



E. Sclauzero

RIASSUNTO

Scopo della ricerca è analizzare le possibili correlazioni tra presenza di elevati livelli di acidosi tissutale e stress ossidativo con maggiore incidenza di malattie cronico-degenerative e neoplastiche in un campione di 500 pazienti inclusi in base all'ordine di arrivo in ambulatorio (Dicembre 2005-Aprile 2007), giunti all'osservazione per problematiche varie: psicologico-relazionali, dietetico-nutrizionali, disturbi acuti correlati all'attività sportiva e/o traumatica, patologie artrosiche e/o cronico-degenerative, problematiche ginecologico-sessuali e neoplastiche.

– La valutazione dei parametri biofisilogici è stata effettuata mediante: B.I.A. (Bioelectrical Impedance Analyzer – Analisi della Composizione Corporea) e TOM.E.EX. (Tomografia Elettrolitica Extracellulare); l'aspetto psicologico è stato valutato mediante Floritest. Inoltre, è stato fornito un questionario relativo ai Sintomi Vaghi ed Aspecifici (M.U.S. - Medical Unexplained Symptoms) per la valutazione del grado di compromissione del Sistema Neurovegetativo.

La parte introduttiva, unitamente alle nozioni sul danno ossidativo, le correlazioni psicologiche e gli indirizzi terapeutici, pone la premessa da cui parte la ricerca clinica, illustrata in Materiali e Metodi.

Successivamente, sono presentati i dati relativi ai 500 casi considerati, l'elaborazione dei dati e le significatività statistiche emerse, evidenziando le correlazioni tra l'aumento del livello di acidosi tissutale e di stress ossidativo unito alla maggiore incidenza di conflitti psicologici, la conseguente alterazione del Sistema Neurovegetativo evidenziata dai M.U.S. e la parallela insorgenza di malattie cronico-degenerative e neoplastiche. In conclusione, si evidenzia l'importanza dell'assunzione di integratori con proprietà antiossidanti ed alcalinizzanti che possano compensare l'equilibrio omeostatico spesso alterato da una nutrizione scorretta e dall'ingestione di eccessive sostanze acidificanti e prive qualitativamente più che quantitativamente di sufficienti apporti vitaminici e

LA MATRICE EXTRACELLULARE: PUNTO D'INCONTRO TRA PSICHE E SOMA

*THE EXTRACELLULAR MATRIX:
CONTACT POINT BETWEEN PSYCHE AND SOMA*

di Sistemi tampone che contrastino l'acidità e lo stress ossidativo.

PAROLE CHIAVE ACIDOSI, STRESS OSSIDATIVO, M.U.S., MALATTIE CRONICHE, PSICOSOMATICA, SOMATOPSICHICA

SUMMARY: This study has been carried out to identify the possible correlations between high levels of tissutal acidosis and oxidative stress with higher incidence of chronic-degenerative diseases and cancer in a randomized sample of 500 patients included on the basis of their date of arrival at the clinic (December 2005 - April 2007). Patients needed treatment for a wide range of disorders including psychological-relational aspects, diet-nutritional disorders, acute disorders related to both sport and/or traumatic activities, arthrosis and/or chronic-degenerative pathologies, sexual-gynaecologic problems and neoplastic diseases. Biophysilogic parameters were assessed by means of two devices: B.I.A.-ACC (Bioelectrical Impedance Analyzer) and Biotekna Labs TOM.E.EX. (Extracellular Electrolytic Tomography). The psychological aspect was assessed by means of Floritest. Furthermore, patients were given a questionnaire on M.U.S. (Medical Unexplained Symptoms) included in the interna-

tional literature for the evaluation of the different levels of impairment of the Vegetative Nervous System.

In the introduction the information on oxidative damage and its psychological implications are presented, as well as possible therapies, thus laying the foundations for the research afterwards carried out and described in Materials and Methods.

Data about 500 clinical cases examined are reported, with the data processing and relevant statistical results; the existing correlation between an increased level of tissutal acidosis and oxidative stress together with a higher incidence of psychological conflicts leading to an alteration of the Vegetative Nervous System as evidenced by M.U.S. on one side, and the parallel onset of chronic-degenerative diseases and neoplastic pathologies on the other, are emphasised.

To conclude, the importance of taking antioxidative and alkalising supplements is underlined in order to re-establish the homeostatic balance often upset, from a nutritional point of view, by the abuse of acidifying substances that, qualitatively rather than quantitatively, lack the necessary amount of vitamins and buffer Systems to effectively counteract acidosis and oxidative stress.

KEY WORDS: ACIDOSIS, OXIDATIVE STRESS, M.U.S., CHRONIC DISEASES, PSYCHOSOMATIC, SOMATOPSYCHIC

INTRODUZIONE

Numerosi lavori (1-2-3-4-5-6-12-13-16-20-22-24-26-28-29-30-33-39-42-45-46-48-49) dimostrano il ruolo attivo dello stress ossidativo e di elevati livelli di acidosi tissutale nell'alterazione funzionale del Sistema Neurovegetativo che si manifesta con comparsa dei M.U.S. (*Medical Unexplained Symptoms*) nell'insorgenza di diverse patologie e nei processi d'invecchiamento. In molti stati patologici, lo stress ossidativo non è **causa** principale di malattia, ma **fenomeno secondario**, non per questo meno importante. Ad esempio, il danno ossidativo dei lipidi nella parete vascolare sembra dare un contributo significativo allo sviluppo dell'aterosclerosi; il danno provocato dall'ossidazione del DNA può contribuire all'insorgenza del cancro e all'invecchiamento. Un'eccessiva produzione di radicali liberi – probabilmente – contribuisce al danno tissutale nell'artrite reumatoide e nelle patologie infiammatorie dell'intestino, quali morbo di Crohn e rettocolite ulcerosa. Sussiste una crescente evidenza che i danni ossidativi siano correlati a malattie neuro-degenerative (es. morbo di Parkinson) ed implicati nei traumi cerebrali.

– Le cellule possono tollerare uno stress ossidativo modesto grazie all'esistenza di efficienti sistemi di difesa antiossidante (Sistemi tampone). Uno stress severo e protratto produce gravi sconvolgimenti interdipendenti del metabolismo cellulare (scissioni delle eliche del DNA, aumento del Calcio intra-cellulare, danno dei trasportatori ionici di membrana e/o di altre specifiche proteine, perossidazione lipidica) e portare a trasformazioni della cellula o alla apoptosi (9).

Sussistono prove evidenti che diverse patologie in cui è implicato lo stress ossidativo (es. malattie cardiovascolari e tumore) possano essere prevenute o ritardate modificando le abitudini alimentari, specialmente aumentando il consumo di frutta, cereali, vegetali e Omega-3. Ciò ha portato a formulare ipotesi interessanti sull'importanza di alcune sostanze ad attività antiossi-

dante presenti in particolari alimenti. Queste sostanze sembrano contrastare gli effetti cumulativi del danno ossidativo nell'intero corso della vita (17-23-32-37-38).

Quando un individuo affronta una situazione stressante o conflitti emotivi, avvia la **fase di ortosimpaticotonia con attivazione dell'asse HPA** (8-19-25-31-41) che predispone le strutture psico-fisico-emotive ad affrontare lo *stressor* fino alla risoluzione in cui si attiva una fase compensatoria parasimpaticotonica che – con il riposo – permette un discreto recupero delle energie precedentemente spese. Se il perdurare degli *stressor* supera la capacità di risposta PNEI dell'individuo (stress cronico) viene perturbata la capacità di adattamento bio-psico-sociale della persona (14-15-21-41-44).

La risposta agli *stressor* si esplica essenzialmente attraverso **due modalità** in relazione alla prevalente attivazione del Sistema orto o parasimpatico: nel caso in cui la reazione dell'individuo sia finalizzata verso una reazione di *lotta* o *fuga*, la risposta PNEI sarà caratterizzata dalla prevalenza del Sistema ortosimpatico attraverso la motivazione all'azione (superamento dello *stressor*); al contrario, un comportamento passivo, indirizzato alla sottomissione nei confronti dello *stressor*, porta ad una situazione di adattamento e di accettazione con una risposta PNEI condizionata dal prevalere delle attività parasimpatiche. In questo caso, l'individuo si prepara a subire lo *stressor* con l'immobilità, non consentendo all'emozione (paura, rabbia) di attivare i sistemi motori finalizzati alla *lotta* o *fuga* impedendo – così – la dissipazione dell'energia emozionale nel movimento (7). Il blocco o la repressione dell'emozione impediscono al Sistema di Flusso di disperdere l'energia emozionale all'esterno: tale blocco, indotto dalle necessità di adattamento alle esigenze ed alle aspettative dell'ambiente, diventa un **modello comportamentale** che influenza le **modalità reattive PNEI** allo stress.

Le immagini della PET (tomografia ad emissione di positroni) mostrano chiaramente che ogni volta che "sentiamo"

qualcosa, oppure interagiamo con l'ambiente, avvengono cambiamenti nel funzionamento cerebrale (cambiamenti simultanei dell'attività autonoma, neuromorale ed immunitaria) (18).

Stimoli a contenuto emotivo inducono una risposta selettiva di alcune aree cerebrali, in particolare dell'amigdala e di altre strutture del Sistema Limbico in rapporto con questa (49).

A testimonianza del ruolo di queste strutture, alterazioni funzionali o lesioni anatomiche delle stesse sono state chiamate in causa in alcune patologie mentali, dalla fobia sociale ai disturbi di personalità e del comportamento (35).

– Anche se molte patologie organiche possono inizialmente manifestarsi attraverso una sintomatologia psichica, e per questo la diagnosi differenziale è obbligatoria e discriminante (36), l'incertezza del medico nella valutazione dei disturbi funzionali, dovuta soprattutto all'insufficiente esercizio di diagnosi dei disturbi psicologici, porta spesso i pazienti a sottoporsi ad un'infinità di test di laboratorio e di accertamenti strumentali nel tentativo di identificare una causa organica che giustifichi la sintomatologia.

Quando un disturbo viene diagnosticato come *funzionale* o *psicosomatico* senza ulteriori approfondimenti, il paziente si sente insoddisfatto e – frequentemente – ogni sforzo terapeutico è destinato a fallire: questo per un bisogno esplicito del paziente che necessita di conoscere la causa "reale" del proprio problema; tale causa viene più difficilmente accettata se di tipo psico-emotivo (43).

– Il *dolore* non può essere obiettivato, quantificato e ridotto a formule comparative; esistono indubbiamente differenze individuali relative al modo di *soffrire*, piuttosto che di *sentire* il dolore, spesso in relazione alla crescita culturale della società e al significato che il dolore ha acquisito, con i connotati con cui è stato *caricato*, in **quella** persona. A tal proposito, basti pensare all'influenza che nel tempo possono assumere gli oppioidi endogeni implicati nella modulazione della percezione del dolore ed in particolare di quello pro-

tratto ("sofferenza dolorifica") più che di quello acuto (40).

– Così il benessere psico-fisico-emotivo è un concetto "multimediale": tante e diverse sono le variabili che confluiscono per determinarlo. Se mente e corpo sono così strettamente interconnessi, i fattori psichici possono scatenare malattie somatiche, intossicazioni croniche di organi periferici o della matrice interstiziale del cervello, ed acuire o generare disturbi psicologici (34): nella successiva "presa in carico" del paziente con disturbi somatici, psicologicamente disturbato o con disturbi psicofisici, è necessario **ridefinire** la *scaletta* delle priorità della "sua" vita per valutare quali e quante discrepanze vi siano tra il "suo" modo di sentire, pensare e recepire ed il "suo" modo di agire, evidenziando – così – i conflitti interiori, consci o inconsci.

DANNO OSSIDATIVO E CORRELAZIONI PSICOLOGICHE

I radicali liberi sono molecole che si formano all'interno delle cellule quando l'O₂ viene utilizzato nei processi metabolici per produrre energia (ossidazione). Queste molecole sono particolarmente instabili in quanto possiedono un solo elettrone anziché due; ciò le porta a *ricercare* un equilibrio appropriandosi dell'elettrone di altre molecole con cui vengono a contatto, molecole che diventano – a propria volta – instabili necessitando di un elettrone e così via, innescando un meccanismo di **instabilità a catena**. Queste reazioni possono durare da frazioni di secondo ad alcune ore ed essere contrastate dall'azione degli antiossidanti che, interagendo con l'elettrone mancante, neutralizzano i principali radicali liberi (anione superossido O₂⁻; idrossile OH⁻; diossido di azoto NO₂; ossido nitrico NO⁻; idrogeno H⁻; ossigeno O⁺; ossigeno singolo O₂⁺).

Un insieme di molecole classificate come "specie reattive dell'ossigeno" (ROS) e "specie reattive dell'azoto" (RNS) sono continuamente generate dall'organismo, svolgendo un ruolo fundamenta-

le nei processi ossidativi. Recenti acquisizioni hanno evidenziato anche il loro intervento nella regolazione di diverse funzioni fisiologiche.

Un'altra importante sorgente di radicali dell'O₂ è rappresentata dalle radiazioni provenienti dall'ambiente, sia naturali (radon, raggi UV, raggi cosmici, ecc.), sia provenienti da sorgenti artificiali. In aggiunta a questa inevitabile generazione, la produzione di alcune di queste sostanze avviene *in vivo*.

Infine, l'esposizione ad agenti tossici o inquinanti (ad es. tetracloruro di carbonio e prodotti di combustione del tabacco) contribuisce alla produzione di ROS e RNS.

ROS e RNS interagiscono e danneggiano tutte le macrostrutture che compongono i distretti cellulari. L'azione distruttiva è indirizzata soprattutto alle cellule, in particolare su lipidi, zuccheri, fosfati, proteine ed enzimi. L'azione persistente dell'elevato stress ossidativo causa insorgenza di molte patologie croniche dovute a precoce invecchiamento cellulare.

– Oltre alle reazioni chimico-fisiologiche di ossidazione cellulare, contribuiscono fortemente alla formazione dei radicali liberi e all'aumento del livello di acidosi tissutale: stati patologici [infiammazione cronica e molte delle relative terapie (10-11-27)], stress cronico [attivazione persistente dell'asse HPA (47)], errate abitudini alimentari, abuso di farmaci, eccesso di fumo e alcool, inquinamento ambientale.

INDIRIZZI TERAPEUTICI

Alla luce di quanto esposto, e per quanto risulta dalla personale esperienza, il processo di guarigione è possibile, specie a livello psicologico, solo ad una condizione: accettare di *mettersi in discussione e di avere un problema da risolvere, accettare la sofferenza psico-emotiva* che tale conflitto determina, *accettare di ripercorrere emotivamente quel conflitto* per favorirne la risoluzione (scariche abreatorie), *accettare di assumere le proprie responsabilità* (43).

– Tutto ciò significa richiedere al paziente di attivare la sua volontà. L'atto di volontà, attraverso gli istanti delle decisioni, anche a livello di *compliance* terapeutica, di stile di vita, di prassi alimentare, diventa **scelta consapevole**.

MATERIALI E METODI

Lo studio prende in esame gli elaborati dei test bio-elettrici effettuati, il risultato del Floritest e l'analisi dei questionari relativi ai M.U.S., dal dicembre 2005 all'aprile 2007, su **500 pazienti** afferenti ai servizi di diagnosi e cura prestati presso il nostro ambulatorio.

Test bio-elettrici

I test bio-elettrici considerano alcuni parametri bio-fisiologici [nel presente studio sono stati utilizzati per ragioni di opportunità e di indirizzo della ricerca, solo quelli contrassegnati da asterisco (*):

➤ **B.I.A (Body Impedance Analyzer)** è un dispositivo medico diagnostico non invasivo che permette di effettuare l'**analisi della composizione corporea** attraverso la lettura della bioimpedenza intra ed extracellulare. I parametri di valutazione sono:

- **BMI (Body Mass Index)**
- **TBW (Total Body Water)***: indica la quantità di acqua espressa in litri presente nel corpo e la percentuale rispetto al peso totale. La diminuzione del TBW è un parametro indiretto del livello di disidratazione o dell'aumento della massa grassa
- **ECW (Extra Cellular Water)**
- **ICW (Intra Cellular Water)**
- **FFM (Fat Free Mass)**
- **FM (Fat Mass)**
- **BMR (Basal Metabolic Rate)***: per metabolismo basale si intende la quantità di energia (Kcal giornaliera) consumata da un individuo in condizioni di massimo riposo fisico e mentale, in una stanza a temperatura confortevole e a digiuno da circa 12 ore. Il valore diminuisce in presenza di stress per la secrezione cronica di glucocorticoidi e di ormoni tiroidei.

TAB. 1
Suddivisione del campione per fasce d'età e sesso.

Età Sesso	< 35 anni		35-44 anni		45-54 anni		55-64 anni		> 65 anni		Età media		TOTALE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	Anni ± DS		N°	%
Maschi	27	25,5 18,2	39	27,5 26,4	47	37,9 31,8	21	31,8 14,2	14	22,6 9,4	46,34	13,94	148	29,6 100,0
Femmine	79	74,5 22,4	103	72,5 29,3	77	62,1 21,9	45	68,2 12,8	48	71,4 13,6	46,22	14,44	352	70,4 100,0
TOTALE	106	100,0 21,2	142	100,0 28,4	124	100,0 24,8	66	100,0 13,2	62	100,0 12,4	46,26	14,28	500	100,0 100,0

• **PA (Phase Angle)*:** rappresenta la misura espressa in gradi della relazione tra resistenza e reattanza capacitiva.

Un grado molto basso indica un sistema con scarse membrane cellulari integre; un grado molto alto rappresenta un sistema con membrane integre e buona massa cellulare. È indice indiretto di morte cellulare per alterazione delle membrane; viene utilizzato nel monitoraggio delle affezioni croniche e tumorali. Valori di normalità: M = 6 - 10 gradi; F = 5 - 10 gradi; ridotto: tra 4 e 6 gradi nei M e tra 3,75 e 5 gradi nelle F; molto ridotto: < 4 gradi nei M e < 3,75 gradi nelle F; per entrambi: se > 10 è indicativo di iperergia.

➤ **TOM.E.EX.:** il dispositivo analizza l'attività bio-elettrica extracellulare dell'organismo identificando in automatico le regioni del corpo se in atto processi infiammatori. Nell'ambiente extracellulare sono presenti elettroliti che variano le concentrazioni secondo lo stato fisiopatologico. Lo strumento è in grado di localizzare le regioni con presenza di determinate concentrazioni di elettroliti che rappresentano stati di alterazione. Gli elettroliti Na⁺ e Cl⁻ sono gli ioni predominanti nell'ambiente extracellulare. Quando si è in presenza di un processo infiammatorio, si ha sempre edema extracellulare e, conseguentemente, quantità superiore di ioni. Un aumento di elettroliti corrisponde ad un aumento della conducibilità bio-elettrica extracellulare del distretto analizzato. Il test valuta la distribuzione della conducibilità analizzando il corpo attraverso 17 segmenti di misura che permettono l'identificazione delle regioni alterate.

1 – L'ALGORTIMO PROCESSI INFIAMMATORI indica:

a) La **conducibilità media extracellulare***:

- da 0 a 5: indice di grave cronicità
- da 5 a 10: indice di stato infiammatorio cronico
- da 10 a 15: indice di stato infiammatorio tendente alla cronicità
- da 15 a 25: indice di stato infiammatorio acuto
- da 25 a 35: indice di stato elettrolitico fisiologico
- > 35: indice di stato allergico o di ipertensione.

La conducibilità media extracellulare indica l'alterazione elettrolitica sistemica legata alla presenza o assenza di processi infiammatori **locali** e/o **sistemici**. Tanto minore è il valore tanto più si è in presenza di un processo infiammatorio che dura da molto tempo e tanto più i Sistemi tampone si sono esauriti; nel presente studio, poiché è irrilevante il numero di persone con valori >35, queste sono state accorpate nella classe con valori di conducibilità >25.

b) Le **regioni con presenza di processi infiammatori:** sono indicate le regioni con presenza di processi infiammatori, da quella con maggiore concentrazione di elettroliti extracellulari a quella con minore concentrazione (dalla regione con maggiore alla regione con minore infiammazione). Se non è indicata alcuna regione, significa che la variabilità ionica tra regioni è < 2 (condizione ideale) oppure sono presenti stati infiammatori al di sotto della soglia di valutazione strumentale (individuo molto disidratato o in terapia con antinfiammatori).

c) Le **regioni con reazione anomala allo stimolo**, rappresentate esclusivamente da quelle che non manifestano reazione agli stimoli (eventi stressori) e, quindi, incapaci o con limitata capacità di reazione del Sistema immunoendocrino. La condizione di normalità è rappresentata da "nessuna regione con reazione anomala".

2 – L'ALGORTIMO NEUROIMMUNOENDOCRINO indica:

a) La **capacità di reazione sistemica da stimolo elettrico*** che quantifica i distretti che reagiscono correttamente allo stimolo elettrico.

Uno stimolo è una qualsiasi sollecitazione che, applicata all'organismo, produce una reazione: può essere un virus, una ferita, una puntura come pure uno stimolo elettrico. La reazione prodotta è del tutto aspecifica e, in condizioni fisiologiche, provoca aumento degli elettroliti extracellulari in tutti i distretti stimolati.

La capacità di reazione sistemica può variare da 0 a 17:

- 0 indica assenza totale della capacità di reazione sistemica
- da 1 a 3: reazione sistemica molto ridotta
- da 4 a 8: reazione sistemica ridotta
- da 8 a 11: reazione sistemica limitata
- >12: reazione sistemica normale.

Per valori < 8 si consideri una probabile attivazione persistente dell'HPA in un sistema che non è in grado di reagire adeguatamente agli stressori oppure è inibito da farma-

ci (cortisone, antistaminici, antinfiammatori, ormoni).

- b) Le **regioni con alterazione N.E.I. a basso livello di elettroliti extracellulari**: vengono indicate le regioni a bassa funzionalità, con attivazione persistente dell'asse HPA. Le regioni sono indicate da quella con minore funzionalità (basso livello di elettroliti extracellulari) a quella con maggiore funzionalità. Possono essere analizzate: ipofisi-epifisi, tiroide-paratiroidi, timo, surreni, pancreas, gonadi. Non vengono indicate le regioni con concentrazione elettrolitica pari alla conducibilità media extracellulare (regioni con variazione differenziale in difetto rispetto al livello medio di conducibilità al massimo di 2).

3 – L'ALGORITMO ACIDOSI TISSUALE EXTRACELLULARE* indica il grado di acidosi extracellulare sistemico causato dalla carenza dei Sistemi tampone fosfato e bicarbonato. I valori normali si attestano tra 0 e 3: vanno sempre rapportati alla Conducibilità Media Extracellulare in quanto una diminuzione della stessa pregiudica la lettura delle zone di acidosi tissutale. A questo proposito, per poter rendere oggettivi i dati dello strumento d'indagine, è stata impiegata una **Tavola di conversione** che, tenendo in considerazione il livello di Conducibilità Media Extracellulare, fornisce un valore "pesato" delle zone in acidosi; nel presente studio viene riportato questo valore. Poiché i livelli di acidosi risultano in media particolarmente elevati (eccesso di cibi acidificanti e, nella maggior parte dei casi, bassissimo livello di idratazione) consideriamo un numero di zone di acidosi tollerabile e facilmente recuperabile, anche se aumentato, un risultato di **9** aree su **17**, un livello elevato quello che si attesta tra **10** e **12** aree di acidosi "pesata" su 17 e un livello estremamente elevato e patologicamente a rischio quello = o > **13** aree su 17.

4 – L'ALGORITMO STRESS OSSIDATIVO (RADICALI LIBERI) indica la presenza di zone ad elevato stress ossida-

tivo in cui il quantitativo di radicali liberi prodotto è superiore a quello fisiologico; conseguentemente il Sistema antiossidante non è più in grado di neutralizzare i danni dei radicali sulle cellule. Valore normale è 0% = assenza di zone ad elevato stress ossidativo, rispetto al 100% = massimo stress ossidativo. Il numero di zone analizzate varia secondo il livello di idratazione extracellulare: minore è il numero di zone valutate rispetto alle 17 valutabili, maggiori sono le alterazioni strutturali delle cellule provocate dai radicali liberi, anche se con basso valore % di stress. La persistenza nel tempo dell'elevato stress ossidativo favorisce lo sviluppo di patologie croniche.

Floritest

E' stato considerato solo il numero totale degli *item* relativi ai Fiori di Bach, dei 38 presenti nel test, risultati significativi all'indagine tenendo presente che, a livello statistico, tanto più elevato è il numero di *item* significativi tanto maggiore il grado di conflittualità intrapsichica rilevata nelle scale psicometriche somministrate.

Nello specifico:

- da 0 a 1 Fiore in disequilibrio: può essere considerato indice di normalità e – comunque – non sono rilevabili significative evidenze di conflitto
- da 2 a 5 Fiori in disequilibrio: il livello di conflittualità inizia a manifestarsi come malessere psico-emotivo interiore che il soggetto percepisce
- da 6 a 10 Fiori in disequilibrio: il conflitto emotivo è discretamente invalidante e difficilmente sostenibile; nei Test psicometrici cominciano ad evidenziarsi scale cliniche con punteggi > ai valori medi e proporzionalmente correlate al numero di Fiori significativi come indice di conflittualità
- per un numero di Fiori di Bach significativi > 10 il quadro clinico è – e si manifesta ripetutamente – anche nei punteggi delle scale dei Test psicometrici, con caratteristiche di psicopatologia conclamata e con un

grado di invalidità psichica annichilente e mentalmente paralizzante.

M.U.S.

Poiché i Sintomi Vaghi ed Aspecifici o M.U.S. (Medical Unexplained Symptoms) sono manifestazione del grado di squilibrio del Sistema Neuro-Vegetativo (tanto più compromesso quanto maggiore il numero di tali sintomi evidenziati), nello studio sono stati presi in considerazione sia il numero totale dei sintomi raggruppati in classi (≤ 1 = Sistema in Equilibrio; da 2 a 5 = Sistema in Iniziale Squilibrio; ≥ 6 Grave Squilibrio del Sistema), sia i sintomi presi singolarmente e corrispondenti a: stanchezza o affaticamento persistenti non alleviati dal sonno; disturbi del tono dell'umore; mani e piedi sempre freddi; insonnia o sonnolenza persistenti; ansia, apatia, attacchi di panico; modificazioni dell'appetito, acidità, dolori gastrici, senso di pienezza, gonfiore dopo i pasti, nausea; stipsi, alvo alterno, colon irritabile; scarsa sudorazione durante il moto.

Ulteriori dati

Per ogni paziente sono stati, inoltre, registrati su una *database*:

- i dati socio-anagrafici (suddivisi in: sesso ed età)
- il motivo per cui si erano rivolti alla personale attenzione (suddiviso in: controllo; M.U.S. per sintomatologia vaga ed aspecifica; sintomatici per patologie conclamate)
- le classi di patologia evidenziate nel *counseling* (suddivise in: assenti, per coloro che si presentavano solo per un controllo preventivo; patologie acute di recente insorgenza o di tipo psicologico recente; patologie cronico-degenerative; patologie neoplastiche)
- il tipo di terapie assunte per discreti periodi di tempo (6 mesi o >) nel passato [suddiviso in: assenti per chi non ha fatto uso di alcuna terapia; naturali per chi assumeva solo rimedi naturali (integratori e/o medicinali omeopatici-omotossicologici e/o rimedi fitoterapici); miste per chi faceva uso contemporaneo di terapie naturali e convenzionali; con-

venzionali per chi utilizza le sole terapie convenzionali]

- il tipo di terapie convenzionali in corso al momento del test suddivise in: anti-infiammatori per corticosteroidi e F.A.N.S.; anti-istaminici; ormonali sia per i contraccettivi che per gli ormoni sostitutivi; anti-ipertensivi; psicofarmaci per gli ansiolitici e gli anti-depressivi; ipoglicemizzanti.

Tutti i parametri sono stati oggetto di estrapolazione ed elaborazione incrociata per **classi di significatività**. L'analisi statistica dei risultati è stata effettuata mediante test χ^2 o, qualora non applicabile, mediante metodo esatto di Fisher o χ^2 con correzione di Yates.

RISULTATI

ANALISI DELLA DOMANDA

L'età media del campione, costituito da

500 casi, è di 46,26 anni (13-84 anni) (TAB. 1).

Il campione è rappresentato prevalentemente da femmine (352 ♀; 148 ♂): questo dato è dovuto non solo alla specializzazione dell'Autore, ma anche perchè le donne hanno maggior capacità di verbalizzare il disturbo somatico e sono maggiormente predisposte alle somatizzazioni rispetto agli uomini (43) che più difficilmente, e con maggiore reticenza, si rivolgono al medico.

Analizzando la richiesta di intervento (TAB. 2 - *p<0,001), si evince come siano soprattutto le femmine a presentarsi per sintomatologie cliniche conclamate mentre nei maschi, proporzionalmente e percentualmente, è maggiore la richiesta di un controllo o di una valutazione per Sintomi Vaghi ed Aspecifici (M.U.S.).

Rispetto alla classificazione delle patologie evidenziate nel *counseling* (TAB. 3 - *p<0,001), la presenza di patologie acute è maggiormente rappresentata

nell'utenza femminile mentre è percentualmente maggiore nei maschi l'assenza di disturbi, o quantomeno una sottovalutazione degli stessi, al momento dell'esame. Patologie cronicodegenerative e tumorali non presentano percentuali dissimili nei due sessi. Come prevedibile (TAB. 4 - *p<0,001), l'aumento della cronicità delle patologie è direttamente correlabile all'aumento dell'età dei pazienti: il 58% delle persone che si presentano per patologie acute si collocano, infatti, nella fascia d'età fino ai 45aa, rispetto a quelle che si presentano per patologie cronicodegenerative (68%) oltre i 45aa o di quelle tumorali (62%) nella fascia d'età > 55aa.

L'assenza di sintomi al *counseling* è maggiormente presente nella fascia d'età compresa tra 35 e 55aa (58% dei pazienti).

Dalla TAB. 5 emerge che per ≥ 6 mesi \approx il 35% del campione ha fatto uso di terapie convenzionali con un ulteriore 17% che supplementava le terapie convenzionali con prodotti naturali; alle sole terapie naturali si era rivolto il 28% dei pazienti, mentre un ulteriore 20% non faceva uso di alcun farmaco o rimedio (soprattutto nei maschi).

Rispetto al tipo di farmaci convenzionali usati al momento del test (TAB. 6 - *p<0,01), è proporzionalmente maggiore nei maschi l'uso di anti-istaminici, cortisonici e F.A.N.S., mentre ovviamente prevale nelle femmine l'uso di terapie ormonali.

ANALISI DELLE COMPONENTI BIO-FISIOLOGICHE CORRELATE ALLE CLASSI DI PATOLOGIA

Parametri B.I.A

• TBW (Total Body Water)

La TAB. 7 (*p<0,01) riporta i valori della quantità di acqua totale corporea e quindi il livello di idratazione del paziente, rispetto alle classi di patologia: si noti come un livello molto basso (<40%) di idratazione sia proporzionalmente e direttamente correlato alla gravità delle classi di patologia; rientra in questa fascia il 12% dei pazienti con as-

TAB. 2

Analisi della domanda del campione per sesso e richiesta di intervento (*p<0,001).

Sesso	Maschi		Femmine		TOTALE	
	N°	%	N°	%	N°	%
Richiesta di intervento*						
Controllo	60	40,5 55,6	48	13,6 44,4	108	21,6 100,0
M.U.S.	20	13,5 35,1	37	10,5 64,9	57	11,4 100,0
Sintomatici	68	46,0 20,3	267	75,9 79,7	335	67,0 100,0
TOTALE	148	100,0 29,6	352	100,0 70,4	500	100,0 100,0

Sesso	Maschi		Femmine		TOTALE	
	N°	%	N°	%	N°	%
Patologie riscontrate durante il <i>counseling</i> *						
Assenti	46	31,1 59,7	31	8,8 40,3	77	15,4 100,0
Acute	63	42,6 21,2	234	66,5 78,8	297	59,4 100,0
Cronico-degenerative	32	21,6 30,5	73	20,7 69,5	105	21,0 100,0
Neoplastiche	7	4,7 33,3	14	4,0 66,7	21	4,2 100,0
TOTALE	148	100,0 29,6	352	100,0 70,4	500	100,0 100,0

TAB. 3

Campione suddiviso per sesso e tipo di patologie riscontrate durante il *counseling* (*p<0,001).

Età Patologie*	< 35 anni		35-44 anni		45-54 anni		55-64 anni		> 65 anni		TOTALE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Assenti	13	12,3 16,9	22	15,5 28,5	30	24,2 39,0	8	12,1 10,4	4	6,5 5,2	77	15,4 100,0
Acute	76	71,7 25,6	97	68,3 32,7	62	50,0 20,9	31	47,0 10,4	31	50,0 10,4	297	59,4 100,0
Cronico-degenerative	15	14,1 14,3	19	13,4 18,1	30	24,2 28,6	19	28,8 18,1	22	35,4 20,9	105	21,0 100,0
Neoplastiche	2	1,9 9,5	4	2,8 19,1	2	1,6 9,5	8	12,1 38,1	5	8,1 23,8	21	4,2 100,0
TOTALE	106	100,0 21,2	142	100,0 28,4	124	100,0 24,8	66	100,0 13,2	62	100,0 12,4	500	100,0 100,0

TAB. 4
Campione suddiviso per classi d'età e tipo di patologie riscontrate durante il counseling (*p<0,001).

senza di sintomi, il 15% di quelli appartenenti alle patologie acute, al 23% di quelli classificati nelle patologie cronicodegenerative e al 29% di quelli neoplastici.

Poichè il livello di idratazione è correlato anche alla presenza o meno dei Sistemi tampone – venendo questi ultimi *consumati* durante i processi infiammatori – tanto più alto, e tanto più cronico, è il livello di infiammazione tanto più il corpo subisce una progressiva disidratazione.

• **BMR (Basal Metabolic Rate)**

La **TAB. 8** (*p<0,001) riporta i valori del Metabolismo Basale rispetto alle classi di patologia. Nella classe con assenza di sintomi si riscontra un livello normale o lievemente ridotto di metabolismo basale (>1.100 Kcal/giorno) nel 56% degli individui appartenenti a questa classe; tale valore scende al 19% nella classe delle patologie neoplastiche che si attesta ad un Metabolismo Basale <1.100 Kcal/giorno nell'81% dei casi.

• **PA (Phase Angle)**

La **TAB. 9** (*p<0,05) riporta i valori per l'Angolo di Fase che, se basso, è indice indiretto di morte cellulare per alterazione delle membrane, rispetto alle varie classi di patologia. L'Angolo di Fase, e quindi lo stato di benessere cellulare, si riduce in maniera statisticamente significativa quanto più aumenta il livello di infiammazione: infatti, è ridotto o molto ridotto rispettivamente nel 69% della classe con assenza di sintomatologia, nel 70% in quella delle patologie

TAB. 5
Campione suddiviso per sesso e tipo di terapie utilizzate per ≥ 6 mesi (*p<0,001).

Sesso Terapie utilizzate*	Maschi		Femmine		TOTALE	
	N°	%	N°	%	N°	%
Convenzionali	49	33,1 28,5	123	34,9 71,5	172	34,4 100,0
Miste	23	15,5 26,7	63	17,9 73,3	86	17,2 100,0
Naturali	37	25,0 26,4	103	29,3 73,6	140	28,0 100,0
Nessuna	39	26,4 38,2	63	17,9 61,8	102	20,4 100,0
TOTALE	148	100,0 29,6	352	100,0 70,4	500	100,0 100,0

Sesso Tipo di terapie utilizzate*	Maschi		Femmine		TOTALE	
	N°	%	N°	%	N°	%
Anti-istaminici	9	6,1 47,4	10	2,9 52,6	19	3,8 100,0
Anti-infiammatori (Cortisonici, F.A.N.S.)	25	16,9 30,9	56	15,9 69,1	81	16,2 100,0
Ormoni	5	3,4 7,9	58	16,5 92,1	63	12,6 100,0
Anti-ipertensivi	5	3,4 31,3	11	3,1 68,7	16	3,2 100,0
Anti-depressivi	3	2,0 33,3	6	1,7 66,7	9	1,8 100,0
Ipoglicemizzanti	9	6,1 28,1	23	6,5 71,9	32	6,4 100,0
Nessuna terapia	92	62,1 32,9	188	53,4 67,1	280	56,0 100,0
TOTALE	148	100,0 29,6	352	100,0 70,4	500	100,0 100,0

TAB. 6
Campione suddiviso per sesso e terapie specifiche utilizzate per ≥ 6 mesi (*p<0,01).

TAB. 7
Campione suddiviso per livello di idratazione espresso come **TBW (Total Body Water)** e tipo di patologie riscontrate durante il **counseling** (* $p < 0,01$).

TWB	< 40 %		40 - 49 %		50 - 59 %		> 60 %		TOTALE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Assenti	9	10,8 11,7	37	12,3 48,0	31	28,2 40,3	0	0,0 0,0	77	15,4 100,0
Acute	44	53,1 14,8	196	65,1 66,1	53	48,2 17,8	4	66,7 1,3	297	59,4 100,0
Cronico-degenerative	24	28,9 22,9	58	19,3 55,2	21	19,1 20,0	2	33,3 1,9	105	21,0 100,0
Neoplastiche	6	7,2 28,6	10	3,3 47,6	5	4,5 23,8	0	0,0 0,0	21	4,2 100,0
TOTALE	83	100,0 16,6	301	100,0 60,2	110	100,0 22,0	6	100,0 1,2	500	100,0 100,0

TAB. 8
Campione suddiviso per livello di Metabolismo Basale espresso come **BMR (Basal Metabolic Rate: Kcal/Giorno)** e tipo di patologie riscontrate durante il **counseling** (* $p < 0,001$).

BMR	700 - 900 Kcal/Day		901 - 1100 Kcal/Day		1101 - 1300 Kcal/Day		> 1300 Kcal/Day		TOTALE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Assenti	11	10,2 14,3	23	9,2 29,8	31	29,0 40,3	12	33,3 15,6	77	15,4 100,0
Acute	68	63,0 22,9	164	65,9 55,2	47	43,9 15,8	18	50,0 6,1	297	59,4 100,0
Cronico-degenerative	26	24,0 24,8	48	19,3 45,7	25	23,4 23,8	6	16,7 5,7	105	21,0 100,0
Neoplastiche	3	2,8 14,3	14	5,6 66,7	4	3,7 19,0	0	0,0 0,0	21	4,2 100,0
TOTALE	108	100,0 21,6	249	100,0 49,8	107	70,5 21,4	36	100,0 7,2	500	100,0 100,0

TAB. 9
Campione suddiviso in funzione dell'Angolo di Fase rispetto al tipo di patologie riscontrate durante il **counseling** (* $p < 0,05$).

PA (Phase Angle)	Molto ridotto		Ridotto		Normale		Iperergico		TOTALE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Assenti	1	5,9 1,3	52	15,2 67,5	24	18,5 31,2	0	0,0 0,0	77	15,4 100,0
Acute	9	52,9 3,0	198	58,1 66,7	82	63,1 27,6	8	66,7 2,7	297	59,4 100,0
Cronico-degenerative	3	17,7 2,9	77	22,6 73,3	21	16,1 20,0	4	33,3 3,8	105	21,0 100,0
Neoplastiche	4	23,5 19,0	14	4,1 66,7	3	2,3 14,3	0	0,0 0,0	21	4,2 100,0
TOTALE	17	100,0 3,2	341	100,0 68,4	107	100,0 26,0	12	100,0 2,4	500	100,0 100,0

acute, nel 76% nelle patologie cronicodegenerative e nell'86% in quella delle patologie neoplastiche.

► **Parametri TOM.E.EX.**

• **Conducibilità Media Extracellulare (C.M.E.)**

La **TAB. 10** (* $p < 0,001$) riporta i valori della Conducibilità Media Extracellu-

lare e quindi il grado di cronicità dell'infiammazione evidenziata nelle varie classi di patologia. I pazienti neoplastici, come prevedibile, manifestano uno stato infiammatorio di tipo cronico più o meno grave (76%) o tendente alla cronicità (14%) nel 90% dei casi, con valori > 15 solo nel 10% dei casi. Andamento simile, anche se meno accentuato, nella classe delle pato-

logie cronicodegenerative in cui il 48% manifesta uno stato infiammatorio cronico più o meno grave, un ulteriore 27% della classe risulta tendente alla cronicità, mentre valori > 15 si riscontrano nel 25% della classe. Nella classe comprendente le infiammazioni acute, la percentuale di stato infiammatorio cronico più o meno grave scende al 46%, mentre quello ten-

C.M.E. Patologie*	0 - 5		> 5 - 10		> 10 - 15		> 15 - 25		> 25		TOTALE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Assenti	0	0,0	11	5,9	24	16,2	30	30,0	12	35,3	77	15,4
Acute	18	58,0	123	65,8	92	62,2	48	48,0	16	47,1	297	59,4
Cronico-degenerative	11	35,5	39	20,8	29	19,6	21	21,0	5	14,7	105	21,0
Neoplastiche	2	6,5	14	7,5	3	2,0	1	1,0	1	2,9	21	4,2
TOTALE	31	100,0	187	100,0	148	100,0	100	100,0	34	100,0	500	100,0

TAB. 10

Conducibilità Media Extracellulare (C.M.E.) del campione rispetto al tipo di patologie riscontrate durante il counseling (* $p < 0,001$).

C.R.S. Patologie*	0		1 - 3		4 - 7		8 - 11		12 - 17		TOTALE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Assenti	13	8,4	32	15,4	18	19,8	10	26,3	4	44,4	77	15,4
Acute	101	65,6	122	58,7	49	53,8	20	52,6	5	55,6	297	59,4
Cronico-degenerative	28	18,2	47	22,6	22	24,2	8	21,1	0	0,0	105	21,0
Neoplastiche	12	7,8	7	3,3	2	2,2	0	0,0	0	0,0	21	4,2
TOTALE	154	100,0	208	100,0	91	100,0	38	100,0	9	100,0	500	100,0

TAB. 11

Capacità di Reazione Sistemica da stimolo elettrico (C.R.S.) del campione rispetto al tipo di patologie riscontrate durante il counseling (* $p < 0,01$).

Zone in acidosi Patologie*	< 10		10 - 12		≥ 13		TOTALE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Assenti	19	20,9	53	17,5	5	4,7	77	15,4
Acute	55	60,4	172	57,0	70	65,4	297	59,4
Cronico-degenerative	15	16,5	63	20,9	27	25,2	105	21,0
Neoplastiche	2	2,2	14	4,6	5	4,7	21	4,2
TOTALE	91	100,0	302	100,0	107	100,0	500	100,0

TAB. 12

Numero di zone in Acidosi Tissutale presenti nel campione rispetto al tipo di patologie riscontrate durante il counseling (* $p < 0,025$).

dente alla cronicità sale al 31%; gli individui con livelli di conducibilità > 15 sono il 22%. Al contrario, nella classe con assenza di sintomatologia, la conducibilità media esprime valori di cronicità più o meno grave solo nel 14%, tendenti alla cronicità nel 31%, mentre valori > 15 sono presenti nel 55% dei casi.

La conducibilità media extracellulare è

parallelamente e significativamente correlata al livello di cronicità dell'infiammazione con valori massimi riscontrabili nelle patologie cronicodegenerative ed in misura ancor più evidente nelle patologie neoplastiche.

• **Capacità di Reazione Sistemica da stimolo elettrico (C.R.S.)**

La TAB. 11 (* $p < 0,01$) riporta i valori del-

la Capacità di Reazione Sistemica da stimolo elettrico (e quindi il numero di distretti che reagiscono correttamente, attraverso la stimolazione del Sistema Immunitario, ad uno *stressor*) rispetto alle varie classi di patologia.

La Capacità di Reazione Sistemica da stimolo elettrico è assente o molto ridotta in misura proporzionale al livello di infiammazione passando rispettiva-

mente dal 58% degli individui della classe con assenza di sintomi, al 75% in quelli con patologie acute (dato discretamente elevato probabilmente per la correlazione con recenti terapie anti-infiammatorie con cortisonici o F.A.N.S.); nelle patologie croniche la percentuale è del 72% per risalire molto nelle neoplasie (90%).

• Acidosi Tissutale Extracellulare

La **TAB. 12** (*p<0,025) illustra il "numero pesato" di zone in acidosi tissutale presenti nell'utenza (grado di acidosi extracellulare sistemico per carenza dei Sistemi tampone fosfato e bicarbonato) rispetto alle varie classi di patologia: la maggior presenza di zone in acidosi tissutale (>10 aree su 17) si riscontra (casi ad elevata ed estremamente elevata presenza di zone in acidosi tissutale) in misura maggiore in progressione dalla classe con assenza di sintomi (75% dei casi), a quella delle patologie acute (81% dei casi), per salire all'86% dei casi nella classe delle patologie croniche e al 91% nelle persone affette da neoplasie.

ANALISI DELLE COMPONENTI PSICOLOGICHE CORRELATE ALLE CLASSI DI PATOLOGIA

Floritest

Il test non viene consegnato a tutti gli utenti che giungono al *counseling* in quanto, soprattutto nelle persone anziane, potrebbe essere di difficile comprensione o intaccare delicati equilibri

psicologici consolidati nel tempo. Tale indagine considera – quindi – solo 259 pazienti su 500.

La **TAB. 13** (*p<0,001) riporta i dati relativi ai 259 casi correlati alle rispettive classi di patologia riscontrate: mentre nella classe con assenza di sintomi la maggior parte degli individui (71%) evidenzia un numero di atteggiamenti mentali negativi ≤ 5 sui 38 possibili, nella classe con presenza di patologie acute e croniche tale percentuale è 51 e 49% rispettivamente, e 57% nelle persone affette da neoplasia.

Tale distribuzione potrebbe spiegarsi con un aumento della sofferenza psichica che accompagna le fasi di "dolore acuto e cronico" rispetto ad uno stato di maggiore rassegnazione ed assuefazione al *male* in presenza di forme tumorali che, anche in funzione delle terapie, portano lo stato di coscienza a forme di dissociazione e desensibilizzazione corporea. Va, inoltre, considerato che le classi comprese tra 2 e 10 Fiori di Bach in disequilibrio rappresentano il punto di massima somatizzazione del conflitto psicologico prima dello *switch* mentale (come ultima forma di difesa e salvaguardia rispetto al carico di responsabilità) verso le forme di patologia psichiatrica che permetterebbero una miglior gestione del conflitto interemisferico: non casualmente, proprio in questo *range* di risposte, si collocano le maggiori percentuali di distribuzione dei pazienti appartenenti alle patologie cronico-degenerative e tumorali con 71 e 72% dei relativi casi

rispettivamente, rispetto al 60% di quelli della classe con assenza di sintomi, e al 65% di quelli presentanti patologie acute.

ANALISI DEI SINTOMI VAGHI ED ASPECIFICI

M.U.S. (Medical Unexplained Symptoms)

La **TAB. 14** (*p<0,001) riporta il grado di compromissione del Sistema Neurovegetativo degli individui evidenziato dalla presenza dei M.U.S. rispetto alle varie classi di patologia riscontrate nel *counseling*: come prevedibile, il livello di compromissione del S.N.V. risulta in squilibrio parziale o totale dalle classi con assenza di sintomi in cui l'equilibrio è conservato nel 53% rispetto ad un valore del 20% ≈ nelle altre classi, fino al totale squilibrio del Sistema nella classe dei pazienti neoplastici (24%) contro l'8% nella classe con assenza di sintomatologia.

Per quanto riguarda i singoli Sintomi Vaghi ed Aspecifici riportiamo le significatività statistiche riscontrate rispetto alla singola presenza direttamente correlata al livello di gravità patologica rilevata al *counseling*:

Sintomi Presenti
Significatività Statistica
 Stanchezza o affaticamento persistenti non alleviati dal sonno: p<0,001; disturbi del tono dell'umore: N.S.; mani e piedi sempre freddi: N.S.; insonnia o sonnolenza persistenti: p<0,01; ansia, apatia, attacchi di panico: p<0,01; alte-

TAB. 13

Campione suddiviso in funzione del Numero di Fiori di Bach risultati significativi al Floritest rispetto al tipo di patologie riscontrate durante il counseling (*p<0,001).

Fiori di Bach significativi	≤ 1		2 - 5		6 - 10		> 10		TOTALE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Assenti	12	29,3 34,3	13	13,4 37,1	8	11,0 22,9	2	4,2 5,7	35	13,5 100,0
Acute	23	56,1 13,4	64	66,0 37,2	48	65,8 27,9	37	77,1 21,5	172	66,4 100,0
Cronico-degenerative	5	12,2 11,1	17	17,5 37,8	15	20,5 33,3	8	16,6 17,8	45	17,4 100,0
Neoplastiche	1	2,4 14,3	3	3,1 42,8	2	2,7 28,6	1	2,1 14,3	7	2,7 100,0
TOTALE	41	100,0 15,8	97	100,0 37,5	73	100,0 28,2	48	100,0 18,5	259	100,0 100,0

razione dell'appetito: $p < 0,05$; acidità e dolori gastrici, senso di pienezza, gonfiore dopo i pasti, nausea: $p < 0,001$; stipsi, alvo alterno: $p < 0,01$; colon irritabile: N.S.; scarsa sudorazione durante il moto: N.S.

Approfondendo ulteriormente le significatività emerse:

- il sintomo stanchezza aumenta in modo direttamente proporzionale alla gravità delle patologie riscontrate passando dal 30% della classe con assenza di sintomi al 50 e 51% rispettivamente per le patologie acute e cronico-degenerative fino al 57% in quelle neoplastiche
- i disturbi del sonno sono presenti nel 14% nella classe con assenza di sintomatologia, 35% nelle patologie acute, 33% in quelle croniche e 48% in quelle neoplastiche
- i disturbi d'ansia si evidenziano nel 23% dei controlli, 41% nelle patologie acute, 51% nelle patologie cronico-degenerative e 48% nelle neoplasie
- le alterazioni dell'appetito sono maggiormente rappresentate nelle patologie neoplastiche ed in quelle acute con 33 e 30% rispettivamente, 25% nelle patologie cronico-degenerative, 14% nei controlli
- i problemi gastrici si evidenziano, nel 49% dei casi, nelle patologie acute (probabilmente anche per maggior uso in questa classe di farmaci anti-infiammatori gastrolesivi), 33% nelle patologie cronico-degenerative e 31% nei controlli, 19%

nelle forme neoplastiche

- i sintomi legati al transito intestinale ed alla stipsi (quando presenti) sono quasi esclusivo appannaggio delle patologie acute e cronico-degenerative con percentuali che si attestano per entrambi al 26%, mentre sono pressoché assenti nel gruppo dei controlli (9%) e nella classe neoplastica (5%).

ANALISI DELL'APPROCCIO TERAPEUTICO

• Tipo di terapia o prassi terapeutiche adottate per ≥ 6 mesi

La **TAB. 15** ($*p < 0,001$) riporta il tipo di terapie assunte in passato per ≥ 6 mesi correlate al tipo di patologia riscontrata durante il *counseling* dalle persone sottoposte al test.

Appare evidente la netta correlazione tra utilizzo di terapie convenzionali e maggior presenza di patologie gravi rispetto alla maggior prevalenza nella classe di controllo (non uso di alcun farmaco o rimedio naturale): la percentuale di utilizzo di sole terapie convenzionali è 12% nel gruppo con assenza di sintomatologia, 33% nella classe con patologie acute, 51% nel gruppo delle patologie cronico-degenerative e 52% nei pazienti affetti da neoplasie.

- Viceversa, valutando globalmente l'utilizzo di nessuna terapia o di sole terapie naturali, queste sono appannaggio del 74% nel gruppo con assenza di sintomi, 49% nei portatori di patologie acute, 34% negli affetti da patologie

cronico-degenerative, fino ad essere scarsamente utilizzate dai pazienti neoplastici.

Per quanto riguarda il gruppo che utilizza in modo promiscuo terapie convenzionali e terapie naturali, le percentuali si collocano tra valori più o meno intermedi a quelli già espressi per i due tipi di prassi terapeutiche precedentemente descritte.

• Terapie convenzionali eventualmente in uso al momento del test

La **TAB. 16** ($*p < 0,001$) riporta la distribuzione dell'utilizzo o meno di farmaci convenzionali al momento dell'esecuzione dei test correlato alle classi di patologia evidenziate nel *counseling*: i farmaci convenzionali erano assunti al momento del test nel 18% della classe con assenza di sintomi, 44% nella classe delle patologie acute, 58% in quella delle patologie cronico-degenerative, 71% in presenza di forme neoplastiche.

• Terapie convenzionali specifiche eventualmente in uso al momento del test

Per quanto concerne il tipo di terapie convenzionali specifiche eventualmente in uso al momento del test sono emerse significatività per quanto riguarda l'utilizzo di:

- sostanze ormonali ($*p < 0,001$) con percentuali rispettivamente dell'1% negli individui con assenza di disturbi, 14% nelle patologie acute, 11% in quelle cronico-degenerative e 48% in quelle neoplastiche
- anti-infiammatori ($*p < 0,001$) con

M.U.S. (Medical Unexplained Symptoms)	≤ 1		2 - 5		≥ 6		TOTALE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Assenti	41	31,3	30	10,9	6	6,3	77	15,4
Acute	62	47,3	169	61,7	66	69,5	297	59,4
Cronico-degenerative	24	18,3	63	23,0	18	18,9	105	21,0
Neoplastiche	4	3,1	12	4,4	5	5,3	21	4,2
TOTALE	131	100,0	274	100,0	95	100,0	500	100,0

TAB. 14

Numero di Sintomi Vaghi ed Aspecifici (Medical Unexplained Symptoms - M.U.S.) presenti nel campione rispetto al tipo di patologie riscontrate durante il *counseling* ($*p < 0,001$).

TAB. 15
Tipo di terapie assunte in passato per ≥ 6 mesi dalle persone sottoposte al test, correlate al tipo di patologia riscontrata durante il counseling (*p<0,001).

Tipo di terapie assunte in passato Patologie*	Convenzionali		Miste		Naturali		Nessuna		TOTALE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Assenti	9	5,2	11	12,8	38	27,2	19	18,6	77	15,4
Acute	99	57,6	53	61,6	79	56,4	66	64,7	297	59,4
Cronico-degenerative	53	30,8	16	18,6	21	15,0	15	14,7	105	21,0
Neoplastiche	11	6,4	6	7,0	2	1,4	2	2,0	21	4,2
TOTALE	172	100,0	86	100,0	140	100,0	102	100,0	500	100,0

Farmaci convenzionali Patologie*	In uso		Assenti		TOTALE	
	N°	%	N°	%	N°	%
Assenti	14	6,4	63	22,5	77	15,4
Acute	130	59,1	167	59,6	297	59,4
Cronico-degenerative	61	27,7	44	15,7	105	21,0
Neoplastiche	15	6,8	6	2,2	21	4,2
TOTALE	220	100,0	280	100,0	500	100,0

TAB. 16
Distribuzione del campione rispetto all'utilizzo o meno di farmaci convenzionali al momento dell'esecuzione dei test, correlato alle classi di patologia (*p<0,001).

logano con un linguaggio (ad entrambe comprensibile) di *quanti* d'energia e specifiche frequenze d'onda: sarebbe quindi più corretto parlare di **Sistema Psico-Neuro-Endocrino-Immunometabolico (P.N.E.I.M.)**.

CONCLUSIONE

Qualsiasi perturbazione negativa o *stressor* si ripercuote a cascata sul piano fisico-corporeo, biochimico-ormonale, energetico e mentale: tutte queste *dimensioni* sono manifestazioni dello squilibrio omeostatico della Matrice Extracellulare e strettamente interdipendenti. Il disturbo psichico, quello psicosomatico o tossico-organico, agiscono da perturbatori dell'equilibrio omeostatico corporeo creando accumuli tossinici, di sostanze acide o radicali liberi, che non sempre la Matrice Extracellulare è in grado di smaltire; così lo stress ossidativo non sempre può essere tamponato dai pur validi meccanismi antiossidanti di cui l'organismo è dotato.

Per questo diventa di preminente importanza l'assunzione di integratori che sostengano la fase di attivazione ortosimpatica, con proprietà antiossidanti e di supporto all'asse HPA, e sostanze alcalinizzanti che favoriscano la fase di recupero parasimpaticotonica con l'attivazione del Sistema Immuno-Endocrino.

– Tali integratori possono compensare una dieta troppo spesso squilibrata dall'eccessiva introduzione di sostanze aci-

6% negli individui con assenza di disturbi, 12% nelle patologie acute, 33% in quelle cronicodegenerative e 24% in quelle neoplastiche.

DISCUSSIONE

► Da quanto esposto, è possibile affermare che esistono **correlazioni dirette** tra livello di conflittualità psichica, acidosi tissutale, danno delle membrane cellulari legato allo stress ossidativo presente e danno tissutale nelle varie forme di infiammazione che determinano nel tempo una progressione della patologia dalle forme acute a quelle cronico-degenerative fino alle tumorali secondo un *iter* oggettivamente rilevabile attraverso le indagini bioelettroniche utilizzate.

– A livello clinico, questa progressione si correla alla sempre maggiore prevalenza di Sintomi Vaghi ed Aspecifici riportati dai pazienti. Questi rappresentano l'espressione clinica del grado di compromissione del S.N.V. strettamente correlato all'equilibrio acido-base della Matrice Extracellulare, molto importante per il mantenimento della corretta omeostasi organica.

– Sul versante psicologico, la parallela e contemporanea presenza di conflittualità psichica emersa dal Floritest evidenzia la diretta relazione tra disagio psichico e presenza di patologie organiche influenzantesi reciprocamente.

► **E' molto probabile che la Matrice Extracellulare sia il punto di incontro dei due aspetti, Psichico e Metabolico**, prioritariamente interessati al mantenimento dell'omeostasi dove le due componenti della vita, Energia e Materia, si incontrano e, attraverso i biofotoni, dia-

dificanti e spesso prive qualitativamente più che quantitativamente (specie se prodotte in serre e/o a livello industriale) di sufficienti apporti vitaminici e di Sistemi tampone che contrastino in modo significativo l'acidità e lo stress ossidativo.

Se consideriamo l'influenza dello stress psichico nella formazione di radicali acidi, in un contesto Eco-Bio-Psicologico, la consapevolezza dei propri vissuti emotivi e di un percorso evolutivo nella capacità di gestire le proprie emozioni e di saperle manifestare è il presupposto essenziale per vivere pienamente la vita in equilibrio.

I Fiori di Bach trovano, sotto questo aspetto, la loro collocazione ideale.

Anche se i dati ricavati dalla ricerca possono essere estesi in linea di massima e con risultati positivi "statisticamente significativi" alla maggior parte dei casi, non bisogna dimenticare che dietro ad ogni numero, ad ogni diagnosi, ad ogni terapia, vi è un individuo che con il terapeuta ha intrapreso un cammino di consapevolezza e di crescita.

Per tale motivo, il percorso di ciascun paziente che giunge all'osservazione difficilmente può essere formulato in un protocollo terapeutico pre-stabilito, pur affermando che un'integrazione di base, specie di sostanze alcalinizzanti e antiossidanti, unita alla somministrazione dei Fiori di Bach è aiuto importante per chiunque nel contrastare fenomeni così diffusi come gli eccessivi livelli di acidosi e di stress ossidativo che giocano un ruolo cardine nella progressione dell'infiammazione e nell'insorgenza di patologie cronico-degenerative e neoplastiche. ■

Bibliografia

- Agarwal R. – Chronic kidney disease is associated with oxidative stress independent of hypertension. *Clin Nephrol.*, **2004** Jun; 61 (6): 377-83.
- Annuk M., Zilmer M., Lind L., Linde T., Fellstrom B. – Oxidative stress and endothelial function in chronic renal failure. *J Am Soc Nephrol.*, **2001**; Dec; 12 (12): 2747-52.
- Boschiero D., Zennaro C. – La correzione del pH tissutale. *rev.0 – 9/2/2005* – BioTekna Labs Biomedical Technology Research and Development Lab Area Science Park, Trieste.
- Babbs C.F. – Free radicals and the aetiology of colon cancer. *Free Radic Biol Med.*, **1990**; 8 (2): 191-200.
- Baier-Bitterlich G., Fuchs D., Wachter H. – Chronic immune stimulation, oxidative stress, and apoptosis in HIV infection. *Biochem Pharmacol.*, **1997**; 21; 53 (6): 755-63.
- Basso D., Panozzo M.P. et Al. – Oxygen derived free radicals in patients with chronic pancreatic and other digestive diseases. *J Clin Pathol.*, **1990**; 43(5): 403-5.
- Biffi E. – Rilettura in chiave olistica della Tavola delle Omotossicosi: contributo della bioenergetica e dell'embriologia. *La Med. Biol.*, **2003**/3; 5-13.
- Buckley T.M., Schatzberg A.F. – On the interactions of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis and sleep: normal HPA axis activity and circadian rhythm, exemplary sleep disorders. *J Clin Endocrinol Metab.*, **2005**; 90 (5): 3106-14.
- Ciaranfi E., Schlechter P., Bairati A. – Automatismi biologici e malattia: interpretazione della fisiopatologia come equilibrio omeostatico. Edizioni scientifiche e Tecniche Mondadori; **1979**.
- Di Munno O., Delle Sedie A. – Osteoporosi da glucocorticoidi e malattie reumatiche. Patogenesi, prevenzione e trattamento. *Reumatismo*, **2006**; 58 (1): 11-21.
- Downey P.A., Siegel M.I. – Bone biology and the clinical implications for osteoporosis. *Phys Ther.*, **2006** Jan; 86(1): 77-91.
- Erdogan C., Unlucerci Y., Turkmen A., Kuru A., Cetin O., Bekpinar S. – The evaluation of oxidative stress in patients with chronic renal failure. *Clin Chim Acta*, **2002**; 322 (1-2): 157-61.
- Friedman A.D., Shah J.B., Takoudes T.G., Haddad J. Jr. – The role of free radicals in chronic rhinosinusitis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.*, **2002**; 128 (9): 1055-7.
- Gaillard R.C. – Interactions between the immune and neuroendocrine systems: clinical implications. *J Soc Biol*, **2003**; 197 (2): 89-95.
- Gaillard R.C. – Interaction between the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and the immunological system. *Ann Endocrinol (Paris)*, **2001**; 62 (2): 155-63.
- Gerritsen W.B., Asin J., Zanen P., van den Bosch J.M., Haas F.J. – Markers of inflammation and oxidative stress in exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients. *Respir Med.*, **2005**; 99 (1): 84-90.
- Giammarioli S., Filesi C., Sanzini E. – Danno ossidativo e antiossidanti della dieta. *La Rivista di Scienza dell'Alimentazione*, **1998**/1.
- Goldman L.S., Wise T.N., Brody D.S. – *Psichiatria per il Medico di Medicina Generale*. Centro Scientifico Editore, **2001**.
- Harbuz M.S., Conde G.L., Marti O., Lightman S.L., Jessop D.S. – The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in autoimmunity. *Ann NY Acad Sci*, **1997**; 823: 214-24.
- Hunt C.R., Sim J.E., Sullivan S.J. et Al. – Genomic instability and catalase gene amplification induced by chronic exposure to oxidative stress. *Cancer Res.*, **1998**; 58(17): 3986-92.
- Jammes Y., Steinberg J.G., Mambri O., Bregeon F., Delliaux S. – Chronic fatigue syndrome: assessment of increased oxidative stress and altered muscle excitability in response to incremental exercise. *J Intern Med.*, **2005**; 257 (3): 299-310.
- Keshavarzian A., Banan A. et Al. – Increases in free radicals and cytoskeletal protein oxidation and nitration in the colon of patients with inflammatory bowel disease. *Gut.*, **2003**; 52 (5): 720-8.
- Kurtz I., Maher T., Hulter H.N., Schambelen M., Sebastian A. – Effect of diet on plasma acid-base composition in normal humans. *Kidney Int.*, **1983**; 24 (5): 670-80.
- Lapolla A., Fedele D. – Oxidative stress and diabetes role in the development of chronic complications. *Minerva Endocrinol.*, **1993**; 18 (3): 99-108.
- Leal A.M., Moreira A.C. – Food and the circadian activity of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Braz J Med Biol Res*, **1997**; 30 (12): 1391-405.
- Loginov A.S., Matliushin B.N. – Free radicals in chronic pathology of the liver. *Arkh Patol.*, **1991**; 53 (6): 75-9. *Review*.
- Manelli F., Giustina A. – Glucocorticoid-induced osteoporosis. *Trends Endocrinol Metab.*, **2000**; 11 (3): 79-85.
- Mantovani G., Maccio A., Madeddu C. et Al. – Quantitative evaluation of oxidative stress, chronic inflammatory indices and leptin in cancer patients: correlation with stage and performance status. *Int J Cancer.*, **2002**; 98 (1): 84-91.
- Martin-Mateo M.C., Sanchez-Portugal M., Iglesias S., de Paula A., Bustamante J. – Oxidative stress in chronic renal failure. *Ren Fail.*, **1999**; 21 (2): 155-67.
- McMurray J., Chopra M., Abdullah I., Smith W.E., Dargie H.J. – Evidence of oxidative stress in chronic heart failure in humans. *Eur Heart J.*, **1993**; 14 (11): 1493-8.
- Mello Ade A., Mello M.F., Carpenter L.L., Price L.H. – Update on stress and depression: the role of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis. *Rev Bras Psiquiatr.*, **2003**; 25 (4): 231-8.
- Murray M. – *Il potere curativo dei cibi*. Red Edizioni; **1996**.
- Nielsen O.H., Ahnfelt-Ronne I. – Involvement of oxygen-derived free radicals in the pathogenesis of chronic inflammatory bowel disease. *Klin Wochenschr.*, **1991**; 69 (21-23): 995-1000.
- Paoletti E. – *Il concetto di psiche e psichiatria in Medicina Funzionale*. Riv. Medicina Funzionale, **2000**/3; 18-22.
- Pellegrini S. – La biologia molecolare nello studio della psicopatologia. *Riv. Problemi in Psichiatria*, **2003**; 30(3): 5-14.
- Pellegrino F. – *Ansia sotto soglia: comprendere le radici del disagio psichico*. Positive Press, **2003**.
- Pischon T., Girman C.J., Rifai N., Hotamisligil G.S., Rimm E.B. – Association between dietary factors and plasma adiponectin concentrations in men. *Am J Clin Nutr.*, **2005**; 81(4): 780-6.
- Pizzorno Jr J.E., Murray M.T. – *Trattato di Medicina Naturale*. Vol. 1 e 2. Red Edizioni; **2001**.

39. Popovici D., Olinescu R., Hertoghe J. – The negative impact of oxidative stress in chronic cardiac failure and coronary heart disease calls for a new pathophysiologic and therapeutic approach. *Rom J Endocrinol.*, **1992**; 30 (3-4): 87-101.

40. Preziosi P. – Fondamenti di neuropsico-farmacologia. Piccin Nuova Libreria, **1992**.

41. Racciatti D., Guagnano M.T. et Al. – Chronic fatigue syndrome: circadian rhythm and hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis impairment. *Int J Immunopathol Pharmacol*, **2001**; 14 (1): 11-15.

42. Schoenberg M.H., Birk D., Beger H.G. – Oxidative stress in acute and chronic pancreatitis. *Am J Clin Nutr.*, **1995**; 62 (6 Suppl): 1306S-1314S.

43. Sclauzero E. – Approccio non convenzionale ai disturbi psicologici e psicosomatici: sinergia tra Psicoterapia ad Integrazione Corporea, Omotossicologia e Fiori di Bach. *La Med. Biol.*, **2005/2**; 5-26.

44. Selye H. – The stress of live: a new theory of disease. McGraw-Hill, New York; **1956**.

45. Shanks N., Harbuz M.S., Jessop D.S., Perks P., Moore P.M., Lightman S.L. – Inflammatory disease as chronic stress. *Ann NY Acad Sci*, **1998**; 840: 599-607.

46. Siems W., Quast S., Carluccio F. et Al. – Oxidative stress in chronic renal failure as a cardiovascular risk factor. *Clin Nephrol.*, **2002**; 58 Suppl 1: S12-9.

47. Takahashi T., Ikeda K. et Al. – Anxiety, reactivity, and social stress-induced cortisol elevation in humans. *Neuro Endocrinol Lett*, **2005**; 26 (4): 351-4.

48. Zalewski P., Sibinska E., Blaszczyk J. et Al. – Oxygen-derived free radicals of granulocytes in the blood of patients with chronic inflammation of the middle ear and palatine tonsils. *Otolaryngol Pol.*, **1995**; 49 Sup. 23: 157-9.

49. Zalla T. et Al. – Differential amygdala response in winning and losing: a functional magnetic resonance imaging study in humans. *Eur J Neurosci*, **2002**; 12: 1764-1770.

Riferimento bibliografico

SCLAUZERO E. – La Matrice Extracellulare: punto d'incontro tra psiche e soma. *La Med. Biol.*, **2008/3**; 21-34.

Indirizzo dell'Autore

Dr. Eugenio Sclauzero
 – Specialista in Ostetricia e Ginecologia
 – Psicoterapeuta
 Via Palmata, 3
 I – 33050 Bagnaria Arsa (UD)

Engystol®

comprese, fiale

Medicinale omeopatico



KEY WORD: Engystol®,
 il medicinale omeopatico
 per la protezione dai virus
 e per la prevenzione
 delle allergie

Descrizione

Da oltre 50 anni Engystol® viene utilizzato con successo per **l'attivazione e la stimolazione specifica del Sistema Immunitario**. Trova applicazione in tutte le patologie (sia acute che recidivanti) che riconoscono in un deficit reattivo il loro *primum movens* e in un'infezione virale la loro etiologia. Recenti studi hanno mostrato l'efficacia di Engystol® anche nel trattamento delle patologie allergiche grazie al riequilibrio della bilancia TH1-TH2, causa primaria dell'origine e sviluppo della malattia allergica. Engystol® si pone dunque come farmaco omeopatico ad ampio spettro, ma trova eletiva indicazione in particolare per:

- **Profilassi anti-influenzale**
- **Profilassi delle patologie da raffreddamento**
- **Potenziamento delle difese immunitarie**
- **Prevenzione e terapia delle sindromi allergiche**
- **Trattamento delle infezioni virali di diversa etiologia.**

Composizione

- **Comprese:** 1 compressa cont.: Vincetoxicum hirundinaria D6, Vincetoxicum hirundinaria D10, Vincetoxicum hirundinaria D30 ana 75 mg; Sulfur D4, Sulfur D10 ana 37,5 mg. 1 compressa contiene circa 300 mg di lattosio.
- **Fiale:** 1,1 ml cont.: Vincetoxicum D6, Vincetoxicum D10, Vincetoxicum D30 ana 6,6 µl; Sulfur D4, Sulfur D10 ana 3,3 µl.

Posologia

- **Comprese:** 1 compressa 3 volte al dì; nei casi acuti, 1 compressa ogni 15 min.
- **Fiale:** 1 fiala da 1 a 3 volte alla settimana i.m., s.c., i.c., e.v.; nei casi acuti, 1 al giorno.
- **Profilassi anti-influenzale di adulti, bambini ed anziani:** 1 compressa al dì per più settimane da effettuare all'inizio dell'autunno (settembre-ottobre) e di ripetere a metà inverno (gennaio-febbraio).
- **Trattamento stagionale delle allergie:** 1 compressa al dì per 60-90 giorni.

Confezione

- **Comprese:** Flacone da 50 compresse.
- **Fiale:** - Confezione disponibile per il pubblico da 10 fiale cad.
 - Confezione ospedaliera - ambulatoriale da 50,100, 500 fiale cad.



noi siamo a
Impatto Zero!
UNA S.p.A. aderisce al progetto
 Impatto Zero! di Legambiente
 Compromesso le emissioni di CO₂
 con la promozione di nuove Energie.

Depositato presso A.I.F.A. il 18.01.2008



GUNA
GUNA S.p.a.
 Via Palmanova 71 - 20132 Milano

Al sensi del D.Lvo 21/9/06 Art.120, comma 1 bis, trattasi di indicazioni per cui non vi è, allo stato, evidenza scientificamente provata dell'efficacia del medicinale omeopatico o antroposofico.