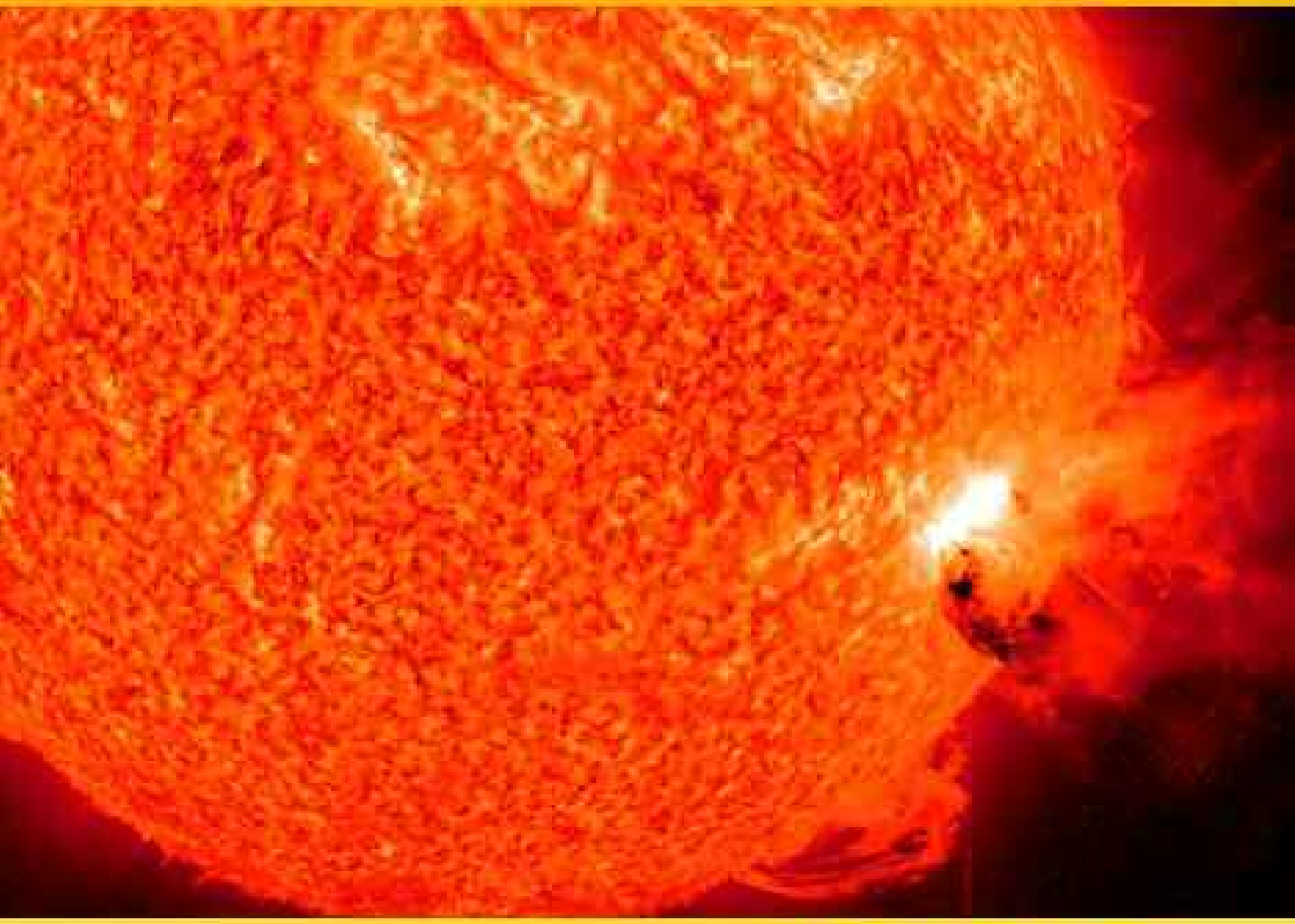
HIM@d
HOMEOPATHY
and Integrated Medicine



Maggio 2011 | Volume 2 | Numero 1

SIOMI
SOCIETÀ ITALIANA DI OMEOPATIA
E MEDICINA INTEGRATA

Organo ufficiale della
SOCIETÀ ITALIANA DI OMEOPATIA E MEDICINA INTEGRATA

FIORI DI BACH
Cromoterapici
BIOLOGICI

Con brandy BIOLOGICO

Diluizione 1:240

Fedeli al metodo originale del dott. BACH

I Fiori di Bach Cromoterapici di Princeps sono ottenuti abbinando al metodo originale del Dottor Edward Bach - diluizione 1:240, un trattamento cromoterapico. Tale preparazione si realizza con l'utilizzo combinato della luce solare ed una serie di filtri colorati. L'elisir viene così potenziato con la rifrazione del colore. I filtri sono sette, tanti quanti sono i colori in cui viene scomposta la luce del sole: **rosso**, **arancione**, **giallo**, **verde**, **blu**, **indaco** o **viola**. Ogni colore utilizzato imprime una sua vibrazione caratteristica al rimedio floreale che si sta preparando. **Paura**, **incertezza**, **mancanza d'interesse nel presente**, **solitudine**, **ipersensibilità**, **dispersione**, **cura eccessiva degli altri**.

CERTIFICATI BIOLOGICI.
Dal produttore al consumatore

princeps
Via Donatori di Sangue - 12026 Piasco (CN)
Tel. 0175 270201 - Fax 0175 270956
info@princeps.it - www.princeps.it
Azienda Farmaceutica ed Erboristica - Certificazione di Qualità ISO 9001

CERTIFICATO ICEA BIOLOGICO

In copertina: una esplosione solare.
Per gentile conc. NASA and the Hubble Heritage Team (AURA/STScI).

Organo ufficiale della
Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata

Direttore Responsabile: **Gino Santini**
Direttore Scientifico: **Simonetta Bernardini**
Registrazione al Tribunale di Roma n. 61 del 24 febbraio 2010
Periodicità: Semestrale

© 2010-2011 SIOMI - Tutti i diritti riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta o trasmessa in alcuna forma, senza il permesso scritto della SIOMI.
Le copie arretrate possono essere richieste alla SIOMI.

Direzione: c/o ISMO - Via Adolfo Venturi, 24 - 00162 Roma
Amministrazione, Pubblicità: c/o FIMO - Via Kyoto, 51 - 50126 Firenze
Tel.: 055.6800.389 - Fax: 055.683.355 - E-mail: segreteria@siomi.it

Finito di stampare nel mese di maggio 2011
presso Grafica Di Marcotullio s.a.s.
Via di Cervara, 139 - 00155 Roma

COMITATO SCIENTIFICO

Area di omeopatia e medicina integrata
Simonetta Bernardini, Francesco Bottaccioli, Tiziana Di Giampietro, Carlo Di Stanislao, Peter Fisher, Italo Grassi, Francesco Macrì, Ennio Masciello, Emilio Minelli, Roberto Pulcri, Gino Santini, Massimo Saruggia, Gabriele Saudelli, Luisella Zanino

Area accademica e medicina convenzionale
Ivan Cavicchi, Andrea Dei, Giuseppe Del Barone, Claudio Fabris, Luciano Fonzi, Antonio Panti, Roberto Romizi, Mauro Serafini, Umberto Solimene

HIM@d
HOMEOPATHY and Integrated Medicine

Anno 2 - Numero 1, Maggio 2011

Editoriale
2 **L'omeopatia, un pensiero plurale**
di Simonetta Bernardini

In primo piano
4 **"In puero homeo"**
di Francesco Macrì

Contributi originali
6 **Dolore temporo-mandibolare: comparazione tra fitoterapia tradizionale e farmacoterapia convenzionale**
di F. Deodato, S. Cristiano, C. Di Stanislao, C. Di Paolo e R. Giorgetti
10 **Possibilità, limiti e prospettive future del trattamento omeopatico in oncologia**
di Franco Desiderio
14 **Prevenzione e cura degli effetti collaterali indotti da RT nelle neoplasie mammarie**
di Alberto Laffranchi
22 **L'ADHD e lo sguardo singolare della psicanalisi**
di Massimo Saruggia
30 **Mente e cancro: l'approccio PNEI**
di Francesco Bottaccioli
36 **Il bambino e il male di vivere: l'ADHD**
di Tiziana Di Giampietro

I grandi personaggi dell'omeopatia
25 ***Stephan N. Willich***
Le risorse per la Medicina Integrata, tra ospedali e realtà editoriali

Spotlight
27 *a cura di Gino Santini*
Diminuzione della flogosi nei ratti con medicinali omeopatici • Omeopatia efficace nell'insonnia • Trattamento integrato con medicinali omeopatici nelle mastiti bovine • Nux vomica e Calendula stimolano la produzione di EGF • Efficacia di alte dinamizzazioni omeopatiche in modelli animali

Quaderni di Medicina Integrata
L'ansia
40 **Il contributo della MTC**
di Carlo Di Stanislao e Rosa Brotzu
43 **Il contributo dell'omeopatia**
di Luigi Turinese
45 **Il contributo della fitoterapia**
di Gabriele Saudelli

L'omeopatia raccontata
19 **L'eredità assassina**
di Italo Grassi

L'omeopatia, un pensiero plurale

Simonetta Bernardini

Presidente SIOMI, Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata
E-mail: s.bernardini@siomi.it

"Prova tutto e trattieni ciò che è buono: questo è e rimane il primo comandamento della scienza. La medicina è scienza dell'esperienza, è pratica, è continuo esperimento e l'esperimento non si è mai concluso. Solo l'esperimento, la discussione e la contro-discussione, il continuo e libero studio e il tempo potranno separare il vero dal falso, l'utile dall'inutile".

C. W. Hufeland, 1830

Il dibattito intorno all'omeopatia è cominciato quando Hahnemann era ancora in vita e non si è mai spento. E' dai tempi di Hahnemann infatti che l'omeopatia cosiddetta "classica hahnemanniana" si confronta con aspetti culturali da essa evolventisi e definiti come omeopatia scientifica, costituzionalista, pluralista, clinica. Per citare le parole di Linn J. Boyd (1895-1975), omeopata e professore di Medicina Interna e Farmacologia al New York Homeopathic Medical College and Flower Hospital negli anni venti del secolo scorso, nonchè autore di numerosi esperimenti omeopatici oggi inquadrabili nell'ambito del fenomeno dell'ormesi: "Attorno al 1835 l'omeopatia era cambiata, cosicchè Hartlaub, uno dei più fedeli discepoli di Hahnemann, arrivò a dichiarare: 'L'omeopatia non è più quella di Hahnemann. E' finito il tempo in cui chiunque volesse interessarsi a questa disciplina doveva accettare le parole del suo fondatore come vangelo. Si sono formati due partiti: uno che aderisce strettamente ai dogmi hahnemanniani, l'altro che alza la voce contro di essi, minacciandone la repentina caduta'. Cosicchè, quando Hahnemann era ancora in vita cominciarono a confrontarsi due fazioni dell'omeopatia, coloro che avrebbero immolato se stessi sull'altare dell'omeopatia classica hahnemanniana e coloro che desideravano riconoscersi in un nuovo movimento dell'omeopatia scientifica".

A noi non preoccupa affatto il persistere di questa dialettica. La consideriamo una grande risorsa, piuttosto che un limite o un intoppo come ad alcuni sembra apparire. Non esiste infatti un'epoca in cui la medicina non abbia messo in discussione i propri contenuti. Ci preoccupa, piuttosto, l'immobilismo istituzionale conseguente alle lotte di alcuni che in Italia hanno trasformato la dialettica in diatriba, le diversità in opposizione che sa di ideologia, e ci preoccupa l'immagine di litigiosità apparentemente irresolvibile che la comunità omeopatica italiana ha offerto al resto della comunità omeopatica europea.

Negli ultimi dodici anni, a far data dalla fondazione della SIOMI avvenuta nel 1999, infatti, tutti gli omeopati italiani sia di fede unicista che pluralista hanno potuto trovare una collocazione culturale in un movimento che prevedeva l'alleanza con la medicina convenzionale. Questa comunità si è impegnata nel ripensamento dei principi fondanti dell'omeopatia con l'intento di promuovere lo sviluppo di questa disciplina nell'attuale contesto scientifico dando origine al movimento della "medicina integrata". Dall'altra parte i medici omeopati che hanno preferito continuare a definirsi *omeopati classici hahnemanniani* si sono adoperati in più occasioni in azioni finalizzate ad affermare una presunta superiorità culturale dell'omeopatia classica unicista. Dall'attività degli omeopati unicisti sono scaturiti documenti per le Istituzioni (Parlamento, FNOMCeO, Ordini dei Medici, FISM, siti internet, etc.) nei quali sono state proposte definizioni non condivise, come la classificazione che dividerebbe l'omeopatia dalle "omeoterapie". Ci preoccupa l'esultanza scritta nero su bianco da qualche esponente di spicco di quella comunità per qualche riconoscimento istituzionale ottenuto su temi minori, ma pur sempre espressione di compiacimento per una frattura all'interno della comunità. La gioia, in parole brevi, per qualche risoluzione adottata *ad escludendum* piuttosto che *ad intengrandum,* come spiegheremo più sotto. Senza considerare che le "vittorie" interne hanno smarrito le Istituzioni, frenandone più volte le scelte che si erano maturate nell'ambito dei diversi governi politici grazie alla rappresentanza di temi equilibrati come quelli della complementarietà in medicina, dell'approccio interdisciplinare alla cura, del confronto culturale tra medicina classica e complementare uniti ai temi sempre più condivisi in Europa e Usa della integrazione delle cure. Ne è nata una lotta interna che nei nostri contributi siamo soliti definire la "guerra dei nomi". Vediamone qualche esempio.

L'adozione del termine *medicina integrata*, contrastato da coloro che propongono piuttosto una semplice "interazione" anzichè l'integrazione tra medicine; la lotta alla definizione *medicina complementare* adottata oramai sia in un legge operativa, la 9/07 della regione Toscana, che in ambito universitario e in molti servizi sanitari pubblici che integrano le medicine complementari e la strenua difesa del termine *non convenzionale* evocatore di contrapposizione tra medicine piuttosto che di alleanza. Infine la recente "battaglia" della FIAMO per escludere i medicinali complessi dagli strumenti di cura dell'omeopatia. Il medico omeopata infatti, a parere della FIAMO, prescriverebbe medicinali omeopatici solo quando utilizza gli unitari. Utilizzerebbe pur sempre medicinali omeopatici quando prescriverebbe un complesso in formulazione magistrale mentre non gli sarebbe rico-

nosciuto di avvalersi di uno strumento dell'omeopatia qualora prescriva un complesso di medicinali omeopatici preparato da un'azienda omeopatica.

Riteniamo che la pagina più suggestiva di questa battaglia combattuta dall'omeopatia classica hahnemanniana sia stata scritta con la levata di scudi tra "fratelli" cui abbiamo assistito dopo il settembre scorso, a far data dal momento in cui il Royal London Hospital for Homeopathy ha scelto di cambiare nome, definendosi più appropriatamente (tenuto conto dell'attuale contesto socio-sanitario e politico britannico) Royal Hospital for Integrated Medicine. La difesa del pensiero classico hahnemanniano ha fatto sì che la più prestigiosa struttura integrata del servizio sanitario britannico sia stata attaccata dal *past president* della Liga Medicorum Homeopathica Internationalis, Ulrich D. Fischer. Il perchè di questa presa di posizione ce l'ha chiarito il rappresentante per l'Italia della Liga, Pietro Federico, rispondendo ad una nostra richiesta. Secondo la Liga, l'ospedale londinese è "l'istituzione storica degli omeopati classici che rappresenta storicamente l'omeopatia anglosassone che si rifà direttamente ad Hahnemann. Il fatto che il RLHH (oggi RLIM, ndr) possa diventare il centro della medicina integrata è sorprendente, prosegue Pietro Federico, così come lo sarebbe immaginare l'Organon come il testo base di varie terapie non convenzionali". E prosegue: "Allo stato attuale la maggioranza degli omeopati membri della Liga ritiene inconciliabile l'integrazione tra omeopatia e altre medicine (...) per l'omeopatia hahnemanniana non è conveniente curare un malato con un rimedio omeopatico e nello stesso tempo somministragli un farmaco che svolge un'azione contro i sintomi della sua malattia". E dire che al RLMI convivono da decenni senza problemi e a beneficio dei cittadini utenti l'omeopatia, l'agopuntura, la fitoterapia, la psicoterapia e ovviamente la medicina convenzionale, a conferma che l'Organon si è già integrato da molto tempo. In questo contesto restava da chiarire quale fosse la posizione ufficiale dell'*European Committee for Homeopathy*, che riunisce in una federazione le principali sigle dell'omeopatia europea. Così SIOMI ha invitato in Italia il suo presidente Ton Nicolai e il suo segretario, Patricia Le Roux. L'incontro era finalizzato a discutere la situazione italiana (l'Italia infatti partecipa all'ECH nella disarmonia di intenti delle sue sigle rappresentanti) e a valutare l'orientamento dell'ECH rispetto ai temi della complementarietà in medicina, della medicina integrata e del riconoscimento delle diverse correnti di cui si compone il pensiero omeopatico. L'incontro si è tenuto a Milano nel febbraio scorso e vi hanno partecipato per l'Italia SIOMI, ISMO, OMOIOS, Edoardo Felisi in rappresentanza delle migliaia di medici italiani formati nelle scuole di omeopatia clinica del CISDO e per la Francia il CEDH promotore delle scuole di omeopatia clinica presenti in più nazioni europee. Il meeting ha anticipato la riunione dell'ECH tenutasi a Roma nell'aprile passato dove i risultati dell'*agreement* sono stati comunicati a tutte le sigle federate. Dall'incontro di Milano è emerso un accordo tra le sigle convenute e l'ECH per promuovere il riconoscimento di tutte le correnti del pensiero omeopatico e per sottolineare il rispetto di tutte le tecniche terapeutiche omeopatiche, a prescindere dalla loro ispirazione di matrice unicista, pluralista o complessista. SIOMI ha convenuto con il presidente Nicolai sulla necessità che le sigle dell'omeopatia italiana si incontrino con l'intento di abbandonare la storica contrapposizione che non sembra avere eguali in Europa.

Auspicando che i tempi siano maturi per il riconoscimento da parte di tutti di una pluralità di pensiero in omeopatia, riteniamo che proprio Pitigliano, terra dove sono sedimentate l'una sull'altra più civiltà, dove più comunità di opposta fede hanno raggiunto in passato l'integrazione e dove, soprattutto, si sperimenta la sfida più difficile, ovvero l'alleanza tra medici convenzionali e omeopati in una corsia di ospedale potrebbe essere in un prossimo futuro la cornice ideale per un incontro tra omeopati classici e clinici che vorranno adoperarsi per l'integrazione delle omeopatie nell'omeopatia plurale. SIOMI si impegnerà per questo incontro.

Le ultime news, l'elenco dei medici SIOMI,
le FAQ sull'omeopatia, più di 400 abstract,
motore di ricerca interno e molto altro su:

www.siomi.it

"In puero homeo"

Francesco Macrì

Professore Aggregato Università di Roma "Sapienza", Vicepresidente SIOMI
E-mail: f.macri@siomi.it

Posto in alto, tracciato sul frontespizio dell'antico portone d'ingresso al Dipartimento di Pediatria del Policlinico Umberto I di Roma, troneggia il motto " In puero homo". Questa frase dice molto, che nel bambino esistono i presupposti del buono e del cattivo adulto, che il risultato finale dipende da come ci si prende carico dell'individuo già dai primi anni di vita, sia in termini di allevamento affettivo che di attenzione ragionevole ai suoi bisogni di salute.

La pediatria sta cambiando, forse è già cambiata, l'avvento degli antibiotici, delle vaccinazioni, della pratica degli screening neonatali ha modificato profondamente i compiti professionali del pediatra: nel 1910 le malattie infettive rappresentavano il 35% delle cause di morte, le bronchiti e le polmoniti il 20%; oggi tali percentuali si stanno avvicinando allo zero.

Nell'età pediatrica è stata a ragione inserita l'adolescenza in modo da rendere possibile in modo armonico un passaggio assistenziale dal bambino all'adulto, senza fasi di interruzione. Ma il pediatra, proprio in questa fase storica, corre il rischio del disimpegno; tempo fa, un editoriale su *Area Pediatrica*, una rivista di pediatria molto diffusa a livello nazionale, titolava un articolo in questo modo: "Il pediatra perde pezzi", proprio a voler descrivere il pericolo di una pediatria che si defila. E' vero che l'eccesso di informazione che scaturisce dall'affermarsi inarrestabile della tecnologia rende difficile conservare la *connaissance*. Paul Verlaine aveva la fortuna di poter dire "la carne è triste, ho letto tutti i libri"; noi siamo in un'epoca diversa nel campo della scienza medica, che vorrei rappresentare con una battuta di Massimo Troisi, tratta dal film "Le vie del Signore sono finite", dove il protagonista giustificava la sua difficoltà alla cultura ironizzando "…io sono uno a leggere, loro sono milioni a scrivere…".

Quando Daniel Bell, sociologo di Harvard scomparso recentemente, coordinò la commissione voluta dall'Accademia Americana delle Scienze per predire che tipo di vita ci sarebbe stato nel XXI secolo, nell'esporre i risultati dei lavori della commissione, indicò fatti che si sarebbero immancabilmente verificati, dall'effetto serra per gli alti livelli di CO_2 nell'atmosfera, alla supremazia economica della Cina, all'affermazione della tecnologia in ogni settore della vita sociale, anche nell'ambito della medicina, dove avrebbe comportato un incremento spropositato delle conoscenze. Diceva Nietzsche che l'eccesso di conoscenza comporta il pericolo di bloccare l' immaginazione; ma il progresso andrebbe avanti senza immaginazione? Certo, si potrebbe azzerare tutto e riportare la coscienza medica al passato, nella *picture* che i medici cosiddetti alternativi a volte auspicano. Ma c'è anche la possibilità di utilizzare le enormi acquisizioni della medicina moderna, implementandole con quanto di paradossalmente innovativo le medicine complementari sono in grado di offrire. E' il sinolo aristotelico? Probabilmente no, ma è una strada che vale la pena di percorrere: il paziente, forse, troverà una risposta migliore alla richiesta di comprensione del suo bisogno.

Vorremmo un pediatra che si prenda cura del paziente con la stessa attenzione che, secondo gli epicurei, era richiesta ai filosofi nei confronti degli uomini: "E' vano il discorso di quel filosofo che non curi qualche male dell'animo umano". Vorremmo un pediatra che non dica "Prenda un qualunque sciroppo per la tosse", oppure che "Qualunque tipo di latte va bene"; un pediatra che sappia anche dare, se non una prescrizione, almeno una indicazione, un parere, sul possibile uso di Medicine Complementari quando i genitori si mostrassero aperti a ciò. E' certo che i problemi per la pediatria restano ancora molti e impegnativi, perché i bisogni non sono più o, comunque, non soltanto, quelli dei bambini che aspettano in sala d'attesa o sono ricoverati in ospedale; esistono anche altri bisogni, non tanto sconosciuti quanto inespressi. E un pediatra attento, nel momento in cui sfila dall'orecchio il fonendoscopio, inizierebbe a sentire un nuovo brusìo, che via via prende forma e diventa comunicazione: è vero che gran parte dei farmaci vengono utilizzati nel bambino estrapolando i dati di farmacodinamica e farmacocinetica ottenuti nell'adulto, come è vero che le città ricostruite nella seconda metà del secolo scorso, dopo le distruzioni della guerra, sono state ricostruite in base ai bisogni dell'adulto.

Il cartello segnaletico stradale che raccomanda attenzione all'automobilista perché è possibile incrociare bambini simboleggia pericolo come quello che segnala rischio di frane e da tempo si resta sorpresi vedendo bambini che si recano a scuola da soli, non accompagnati dai genitori. Giocare per strada è un evento che una Società Assicurativa non si sentirebbe più di coprire, quindi soltanto un' ora di attività due volte a settimana dovrebbe bastare a scongiurare il rischio dilagante di obesità. Le gravidanze sono sempre più disdette, la mancanza di sostegno sociale induce la mamma a rinunciare o, nelle migliore delle ipotesi, a rinviare. L'OMS, nello stilare la classifica dei sistemi sanitari, adotta tre criteri: risultati in termini di salute, equità, capacità di rispondere alle esigenze dei pazienti; questo ultimo punto non può non indurre a riflessione, con- siderato che anche i nuovi modelli di elaborazione di Linee Guida Terapeutiche (vedi il GRADE ad esempio) introducono tra i vari parametri necessari

alla raccomandazione anche l'orientamento del paziente. Le Medicine Complementari, l'omeopatia in particolare, hanno sempre rispettato questo principio, ponendo al paziente un'attenzione particolare, per rispettarne sì le esigenze, ma soprattutto per sviluppare un piano di terapia tanto più efficace, quanto più adatto alle caratteristiche stesse di quel paziente affetto da quella malattia, anticipando di secoli quanto la farmacogenomica si appresta a ottenere. Il prossimo obiettivo dell'industria farmacologica infatti sarà mettere a disposizione farmaci individualizzati, allestiti tenendo conto delle caratteristiche genetiche e quindi con una risposta terapeutica efficace e priva di effetti collaterali.

Da sottolineare la frequenza con cui i bambini vengono curati con farmaci omeopatici: mediamente il 9-10%, ma con percentuali anche più alte nella fascia di età 3-5 anni: ecco il perché della trasformazione di "In Puero Homo" in "In Puero Homeo". Ecco perché due anni fa, a Bologna, in occasione di un congresso in cui l'organizzatore, il prof. Salvioli, aveva voluto inserire una sessione dedicata alle Medicine Complementari, venne fuori l'idea di istituire un gruppo di studio all'interno della SIP, la Società Italiana di Pediatria. Dopo una prima fase di preparazione, con una commissione formata dal prof. Gianpaolo Salvioli (coordinatore), il prof. Francesco Macrì (segretario), il dott. Gianfranco Trapani, la dott.ssa Luisella Zanino, il dott. Gianfranco Temporin, la dott.ssa Simonetta Bernardini, il dott Ennio Masciello, in cui si e' acquisito e superato il numero necessario di soci iscritti per formare il gruppo di studio, il 19 gennaio di questo anno il Consiglio Direttivo della Società Italiana di Pediatria ha approvato la costituzione del *Gruppo di Studio in Medicine Complementari in Pediatria*, che proprio in questi giorni ha tenuto la sua prima assemblea. Il direttivo è formato da: Francesco Macrì, Luisella Zannino, Gianfranco Trapani, Guido Cocchi, Luciano Andreoli, Domenico Careddu.

Il prof. Gianpaolo Salvioli è stato eletto segretario del gruppo e a lui abbiamo rivolto alcune domande.

Prof. Salvioli, come mai in occasione del Convegno di Bologna di due anni fa, ebbe l'idea di dedicare una sessione alle Medicine Complementari?

In considerazione del numero, sempre in aumento, di genitori che mi segnalavano da una parte il desiderio di diminuire il bombardamento di farmaci di tutti i tipi sui propri figli e dall'altra parte la constatazione di impiego delle medicine allora definite alternative sempre più diffuso, ritenni utile aprire un confronto con i colleghi pediatri che impiegano tali terapie. E' stato forse uno dei primi colloqui a livello congressuale nel nostro paese teso, nelle mie intenzioni, a fare emergere una realtà che, forse, sino ad oggi non si è voluta considerare. Dal convegno tenutosi a Bologna con il titolo "Nuove tendenze in diagnostica e terapia pediatrica" nel 2008 è nata la Commissione di studio, approvata dalla SIP, che si è poi costituita nel neoformato *Gruppo di Studio in Medicine Complementari in Pediatria.*

E' possibile secondo Lei integrare la medicina convenzionale con le medicine complementari?

Nel termine stesso di Medicine Complementari è compreso il concetto di complementarietà nei riguardi delle terapie convenzionali. Ritengo quindi insostituibile il ruolo del medico, nel nostro caso del pediatra, nella prescrizione di tali terapie e ciò con l'intendimento di tutelare primariamente il piccolo paziente. E' indubbio che da tempo si assiste ad un abuso di prescrizioni di farmaci per i quali purtroppo in campo pediatrico mancano corrette indicazioni di posologia e soprattutto, evidenze scientifiche di possibili effetti collaterali se non addirittura controindicazioni.

Lei, da Universitario, riterrebbe opportuno inserire nell'ordinamento didattico della Facoltà di Medicina un insegnamento dedicato alle medicine Complementari?

Ritengo utile che nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia, e specificatamente nelle discipline di farmacologia clinica, vengano date nozioni tali da permettere la conoscenze delle Medicine Complementari soprattutto per quanto attiene l'omeopatia, la fitoterapia e l'agopuntura. Anche nelle Scuole di Specializzazione in Pediatria dovrebbe essere data più enfasi ai problemi della farmacocinetica in campo pediatrico, approfondendo anche il tema delle medicine complementari sottolineando i rischi di terapie "fai da te", senza cioè il diretto controllo del pediatra.

Quali progetti prevede per il nascente gruppo di studio della SIP?

Sulla base delle motivazioni che hanno portato alla costituzione di un *Gruppo di studio sulle Medicine Complementari* nella Società Italiana di Pediatria si è ritenuto ormai indifferibile porre le dovuta attenzione a tali pratiche terapeutiche adottate da molti pediatri ed uno dei primi obbiettivi del gruppo è proprio quello di rilevare, con l'ausilio di un questionario inviato ai soci della SIP, l'entità del fenomeno aprendo un dialogo che mi auspico il più costruttivo possibile, rimuovendo preconcetti e diffidenze tra i sostenitori di diverse opinioni in campo terapeutico. Altri progetti riguardano la istituzione di un registro nazionale dove raccogliere le segnalazioni di eventuali effetti collaterali e la messa in atto, grazie alla collaborazione dei colleghi iscritti al gruppo, di protocolli di verifica della efficacia di tali terapie nella pratica clinica.

OmeopatiaOnline

Il Forum virtuale dei soci SIOMI

Riservata ai soci SIOMI in regola con il pagamento della quota associativa per l'anno in corso

Dolore e DTM: farmacoterapia convenzionale e fitoterapia tradizionale a confronto

F. Deodato[1], S. Cristiano[1], C. Di Stanislao[2], C. Di Paolo[3], R. Giorgetti[1]

[1]Centro ATM, Università degli Studi di Siena
[2]Ambulatorio di Agopuntura e Moxa, Dipartimento di Medicina - UO di Dermatologia, ASL 04, L'Aquila
[3]Università degli Studi "Sapienza", Roma - SIDA, Società Italiana Disfunzioni e Algie temporo-mandibolari
E-mail: francescodeo@tiscali.it

Il dolore cranio-cervico-mandibolare è uno dei più frequenti motivi di richiesta di visita odontoiatrica o gnatologica. Sebbene il sintomo caratterizzi quadri più o meno gravi di patologie intra o extra articolari richiedendo una attenta valutazione diagnostico differenziale, a volte non risulta associato ad alcuna alterazione biomeccanico-strutturale dei distretti in questione. In questi casi si rende necessario propendere verso una terapia sintomatica con farmaci antalgici, antiinfiammatori e miorilassanti.
Quasi vent'anni di attenta considerazione e studio di questi disturbi ci hanno portato ad osservare come moltissimi soggetti "sintomatici" riferiscano in sede anamnestica disturbi concomitanti quali quadri ansioso-depressivi, difficoltà digestive, turbe del sonno e dell'alvo, spesso caratterizzate da acutizzazioni climatiche o alimentari. La più alta percentuale di questi sintomi che potremmo definire "accessori" alla patologia cranio-cervico-mandibolare, si riscontra proprio in quei quadri privi di danno organico/strutturale degno di nota. Quando le evidenze diagnostiche cliniche e strumentali non giustificano segni, sintomi e disagi riferiti dal paziente, da molti anni ormai siamo soliti rifarci ad un inquadramento della problematica integrato con elementi di Medicina Tradizionale Cinese, disciplina che ci fornisce interessanti chiavi di lettura per un approccio più ampio ed individualizzato.
Talvolta infatti abbiamo assistito a regressioni sintomatologiche apparentemente inspiegabili in sede cranio-facciale (senza peraltro attuare alcuna procedura terapeutica locale) in concomitanza con regolarizzazioni dell'alvo, del ciclo o dell'umore piuttosto che del sonno o della condizione ansiosa, quasi come se i primi fossero solo un segno a distanza di questi ultimi. Così con estrema frequenza, prima di procedere a trattamenti gnatologici non supportati da adeguata convinzione, nei casi privi di evidenza clinico-strumentale, abbiamo spostato l'attenzione sullo stato "generale" del paziente, cercando di migliorarlo e valutando quanto questi miglioramenti influissero sui sintomi riferiti in sede locale.
La terapia elettiva sul sintomo locale (dolore articolale temporo-mandibolare e muscolare cranio-cervicale) è rappresentata da quella farmacologica. Secondo quanto descritto in letteratura, i farmaci più frequentemente utilizzati sono i FANS o cortisonici, atti a ridurre la flogosi, causa principale del dolore articolare, e i miorilassanti, indicati in tutti i casi in cui sia presente dolore miogeno e più in generale la tensione muscolare ed il carico intra-articolare conseguente. Molti possono essere gli ausili diagnostici e terapeutici che la Medicina Tradizionale Cinese può offrire[1]; rimandiamo a nostri precedenti lavori circa il loro utilizzo in ambito gnatologico[2,3].
Uno dei più interessanti (e maggiormente studiati) presidi terapeutici utilizzati in quest'ambito è rappresentato dalla fitoterapia, certamente una delle più antiche medicine impiegate dall'uomo; molti farmaci, comunemente adoperati, sono estratti da principi vegetali o loro derivati[4-6].
La fitoterapia tradizionale o energetica, per come è concepita in Medicina Cinese, si basa sull'utilizzo delle piante secondo le qualità che caratterizzano il fitocomplesso: sapore, natura, azione, signatura, ma anche colore e consistenza, diversamente dall'uso occidentale che invece si fonda esclusivamente sulle caratteristiche farmacocinetiche del singolo principio attivo[7].
Abbiamo già espresso la nostra opinione in merito al dolore riferito ed alle relazioni che questo può avere con altri disturbi funzionali[2,8-10]. Lo scopo di questo studio è quello di comparare l'efficacia della terapia farmacologica convenzionale alla fitoterapia basata su criteri Tradizionale, in soggetti con sintomatologia algica cranio- mandibolare.

Materiali e metodi

Il campione è stato selezionato tra i pazienti giunti consecutivamente a visita presso il Centro ATM dell'Università degli Studi di Siena negli anni 2006-2007. Tutti sono stati valutati clinicamente secondo analisi gnatologica classica e, ove necessario, è stato prescritto l'esame strumentale più specifico per uno screening diagnostico approfondito. Sono stati selezionati per lo studio i primi 200 pazienti che rispettassero i seguenti criteri di inclusione principali e secondari.
Criteri principali: a) presenza di dolore spontaneo cranio-cervico-mandibolare presente da almeno 2 mesi (gruppo I a/b e gruppo III a dell'asse I e grado II, III asse II degli RDC/TMD); b) assoluta assenza di patologia intra-articolare biomeccanico-strutturale (esclusa mediante esame clinico-strumentale); c) assenza di positività anamnestica a reazioni avverse allergiche o pseudo-allergiche ai FANS e/o note di ipersensibilità respiratoria.
Criteri secondari. Sono stati inseriti nel campione in esame i pazienti che oltre a rispettare i criteri di inclusione principali riferissero almeno due dei seguenti sintomi secondari: a) disturbi del sonno; b) disturbi digestivi; c) disturbi dell'alvo; d) ipersensibilità ad agenti atmosferici; e) alterazioni del ciclo mestruale; f) lieve condizione ansiosa o depressiva (riscontrata da visite specialistiche e non in trattamento).

Nello studio sono stati coinvolti tre operatori. Un primo specialista ha diviso in modo casuale i pazienti selezionati in 2 gruppi: 100 pazienti sono stati sottoposti a terapia farmacologica (gruppo "Farmacoterapia") e gli altri 100 ad un trattamento con un fitocomplesso selezionato secondo utilizzo Tradizionale (MTC) e non strettamente fitofarmacologico (gruppo "Fitoterapia").
Un altro operatore ha prescritto ai pazienti di entrambi i gruppi la terapia da intraprendere come segue. Gruppo farmacoterapia: terapia con nimesulide 100 mg/die[11], in due dosi refratte e 2 mg di lorazepam[12], sempre in due somministrazioni orali per 21 giorni[13,14]. Gruppo fitoterapia: trattamento individualizzato secondo le caratteristiche convenzionali ed "energetiche" del disturbo e la costituzione individuale[2,9,15,16] con estratti secchi titolati o tinture madri di prodotti fitoterapici, dopo colazione, pranzo e cena, somministrati per 2 mesi consecutivi [9,17-19]. Il terzo operatore, non a conoscenza della terapia proposta ai singoli pazienti, ha monitorato tutti i soggetti del campione con scala VAS ai seguenti tempi: a) inizio terapia; b) 21° giorno (fine terapia farmacologica); c) 2° mese (solo per i pazienti del gruppo fitoterapia).
I risultati ottenuti sono stati analizzati statisticamente e le terapie sono state confrontate tra loro. Più precisamente è stata valutato: a) efficacia delle singole terapie (test di Wilcoxon sui gruppi trattati indipendentemente); b) confronto dell'efficacia dei due trattamenti al 21° giorno (test Mann-Whitney), al fine di paragonare le due terapie dopo uno stesso periodo di somministrazione; c) confronto dell'efficacia delle due terapie a fine trattamento (test Mann-Whitney), ovvero confronto dei risultati ottenuti al 21° giorno per il gruppo Farmacologia e quelli al 2° mese per il gruppo Fitoterapia.

Risultati

Efficacia delle singole terapie
Al termine della terapia farmacologica, nel gruppo Farmacoterapia il dolore si è ridotto in media del 68,82% (figura 1). Il test di Wilcoxon (tabella 1) evidenzia un significativo funzionamento della terapia con probabilità di errore dello 0,00% dopo 21 giorni (termine terapia). Nei soggetti del gruppo Fitoterapia la sintomatologia algica si è ridotta in media del 71,97% dopo 21 gg e del 86,45% dopo 2 mesi (termine trattamento) (figura 1). Il test di Wilcoxon (tabella 1) evidenzia un significativo funzionamento della fitoterapia con una probabilità di errore dello 0,00% dopo 21 giorni e dopo 2 mesi (termine terapia).

Confronto tra le due terapie
L'efficacia delle due terapie è stata messa a confronto col test di Mann- Whitney (tabella 2). La prima comparazione è stata effettuata tra i risultati ottenuti al termine della terapia farmacologica (durata 21 giorni) e quelli ottenuti al 21° giorno di fitoterapia. Il test non evidenzia differenze significative nell'efficacia dei due trattamenti (tabella 2) che possono, per questo, essere considerati sovrapponibili. Il secondo confronto è stato effettuato tra i risultati ottenuti al termine della terapia farmacologica (21° giorno) e quelli al termine della fitoterapia (2° mese). Il test di Mann-Whitney indica che al termine del secondo mese di cura (60 gg. circa) il trattamento con fitoterapia è risultato più efficace rispetto alla farmacoterapia, con una probabilità di errore dello 0,00%.

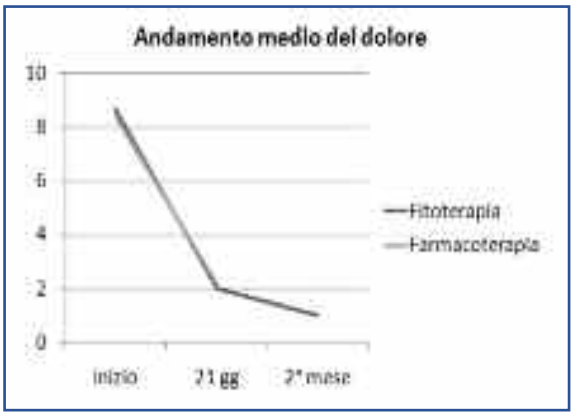


Figura 1
Andamento medio del dolore nei due gruppi.

Discussione

L'analisi statistica dei dati raccolti evidenzia come entrambe le terapie in esame risultino statisticamente efficaci. La comparazione dei risultati ottenuti al 21° giorno di trattamento (al termine della farmacoterapia) dimostra l'assenza di differenze statisticamente significative tra le due terapie in esame. Altro dato interessante emerso è che al termine della fitoterapia (2 mesi) il dolore risulta ulteriormente ridotto. Il miglioramento progressivo del gruppo trattato con estratti fitoterapici e l'assenza di effetti collaterali riferiti dimostra che tale terapia è prolungabile senza rischio di tachifilassi o disturbi gastroinestinali, emuntoriali o ematici.
Tutto questo conferma statisticamente quanto da noi osservato in 10 anni di utilizzo di questo modello diagnostico-terapeutico integrato in ambito clinico. Se adeguatamente selezionato attraverso criteri scientifici (interazioni, avversità, effetti collaterali, dosaggi, etc.) e tradizionali (scelta del rimedio per azione, natura, sapore, etc.) il fitocomplesso può costituire un valido ausilio terapeutico nei disordini cranio-cervico-mandibolari.

	Differenza 21° giorno	Differenza 21° giorno vs. 2 mesi
Mann-Whitney U	4709,500	3313,500
Wilcoxon W	9759,500	8363,500
Z	-0,713	-4,045
Sig. asint. a 2 code	0,476	0,000

Tabella 1
Test di Wilcoxon

Tabella 2
Test di Mann-Whitney

	Farmacoterapia 21 giorni	Fitoterapia 21 giorni	Fitoterapia 2 mesi
Z	-8,470 (a)	-8,695 (a)	-8,654 (a)
Sig. asint. a 2 code	0,000	0,000	0,000

Nei casi in cui non si evidenzi una seria alterazione biomeccanica o una patologia organica, il sintomo locale deve essere quindi riconsiderato, attraverso una visione più ampia, quale espressione locale di una disarmonia generale, di cui rappresenta solo una "manife- stazione a distanza".
Per poter beneficiare della serie di azioni che la fitoterapia può produrre, ribadiamo come a nostro avviso sia necessario rifarsi a modelli che non considerino esclusivamente il principio attivo della pianta (estrazione estremamente specifica isolata, titolata e standardizzata in termini farmacologici e farmacodinamici) piuttosto al fitocomplesso, un "complesso" più ampio e bilanciato, ricco di sostanze che da una parte facilitano l'assorbimento ed aumentano la biodisponibilità dei principi attivi e dall'altro ne limitano l'eventuale tossicità.
Vogliamo a questo punto fare un piccolo cenno al dosaggio dei fitoterapici utilizzati. Come sopra specificato, la scelta del rimedio utilizzato si è basata sui criteri della MTC che considera, nell'approccio alla problematica, la condizione generale dell'assistito, la sua tipologia individuale (pertanto la patergia e reattività costituzionale), la stagionalità del disturbo e dell'epoca di trattamento, la risposta a fattori climatici, dietetici e molto altro ancora, oltre che al sintomo specifico per cui è richiesta la visita.
Secondo questo approccio le " virtù " e le modalità di azione di un principio, sia esso alimentare che fitoterapico, si estrinsecano attraverso natura, sapore, colore ed altro (20, 21). Inoltre alte dosi di principio attivo inibiscono e paralizzano il sistema per saturazione recettoriale mentre basse dosi stimolano l'organismo a produrre quanto necessario per la guarigione. A tal proposito è necessario sottolineare l'importanza della scelta del dosaggio degli agenti chimici in base alla risposta biologica che si vuole ottenere.
Studi comparsi già a fine '800 evidenziano che, in linea generale, tra le possibili risposte biologiche ad una sostanza chimica ci sia quella di tipo ormetico per la quale a basse dosi una stessa sostanza induce una risposta biologica opposta a quella osservabile per somministrazioni più elevate[22-25].
Esempi a tal proposito possono essere gli antibiotici eritromicina e streptomicina che, a basse dosi, stimolano la crescita batterica invece di inibirla o la diossina che a basse concentrazioni nei ratti può rallentare lo sviluppo di tumori invece di incrementarli[26-28].
Nello studio descritto le dosi utilizzate sono state di 1-2 g/die in caso di estratto secco titolato (equivalente a 2-4 cp da 500 mg/die), 30-50 gtt/3vv/die in caso di tintura madre, 15-30 gtt/3vv/die in caso di estratto fluido, tutti dosaggi assolutamente inferiori a quelli proposti nei repertori. Il Refit (repertorio fitoterapico) indica ad esempio quale dosaggio medio consigliato nell'utilizzo della Passiflora (una delle piante maggiormente impiegate in questo studio) 4-8 gr di droga/ die, pari a 8-16 cp da 500 mg/ die, o la dose equivalente per le altre preparazioni, quantità notevolmente più alte rispetto a quelli da noi adoperati.

Conclusioni

E' inevitabile, quantomeno attraverso le nostre esperienze pluriennali in merito, segnalare che l'approccio alla problematica con ausili di fitoterapia possa costituire, in casi specifici, un mezzo utile e di pronto utilizzo che per trovare la sua efficacia deve però essere accuratamente selezionato e prescritto. Il "farmaco" fitoterapico, se adeguatamente conosciuto, può essere utilizzato in sostituzione e/o in concomitanza di altri farmaci di sintesi (purché se ne conoscano interazioni ed effetti indesiderati), di terapie occlusali, biomeccaniche, fisioterapiche e conservative di altro genere.
Appare quindi assolutamente necessario ampliare il punto di osservazione alla disfunzione valutando il disturbo insieme alla condizione generale dell'assistito.
Questo studio non vuole essere motivo di separazione tra la medicina scientifica e quella tradizionale promovendone l'utilizzo o indirizzando all'uso di un modello in sostituzione di un altro, bensì costituire un momento di integrazione e confronto tra le due[29].
E' quindi opportuno sottolineare la necessità di considerare, in fase diagnostica, anche segni e sintomi apparentemente distanti e non direttamente correlati con la disfunzione di base, non sempre considerati dall'operatore perché difficili da incasellare nei modelli diagnostici convenzionali. Attraverso un inquadramento globale dell'assistito, derivante tanto dalla sua storia anamnestica quanto da un approfondito esame clinico e strumentale, che segue sempre un rigoroso protocollo scientifico integrato, si propone l'efficacia di una metodica che si prende cura dell'uomo considerandolo nella sua globalità.
L'obiettivo ultimo del trattamento diviene non la semplice remissione del sintomo ma la considerazione globale dell'individuo (30) in cui il sintomo specifico si manifesta.

Bibliografia

1. Giarelli G., Roberti di Sarsina P., Silvestrini B. (a cura di): Le Medicine Non Convenzionali. Storia, problemi e prospettive di integrazione, Ed. Franco Angeli, Milano, 2007.
2. Deodato F, Di Stanislao C, Giorgetti R. L'Articolazione temporomandibolare. I disturbi temporo-mandibolari secondo approccio tradizionale ed integrato con Mnc. Casa Editrice Ambrosiana - Milano 2005.
3. F. Deodato, S.Cristiano, R.Giorgetti: Pain and TMD: A comparison between Drugs and Phytocomplexes XX Congresso Internazionale SIDO. Napoli, 24 - 27 ottobre 2007. Atti del congresso p. 114.
4. Titanji VP, Ngwa AA, Ngemenya M.: Applications of biotechnology techniques to the study of medicinal plants. Afr J Med Med Sci. 2007; 36 Sppl: 23-9.
5. Myerscough M.: Herbal remedies. How much do you know? Aust Fam Physician. 1998 Nov; 27(11): 1037-40.
6. Reuter HD.: What are the possibilities and limits of therapy with European native drugs in modern clinical medicine? J Ethnopharmacol. 1991 Apr; 32(1-3): 187-93.

7. Di Stanislao C., Giannelli L., Iommelli O., Lauro G.: Fitoterapia Comparata, Ed. Massa, NA, 2001.
8. F. Deodato, S.Cristiano: Le algie temporo-mandibolari: interpretazione ed approccio secondo tecniche mediche integrate. Terme di Acqui. Notizie 2007. N° 2 Dicembre 2006 pag. 20- 23
9. Deodato F, Di Stanislao C, Cristiano S et al. Il dolore cranio-cervico-mandibolare. Terapia naturale vs terapia farmacologica: indicazioni e analisi statistica comparata. Natural 1 giu 2006, VI n53 pag 58-63
10. F. Deodato, R.Giorgetti, C.Di Stanislao: Valutazione multidisciplinare del paziente con DTM; Dental Cadmos anno 72 N° 5/ 2004; 63-76
11. Chakraborty S, Roy K, Sengupta C.: Exploring effects of different nonsteroidal antiinflammatory drugs on lipid peroxidation. Part II. 4-HNE profile, Acta Pol Pharm. 2007 May-Jun; 64(3): 211-6.
12. Broome M, Jaques B, Scolozzi P.: Conservative treatment of temporomandibular disorders, Rev Med Suisse. 2007 Oct 3; 3(127): 2204-8.
13. Di Paolo C, Rampello A, Iannetti G. Disfunzioni AT M. Planning terapeutico. Incoordinazione condilomeniscale. Dental Cadmos 7: 81-85; 1994
14. Cristiano S, Deodato f, Cioffi C, Giorgetti R, Scalese M. Approccio farmacologico articolare temporomandibolare: confronto tra due FANS Mondo Ortodontico 2006, luglio-agosto (4).
15. Deodato F, Paoluzzi L, Giorgetti R et al. Gnatologia e morfopsicobiotipologia: considerazioni cliniche. It J Traditional Chinese Med 2001, 101: 38-43.
16. F. Deodato, C. Di Stanislao, M. Corradin, L. Paoluzzi, R. Giorgetti: "Guida ragionata all'uso delle piante medicinali nei disordini cranio-cervico-mandibolari" Casa Editrice Ambrosiana. Milano 2011.
17. Tommonaro G, Rodriguez CS, Santillana M, Immirzi B, Prisco RD, Nicolaus B, Poli A.: Chemical composition and biotechnological properties of a polysaccharide from the peels and antioxidative content from the pulp of Passiflora liguralis fruits. J Agric Food Chem. 2007 Sep 5; 55(18): 7427-33.
18. Carlini EA: Plants and the CNS., Pharmacol Biochem Behav. 2003 Jun; 75(3): 501-12.
19. Speroni E, Minghetti A.: Neuropharmacological activity of extracts from Passiflora incarnata, Planta Med. 1988 Dec; 54(6): 488-91.
20. Sangiorgi E, Minelli E, Crescini G, Garzanti S. Fitoterapia. Principi di fitoterapia Clinica, Tradizionale, Energetica, Moderna. Milano, Ed CEA 2007
21. Capasso F.: Grandolini G., Izzo A. A.: Fitoterapia. Impiego razionale delle droghe vegetali, Ed. Springer Verlag, Milano, 2006.
22. Amendola A, Cerioli NL, Migliore L: Ormesi. Enciclopedia Medica Italiana, III Aggiornamento, II tomo, coll 2707-2714, ed UTET, Torino 2008
23. Calabres EJ, Baldwin LA: defining hormesis, Hum Exp Toxicol 2002,21: 91-97
24. Calabrese E. J., Baldwin L. A., 2003, The hormetic dose-response model is more common than the threshold model in toxicology, Tox. Sci., 71, 246-250
25. Calabrese E. J., Blain R., 2005, The occurrence of hormetic responses in toxicological literature, the hormesis database: an overview, Tox. Appl. Pharm., 202, 289-301.
26. Butler R.: When toxic turns to treatment. Chem. & Industry, 2004, 12: 10-11.
27. Calabrese EJ. Hormesis and Medicine. Br J Clin Pharmacol 2008, 66:5, 594-617
28. Calabrese EJ, Baldwin LA. Hormesis and high risk groups. Regul toxicol Pharmacol 2002; 35: 414-8
29. Di Stanislao C.. Argomenti di Medicina. Il dialogo e il confronto fra culture e modelli, Ed. Fondazione Nazionale Silone, Roma-L'Aquila, 2005.
30. AAVV: Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile, Ed. Franco Angeli, Milano, 2005.

Dalle pagine di OmeopatiaOnline...

Tiziana Di Giampietro - L'amigdala è la parte del cervello dove le emozioni si collegano alle sensazioni. La vista del cibo influenza il ricordo di esperienze passate che si collegano al presente senso di gradimento e lo giustificano. Se i colori influenzano il rifiuto o l'accettazione di esso convolgimento non solo l'apparato gastroenterico ma addirittura i ricordi e gli eventi collegati al colore del primo alimento assunto (il bianco), quali i rapporti (madre-neonato?) e le cause di questa possibile ipotesi del rifiuto? Rivolgo questa domanda agli esperti del gruppo PSI e a tutti per ipotesi di terapie omeopatiche: Ignatia? Staphysagria? Pulsatlla?

Massimo Saruggia - In questo campo oggi siamo tutti figli di una unica Grande Madre: la neuroscienza che con il suo pensiero rotondo e benpensante orienta, protegge, normalizza, adatta. Tutto deve essere misurabile e radicalmente obbiettivo. Il soggetto della "nostra" rivoluzione scientifica preferisce ficcare il dolore e la sofferenza nel contenitore della malattia piuttosto che interrogarsi o interrogare le vicissitudini. L'onnitecnologia punta ad uccidere il soggetto sofferente dando soluzioni liofilizzate e pronte per essere ingurgitate (SSRI, fiori di Bach , rimedi omeo - si, anche rimedi omeo). La questione in realtà è molto più complessa. Ma provo lo stesso a condensare quello che penso in questo campo. Oggi siamo immersi nelle pratiche del godimento perverso con i suoi tentativi incessanti di oltrepassare i confini del principio di piacere lasciando via libera alla pulsione di morte. Il godimento è privo di limite, legge o mancanza ed il soggetto moderno sfida tutto questo e gode fondamentalmente di un godimento non sessuale. Il dilagare di anoressia, bulimia, tossicodipendenze obesità mostra che il godimento sessuale non è più dominante. Il godimento sessuale era una vera tutela per il soggetto. Lo proteggeva dalle devastazioni di un godimento senza limiti. Ma oggi la rimozione è in grave crisi e ci si arrampica sugli specchi per negare ogni mancanza. Nulla di meglio per far esplodere l'angoscia e con essa le varie psicopatologie della modernità, tra le quali, principe, l'anoressia. Penso dunque che la questione della pratica omeo nella anoressia sia molto più complessa di quanto si mostra in questo studiolo neuroscientifico e che l'anoressia, unica malattia psichiatrica mortale in sè, meriti una visione più da medici integrati che da medici integralisti. *(segue a pagina 13)*

Possibilità, limiti e prospettive future del trattamento omeopatico in oncologia

Franco Desiderio

Specialista in Oncologia ed Endocrinologia - Responsabile Prevenzione Oncologica, Rimini - Medico esperto in omeopatia
E-mail: franco.desiderio@auslrn.net

L'oncologia, nell'ultimo decennio, ha fatto passi da gigante nel campo della diagnostica e della terapia medica dei tumori, migliorando notevolmente, soprattutto in alcune malattie, la sopravvivenza e la qualità della vita delle persone affette da neoplasia. Nonostante ciò, la comunicazione di una diagnosi di tumore è un evento molto traumatico per la persona che la riceve, perchè ancora oggi la parola cancro, nell'immaginario comune, corrisponde a una morte certa o, se va bene, alla perdita definitiva ed irreversibile del proprio ruolo sociale e familiare, a causa del paventato peggioramento della qualità di vita. Inoltre spesso la diagnosi viene preceduta da un periodo più o meno lungo di sofferenze fisiche e/o psichiche, che il paziente molte volte considera causa piuttosto che conseguenza della malattia.

Ognuno, comunque, risponde a questo evento sulla base del proprio temperamento, dello stato socio-economico e culturale e del proprio vissuto. Gli stessi fattori che determinano il tipo di reazione nel singolo paziente sono quelli che spingono molti di loro a rivolgersi ad altri sistemi di cura, come numerosi lavori scientifici in letteratura confermano. Recenti stime, infatti, affermano che dal 30 al 60% degli adulti affetti da tumore usano qualche forma di medicina complementare o alternativa (CAM) durante o subito dopo il trattamento oncologico standard. Le CAM sono utilizzate prevalentemente da pazienti di sesso femminile e, in particolare, da donne affette da neoplasia mammaria, la più frequente neoplasia delle donne adulte.[2]

A confermare il dato è uno studio conoscitivo sull'uso delle CAM durante il trattamento chemioterapico effettuato presso il DH oncologico di Rimini nel 1996, mediante questionario anonimo, dal quale è emerso che circa il 50% dei pazienti - in maggioranza di sesso femminile e di classe culturale medio-alta - risultava ricorrere a un qualche tipo di medicina complementare. La CAM più utilizzata era l'omeopatia, e le motivazioni addotte per la scelta del trattamento complementare erano fondamentalmente tre: perché si rivolge alla persona in senso olistico, perché senza effetti collaterali e perché in grado di minimizzare gli effetti collaterali delle terapie convenzionali. Per quanto riguardava il risultato, circa l'80% dei pazienti si considerava soddisfatto o molto soddisfatto delle cure complementari soprattutto per il miglioramento della qualità della vita in rapporto all'ansia e alle paure determinate dalla neoplasia e dal suo trattamento.

Terapie complementari e oncologia: studi clinici

Una domanda che molti medici omeopati, ricercatori e studiosi di questo settore della medicina si pongono è se i sistemi scientifici ed i metodi statistici attuali sono in grado di dimostrare l'efficacia terapeutica dell'omeopatia come metodo di cura dei pazienti oncologici nelle varie fasi della malattia.

Nonostante gli scritti dei maestri dell'omeopatia come Burnett ed altri[3] e le pubblicazioni di alcuni omeopati moderni soprattutto della scuola indiana[4], che hanno enfatizzato il ruolo della metodica omeopatica nella cura e guarigione di neoplasie anche in stadio avanzato utilizzando solo rimedi omeopatici, allo stato attuale non vi sono studi pubblicati su riviste specializzate che dimostrino l'efficacia dell'omeopatia, da sola, nel modificare la storia naturale della malattia; in letteratura a questo proposito esistono solo case report[5-6] il cui valore statistico appare piuttosto limitato. Più numerose sono, invece, le pubblicazioni sul trattamento degli eventi avversi causati da terapie oncologiche convenzionali; studi progettati, per la maggior parte, seguendo le regole scientifiche condivise dal mondo accademico i cui risultati, anche se non brillanti, mostrano una certa efficacia in questo senso.

Su questo argomento è stata edita di recente una review dal titolo "Homeopathic medicines for adverse effects of cancer treatments" (Cochrane Library, 2010), che ha preso in esame otto studi controllati di cui sette contro placebo e uno contro trattamento convenzionale. I risultati emersi da questi studi sono contraddittori e il commento finale nella review è che al momento attuale non vi è evidenza conclusiva dell'efficacia della medicina omeopatica tranne che per uno studio sulla terapia della stomatite con un preparato omotossicologico e nella profilassi della dermatite da raggi con pomata locale a base di calendula.

Tali dati per un medico omeopata esperto sono inevitabilmente deludenti, sia a causa dei risultati non brillanti, sia per la consapevolezza che la scarsa efficacia del trattamento spesso dipende dal disegno dello studio, che nella maggioranza dei casi prevede un trattamento standard uguale per tutti i pazienti. Il non poter applicare correttamente la metodica omeopatica dopo accurata anamnesi di tutti i sintomi fisici, psichici e sensazioni non permette l'identificazione e quindi la somministrazione dei rimedi più adatti per il singolo paziente affetto da quella malattia.

Medicina omeopatica e oncologia: il trattamento dei disturbi da menopausa

I sintomi da menopausa condizionano in modo significativo la qualità della vita delle giovani donne con storia di cancro mammario, per le quali il trattamento ormonale sostitutivo è assolutamente controindicato e non esistono nella medicina ufficiale altre terapie efficaci comprovate.
Sebbene nella revisione sistematica della Cochrane Collaboration gli studi sui disturbi da menopausa nelle donne con tumore della mammella siano negativi, molte delle pazienti seguite in follow-up negli ambulatori medici utilizzano rimedi omeopatici sia in forma unitaria che in complessi e riferiscono risultati soddisfacenti, in particolare sulle vampate di calore e sull'insonnia.
Ancora una volta gli studi proposti e pubblicati in letteratura risentono del limite del non aver potuto somministrare rimedi omeopatici individuati dopo accurata anamnesi, secondo i principi della legge dei simili.
Nonostante ciò, pur consapevoli dei limiti metodologici, anche a Rimini presso il DH di oncologia stiamo effettuando uno studio clinico randomizzato che prevede la somministrazione di un complesso omeopatico contro placebo per valutarne efficacia e sicurezza. Lo studio clinico viene effettuato attraverso la somministrazione in dosi decimali di quattro dei rimedi più comuni per il trattamento dei disturbi da menopausa: Ignatia, Sepia, Sanguinaria e Actea racemosa.
Per la valutazione dei disturbi abbiamo utilizzato la scala del NCI-TCT che considera una serie di sintomi quali vampate, sudorazioni notturne, perdite vaginali, perdite ematiche atipiche, secchezza/prurito vaginale, dispaurenia, disturbi gastrici, alterazioni dermatologiche, cefalea, ritenzione idrica, ansia/depressione e altro.
I dati preliminari, a circa 2/3 dell'arruolamento, sembrano essere positivi nel senso di un miglioramento significativo delle vampate di calore e dei disturbi gastrici mentre altri disturbi, come la secchezza vaginale e l'insonnia, non appaiono modificati. Alle donne che non hanno risposto al trattamento omeopatico è stata offerta la possibilità di eseguire terapia omeopatica personalizzata dopo accurata anamnesi. Con molto piacere abbiamo notato che i rimedi costituzionali somministrati migliorano in modo netto la maggior parte dei disturbi, aumentando sensibilmente la qualità della vita.
Abbiamo comunque osservato una differenza di risposte da parte delle donne che assumono gli inibitori dell'aromatasi, che migliorano più nettamente, rispetto alle donne che assumono il tamoxifene, che invece sembrano rispondere poco o non rispondere affatto al trattamento. Se questo dato venisse confermato potrebbe dare indicazioni per effettuare studi scientifici mirati, soprattutto studiando quelle donne che maggiormente possono averne giovamento. Per trarre le giuste considerazioni finali aspettiamo comunque la conclusione dello studio.

Medicina omeopatica e oncologia: potenzialità e limiti nella prevenzione

Il sogno di molti omeopati è quello di dimostrare che un trattamento omeopatico ben individuato è in grado di impedire l'insorgenza di neoplasie, anche in presenza di una familiarità importante o di altri fattori predisponenti. In verità, come è noto, la trasformazione delle cellule sane in neoplastiche avviene passo dopo passo, con una serie di successive modificazioni che inizialmente sono reversibili e solo dopo molto tempo divengono stabili e irreversibili. Un esempio è il tumore del collo dell'utero, di cui si riconosce come causa un'infezione virale da HPV che determina modificazioni cellulari che possono sfociare nel fenotipo neoplastico a distanza di molti anni dall'inizio dell'infezione, anche se nella maggior parte dei casi l'organismo è in grado di eliminare le cellule malate e di guarire definitivamente. Altri esempi di stati precancerosi - come la colite ulcerosa, la papillomatosi vescicale, la poliposi intestinale, la craurosi vulvare, la leucoplachia ed altri - sono riconosciuti come precursori neoplastici che possono portare alla manifestazione clinica del fenotipo tumorale, così come possono addirittura regredire.
Questi esempi ci permettono di affermare che il problema non è limitato alle cellule affette e che la causa della trasformazione dipende anche dall'ambiente extracellulare e dal sistema immunitario che, come sappiamo, risente in modo importante di fattori ormonali, neurotrasmettitori, linfocitari ed altro. In più è noto come un'alimentazione adeguata riesca, attraverso alcuni nutrienti come gli antiossidanti, a riparare quelle iniziali modificazioni che sono all'origine della trasformazione maligna della cellula.
In quest'ottica la medicina omeopatica è da considerarsi una vera e propria medicina preventiva, in alternativa alla moderna farmaco-prevenzione che utilizza farmaci allopatici con potenziali effetti collaterali di una certa gravità, in quanto trattando il malato e non la malattia con i rimedi costituzionali potrebbe essere in grado di inibire la progressione delle lesioni favorendo la normale differenziazione cellulare e normalizzando il processo di apoptosi con successiva riparazione del tessuto affetto.
Se volessero rendere un utile servizio alla causa omeopatica, i medici omeopati dovrebbero documentare dettagliatamente tutti i casi di guarigione di questi stati precancerosi in modo che, una volta raccolti i dati, possano essere pubblicabili su riviste scientifiche ad alto impact factor. Il problema, però, è che i medici omeopati tendono a lavorare isolatamente: perciò, anche se i singoli medici hanno molti casi personali di guarigione, i dati di ognuno non sono utilizzabili - da soli - a scopo scientifico. In letteratura, inoltre, sono stati pubblicati alcuni studi che mostrano come trattamenti omeopatici possano essere efficaci nell'impedire la formazione di tumori provocati mediante la somministrazione di carcinogeni chimici in animali di laboratorio[7-8]. Un altro studio riporta alcuni casi clinici in cui la somministrazione di una sostanza carcinogena omeopatizzata, cioè diluita e dinamizzata secondo il metodo hanhemmaniano, è stata efficace nel controllo della malattia neoplastica nell'uomo.
Queste pubblicazioni fanno prevedere un possibile utilizzo dei rimedi omeopatici nella prevenzione di tumori nelle persone ad alto rischio e/o nella prevenzione delle recidive dopo guarigione in chi ne è stato affetto.

Medicina omeopatica e oncologia: il trattamento nella fase avanzata

Il trattamento della fase terminale di un paziente oncologico viene definito palliativo perché l'obiettivo principale è contenere i disagi psicofisici e permettere una buona morte, senza dolore e se possibile senza ansia e paura, mentre l'aumento della sopravvivenza globale resta obiettivo secondario.
Per questo la malattia oncologica nella sua fase avanzata e terminale deve essere considerata come una patologia acuta in cui è opportuno somministrare il o i rimedi omeopatici cosiddetti sintomatici.
Questi vengono prescritti generalmente a basse diluizioni, decimali, centesimali o cinquantamillesimali, seguendone giorno per giorno l'evoluzione per evitare un inutile o persino dannoso aggravamento, rispettando il detto di primum non nocere.
Uno dei farmaci non convenzionali più efficace in questa fase della malattia sembrerebbe essere il Viscum album secondo la preparazione antroposofica. Questo rimedio, non omeopatico, ha una serie di effetti positivi quali il miglioramento delle condizioni generali, l'aumento dell'appetito e il guadagno di peso, una migliore qualità del sonno, il sollievo dalla stanchezza eccessiva e dalla depressione e probabilmente un rallentamento della crescita tumorale. Anche altri fitoterapici e farmaci allopatici possono essere utilizzati in questa fase, ma se si esegue una buona repertorizzazione dei sintomi acuti e si somministra il rimedio omeopatico nella diluizione corretta, quasi sempre si assiste a un miglioramento tale da non dover utilizzare molti altri farmaci per la palliazione dei sintomi.

Medicina omeopatica e oncologia: i rimedi omeopatici

Più che in altre malattie cronico-degenerative, il trattamento dei pazienti oncologici prevede un'attenta somministrazione dei rimedi.
Fermo restando che la buona pratica clinica omeopatica prevede, sempre, un'accurata anamnesi per la scelta dei rimedi, in questi pazienti l'attenzione deve essere ancora più forte perché occorre evitare un eventuale aggravamento che rappresenta in questi casi un'evenienza molto deleteria, in quanto il paziente non ha forza vitale sufficiente per il successivo miglioramento. Occorre dunque utilizzare diluizioni e potenze adeguate alle condizioni generali, seguendo giornalmente l'andamento della sintomatologia.
Bisogna trattare il paziente come fosse affetto da una malattia acuta e solo quando sono migliorati i sintomi più fastidiosi e il paziente sembra essersi ripreso si interviene con molta cautela con il rimedio costituzionale.
Nel trattamento del malato oncologico quindi bisogna distinguere tra rimedi costituzionali, sintomatici e acuti, organotropi e infine miasmatici.
Rimedi costituzionali. Molto importanti, riguardano la totalità dei sintomi e sono gli unici in grado di guarire il paziente. Generalmente i rimedi costituzionali sono i più comuni policresti, quali Arsenicum album, Thuja, Lachesis, Phoshorus, Silicea, Lycopodium e molti altri. Questi rimedi devono essere utilizzati a diluizioni inizialmente basse, possibilmente in LM, e solo quando non vi è pericolo di aggravamento possono essere utilizzati in diluizioni centesimali. Non è generalmente mai consigliata la loro somministrazione quando sono presenti sintomi acuti da malattia, da chemioterapia o da altri trattamenti allopatici a meno che non coincidano con il rimedio acuto necessario in quel momento.
I rimedi organotropici sono i rimedi organo-specifici, che coprono la sintomatologia locale e si possono utilizzare in tutte le fasi della malattia e durante la chemioterapia. Di seguito, una serie di rimedi, non esaustiva, con il loro tropismo. Questi rimedi si somministrano sempre a basse diluizioni o addirittura in TM e si possono prescrivere senza doversi preoccupare della totalità dei sintomi, anche in concomitanza con altri rimedi omeopatici, con farmaci allopatici e fitoterapici. I più utilizzati sono:

- Aloe: colon e retto
- Ars. brom: cancro della cute
- Asteria rubens: mammella ulcerata
- Aurum muriat. : cavità orale
- Aur. mur. nat. : cervice uterina
- Bar. carb. : cervello
- Bar. iod: linfonodi e sistema endocrino
- Cadmium sulf: stomaco, pancreas
- Carbo an. : mammella
- Ceanothus a. : milza, pancreas, fegato, leucemia
- Chelidonium: fegato, cistifellea
- Heckla lava: ossa e leucemia
- Symphytum: periostio e metastasi ossee
- Hydrastis: stomaco, pancreas, ghiandole mesenteriche, mucose (polmoni ed esofago)
- Lach.: mammella, utero, ovaio, cervice (lateralità sx)
- Lilium tigr.: utero e ovaio (lateralità dx)
- Lycopodium: polmoni, fegato, colon e prostata
- Nitric ac.: retto/ano
- Ornithogallum: stomaco
- Phosphorus: tumori emorragici (sanguinaria)
- Phytolacca: mammella e parotidi
- Plumbum iodatum: cervello
- Sabal serrulata: prostata
- Sanguinaria: mammella, t. sanguinanti, K broncogeno
- Terebinthina: vescica
- Conium, Thuja e Ars. album sono i cosiddetti "organotropici ad ampio spettro".

I rimedi sintomatici o acuti si utilizzano sia nella fase acuta della malattia, dove compaiano sintomi disturbanti in grado di peggiorare la qualità della vita, sia nella prevenzione e cura degli eventi avversi da chemio o radioterapia. I principali eventi acuti e relativi rimedi sono:

- Shock psichici: Acon. Gels. Ign.
- Dolori: Aconitum, Bell. Bryonia, Colocynthis, Mag. phosph, Aurum metallicum (metast. ossa), Cham.
- Diarrea: Ars. alb., Ver. alb, Merc. corr. (con tenesmo).
- Nausea/vomito: Cadmium sulf., Nux vom. (il paziente non riesce a vomitare), Ipeca (nausea non alleviata dal vomito) Ignatia e Carc. (vomito anticipatorio).
- Costipazione: Hydrastis c., Lyc. Mag mur.
- Emorragie: Phosph., Millefolium, Nitric ac., China, Kreosotum.

- Parestesie/vertigini: Phosp., Lyc., Kali carb., Sepia, Cocc., Caust.
- Esiti di RT: X-ray, Radium brom.

I rimedi miasmatici o meglio antimiasmatici sono i rimedi del terreno del paziente, e vengono utilizzati quando il rimedio costituzionale sembra non essere più efficace. I rimedi di più frequente uso sono:

- Miasma sicotico: Thuja, Med., Nit. ac.
- Miasma sifilitico: Syph., Merc.
- Miasma psorico: Sulf., Psorinum
- Miasma tubercolinico: Tub.,

Conclusioni

Il trattamento omeopatico dovrebbe essere proposto a tutti i pazienti, in ogni fase della malattia, in quanto medicina dolce e nello stesso tempo efficace in particolare nel migliorare i sintomi da chemioterapia e nella palliazione dei sintomi nella fase terminale. Non vi sono dati che dimostrino l'efficacia dell'omeopatia sulla storia naturale della malattia riguardo alla sopravvivenza globale, ma l'utilizzo da parte dei pazienti è ulteriormente aumentato negli ultimi anni come segno di fiducia in questa metodica terapeutica. Molto si potrebbe fare anche nella prevenzione delle ricadute di malattia utilizzando i trattamenti omeopatici come terapie adiuvanti, ma si dovranno cercare anche nuovi metodi di valutazione della risposta che non siano esclusivamente studi clinici randomizzati che poco si addicono alla valutazione di terapie personalizzate come l'omeopatia.

Bibliografia

1. Hann et al. "Long-term breast cancer survivors'use of complementary therapy: perceived impact on recovery and prevention of recurrence", Integrative cancer therapies 4 (1) ; 2005 pagg. 14-20.
2. L. Simon et al "Medicines complementaires et alternative suives par les patients cancereux en France", Bull Cancer 2007; pagg. 94-5; 483-8.
3. J. C. Burnett "Cinquanta ragioni per essere omeopata", De Ferrari editore.
4. Ramakrishnan "A homoeopathic approach to cancer"
5. Montfort "A new homeopathic approach to neoplastic diseases: from cell destruction to carcinogen-induced apoptosis", British Homeopathic Journal (2000) 89, pagg. 78-83;
6. K. B.Hari Kumar et al. "Inhibition of Chemically Induced Carcinogenesis by Drugs Used in Homeopathic Medicine", Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention, 8, 2007, pagg. 98-102.
7. S. Pathak et al. "Ruta 6 Selectively Induced Cell Death in Brain Cancer Cells but Proliferation in Normal Peripheral Blood Lymphocytes: A Novel Treatment for Human Brain Cancer", Int. J Cancer 2003, 23, pagg. 975-82;
8. S. Pathak et al. "Protective potentials of a potentized homeopathic drug lycopodium-30 in ameliorating azo dye induced hepatocarcinogenesis in mice", Mol. Cell Biochem 2006, 285, pagg. 121-31.

Dalle pagine di OmeopatiaOnline...

Marialucia Semizzi - Anche se non sono Psy vorrei dire anche io qualcosa. Il fatto di vedere attivate delle aree cerebrali in correlazione con determinate attività o emozioni non significa che quelle attivazioni sono le CAUSE del comportamento, bensi potrebbero esserne l'EFFETTO. in questo senso l'impostazione delle neuroscienze è organicista e miope. Pero' ha il vantaggio i rendere concreta la mente e per questo mi piace... Ha ragione il grande Massimo che l'oralita' e' pervertita verso abusi e dipendenze da cibo, tabacco, alcol (cui si aggiunge Internet) per cui guardiamo il mondo con cupidigia e lo assumiamo in modo irrazionale. Pero' non concordo con lui che sia dovuto solo a mancanza di sesso sano (c'e' tanto sesso pervertito o insano e poco sesso sano, questo concordo con lui) e penso sia dovuto anche alla perdita della dimensione spirituale che aiuta la persona a "oltrepassare" se stessa per farlo suggerisce la via della sobrieta' in praticamente tutte le tradizioni religiose. Ci sono studi molto interessanti sul rimodellamento della reattivita' cerebrale indotto dall'esperienza di trascendenza che induce comportamenti piu' maturi e controllati e meno tendenza ad abusi e dipendenze. percio' pregare e meditare, il che conduce oltre che a uno stile di vita anche verso un nucleo di senso e un orientamento esistenziale che toglie legna al fuoco dell'angoscia e del disorientamento esistenziale che poi i comportamenti fobici esprimono e quelli dipendenti cercano di risolvere... Non ho avuto molti risultati duraturi in casi di anoressia con omeopatia, ma non faccio testo perche' ho ancora troppo da imparare... Un saluto a tutti e grazie sempre per gli spunti!

Luca Biasci - Sono molto d'accordo sia con Massimo che con Marialucia però vorrei aggiungere una precisazione. Guarda caso sono proprio l'amigdala e le vie dopaminergiche le strutture nervose che per prime ed in maniera permanente e probabilmente persino trasmissibile (epigenetica) vengono danneggiate da traumi e microtraumi ripetuti vissuti in età peri e neonatale e poi ci si meraviglia se nei *drug addicts* o nei *bindge eating disorders* risulta una iper/disattività di queste stesse strutture? Potenza del diniego organicista-innatista! Ma la cosa più importante che si desume da tale considerazione è che l'economia libidica dell'individuo e quindi il suo assetto intrapsichico non possono da soli spiegare tali comportamenti aberranti che dipendono necessariamente anche dall'interiorizzazione reiterata di modelli di comportamento disfunzionali (che a seconda del sistema teorico prescelto potremmo chiamare: relazioni oggettuali, convinzioni patogene, sistemi motivazionali, reti complessuali ed immagini archetipiche) che si attivano nell'interazione con i *care-givers*. Quindi una cura reale di tali disturbi è pensabile solamente se il terapeuta tiene debitamente conto in primis di queste premesse ed in seguito allora si potranno prendere in considerazione anche la sessualità e la spiritualità, entrambe dimensioni importantissime e che non mi sentirei certo di sottovalutare. A tale proposito mi viene in mente che le "mie" tossicodipendenti diventano spesso mamme (contrariamente a quello che si penserebbe a causa dell'inibizione provocata dagli oppiodi sull'asse ipotalamo-ipofoisi-gonadi) e mi raccontano che fanno tanto sesso anche soddisfacente (almeno a loro dire), e che, d'altro canto, ho incontrato molto spesso delle "sante anoressiche", proprio come recitava il titolo di un libro di diversi anni fa. Sono anche d'accordo che con l'omeopatia si possa fare ben poco ma se devo dire il rimedio che mi viene in mente più spesso, in linea con la nostra recente discussione sull'oncologia, è proprio Carcinosinum, il rimedio di chi ha sofferto traumi ed abusi spesso anche transgenerazionali e che non è capace di rielaborare, in quanto la necessità di salvare di fronte al Se' l'imago del *care-giver* maltrattante/abusante comporta l'interiorizzazione della coppia vittima/carnefice e la successiva condanna alla recita continua ed alternata nella propria vita, in tutte le possibile combinazioni, di uno dei due ruoli, e consequenzialmente la crescita imponente ed agghiacciante di un senso di colpa terrifico, autodistruttivo e capace di autoreplicarsi implementandosi potenzialmente *ad infinitum*, proprio come un tumore.

Luciano D'Auria - In un vecchio (1978) libro di Jacob Needleman, "Uomo cosmo e microcosmo", c'è un capitolo dal titolo: "La guerra dell'io contro il corpo: dalla mortificazione del puritanesimo all'esaltazione dell'edonismo". Non c'è molta differenza.

Prevenzione e cura degli effetti collaterali indotti dalla RT nelle neoplasie mammarie

Alberto Laffranchi

Presidente ME.TE.CO., Medicine e Terapie Complementari in Oncologia
E-mail: alberto.laffranchi@istitutotumori.mi.it

Gli autori con questo lavoro, attraverso una casistica di 20 pazienti, raccolti tra il maggio 1999 e l'ottobre 2002, intendono presentare una nuova modalità di trattamento dell'eritema bolloso. Le lesioni, per tutti i pazienti, sono insorte durante le ultime sedute o al termine della radioterapia eseguita per il trattamento di forme neoplastiche. La terapia proposta in questo studio è stata messa a punto presso l'Unità Operativa di Riabilitazione e Cure Palliative dell'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano. Consiste nell'uso di risciacqui con citrato di sodio e saccarosio al 6% e sedute quotidiane di magnetoterapia. I risultati terapeutici sia sul dolore, sia sulle modalità di guarigione delle lesioni sono stati convincenti e rapidi. Gli autori la propongono perché questa metodica possa essere ripresa da altri centri ed estesa, oltre che agli eritemi da raggi, anche alle lesioni cutanee simili, quali le ustioni di II grado e le piaghe da decubito, affinché si possa rapidamente aumentarne la casistica e procedere a studi randomizzati che possano confermarne l'efficacia ed eventualmente la superiorità rispetto ad altre pratiche già in uso.

Attraverso la presentazione di una casistica di oltre 120 pazienti raccolta in 18 anni di esperienza, con questa relazione si intendono dimostrare concrete e ripetibili possibilità di prevenzione e cura delle lesioni acute e croniche da radioterapia attraverso l'uso di campi elettromagnetici, ossigenoterapia in camera iperbarica, ultrasuono terapia, farmaci omeopatici, vitamina A e D, difosfonati.
I campi magnetici sono utilizzati, principalmente per il loro effetto anti-infiammatorio, angiogenico e per l'effetto ossigeno. Ad essi si possono associare altre terapie di derivazione omeopatica, specifiche per il determinato tipo di danno riscontrato. I difosfogluconati bloccano l'azione degli osteoclasti. Gli ultrasuoni favoriscono la riduzione delle flogosi e il riassorbimento dei tessuti necrotici.
I criteri guida che consentono di proporre, quali scelte terapeutiche per lesioni da Raggi X quelle sopra citate, sono strettamente legati alla fisiopatologia delle lesioni stesse, ovvero al danno vascolare. La relazione fornirà anche informazioni pratiche sul possibile trattamento delle lesioni cutanee da raggi, indipendentemente dalla gravità della lesione e sulla loro prevenzione.
In conclusione, alla luce della letteratura e di quanto presentato in questo lavoro, si ritiene che nel futuro prossimo gli approcci terapeutici sopra descritti, di semplice realizzazione, ma di sicuro risultato, considerando la quasi totale assenza di effetti collaterali, potranno fornire una rapida risposta e buoni risultati clinici nel trattamento delle lesioni acute e croniche indotte dalla radioterapia. Inoltre, tali procedure, utilizzandole opportunamente durante la radioterapia, potranno utilmente essere applicate nella prevenzione dei danni.

Introduzione

La radioterapia, come unica soluzione o in associazione alla chemioterapia e/o alla chirurgia, rappresenta un'importante ed al momento insostituibile metodica nel trattamento delle neoplasie[1-3]. Nel corso degli ultimi trenta anni, il miglioramento tecnologico e la più accurata impostazione del trattamento radiante hanno minimizzato l'incidenza delle complicanze[4-5]. Resta tuttavia una piccola quota di pazienti, non prevedibile prima del ciclo terapeutico, che andrà incontro ad un danno acuto, subacuto o cronico dei tessuti sani compresi nel campo radiante[5].
Per sintetizzare brevemente la fisiopatologia delle lesioni da raggi ricordiamo che la tossicità delle radiazioni ionizzanti utilizzate in terapia radiante, è determinata dalla qualità del fascio radiante, dal tipo dei tessuti inclusi nel campo di radioterapia, dalla dose per frazione, dalla dose totale e dalla sensibilità alla radioterapia dei singoli tessuti coinvolti[4-6]. Gli effetti acuti[6] della radioterapia su cute e mucose consistono generalmente nella risposta infiammatoria, eritema cutaneo, edema, pigmentazione e/o mucosite. Queste lesioni sono più frequenti nella radioterapia palliativa, dove spesso vengono richieste alte dosi giornaliere da somministrare in 1 o 2 settimane.
Di seguito riportiamo le descrizioni delle lesioni acute da raggi X sulla pelle, presenti nel trattato del prof. Felice Perussia[6]. Pur scritte oltre cinquant'anni fa, mantengono intatta tutta la loro forza descrittiva e attinenza alla realtà clinica. La differenza rispetto ad oggi, peraltro non trascurabile, consiste nel fatto che allora le lesioni erano la regola (si parlava di "dose eritema" considerandola, inopportunamente, come il segno clinico di un trattamento radiante adeguato). Oggi, rappresentano l'eccezione, ma quando presenti concordano con le precise descrizioni di allora, così come si può ben verificare attraverso le figure 2 e 3 allegate.

"Nell'ambito dei fenomeni determinati dalle reazioni sulla cute, il primo posto, almeno in ordine cronologico, spetta alle modificazioni vasali[4-6]. E' fuor di dubbio che le alterazioni dei vasi dominino il quadro clinico e anatomo-patologico della radiolesione cutanea sin dal suo inizio,

qualunque ne sia il tipo e l'entità, e che persistano poi anche a lungo, come stanno a dimostrare la loro lenta regressione e la loro non completa scomparsa a distanza di tempo (teleangectasie)[6].
Radiodermite eritematosa: caratterizzata dalla comparsa di chiazze eritematose che confluiscono fino ad invadere tutto il campo cutaneo irradiato. La cute si presenta intensamente arrossata, leggermente edematosa, spesso pruriginosa. Successivamente il colorito si fa più intenso, rosso-rameico, l'edema si attenua, a distanza sopravvengono caduta di peli e desquamazione furfuracea dell'epidermide, ne residua una pigmentazione cutanea variabile nei singoli soggetti. Frequente il riscontro di fatti edematosi diffusi, sia al connettivo perivasale che ai vari strati della cute e del derma. Questi fenomeni distruttivi sono più accentuati allo strato basale germinativo, più radiosensibile, e segnatamente di quei suoi elementi che si trovano nella fase di cariocinesi.
Radiodermite eritemato bollosa: istologicamente l'alterazione più caratteristica che la differenzia dal quadro dell'eritema, è data dallo strato basale germinativo, i cui elementi scompaiono quasi totalmente per citolisi già alla distanza di pochi giorni dall'irradiazione. La formazione di bolle è dovuta alla comparsa di un versamento sieroso che si viene a formare tra derma ed epidermide nella stessa sede occupata dallo strato germinativo distrutto. Alla periferia la lesione si pigmenta intensamente a seconda dei soggetti, in maniera da formare un alone bruno che contrasta nettamente con la cute sana circostante. In seguito alla scomparsa delle cellule madri dello strato germinativo basale, la rigenerazione dell'epidermide non può aver luogo che per proliferazione dei bordi della lesione. E' necessaria una ventina di giorni e più se la disepitelizzazione è molto estesa, perché abbia luogo la completa riparazione epiteliale della pelle irradiata." (prof. Felice Perussia)[6]

Col tempo i progressi negli studi della radiobiologia, tecnologici ed il miglioramento della metodologia del trattamento radiante, hanno minimizzato questi effetti, limitandoli ad una percentuale bassissima di pazienti, che però cresce se eseguita contemporaneamente ad alcuni modalità di chemioterapia[4-5].
Come parametro di valutazione delle lesioni cutanee eritematose vengono utilizzati i criteri di Pathak[7] et al., che riportiamo nella tabella 1.

Materiali e metodi

Tra il maggio 1999 e l'ottobre 2002, presso l'U. O. di Riabilitazione e Cure Palliative dell'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano, sono stati trattati 20 pazienti consecutivi affetti da lesioni cutanee acute e sub-acute da raggi, insorte durante o al termine della radioterapia. I pazienti erano stati irradiati secondo gli standard tecnici del Dipartimento di Radioterapia dell'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano, con frazionamento convenzionale per le singole patologie trattate, che prevedono dosi totali variabili tra i 45 ed i 60 Gy, a seconda delle sedi e della patologia. Tutti i pazienti erano stati pre-trattati con creme cortisoniche durante la radioterapia, allo scopo di prevenire o curare l'eritema da raggi. Quattro pazienti presentavano edema ed epiteliolisi (fig. 1); dodici con eritema bolloso (fig. 2); quattro eritema con aree necrotiche (fig. 3). 17 donne erano in trattamento locale per neoplasia mammaria di cui una, con lesione a stampo della parete toracica, era stata trattata per 4 settimane con terapia laser elioneon, senza esito (fig. 3). Inoltre, sono stati trattati un uomo anziano con lesione al mento dopo Roentgenterapia per basalioma, un ragazzo irradiato al gomito dopo intervento chirurgico per sinovialsarcoma ed in trattamento chemioterapico e, infine, una signora irradiata alla coscia dopo intervento chirurgico per rabdomiosarcoma.
In tutti i pazienti i trattamenti in corso sono stati interrotti e sostituiti con un nuovo regime terapeutico, identico per 18 dei 20 pazienti: risciacqui con una soluzione di citrato di sodio e saccarosio al 6%, seguita immediatamente da una seduta di 30' con magnetoterapia a solenoide, 50 Hz e 45 Gauss, per 5 giorni la settimana. Differente il trattamento per due pazienti: l'uomo affetto da lesione al mento ed una donna con eritema trattata per due settimane con fitostimoline, avevano utilizzato, per tre-quattro giorni, risciacqui d'acqua borica al 3% prima della seduta di magnetoterapia, al posto dei risciacqui con citrato di sodio.

Discussione

La terapia principale a cui i pazienti sono stati sottoposti è la magnetoterapia, utilizzata per le caratteristiche e peculiari azioni terapeutiche che di seguito sintetizziamo.

	Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
P E A U	Senza cambiamento	Eritema leggero e/o indolore Epilazione Desquamazione Secchezza	Eritema sensibile e/o intenso Desquamazione Trasudazione parziale Edema moderato	Desquamazione Trasudazione diffusa Edema marcato	Ulcerazione Emorragie Necrosi

Tabella 1
Criteri di Pathak et al. per la valutazione delle lesioni cutanee eritematose.

Il campo magnetico cellulare è strettamente legato alla massa-forma della cellula in esame. Una dimostrazione pratica di tale realtà è la RNM (Risonanza Magnetica Nucleare) che riesce a creare immagini dei tessuti in esame discriminando il diverso campo magnetico endogeno di ogni cellula[8]. In magnetoterapia di risonanza[9] le cellule del tessuto bersaglio vengono sollecitate con campi magnetici esterni che hanno le stesse caratteristiche fisiche dei campi magnetici endogeni alle cellule stesse, in grado di spingere il tessuto biologico bersaglio verso lo stato di equilibrio biodinamico opportuno che corrisponde allo stato di omeostasi energetica/biochimica compatibile con lo stato di salute del paziente.
Le apparecchiature presenti in commercio e da noi utilizzate sono costituite da una centralina di comando e da un'antenna periferica che emette campi elettromagnetici pulsati a bassa intensità e frequenza. Gli effetti dei Campi Magnetici pulsati[9-17] che abbiamo giudicato particolarmente importanti per i nostri scopi sono: l'effetto anti-infiammatorio, l'effetto ossigeno, lo stimolo riparativo indotto dai campi elettromagnetici sui tessuti patologici, l'azione angiogenetica.
Se confrontiamo gli effetti biologici della magnetoterapia con la fisiopatologia delle lesioni da raggi, non possiamo che constatarne la corrispondenza. Infatti, siamo di fronte ad una lesione acuta da raggi che presenta come caratteristiche peculiari uno stato di sofferenza vascolare acuta con ipossia tissutale, edema, reazione infiammatoria, perdita di tessuto epiteliale da esfoliazione dovuta a citolisi, per lo più indotta dalla diretta azione dei raggi X. Riteniamo per contro inutile, se non dannosa, la preventiva applicazione di pomate cortisoniche, perché, pur possedendo innegabili ed importanti azioni antiinfiammatorie, interviene con meccanismi d'azione che contrastano con la peculiare fisiopatologia delle lesioni acute da raggi, ed in particolare non tiene adeguatamente conto dal danno principale, quello vascolare.
Le azioni principali di una terapia cortisonica[20]: a) un effetto antinfiammatorio, il cui meccanismo d'azione non è del tutto noto e si esplica principalmente per un'azione vasocostrittrice, determinando inoltre l'inibizione della proliferazione dei fibroblasti e la migrazione dei leucociti polimorfonucleati; b) un effetto favorente l'involuzione del tessuto linfatico, la deposizione di collagene e la soppressione dei processi riparativi, con riduzione della produzione di anticorpi.
Se la terapia viene protratta nel tempo, possono manifestarsi i ben noti effetti sistemici: influenza sul metabolismo dei carboidrati, delle proteine e dei grassi; effetto mineralcorticoide.

Dalla fisiopatologia, all'atteggiamento terapeutico corretto dell'eritema bolloso - Trattandosi di una lesione infiammatoria eritematosa con disepitelizzazione, scomparsa parziale delle cellule dello strato basale germinativo, edematosa, dunque con evidenti segni di ipossia tissutale, l'atteggiamento terapeutico deve mirare a evitare la sovrainfezione, risolvere lo stato infiammatorio, ridurre lo stato edematoso, ridurre l'ipossia locale, ripristinare l'ossigenazione tessutale e indurre la rigenerazione dei tessuti vascolari ed epiteliali lesi.

Per la detersione delle lesioni abbiamo optato per una soluzione di citrato di sodio e saccarosio al 6% che presenta peculiari proprietà anticoagulanti e si è rivelata un'eccellente soluzione detergente delle ferite aperte con secrezione sierosa. Il saccarosio è noto nella medicina popolare per la propria capacità di favorire la cicatrizzazione delle ferite. Abbiamo escluso ogni tipo di medicazione occlusiva o di sostanze farmacologiche utili alla prevenzione ed al trattamento delle ustioni e delle lesioni da raggi[21] per non creare confusioni valutative del trattamento da noi impostato. Abbiamo escluso anche l'uso di sostanze oleose (fitostimoline, pomate di connettivina etc.)[22] con la precisa finalità di favorire il più possibile il contatto diretto della lesione con l'ossigeno atmosferico. L'eritema bolloso, infatti, come sopra riportato, è una lesione gravemente ipossica conseguente ad un danno vascolare diretto subito dai tessuti coinvolti nel processo lesivo.
Altre soluzioni detergenti ci sono sembrate meno opportune o addirittura controindicate, ad esempio i lavaggi con acqua borica al 3%, che pur avendo proprietà detergente, decongestionante, blandamente micostatica, batteriostatica e anticoagulante, pertanto auspicabili per il trattamento di lesioni come quelle dell'eritema bolloso, non possono essere utilizzati su cute e mucose lesionate, per evitare l'assorbimento del boro, la cui intossicazione potrebbe portare a reazioni sistemiche gravissime, a volte mortali. Questi effetti sono naturalmente dose dipendenti e due dei nostri pazienti sono stati trattati, senza conseguenza alcuna, proprio con acqua borica 3% mediante due brevi risciacqui al giorno, per quattro/cinque giorni. Altrettanto inopportuni i risciacqui con acqua ossigenata che provocherebbe una violenta reazione ossidativa locale, con conseguente peggioramento del danno cellulare. Inoltre, valutata la rapidissima risposta ottenuta con l'associazione di risciacqui di citrato di sodio e saccarosio al 6%, tre/quattro volte al giorno, magnetoterapia ed esposizione della ferita all'aria, non appena possibile, abbiamo ritenuto inutile utilizzare altre modalità terapeutiche. In particolare in nessuno dei pazienti presentati in questo lavoro sono stati usati farmaci antimicrobici, come ad esempio antibiotici, o più semplicemente betadine. I farmaci antidolorifici (FANS) in uso dai pazienti prima dell'inizio dell'associazione terapeutica da noi introdotta, sono stati sospesi spontaneamente dai pazienti stessi per la rapidissima riduzione del dolore, che per tutti è iniziata al termine della prima seduta di magnetoterapia.

Risultati

Nessuno dei 20 pazienti ha dovuto sospendere il trattamento e tutti ne hanno tratto beneficio. Tutti i pazienti hanno riferito spontaneamente di aver constatato la rapidissima riduzione del dolore, fin dalla prima seduta, con risoluzione completa entro sette giorni dall'inizio della cura. Nei 4 casi di semplice epiteliolisi (fig. 1) la risoluzione con "retitutio ad integrum" della cute si è ottenuta entro i 5 giorni. Nei 12 pazienti con eritema bolloso (fig. 2) e nei 4 con eritema ed aree necrotiche (fig. 3), si è osservata una visibile risposta iniziale già nei

(segue a pagina 18)

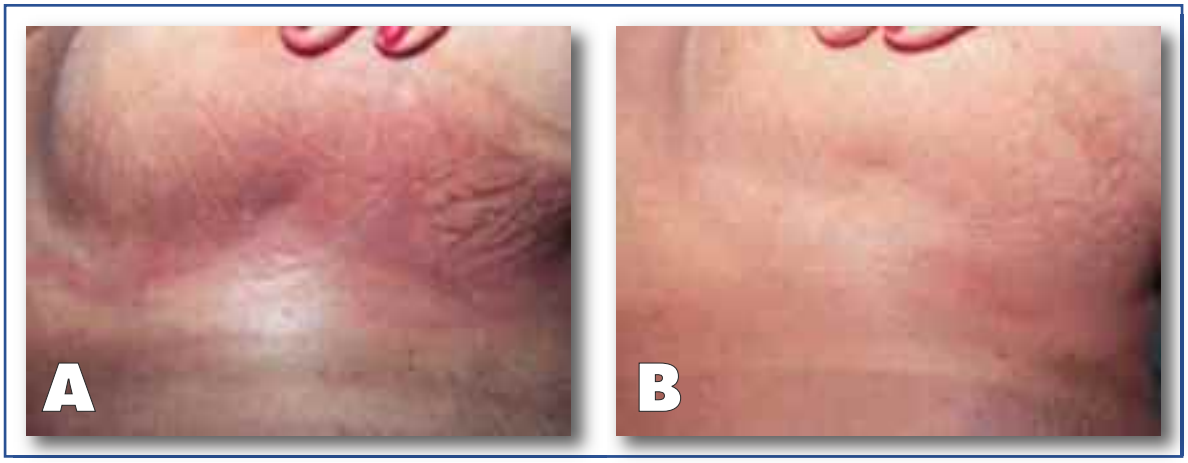


Figura 1
Un caso di epiteliolisi.
A: inizio del trattamento.
B: risultato dopo tre giorni di terapia.

Figura 2
Un caso di eritema bolloso.
A: inizio del trattamento.
B: risultato dopo sette giorni di terapia.
C: a distanza di 14 giorni.
D: risultato dopo 40 giorni.

Figura 3
Un caso di eritema con aree di necrosi.
A: risultato dopo quasi 2 mesi di trattamento convenzionale.
B: risultato dopo 9 giorni dall'inizio della nuova terapia.

primi tre giorni di trattamento, e la completa guarigione, con "restitutio ad integrum" della cute, in un lasso di tempo variabile fra i 7 ed i 30 giorni, dall'inizio della cura.
Nella maggioranza dei pazienti la guarigione è avvenuta contemporaneamente in tutti i punti delle lesioni, passando direttamente dall'erosione dello strato epidermico superficiale, alla formazione completa del tessuto cutaneo sano, senza passare attraverso la fase di crosta e, soprattutto, senza lasciare segni o cicatrici. Inoltre, a distanza di due mesi, quasi sempre, si è potuta osservare la risoluzione della pigmentazione cutanea che abitualmente, invece, tende a persistere a lungo, se non addirittura permanentemente.
La guarigione delle ampie ferite cutanee, così come delle lesioni eritemato-bollose da raggi X, segue, invece, l'evoluzione descritta da Ranvier nella seconda metà del XIX secolo: il processo di guarigione inizia dalla periferia per interessare, successivamente, il centro delle lesioni, passando attraverso la fase della crosta, alla cui caduta si osserva la sottostante comparsa di tessuto cutaneo sottile e di colorito roseo[6]. I criteri guida che ci hanno spinto alle scelte terapeutiche proposte in questo studio, mai tentate prima in queste combinazioni da nessun gruppo di ricerca, sono primariamente legate alla fisiopatologia delle lesioni da raggi ed in particolare al danno che è comune a tutte le lesioni, cioè al danno vascolare.

Conclusione

Questo lavoro, pur nell'esiguità della casistica, ci ha dato importanti informazioni sul trattamento delle lesioni cutanee acute da raggi X, quando caratterizzate da marcate sofferenze vascolari con ipossia tessutale.
I campi magnetici sono stati utilizzati, secondo le modalità sopra riportate, principalmente per gli effetti antiinfiammatorio, angiogenico e per l'effetto ossigeno. Per la detersione è stato scelta una soluzione acquosa di citrato di sodio e saccarosio al 6% per la sua azione anticoagulante (citrato di sodio) e di stimolo alla guarigione (saccarosio). Si è imposto alle pazienti di coprire il meno possibile le lesioni e vietato l'uso di medicamenti topici oleosi, affinché l'aria potesse liberamente entrare in contatto con la lesione cutanea. Questa terapia, confrontata con quanto eseguito nel recente passato in casi analoghi (laser, fitostimoline, bendaggi occlusivi con gel, pomate cortisoniche, connettivina, farmaci sistemici antidolorifici e antinfiammatori[19-21] si è rivelata la terapia principe per rapidità di risposta, assenza di effetti collaterali e grado di soddisfazione del paziente, in molti casi lui stesso sorpreso dalla rapidità e dall'efficacia dei risultati ottenuti. Riteniamo pertanto che per la sua semplicità, sicurezza ed efficacia, l'associazione terapeutica descritta in questo lavoro, costituita da risciacqui quotidiani con soluzione acquosa di citrato di sodio e saccarosio al 6% e una seduta di magnetoterapia della durata di trenta minuti circa, rappresenti una valida soluzione terapeutica da consigliare vivamente in casi analoghi e da estendere, almeno sperimentalmente, al trattamento delle ustioni di II grado e delle piaghe da decubito che presentano caratteristiche cliniche per molti aspetti paragonabili all'eritema bolloso da raggi X. ■

Bibliografia

1. Veronesi U., Banfi A., Salvadori B. Breast conservation in the treatment for choice in small breast cancer: long term results of randomized trial, Eur. J. Cancer, 1990, 26:668-670.
2. Fisher B., Redmond C., Fischer Er, Ten years of results of a randomized clinical trial comparing radical mastectomy and total with or without radiation, N. England J. Med. 1985, 312: 674-681.
3. Overgaard M, Henser MS, Postoperative radiotherapy in high risk premenopausalwomen with breast cancer who received adjuvant chemotherapy, N. England J. Med. 1997, 337:949.955.
4. Marx R. E., Johnson R. P.: "Studies in the radiobiology of osteoradionecrosis and their clinical significance". Oral surgery, Oral medicine, Oral pathology. Vol. 64 (379-390). Oct 1987.
5. Sanger J. R., Matloub H. S., Yousif N. J., Larson D. L.: 'Menagment of osteoradionecrosis of the mandible'. Clin. In Plastic Surgery. Vol. 20-3 (517-530) July 1993.
6. Gallavresi L., Bullo E. : Cap. IX pag. 362-372 – "Trattato di ROËNTGEN e di CURIE-TERAPIA" di Felice Perussia e Enzo Pugno-Vanoni Vol. I - 1947 - Garzanti Editore Milano.
7. Pathak MA, Fitzpatrick TB, Greiter F, Preventive treatment of sunburn, dermatoheliosis and skin cancer with agents. Dermatology in GM, 3rd, Ed. Fitzpatrick TB, Eds New York, Mc Graw Hill, 1987.
8. Bistolfi F. : "Verso un inquadramento generale dell'interazione fra campi magnetici (statici e variabili) e materia vivente", in CAMPI MAGNETICI IN MEDICINA. Minerva Medica Ed. Torino: 221-232. 1983.
9. Adely, W.R. (1993) Whispering between cells: electromagnetic fields and regulatory mechanisms in tissue. Frontier Perspect. 3: 21-25
10. Lenzi M., Bistolfi F. "Campi magnetici ed effetto ossigeno". Campi magnetici in medicina. Minerva Med Ed. Torino (pp. 387-398). 1983.
11. Barak S., Rosenblum I., Arieli J. :"Treatment of osteoradionecrosis combined with patologic fracture and osteomyelitis of the mandible with electromagnetic stimulation". Int. Jour. of Oral and Maxillofacial Surgery. 17(4): 253-6). Aug 1988
12. Bellavite, P., Andrighetto, G. e Zatti, M. (1995) Omeostasi, Complessità e Caos, un'Introduzione. Franco Angeli, Milano.
13. Bistolfi, F. (1989) Radiazioni Non Ionizzanti, Ordine, Disordine e Biostrutture. Ed. Minerva Medica, Torino.
14. Del Giudice, E., Doglia, S., Milani, M., Vitiello, G. (1988a) Structures, correlations and electromagnetic interactions in living mater: Theory and applications. In: Biological Coherence and Response to External Stimuli (H. Frohlich, ed.) Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg: 49-64.
15. Frohlich, H. (ed.) (1988) Biological Coherence and Response to External Stimuli. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg.
16. Popp, F.A., Li, K.H. and Gu, Q. (eds.) (1992) Recent Advances in Biophoton Research and its Applications. World Scientific, Singapore.
17. Konig, H.L. (1989) Bioinformation. Electrophysical aspects. In: Electromagnetic bio-information (Popp et al., eds) Urban & Schwarzenberg, Munchen: 42-73.
18. Weaver, J.C. and Astumian, R.d. (1990) The response of living cells to very weak electric fields: the thermal noise limit. Science 247: 459-462
19. Roy I., Fortin A., Larochelle M. – "The impact of skin washing with water and soap during breast irradiation: a randomized study". Radiother. Oncol 2001; 58: 333-339.
20. Furlanut M. Farmacologia Clinica. Edizioni Libreria Cortina, Padova, 2^ Ed. 1980.
21. Coulomb B., Friteau L., Duberrtret L. – "La biafine appliquè sur des plaies épidermiques chez l'homme est chimotactique pour les macrophages et augmente le rapport IL1/IL6, Skin". Pharmacology, 1997, 10, 281-287.
22. Lievre M., J. Marichy, Baux S., Foyatier J. L., Perrot J. And Boissel J. P. Controlled study of three ointments for the local manaement of 2nd and 3rd degree burns. Clinical trials and Meta-Analysis, 28 (1992) 9-12

Eredità assassina

Italo Grassi

Specialista in Igiene e Medicina Preventiva - Consigliere SIOMI - Medico esperto in omeopatia
E-mail: i.grassi@siomi.it

Era estate e faceva parecchio caldo all'interno della sala della biblioteca. In quella stessa stanza, l'ingegner Cariati, proprietario della villa e uno dei più ricchi industriali della regione, era stato pugnalato a morte due giorni prima.
L'assassino aveva colpito Cariati alla nuca con un pesante portacenere di cristallo; gli aveva legato le mani con un foulard azzurro; infine gli aveva piantato un lungo coltello nel petto. Cariati, nei brevi istanti che gli erano rimasti da vivere, era riuscito a raggiungere la cassettiera dove teneva i tubuli omeopatici, rimedi dei quali l'ingegnere era un profondo conoscitore, l'aveva aperta con la bocca e, sempre allo stesso modo, aveva tolto il rimedio Causticum. Con il tubulo omeopatico stretto tra i denti, l'ingegnere era andato verso la finestra e si era lasciato cadere, ormai morente, su una fotografia racchiusa in un portaritratti d'argento. Da ciò si era dedotto che l'ingegnere, non potendo scrivere a causa delle mani legate, avesse cercato di rivelare il nome del suo assassino.
A questo pensava il dottor Giretti, medico omeopata, mentre analizzava con la lente d'ingrandimento la fotografia, scattata due mesi prima, nella piscina di quella villa. Vi erano fotografate cinque persone.
Il primo, da destra, era l'ingegner Cariati, anziano settantacinquenne, gnomo rugoso dalle labbra pendule e il naso schiacciato; la medaglietta che portava al collo lo faceva assomigliare ad un ringhioso bulldog. Accanto a lui la futura moglie Irina, venticinquenne ucraina alta e bionda, il viso di un angelo e il corpo mozzafiato della modella, fisico perfetto, nonostante la prominenza del ventre indice di una gravidanza avanzata; unico difetto, tra tanta bellezza, una vistosa verruca sul naso.
Poi vi erano altre tre persone. Lungo, allampanato, salute cagionevole e un fazzoletto sempre pigiato sul naso a tamponare un'epistassi che lo affliggeva fin dall'infanzia, Gabriele era il nipote più vecchio dell'ingegnere, l'unico che lavorava con lui nella fabbrica di motori. Era stato, da ragazzo, un boy scout e continuava a portare, infilato nella cinta dei pantaloni, un coltello. Maria, unica nipote femmina, poteva essere considerata una bella donna, se non fosse stato per due pesanti difetti: una brutta acne che le aveva lasciato segni devastanti sul viso e una vistosa cicatrice, provocata da un intervento chirurgico per asportazione della tiroide, deturpazione sempre coperta da un foulard azzurro.
Era lei, Maria, la prediletta dell'ingegner Cariati, almeno fino alla comparsa della bella Irina. L'ingegnere aveva perso la testa per la giovane ucraina e, inaspettatamente, quella sera stessa, poco prima di essere ucciso, aveva informato i due nipoti di avere annullato il vecchio testamento, quello che li vedeva unici eredi della sua immensa proprietà. Ne avrebbe fatto scrivere uno nuovo dal notaio subito dopo la nascita del figlio, lasciando a lui ed Irina tutto il patrimonio; ne era nato un violento diverbio, con minacce di morte da parte dei due nipoti nei confronti dello zio, fatto avvenuto realmente qualche ora dopo. Pelle nerissima, la madre era originaria del Senegal, fisico muscoloso, sguardo sprezzante e sorriso sarcastico, Amedeo, ultimo a sinistra nella foto, era il nipote più giovane, lo sciagurato della famiglia Cariati.
Ribelle ad ogni regola fin da bambino, era divenuto un adulto avido e sempre alla caccia di soldi a causa della passione per il gioco d'azzardo. Per questo motivo l'ingegnere lo aveva escluso dal suo testamento. Amedeo, per vendetta, aveva diffamato lo zio, accusandolo di essere un industriale pieno di debiti.
Amedeo era l'unico, dei cinque fotografati, a non essere presente alla villa la sera del delitto, infatti si trovava a casa della madre in Senegal. Ortensia Pecca, magistrato, fece oscillare la folta chioma di capelli rossi e, accarezzando la fronte del medico, disse: - Il rimedio Causticum e la fotografia a me non dicono nulla. Io ho bisogno, a questo punto, di uno dei colpi di genio del grande medico omeopata.
Giretti, confuso, arrossì. Poi segnò con un dito la fotografia. Disse: - Ecco il colpevole.
Ortensia Pecca, allibita: - E' impossibile!
Giretti, sicuro di sé: - Adesso ti spiego e capirai che ho ragione.
Ortensia Pecca, alcune settimane dopo, entrò nello studio del dottor Giretti. Il magistrato aveva stampato sul volto la felicità della bambina in partenza per Disneyland. Disse: - Tu avevi ragione: chi ha ucciso l'ingegnere ha confessato. Adesso mi spieghi come hai fatto a capire basandoti sulla fotografia e sul tubulo omeopatico.
Il dottor Giretti: - Mi sono messo nei panni dell'ingegnere. Gli restavano pochi secondi ancora di vita. L'assassino, dopo averlo pugnalato, per schernirlo gli aveva raccontato perché l'aveva ucciso. Cariati, a quel punto, sapeva ma non poteva raccontarlo a nessuno e, per giunta, aveva le mani legate. Allora ebbe, come soluzione estrema, l'idea del rimedio omeopatico e della fotografia. Con Causticum ci voleva informare di più cose. Innanzitutto questo rimedio richiama la verruca sul naso, quella che ha Irina: lei ha ucciso l'ingegnere.

Ortensia Pecca: - Una teoria, la tua, che sembrava non avere senso, dal momento che, senza un nuovo testamento lei, non essendo ancora sposata con l'ingegnere, non avrebbe ereditato nulla.
Giretti: - Causticum richiama anche un individuo ribelle, un diffamatore, uno che ha l'insana passione per il gioco d'azzardo, tutti difetti presenti in Amedeo. Lui era l'unico a trarre vantaggio dall'annullamento del testamento. Poiché un altro testamento non era stato fatto, lui ereditava almeno quanto gli altri due nipoti.
Il magistrato: - Come hai fatto a capire che lui ed Irina erano d'accordo?
Giretti: - Perchè Causticum significa anche persona adultera: tra i due c'era una relazione, probabilmente iniziata ben prima che l'ingegnere conoscesse la donna ucraina, legame che rischiava di essere scoperto alla nascita del bambino.
Il magistrato: - E'nato due giorni fa: sano, vivace ma con una pelle molto scura, da fare escludere che il vero padre fosse l'ingegnere.
Giretti: - Un figlio mulatto avrebbe rivelato la relazione tra Amedeo e Irina. Quindi l'assassinio dell'ingegnere doveva avvenire esattamente dopo l'annullamento del testamento ma prima della nascita del figlio, quando Amedeo si trovava molto distante dal luogo del delitto ed Irina, per ovvi motivi, non poteva essere accusata. La colpa sarebbe ricaduta sugli altri due nipoti. ■

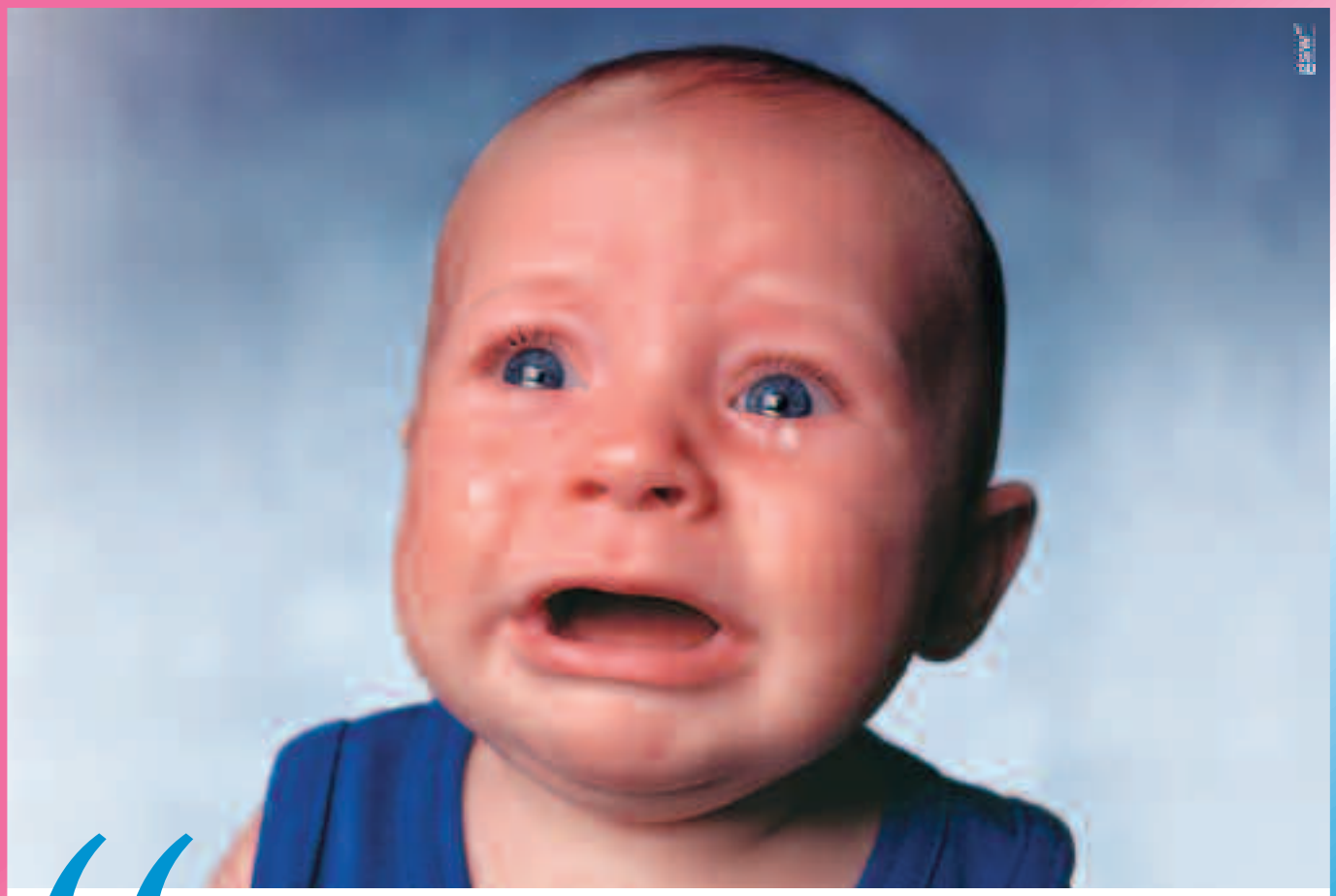
I vantaggi dei
soci SIOMI

- **SIOMInforma**, la newsletter online della SIOMI.
- **OmeopatiaOnline**, la mailing-list di Omeopatia Clinica.
- "**Homeopathy**", tutti gli articoli in full-text.
- **Sconti** per partecipare agli eventi culturali della SIOMI.
- "**HiMed**", la rivista ufficiale della SIOMI.

La natura è la nostra passione

LOACKER® REMEDIA

Loacker Remedia S.r.l. - Tel. 0471 353 355 - Fax 0471 353 133 - info@loacker-remedia.it - www.loackerremedia.it



“Un dentino: e se stavolta provassi l’omeopatia?”

Da sempre la dentizione trova nell’omeopatia una soluzione completa e sicura sulla sintomatologia locale e generale.[1]

Chamomilla vulgaris 9 CH, Ferrum phosphoricum 5 CH e Belladonna 5 CH, componenti di **Camilia***, sono tradizionalmente utilizzati in omeopatia per i sintomi o combinazione di sintomi, generali e locali, tipici della dentizione.[2-5]
La forma farmaceutica è una soluzione orale acquosa, sterile, insapore e senza conservanti.[6]
Camilia si presenta in contenitori monodose pratici e particolarmente adatti alla somministrazione nel piccolo paziente: il contenuto della monodose va versato direttamente nella bocca del bambino (in posizione seduta), 2-3 volte al giorno.[6]

Servizio Informazioni Boiron: numero verde 800-032203; info@boiron.it; www.boiron.it

**** D. Lgs. 219/2006 art.85: “Medicinale omeopatico senza indicazioni terapeutiche approvate”. D. Lgs. 219/2006 art.120 1 bis: “Trattasi di indicazioni per cui non vi è, allo stato, evidenza scientificamente provata dell’efficacia del medicinale omeopatico”.***
Medicinale non a carico del SSN.

1) Granata G.: Omeopatia in pediatria. Cortina Editore 1989. 2) Boericke W.: Pocket Manual of Materia Medica & Repertory. B. Jain Publishers PVT, India 2000. 3) Clarke J.H.: A Dictionary of Pratical Materia Medica (3 Vols.). B. Jain Publishers PVT, India 2005. 4) Guermonprez M., Pinkas M., Torck M.: Matière Médicale Homéopathique. Ed. Boiron 1989. 5) Demarque D., Jouanny J., Poitevin B., Saint-Jean V.: Farmacologia e materia medica omeopatica. Ed. Tecniche Nuove 2004. 6) Camilia. Riassunto delle caratteristiche di prodotto.

BOIRON®

Dep.AIFA in data 15/04/2008

L'ADHD e lo sguardo singolare della psicanalisi

Massimo Saruggia

Medico omeopata, psicoterapeuta
E-mail: m.saruggia@siomi.it

In principio era *l'azione*, dal Vangelo secondo Faust. In tedesco *Tat* significa fatto, *atto* nel senso di atto compiuto o atto che inaugura un'azione, come l'atto giudiziario o il calcio d'inizio di una partita di pallone.

L'atto iniziale ha valore simbolico. Avvia l'azione e ne prefigura il fine come l'atto di nascita o l'atto sessuale. Anticipa il risultato implicito nelle premesse, è il progetto che apre. L'atto differenzia le azioni dell'uomo da quelle degli altri viventi. Ci sono azioni che non richiedono atti: sono le azioni naturali o meccaniche, non precedute o seguite da un atto. Le azioni dell'uomo invece, in quanto tipicamente umane, sono precedute o seguite da un atto. Sono esse stesse atto o catena di atti.

All'inizio era l'atto significa dunque che l'atto fissa l'azione dell'uomo. Sostenere al contrario, come intendo fare, che, nel bambino iperattivo, *in principio era l'azione* mette in scena quella mancanza ad essere che nel suo "teatro privato" permette al soggetto, con l'incessante avvicendarsi dei ruoli, di non assumerne alcuno.

Questa premessa ci è utile per entrare nella grande casa dell'ADHD dalla porta di servizio, assicurandoci tuttavia un approccio solido e definitivo, mentre al contrario le varie teorie psichiatriche esplicative dell'ADHD sembrano mostrarci l'una i limiti dell'altra, senza fornire una visione soddisfacente e definitiva. Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività è infatti oggetto di notevoli controversie ed ha una storia lunga e interessante. Non vi è infatti un ampio consenso riguardo al confine tra questo disturbo e la distraibilità o l'iperattività adeguate all'età.

"Una malattia molto diffusa è la diagnosi". Questo aforisma di Karl Kraus ci pare ancora, a distanza di cento anni, pervasivo e suggestivo nel descrivere una tendenza diffusa nella nostra società nella quale epidemiche rischiano di essere non le malattie ma le diagnosi. Il DSM-IV° contiene infatti un elenco di 374 cosiddetti disturbi mentali, 262 in più rispetto a quelli elencati nella prima edizione del 1952. Nell'elenco dei disturbi troviamo: il disturbo di calcolo (315.1), la brutta calligrafia (315.2), il bere troppo caffè (305.90), l'incapacità di dormire dopo aver bevuto troppo caffè (292.89), la timidezza (V. 62.81), il disturbo da jet lag (308.45), l'aver piacere del fumo di tabacco (305.10) ma anche lo smettere di colpo di fumare (292.0). L.J. Davis, nel suo *Encyclopedia of Insanity*, sottolinea come le diagnosi psichiatriche rischiano di stigmatizzare e di trasformare in patologia la vita normale di ogni giorno, creando la falsa impressione che le difficoltà di una persona o la sua incapacità a far fronte alle cose gravose da sopportare siano una malattia nosologicamente definibile. Sono al contrario numerosi gli autori che ancora oggi mettono in dubbio l'unicità dell'ADHD (Clemens, Sechi, Holborow e Berry, Cantwell e Baker) e si preoccupano del fatto che stabilire una soglia eccessivamente bassa possa causare una prevalenza artificialmente alta del disturbo, con il risultato di avere bambini che hanno una diagnosi falsamente positiva e che ricevono di conseguenza trattamenti non necessari e potenzialmente pericolosi.

In ogni modo, osservato dal punto di vista fenomenologico, il disturbo dell'attenzione/ iperattività si riferisce ad una "patologia" evolutiva presente prima dei 5 anni, caratterizzata da un comportamento motorio eccessivamente agitato o poco appropriato per raggiungere uno scopo. Si tratta di bambini con livelli alti di attività, i quali si muovono troppo, non possono stare fermi, sono irrequieti e spericolati, parlano incessantemente e sono troppo curiosi. Il cosiddetto disturbo ADHD è molto più frequente nei maschi che nelle femmine (con un rapporto da 4:1 sino a 9:1), la sua prevalenza è stimata dal 3 al 5% dei bambini in età scolare. Il disturbo viene diagnosticato per la prima volta usualmente durante le scuole elementari quando l'andamento scolastico appare compromesso. Tuttavia la maggior parte dei genitori osserva una eccessiva attività motoria quando i bambini muovono i primi passi. Il disturbo è relativamente stabile durante la prima adolescenza. Nella maggior parte dei soggetti i sintomi si attenuano durante la tarda adolescenza e l'età adulta, sebbene una minoranza mantenga i sintomi anche nell'età adulta. Le varie teorie esplicative della sindrome sono insoddisfacenti. Le ipotesi delle lesioni cerebrali minime, quella genetica e la congettura di un ipofunzionamento dei lobi frontali, per un anormale funzionamento dopaminergico, non trovano un consenso unanime. Tuttavia in parallelo a queste difficoltà esplicative non si consolida una riflessione sulla possibilità che i fenomeni descritti nel grande quadro dell'ADHD possano essere squisitamente non neurali. Infatti nel nostro tempo, nel trionfo dell'età della tecnica, "del monoteismo tecnologico", il disagio soggettivo non può essere tollerato se non unicamente come malattia, in una civiltà - quella attuale tecnologica e tecnocratica – che si pone come scopo e come fine una esasperata ideologia del benessere. La sofferenza che invece inevitabilmente continua ad emergere deve essere eliminata, perlomeno neutralizzata. La medicina è del resto sempre pronta a collaborare con il potere. Per il discorso medico ogni sintomo, compreso il sintomo psichico, anche quando si configura come una risorsa, resta comunque una insorgenza da eliminare oppure da spe-

gnere e da piegare a un adattamento più congruo e compiacente nei confronti degli ideali di salute e di benessere egemoni in ogni civiltà. Quanto all'uso del sapere, l'atto medico, tra tecnologia, tecnica e strategie d'intervento, fa del paziente l'oggetto di un sapere specialistico e distante. La psicoanalisi, pur nascendo nell'ambito del discorso medico, è l'inverso di questa logica.

Diversa e addirittura opposta è l'accezione che questi discorsi hanno sviluppato del concetto di sintomo e dell'esercizio del sapere. Per la psicoanalisi il sintomo è sempre una risorsa del soggetto, è il suo tiranno ma è anche la sua identità. Quindi l'idea di liberare il soggetto dal suo sintomo non solo è un abbaglio ma è addirittura un esproprio. Solo lungo una sua esplorazione ed articolazione è possibile giungere a modificare quella struttura psichica che gli ha causato la sofferenza ed il disagio. Quindi il sintomo traccia in psicoanalisi il percorso che può consentire di giungere alla guarigione. Guarigione come cambiamento che permette di rinunciare al versante più ottuso del sintomo stesso, lungo la via di una differente formazione dell'inconscio, in una ricomposizione dell'economia libidica.

Non avere fretta di curare i sintomi e rispettare il valore auto-protettivo ed auto-terapeutico della patologia ci permette, sebbene questo sia spossante e rischioso, di cogliere la complessa processualità del rapporto madre-bambino, dove il bambino è sostenuto dalla madre in una posizione che tiene senza trattenere. L'Io del bambino dipende infatti da un sistema molto complesso ed elaborato di adattamento al bisogno, un sistema fornitogli dalla madre o dalla figura materna. A ciò si accompagna una attenzione speciale ai meccanismi con cui il bambino emerge da uno stato di simbiosi con la madre, processo che esige dalla madre una capacità di amare e di odiare. Secondo Winnicott sino circa ad un anno, in modo approssimativo, il bambino quasi non ha esistenza, se non quando è accudito e protetto in un ambiente adeguato, di solito chiamato ambiente materno o madre. Se tutto si svolge mediamente bene allora il bambino può cominciare ad interiorizzare le tecniche di proiettività dell'ambiente che lo contiene. Il processo continua in modo silenzioso, portando il bambino alla capacità di fruire delle funzioni dell'Io innate ed autonome.

Questo processo è molto delicato e molte cose possono non andare mediamente bene. Ci può essere una intimità eccessiva non solo con la madre, ma anche una intimità proveniente dalla madre. Il bambino diventa destinatario, agito e non agente. Questa intimità usurpa lo spazio privato del sé. Il bambino viene coinvolto così precocemente in una richiesta di attenzione e di sollecitudine, rivoltagli dalla madre, che in seguito egli non riesce a costruire con il mondo una vera intesa e partecipazione. Per lui essere quieto potrebbe essere inquietante. Il primo passo di ogni lavoro clinico con l'iperattività infantile è dunque quello di mostrare quanto, dietro al paravento dell'iperattività, si celino questioni e domande che il bambino pone all'Altro, a partire dal contesto familiare. In questo senso la diagnosi di ADHD non esiste: dietro a questo termine si nasconde la domanda del soggetto ed, insieme, il bisogno di insegnanti e genitori di "dare un senso" ad un comportamento enigmatico. Iperattività e disturbo dell'attenzione sono fenomeni che si riferiscono alla categoria degli "eccessi": di movimento, di aggressività, di provocazione, di incapacità dell'uso del linguaggio. Si tratta dunque di declinare questa dimensione dell'eccesso in funzione della struttura soggettiva del bambino.

Eccesso di amore - L'atteggiamento del bambino può rappresentare la misura della sua esigenza di essere amato dall'altro, la sua incapacità di tollerare la frustrazione della relazione d'amore e di riconoscimento. Il bambino fatica ad accettare di spartire l'attenzione e l'amore dell'adulto con gli altri e rivendica per sé uno statuto di eccezionalità e di superiorità. Egli riconosce la dimensione della regola ma non vi si assoggetta. Spesso questo accade se il bambino è preso nella rete del sintomo genitoriale. Si tratta sovente di famiglie monoparentali o con coniugi separati nelle quali il bambino è posto in una posizione consolatoria rispetto alla delusione affettiva.

Eccesso di corpo - Il sintomo iperattività si configura come un tentativo di soluzione quando il bambino si trova confrontato con un'Altro non normato dalla legge e dalla regola. L'iperattività è una difesa da un godimento in eccesso, che non trova un limite nella legge. Qui non è in gioco una dialettica tra il soggetto e il desiderio dell'Altro, ma l'agitazione psicomotoria è metonimica dell'assenza della legge. Sovente il padre è un uomo sregolato ed incapace di significazione fallica.

Eccesso di domanda - In questi casi l'agitazione psicomotoria testimonia un carattere di radicale chiusura del soggetto nei confronti dell'Altro. Il bambino si mantiene in una posizione di rifiuto radicale di dialogo e di confronto con il resto del mondo: agisce da padrone e non entra negli scambi sociali. Il suo comportamento è di rifiuto totale verso il dialogo. Il bambino rovescia la usuale logica per la quale è l'Altro ad avere la potenza e le decisioni; con il suo comportamento fa in modo di porre la potenza sul suo lato, gettando l'Altro nell'angoscia.

Nelle sue varie forme dunque l'iperattività mette in scena una "mancanza ad essere" del soggetto che al sintomo ricorre come tentativo di compromesso per non frantumarsi. A noi è necessario un ascolto autentico e privo di intenti educativi per poter accogliere il bambino non come un "oggetto" malfunzionante e da aggiustare, portato in visita dai genitori, ma come soggetto che si sostiene su una identità rigida e monolitica che tuttavia gli permette di declinare la propria soggettività in relazione all'Altro. L'omeopatia in questa prospettiva può occuparsi di una materia della quale la scienza non vuole e non può prendere atto: i sintomi sono infatti gli scarti del discorso scientifico che mostrano invece in opera la soggettività irrinunciabile del malato. Il discorso dell'omeopatia, al contrario, fa irrompere i grandi quadri delle tipologie sensibili, assertivi ed imponenti, fatti di pochi tratti incisivi, concentrati sui volti e sui paesaggi psichici. Allora la figura del "tipo omeopatico" come soggetto, come luogo e come messaggio, diventa imperativa e domina chi la guarda. Osserviamola: è come una stella nova che, pur essendo ridotta a piccole dimensioni, ha una massa enorme. ■ *[Bibliografia su www.siomi.it]*

DR. RECKEWEG IMO

OMEOPATIA
PASSWORD PER LA SALUTE

Tutto ha inizio nel 1926 quando il Dott. Heinrich Reckeweg registrò, in Germania, il suo studio Omeopatico. La sua casa diventa il suo luogo di lavoro. Da allora sono passate 3 generazioni, tutto è cambiato, lo studio è diventato una vera e propria fabbrica (Dr. Reckeweg & Co. GmbH-1947), le linee di prodotti cresciute in maniera esponenziale, i rapporti commerciali si sono ampliati in tutto il mondo. Una cosa resta la stessa dal 1926: l'entusiasmo e la continua ricerca in campo omeopatico. La commercializzazione in Italia è stata e continua ad essere possibile, da oltre sessant'anni, grazie a un partner come IMO, la Società più importante e rappresentativa dell'Omeopatia in Italia.

IMO SPA - VIA FIRENZE 34
20060 TREZZANO ROSA (MI)
TEL. 02 90 93 13 250
FAX 02 90 93 13 211
www.omeoimo.it

IMO. DA OLTRE 60ANNI IL CUORE DELL'OMEOPATIA IN ITALIA

Le risorse per la Medicina Integrata, tra ospedali e realtà editoriali

a cura di Tiziana Di Giampietro

Stefan Willich

Prof. Willich, ci racconti: da quando si occupa di CAM, qual è stata la sua formazione in medicina complementare? Quale è stato il suo percorso professionale?

Sono stato formato alla medicina interna secondo i canoni tradizionali, senza una preparazione formale in Medicina Complementare, pertanto il mio interesse personale è principalmente guidato dalla ricerca.

Cosa l'ha portata ad integrare le sue competenze mediche, lei che è specialista in medicina interna, cardiologia, epidemiologia, direi il top delle specializzazioni della medicina?

Durante le mia pratica clinica ho sperimentato la forza della medicina convenzionale ma ne ho imparato anche i limiti soprattutto nel trattamento di molte malattie croniche. La medicina cardiovascolare ad esempio ha un'ampia gamma di medicinali e metodi di trattamento a disposizione. Inoltre, oggi sembra che quasi tutto sia possibile, specialmente nell'area della cardiologia d'intervento. Ciononostante l'invecchiamento demografico coincide in genere con un aumento delle malattie cardiovascolari nella popolazione. Alimentazione, attività fisica ed altri fattori relativi allo stile di vita, sono pietre miliari nella cardiologia preventiva e nella terapia ed è precisamente in queste aree che i metodi complementari possono avere un ruolo importante. Con l'approccio integrato tra medicina convenzionale e complementare, si possono ottimizzare gli effetti preventivi e terapeutici al massimo, come pure si possono elaborare terapie personalizzate alle possibilità individuali secondo le necessità e le risorse di ogni singolo paziente. Riassumendo, la medicina convenzionale è eccellente per molte malattie acute, mentre la medicina complementare può fornire ulteriori opzioni nelle malattie croniche.

Quale occasione l'ha portata ad occuparsi di Medicine Complementari?

La medicina moderna occidentale, con i suoi grandi successi nella tecnologia e nella diagnostica, ha contribuito enormemente a migliorare il trattamento di molte malattie. Ciononostante sarebbe poco lungimirante limitarci esclusivamente alle terapie convenzionali. Un numero sempre maggiore di pazienti esige attualmente un sistema medico con un approccio olistico più forte, dove la centralità del tema non sia più circoscritta al trattamento del sintomo, ma consenta alle persone di avere un ruolo più attivo. Questa è una delle ragioni per cui l'uso della medicina complementare sta diventando sempre più diffuso.

Sebbene questa tendenza non sia la prova dell'efficacia della medicina complementare, essa dimostra che esiste un notevole bisogno nei pazienti e nei medici di ampliare il raggio d'azione relativo alle scelte terapeutiche, in particolar modo nei casi di malattie croniche o terminali.

Cosa ne pensa delle CAM?

Il termine "Medicina Complementare" descrive una varietà di approcci teorici e pratici che non vengono considerati parte della pratica medica tradizionale istituita scientificamente. La maggior parte delle terapie complementari condivide un concetto del genere umano esteso oltre il livello somatico e deriva dai reperti antroposofici e da tradizioni culturali di lunghissima data. Diversamente dalla medicina convenzionale, la metodica complementare si concentra nel sostenere processi che il nostro stesso corpo mette in movimento per combattere la malattia. Guarire in tale contesto significa non solo eliminare il sintomo, ma apprendere dalla malattia stessa.

Di recente abbiamo assistito ad un dibattito internazionale promosso dal prof Edward Calabrese e relativo alla possibilità, già indicata dalla SIOMI nel 2006, che il medicinale omeopatico molecolare possa utilizzare un meccanismo ormetico. Ovvero Ormesi come moderna chiave di lettura del principio di similitudine omeopatica. Lei cosa ne pensa?

Esiste un dibattito molto sostenuto sul modello dell'ormesi. La nozione che l'ormesi sia un fenomeno diffuso o importante nei sistemi biologici non viene largamente accolta. I meccanismi biochimici secondo cui l'ormesi funziona non sono ben compresi. Si pensa che basse dosi di tossine o di altri fattori di stress possano attivare i meccanismi di riparazione del corpo. Il processo di riparazione potrebbe rimettere a posto non solo il danno provocato dalla tossina, ma anche altri danni di livello basso che potrebbero essersi accumulati in precedenza. Il modello dell'ormesi dovrebbe definitivamente avere un peso su come gli scienziati progettano e conducono gli studi e necessita di ulteriore ricerca.

Cosa pensa delle ipotesi del meccanismo di azione dell'ultralow?

Questa ipotesi sembra essere inconsistente secondo la teoria scientifica moderna, tuttavia, forse future ricerche daranno chiarimenti sui meccanismi potenziali.

La letteratura purtroppo è ancora piuttosto povera di dati che abbiano una plausibilità scientifica, secondo le conoscenze oggi disponibili, riguardo il meccanismo d'azione del medicinale omeopatico ultralow. Secondo lei quali possono essere le strade per migliorare le conoscenze in questo ambito?

E' fondamentale introdurre metodi profondi di ricerca scientifica anche in omeopatia. Abbiamo definitivamente bisogno di analizzare gli effetti con gli stessi metodi scientifici che applichiamo da secoli nella medicina convenzionale. D'altro canto i ricercatori in medicina convenzionale devono mostrare di essere aperti e privi di pregiudizi nell'approccio di fenomeni quali i possibili effetti di farmaci omeopatici a dosi basse.

In Italia una parte dei medici omeopati, di estrazione essenzialmente unicista, non desidera qualificare l'omeopatia come medicina complementare e integrata e preferisce il termine *medicina non convenzionale*. Lei cosa pensa della definizione *non convenzionale* o *complementare*?

Questo è un vecchio dibattito che a mio avviso dovrebbe essere abbandonato. Questo tipo di discussione tra le varie scuole nell'ambito dell'omeopatia provoca oggi confusione per i medici praticanti. Sappiamo che la maggior parte dei pazienti usa l'omeopatia come terapia complementare, ossia unitamente ad altro trattamento, sia esso di medicina convenzionale o di naturopatia. Dal punto di vista del paziente tale dibattito è ancor più controproducente in quanto spinge i pazienti stessi a schierarsi da una parte o dall'altra, promuovendo un uso segreto parallelo dei diversi approcci.

Pensa che la Medicina Integrata potrà essere la Medicina del futuro?

La richiesta da parte dei pazienti per le terapie integrate è in aumento ormai da molti anni. Specialmente quei pazienti che presentano malattie croniche sono alla ricerca di un approccio più olistico. Ma la domanda elevata su una terapia non significa chiaramente la prova della sua efficacia. Ecco perché noi sosteniamo fortemente ulteriori ricerche in questo campo, non solo per scoprire il potenziale della medicina integrata, ma anche per identificare possibili effetti collaterali e stabilire se esiste un senso dal punto di vista economico. A parte i trial clinici controllati e randomizzati, noi diamo grandissima importanza ai risultati della ricerca in quanto quest'ultima ci permette di valutare le terapie nella pratica clinica quotidiana e non solo sotto condizioni di laboratorio altamente artificiali. Il nostro obiettivo primario è quello di superare il dualismo prevalente e controproduttivo nella cura del paziente che ci dice che dobbiamo scegliere tra l'una o l'altra: medicina convenzionale o complementare. Noi vogliamo migliorare ed ottimizzare la terapia per ogni singolo paziente.

Ci parla del suo centro di Medicina Integrata di Berlino?

Abbiamo aperto nel 2007 una Clinica di medicina integrata e prevenzione delle malattie (CHAMP) per pazienti esterni. Lo scopo primario della Clinica è quello di tradurre i risultati della ricerca scientifica nella pratica clinica quotidiana che ci conducono verso un sistema di Medical care più avanzato e omnicomprensivo oggi disponibile. In questa clinica, le terapie occidentali convenzionali sono associate ad altri approcci quali la naturopatia, la Medicina Tradizionale Cinese e l'omeopatia. Si applicano i metodi scientifici per trovare i migliori trattamenti possibili con il numero minimo di effetti collaterali per ogni singolo paziente.

Quali i suoi progetti nell'immediato e quali gli obiettivi che vorrebbe raggiungere nel campo delle CAM?

L'istituto di Medicina Sociale, Epidemiologia ed Economia della Salute presso il Medical Center della Charitè University a Berlino, è diventato un leader nel campo della medicina integrata, avendo effettuato una vasta gamma di studi sui metodi di terapia complementare negli anni passati. Stiamo aiutando a fissare gli standard internazionali per il progetto di trial clinici metodologicamente sofisticati nelle terapie di medicina complementare. Ci stiamo anche impegnando a formare le generazioni successive di scienziati e medici. Come parte del loro regolare corso di studi presso l'Istituto, gli studenti possono integrare le teorie scegliendo da una offerta di indirizzi, inclusa la medicina complementare.

Ci parla del progetto CAMbrella e se pensa di trovare ostacoli nella sua realizzazione?

Il progetto CAMbrella è condotto da 16 partners in 12 paesi europei. L'obiettivo di tale collaborazione è quello di sviluppare una *roadmap* per la ricerca futura europea nella CAM che è adeguata per le necessità dei cittadini europei, in materia di salute, ed è accettabile per il Parlamento Europeo e altrettanto per coloro che sponsorizzano le ricerche unitamente ai fornitori del sistema sanitario. Altri pacchetti operativi comprendono la ricerca in base a condizioni e definizioni, aspetti legali della terapia complementare e recensione della letteratura. Il progetto CAMbrella si concentra su gruppi di ricerca accademici che non si riferiscono a terapie specifiche ed è finanziato dalla Unione Europea per circa 1,5 milioni di euro. Mentre la collaborazione nella ricerca europea è ben definita nei vari campi della medicina convenzionale, la medicina complementare rappresenta un campo molto frazionato, con interessi diversi e speciali e un background. Questo in particolare potrebbe impedire l'andamento del progetto stesso.

Infine, come combina la sua passione per la musica (lei è Direttore di un'orchestra mondiale di medici fondata nel 2007), la sua famiglia e il suo impegno medico professionale?

La medicina, la musica e la famiglia rappresentano tre campi importantissimi ed appaganti della mia vita. ■

Spotlight

In collaborazione con: Omeopatia33

a cura di Gino Santini

Segretario Nazionale SIOMI
Direttore Scientifico ISMO, Istituto di Studi di Medicina Omeopatica
E-mail: g.santini@siomi.it

Diminuzione della flogosi nei ratti con medicinali omeopatici

Anita Conforti, Paolo Bellavite, Simone Bertani, Flavia Chiarotti, Francesca Menniti-Ippolito, and Roberto Raschetti - Rat models of acute inflammation: a randomized controlled study on the effects of homeopathic remedies - BMC Compl Alt Med, 2007, 7 (1), 1472-6882.

In diversi studi preclinici (*in vitro* e su animali) è stata valutata in condizioni riproducibili l'efficacia o l'attività farmacologica di alcuni diversi rimedi omeopatici (Arnica, Belladonna, Lachesis, Phosphorus, Apis mellifica e Hamamelis virginiana). Lo studio è stato condotto su un modello di infiammazione acuta indotta nei ratti, rispetto al placebo e all'indometacina, in due bracci: il primo effettuato in singolo cieco e ripetuto tre volte, il secondo in doppio cieco. I rimedi sopracitati somministrati *per os* alle diluizioni D4 (Lachesis e Phosphorus anche in D6) non hanno mostrato effetti significativi rispetto alla soluzione fisiologica sull'edema indotto da iniezione di sangue autologo, mentre l'iniezione sottoplantare degli stessi ha mostrato una diminuzione significativa dell'edema, anche indotto da carragenina, dopo un'ora (Arnica, Apis, Hamamelis, Phosphorus), 3 ore (Belladonna, Phosphorus) e 5 ore (Hamamelis) dalla somministrazione. Nel secondo braccio è stata rivalutata in doppio cieco l'efficacia di Apis, Lachesis e Phosphorus somministrati *per os* anche in diluizioni D30, ma non è stata riconfermata l'azione antinfiammatoria.

Omeopatia efficace nell'insonnia

Katy L Cooper and C Relton - Homeopathy for insomnia: A systematic review of research evidence - Sleep Med Rev, 2010, 14 (5), 329-337.

Per la revisione sono stati valutati lavori clinici in cui è stata utilizzata l'omeopatia nella terapia dell'insonnia, facendo riferimento ai database di Medline, EmBase, CinaHL, DARE e AMED. Delle 296 citazioni complessive, 39 sono state ritenute utili e sono state divise in studi di medicina omopatica (4 trial clinici randomizzati e uno studio di coorte) e studi di terapia da parte di omeopati (uno studio di coorte, tre studi su serie di casi e 30 studi su casi singoli). Per il primo gruppo di studi, in particolare per i trial clinici randomizzati, si segnala una metodologia insufficiente e la esiguità del campione. Per il secondo gruppo di studi, un bias rilevante è dovuto alla mancanza del gruppo di controllo e, negli studi di coorte, al raggruppamento dei pazienti affetti da insonnia con pazienti affetti da altre patologie. Si sottolinea infine la assenza di segnalazioni di effetti indesiderati a conferma della safety della terapia con farmaci omeopatici.

Trattamento integrato con medicinali omeopatici nelle mastiti bovine

Werner C, Sobiraj A, Sundrum A. - Efficacy of homeopathic and antibiotic treatment strategies in cases of mild and moderate bovine clinical mastitis - J Dairy Res, 2010, 1-8.

Ricercatori tedeschi hanno condotto lo studio in quattro allevamenti di bovine da latte (tre convenzionali ed uno biologico), in casi di mastite clinica causata da patogeni ambientali e casi clinici con esami batteriologici negativi nei controlli precedenti ai trattamenti. Il lavoro è stato eseguito in RCT in accordo con i criteri dell'agenzia EMEA e sono state incluse nella sperimentazione bovine che presentavano segni di infiammazione alla mammella e/o alterazioni nella qualità del latte, mentre sono state escluse bovine con temperatura rettale superiore a 39,5°C, depressione del sensorio, presenza di latte "acquoso" oppure lesioni evidenti al capezzolo. Sono stati trattati e confrontati complessivamente 147 quarti appartenenti a 136 bovine da latte, suddivise con criterio randomizzato in tre gruppi: gruppo omeopatico, gruppo antibiotico e gruppo placebo. I risultati, hanno mostrato che non sono presenti differenze significative, al tempo 28 e 56, rispetto ai risultati clinici ed alla percentuale di guarigione nei casi di mastite con reperto batteriologico negativo (n=56). Nei casi di mastiti, con patogeni isolati (n=91), la percentuale di guarigione era simile nel gruppo omeopatico ed nel gruppo antibiotico, mentre risultava significativa, al tempo 56, tra il gruppo omeopatico ed il gruppo placebo.

Nux vomica e Calendula stimolano la produzione di EGF

Roland Hofbauer, Eva Pasching, Doris Moser and Michael Frass - Heparin-binding epidermal growth factor expression in KATO-III cells after Helicobacter pylori stimulation under the influence of strychnos Nux vomica and Calendula officinalis - Homeopathy, 2010, 99 (3), 177-182.

Lo studio ha dimostrato che sia la Calendula che la Nux Vomica (due medicinali molto utilizzati in omeopatia per trattare pazienti che soffrono di gastrite e ulcere gastriche) sono capaci di ridurre l'effetto stimolante dell'*H. pylori* a infettare il tessuto sul gene

espressione di HB-EGF come fattore di crescita in tessuto gastrointestinale. L'espressione genica sembra essere modulata dalle preparazioni omeopatiche, anche se il meccanismo di azione rimane ignoto. Tra i due, Nux vomica ha dimostrato possedere una azione maggiore rispetto alla Calendula. Il modello usato è un metodo molto conosciuto per investigare l'espressione HB-EGF, il cui ruolo come fattore di crescita in processi infiammatori è ben documentato. Poichè l'HB-EGF gioca un ruolo cruciale nella riparazione della mucosa dello stomaco, i risultati ottenuti sostengono l'ipotesi che i rimedi omeopatici utilizzati agiscano attraverso la regolamentazione di un'espressione genica.

Efficacia di alte dinamizzazioni omeopatiche in modelli animali

Adrian Alecu, Romeo Brezeanu, Gabriela Marcus, Adriana Cojocaru, Mariana Alecu - Designs for research of the High Dilutions in animals models: an update - Int J High Dil Res, 2010, 9 (30), 5-15.

L'articolo analizza una serie di modelli animali selezionati da un gruppo di lavoro dell'Università di Targu-Mures in Romania a partire dal 2004 per fare valutazioni teoriche e metodologiche sull'azione di preparati omeopatici prescritti seguendo i criteri tradizionali della similitudine omeopatica, confrontati con i farmaci convenzionali e il placebo. Il trattamento è stato assegnato in modo randomizzato, con placebo o con un determinato rimedio omeopatico, a selezionati gruppi omogenei di 10-15 animali maschi. La complessità del disegno dei singoli studi era in relazione agli obiettivi stabiliti: l'esperimento più semplice mirava a stabilire le proprietà dell'Arnica in diluizioni omeopatiche, per guarire le ferite. A tal fine venivano prodotti traumi meccanici nei topi poi trattati con Arnica 7CH o con placebo. Uno studio più complesso ha valutato gli effetti di Apis mellifica 7CH e 15CH confrontati con placebo e con farmaci antinfiammatori steroidei (idrocortisone emisuccinato) e non steroidei (Diclofenac) su lesioni prodotta sull'arto posteriore mediante iniezione di formaldeide. I risultati hanno dimostrato riduzione dell'infiammazione sia per Apis in combinazione con idrocortisone che in soluzione con menta. Nel secondo gruppo la somministrazione secondaria di pilocarpina non suscitava salivazione. Il test veniva modificato con l'aggiunta di Belladonna 7CH immediatamente dopo l'iniezione di atropina: la salivazione stimolata da pilocarpina riappare con l'uso di Belladonna 7CH, in grado di inibire l'azione dell'atropina somministrata in dosi ponderali. ■

con la forza dell'esperienza
e il coraggio dell'innovazione

Stampa: Settembre 2010 Depositato all'A.I.F.A. il

LABORATORIO SODINI
OMEOPATIA

LABORATORIO SODINI S.r.l.
OMEOPATIA FITOTERAPIA

Via di Meleto, 2 int. 6A/8 - 50027 Strada in Chianti (Fi) - Tel +39 055 8587203 Fax +39 055 8547368 info@laboratoriosodini.it www.laboratoriosodini.it

Mente e cancro: l'approccio della PNEI

Francesco Bottaccioli

Fondatore e presidente onorario della Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia
Docente responsabile del modulo PNEI nel Master di Medicina Integrata, Università di Siena
E-mail: bottac@iol.it

La PNEI, un po' di storia

La psiconeuroendocrinoimmunologia è il risultato del convergere di cambiamenti e avanzamenti nel campo delle scienze del cervello e del sistema immunitario, che si sviluppano lungo tutto l'arco del Novecento, a partire dai fondamentali lavori di Hans Selye sullo stress negli anni '30. Sul finire del Novecento, novità rilevanti nel campo delle neuroscienze e conferme delle ipotesi più innovative nel campo dell'immunologia, consentono sistematizzazioni e avanzamenti, sul piano del modello teorico e su quello pratico terapeutico, al di là delle più rosee aspettative. Vediamo in sintesi

Il cervello è plastico ed è capace di rinnovarsi in stretta relazione con l'ambiente

Dalla nascita alla morte, il cervello umano subisce continui rimaneggiamenti. I cambiamenti legati allo sviluppo di un nuovo essere sono intuibili e da tempo documentati. Quelli legati al normale funzionamento del cervello creano, invece, molte difficoltà di comprensione. Nel nostro modello scientifico tradizionale, infatti, il cervello è un tessuto perenne, come si legge nei testi di anatomia e istologia; una volta completata la crescita, i rapporti tra le parti che lo costituiscono sono dati una volta per sempre. In realtà, studi a cavallo del secolo hanno dimostrato che l'assetto anatomico (cioè la relazione tra le parti) è variabile per la presenza di almeno tre fenomeni.

1. *Si possono modificare, in maniera reversibile, i rapporti tra cellule per rispondere a stimoli diversi.*
2. *Si possono formare (e continuamente si formano) nuove connessioni che modificano la mappa cerebrale di un'area.* È del 1995 il primo studio sugli umani che dimostra che la ripetizione di un esercizio di movimento rapido delle dita, per quattro settimane, causa un allargamento dell'area corticale motoria primaria, deputata all'organizzazione del movimento delle dita. In questo studio, realizzato con la risonanza magnetica, si dimostrò che l'allargamento dell'area corticale motoria persisteva per mesi, fin quando l'esercizio poteva essere richiamato alla mente. Ciò vuol dire che l'esercizio ripetuto aveva creato nuovi circuiti stabili.
3. *Si possono formare (e continuamente si formano) nuove cellule: neuroni e cellule gliali.* Questo fenomeno si chiama *neurogenesi* e segna la fine del dogma centenario sulla fissità del tessuto nervoso. Fino al 2001, però, non era chiaro a cosa servissero questi neuroni neonati, rintracciati nell'ippocampo delle scimmie e degli umani o nel bulbo olfattivo dei topi. Un gruppo di neurobiologi del New Jersey, guidato da due donne, Tracey J. Shors ed Elizabeth Gould, con un lavoro sperimentale sui topi, ha dimostrato che i neuroni appena generati vanno a integrarsi nei circuiti dell'ippocampo e che la loro presenza è essenziale per la fissazione di nuove informazioni. Quindi, il cervello produce nuove cellule nervose nel corso dell'apprendimento soprattutto di nuove cose. Ma sappiamo anche che la neurogenesi è fortemente influenzata dagli stimoli ambientali e segnatamente dallo stress, che è in grado di bloccare la produzione di nuove cellule nervose.

La rete nervosa periferica è al centro del network PNEI

Gli studi di Walter Cannon e Hans Selye sul simpatico e sull'asse endocrino dello stress hanno aperto la possibilità di dare una rappresentazione scientifica al rapporto tra emozioni, salute e malattie. Al tempo stesso, una interpretazione troppo schematica e antagonista dei due reparti del neurovegetativo rischia di non farci vedere la complessità della fisiologia umana. In realtà, gli studi più recenti documentano che simpatico e parasimpatico lavorano in modo più integrato e meno antagonista di quello si supponeva. Ma c'è di più.

Si moltiplicano gli studi che assegnano al neurovegetativo anche funzioni sensoriali, partendo per esempio dalla constatazione che il nervo vago, che è il più grande sistema di trasmissione del parasimpatico è anche la più imponente via afferente e cioè che porta informazioni sensoriali, dolore incluso, dagli organi interni al cervello. Ma, al di là se effettivamente le fibre neurovegetative si possano o meno classificare come sensoriali, è un dato di fatto che esse lavorano all'interno di una rete orizzontale, dove incontrano altri attori: le fibre nervose sensoriali, le cellule immunitarie, i vasi sanguigni.

È qui che si realizza un dialogo stretto, fatto di neuropeptidi citochine e altre sostanze attive, che regola l'attività delle fibre simpatiche e parasimpatiche e che influenza potentemente l'attività del sistema immunitario, al punto che è ampiamente documentato il ruolo infiammatorio che le fibre nervose periferiche possono svolgere in determinati contesti (cosiddetta infiammazione neurogenica).

I cardini della rivoluzione scientifica in immunologia

Accanto alla infiammazione neurogenica, appena menzionata, i punti di svolta nella ricerca, che costituiscono i pilastri di una nuova visione del sistema immunitario, possono essere così riassunti:

1 Il sistema, pur composto da diverse classi di cellule e da un numero sterminato di elementi, è capace di autoregolarsi ed è in continuo movimento.

2 Non c'è nessun organo che non venga "monitorato" dal sistema immunitario.

3 Il sistema funziona come organo di senso interno e quindi partecipa attivamente alla regolazione dell'equilibrio dinamico dell'organismo umano: si comporta cioè da grande sistema di regolazione fisiologica che è influenzato e influenza gli altri sistemi regolatori (il nervoso e il neuroendocrino).

4 Le normali modalità di risposta immunitaria attivano circuiti che hanno una doppia polarità oscillante, denominati sistema Th1 e sistema Th2, provvista di sofisticati sistemi di controllo, tra cui i più importanti sono i cosiddetti Th3 e T regolatori.

5 Nella costruzione e nel mantenimento dell'equilibrio del sistema, centrale è la tolleranza acquisita dal sistema immunitario delle mucose e segnatamente dalla sua porzione intestinale.

6 Nella specie umana, il sistema ha una forte impronta sessuale: la diversità maschio\femmina ne influenza potentemente le modalità di risposta e quindi la nostra suscettibilità alle malattie

Emozioni e coscienza sono impastate, nel bene e nel male

Studi dei gruppi di ricerca diretti da Antonio Damasio, della Iowa University, e da Joseph LeDoux, della New York University, hanno ripetutamente dimostrato che i processi decisionali e quelli di memorizzazione, strettamente collegati tra loro, dipendono in modo determinante dal circuito limbico e cioè dalle aree cerebrali che elaborano le emozioni fondamentali. I primi anni del nuovo secolo sono stati ricchi di studi sulla neurobiologia delle emozioni. Anche con l'esteso uso delle immagini cerebrali si è riusciti a identificare le vie nervose che seguono le emozioni. Si può così apprezzare il significato profondo dei meccanismi emozionali, la loro universalità, il loro essere innati e la loro diffusione ad altre specie animali, confermando così la sostanza del bellissimo, misconosciuto e spesso travisato, lavoro di Charles Darwin sull'espressione delle emozioni nell'uomo e negli altri animali.

Le emozioni fondamentali incarnano la nostra storia evolutiva come mammiferi sociali, forniscono schemi ancestrali di risposta alle sfide ambientali, entrando nei processi decisionali che producono comportamenti. In questo senso, è scientificamente assodato che siamo un impasto di emozioni e coscienza. Nel bene e nel male. Questo dato di fatto apre molti interrogativi non solo di tipo medico e cioè relativi alla salute individuale, ma anche di tipo sociale e politico, e cioè relativi alle scelte delle nazioni e dei governi in merito alle relazioni tra i popoli e tra la nostra specie e gli ecosistemi terrestri.

Non possiamo prescindere dal fatto che siamo animali sociali

E' ormai assodato che il livello di compattezza della compagine sociale ha un'influenza diretta sulla mortalità. Più la società è competitiva, più aumentano i delitti e la mortalità. Alcuni studi hanno documentato un rapporto diretto tra vari gradi di ostilità e violenza degli ambienti urbani e mortalità cardiovascolare. Maggiore è il livello di ostilità urbana e maggiore è la mortalità cardiovascolare. Di questa relazione tra ambiente sociale e salute, evidenziata dagli studi epidemiologici, conosciamo ormai anche i meccanismi patogenetici che la sostanziano, riferibili al sistema dello stress, studiati e oggettivati, con un modello di grande interesse, da Bruce McEwen e collaboratori della Rockefeller University. Da questa nuova visione dell'essere umano che non può essere studiato se non nel suo contesto, e cioè nel sistema delle relazioni che lo riguardano, emerge una linea di ricerca di straordinario interesse relativa all'evoluzione dell'individuo.

E' ormai evidente, infatti, che i fattori ambientali possono influenzare lo sviluppo prenatale e produrre effetti funzionali e strutturali che durano tutta la vita. Nella pancia della mamma, si realizza in sostanza una sorta di programmazione, di imprinting prenatale dei principali sistemi di regolazione fisiologica dell'organismo: innanzitutto, dell'asse dello stress. Una situazione di stress cronico in gravidanza oppure un trauma possono programmare il sistema dello stress del nascituro in modo da favorire, da adulto, l'insorgenza di disordini in diversi ambiti: da quello psichico a quello immunitario. La spiegazione di questi fenomeni è possibile facendo riferimento a un nuovo settore disciplinare emergente, all'epigenetica.

Epigenetica e trasmissione transgenerazionale delle modificazioni ambientali acquisite

Tanto grandi sono le differenze tra le cellule, anche puramente morfologiche, che è difficile pensare che contengano lo stesso patrimonio genetico. Per questo, per molto tempo si è pensato che, una volta differenziata, la cellula perdesse selettivamente alcuni geni. Oggi, sappiamo che la differenziazione cellulare dipende da cambi, che si realizzano nello sviluppo, nella espressione dei geni piuttosto che da modificazioni nella sequenza dei nucleotidi. Il riarrangiamento del genoma è infatti un evento raro: l'unico caso rilevante che si conosce, nelle cellule umane, è quello che presiede alla formazione della diversità anticorpale dei linfociti B. Il mantenimento stabile di queste differenze tra le cellule (nel senso che viene conservato e trasmesso con la mitosi) è sotto il controllo epigenetico, che si realizza modificando l'espressione genica, senza modificare la sequenza del DNA. L'impegno sempre più massiccio che la ricerca ha prodotto negli ultimi cinquanta anni mentre ci ha consentito una buona comprensione del genotipo, non è riuscita a spiegare le differenze fenotipiche che, in alcuni casi, sono incomprensibili se si ragiona solo in termini di genoma.

È noto che i gemelli omozigoti hanno lo stesso patrimonio genetico, si può dire che siano dei cloni sotto il profilo genetico, eppure è documentata una discordanza sia sotto il profilo fenotipico macroscopico, per esempio l'altezza, sia dal punto di vista della incidenza di malattie che si pensa abbiamo una solida base genetica come la schizofrenia. Tradizionalmente, per superare queste difficoltà, si fa riferimento all'interazione genotipo-ambiente, ma senza, per lo più, essere in grado di chiarire le caratteristiche delle influenze ambientali sul genotipo e sul fenotipo.

ARCANGEA
essenzialmente natura

• Soluzioni Idroalcoliche • Gemmoderivati • Composti Sinergici
• Succhi Concentrati • Elisir • Compresse • Perle • Opercoli
• Creme • Unguenti • Gel • Oli Essenziali • Oli • Oleoliti

ARCANGEA s.r.l. - Via Gessi 18, 47030 Borghi FC - Tel. / Fax 0541 786536 - www.arcangea.it - info@arcangea.it

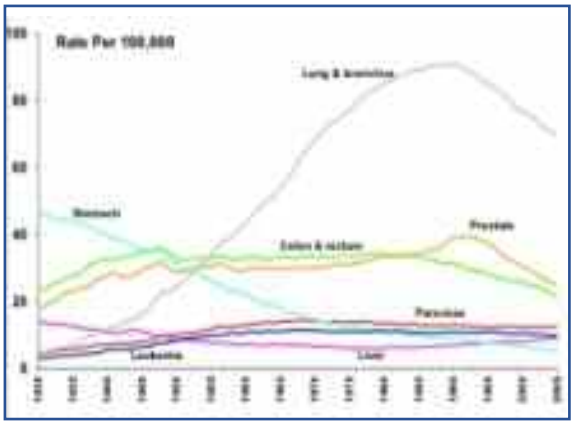


Figura 1
Morti per tumori negli individui maschi degli Stati Uniti nel periodo compreso tra il 1930 e il 2005 (fonte: US Mortality Data 1960-2005; US Mortality Volume 1930-1959; National Center for Health Statistics, CCD, 2008).

Figura 2
Morti per tumori negli individui femmine degli Stati Uniti nel periodo compreso tra il 1930 e il 2005 (fonte: US Mortality Data 1960-2005; US Mortality Volume 1930-1959; National Center for Health Statistics, CCD, 2008).

Oggi, diversi ricercatori pensano che i meccanismi epigenetici possano fornire una chiave interpretativa delle variazioni fenotipiche. Infine, evidenze crescenti dimostrano che è possibile una ereditarietà epigenetica non semplicemente di tipo mitotico, ma anche di tipo meiotico e quindi transgenerazionale. Queste evidenze sono forti nelle piante, mentre cominciano ad essere consistenti anche nei mammiferi, uomo compreso.

È evidente che ci troviamo di fronte a un cambiamento significativo del modello scientifico classico definito dalla Sintesi neo-darwiniana negli anni '40 del secolo scorso e dalla genetica incardinata sul "dogma centrale", che poneva il gene come "motore immobile" della vita.

Figura 3
Come può influire lo stress nella genesi del cancro?

La PNEI come modello teorico e la Medicina Integrata come nuova sintesi terapeutica: l'esempio del cancro

Mi pare quindi che l'ultimo decennio sia stato cruciale nella maturazione della PNEI come nuovo modello teorico, capace di leggere in modo nuovo vecchie e nuove malattie. Vediamo l'esempio del cancro, iniziando con un'operazione verità. Quanto si muore di cancro? Qual è il contributo delle terapie oncologiche alla sopravvivenza dei malati? Le figure 1 e 2 mostrano l'andamento della mortalità nei maschi e nelle femmine negli USA nel periodo 1930-2005. Il "Rapporto annuale alla nazione sullo Stato del cancro", pubblicato il 3 dicembre 2008 su J Natl Cancer Inst, documenta una diminuzione della mortalità negli USA dovuta alla diminuzione della mortalità nei maschi per polmone, colonretto e prostata e, nelle femmine, per seno e colonretto.

Risultati ottenuti in larga misura dalla prevenzione: abbattimento del numero dei maschi che fumano, screening e per le donne abbattimento della terapia ormonale sostitutiva. Quindi possiamo dire che i principali fattori che hanno determinato l'abbassamento della mortalità per alcuni tumori sono da riferirsi non tanto a progressi nelle terapie quanto a progressi negli stili di vita e nella prevenzione. Al riguardo, rilevante è la lezione che viene dalla terapia ormonale sostitutiva. Ecco cosa scrive il citato Rapporto del Governo americano "Si è registrato un brusco declino nell'incidenza del cancro al seno negli anni 2002-2003 in conseguenza della riduzione dell'uso della terapia ormonale sostitutiva. Il declino del cancro al seno attribuito all'uso della terapia ormonale è particolarmente significativo a causa del breve lasso di tempo tra i cambiamenti nell'esposizione e i correlati cambiamenti nell'incidenza del cancro. Un simile rapido cambiamento in un cancro endocrino-correlato era stato visto negli anni '70 quando l'incidenza del cancro all' endometrio era prima aumentata e poi diminuita con l'aumento e la diminuzione dell'uso delle formulazione ormonali sostitutive contenenti estrogeni" (JNCI 2008; 23, p. 1684).Per quanto riguarda l'Europa, abbiamo avuto recenti conferme di un analogo andamento sia riguardo al declino della mortalità sia riguardo alle sue cause (La Vecchia C e al. 2009).

La patogenesi del cancro

Il cancro è una patologia che può dipendere da più fattori e la sua genesi (carcinogenesi) attraversa più stadi Oltre a geni, ambiente, alimentazione, stili di vita, tra le cause vanno annoverati anche gli eventi delle vita e la nostra capacità di gestirli al meglio. Tra i fattori individuali che determinano la risposta ai carcinogeni (suscettibilità individuale) va quindi anche annoverato lo stress. La figura 3 indica le strade che può seguire la risposta di stress per favorire la carcinogenesi e la progressione neoplastica.

Un incremento della produzione di neurotrasmettitori e ormoni dello stress, da un lato, può causare un aumento della segnalazione di proliferazione cellulare, mediata dall'incremento dei fattori di crescita indotto in particolare dalle catecolamine (noradrenalina e adrenalina), e , dall'altro lato, con l'aumento del cortisolo, può provocare una disregolazione della risposta immunitaria con aumento delle attività TH2 e TH17 che risultano essere inadatti a distruggere le cellule maligne. Anzi, lo sbilanciamento della risposta immunitaria verso il TH2-TH17 causa un'infiammazione inefficace che porta allo sviluppo delle metastasi, che, come è noto, di regola sono (esse, non il tumore primitivo) la causa della morte.

Stress, immunità e cancro: lo stato delle evidenze

La questione delle evidenze cliniche sul rapporto tra stress e cancro va divisa in due: la relazione tra stress e insorgenza del cancro e quella tra stress post-diagnosi e mortalità per cancro. Sul rapporto tra stress e insorgenza del cancro abbiamo forti evidenze dalla sperimentazione animale, (Thaker, Nature Medicine, 2006; 12: 939) più deboli anche se in rafforzamento dagli studi su umani. Le ricerche con l'animale dimostrano un coinvolgimento del sistema immunitario nel controllare l'inizio, la crescita e la metastatizzazione del tumore coinvolgendo in particolare l'immunità cellulo mediata e NK che compongono il cosiddetto circuito TH1, l'unico capace di una risposta antitumorale efficace. Per quanto riguarda gli umani fino a qualche tempo fa le evidenze erano deboli. Un certo grado di evidenza era rintracciabile in una metanalisi solo per lutti che coinvolgono il coniuge (Duijts, 2003). Altre evidenze riguardavano donne con cancro al seno, dove uno studio finlandese su oltre 10.000 donne ha messo in luce che divorzio\separazione e morte del coniuge raddoppiano il rischio di tumore al seno (Lillberg, 2003). Adesso, una metanalisi del gruppo di psicobiologia dell'Università di Londra (Chida et al., 2008), realizzata su 165 studi controllati, pur con tutte le cautele del caso, conclude che lo stress psico-sociale è correlato a un aumento dell'incidenza di cancro, a una peggiore prognosi e a un aumento della mortalità.

In particolare, la depressione sembra essere un fattore chiave nell'aprire le porte alla malattia. Evidenze più forti le abbiamo invece nella fase post-diagnosi. Una recente rassegna degli studi (Lutgendorf, S, Costanza, ES., Siegel, SD, in Ader, Psychoneuroimmunology, IV ed., 2007, cap. 41) ha concluso che il distress psicologico in fase peri e post-diagnostica deprime l'immunità cellulo-mediata (TH1), che invece viene sostenuta da misure di supporto psicologico e sociale. Di particolare rilievo due recenti lavori: uno dell'Università di Amburgo (Kuchler et al., 2007) e l'altro dell'Università dell'Ohio (Andersen B., 2008). Lo studio tedesco valuta gli effetti del sostegno psicosociale su un gruppo di malati oncologici con gruppo di controllo. A dieci anni tra i due gruppi c'è una differenza nella sopravvivenza statisticamente significativa: il 21,3%, del gruppo in trattamento sopravvive contro il 9,6%. del gruppo di controllo. La differenza rimane anche quando dal calcolo vengono tolte le persone che poi sono risultate o non affette da tumore o da una forma benigna. Lo studio americano, se è possibile, è ancora più significativo, ma per apprezzarne appieno la portata consentitemi una premessa di inquadramento storico.

Una storia pluridecennale

Sono decenni che nella comunità scientifica si discute sulla relazione mente-cancro. Per molti anni, i "negazionisti" (del ruolo della psiche nella genesi ma anche nella cura del cancro) hanno avuto buon gioco nel contrastare posizioni naif o pseudoscientifiche secondo le quali il cancro è tutto nella testa ed è da qui che bisogna cacciarlo per guarire.

Una stupidaggine o, se volete una mezza verità, che periodicamente riappare, che ha prestato il fianco a chi concepisce il cancro come un semplice fenomeno di genetica molecolare per sferrare il suo attacco contro chi invece vede la malattia collocata in una persona e quindi in una rete psicofisica. Poi sono comparsi gli studi di David Spiegel, psichiatra della Stanford University (Usa) che hanno rimesso la questione del ruolo della psiche sui giusti binari. Lo scienziato, alla fine degli anni ottanta del Novecento, per la prima volta dimostrò che un programma integrato di gestione dello stress, in donne trattate per cancro al seno, era in grado non solo di dare una buona qualità di vita alle pazienti, ma ne migliorava anche la sopravvivenza.

Qualche anno dopo, un altro psichiatra americano, Fawzy I. Fawzy, dimostrò che un trattamento psicologico breve aveva l'effetto di ridurre le recidive e aumentare la sopravvivenza di persone operate per melanoma.

Successivamente, negli anni novanta, sono stati realizzati altri studi per rispondere alla domanda cruciale: la psicoterapia e la gestione dello stress in generale possono aumentare la sopravvivenza dei malati di tumore? Le conclusioni non furono univoche, anzi, possiamo dire che la ricerca si spaccò in due come una mela: su dieci studi realizzati, cinque favorevoli e cinque contrari.

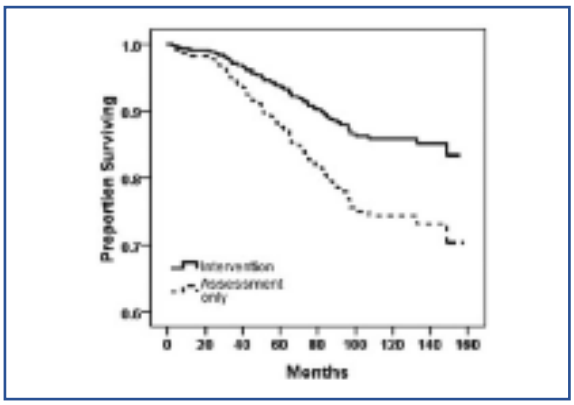


Figura 4
Il grafico mostra la differenza in termini di sopravvivenza tra persone operate di cancro al seno che hanno partecipato a un corso di gestione dello stress (linea continua) e persone che non lo hanno fatto (linea tratteggiata). Da Andersen B. L. et al. Psychological intervention improves survival for breast cancer patients, Cancer 2008; 113:3450-8.

Nel 2002, Spiegel su Nature Reviews Cancer (Spiegel 2002) ha provato a fare un bilancio e a tracciare linee guida per le future sperimentazioni. Perché la ricerca ha dato risultati così contraddittori, si è chiesto lo scienziato? Perché gli studi erano molto disomogenei tra loro: alcuni avevano usato la psicoterapia individuale altri quella di gruppo, altri ancora avevano messo insieme persone con tumori diversi e a diverso stadio della malattia. Occorrevano dei criteri omogenei.

Innanzitutto è importante il gruppo, che funge da costruttore di solidarietà, da luogo sicuro dove esprimere le proprie emozioni, ridurre l'ansia e ricevere un aiuto, sia dagli operatori ,sia dagli altri membri. In secondo luogo, il gruppo deve essere omogeneo e cioè composto da persone con la stessa malattia, allo stesso stadio di evoluzione. Inoltre è fondamentale abbinare la percezione esatta della malattia, tramite una corretta e soddisfacente informazione scientifica, all'apprendimento di tecniche di gestione dello stress.

Spiegel e collaboratori insegnano ai pazienti tecniche di autoipnosi e di rilassamento, che consentono una riduzione dello stress, la qual cosa permette anche una maggiore disponibilità a cambiare abitudini che possono influire sull'andamento della malattia, come il sonno, l'alimentazione e l'attività fisica.

La psiche che cura: uno studio clinico controllato

Lo studio di Barbara L. Andersen (Andersen 2008) è in linea con questi criteri. 227 persone operate per cancro al seno, prima di iniziare chemio, radio e le altre terapie previste, sono state divise casualmente in due gruppi: uno di controllo medico e l'altro di controllo medico con aggiunta la partecipazione a un programma di gestione dello stress, realizzato in piccoli gruppi (8-12 persone a gruppo) e condotto da due psicologi. Il programma ha previsto una seduta a settimana di un'ora e mezza per i primi quattro mesi e poi una seduta mensile per i successivi otto mesi. In totale 26 sedute per 39 ore di lavoro.

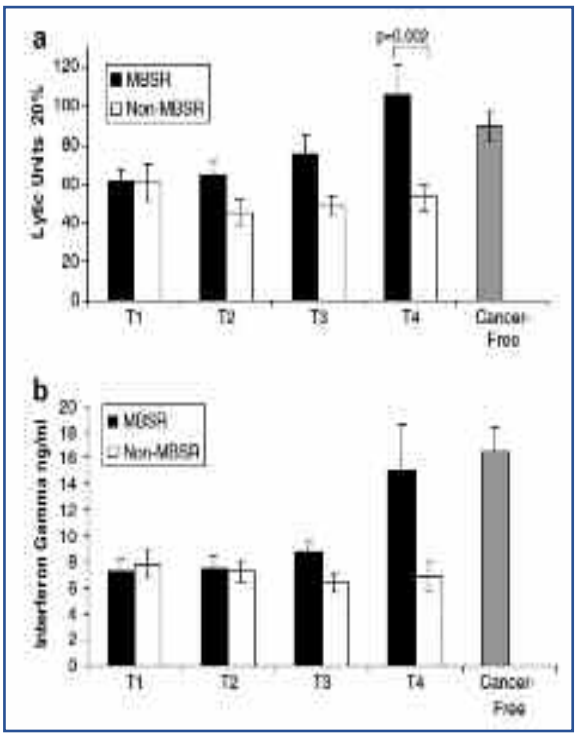


Figura 5
MBSR e Non-MBSR, indicano il gruppo dei meditanti e dei non meditanti. T1, T2, T3, T4, segnano il tempo del prelievo, che è, rispettivamente: 10 giorni dopo diagnosi; a 4 settimane; a fine corso; 1 mese dopo la fine corso. Fonte: Witek-Janusek L. et al, Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer, Brain Behavior and Immunity 2008; 22: 969-981.

In ogni seduta venivano praticate tecniche di rilassamento profondo, venivano discusse strategie di soluzione dei problemi, sia di natura psicologica sia di natura pratica (dolore, fatica). Gli operatori hanno dato molto peso al cambiamento degli stili di vita delle persone sollecitando l'inserimento nella quotidianità dell'attività fisica, della buona alimentazione, dell'uso delle tecniche antistress.

La verifica è stata fatta a distanza di 13 anni dalla terapia. I risultati si possono vedere dal grafico esposto in figura 4: le persone che avevano frequentato il programma di gestione dello stress hanno avuto una minore frequenza di recidive e una maggiore sopravvivenza rispetto al gruppo che aveva fatto solo i classici controlli medici. La gestione dello stress riduce le recidive e aumenta la sopravvivenza

A 13 anni di distanza, circa l'85% del gruppo che aveva imparato a gestire lo stress non era morto di tumore contro il 70% dell'altro gruppo.

Risultati rilevanti che vengono da uno studio molto accurato: tutti i partecipanti allo studio infatti sono stati sottoposti a esami del sangue, mammografia e visite mediche ogni sei mesi per i primi cinque anni e poi ogni anno. Ciò ha consentito ad Andersen e colleghi di monitorare passo passo l'evoluzione di ogni singolo caso e verificare, per esempio, che, già parecchi mesi prima della comparsa della recidiva, era possibile notare un'alterazione in senso infiammatorio del sistema immunitario. Il sistema immunitario, il suo assetto, infatti è il fattore chiave dell'evoluzione della malattia tumorale.

Le tecniche antistress cambiano il sistema immunitario

E qui veniamo all'ultimo studio che voglio segnalare. È della Loyola University of Chicago realizzato con 75 donne a cui era stato diagnosticato un tumore al seno e che erano state operate (Witek-Janusek L. e al. 2008) Il campione è stato diviso in due gruppi: uno ha seguito un corso di 8 settimane, con una seduta settimanale di due ore e mezza ciascuna, di apprendimento di tecniche antistress e meditative; l'altro invece ha agito da controllo. Dopo l'intervento chirurgico e prima di iniziare l'esperimento, tutte le donne sono state studiate con vari strumenti per valutare la qualità della vita, il loro livello di stress (tramite l'analisi del cortisolo, principale ormone dello stress) e il livello del loro sistema immunitario (misurando alcune citochine e l'attività di alcune cellule). In questa fase tutte le partecipanti avevano un basso punteggio relativo alla qualità della vita, alti livelli di stress e un sistema immunitario complessivamente depresso. A metà del corso di meditazione erano già visibili cambiamenti importanti che si sono poi consolidati alla fine del corso e nel successivo controllo a tre mesi.

Come la meditazione migliora il sistema immunitario dei malati di cancro

Figura 5: nella parte superiore (a) viene indicata l'attività delle natural killer, fondamentali cellule anticancro, che cresce nel gruppo delle meditanti fino a diventare simile a quella di persone non ammalate di cancro, mentre nel gruppo di controllo tende a calare. Nella parte inferiore (b) viene misurata la concentrazione di Interferone-gamma, principale segnale del circuito anticancro detto Th1, che cresce nel corso dello studio fino ad equipararsi al livello delle persone libere da cancro, mentre nel gruppo di controllo diminuisce.

Le donne che avevano imparato a meditare avevano un punteggio più alto relativamente alla qualità della vita mentre i livelli di cortisolo erano nettamente più bassi delle altre. Di notevole interesse è poi lo studio sull'immunità che ha mostrato nelle "meditanti" una rapidissima capacità di recupero di un profilo immunitario da persona sana. O, meglio, di una persona che è in grado di tenere a bada, tramite il circuito immunitario TH1, la spontanea formazione delle cellule neoplastiche.

Quando è attiva questa immunità protettiva, nel sangue ci sono alcune molecole alte (interferone-γ) e altre basse (IL-10 e IL-4). Ebbene le donne che partecipavano al gruppo della meditazione avevano esattamente questo profilo, a differenza delle altre che invece avevano quei valori capovolti. La psiche quindi influenza in modo potente l'assetto del sistema immunitario, nel bene e nel male. ■

Articoli citati nel testo

Andersen B. L. et al. (2008) Psychological intervention improves survival for breast cancer patients, Cancer 113:3450-8.

Chida Y, Hamer M., Wardle J., Steptoe A., (2008) Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? Nature Clin Pract Oncol 5:466-75.

Duijts (2003) The association between stressful life events and breast cancer risk: a meta-analysis Int J Cancer 107: 1023-9.

Kuchler T. et al. (2007) Impact of psychotherapeutic support for patients with gastrointestinal cancer undergoing surgery: 10-year survival results of a randomized trial. Journal of Clinical oncology, July 1, 2007.

La Vecchia C e al. (2009) Cancer mortality in Europe, 2000–2004, and an overview of trends since1975, Annals of Oncology Nov 30, 2009.

Lillberg K et al. (2003) Stressful life events and risk of breast cancer in 10,808 women: a cohort study, Am J Epidemiol 157(5): 415-23.

Spiegel D. (2002) Effects of psychotherapy on cancer survival, Nature Reviews Cancer, may, vol. 2: 1-7.

Witek-Janusek L. et al (2008) Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer, Brain Behavior and Immunity, 22: 969-981.

Una più ampia documentazione generale e di riferimento sulla PNEI è riportata a p. 47 di questo numero

Il bambino e il male di vivere: l'ADHD

Tiziana Di Giampietro

Medico pediatra, esperta in omeopatia
E-mail: t.digiampietro@siomi.it

Nel 1844, uno psichiatra di Francoforte, il dott. H. Hoffmann raccontava a suo figlio, nella favola "Pierino Porcospino", la storia di personaggi il cui comportamento verrebbe oggi definito "Disturbo da Deficit d'Attenzione e Iperattività" (ADHD: acronimo per l'inglese Attention Deficit Hyperactivity Disorder) o ADD (senza iperattività). Veniva successivamente descritto da Still, nel 1902, su venti soggetti, come forma di incapacità a stare fermi, sostenere l'attenzione, frenare l'impulsività, regolare l'emotività.

I disturbi si presentavano isolati o associati ad anomalie fisiche o deficit di altro tipo ma, per la prima volta, un disturbo dell'impulsività e dell'attenzione veniva considerato come una patologia a sé, non come conseguenza di un trauma cerebrale o di un ritardo mentale.

Verso il 1920 si cominciò a pensare ad un disturbo di natura prevalentemente organica e nel 1947 Strauss e Lehtinen parlarono di sindrome da danno cerebrale minimo per quei bambini iperattivi, impulsivi, inattentivi e con deficit cognitivo. Non sempre era dimostrabile un danno dei neuroni per cui si ipotizzò una etiologia legata all'ambiente. Nel 1962 Clements e Peters definirono Minimal Brain Damage (MBD) soggetti appartenenti ad un gruppo eterogeneo, sia riguardo l'etiologia (danno ipossico corticale alla nascita?) che la sintomatologia, i correlati biochimici, le pertinenze neuro anatomiche, tutte di difficile diagnosi clinica.

La ricerca di un metodo che permettesse di formulare una classificazione valida e scientifica iniziò con il Sistema ICD9 (OMS 1963) e il DMS II (1968). Solo 15 anni più tardi, nel 1983, Douglas pubblicò un lavoro dirimente per la distinzione tra i disturbi specifici dell'apprendimento da un lato e il Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD) dall'altro. Quest'ultimo e' un disordine dello sviluppo neuropsichico del bambino e dell'adolescente, caratterizzato, secondo i criteri del Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders (DSM-III; DSM-IIIR; DSM-IV), da inattenzione e impulsività/iperattività. In particolare, il DSM-IV distingue tre forme cliniche: una inattentiva, una iperattiva, una terza combinata.

Nei bambini con prevalenza dell'inattentività i problemi più importanti in età scolare, adolescenziale e poi adulta, si evidenziano soprattutto sotto forma di scarso rendimento scolastico. Sono bambini costantemente in ritardo rispetto agli altri, distratti, smemorati, perdono le cose, sono disorganizzati, demotivati, faticano a portare a termine le attività. Attualmente la valutazione dell'attenzione si basa sui nove items previsti dal DMS IV. L'iperattività viene invece intesa come attività finalizzata, frenetica, inappropriata per il compito che si vuole svolgere. La sua assenza nei più grandi non deve far escludere la diagnosi di ADHD poiché essa può scomparire in adolescenza e età adulta lasciando comunque un senso di irrequietezza interiore che può essere esteriormente non palese. L'impulsività è la difficoltà a controllare gli impulsi. In età prescolare predispone agli incidenti in generale mentre in età scolastica si manifesta con la tendenza a interrompere, a rispondere prima che la domanda sia finita, con la difficoltà ad attendere il proprio turno, a saper perdere. I bambini con ADHD infatti faticano a collaborare con gli altri, a rispettare le gerarchie sociali, ad attenersi alle regole.

In età prescolare è più frequente l'iperattività con difficoltà a seguire le regole e le attività didattiche, nella scuola elementare si evidenziano di più i segni dell'inattenzione, della relazione e dell'andamento scolastico deficitario ma anche atteggiamenti ansiosi, oppositivi, depressivi. Il disturbo può presentarsi con differenti manifestazioni cliniche, dall'età prescolare all'età adulta, e può coinvolgere e compromettere numerose tappe dello sviluppo e dell'integrazione sociale del bambino e predisporlo ad altra patologia psichiatrica e/o disagio sociale nelle successive età della vita. L'ADHD può dunque essere definito un disturbo neurobiologico che si manifesta come alterazione nell'elaborazione delle risposte agli stimoli ambientali.

L'espressione sintomatologica è spesso in relazione alla qualità dell'integrazione scolastica e familiare. Molte difficoltà nei rapporti si mantengono in adolescenza aumentando il rischio di comportamenti disadattativi compreso l'uso di sostanze stupefacenti e bevande alcoliche. E' possibile l'evoluzione, in uno stesso soggetto, nel corso dello sviluppo, dall'una all'altra delle tre differenti dimensioni psicopatologiche. Non è un deficit cognitivo (ritardo mentale) a provocare questo comportamento ma difficoltà oggettive nell'autocontrollo e nella capacità di pianificazione che influenzano tutti i contesti e le situazioni di vita, causando limitazioni significative delle attività quotidiane. Il deficit del controllo inibitorio è la difficoltà principale di questi bambini nei quali l'impulsività è strettamente legata all'iperattività. Sia la disattenzione che la disinibizione sono dimensioni importanti dell'ADHD, pur appartenendo a sottotipi diversi.

Si stima una prevalenza dell'ADHD nel 3-5% della popolazione in età scolare, mentre le forme particolarmente gravi (Disturbo Ipercinetico della classificazione ICD-10 dell'OMS) colpirebbero circa l'1% con un ampio inter-

vallo dei valori riportati nella letteratura scientifica, a seconda dei criteri diagnostici utilizzati e del setting osservato.

L'individuazione precoce del disturbo è molto importante. Non esistono test diagnostici specifici per l'ADHD. L'osservazione clinica e la raccolta di informazioni fornite da fonti multiple quali i genitori, gli insegnanti, il pediatra, possono suggerire il sospetto che sarà confermato con osservazione e colloquio col bambino, con valutazione delle capacità cognitive, dell'apprendimento scolastico, con un esame medico e neurologico che valuti eventuali terapie in atto e patologie associate anche attraverso successive indagini strumentali.

La diagnosi si basa sulla classificazione del Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali (DMS-IV) elaborato dall'Associazione Americana degli Psichiatri. I sintomi devono essere presenti da almeno 6 mesi ed aver fatto comparsa prima dei 7 anni con una intensità che provoca disadattamento e contrasta col livello di sviluppo.

I questionari e le interviste semistrutturate sono i mezzi cui si ricorre per mettere a fuoco possibili disturbi associati dell'umore, della condotta, dell'ansia (Child Behavior Checklist, scale di Connors, ADHD-RS, SDAI, SDAG, Kiddie-SADS-PL, PICS-IV, etc.). I test richiedono un'adeguata esperienza clinica e una preparazione specifica da parte dell'intervistatore per cui l'accertamento diagnostico, la trattazione terapeutica e il follow up sono legalmente delegati al Neuropsichiatra Infantile.

La patogenesi dell'ADHD è complessa e ancora discussa poiché fattori genetici e ambientali interagiscono durante le fasi precoci dello sviluppo creando una vulnerabilità neurologica. Si pensa che non si tratti di eredità di tipo mendeliano, ma studi di linkage hanno identificato regioni cromosomiche contenenti loci coinvolti nella regolazione del rilascio dei neurotrasmettitori, potenziali per la predisposizione all'ADHD. Una recentissima scoperta dei ricercatori britannici dell'Università di Cardiff, pubblicata sulla prestigiosa rivista Lancet, attribuisce il disturbo da deficit di attenzione e iperattività ad anomalie genetiche, provocate da segmenti di DNA duplicati o mancanti, che sarebbero responsabili di differenze nel cervello dei bambini colpiti. La sovrapposizione principale è stata identificata in una regione sul cromosoma 16, già implicata nella Schizofrenia e in altri disturbi psichiatrici.

Dai dati dello studio condotto su 366 bambini e adolescenti fra i 5 e i 17 anni d'età, confrontati con quelli di 1.047 bambini sani, emerge che le mutazioni e le duplicazioni cromosomiche devono essere considerate prioritarie nella ricerca etiologica del disturbo. "Questa origine neurobiologica, afferma Paolo Curatolo, primario della clinica degli studi di Tor Vergata, è un passo avanti nella ricerca di farmaci e nel riconoscimento dell'ADHD come vero e proprio disturbo, contro il quale siamo costretti a confrontarci quotidianamente". Se l'origine genetica dell'ADHD trovasse conferma, contrasterebbe l'ipotesi che il disturbo sia solo un problema di tipo sociale. Tale teoria parte dalla considerazione che nel bambino le abitudini e i ritmi siano elementi importanti che devono potersi integrare nell'organismo già dalle prime epoche della sua vita di lattante per dare un ordine funzionale alle sequenze cronologiche che regolano il suo accrescimento. I ritmi ordinati e regolari, come il susseguirsi del sonno e della veglia, della tensione e del rilassamento, dei pasti, del lavoro e del riposo, fanno sì che l'individuo acquisisca le certezze che lo collocano nel flusso dei problemi della vita quotidiana consentendogli di acquisire quella elasticità che, in natura, è alla base dei processi adattativi. Nell'uomo le attività condotte con regolarità e ritmicità portano alla formazione di personalità in equilibrio con sé e col suo habitat e le ripetizioni operate consapevolmente aumentano la volontà e l'efficienza. Questo dovrebbe indurre ad incoraggiare lo sviluppo di una nuova cultura familiare. Si è evidenziata infatti una stretta correlazione tra lo stile di vita moderna, in cui i ritmi sono completamente alterati, e la comparsa di nuovi quadri di somatizzazione psicopatologica.

A conferma è noto che l'ADHD è del tutto assente in Paesi tecnologicamente poco sviluppati dove predomina uno sviluppo agricolo e uno stile di vita più a contatto con la natura e più adatto alle attività infantili. Sono dunque i bambini ad avere problemi o è l'ambiente della nostra società a determinare la comparsa dei disturbi correlati a questa sindrome? In un organismo in crescita, con una personalità che sta maturando e prendendo confidenza con i propri processi sensoriali, motori e metabolici, sono necessari l'alternanza tra movimento e percezione affinché possa compiersi il processo esperienziale di apprendimento corporeo, animico, individuale o sociale. Secondo la teoria che vede nell'ambiente della società industriale la causa dell'ADHD, la limitazione del movimento fisiologico e di percezione potrebbe indurre, in un organismo in crescita, l'alterazione dei ritmi sonno-veglia, con iperattività reattiva, disturbi di concentrazione e di comportamento.

Il Prof. Sechi, Direttore della Cattedra di Neuropsichiatria dell'Università de L'Aquila, a tale riguardo afferma: "Per discutere il protocollo terapeutico per il bambino con ADHD è assolutamente necessario focalizzare alcuni punti. Intanto i tre sintomi alla base del disturbo: Iperattività, Disattenzione, Impulsività possono essere presenti in tutti i bambini, in particolari situazioni e in diverse fasi dello sviluppo.

Questi sintomi sono in relazione sia con quadri alterati di ordine neurocognitivo, in circa il 60% dei casi, sia con quadri di ordine psicopatologico in circa il 40% dei casi. In circa l'80% dei casi entrambi le problematiche sono presenti, per questo motivo un trattamento necessita di una preliminare diagnosi attraverso una valutazione neurocognitiva, psicopatologica e familiare.

Molto spesso invece si arriva ad una diagnosi attraverso la rilevazione di alcuni sintomi isolati, un trattamento farmacologico non mirato e non inserito in un programma psicoaffettivo (l'intervento sull'appoggio della mente del bambino) e riabilitativo (l'intervento sulle funzioni deficitarie). Da molti anni sono disponibili in ambito internazionale (soprattutto negli Stati Uniti) dei farmaci che aiutano realmente il controllo di alcuni sin-

tomi (in Italia da poco più di due anni). Anche la nostra esperienza ci dimostra: a) che questi farmaci sono efficienti (se usati in un protocollo terapeutico globale); b) che i farmaci hanno degli effetti diversi (e per questo motivo devono essere scelti in base al quadro clinico); c) che è necessario valutare sia gli effetti farmacologici a lungo termine, sia dal punto di vista psichiatrico, sia dal punto di vista dell'inserimento psicosociale; d) che è necessario lavorare sia con il bambino sia con la famiglia sul significato mentale e sulle fantasie inespresse, inconsapevoli e inconsce della prescrizione psicofarmacologica.

Da questi punti schematici si evidenzia la necessita di un lavoro con lo specialista pediatra a più livelli, tutti chiariti e integrati". Dunque l'espressione clinica può essere solo transitoria e parafisiologica e la diagnosi di ADHD richiede attenzione e prudenza nella fase preliminare, e successivamente, nel controllo dell'evoluzione e delle complicanze terapeutiche che possono presentarsi. I dati invece mostrano che il consumo degli antidepressivi al di sotto dei 18 anni è più che triplicato dal 2000 e che più di 30.000 bambini italiani assumono farmaci il cui uso l'Emea ha interdetto poiché inducono potenzialmente al suicidio.

Sono stati selezionati e approvati negli ultimi anni 3 farmaci: il Metilfenidato (Ritalin) e l'Atomoxetina (Strattera) che sono psicostimolanti e la Fluoxetina (Prozac) che è antidepressiva. I primi due sono usati nell'ADHD, il terzo (Prozac) è un antidepressivo usato nei disturbi ossessivo-compulsivi, negli attacchi di panico, nella bulimia nervosa. Il Metilfenidato, derivato piperidinico correlato strutturalmente all'Anfetamina, che è un farmaco stimolante l'attenzione, divide con essa anche il rischio di abuso. Rapidamente assorbito dopo somministrazione orale, raggiunge il picco ematico dopo due ore con emivita di 1-3 ore e necessità di 2-3 somministrazioni al giorno. Poiché le concentrazioni nel cervello superano quelle plasmatiche, aumenta il rischio di accumulo e stimolazione generalizzata del SNC che può portare anche a convulsioni, tanto è che il percorso di autorizzazione è durato 7 anni con istituzione di un Registro Nazionale da parte dell'Istituto Superiore di Sanità.

Dunque la decisione di intraprendere la cura compete al Centro di Neuropsichiatria infantile e la tollerabilità e l'efficacia dovranno essere verificate ad intervalli codificati e con interruzione una volta l'anno per valutare se è possibile proseguire con la sola psicoterapia. L'Atomoxetina (Strattera) è un inibitore del reuptake della Noradrenalina per la terapia dell'ADHD al di sopra dei 6 anni. Raggiunge la concentrazione plasmatica dopo 1-2 ore ed ha un'emivita di 5 ore. L'effetto si protrae per 24 ore per cui è possibile la mono somministrazione giornaliera. L'EMEA e la FDA hanno allertato sull'aumento dei pensieri suicidi nei bambini/adolescenti (0,4%) in terapia e il rischio viene segnalato nella scheda tecnica del prodotto che raccomanda anche il monitoraggio di manifestazioni anomale del comportamento o del peggioramento del quadro psichiatrico nonché degli effetti cardiovascolari e il rischio di morte improvvisa. La Fluoxetina (Prozac) è indicata nella depressione, nei disturbi ossessivo compulsivi, nella bulimia e negli attacchi di panico. Ne era sconsigliato l'uso sotto i 18 anni ma, nonostante manchino studi di tollerabilità/tossicità, recentemente l'EMEA ha aggiunto una indicazione terapeutica per i bambini sopra gli 8 anni con depressione moderata-grave e su diagnosi e piano terapeutico degli specialisti Neuropsichiatri infantili. La terapia deve essere associata a psicoterapia e il Prozac potrà essere preso in considerazione solo se la depressione non migliora dopo 4-6 sedute.

L'attenzione all'uso scorretto e all'abuso è giustificata dal fatto che la sua azione interferisce con meccanismi chimici importanti per l'accrescimento del cervello che nel bambino è in fase di sviluppo (Garattini). La FDA negli USA ha rilevato un peggioramento della depressione e rischi di suicidio nei bambini trattati coi nuovi antidepressivi in percentuale doppia rispetto a quelli trattati con placebo.

Le terapie farmacologiche selezionate per la cura delle manifestazioni cliniche che inducono il disagio dell'ADHD sono terapie spesso prive di adeguata sperimentazione, non esenti da rilevanti eventi avversi soprattutto nei pazienti con co-morbilità. Le difficoltà comportamentali rendono difficile l'accettazione da parte dei coetanei che sviluppano atteggiamenti reattivi di insensibilità o rifiuto. Molte difficoltà si mantengono nell'adolescenza con rischio di comportamenti disadattativi e abuso di sostanze stupefacenti e alcool.

La necessità di diminuire il disagio del bambino e della famiglia in ambito sociale e scolastico entra dunque in contrasto con l'esigenza di evitare la somministrazione dei farmaci tossici. Uno studio su "Pediatrics" sottolinea come la terapia con farmaci psicostimolanti aumenti i rischi di allucinazioni e sintomi psicotici. Lo studio del meccanismo d'azione dei diversi agenti psicofarmacologici mostra che le sostanze efficaci nel Disturbo da deficit di attenzione e iperattività tendono ad avere un'attività di tipo adrenergico/dopaminergico. Si pensa che gli psicostimolanti, bloccando il reuptake della dopamina e della noradrenalina a livello del neurone presinaptico, aumentino il rilascio di queste monoamine nello spazio extraneurale, alterando la trasmissione monoaminergica.

Sia il Metilfenidato, che aumenta la concentrazione di dopamina e noradrenalina nello spazio sinaptico, sia l'Atomoxetina, che è uno specifico agonista noradrenergico, hanno mostrato effetti positivi sia negli adulti sia nei bambini affetti da ADHD. Meno efficaci sembrano essere gli agenti serotoninergici rispetto agli stimolanti, forse per ruolo meno significativo.

In questo senso si inserisce il tentativo di "omeoterapia" effettuato dalla dottoressa Courthaliac su una decina di bambini con ADHD, con diluizioni di Dopamina 5CH e Serotoninum muriaticum 5CH, di entrambi 5 granuli/die, associati o meno al Metilfenidato.

Sia i bimbi trattati con la terapia integrata in cui il farmaco psicostimolante veniva gradualmente scalato fino alla eliminazione, sia quelli trattati esclusivamente con terapia omeopatica perché i genitori si erano rifiutati di somministrare il farmaco o l'età, inferiore a 6 anni, ne controindicava l'uso, dopo un follow up di due anni, erano diventati bambini dal comportamento normale.

L'esame dei risultati di questa piccola casistica positiva spinse il prof. De Villard ad avviare una sperimentazione con un gruppo più ampio di bambini per valutare se la terapia omeopatica, prescritta secondo una metodica "dei contrari", era efficace da sola nei casi meno gravi o, integrata nei casi più difficili, di diminuire le dosi del Ritalin, onde ridurne la tossicità.

Il principio omeopatico di similitudine rende ai disturbi del comportamento il servigio olistico del riequilibrio interiore di quelle turbe della personalità e dell'affettività che traducono la sofferenza, il disagio dell'individuo in risposta ad una situazione conflittuale, qualunque sia l'origine, ambientale o genetica, che la scienza riconosce alla base del comportamento inattentivo o iperattivo.

Grandi policresti e medicinali ad azione più limitata potranno alternarsi nel tentativo di riequilibrare, indipendentemente dalla causa etiologica, l'instabilità motoria, l'esuberanza, l'agitazione fisica, l'ansia, la labilità attentiva, l'insicurezza, la collera, l'ipersensibilità di volta in volta emergenti o inespresse.

Omeopatia e ADHD

Il malato **Argentum nitricum** che inquieto e precipitoso si agita con un'ansia che lo rende inefficace mentre, febbrilmente, vede il tempo passare troppo in fretta. Ha l'ansia di anticipazione, paura dell'avvenire, della difficoltà, della contrarietà, della solitudine. Da tutto tende a fuggire, a tutto tende ad opporsi in modo esasperato e collerico.

Staphysagria: soggetto sensibile e suscettibile, rimedio delle indignazioni trattenute e dominate, delle collere non esteriorizzate per vessazioni ripetute, umiliazioni e dispiaceri che cerca di nascondere per negare la propria difficoltà. La somatizzazione si esprime con localizzazioni cutanee, urinarie, gastrointestinali fino all'anoressia, uniche maniere di esprimere le contrarietà subite.

Medorrhinum è agitato, affannato, precipitoso, il tempo passa troppo lentamente. Sensibile, trasale al minimo rumore, brusco, triste e scontroso al mattino, diviene allegro alla sera. Inconcludente, disinteressato alle attività che inizia e mai porta a termine.

Iodum è un soggetto magro pelle secca, occhi e capelli scuri. Costantemente agitato e ansioso, cerca di occuparsi in attività che lo tengano impegnato e paventa che gli accada qualcosa di grave. Non sta mai fermo ed è subito stanco. La bulimia, nonostante la magrezza, accompagna i suoi sintomi di agitazione.

Rhus toxicodendron è ansioso e sente il bisogno di uscire e stare all'aperto, di cambiare posizione. Il movimento lo migliora.

Mercurius solubilis si manifesta clinicamente in una forma stenica e una astenica. Il tipo stenico da bambino è ipercinetico, mai fermo al suo banco, parla in fretta, balbetta, tocca tutto. Da grande diventerà un capo banda autoritario che non permette d'esser contraddetto ma farà il contrario di quello che dovrebbe. Violento, crudele, reagisce impulsivamente contro tutto e tutti. Il tipo astenico è timoroso, ansioso, disgustato dalla vita, indifferente.

Actaea racemosa ha una loquacità straordinaria, parla di tutto con volubilità e in modo incoerente e confuso

Arsenicum album soffre di agitazione incontrollabile mentale e fisica con un movimento continuo e risvegli notturni bruschi tra l'una e le tre di notte con senso di angoscia e timore di morire. Passa dall'agitazione alla prostrazione.

Tarentula hispanica è agitato e ansioso con tendenza alla violenza, salta balla, corre e muove in modo incessante le mani e le dita. Passa da comportamenti di calma e dolcezza a collere violente e manesche. E' aggravato dai dispiaceri, dalla consolazione, dalle emozioni. Tende alla tricotillomania.

Zincum metallicum: l'agitazione coinvolge soprattutto i piedi e le gambe con tremori delle estremità anche durante il sonno. Sussulti al minimo rumore. Grande lentezza, debolezza della memoria e fisica.

Cina: agitazione motoria soprattutto degli arti con tremori delle dita, sussulti violenti nel sonno, bruxismo, rifiuto ad addormentarsi per capricci. E'un bimbo insopportabile, imbronciato, di cattivo umore, che non vuole lo si tocchi o lo si guardi.

In **Chamomilla** si registra agitazione psichica e fisica dai primi giorni di vita. E' suscettibile, di malumore, collerico e capriccioso, vuole una cosa e appena ottenuta, la getta violentemente.

Kalium bromatum non riesce a stare tranquillo e prova il desiderio incessante di muovere dita e mani. Difficoltà di concentrazione e d'attenzione rendono difficile apprendere e povertà di memoria, lentezza delle parole, balbuzie e dislessia si associano con turbe del sonno, terrori notturni e sonnambulismo.

Nux vomica: precipitoso e ipereccitabile, impaziente, irritabile e intollerante alla contraddizione, agli odori forti, alla luce forte e ai rumori. E' irascibile e attaccabrighe. Insonne con risvegli dopo le prime ore di sonno.

Hyoscyamus niger: agitazione psichica come tratto predominante con tendenza a ingiuriare i suoi interlocutori. Presenta tic, tremori, spasmi, turbe del sonno, esibizionismo, masturbazione, senso di persecuzione, gelosia, supponenze.

Lycopodium: opposizione passiva in un soggetto dall'intelligenza viva e rapida ma con insufficienza fisica, magro e con problemi di salute. Ricerca della solitudine, difficoltà ad adattarsi prima nella famiglia, poi nella scuola. E' autoritario, dispotico fino alla tirannia, non sopporta essere contrariato. Nervoso e irritabile al mattino, non ha coraggio e rifugge le responsabilità. Ha tic, terrori notturni, insonnia, enuresi, con disturbi della parola, del linguaggio, dislessia, confonde le sillabe, le salta, le inverte. Ha paura a parlare in pubblico per mancanza di stima di sé sebbene a scuola vada bene, per un radicato spirito competitivo. ■

ANSIA

Il contributo della Medicina Tradizionale Cinese

Carlo Di Stanislao[1], Rosa Brotzu[2]

[1]Presidente Associazione Medica per lo Studio dell'Agopuntura
[2]Presidente Centro Studi Xinshu, Roma
E-mail: dermoaq@libero.it

Definire "lo psichismo" in Medicina Cinese può apparire un'operazione poco lecita perché isolare un aspetto dell'individuo, quello psichico, in una medicina che indaga in modo privilegiato le interrelazioni tra mente, corpo e spirito sembra essere un controsenso. D'altra parte trattandosi di una medicina psico-somatica, nel senso più completo del termine, lo psichismo è presente ovunque, costituendo l'altra faccia dei fenomeni fisici, ed entrambi dovendo essere considerati aspetti parziali di una stessa realtà. La genesi del disagio psichico in MTC può essere conseguente sia alla difficoltà che l'individuo incontra nel percorrere la sua "strada" (il Tao), ma può anche derivare dal cattivo funzionamento di un organo o apparato in seguito ad un'intossicazione, per esempio, da alcool, droghe, fumo, cattiva alimentazione, o dovuto alla penetrazione di energie patogene esterne (vento, freddo, umidità, calore, secchezza), surmenage, od anche a traumi fisici. In particolare, per quanto riguarda l'aspetto mentale, questo si delinea grazie all'apparizione dello Shen, tradotto in "spirito divino" o "spirito vitale".

Durante l'atto sessuale, visto come una danza rituale, s'invitano sulla terra i vari Shen, gli spiriti universali. Lo Shen che decide di incarnarsi sceglie i genitori del nascituro ed è invitato durante l'atto sessuale, dà così luogo ad una nuova esistenza, partecipa allo sviluppo del feto diffondendosi in tutto il corpo, in ogni cellula. Quando arriva agli organi lo Shen lascia un'impronta particolare in ognuno, uno spirito, un'animazione, un aspetto del mentale, per poi prender dimora nel cuore e così guidare l'orientamento profondo dell'individuo nel corso della vita.

Di particolare interesse è l'idea che sia lo Shen a scegliere i genitori, e non il contrario; è come se ognuno di noi scegliesse in quale contesto improntare la propria esistenza. Lo Shen dell'universo quando si radica nell'individuo lo colora e lo guida, esprimendo tutte le istanze psichiche, emozionali e spirituali. Per questa ragione secondo la Medicina Cinese l'intelligenza profonda dell'uomo risiede nel cuore (dimora dello Shen) e da qui si diffonde a tutto l'organismo attraverso il sangue, veicolo dello Shen. La convinzione che l'unità corpo-spirito sia la base della vita è fondamentale nella Medicina Tradizionale Cinese; questa fusione si instaura all'inizio della vita che nasce e ne permette così la generazione e lo sviluppo e rappresenta inoltre l'incarnazione e la rappresentazione dello spirito universale nella materia. "Ciò che il cielo dà all'uomo è la potenza, virtù-de, ciò che la terra dà all'uomo è il qi, de e qi si muovono uno verso l'altro, allora c'è vita; l'origine della vita è detta jing. Quando i due jing si afferrano mutuamente è detto shen" [Lingshu, cap. 54]: i due principi universali (rispettivamente yang e yin) generano vita fondendosi uno nell'altro ed originando così l'essenza vitale jing, solo l'unirsi dei due jing (l'essenza del padre e della madre) permette l'incarnazione dello Shen che aderisce così ad un punto specifico del tempo e dello spazio dando inizio all'esistenza umana completa. Shen in questa caso è il "sovrano", lo spirito che riunisce ed integra i singoli aspetti psichici di ciascun organo, ma nel microcosmo uomo esiste anche un livello psichico paritetico situato a livello di ciascun organo nei quali dimorano le cinque anime vegetative, ciascuna dotata di propria individualità e valore e che è fondamentale per l'espressione integrata del tutto. "Hun, shen, po, yi e zhi prendono shen come loro sovrano, perciò sono chiamati shen" [Neijing Suwen]. Shen, Hun, Po, Yi e Zhi sono gli aspetti psichici specifici, le anime vegetative dei singoli organi: "il cuore conserva lo shen, il polmone po, il fegato hun, la milza yi, il rene zhi" [Suwen, cap. 23].

Hun e Po

Abbiamo visto come l'uomo sia generato dall'unione delle energie del Cielo e della Terra e come queste si riflettano nella sua struttura costituita da anima e corpo. "Per vivere l'uomo attinge ai soffi del Cielo e della Terra che sono vie dello Yang-Yin. A partire dall'Uno vengono prodotti i due principi, lo Yang e lo Yin; da questi due principi sono prodotti i diecimila esseri" [Lei Jing]. Appartenenti agli aspetti psichici Shen, gli Hun rappresentano gli aspetti del Cielo, i Po quelli della Terra. Gli Hun, o Anime Spirituali, che hanno la loro dimora nel fegato, sono entità sottili, leggere, yang, permettono nell'uomo l'espressione dell'energia spirituale eterea del Cielo ed alla sua morte lì fanno ritorno; i Po, o Anime Corporee, che alloggiano nel polmone, coordinano gli aspetti psichici della vita vegetativa, le emozioni più istintive ed automatiche, i riflessi vitali istintivi, sono legati alla Terra dove, dopo la morte, lì si dissolvono.

Gli ideogrammi di Hun e Po sono costituiti da un radicale destro uguale ad entrambi, Gui, che significa spirito, fantasma; il pittogramma Hun ha inoltre, a sinistra, un altro radicale che rappresenta le nubi e quindi ne indica l'aspetto etereo legato al cielo mentre il radicale di sinistra di Po significa bianco, il colore legato alle ossa ed al movimento Metallo quindi espressioni yin, strettamente legate alla Terra. Po è legato quindi all'aspetto materico, corporeo ed il suo normale vigore permette di mantenere buone condizioni di salute e forza dell'organismo; è legato al corpo ma non si identifica con questo, ma è piut-

tosto la "coscienza corporea" che permette l'estrinsecarsi delle essenziali funzioni vitali. Hun è invece espressione yang, ed è definito come la "luce, la fiamma " di Po che ne è la sua radice. Mentre Po è identificabile con l'intelligenza corporea, Hun corrisponde all'immaginazione, all'aspetto onirico, alla trance.

Come per tutte le coppie yin-yang, lo stato naturale consiste nell'armonia dei due aspetti, quando yin e yang fluiscono, si integrano e si trasformano uno nell'altro mentre ogni alterazione dell'equilibrio dinamico dei due poli produce patologia. Se Po perde il legame di interazione e scambio con Hun rimane privo degli aspetti dinamici del pensiero, impoverito e chiuso su sé stesso, fissato sui propri aspetti patologici corporei, pensiero primitivo, privo di accesso al simbolico.

D'altra parte se Hun perde il legame con il suo corrispettivo corporeo ne deriva invece uno squilibrio in cui hun, slegato dalla coscienza corporea, produce attività mentale referente solo a se stessa, senza alcun legame con la realtà concreta, pensiero isolato che può addirittura creare proprie percezioni allucinate. Ci piace ricordare però che le potenzialità di Cielo e Terra possono permettere anche stati di coscienza alterati che non sono da additare come patologia. La separazione tra yin e yang che normalmente si identifica con la morte si può avere anche in raffinate pratiche meditative o nel sogno, quando il presupposto è il "vuoto del cuore", per raggiungere livelli di coscienza molto elevati dove ogni separazione è annullata. "Nel sogno ci si può trasformare ma nella veglia non si può: ciò è la separazione e l'unione di yin-yang, la separazione viene dal vuoto, mentre l'unione viene dal pieno. Questo è segno di Hun e Po, e in realtà costituisce anche la fine distinzione tra la vita e la morte. Se si riesce a far sì che il cuore sia completamente vuoto, allora sarà necessariamente limpido e tranquillo e in sogno si raggiungerà il punto critico tra la vita e la morte e la conoscenza giungerà a grandi profondità" [Leijing, 1624, libro III, cap. 9].

Yi e Zhi

Nel complesso sistema delle corrispondenze contemplato dalla Teoria dei Cinque Movimenti Yi e Zhi sono rispettivamente collerati alla milza ed al rene che li ospitano ma, come per le altre anime vegetative, anche queste non sono aspetti di sola pertinenza medica ma, come per Shen, Hun e Po, sottendono anche concetti filosofici ed universali oltre che gli specifici aspetti psichici corrispondenti e quindi semplificarne il significato non è facile. Yi si può tradurre come proposito, intenzione, aspirazione mentre Zhi indica la volontà, la determinazione a portare a termine i progetti.

Entrambi questi aspetti psichici sono strettamente legati al cuore: è il cuore che, se correttamente orientato, permette a desideri, e determinazione nel realizzarli, di dirigere e condurre l'uomo lungo l'asse della propria esistenza ma se tale imperatore è disorientato da passioni o emozioni eccessive o fuorvianti, proposito e volere si dissociano e disorganizzano e si è preda di turbamenti e squilibri psico-emotivi. La centralità del cuore in tali aspetti psichici è indicata dai rispettivi ideogrammi: quello che definisce Yi è formato nella parte inferiore dal segno del cuore mentre la parte soprastante rappresenta una nota musicale volendo così rappresentare l'armonica espressione del cuore che si manifesta in pensieri, aspirazioni, azioni armoniosamente coordinati da un responsabile direttore d'orchestra. "Quando il cuore si applica si parla di proposito" [Ling Shu, cap. VIII]. E' il "moto del cuore" che diventa cosciente, manifesto, anche solo a sé stessi ma comunque espresso in un suono interiore, in un proposito.

Lo Yi alloggia nella milza che corrisponde all'elemento Terra e quindi al movimento che accoglie, elabora e trasforma non solo i metaboliti e l'energia da questi estratta ma anche i pensieri, le emozioni che così elaborate divengono riflessioni indispensabili al cuore per formulare i propri propositi ed intenzioni. Se l'organo milza è in deficit ci può essere una insufficiente od alterata elaborazione psichica che porta ad un disordine mentale ed incapacità di analisi.

Molte sono le emozioni che possono ledere il qi della milza: la preoccupazione, la depressione, le rimuginazione eccessive attaccano l'energia dell'organo Terra e ne impediscono la normale attività bloccando tutte le trasformazioni. Si avrà così una incapacità a elaborare pensieri e propositi. Perché il proposito si realizzi è necessario l'intervento di Zhi, della volontà, espressione dello shen di rene: l'aspetto psichico del rene determina la capacità dell'uomo di realizzare quanto ha progettato. Zhi identifica la forza di carattere, la determinazione, la fermezza nel realizzare i propri intenti. Anche Zhi è una ulteriore manifestazione del cuore, che convinto nel suo proposito, persiste nella volontà e nel progetto per realizzarlo.

L'ideogramma di Zhi infatti è costituito sempre dal segno del cuore inferiormente e nella parte superiore da un radicale che indica una pianta che inizia al elevarsi dal suolo ad indicare qualcosa che cresce "appoggiandosi" ad un'attività del cuore, dello Shen, che avvalendosi dell'energia innata conservata nel rene, si concretizza verso un fine. Così l'intenzione, consolidata dalla riflessione e realizzata dalla volontà, può arrivare all'agire.

Secondo la filosofia taoista l'azione del saggio si adegua sempre al Tao ed è quindi prima di tutto consapevolezza del proprio Essere, capacità di saper adeguare e mantenere la propria essenza, i propri desideri ed azioni in armonia con l'interno e l'esterno, rispettandoli ed evitando sprechi e dispersioni di energia. La volontà Zhi è quindi alloggiata nel rene poiché questo organo conserva l'essenza vitale innata, Jing, di tutto l'organismo ed un attacco a tale organo è perciò molto grave poiché lede le basi stesse l'essere.

Un danno al rene determinato anche da fattori emozionali come la paura o la collera intense e protratte, portano non solo ad un indebolimento fisico generale ma anche un decadimento psichico e mentale con smarrimento e depressione, venendo a mancare lo scopo, il desiderio di vivere spinto dal moto del cuore e radicato grazie all'energia del rene. L'insieme delle animazioni psicospirituali dell'uomo, le varie impronte che lo Shen lascia negli organi, sono denominate "Ben Shen" e tradotte in diversi modi: "anime vegetative", "spiriti vitali",

"radici dello Shen". Ognuna delle "Ben Shen" può essere considerata come una forma particolare di psichismo inerente ad ogni organo. Sono cinque.

Lo **Shen**, che alberga nel cuore, che è considerato il sovrano degli altri organi, e rappresenta il centro dell'uomo, lo spirito vitale, l'intelligenza globale, la capacità di sintetizzare le informazioni ricevute ed accedere ad un livello più elevato di comprensione.

Lo Shen è la capacità di giudizio, la facoltà di percepire la realtà fondamentale delle cose, la conoscenza diretta, non distintiva. In MTC la conoscenza razionale, mediata è invece attribuita al cervello che fa parte di un gruppo di visceri denominato "Visceri Straordinari", che descriveremo in seguito.

Lo **Zhi**, che alberga nei Reni e che rappresenta la volontà, la capacità di agire, la buona condotta di vita.

Lo **Yi** che alberga nella milza e che rappresenta il proposito, l'intento, l'aspetto razionale del pensiero.

Lo **Hun**, che alberga nel fegato e che rappresenta la creatività, l'ideazione, la capacitàdi espressione, l'immaginazione.

Il **Po**, che alberga nel polmone, che rappresenta l'istinto, l'aspetto inconscio dellapsiche.

E' noto che secondo la Medicina Tradizionale Cinese (MTC) la malattia è sempre provocata da uno squilibrio tra le due polarità Yin e Yang, squilibrio che può essere dovuto a cause interne, esterne e varie. Ciascuna altera le funzioni degli organi e dei meridiani secondo specifiche modalità.

Tra le cause interne la MTC ricorda le 7 emozioni (gioia, tristezza o dolore, preoccupazione, pensosità, paura, terrore, rabbia), una alimentazione inadeguata, nonchè l'eccesso di lavoro, che in linguaggio moderno potremmo chiamare stress. Ogni organo è collegato a una particolare emozione ma gli organi che sostengono l'attacco di tutte le difficoltà emotive sono due: il Cuore e il Fegato. Trattare gli organi adeguati attraverso i rispettivi meridiani può servire a sostenere le persone che vivono un momento emotivamente stressante, contribuendo a ristabilire gli equilibri e a prevenire ulteriori crisi. Vediamo lo schema riassuntivo e sinottico sottostante (tabella 1), segnalando che, nelle forme protratte, si crea un esaurimento del Jing che comporta somatizzazioni gravi e spiega, in chiave energetica, come una disagio psichico, dopo uno stato solo disfunzionale, possa indurre anche patologie organiche severe e persino sviluppo di cancro.

Circa le piante da usare in chiave energetica invece si useranno:

- Stasi di Qi di Fegato: Tarassaco, Cynara, Cardo Mariano;
- Fuoco di Fegato: Lavanda, Passiflora e Biancospino;
- Iperattività dello Yang di Cuore: Valeriana e Passiflora;
- I Catarri ostruiscono il Cuore: Fumaria e Biancospino;
- Vuoto di Jing: Equiseto, Solidago e Achillea.

Sono utilizzati di preferenza Estratti Fluidi, a stomaco pieno, 15-30 gtt da una a tre volte al dì, per periodi di 1-3 mesi. ■

Sindrome	Sintomi	Punti da trattare	Meridiani da trattare
Stasi di Qi di Fegato	Alternanza dell'umore, ipocondralgie, toracalgie, ptosi gastrica, irritabilità. Lingua arrossata su bordi. Polso teso	LR3, GB34, PC6	ZuJueYin dal basso verso l'alto e dal 2 al 14 LR
Fuoco del Fegato	Maggiore collerosità ed irascibilità, cefalea, occhi rossi, vertigini, tonzi auricolari. Lingua arrossata e polso teso e rapido	LR2, GB20, GV20	ZuYueYin e ZuShaoYang in dispersione
Iperattività dello Yang di Cuore	Estrema agitazione, tachicardia, volto arrossato, insonnia, incubi, turbe mnemoniche. Polso rapido e lingua arrossata alla punta	CV14, BL15, H7	Disperdere ZuShaoYin Xin Jing
I Catarri ostruiscono gli orifizi del Cuore	Disfagia, lipotimie, scarsa vitalità, difficoltà di concentrazione. Polso scivoloso, lingua con patina gialla ed adesa nel 1/3 anteriore	15BL, 3H, 15CV, 9KI, 6PC, 24GV	Massaggio su Yin Wei Mai
Esaurimento del Jing	Astenia psicofisica, inaccettenza, smagrimento, deficit intellettivi. Lingua secca, polso rapido, profondo e vuoto	ST36, PC6, BL62	Massaggio intensificazione dall'1KI al 14KI

Tabella 1
Tavola sinottica generale di diagnosi e terapia.

Il contributo dell'omeopatia

Luigi Turinese

Medico, psicoterapeuta, esperto in omeopatia
E-mail: turiness@tin.it

L'ansia è definibile come un penoso sentimento di minaccia imminente, che deriva dall'attesa di un pericolo di cui non si conoscono natura e provenienza. Ne consegue una momentanea disorganizzazione del comportamento e delle funzioni cognitivo-volitive. Si tratta del disturbo psichiatrico più comune: colpisce infatti il 20% della popolazione. Raramente si presenta come un disturbo "puro": la depressione, ad esempio, comprende sempre elementi di ansia.

Dal punto di vita fisiopatologico, l'ansia si presenta sotto la forma di sindromi funzionali diverse legate a disordini autonomici, il cui correlato psicopatologico è uno stato permanente di allarme e di paura. L'ansia è uno stato affettivo puro; quando vi si accompagnano sintomi somatici, si parla propriamente di angoscia. Sotto il profilo clinico, la sintomatologia ansiosa si sostanzia in tre elementi: immagine peggiorativa dell'esistenza; attesa di un pericolo; disperazione. Il quadro clinico dell'angoscia è più variegato. Esso può comprendere sintomi respiratori (dispnea), sintomi cardiovascolari (tachicardia, extrasistolia), sintomi digestivi (dalla pirosi ai dolori crampi formi), sintomi urinari (disuria, "false cistiti"), sintomi neuromuscolari (contratture dolorose, fino alla fibromialgia), sintomi cutanei (non dimentichiamo che la comune origine embriologica di cute e sistema nervoso rende conto di numerose somatizzazioni cutanee).

La nevrosi d'ansia è un quadro psicopatologico di base che può evolvere verso quadri particolari come la nevrosi fobica, l'ipocondria, la depressione o le psicosomatosi.

La nevrosi fobica si distingue dalla paura perché non scompare di fronte all'esame di realtà e si distingue dal delirio perché il fobico è consapevole dell'irrazionalità dei suoi timori. Le fobie si associano spesso alle ossessioni dando luogo a un quadro di nevrosi ossessivo-fobica. La nevrosi ossessiva riguarda la condizione di un paziente spinto incoercibilmente a compiere atti o ad astenersene; a formulare pensieri coatti, estranei e invasivi. La reiterazione delle ossessioni conduce all'attuazione di rituali ripetitivi. Si distinguono quattro tipologie di ossessioni: semplici, interrogative, inibitrici, impulsive.

Si distinguono cinque forme cliniche dell'ansia: il disturbo da attacco di panico (DAP), gli stati di stress posttraumatico (PTDS), gli stati ansiosi generalizzati, le fobie sociali e gli stati ossessivo-compulsivi (OCD).

Il DAP consiste in attacchi di panico ricorrenti e imprevedibili, seguiti da almeno un mese dal persistente timore di un nuovo attacco. Esso esordisce in genere dopo i 20 anni e può essere scatenato da situazioni stressanti, abuso di farmaci o di sostanze. Il suo quadro clinico si sostanzia in una crisi simpatica comprendente difficoltà respiratorie, instabilità, paura di morire e/o di impazzire, sensazione di irrealtà, alterazione della termoregolazione, disturbi digestivi, parestesie, tachicardia, sudorazioni, tremori. In un'alta percentuale di pazienti con il DAP viene riconosciuta una predisposizione genetica. Il 50% dei soggetti in questione è anche affetto da depressione, il che è in accordo con la buona risposta terapeutica - oltre che alla psicoterapia - ai farmaci antidepressivi.

I PTDS si manifestano come un disturbo ansioso che colpisce soggetti che sono stati testimoni di eventi particolarmente stressanti. La sintomatologia consiste in episodi ricorrenti di terrore collegati ad attivazione del sistema adrenergico, disorientamento emotivo e senso di prostrazione. Il 50% di questi pazienti presenta anche DAP. La terapia prevede l'uso di propanololo o clonidina. Gli stati ansiosi generalizzati si manifestano come preoccupazioni sproporzionate della durata di almeno sei mesi che si accompagnano a tensione motoria, iperattività neurovegetativa, aumento dello stato di vigilanza, difficoltà di concentrazione. La terapia prevede l'uso di benzodiazepine, SSRI, antidepressivi triciclici (come la amitriptilina, l'imipramina e la clomipramina).

Si denominano fobie sociali le conseguenze di una timidezza esagerata, che si caratterizzano per un'ansia persistente ad affrontare determinate situazioni sociali (parlare o firmare in pubblico, incontrare altre persone, effettuare telefonate e così via). In tali condizioni coesistono sintomi fisici (per es. l'ereutofobia, il cosiddetto "arrossire") e sintomi cognitivi. Il trattamento prevede la psicoterapia e l'uso di SSRI.

Il disturbo ossessivo-compulsivo (OCD) è una condizione cronica caratterizzata da ossessioni (dubbi o paure) e pulsioni incontrollabili. Per alleviare lo stato d'ansia che ne deriva, il paziente esegue atti ripetitivi (compulsioni). In questa condizione si osserva un'alterazione dei nuclei della base (in particolare, un'esaltazione dell'attività del nucleo caudato). Anche in questi casi, la psicoterapia può essere affiancata dall'uso di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), il cui "capostipite" è la fluoxetina (Prozac). Entrambi i trattamenti provocano una diminuzione di attività del nucleo caudato (ci sono evidenze di *brain imaging*), in accordo con il dato fisiopatologico sopra ricordato.

Affrontare l'ansia con un approccio omeopatico è sicuramente possibile, fatte alcune premesse. Se il fenomeno è acuto o subacuto, come si verifica nel caso di prove o esami o in attesa che normali situazioni della vita trovino una definizione, l'aspettativa di un rapido miglioramento

è realistica. Nei casi cronici, nei quali la struttura della personalità si è formata su imprinting remoti o qualora il soggetto sia sottoposto a stress ripetuti o di lunga durata, il trattamento sarà più complesso: oltre a prevedere l'uso di medicinali di fondo (o di terreno) e/o costituzionali, non di rado sarà opportuno indirizzare il paziente verso una qualche forma di psicoterapia.

Descriverò di seguito le patogenesi sperimentali di alcuni medicinali per quanto attiene alla presenza in esse di una sintomatologia ansiosa. La posologia risponde alle regole consuete: la scelta della diluizione più appropriata tiene conto del livello di similitudine, sebbene - trattandosi di disturbi nervosi - le diluzioni medio-alte siano comunque preferibili; la frequenza di somministrazione segue l'andamento clinico, nel senso che nei casi acuti può essere pluriquotidiana, mentre nei casi cronici va da una volta al dì sino a una volta alla settimana; la durata del trattamento, infine, è estremamente variabile, per cui il paziente va periodicamente monitorato, evitando tuttavia di sollecitarlo a troppo frequenti autovalutazioni, pena il rischio di sollecitare il tratto ansioso della personalità.

Aconitum napellus - Crisi di angoscia ad aggravamento notturno, con parestesie, sintomi pseudocardiaci, paura della morte. Sebbene Aconitum sia noto soprattutto nel trattamento di certi tipi di febbre a insorgenza rapida, si rivela una buona soluzione anche in caso di DAP, di cui riproduce la subitaneità e la sintomatologia di eretismo cardiaco.

Argentum nitricum - È il medicinale elettivo quando vi sia ansia di anticipazione in pazienti fobici, concitati e angosciati, con diarrea, gastralgie, pollachiuria, vertigini, disfonia, paura del vuoto. Merita anche un posto di primo piano nella terapia del DAP cronico.

Gelsemium sempervirens - Noto semplicisticamente come "il rimedio degli esami", descrive in effetti un'ansia di anticipazione con inibizione psicomotoria, fino quasi allo stato stuporoso. Possono coesistere diarrea, tremore e cefalea. Anche Gelsemium può vantaggiosamente impiegarsi nel DAP, in particolare nella variante "paralizzante".

Ignatia amara - Appartenente alla famiglia delle Loganiacee, come il medicinale precedente e il successivo, Ignatia corrisponde a stati ansiosi generalizzati scatenati da cause affettive, con estrema variabilità dell'umore e sintomi contraddittori e paradossali migliorati dalla distrazione.

Nux vomica - La sintomatologia evocata da questo medicinale è figlia dei nostri tempi, per cui potremmo dire che se sapessimo gestire meglio lo stress le prescrizioni di Nux vomica crollerebbero. Siamo di fronte a uno stato ansioso generalizzato in pazienti iperattivi, impazienti, irritabili, con stile di vita poco salutare e spesso affetti da dispepsia non ulcerosa.

Come canta Battiato: "Sulle strade al mattino il troppo traffico mi sfianca; mi innervosiscono i semafori e gli stop, e la sera ritorno con malesseri speciali. Non servono tranquillanti o terapie, ci vuole un'altra vita [...] Non servono più eccitanti o ideologie, ci vuole un'altra vita".

Arsenicum album - Terreno ansioso con OCD in pazienti con carattere anale (meticolosità, precisione, avarizia).

Arnica montana - PTDS.

Calcarea carbonica - A dispetto del carattere lento e flemmatico, il tipo sensibile presenta note ansiose sin dall'infanzia, con frequenti sintomi di spasmofilia normocalcemica.

Lycopodium clavatum - L'ansia è prodotta dal senso di inadeguatezza del tipo sensibile, legato a un "ideale dell'io" molto alto e pertanto irraggiungibile (perfezionismo, temperamento autocritico e ipercritico).

Lachesis mutus - Stati di ansia generalizzata in pazienti suscettibili, gelosi, ciclotimici. Si tratta di un correlato frequente della sindrome climaterica.

Phosphorus - Rappresenta una tipologia sensibile caratterizzata da morfologia longilinea, amabilità, socievolezza, desiderio di relazioni. Al crepuscolo appare sovente uno stato ansioso.

Iodum - Nella sua patogenesi è riprodotto il correlato neuropsichico dell'ipertiroidismo.

Medorrhinum - Bioterapico del modello reattivo sicotico, sul piano psichico presenta stati di ansia generalizzata: frettolosità febbrile e inefficace, incapacità di eseguire attività fini e di precisione, agitazione delle estremità. ■

Bibliografia

- AA. VV.: La cura dell'infelicità, Theoria, Roma-Napoli 1994.
- Barbancey, J.: Pratique homéopathique en psychopathologie, tome 2, Editions Similia, Le Poiré-sur-Vie 1987.
- Ey, H. – Bernard, P. – Brisset, C. (1978): Manuale di psichiatria, Masson, Milano 1979.
- Galimberti, U.: Dizionario di psicologia, Utet, Torino 1992.
- Gabbard, G.O. (1994): Psichiatria psicodinamica, Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.
- Jouanny, J. – Crapanne, J.B. – Dancer, H. – Masson, J.L. (1988): Terapia omeopatica. Possibilità in patologia cronica, Ariete Edizioni, Albano S. Alessandro (BG), 1993.
- Kandel, E.R. – Schwartz, J.H. – Jessell, T.M. (2000): Principi di neuroscienze, Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2003.
- Turinese, L.: Modelli psicosomatici. Un approccio categoriale alla clinica, Elsevier, Milano 2009.

Il contributo della fitoterapia

Gabriele Saudelli

Medico, esperto in fitoterapia
E-mail: gabrielesaudelli@tiscali.it

Nella tradizione occidentale mediterranea sono diverse le droghe vegetali cui viene attribuita azione ansiolitica, a partire dalla classica Camomilla per anni fonte di vessazione nei confronti di poveri ed ignari genitori che la somministravano ai propri figli, tentando invano di placarli; difatti, a parte Camomilla romana, usata in infusione in acqua bollente per non più di due minuti primi, *Matricaria chamomilla* flos, la camomilla volgare ha forse più un effetto eccitante ed irritante (dovuto al camazulene, l'azulene proprio della pianta) che non sedativo.
Ho visto bambini pestiferi accompagnati da genitori con occhiaie da zio Fester della famiglia Addams, che meno dormivano, più camomilla gli veniva data e più eccitati erano. Tanto per confondere un po' le idee, la Camomilla romana non è camomilla, ma *Anthemis nobilis*[1] o, meglio, *Chamaemelum*[2], della famiglia delle Compositae (o Asteraceae), e non è nemmeno romana, ma di origine francese, germanica, ungherese, svizzera od inglese, tanto che un sinonimo è Falsa camomilla (Svizzera)[3]. E' questa la varietà che si utilizza maggiormente in cosmesi (bisabololo) per conferire ai capelli un colore più chiaro. Venne trovata (miracolosamente) da tale Giovacchino Camerario nel 1588, del tutto casualmente, nei dintorni della capitale e così nacque l'equivoco. Ed io mi sono tolto un peso: erano anni che volevo diffondere questi dati.
Un'altra droga vegetale cui viene attribuita attività sedativa è Biancospino, *Crataegus oxyacantha*, folium cum flore[4]. Farmaco fantastico per il cuore, proponendogli aumento della circolazione coronarica, attività antiaritmica (inibente i canali di K^+) ed inotropa e batmotropa positiva, ma, secondo il mio modestissimo parere, chi leggeva le proprietà di biancospino o era pigro, o aveva fretta, fatto sta che lesse sedativo, ma non il lemma successivo, cioè cardiaco. Almeno, in questo caso, la improvvida somministrazione - a meno che non sia somministrata contestualmente digitale, che ne viene potenziata - non può causare effetti collaterali degni di questo nome, visto che anche a dosi generose non sono ancora stati registrati effetti dannosi: poche sono le droghe vegetali che possono vantarlo.
La più classica Valeriana, *Valeriana officinalis*, radix è, invece, di antica tradizione nella medicina mediterranea, dato che l'effetto ipnoinducente venne già descritto da Ippocrate. I principi attivi sono acido valerenico, borneolo, sesquiterpeni. La somministrazione è semplice, come infuso: grammi 3 per tazza, anche più volte al giorno. Si trova spesso in forma estratta e va somministrata in relazione alla dose già esposta: quindi un estratto secco D:E 5:1, ne comporterà una dose di circa mg 600, una o più volte al giorno. Come tintura, da mezzo ad un cucchiaino da una a tre volte al dì. Il meccanismo di azione coinvolge il sistema dell'acido gamma-aminobutirrico (GABA) ed il recettore per le benzodiazepine, tanto che occorre attenzione, alle dosi predette, in caso di contemporanea somministrazione di diazepine o anche di anticonvulsivanti, specie barbiturici; addirittura è stato descritto il caso di un paziente che, in vicinanza di un intervento chirurgico, sospese l'assunzione della droga, con comparsa di tachicardia, agitazione psicomotoria e oliguria; una vera e propria sindrome da astinenza, corretta con la somministrazione di benzodiazepine.
Raramente può dare sonnolenza diurna o cefalea, sintomi dose-dipendenti ed in correlazione allo stato di sensibilità individuale. La dose è sempre molto importante: spesso le droghe vegetali sono misconosciute e vengono trattate quali rimedi di poca entità; così nascono i problemi derivanti dal sotto - o, al contrario, dal sovra-dosaggio.
La droga vegetale è un farmaco, a tutti gli effetti e ne vanno conosciuti dosi, indicazioni, controindicazioni ed effetti collaterali, alla stregua di qualsiasi altro farmaco di sintesi; è anche vero, per contro, che la somministrazione per os, la peculiarità del rimedio (veramente) naturale, fa sì che gli effetti indesiderati siano nettamente inferiori a quelli segnalati in letteratura per quanto concerne i farmaci di sintesi. Però ci sono e non vanno sottovalutati[5].
Spesso si associa a Valeriana la Passiflora, *Passiflora incarnata*, di cui si usano fiori e foglie. Mutua il suo nome dalla peculiare conformazione del fiore, ove spiccano tre stili, circondati da una sorta di corona che appare come la corona di spine apposta sul capo di Cristo dai miliziani romani prima della crocifissione. Pare che la corona di spine fosse costituita dai rami di *Ziziphus jujuba*, varietà spinosa, di cui tratterò più avanti.
Tornando al nostro fiore, i tre stili simboleggerebbero per alcuni la Trinità, per altri i chiodi; la pianta, originaria del Sud America venne così chiamata dai missionari al seguito dei conquistadores. Quindi fiore della Passione, intesa questa come patimento prima della uccisione del "Re dei giudei", così come il frutto che ne nasce, il Frutto della Passione, dotato di apprezzabili capacità remineralizzanti (Fe, K) e revitaminizzanti (A e

C), noto anche come maracuja o grenadilla, non deve indurre ad interpretazioni di altro genere, come spesso accade.
Tornando al fiore/parti aeree, esso contiene flavonoidi, cumarine ed alcaloidi armanici che su sezioni di muscolo liscio di animale giustificò la presunta azione spasmolitica. alcaloidi indolici: armano (passiflorina), armolo, armina, armalna, armalolo. flavonoidi: apigenina, vitexina, querctina, isovitexina, luteolina, orientina, isoorientina, saponaretina, kempferolo, schaftoside, lucenina, rutina. steroli: sitosterolo, stigmasterolo. olio essenziale; pectine; maltolo; etilmaltolo; tannini; acidi polifenolici[6]. L'effetto è per lo più imputabile ai flavonoidi (apigenina, vitexina, quercetina, isovitexina, kempferolo, rutina e crisina, agonista parziale recettore benzodiazepine, etc.) che ne giustificano l'impiego in ansia, insonnia, irritabilità e nelle sindromi peri- e post-menopausali.
La dose come infuso è di circa 2 grammi da mantenere in acqua bollente per quindici minuti, poi filtrare ed assumere fino a tre volte al dì. La tintura prevede un cucchiaino da tea da due a tre volte al dì. Come Valeriana, anche Passiflora può elicitare gli effetti delle benzodiazepine. In letteratura è stato segnalato un caso di vasculite cutanea e orticaria, cinque di stato confusionale ed uno di nausea, vomito, sonnolenza, alterazioni elettrocardiografiche (aumento dell'intervallo QT e aritmia ventricolare). Data la frequente diffusione ed utilizzo di tale droga, oserei affermare che l'impiego, anche pediatrico, possa ritenersi abbastanza sicuro.
Ho precedentemente fatto cenno a *Ziziphus jujuba*, varietà spinosa[8]: è una varietà di giuggiola di cui si utilizza il seme. Frequente è l'utilizzo in medicina tradizionale cinese, in cui la denominazione botanico-medica è *Suan Zao Ren*. I principi attivi conosciuti sono flavonoidi, triterpeni, acidi organici, acidi grassi, β-carotene, AMP ciclico e GMP ciclico.
La sua attività è diretta al cuore, che in Cina è la sede dei sentimenti e delle passioni: l'impiego che se ne fa è come sedativo, tonico nervino (eufemismo per l'apoftegma "Ma perché non sei andato/a da un altro medico" che il terapeuta vorrebbe rivolgere al/alla paziente), ossitocico (per cui è meglio astenersi dal prescriverlo in gravidanza), indicato nelle aritmie cardiache, cardiopalmo, ipersudorazione e, ovviamente, insonnia.
Esperimenti farmacologici effettuati su animali trattati con i semi di *Zizyphus jujuba* hanno evidenziato effetti miorilassanti ed ipnoinducenti. I flavonoidi e le saponine contenute nei semi di *Zizyphus jujuba* sono state ampiamente testate per l'attività ansiolitica ed ipnoinducente, sia da sole che in associazione con ansiolitici classici. Generalmente, agiscono diminuendo i livelli di neurotrasmettitori monoaminici cerebrali e producendo un effetto miorilassante. Se impiegate in associazione, producono un sinergismo d'azione nell'ipnosi indotta da ansiolitici di origine sintetica e assunti abitualmente in terapia, come barbiturici o benzodiazepine. L'effetto è dovuto ad un potenziamento dell'interazione farmaco-recettore a livello cerebrale. In medicina cinese è il rimedio principe nelle insonnie.
Vanta, inoltre, un interessante effetto ipotermizzante, estremamente utile nel trattamento dei sintomi relati alla sindrome menopausale. La dose in decotto è di grammi 10-15; reperibile in estratto secco 5:1 (quindi capsulabile), se ne possono somministrare - in questa forma farmaceutica - grammi due o tre al dì, anche in dosi refratte nell'arco della giornata, in modo da preparare il paziente all'orario notturno.
In associazione ad altre droghe come *Anemarrhena asphodeloides*, *Ligusticum chuanxiong*, *Poria cocos* e *Glycyrrhiza uralensis* costituisce il principale ingrediente della formulazione Suan Zao Ren Tang[9], ove Tang significa semplicemente decotto, quindi decotto di seme di giuggiola spinosa. Come tale (in commercio in compresse di estratto secco) si utilizza nelle sindromi ansiose, con insonnia, palpitazioni, tachicardia.
Molto maneggevole e sicura. La paziente più giovane cui ho somministrato la ricetta, ovviamente tenendo ben presente il peso corporeo ed il dosaggio conseguente, aveva appena due mesi di vita: non aveva mai dormito dopo il parto; sono state sufficienti tre dosi serali per ripristinare o, meglio, indurre un decente ritmo sonno/veglia. Ovviamente le interazioni sono di potenziamento dei rimedi di sintesi, ipnotici o sedativi che siano.
Un altro rimedio della farmacopea cinese, ben presente anche in quella dell'Europa orientale, sempre più studiato ed utilizzato, è *Scutellaria baicalensis*, radice, in cinese Huang Qin[10]. Chi legge ne condividerà il mio entusiasmo: è droga decisamente polivalente, dato che si passa dalla azione antibiotica: streptococchi, stafilococchi, diplococco pneumoniae, pseudomonas, b. Koch, leptospire, a quella antistaminica, all'azione antipiretica, a quella ipotensiva e diuretica, per passare all'azione azione coleretica e ipocolesterolemizzante, ovviamente non trascurando l'azione sedativa sul SNC.
Aggiungo la sua azione significativamente inibente la riduzione della sintesi di PGE_2 su due linee cellulari di ca prostatico una androgeno-dipendente, l'altra non androgeno-dipendente; uno studio su cavie animali dimostrò riduzione del 50% della massa tumorale dopo un trattamento di appena 7 settimane. Sembra pertanto che si stia profilando un chemioterapico molto promettente[11] per il futuro. Non solo per noi maschietti: sono da poco comparsi promettenti studi su ca. mammella, fegato e colon[12]. Ma sto uscendo dall'argomento: la baicaleina, uno dei suoi principi attivi, agisce sul neurone GABA-ergico[13], come le benzodiazepine, promuovendo un aumento dell'ingresso di ioni Cl, rendendo più difficile la depolarizzazione e quindi riducendo l'eccitabilità neuronale, comportandosi, di conseguenza, come un classico ansiolitico[14].
Un altro principio attivo reperito nel 1997 è la melatonina: attualmente è la pianta a più alto tasso di melatonina conosciuta[15]. Il che aiuta a comprendere ancor meglio il suo ruolo nel trattamento dell'insonnia. La dose per decotto è di 3-12 grammi/die; esiste in estratto secco 5:1, per cui verranno prescritti, secondo caso, peso ed età mg. 600, fino al massimo di g. 2,4 al dì, diluito in acqua o capsulato.

Gravidanza: si usa nella minaccia d'aborto, specie se accompagnato da Atractylodes macrocephala, anche come prevenzione, nelle pazienti predisposte.
Classicamente è controindicato nelle diarree dovute al freddo (così come nella minaccia d'aborto, se provocata da esposizione al freddo: ha infatti azione antipiretica, nel pieno senso letterale che il termine comporta). In questo esempio di droga vegetale, si può evincere l'importanza della ricerca in fitoterapia. Interagisce, potenziando, con warfarin e in genere con anticoagulanti (eparinoidi, dabigatran).
Concluderei con una droga molto comune: *Melissa officinalis*, folia[16]. Un classico ipnotico/sedativo, ma è anche gentile spasmolitico del tratto digerente e carminativo. I principi attivi sono numerosi. Olio essenziale: citrale (miscela delle due aldeidi diasteroisomere geraniale e nerale), citronellale, geraniolo, eugenilacetato, cis e trans beta ocimene, linalolo, citronellolo, beta cariofillene, alfa cubebene, copaene, beta bourbonene, germacrene D. Il citronellale e altre molecole contenute nell'olio essenziale intervengono sui recettori per il TSH.
Flavonoidi: letueolin 7 glucoside, ramnazina, cosmosiina, ramnocitrina, isoquercitrina. Acidi polifenolici legati con legame glicosidico: acido rosmarinico, acido caffeico, acido clorogenico, acido ferulico, acido protocatechico. Triterpeni: acido ursolico, acido oleanolico, acido pomolico. Mucillagini costituite da glucosio, xilosio, ramnosio, acido galatturonico. zuccheri: planteosio, saccarosio. Polisaccaridi, tannino, canfora, acido succinico[17].
Utilizzata in infusione alla dose per tazza di 1,5-4,5 grammi, anche più volte al giorno. E' questa forse la forma di assunzione più idonea in corso di problemi digerenti con spasmi. Si può reperire la tintura alcoolica di pianta e, in tale caso, da trenta a quaranta gocce tre volte al dì o, come estratto fluido 1:1: 15 gocce TID, in poca acqua tiepida. L'azione emmenagoga ne sconsiglia l'impiego in gravidanza. Inoltre, con meccanismo ancora non chiaro, interferisce sui siti ricettoriali di TSH della tiroide, determinando, nella lunga somministrazione, ipotiroidismo. Non nota, invece, è la eventuale interferenza con trattamento mediante tiamazolo/metimazolo.
Più tranquilli? ■ *[Bibliografia su www.siomi.it]*

13-15 ottobre 2011, Catania

EtnaOmeoMeeting

Seminario di approfondimento
in omeopatia clinica pratica
sul vulcano più alto d'Europa

Programma sul sito SIOMI

Tel.: 055.6800.389 - Fax: 055.683.355
E-mail: segreteria@siomi.it

Documentazione generale e di riferimento sulla PNEI

Ader, R., Psychoneuroimmunology, IV edizione, vol. 1 e 2, Academic Press, Amsterdam, 2007. Si tratta del testo classico sulla materia, pubblicato per la prima volta nel 1981.

Berci, I., Szentivanyi, A., New foundation of biology, Elsevier, Amsterdam, 2001. Un testo tecnico pieno di suggestioni di ricerca.

Bottaccioli, F., Il sistema immunitario, la bilancia della vita, II ed., Tecniche Nuove, Milano, 2008. Uno studio approfondito sul sistema immunitario, con un capitolo finale su comportamenti e immunità.

Bottaccioli, F. Psiconeuroendocrinoimmunologia, II ed., Milano, 2005. Un testo ormai classico che è adottato nelle Università italiane. Questa edizione è stata riscritta, ampliata e aggiornata.

Carosella, A. Bottaccioli, F., Meditazione, psiche e cervello, Milano, 2003. Una sintesi degli studi scientifici sugli effetti della meditazione sul cervello e sulla salute.

Chrousos G., Neuroendocrine and immune crosstalk, Annales of New York Academy of Sciences, New York, 2006. Atti del recente congresso della Società internazionale di neuroimmunomodulazione.

Jablonka, E., Lamb, M., Evoluzione in quattro dimensioni, UTET, Torino, 2007. Testo di notevole interesse, scritto da due biologhe e filosofe della scienza, che demolisce la Sintesi neo-darwiniana.

Marmot, M., The status syndrome. How social standing affects our health and longevity, Times Books, H. Holt & Co., New York, 2004. Un testo divulgativo di epidemiologia sociale scritto da uno dei maggiori studiosi, che documenta le influenze che l'ambiente sociale ha sulla salute e sulla longevità.

McEwen, B., Handbook of physiology. Coping with environment: neural and endocrine mechanisms, vol. IV, sec. VII, Oxford University Press, Oxford 2001. Un testo tecnico curato da uno dei maggiori neuroendocrinologi internazionali, che fa parte della famosa serie del Manuale di Fisiologia che dal 1987 viene pubblicato dalla Società americana di fisiologia. Decisamente importante per chi ha interessi di ricerca.

McEwen, B., The end of stress as we know it, Dana Press, Washington D. C., 2002. Si tratta di un libro divulgativo molto bello, dove lo scienziato illustra la sua visione innovativa della biologia dello stress.

Selye, H., The stress of life, II edizione, McGraw-Hill, New York 1976. È il testo più famoso del padre dello stress. In questa edizione, l'ultima, Selye presenta un aggiornamento di grande interesse ed efficacia.

Istruzioni per gli autori

I manoscritti devono essere redatti seguendo scrupolosamente le norme di seguito specificate. Non verranno presi in considerazione articoli non uniformati a tali standard.

Dove inviare i manoscritti

L'invio del manoscritto presuppone che il lavoro non sia stato già pubblicato e, se accettato, non verrà pubblicato altrove né integralmente né in parte. Tutto il materiale iconografico deve essere originale, qualora l'iconografia sia tratta da altre pubblicazioni deve essere corredata dal permesso scritto dell'Editore. Il lavoro può essere recapitato alla SIOMI per e-mail (**segreteria@siomi.it**) o inviando copia del manoscritto e delle figure su CD, alla rivista HIMed c/o ISMO, Via Adolfo Venturi, 24 - 00162 Roma.

Copyright

I manoscritti e il materiale iconografico rimangono proprietà della SIOMI. **Ai lavori deve essere acclusa la seguente dichiarazione, firmata da tutti gli Autori:** I sottoscritti Autori (segue il nome per esteso di tutti gli Autori) trasferiscono il copyright del manoscritto intitolato (segue il titolo dell'articolo) alla SIOMI, Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata. Essi dichiarano che l'articolo non è stato pubblicato in precedenza né al presente sottomesso ad altri giornali per la pubblicazione.

Formato dei manoscritti

1. Le pagine devono essere numerate consecutivamente e così anche tabelle (numeri romani) e figure (numeri arabi) con relative didascalie.
2. Sulla prima pagina vanno indicati: titolo dell'articolo, nomi per esteso degli Autori, istituzioni di appartenenza di ogni singolo Autore, titolo breve (max 40 battute); nome, indirizzo (posta ordinaria e di posta elettronica), telefono dell'Autore di riferimento.
3. Deve precedere l'articolo un riassunto di circa 200 parole, con 3-4 parole indice. I contributi originali a carattere scientifico devono essere impostati secondo il seguente schema: a) titolo; b) riassunto; c) introduzione; d) materiali e metodi; e) discussione; f) eventuali ringraziamenti; g) bibliografia.

Bibliografia

Deve essere essenziale, ma completa ed aggiornata.
Le voci bibliografiche devono essere numerate consecutivamente nell'ordine di citazione riportato nel testo.
I titoli delle riviste vanno abbreviate secondo l'Index Medicus.

Esempio di articolo di giornale: Lebel MH, Freij BJ, Syrogiannopoulos GA, McCracken GS. Dexamethasone therapy for bacterial meningitis. N Engl J Med 1988; 15: 964-71.

Esempio di libro: Blumberg BS. The nature of Australia antigen: infectious and genetic characteristics. In: Popper H, Schaffner F, editors. Progress in liver disease. Vol. IV. New York and London: Grune and Stratton; 1972. p. 367-79.

Tabelle e figure

Tabelle e figure vanno richiamate nel testo e numerate consecutivamente. Le figure devono essere presentate sotto forma di file JPG (anche in PowerPoint o PDF) oppure di stampe professionali **in bianco e nero**, nitide, di dimensioni non superiori a 18x24 cm, riportando a parte le relative didascalie, definendo tutti i simboli e le abbreviazioni usate. Ogni illustrazione deve portare sul retro, su un'etichetta adesiva, il numero progressivo, il nome del primo Autore e l'indicazione dell'orientamento. Eventuali illustrazioni a colori saranno pubblicate a spese degli Autori.

Bozze di Stampa

La correzione delle bozze di stampa dovrà essere limitata alla semplice revisione tipografica, eventuali modifiche del testo verranno addebitate agli Autori. Le bozze verranno inviate per e-mail, gli Autori dovranno rinviarle entro 5 giorni dalla data di ricevimento. Le bozze non ricevute entro tale termine saranno considerate approvate dall'Autore per la pubblicazione.

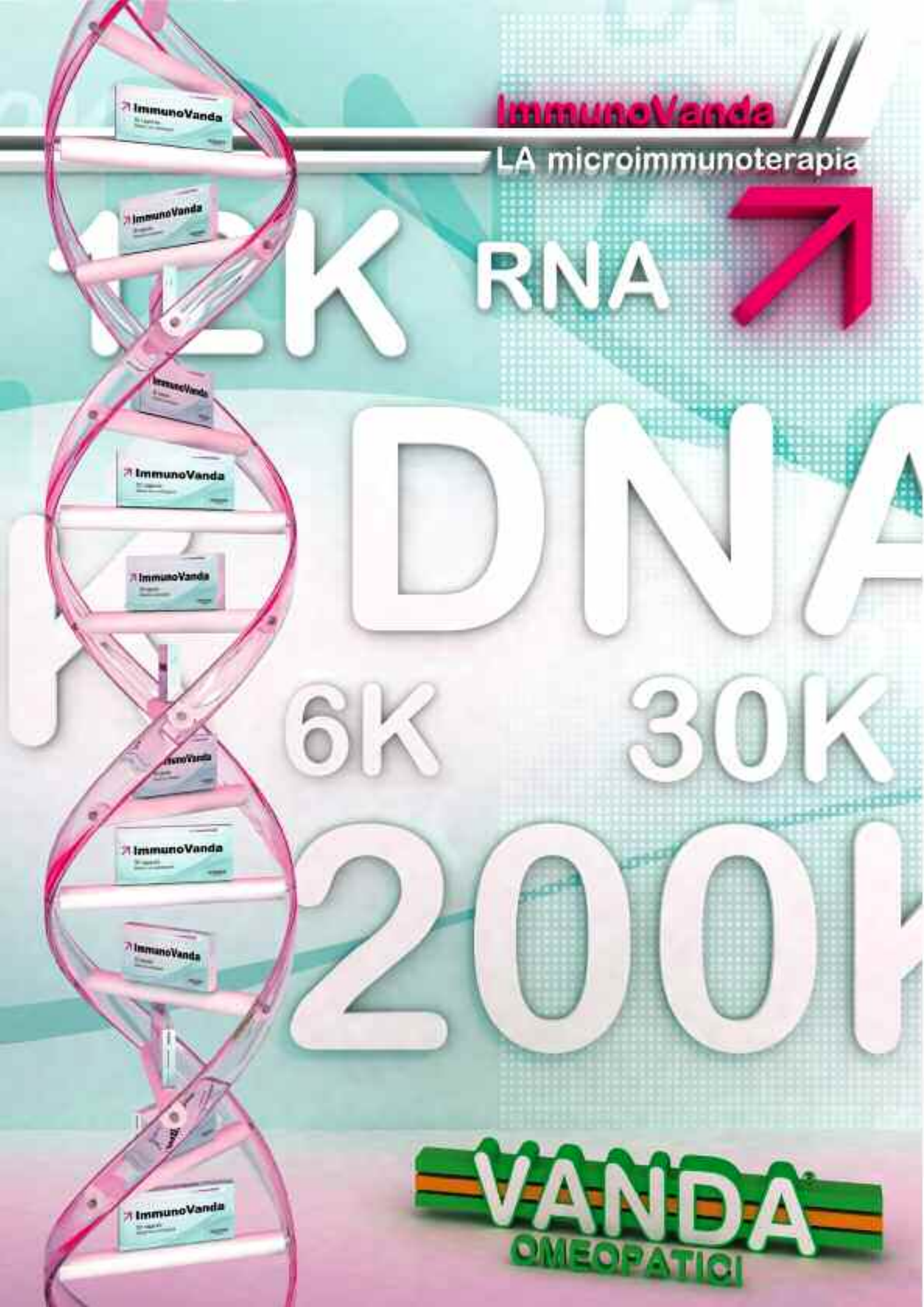
Estratti

Estratti a pagamento potranno essere richiesti alla SIOMI al momento della correzione delle bozze.

ELENCO DI CONTROLLO

Si prega di controllare questo elenco prima di inviare l'articolo

- Titolo corrente.
- Nomi per esteso degli Autori.
- Autore di riferimento (con relativi recapiti).
- Qualifica e istituzioni di appartenenza di ogni singolo Autore.
- **Lettera di trasferimento del *copyright*.**
- Riassunto di circa 200 parole.
- Parole indice (keyword).
- Una copia del testo inviata via e-mail.
- Le figure con relative didascalie numerate.
- Indicazioni bibliografiche nel testo e bibliografia (secondo istruzioni).


ImmunoVanda
LA microimmunoterapia
RNA
DNA
6K
30K
200K
VANDA
OMEOPATICI