piacere perché sapevo poi che avrei rimesso tutto.

Mi sentivo invincibile, però potevo controllare il mio corpo come volevo, mangiando praticamente tutto senza mettere peso, una cosa fantastica!

Quando mi resi conto della gravità di ciò che avevo cominciato era ormai troppo tardi: la bulimia aveva preso il sopravvento.

Ho perso il conto di quanti soldi io abbia speso durante la malattia: so solo che nonostante sapessi che il cibo che compravo andasse poi a finire direttamente nello scarico non ho mai avuto il coraggio di rubare, ho sempre pagato tutto, fino all'ultimo centesimo.

Furono anni difficili: avevo costanti crisi anche sul lavoro che nel frattempo avevo trovato, frequentai uno sbandato dietro l'altro e prestai molti soldi che non mi furono mai restituiti.

Mi sentivo inutile, affranta, sola. Avevo cercato una struttura specialistica, ma mi era stato risposto che se volevo guarire dovevo obbligatoriamente prendere degli psicofarmaci.

Inutile dire che uscii da quell'ospedale e non ci rimisi più piede.

Non parlai a nessuno della mia condizione per anni, finché decisi ad un certo punto di parlarne con le mie amiche.

Furono loro a parlarmi di Maura: grazie a lei erano riuscite a stare meglio psicologicamente.

La contattai un po' titubante, ma dalla prima seduta mi sentii di potermi fidare, una sensazione di cui non possedevo più il ricordo.

La riflessologia mise in luce le condizioni disastrose dei miei organi interni, ma la pratica che più incise sul mio status psicofisico fu il massaggio metamorfico: dopo essermi risvegliata la sensazione fu esattamente identica a quella trasmessa dalla prima boccata d'aria dopo aver nuotato fino a toccare il fondo del mare ed essere risalita in superficie.

Devo molto a Maura, lei mi ha insegnato a volermi bene e a lasciarmi alle spalle tutti gli eventi negativi del mio passato. mi disse che i soldi persi li avrei recuperati sotto un'altra forma e così è stato: ho finalmente trovato l'uomo della mia vita e sono felice come non lo ero mai stata prima.

Non demonizzo la mia malattia: sono cambiata in meglio, diventando più forte e sicura di me , so che dovrò affrontare ancora molte difficoltà nella mia vita , ma ora ho la consapevolezza e le competenze per affrontare tutto al meglio .

CONCLUSIONE

Sviluppare e migliorare la qualità umana e la sua positività significa agire favorendo la scoperta e l'utilizzo di risorse, di energie e di capacità di risposta autogene e adeguate alla Natura ed alla propria specifica natura individuale. È chiaro e mantenere gli equilibri (in certi casi la remissione dei sintomi) non avviene immediatamente, perché l'individuo che vuole stare meglio deve "riguardarsi", ha bisogno di soffermarsi ad ascoltare sé stesso, di rallentare i ritmi vitali e mentali, di prendersi cura di sé e del proprio potere naturale di autoguarigione, di ascoltare il proprio corpo imparando a cogliere ciò che esprime.

“La maggior parte dei sistemi che conosciamo (viventi e non) sono sistemi aperti, ossia in continuo scambio di materia (energia) e informazioni con l'ambiente.” (I. Prigogine, premio Nobel 1977)

Questa tesi è stata un viaggio bellissimo, una riscoperta e conferma di quanto è importante ritornare a noi stessi e assecondare il diritto di MERITARE DI ESSERE FELICI.

La patologia è semplicemente una forma di manifestazione disperata che incarna l'INSODDISFAZIONE, LA MANCANZA.

Siamo tutti potenziali bulimici, non serve una malattia conclamata per ammettere che siamo qui per ricordarci e ricordare che il nutrimento vero dell'essere umano è presente dentro di noi e non in un'immagine innovativa costruita dal sistema.

Nasciamo unici e irripetibili, con peculiarità e talenti da esprimere; lo scopo di questa esistenza è fare esperienza per ritrovarci, per scoprire cosa siamo e donarlo al mondo.

Nella vita a volte dobbiamo superare prove difficoltose, ricomporre matasse aggrovigliate, ma questo fa parte di un progetto più grande e nulla che non sei in grado di fare ti viene posto davanti.

Insieme a Giulia abbiamo sanato una parte di noi e anche io grazie a lei ho guardato dentro di me e ho riconosciuto parti molto profonde che in qualche modo avevano radici non lontane dalla sua storia.

RINGRAZIAMENTI:

I miei ringraziamenti vanno innanzitutto al percorso accademico e alle persone che hanno e fanno parte di esso ,il quale ha permesso non solo di ampliare conoscenze ma di interiorizzare nuove visioni all' interno di me utili a migliorare la qualità della mia vita in diversi aspetti .

Ringrazio Giulia per essere entrata nella mi vita e l'occasione che ci siamo date.

Ringrazio la vita .

Bibliografia

- CIBODIPENDENTI, LA BULIMIA VISSUTA COME SCONFITTA Caterine Hervais Amrita (25 febbraio 2016)
- TERAPIA INTEGRATIVA COGNITIVA-AFFETTIVA PER LA BULIMIA NERVOSA Wonderlich/Peterson/Smith (Positive Press 2017)
- PSICOPATOLOGIA E FISIOLOGIA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE Carlo Prunetti (Esculapio 2021)
- EPIGENETICA RELAZIONALE, GUARIRE SENZA MEDICINE Luigi Marcello Monsellato (One books 1970)
- EPIGENETICA il DNA CHE IMPARA Ernesto di Mauro (Asterios 2020)
- MANUALE DI RESPIRAZIONE CONSAPEVOLE dispensa 3° anno Scuola di Naturopatia ConSé (Gino Soldera)
- PSICONEURO ENDOCRINO IMMUNOLOGIA E SCIENZA DELLA CURA INTEGRATA “il manuale” Francesco e Anna Giulia Bottaccioli (Edra 2020)
- IL GRANDE LIBRO DEI FIORI DI BACH Mechthild scheffer (Corbaccio 2014)
- Dispensa fiori di Bach accademia Naturopatia consè
- IL MASSAGGIO CHE TRASFORMA Gaston Saint Pierre, Debbie Boater (edizioni mediterranee 2023)
-
- DISPENSE RIFLESSOLOGIA 1/2/3 ANNO

Sitografia

- <file:///C:/Users/Giovanni/Desktop/Claudio%20Bonipozzi%20-%20Medicina%20Psicosomatica.html>
- [Il_coraggio_di_guardare.pdf](#)
- <https://docs.google.com/document/d/1KFWVriYqYcKxaiXITZEwrOzlelAWHWmMa9g94-QAmXQ/edit>
- <file:///C:/Users/Giovanni/Desktop/III.%20Le%20emozioni%20della%20vita%20prenatale%20-%20Bioetica%20News%20Torino.html>

