

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA



DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Scienze Motorie e
Sportive

***Movimento Biologico applicato al trattamento dei
Disturbi dell’Alimentazione e della Nutrizione***

LAUREANDO

Martina Cappelletti

RELATORE

Prof. Stefano Spaccapanico Proietti

Anno Accademico 2023-2024

Lavorare sul corpo implica lavorare a partire dal proprio corpo, dalla personale e ineludibile biograficità che non è a caso iscritta, “graffiata” (bios e graffio insieme) su quella straordinaria pergamena che è la pelle (il sangue, i muscoli, le ossa, gli organi) di ciascuno di noi.

Gamelli I. Sensibili al corpo, 2011

Indice

Introduzione	8
I Parte – I Disturbi dell’Alimentazione e della Nutrizione (DAN)	
0. Introduzione	11
1. Il DSM	13
2. Epidemiologia	15
3. Eziologia - Le 3 P, fattori di insorgenza di un DAN	16
3.1 Fattori predisponenti	
3.1.1 Fattori predisponenti con caratteristiche individuali / 3.1.2 Fattori predisponenti con caratteristiche famigliari / 3.1.3 Fattori predisponenti con caratteristiche socioculturali	
3.2 Fattori precipitanti	
3.3 Fattori perpetuanti	
3.4 Focus: il ruolo della famiglia	
3.4.1 Tappe evolutive e DAN	
4. Nutrizione nei DAN	19
4.1 Restrizione calorica	
4.2 Abbuffate compulsive	
4.3 Comportamenti di compenso	
4.4 Food craving & Food addiction	
5. Il profilo cognitivo e i test neuropsicologici nei DAN	21
6. La rappresentazione del corpo	22
6.0 Tra percezione e cognizione	
6.1 Componenti percettiva	
6.1.1 La percezione delle forme corporee / 6.1.2 Il riconoscimento visivo del proprio corpo / 6.1.3 Il senso di appartenenza del corpo	
6.2 Componenti del corpo	
6.2.1 La valutazione estetica del corpo / 6.2.2 La soddisfazione del proprio corpo / 6.2.3 Il tatto affettivo	
7. Anoressia Nervosa (AN)	28
7.0 Storia	
7.1 Criteri diagnostici	
7.2 Nutrizione	
7.3 Profilo cognitivo	
7.3.1 Attenzione / 7.3.2 Memoria / 7.3.3 Cognizione sociale / 7.3.4 Funzioni esecutive	
8. Bulimia Nervosa (BN)	33
8.0 Storia	
8.1 Criteri diagnostici	
8.2 Nutrizione	
8.3 Profilo cognitivo	
8.3.1 Attenzione / 8.3.2 Memoria / 8.3.3 Cognizione sociale / 8.3.4 Funzioni esecutive	
9. Disturbo da Alimentazione incontrollata o Binge Eating Disorder (BED)	38
9.0 Storia	
9.1 Criteri diagnostici	
9.2 Nutrizione	
9.3 Profilo cognitivo	
9.3.1 Attenzione / 9.3.2 Memoria / 9.3.3 Funzioni esecutive	
10. Disturbo Evitante Restrittivo dell’Assunzione di Cibo – Avoid/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)	42
10.0 Storia	
10.1 Criteri diagnostici	
11. Pica	44

12. Disturbo da ruminazione	45
13. Disturbo dell'Alimentazione o della Nutrizione con Altra Specificazione	46
14. Disturbo dell'Alimentazione o della Nutrizione Senza Altra Specifica (DA SAN)	47
15. I Nuovi Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione	48
16. I DAN, non solo malattie femminili	50
16.0 Un po' di storia	
16.0.1 Le prime testimonianze – 16.0.2 Gli Artisti della fame – 16.0.3 I primi Pazienti furono maschi	
16.1 Asimmetria	
16.2 <i>Eating Disorders in Males: An Overview of Research Over The Period 2007-2017</i>	
16.2.1 Diagnosi – 16.2.2 Prevalenza generale – 16.2.3 Epidemiologia in adolescenza – 16.2.4 Esordio – 16.2.5 Comorbidità ed esiti – 16.2.6 Caratteristiche psicologiche individuali nei DA	
16.3 Ulteriori approfondimenti	
16.3.1 Complicanze mediche – 16.3.2 Trattamento	
17.0 DAN e adulti	56
18.0 L'importanza di un'equipe multidisciplinare	57
18.1 L'approccio multidisciplinare	
18.1.1 Il Case Manager / 18.1.2 Il Medico / 18.1.3 Lo Psicoterapeuta / 18.4 Il Dietologo, il Dietista o il Nutrizionista	
18.2 I livelli di trattamento	
18.2.1 Il trattamento ambulatoriale / 18.2.2 Il trattamento ospedaliero / 18.2.3 Il trattamento riabilitativo residenziale e semiresidenziale	
19.0 Guarigione, un viaggio personale	63
19.1 Una difficile richiesta d'aiuto	
19.2 Guarigioni	
19.3 Un percorso non lineare	
19.4 Il ruolo dell'Autoefficacia	
20. Psicopatologia fenomenologica e Disturbi dell'alimentazione e della Nutrizione	66
20.1 Disturbi alimentari ed esperienza del corpo	
20.2 Psicopatologia fenomenologica e Disturbi dell'Alimentazione	
20.2.1 Il corpo vissuto / 20.2.2 Il corpo per l'Altro / 20.2.3 L'esperienza degli oggetti mondani / 20.2.4 Le emozioni / 20.2.5 Il tempo / 20.2.6 Sé ed Identità / 20.2.7 I valori	
20.3 La terapia	

II Parte – Movimento Biologico

0. Introduzione	73
1. Corpo Etico	75
1.0 Introduzione	
1.1 I domini del Corpo Etico	
1.1.1 Unicità e responsabilità / 1.1.2 Spazio, tempo e memoria / 1.1.3 Linguaggio / 1.1.4 Espressività e relazione / 1.1.5 Spirito e sensi / 1.1.6 Coscienza	
2. Salutogenesi	77
2.0 Introduzione	
2.1 Senso di Coerenza e Risorse Generali di Resistenza	
2.2 Non tutto il moto è Movimento	
3. I problemi del nostro tempo: l'ipocinesia	79
3.0 Introduzione	
3.1 WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour	
3.1.1 Bambini e Adolescenti (5-17 anni) / 3.1.2 Età adulta (18-64 anni) / 3.1.3 Età avanzata (oltre 65 anni)	
3.2 Qualche numero	
3.2.1 OKkio alla SALUTE - Promozione della salute e della crescita sana dei bambini della scuola primaria / 3.2.2 Indagine Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) - Comportamenti	

collegati alla salute in ragazzi di età scolare / 3.2.3 Sistema di sorveglianza Passi - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia / 3.2.4 Sistema di sorveglianza Passi d'Argento	
3.3 Inattività fisica	
3.3.1 National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022 / 3.3.2 Cause / 3.3.3. Rischi / 3.3.4 Un tentativo per aumentare il livello di attività fisica: il Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030 (GAPPA)	
3.4 Conclusione	
4. Attività fisica ed iperattività	88
4.0 Introduzione	
4.1 Definizione	
4.2 Classificazione	
4.3 Prevalenza	
4.4 Caratteristiche cliniche associate	
4.4.1 Focus: associazione tra restrizione dietetica ed esercizio fisico eccessivo e compulsivo	
4.5 Conseguenze	
4.5.1 Focus: associazione tra magrezza eccessiva e densità minerale ossea /	
4.5.2. Focus: associazione tra magrezza eccessiva e complicanze cardiache	
4.6 Valutazione diagnostica	
4.7 Influenza sull'esito del trattamento	
4.8 Trattamento	
4.8.1 Monitoraggio dell'esercizio / 4.8.2 Educazione / 4.8.3 Strategie	
4.9 Il riposo	
5. I problemi del nostro tempo: il modello corporeo estetico e meccanicistico-funzionale	97
5.1 Corpo Etico vs Corpo Estetico	
5.2 Körper vs Leib	
5.3 Esercizio vs esperienza	
5.3.1 Esercizio	
5.3.2 Esperienza	
5.4 Il potere dimenticato del gioco	
5.4.0 Introduzione / 5.4.1 L'abbandono della pratica ludica in età adolescenziale ed adulta: scarsa considerazione istituzionale / 5.4.2 L'abbandono della pratica ludica in età adolescenziale ed adulta: il problema dei contenuti / 5.4.3 La dittatura dello sport nella società contemporanea	
6. Il Movimento, un bisogno primario per l'Uomo	104
6.0 Introduzione	
6.1 Sport e fitness non sono Movimento	
6.2 Chinantropologia e Homo Movens per superare la banalizzazione del Movimento	
6.2.1 Chinantropologia	
6.2.2. Homo Movens	
6.3 Dal körper al Leib	
6.3.1 La via dello sguardo estetico-estatico / 6.3.2 La via della funzionalità / 6.3.3 La via della "conversione fenomenologica"	
6.4 Dal körper al Leib nei DAN	
7. Neurofenomenologia	109
7.0 Introduzione	
7.1 Corpo, cervello e mondo: un'interazione circolare	
7.2 Consapevolezza corporea	
8. Scienza della Complessità	112
8.0 Introduzione	
8.1 Il sistema complesso	
8.1.1 Cosa è / 8.1.2 Come si comporta	
8.2 Il Corpo umano, un sistema complesso	
9. Pedagogia del Corpo Incarnato in Movimento	114
9.1 Il Movimento come Processo Pedagogico	
9.2 Verso la Pedagogia del Corpo Incarnato in Movimento	
10. Alle radici di Movimento Biologico	116
10.0 Introduzione	
10.0.1 Movimento antropocentrico / 10.0.2 Movimento incarnato	

10.1 Inter- e trans- disciplinarità	
10.1.1 Il gioco / 10.1.2 L'ascolto / 10.1.3 Le emozioni / 10.1.4 L'Altro	
11. Lineamenti metodologici-operativi in Movimento Biologico	119
11.1 Meta-metodo	
11.2 Setting psicomotorio	
11.3 Verso le famiglie dell'Azione	
11.3.0 Introduzione / 11.3.1 Richiami di Neurofisiologia	
11.4 Perché Movimento Biologico nel trattamento dei DAN	
11.4.1 La rappresentazione del corpo / 11.4.2 La Psicopatologia fenomenica / 11.4.3 La Pedagogia delle Alternative in Movimento Biologico	
12. La dimensione ludico-pedagogica in Movimento Biologico	127
12.1 Il Gioco senso-motorio	
12.2 Il Gioco simbolico	
12.3 Movimento Biologico per riappropriarsi del gioco in età adulta	
12.3.1 Vivere il Qui ed Ora / 12.3.2 Giocare il Movimento e la vita / 12.3.3 La ri-scoperta del coraggio / 12.3.4 Il piacere della condivisione / 12.3.5 Liberare le emozioni	
13. Mimesis	131
13.0 Introduzione	
13.1 Il Metodo Mimico di Orazio Costa	
13.2 Movimento Biologico, opportunità di espressione autentica	
14. Emozioni	134
14.0 Introduzione	
14.1 Emozioni ed evoluzione	
14.1.1 Filogenesi / 14.1.2 Ontogenesi / 14.1.3 Filogenesi delle emozioni	
14.2 Emozioni e cognizione	
14.2.1 Emozioni ed apprendimento / 14.2.2 Apprendimento e Movimento Biologico	
14.3 Emozioni ed azione	
14.3.1 Emozione, percezione, azione / 14.3.2 Azione e Movimento Biologico	
14.4 Emozioni ed ingaggio sociale	
14.4.1 Il valore sociale del flusso dell'intelligere / 14.4.2 Teoria Polivagale	
15. Alessitimia	140
15.0 Introduzione	
15.1 Cosa si intende con "Alessitimia"	
15.2 Alessitimia e DAN	
15.3 Movimento Biologico in risposta all'alessitimia	
16. Voce al Corpo, corpo alla Voce	145
16.0 Introduzione	
16.1 Il Metodo Vibrazionale	
16.1.1 L'approccio empirico / 16.1.2 Il primo problema e la risposta della Sinergetica / 16.1.3 Il secondo problema e la duplice illuminazione / 16.1.4 I principi del Metodo Vibrazionale / 16.1.5 Un seminario sul Metodo Vibrazionale	
16.2 Il Metodo Vibrazionale in Movimento Biologico	
17. Mindfulness	150
17.0 Da Tutto Qui a Tutto è Qui	
17.1 Origini delle pratiche di Consapevolezza	
17.2 Efficacia scientifica	
17.3 Mindfulness, psicoterapia e Movimento Biologico	
17.4 Radici teoriche del Mindful Movement	
17.4.0 Introduzione / 17.4.1 Meditative Movement (Movimento Consapevole) / 17.4.2 Mindfulness-Based Movement (Movimento Basato sulla Mindfulness) / 17.4.3 Movement-Based Embodied Contemplative Practices (Pratiche Contemplative Incarnate basate sul Movimento) / 17.4.4 Mental and Physical Training (MAP) / 17.4.5 Movimento Biologico: l'integrazione delle pratiche di consapevolezza a mediazione corporea	
17.5 Mindful Movement e Salutogenesi	
17.6 Mindful Movement, Skilled Attention & Mindful Learning	
17.6.0 Introduzione / 17.6.1 L'attenzione / 17.6.2 Mindful Learning	
17.7 Apprendimento e controllo motorio, il ruolo dell'attenzione	

17.7.0 Introduzione / 17.7.1 Focus esterno / 17.7.2 Focus interno: le critiche di Jeffrey Ives al Mindful Movement / 17.7.3 Focus interno vs focus esterno nelle pratiche di Mindful Movement / 17.7.4 Non solo focus esterno	
18. Il Mindful Movement nel trattamento dei DAN	164
18.0 Introduzione	
18.1 Mindful Movement in risposta ai deficit cognitivi nei DAN	
18.2 Movement Awareness Therapies in Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis	
18.2.0 Introduzione / 18.2.1 Risultati / 18.2.2 Precedenti revisioni sistematiche / 18.2.3 Limitazioni / 18.2.4 Conclusione	
19. I limiti del Mindful Movement oggi e la necessità di Movimento Biologico	170
19.1 I limiti del Mindful Movement	
19.1.1 La ricerca di lenitivi psicologici / 18.1.2 La necessità delle categorie	
19.2 La risposta di Movimento Biologico	
19.2.1 Perché abbracciare Movimento Biologico / 19.2.2 La Scienza a supporto di Movimento Biologico	

III Parte – Educare attraverso il Movimento

0. Introduzione	173
1. Chinesiologo	174
1.0 Introduzione	
1.1 Riabilitazione vs rieducazione	
1.1.1 Riabilitazione / 1.1.2 Rieducazione / 1.1.3 La confusione	
1.2 Inserimento del Chinesiologo nell'equipe di trattamento multidisciplinare dei DAN	
1.2.1 La prospettiva di cura totale / 1.2.2 Attività possibili in un percorso di guarigione: dipende	
2. Letteratura scientifica ed esercizio fisico nel trattamento dei DAN	177
2.0 Introduzione	
2.1 Exercise in Eating Disorders Treatment: Systematic Review and Proposal of Guidelines - Esercizio nel Trattamento dei Disturbi Alimentari: Revisione Sistematica e Proposta di Linee guida	
2.2 How to Integrate Physical Activity and Exercise Approaches into Inpatient Treatment for Eating Disorders: Fifteen Years of Clinical Experience and Research - Come Integrare L'attività Fisica e gli Approcci all'esercizio Fisico nel Trattamento Ospedaliero dei Disturbi Alimentari: Quindici Anni di Esperienza Clinica e Ricerca	
2.2.0 Il background di partenza / 2.2.1 Metodo / 2.2.2 Il trattamento multidisciplinare / 2.2.3 Principi generali / 2.2.4 Valutazione / 2.2.5 Attività previste / 2.2.6 Conclusione	
2.3 Physical Activity in Eating Disorders: A Systematic Review - Attività Fisica nei Disturbi Alimentari: Una Revisione Sistematica	
2.4 Dall'esercizio fisico all'esperienza motoria	
3. Il Facilitatore	186
3.0 Introduzione	
3.1 Il ruolo del Facilitatore	
3.2 Nostal-gioia	
3.3 Responsabilità	
3.4 Fiducia ed affidare	
3.4.1 Possibilità della libertà / 3.4.2 Disciplina	
3.5 Exotopia	
4. Le famiglie dell'Azione	191
4.0 Introduzione	
4.1 Sens.azione e Percezione	
4.2 Respirazione	
4.2.1 Richiami di Anatomia / 4.2.2 Meccanica respiratoria / 4.2.3 Respiro dunque Sono / 4.2.4 Fare respiro o essere respiro / 4.2.5 Richiami di Fisiologia / 4.2.6 Controllare l'incontrollabile	
4.3 Rel.azione ed Inter.azione	
4.4 Re.azione	

4.5 Co.ordin.azione – Esplor.azione – Integr-azione	
4.6 Mim.azione – Immedesim.azione – Incarn.azione – Simbolizz.azione	
4.7 Vocalizz.azione	
4.8 Senza azione – Medit.azione	
5. La creazione di un laboratorio esperienziale	201
5.1 L'attività progettuale	
5.2 L'unità funzionale	
5.3 Scelta del tema	
5.4 Linee di orientamento per la programmazione	
5.5 Principi pedagogici	
5.6 Lineamenti metodologici	
5.7 Diverse strategie	
6. Prospettive pratiche	204
Laboratorio sull'attenzione	
Laboratorio sulla fluidità	
Laboratorio sulla respirazione	
Laboratorio sulla vocalizzazione	
Laboratorio sul tatto affettivo	
Conclusione	228
Bibliografia	231
Sitografia	255

INTRODUZIONE

Studio matto e disperatissimo

Per spiegare dove nasce la necessità di questo lavoro, mi permetto di prendere in prestito le parole di Giacomo Leopardi: per Lui, come per Me, lo studio è stato *veleno* e *panacea*, unico rifugio nel tentativo di sfuggire a quella «cosa che l'ha ferito più d'ogni altra». Il Poeta di Recanati, il 2 marzo 1818, in una lettera inviata a Pietro Giordani, si definisce «spietato carnefice di se stesso» a causa dei suoi anni di «studio matto e disperatissimo».

Approssimativamente, ho studiato per 16 anni imponendomi la perfezione. L'inferno non era la prova da sostenere, ma la preparazione, soprattutto le ventiquattro ore finali: più tempo sui libri che ore di sonno, non un istante da perdere. Quel logorarsi valeva la prestazione, perché non avevo nient'altro per cui valesse la pena, neanche la mia salute. Mi odiavo ed ammalarmi faceva parte del compromesso. Volevo *comprendere*, ma ho dimenticato di *vivere*: spalle alla vita, rincorrevo la scrivania.

Se i sentimenti si potessero fotografare, avrei riempito un album sempre più sbiadito. L'Anima non può fingere una posa. Eppure, l'esperienza nell'*arte del camuffare*, mi permetteva di decorare questo pezzo di carne e muscoli, giocando a recitare sorrisi. Esistevo in punta di piedi, tanto da dovermi ricordare di respirare, che il cielo non stava crollando, che la fine non poteva essere così vicina. Era incredibilmente difficile perché l'inevitabile si avvicinava: non temevo di morire, ma di voler morire. Stavo fuori di me ed avevo paura perché non mi vedevo tornare: impossibile se non si è mai partiti.

Un pensiero mi ronzava in testa, come belve nelle gabbie. Nell'ordine, a proteggerlo: cappello con visiera rigida, cappuccio morbido della felpa e k-way impermeabile. Negli occhi Tutti prendiamo vita; allora, li nascondevo sotto un paio di lenti scure antiriflesso.

I pregiudizi travestiti da saggezza sono attraenti. Eppure, nella testa esiste un punto in cui i pensieri più atroci, quelli che non vengono normalmente ammessi, non solo entrano, ma si sistemano in fila indiana.

La mia lunga serie di cose impossibili mi ha costretto alla resa. Chiedere aiuto, mentre la vergogna spinge a credere di dover essere più forti, necessita di un immane sforzo di coraggio: *chiedere aiuto* significa ammettere di *stare male*. Il male logora, soprattutto dentro, ma divora anche tutto quello che trova fuori se si molla la presa per un istante. Esistono tanti posti in cui potevo non sentire il mio dolore, soltanto in uno era impossibile evitarlo: il mio corpo.

Il sintomo

Non vivevo dentro né fuori, ma *attraverso*: la carne mi dava consistenza, il dolore fisico serviva a ricordarmi che avessi una vita. Tra le pareti della cute soffocavo la verità, mentre maltrattavo il corpo.

Sono nato Martina, ma mi sono scoperto Elia. La *disforia di genere* consiste nel fare esperienza di un significativo disagio rispetto alla propria identità, identificandosi con il ruolo di genere opposto (Cohen-Kettenis, Pfäfflin, 2010). Le Persone con questa problematica possono essere più facilmente soggette a Disturbi Alimentari (DA) a causa del desiderio di raggiungere livelli di magrezza in grado di sopprimere i propri caratteri sessuali biologici o accentuare le caratteristiche del genere desiderato. In particolare, uomini transessuali descrivono i sintomi di DA e la perdita di peso come funzionali a nascondere petto e fianchi (Algars et al., 2012).

L'Anoressia Nervosa è stata la naturale evoluzione: esaurimento di energie, estrema richiesta di aiuto, ultimo tentativo per impormi un corpo femminile perfetto in grado di soddisfare Tutti; allo stesso tempo, perdita di ciclo mestruale e di ogni curva fisica, alla ricerca di un corpo maschile che ho scolpito in mente, da sempre.

La *cachessia* è uno stato di profondo deperimento generale, caratterizzato da prostrazione, rallentamento delle capacità psichiche, perdita di appetito e riduzione di masse adipose, ma soprattutto muscolari.

Si definisce *ptosi renale* lo spostamento del rene verso il basso. Il fenomeno può essere anche una conseguenza dell'*anoressia*, dal momento che viene a mancare il tessuto adiposo necessario a mantenerlo nella giusta posizione.

Togliere i carboidrati dalla dieta è come togliere il motore dalla macchina: riduci il peso, ma non vai da nessuna parte. Anche il *cuore* è un muscolo.

In medicina, i *parametri diagnostici* sono quei numeri che servono a dirimere, compilare, diagnosticare. Numeri che possono decidere Chi è *malato* e Chi è *sano*. Il Medico scrive *diabete* se la glicemia è superiore a 126 mg/dL a digiuno; *tachicardia*, se i battiti sono più di 100 al minuto. Però, i criteri diventano più sfumati con le malattie mentali: i numeri quasi scompaiono, non esiste esame del sangue che confermi o meno l'infermità. La questione si complica ulteriormente nel caso dei Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione, le uniche malattie mentali con conseguenze fisiche dirette: i numeri non mancano, ma sono gli stessi che ossessionano Chi è malato e, talvolta, Chi cura.

La *fame*, che brutta *bestia*. Spesso aiuta: la fame di conoscenza porta a studiare di più, la fame di nuove avventure accompagna in viaggi che non avrebbero mai avuto inizio e la fame letteralmente intesa spinge fuori dalla caverna per procurarsi cibo. In altre circostanze, la fame, quella che divora davvero, alimentata dal timore di non *essere* mai *abbastanza*, può portare ad elemosinare un amore che non si dovrebbe chiedere, a ostentare pieni che i vuoti, però, non li riempiono mai. Paura di non essere abbastanza, che diventa fame famelica, fame vorace, fame che consuma.

Avere un disturbo alimentare restrittivo non significa «non ho appetito». Significa «non riesco a mangiare, so che dovrei, ma non riesco». È come avere paura dell'ossigeno. Chi ne soffre è perfettamente in grado di riconoscere quanto sia irrazionale questa avversione, ma è irrilevante. Non è vanità e non è odio per il cibo. Si tratta di sfuggire alle emozioni, alla realtà. Si tratta di esistere, non di vivere.

Le sensazioni di quell'inferno mi rimangono appiccicate addosso, le immagini si impilano l'una sull'altra fino ad ergere una torre che è stata capace di nascondermi il sole a lungo: il dolore fisico delle ginocchia che reggono il peso scemante del corpo, incessantemente eretto o in moto, a velocità più o meno elevata; le mani incastrate tra le rotule per evitarne lo sfregamento nelle brevi pause di riposo notturno; la fame delle colazioni saltate, l'odore immaginario di pane tostato e marmellata percorrendo ogni mattina la stessa strada, fino alla sete che si sostituisce alla fame. Ricominciare, ma solo a condizione di pesare anche una foglia di insalata.

«Vedi cara
certe crisi son soltanto
segno di qualcosa dentro
che sta urlando per uscire»

(“Vedi Cara”, Francesco Guccini)

Mi sono cercato per anni nelle vite altrui senza mai trovarmi. Con quanta durezza mi giudicavo: i miei errori sempre più grandi di quelli degli Altri. Dentro di Me viveva un giudice severo, gli ho riconosciuto molto potere: ogni volta che ho provato vergogna, ogni volta che hanno svalutato quello che sono. A causa sua ho commesso il più grande peccato: voler essere un'altra Persona.

«Che vuoi fare da grande?» è una domanda a cui non ho mai saputo rispondere. Effettivamente, se non sai *chi sei*, non puoi pretendere di sapere *cosa vuoi*.

Quando pensavo al futuro mi si annubiava la vista e mi mancava il respiro: le ambizioni erano sempre altissime, ma mi sentivo costantemente spaventata, sconfitta, persa.

Avevo paura, ma ho avuto anche il coraggio di dirlo. Le paure vanno messe a nudo e colpite così forte da stordirle più di quanto loro possano stordire Te: non esiste evoluzione senza accettazione.

Nel parlare di dolore si appare sempre lucidi. Invece, la paura assale avendo toccato con mano l'imprevisto. L'unico modo per sopravvivere è iniziare a non giudicarlo: ricominciare non è averlo superato, ma affrontarlo. I mostri non muoiono: muore la paura che ti incutono.

Per calmare il *Bambino che eri* devi immaginare di entrare nella tua stanza di anni fa, bussare alla porta e sussurrargli tutto quello che avrebbe voluto sentire e non gli hanno detto.

Moto e Movimento

Impedire a Chi soffre di un Disturbo Alimentare di dedicarsi all'attività fisica, per quanto eccessiva e compulsiva possa risultare, corrisponde a parlare la sua stessa lingua, in cui *movimento* è sinonimo di *dispendio energetico* o *consumo calorico*. Infatti, l'attività motoria non deve essere in alcun modo demonizzata. È importante che il Paziente acquisisca la Consapevolezza delle conseguenze negative di un impegno del genere (es. rischio di lesioni o complicanze cardiache, sottrazione di tempo da investire in altro). Tuttavia, un'attività personalizzata e adattata alle condizioni del Singolo (anche in sottopeso) rappresenta un ausilio psico-fisico. Il percorso di ri-educazione motoria deve affiancare quello di ri-educazione alimentare, entrambi guidati dai Professionisti che animano i due ambiti.

Movimento Biologico, nell'alveo delle pratiche di Movimento Consapevole, è quella proposta metodologica-operativa che integra le dimensioni espressive, relazionali, vocali, emozionali, dialogiche, creative, simbolico-rappresentative, transpersonali.

Oggi, nel fitness o nello sport, come nelle pratiche tradizionali di Movimento Consapevole, le proposte motorie risultano limitate al cospetto della complessità del Movimento umano. L'attitudine contemporanea prevede di attenersi a *categorie*, separando dal contesto filosofico-culturale e fenomenologico di appartenenza. L'*imitazione* rimpiazza l'*ascolto* corporeo, nell'intento dell'esecuzione perfetta. Così, l'espressione motoria spontanea viene soffocata. Inoltre, l'incontro con l'Altro scompare, attenendosi a sequenze motorie svolte individualmente. Movimento Biologico propone esperienze che superano i confini, nell'intento di rendere onore al Movimento umano nel suo senso più integrativo ed integrale.

«Come faccio ciò che faccio» è ciò che caratterizza una biologia che è uguale per Tutti e la rende Biografia, segnata da come siano stati acquisiti i vari modi di essere nel corso della propria vita. L'apprendimento si basa sulla sottrazione di possibilità: l'esclusione di un'alternativa è legata alla dimensione emotiva di frustrazione, qualcosa non si fa per il rischio di essere *meno amabili e amati* dall'Altro. Le ingiunzioni, una volta introiettate, vengono rafforzate nel corso dell'esistenza. L'attitudine additiva dell'Adulto, quando il problema si palesa, consiste nell'apportare un rimedio (es. pillola, meditazione). L'alternativa è tornare, simbolicamente, in quel luogo in cui il sistema nervoso ha cominciato a strutturare le resistenze, gli schemi di funzionamento, dove qualcosa si è interrotto e provare a recuperare quella versione di Sé. L'identità è un dono sociale, ha le sue radici in un tempo pre-verbale. Quindi, non è con il verbale che si ristruttura.

Il gioco, riporta in quel luogo biologicamente e neurologicamente pre-condizionato, della *totipotenza* (staminale): quel sistema di sinapsi può diventare qualsiasi cosa all'interno di un ventaglio in cui c'è tutto. La Psicomotricità per Adulti di Movimento biologico consente di creare un ponte tra la dimensione del Bambino che *si è stati* e il Bambino che *si vuole tornare* ad essere da adulti.

Solo riappropriandosi della capacità di orientare le proprie scelte è possibile svelare la propria *sofferenza autentica*, non un sintomo da curare, ma una *condizione esistenziale* da conoscere per intraprendere quel percorso volto alla piena evoluzione del *proprio potenziale umano*, per *poter essere tutte le versioni di Sé*.

I Parte – I Disturbi dell’Alimentazione e della Nutrizione (DAN)

0. INTRODUZIONE

Nella Società attuale, il corpo è un'icona in grado di surclassare tutte le altre peculiarità psicologiche e di personalità del Soggetto, con inevitabili esiti negativi. Sicuramente, l'attenzione esasperata rivolta alla corporeità ed alla sua rappresentazione è aggravata dalla realtà mediatica dell'immagine.

Di conseguenza, numerosi studi hanno messo in luce il rapporto tra le sensazioni di inadeguatezza del proprio corpo e l'insorgenza di DAN, *disturbi della nutrizione e dell'alimentazione* (Stice, Shaw, 2002), che sfociano in problemi fisici e psicologici a lungo termine (Wagner et al., 2006; Mascolo et al., 2012), con il più significativo tasso di mortalità tra i disturbi psichiatrici (Smink, Van Hoeken, Hoek, 2012).

La Storia della Pedagogia evidenzia come l'*alimentazione* ed il *cibo* costituiscano elementi educativi fondamentali. Infatti, nell'Antica Grecia, l'Insegnante di ginnastica si configurava anche come *esperto del cibo*, in funzione della preparazione all'esercizio fisico. Non a caso, il termine *alunno* deriva dal latino *alumnus*, a sua volta mutuato da *alere* cioè, *alimentare*. L'alimento in questione era un vero e proprio *elemento nutritivo* necessario alla sopravvivenza umana, non solo un *cibo dell'anima*.

Nonostante *alimentazione* e *nutrizione* siano utilizzati come sinonimi, delineano due concetti diversi. L'*alimentazione* comprende l'insieme degli atti volontari finalizzati alla preparazione e all'ingestione di elementi nella quotidianità. Invece, la *nutrizione* è il processo fisiologico attraverso il quale gli organismi assimilano alimenti e liquidi necessari per lo svolgimento delle funzioni vitali.

Negli anni Settanta, l'OMS e la FAO hanno definito l'*educazione alimentare* come «Il processo informativo ed educativo per mezzo del quale si persegue il generale miglioramento dello stato nutrizionale degli Individui attraverso la promozione di adeguate abitudini alimentari, l'eliminazione dei comportamenti alimentari non soddisfacenti, l'utilizzazione di manipolazioni più igieniche degli alimenti, un efficiente utilizzo delle risorse alimentari».

Quindi, a scuola ed in famiglia, nel rispetto dei principi dell'*autonomia* e del *prendersi cura*, sarebbe opportuno insegnare cosa e come mangiare al fine di *vivere bene*. Infatti, la *tavola* diventa *luogo educativo* ed il cibo nutre le relazioni.

L'alimentazione determina uno dei primi rapporti del Bambino con le Figure di attaccamento quindi, con il mondo esterno. Infatti, per il Neonato, l'allattamento soddisfa il bisogno fisiologico di essere nutrito e pone le basi delle relazioni future. Di conseguenza, ricopre un ruolo significativo nel processo evolutivo.

I problemi legati all'alimentazione e alla nutrizione presentano una rilevanza mutevole perché possono configurarsi come *quadri transitori* con cui il Bambino esprime difficoltà legate a determinate tappe evolutive (svezzamento, passaggio all'alimentazione autonoma, avvio dei cicli scolastici, ecc.) oppure, come *quadri psicopatologici* in cui il cibo è un canale per veicolare difficoltà relazionali ed emotive. In quest'ultimo caso, si evidenziano: rapido calo ponderale e sottostante disagio emotivo/relazionale, con sbalzi d'umore e conseguente isolamento (soprattutto, evitamento di situazioni familiari o sociali legate al cibo).

Tipicamente, il disturbo alimentare (DA) presenta forme restrittive e selettive (anoressia nervosa-disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, AN-ARFID) quando il Bambino è più piccolo. Invece, all'aumentare dell'età, insorgono maggiormente quadri tipici dell'età adulta (bulimia nervosa – binge eating disorder, BN-BED).

In Psicologia e Psichiatria si è soliti pubblicare monografie che si concentrano su singole problematiche psicopatologiche, ma i DA hanno sempre costituito un'eccezione. Ciò si verifica per cause diverse:

- la sintomatologia ed il decorso clinico dei DA risultano vari. Di conseguenza, si è destinati a rimanere in difetto nel tentativo di elencare tutti i sintomi e trattarli come patologie dai confini evidenti e stabili;
- spesso, nel decorso dei DA, il Soggetto passa da un disturbo ad un altro/i, per poi tornare indietro o spostarsi ad un terzo.
- l'insorgenza di DA prima ignoti è determinata dall'emersione di nuove dinamiche sociali;
- il confine tra DA, come problemi psicopatologici, e l'obesità, come connubio di problematiche a livello organico, stile di vita ed educazione alimentare, non risulta netto;
- i DA, rispetto a molti disturbi mentali, necessitano di un approccio terapeutico interdisciplinare, grazie a specifiche *equipe*. Il Soggetto viene curato a trecentosessanta gradi, rispetto alla salute mentale, le ricadute sull'organismo e sul sistema relazionale personale;
- in realtà, i sintomi alimentari tipici dei DA, si inscrivono in quadri psicopatologici che coinvolgono: la personalità, il modo di percepire e vivere Se Stessi ed il proprio corpo, il modo di essere influenzati dallo sguardo dell'Altro, dalla rete di affetti e relazioni nel proprio strutturarsi;

Quindi, le trattazioni sui DA, superando le singole monografie, tendono ad organizzare queste problematiche nel loro insieme.

1. IL DSM

DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali)

Il *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* si occupa della classificazione delle malattie psichiatriche secondo la relativa sintomatologia. Tale classificazione risulta *nosografica*, non tenendo conto delle caratteristiche personali del Paziente, *ateoretica*, essendo indipendente da teorie o scuole psichiatriche, ed i sintomi sono raggruppati secondo *criteri statistici*, in base alla loro frequenza nelle patologie.

L'*American Psychiatric Association* (APA) è autrice della prima edizione (DSM-1), risalente al 1952. Sono seguite le edizioni del 1968 (DSM-2), del 1980 (DSM-3, revisionato nel 1987), del 1994 (DSM-4), fino ad arrivare alla quinta edizione (DSM-5) del 2013 (revisionata nel 2023, DSM-5-TR), classificando 370 disturbi mentali.

La diagnosi psichiatrica si basa su un *approccio multiassiale* che consente una valutazione completa del Paziente, tenendo conto sia della sua condizione mentale che generale. Quindi, le varie dimensioni di valutazione dell'Individuo sono suddivise in *assi*. In particolare, i cinque assi del DSM sono:

- *asse 1*, riguarda i disturbi clinici principali (es. depressione, schizofrenia... altri disturbi dell'umore e dell'ansia). Include anche i disturbi dell'apprendimento e alcune condizioni neurologiche;
- *asse 2*, incentrata sui disturbi della personalità (es. disturbo borderline di personalità e il disturbo antisociale di personalità) e sul ritardo mentale;
- *asse 3*, prende in esame le condizioni mediche generali e le malattie fisiche (es. diabete o malattie cardiache) che possono influenzare la salute mentale;
- *asse 4*, illustra i fattori psicosociali e ambientali (es. problemi lavorativi o relazioni interpersonali difficili) in grado di influenzare la diagnosi;
- *asse 5*, concerne la Valutazione Globale del Funzionamento (VGF) del Paziente cioè, un punteggio numerico che rispecchia il livello di funzionamento del Paziente in relazione agli aspetti sociali e lavorativi.

Specifici *criteri diagnostici* consentono di riconoscere ogni disturbo classificato. Di seguito, una breve panoramica dei criteri presi in considerazione:

- *descrizione del disturbo* includendo nome, sintomi caratteristici e manifestazioni cliniche;
- *soddisfacimento di criteri diagnostici* specifici per ogni disturbo;
- *criteri di esclusione* finalizzati ad evitare sovrapposizioni. Quindi, questi criteri indicano quali condizioni devono essere escluse per una diagnosi del disturbo in questione;
- *durata e persistenza* poiché i sintomi di alcuni disturbi devono essere presenti per un certo periodo di tempo per poter essere clinicamente rilevanti nella diagnosi;
- *distress e disabilità* dato che i sintomi devono causare un evidente distress o disabilità nel funzionamento quotidiano;
- *criteri associati* che possono includere ulteriori criteri o sintomi concomitanti rispetto al disturbo principale;
- *diagnosi differenziale* grazie ad una sezione che fornisce linee guida per distinguere uno disturbo specifico da altre condizioni simili o correlate. Un DA può essere riconosciuto come tale se e solo se è grave a sufficienza da costituirsi come uno specifico disturbo;
- *criteri dimensionali* che permettono valutazioni dimensionali consistenti nella quantificazione, attraverso scale numeriche, della gravità dei sintomi.

ICD - *International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death* (La Classificazione Internazionale delle Malattie, Incidenti e Cause di Morte)

La *Classificazione Internazionale delle Malattie, Incidenti e Cause di Morte* è stata concepita dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). È una classificazione delle malattie e dei problemi correlati e costituisce un valido strumento per gli studi statistici ed epidemiologici.

Tale classificazione è giunta alla undicesima revisione (ICD-11), pubblicata dall'OMS nel 2019, ed utilizza categorie diagnostiche simili a quelle del DSM-5-TR. Questo dimostra una tendenza alla uniformità e standardizzazione nelle diagnosi di determinate malattie mentali.

Il DSM-5 è stato pubblicato nel maggio 2013 dall'APA, a seguito di un processo di revisione di 14 anni. Sono state introdotte numerose novità per cercare di migliorare la descrizione dei sintomi e dei comportamenti delle Persone che soffrono di DA nel corso della vita.

I nuovi criteri sono stati sviluppati con il principale obiettivo di minimizzare l'uso della vaga diagnosi di *disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato* (DA NAS). In modo tale che i Pazienti ricevano una diagnosi che descriva accuratamente i loro sintomi e comportamenti. Infatti, ciò è alla base della definizione di un piano di trattamento adeguato.

I cambiamenti principali riguardano:

- il raggruppamento dei disturbi caratteristici dell'infanzia e i disturbi dell'alimentazione nell'unica categoria diagnostica dei *disturbi della nutrizione e dell'alimentazione* (DAN);
- una nuova definizione dei *disturbi della nutrizione e dell'alimentazione* (DAN) poiché il DSM-4 non forniva una definizione di *disturbo dell'alimentazione* e questo arrecava difficoltà nello stabilire il confine diagnostico dei DA NAS che non avevano criteri diagnostici positivi, come l'AN e la BN.
Invece, il DSM-5 fornisce anche una definizione dei DAN: «I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione che sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale»;
- l'inclusione di nuove categorie diagnostiche (ARFID e BED, in precedenza appartenenti ai DA NAS) e modificato alcuni criteri diagnostici.

Il DSM-5 include le seguenti categorie diagnostiche in merito ai DA:

- Anoressia Nervosa (AN)
- Bulimia Nervosa (BN)
- Disturbo da Alimentazione Incontrollata o Binge Eating Disorder (BED)
- Disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo o Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)
- Pica
- Disturbo di ruminazione
- Disturbo della Nutrizione o dell'Alimentazione con Specificazione
- Disturbo della Nutrizione o dell'Alimentazione Senza Specificazione (DA NAS)

Tali sindromi sono contraddistinte da un'immagine in continua evoluzione e mai definita poiché dipendono dai fenomeni mentali e comportamentali legati all'alimentazione, nonché dagli strumenti clinici di osservazione e descrizione delle differenti epoche. Proprio per questa ragione, è necessario delineare lo sviluppo storico nella descrizione dei disturbi trattati in seguito, prima di giungere ai parametri diagnostici odierni.

2. EPIDEMIOLOGIA

L'età di insorgenza dei DA si colloca tra i 15 ed i 19 anni, anche se risultano sempre più frequenti le forme ad esordio prematuro, intorno agli 8-10 anni (Favaro et al., 2009; Nicholls et al., 2011). Un ampio studio britannico stima un'incidenza complessiva in età evolutiva (fino a 13 anni) di 3,01 nuovi casi ogni 100.000, con una netta relazione tra incidenza ed aumento dell'età. Non sono stati riscontrati casi sotto i 5 anni di età. L'incidenza totale di DA in età evolutiva è risultata essere per i Bambini di 6-7 e 7-8 anni di 0,21/100.000; a 8-9 anni di 0,92/100.000; a 9-10 anni di 1,64/100.000; a 10-11 anni di 3,56/100.000; a 11-12 anni di 4,46/100.000; a 12-13 anni di 9,51/100.000. L'incidenza è di 1,09/100.000 per l'AN; di 0,04/100.000 per la BN e di 1,22/100.000 per i DA NAS (Nicholls, Lunn, Viner, 2011).

In età evolutiva, la prevalenza lifetime^o dell'AN è compresa tra 0,2 ed 1%, mentre quella della BN tra 0,5 e 3% (Hoek, van Hoeken, 2003; Favaro, Ferrara, Santonastaso, 2003; Hudson et al., 2007; Preti et al, 2009).

Secondo il *National Institute of Mental Health*, che riporta i dati del *National Comorbidity Survey: Adolescent Supplement* (Merikkangas et al., 2010), considerando esclusivamente la fascia d'età dell'adolescenza (13-17 anni), si ha una prevalenza lifetime dei DA (AN, DN, BED) del 2,7%. Uno studio più recente, nella stessa fascia d'età, stima una prevalenza lifetime di 0,3% per l'AN, 0,9% per la BN e 1,6% per il BED (Swanson et al., 2011).

Gli studi sulla prevalenza delle categorie diagnostiche più recenti sono ancora pochi: range di frequenza stimata tra 0 e 3,2% per pica, disturbo di ruminazione e ARFID (Kurz et al., 2015; Delaney et al., 2015).

^opossibilità di ammalarsi nell'arco di vita che va da 0 a 18 anni

3. EZIOLOGIA – LE 3 P, FATTORI DI INSORGENZA DI UN DAN

L'eziologia dei DA è riconosciuta come multifattoriale poiché concorrono fattori biologici, psicologici e socioculturali. Dal punto di vista genetico, alcuni studi indicano un'ereditabilità dal 48 all'88% per l'AN, dal 28 all'83% per la BN e dal 40 all'82% per il BED (Bulik et al., 2000; 2006; Ribasés et al., 2005; Mercader et al., 2007). Sul piano biologico, gli studi sottolineano la rilevanza di una disfunzione del sistema serotoninergico e dopaminergico (Collier et al 1997; Frank et al., 2004; Barbarich, Kaye, Jimerson, 2003). A livello sociale, il fattore di rischio maggiore risulta l'appartenenza al genere femminile e ad una cultura occidentale (o occidentalizzante) che enfatizza l'ideale di bellezza fondato sulla magrezza estrema (Cuzzolaro, 2002; Fairburn, Harrison, 2003).

Tuttavia, gli aspetti appena illustrati non sono sufficienti a spiegare perché solo Alcuni si ammalano. Infatti, recentemente, sono stati presi in considerazione anche fattori ambientali *condivisi*, come i modelli alimentari famigliari e le caratteristiche di funzionamento, e quelli *non condivisi*, come la tipologia di personalità, traumi vissuti, stile cognitivo, ambiente di vita sfavorevole, ecc. (Duchesne et al., 2004; Lopez et al., 2008a).

Data l'impossibilità di concepire una casualità lineare, è necessario riconoscere e distinguere fattori *predisponenti* a lungo termine (*Parte I - Paragrafo 3.1*), fattori *precipitanti* (*Parte I - Paragrafo 3.2*) e fattori *perpetuanti* (*Parte I - paragrafo 3.3*) (Cuzzolaro, 2002).

3.1 Fattori predisponenti

I *fattori predisponenti* contano tutti gli elementi necessari allo sviluppo di un DA, già presenti nella Persona e nel contesto in cui vive. Quindi, è possibile distinguere tra fattori predisponenti con caratteristiche *individuali*, *famigliari* e *socioculturali*.

3.1.1 Fattori predisponenti con caratteristiche individuali

Fattori tipici, biologicamente intesi, sono il *genere*, poiché il 90% casi di DA è rappresentato da Soggetti di sesso femminile (APA 2000b), e l'*età*, dato che nella maggior parte dei casi i DA evolvono durante l'adolescenza (ADA, 2001).

Inoltre, dal punto di vista psicologico, è possibile riconoscere determinate caratteristiche della personalità, come la presenza di tratti ossessivi (Thompson, 2000), il perfezionismo patologico (Fairburn et al., 1999) e una bassa autostima (Fairburn et al., 1999). Infatti, nell'attuale società occidentale, l'autostima dipende da quanto si è percepiti attraenti per l'altro sesso. Rispetto a questo, il peso corporeo assume una rilevanza crescente (Calogero et al., 2010).

3.1.2 Fattori predisponenti con caratteristiche famigliari

Non esiste una famiglia tipo che favorisca l'insorgenza dei DA. Tuttavia, secondo varie ricerche, è stato osservato come l'invadenza (Minuchin et al., 1978), l'ostilità, la negazione dei bisogni emotivi (Minuchin et al., 1978), l'eccessivo controllo (Haworth-Hoeppner, 2000) e l'esagerata preoccupazione genitoriale (Walters & Kendler, 1995) potrebbero favorire l'insorgenza dei DA.

Inoltre, l'influenza della famiglia a livello biologico/ereditario è stata dimostrato da varie ricerche (Ostuzzi & Luxardi, 2003; Striegel-Moore & Bulik, 2007). Non a caso, il rischio di sviluppare AN o BN è maggiore nei parenti di primo grado di un Soggetto che ne soffre, rispetto alla popolazione generale (APA, 2000b; Striegel-Moore & Bulik, 2007). Probabilmente, in questi casi viene esercitata anche un'influenza famigliare ambientale: vivere con un Parente che mette in atto comportamenti disfunzionali a livello alimentare, ne favorisce di analoghi tra Figli o Fratelli (Tylka, 2004).

3.1.3 Fattori predisponenti con caratteristiche socioculturali

I DA, secondo uno studio (Abrams & Stormer, 2002), si osservano maggiormente tra i nativi americani, nelle popolazioni caucasiche e latine. Invece, nelle culture asiatiche e afro-americane,

in cui manca la spinta sociale alla magrezza, essendo diffuso un ideale corporeo più formoso, l'incidenza di tali disturbi è significativamente inferiore (APA, 2000a).

In accordo con gli Studiosi, i mass media sono tra i maggiori amplificatori della pressione sociale alla magrezza, considerata alla stregua di un sinonimo di bellezza (Dakanalis, Caslini et al., 2012). Ovviamente, se tutte le Ragazze sono esposte a tali mezzi di comunicazione, ma solo una piccola parte sviluppa DA (Tiggemann, 2002), devono esistere meccanismi che rendono alcuni Soggetti più vulnerabili a questo tipo di pressione. Ciò potrebbe essere ricondotto all'*interiorizzazione* degli standard di bellezza trasmessi, utilizzati per verificare la propria adeguatezza fisica e sociale. Questo condiziona la propria immagine corporea ed i conseguenti comportamenti alimentari (Dakanalis, Caslini, et al., 2012).

Infine, anche il rapporto con i pari esercita una certa influenza. Spesso, i Giovani acquisiscono dai Coetanei la rilevanza dell'apparire, dell'esser magri e i comportamenti utili a tali scopi (es. diete e condotte di eliminazione).

3.2 Fattori precipitanti

I *fattori precipitanti* contribuiscono a dare avvio alla malattia in presenza di una predisposizione di base.

In questo gruppo possono essere annoverati eventi di vita stressante, come: il distacco dalla famiglia o la perdita della sua integrità, la rottura di un rapporto amoroso o amicale ed esperienze di lutto (Ostuzzi & Luxardi, 2003). Purtroppo, frequentemente, i Soggetti con DA hanno alle spalle un passato di storie di abusi e traumi (ADA, 2001).

Ovviamente, anche la pubertà, con i cambiamenti fisici che comporta. In particolare, nelle Adolescenti si riscontra l'aumento ponderale, le trasformazioni morfologiche e la comparsa del menarca (Fairburn et al., 1999). Quindi, la Ragazza deve affrontare il cambiamento nel modo in cui viene guardata. Il risultato è che, sentendo di perdere il controllo su di Sé, è spinta alla ricerca di un'area della vita da poter manipolare, concentrando la propria attenzione sul peso e sul cibo (Cuzzolaro, 2004). Un catalizzatore importante sembra essere l'inizio di una dieta (Ostuzzi & Luxardi, 2003).

3.3 Fattori perpetuanti

I *fattori perpetuanti* favoriscono il mantenimento del DA nel tempo.

La Persona può scoprire nel tempo che le emozioni negative (tristezza, ostilità, ansia/paura, vergogna, ecc.) possono essere gestite attraverso l'alimentazione, anche se in modo disfunzionale. Questo fa sì che tenda a perpetrare tale comportamento (Ostuzzi & Luxardi, 2003).

Per esempio, i Soggetti con BN o BED imparano a controllare i propri disturbi emotivo/affettivi attraverso l'assunzione di grandi quantità di cibo (McManus & Waller, 1995). Di conseguenza, le emozioni negative stesse influenzano le successive condotte di compensazione (Faccio, 2001). Oppure, nel tempo, l'importante restrizione alimentare ed il conseguente calo ponderale, favoriscono la depressione, l'irritabilità e l'insoddisfazione per il proprio corpo. Tutto ciò, in un circolo vizioso, induce un'ulteriore restrizione nell'intento di accrescere la propria autostima.

3.4 Focus: il ruolo della famiglia

Le caratteristiche di funzionamento e di comunicazione familiare, come origine dei DA, è una teoria molto dibattuta a causa dei limiti delle ricerche: eterogeneità nella diagnosi e nell'età del campione, risultati in contrasto con le teorie di riferimento che volevano confermare.

Quando il sintomo alimentare fa il suo esordio, anche la famiglia, come il Bambino/Adolescente, deve affrontare inediti compiti evolutivi rispetto a momenti critici all'interno del ciclo vitale, con l'obiettivo di raggiungere un nuovo equilibrio. Quindi, il coinvolgimento della famiglia nella valutazione e nel trattamento dei DA in età evolutiva, serve ad a smorzare la sofferenza seminata

tra i Membri e a mobilitare le risorse al cambiamento, non necessariamente concentrare sul Paziente che presenta il sintomo.

Il fatto che la diagnosi dei DA sia diventata sempre più precoce, è frutto di una maggiore sensibilizzazione dei Pediatri o Medici di base e delle famiglie nel riconoscere i segnali che possono rappresentare un fattore di rischio.

3.4.1 *Tappe evolutive e DAN*

I DA in età evolutiva si esprimono con modalità variegata, segnalando difficoltà intrapsichiche e relazionali anche molto diverse, a seconda della fascia d'età.

Bisogna comprendere che un singolo Bambino può avere delle difficoltà in uno specifico momento di vita, all'interno di un determinato contesto familiare:

Nella *prima infanzia* (0-3 anni) i momenti di fragilità più significativa per l'insorgenza di un DA possono andare dallo svezzamento (4-6 mesi) alla fase dell'opposizione (2-3 anni), in cui il Bambino comincia ad imporre il suo punto di vista con maggior attenzione ai suoi gusti e alle sue volontà.

Sicuramente, anche l'ingresso alla Scuola dell'infanzia costituisce un altro momento, essendo caratterizzato dalla prima lunga separazione dalla Figura di riferimento e dall'ingresso nel mondo sociale. In questo caso, i Genitori avrebbero il compito di facilitare l'ingresso in un contesto *extrafamiliare*, affrontando le difficoltà della separazione e gestendo i rapporti con la Scuola. Inoltre, dovranno imparare a rispettare le capacità crescenti ed i particolari interessi del Figlio.

Nella *seconda infanzia* (4-10 anni) si afferma una crescente consapevolezza, investendo sulle proprie capacità, ma nel confronto con l'esterno ed i Coetanei, che espone al giudizio critico.

Inoltre, nella maggior parte dei casi, questa è la fase in cui la famiglia può arricchirsi di un Fratellino. Ciò può scatenare dei comportamenti regressivi.

Nella *preadolescenza* (11-13 anni), a causa della *pubertà*, i cambiamenti fisici, sia che avvengano in modo improvviso e brusco, sia che si registrino più lentamente, colgono i Ragazzi di sorpresa. Tipicamente, le caratteristiche bio-somatiche evolvono precocemente rispetto alle trasformazioni psicologiche e alla rappresentazione corporea. Di conseguenza, le nuove sensazioni corporee possono essere percepite come estranee, causando disagio. Quindi, il cruciale compito evolutivo di questa fase è l'integrazione della precedente immagine del *Sé prepuberale* con quella di un inedito *Sé sessuato*.

Nell'*adolescenza* (14+ anni) il compito principale diventa la definizione di Se Stessi. I modelli genitoriali vengono allontanati perché il gruppo dei Pari diventa il proprio contenitore ed offre occasione di confronto.

La famiglia deve riuscire a rimodulare le regole messe in atto fino ad allora, armandosi di una maggiore flessibilità. Da una parte, i Genitori devono essere una guida sicura, incarnando un modello di identificazione per il Figlio e, dall'altra, devono consentire uno svincolo progressivo, tollerando comportamenti esplorativi e di sperimentazione nel mondo, nonché momenti di regressione.

La tendenza a costringere la famiglia del paziente con DA all'interno di caratteristiche tipiche, negli anni, si è rivelata fallimentare. Infatti, la letteratura testimonia che non sussistono una struttura o un funzionamento specifico.

Tuttavia, in un'ottica *sistemico-relazionale*, il sintomo potrebbe acquisire un significato comunicativo: il tentativo di ricavare uno spazio di autonomia in un sistema *ipercontrollante* o il richiamo ad una maggiore visibilità in un sistema *disimpegnato*.

4. NUTRIZIONE NEI DAN

Lo *stato di nutrizione* è il risultato di un equilibrio tra apporto e fabbisogno di nutrienti (Ministero della Salute). A questo si contrappone la *malnutrizione*, uno stato di salute legato ad un inadeguato apporto di calorie, proteine ed altri nutrienti (Bresnahan, Tanumihardjo, 2014). Inoltre, è possibile distinguere la *malnutrizione per difetto*, quando i fabbisogni non sono soddisfatti dagli apporti, e *malnutrizione per eccesso*, tipica delle condizioni di sovrappeso e obesità.

È possibile differenziare tre modalità di alimentazione tipiche nei Soggetti affetti da disturbi alimentari, illustrate nei *Paragrafi 4.1 - 4.2 - 4.3* di seguito.

4.1 Restrizione calorica

Inizialmente, il Soggetto può eliminare uno o più pasti nella giornata, che può accompagnare fino a periodi di completo digiuno. Oppure, soltanto i cibi dall'apporto calorico elevato e ricchi di grassi (es. condimenti) sono demonizzati e non più consumati. Ovviamente, ciò va ad intaccare la varietà della dieta stessa.

L'obiettivo principale è ridurre l'apporto calorico per tenere sotto controllo, o perdere, peso corporeo. Di conseguenza, sono adottati molteplici comportamenti per tollerare la sensazione di fame:

- aumentare il consumo di sale, pepe, aceto, ecc., caratterizzati da un sapore forte, ma *acalorici*;
- manipolare le porzioni del pasto (es. tagliare il cibo in piccoli pezzi, mangiare molto lentamente, ecc.);
- consumare i pasti in solitudine per vergogna nel mangiare insieme agli Altri e per poter scegliere liberamente i cibi;
- prediligere gli alimenti ricchi di fibra;
- consumare eccessivamente bevande, soprattutto quelle contenenti caffeina o teina, per avere energia;
- praticare attività fisica eccessiva e compulsiva.

La forte restrizione calorica, fino al digiuno, sfocia in complicanze organiche poiché innescano una serie di meccanismi di compenso.

In prima istanza, la ridotta secrezione insulinica ed il corrispettivo aumento degli ormoni contro-regolatori (glucagone, cortisolo, catecolamine), sono responsabili della liberazione di aminoacidi dai tessuti, soprattutto quello muscolare, per consentire la gluconeogenesi epatica, al fine di assicurare glucosio al sistema nervoso centrale.

I trigliceridi sono idrolizzati negli adipociti per fornire grandi quantità di acidi grassi liberi, in grado di assicurare energia attraverso la β -ossidazione (lipolisi).

Tuttavia, i processi metabolici di gluconeogenesi e lipolisi comportano un aumento sensibile della spesa energetica.

Nel tempo, si verificano una serie di adattamenti più lenti. In particolare, si assiste ad una riduzione progressiva del metabolismo basale a causa della *Low T₃ Syndrome*: ridotta secrezione di T₃ libero da parte della tiroide e sua sostituzione con T₃ iodinato in modo anomalo, così da renderlo biologicamente meno attivo. In aggiunta, si registra un bilancio azotato negativo, con riduzione del ricambio proteico.

Quindi, dal punto di vista clinico, tutto questo si traduce in una riduzione del tessuto adiposo (massa grassa) e del tessuto muscolare (massa magra). Negli stati più avanzati è possibile raggiungere uno stato di *cachessia*, cioè uno stato di profondo deperimento organico.

4.2 Abbuffate compulsive

Un'abbuffata può essere definita tale quando si ha la percezione di perdere il controllo rispetto all'episodio di cui si è protagonisti e, in un periodo di tempo circoscritto, si consuma una quantità di cibo nettamente superiore rispetto a quella che la maggior parte delle Persone sarebbe in grado di assumere.

È possibile distinguere due tipi di abbuffata: *oggettiva*, quando la quantità di cibo consumata è realmente elevata, e *soggettiva*, quando il Soggetto ha la consapevolezza della perdita di controllo, percependo un'assunzione di una quantità di cibo eccessiva, ma che non risulta oggettivamente tale.

4.3 Comportamenti di compenso

I comportamenti di compenso possono tipicamente seguire un'abbuffata. È possibile distinguerli in eliminativi (es. vomito autoindotto, uso di lassativi/diuretici, uso di farmaci che aumentano il dispendio energetico come l'ormone tiroideo o che inibiscono l'appetito) e non eliminativi (es. esercizio fisico, uso di droghe con effetti anoressizzanti).

4.4 Food craving & Food addiction

L'Uomo ha bisogno di mangiare per nutrirsi e, in particolare, in età evolutiva, per crescere. Tuttavia, si riscontra un equilibrio precario tra i processi di *regolazione omeostatica* (il bisogno di mangiare limitato a compensare la spesa energetica quotidiana) e di quelli di *regolazione edonistica* (mangiare quanto e cosa va, per piacere).

«Siamo obbligati a mangiare per vivere e, per questo, siamo tentati dall'appetito e *ricompensati* dal piacere» (*Physiologie du gout*, Brillat-Savarin, 1826).

Brillat-Savarin utilizza il termine *ricompensati*, lo stesso adottato dai contemporanei Neurofisiologi per riferirsi ai circuiti nervosi coinvolti nell'esperienza del piacere (*reward pathways*). Quest'ultima può essere legata al sesso, alle dipendenze patologiche (da sostanze e comportamentali), ma anche al cibo. Il sistema cerebrale della ricompensa^o interviene nella motivazione e nel rinforzo di comportamenti funzionali e disfunzionali.

Gli attacchi bulimici sono un esempio di come il cibo possa diventare un'attrazione irresistibile (*food craving*), fino a risultare affine ad una tossicomania (*food addiction*; Lindgren et al., 2018). Inoltre, alcuni cibi (addictive foods) favoriscono comportamenti di abuso poiché sono prodotti raggiungendo una specifica combinazione di carboidrati raffinati, grassi e sale (*bliss point*).

Anche nel caso dell'AN, pur apparendo controintuitivo, risulta significativa l'attivazione dei circuiti cerebrali dopaminergici. In questo caso, la risposta di piacere non si realizza a seguito dell'atto alimentare, ma è attivata da restrizione, calo ponderale e perdita di forme corporee.

^o *sistema cerebrale della ricompensa*: rete di connessioni che attiva i neuroni dopaminergici nell'area tegmentale ventrale e rilascia dopamina nel nucleo accumbens.

5. IL PROFILO COGNITIVO E I TEST NEUROPSICOLOGICI NEI DAN

L'approfondimento del *profilo cognitivo e neuropsicologico* dei Pazienti affetti da DA è stato reso possibile dallo sviluppo delle neuroscienze. Attualmente, si può beneficiare di una ampia letteratura scientifica che si è impegnata nel valutare il profilo cognitivo di Pazienti affetti da disturbi alimentari.

La *funzione cognitiva* è un processo in cui una serie di singoli eventi mentali si susseguono per formare un contenuto finale. Il termine *neuropsicologico* si riferisce agli strumenti (test o misure) che vengono impiegati per quantificare il processo cognitivo stesso.

Quindi, nei Capitoli dedicati ai singoli DA, saranno descritti i processi mentali che caratterizzano il profilo cognitivo dei Soggetti affetti dalla patologia, così come i test neuropsicologici che consentono la valutazione clinica.

Nella maggior parte dei disturbi psichiatrici, i deficit cognitivi sono correlati alla gravità del disturbo mentale stesso e questo vale anche per i DA.

I risultati ottenuti concordano rispetto la presenza di alterazioni in determinati domini neuropsicologici. Alcune disfunzioni cognitive risultano trasversali ai vari DA poiché sono state individuate sovrapposizioni rispetto al funzionamento cognitivo di alcune componenti mentali.

Tuttavia, è necessario riconoscere un limite dovuto alla grande varietà di metodologie e strumenti impiegabili. Questi, pur essendo concepiti per esaminare lo stesso dominio cognitivo, date le caratteristiche specifiche di Ognuno, potrebbero evidenziare sfumature diverse da quelle colte da un altro.

Quindi, le future ricerche, partendo da questi limiti, dovrebbero creare delle batterie di test finalizzate alla valutazione standard dei vari DA. Ovviamente, l'analisi del funzionamento cognitivo tipico del disturbo ha ricadute a livello diagnostico e terapeutico.

6. La RAPPRESENTAZIONE DEL CORPO

I DA presentano un'eziologia multifattoriale. Non a caso, accanto ai fattori biologici, evolutivi, psicologici e socioculturali, è doveroso prendere in esame anche quelli cognitivi, in particolare la rappresentazione del corpo.

La *rappresentazione del corpo* è un insieme di strutture cognitive che hanno la funzione di tracciare lo stato del corpo e di codificarlo (De Vignemont, 2010). Pur appearing banale, questa funzione è necessaria a svolgere diverse attività, non limitate solo al calcolo di distanze o parametri (es. il cervello, al fine di accendere la luce, rappresenta la lunghezza del proprio braccio per raggiungere un interruttore). Infatti, tale funzione determina anche il modo in cui si percepisce emotivamente il proprio corpo o si fa esperienza attraverso esso.

Tipicamente, i Pazienti con DA sono contraddistinti da un'immagine corporea alterata che causa o favorisce il perpetrarsi del disturbo stesso.

6.0 Tra percezione e cognizione

È possibile individuare due componenti alla base rappresentazione corporea disfunzionale: una distorsione *perceptiva*, quando il Soggetto sovrastima o sottostima le proprie dimensioni corporee, e una distorsione *cognitivo valutativa*, quando l'Osservatore è capace di misurare accuratamente le proprie dimensioni corporee, ma è influenzato da un'eccessiva insoddisfazione riguardo le stesse (Gardner 1988; Gardner 1996; Cash, Deagle, 1997).

Gran parte degli studi effettuati su Pazienti affette da AN riporta che queste tendono a sovrastimare le proprie dimensioni (Collins et al., 1987; Steiger, Fraenkel, Leichner, 1989; Williamson, Cubic, Gleaver, 1993; Gardner, Bokernkamp, 1996; Tovée, Emery, Cohen-Tovée, 2000; Tovée et al., 2003; Cornelissen, Johns, Tovée, 2013). Molti risultati sono stati ricavati utilizzando il *Body Size Estimate Task*, un paradigma sperimentale che ammette molteplici metodologie di applicazione. Per esempio, attraverso l'impiego di un software, è stata valutata la distorsione in un gruppo composto da 30 Pazienti con AN e 30 con BN. Questo aveva a disposizione un mouse con cui poteva modificare le dimensioni della immagine del loro corpo, fino a quella che consideravano aderente alla realtà. I Pazienti affetti dalla patologia, rispetto ai Soggetti sani, sovrastimano molto di più (Tovée et al., 2003).

Tuttavia, i disturbi della rappresentazione corporea non intaccano solo la percezione cosciente, ma anche inconscia. Quindi, gli studi si sono rivolti anche allo *schema corporeo*, una rappresentazione inconscia del corpo che si utilizza per compiere un'azione. Per esempio, in un compito di calibrazione delle dimensioni corporee che consisteva nel camminare attraverso porte di dimensioni variabili, confrontando un gruppo di Pazienti con AN con altri Partecipanti senza patologia, è stato evidenziato che i Pazienti tendevano a ruotare le spalle del 40% in più rispetto all'ampiezza delle porte, mentre gli Altri ruotavano solo del 25% in più (Keizer et al., 2013).

Indagando le ricadute della tendenza a sovrastimare le dimensioni corporee sull'esperienza emotiva del proprio corpo, gli studi hanno riscontrato una correlazione tra le dimensioni del corpo e l'insoddisfazione (Pingitore, Spring, Garfiel, 1997; Algars et al., 2009).

Addirittura, la dispercezione ha un effetto indiretto sulla stima delle dimensioni degli oggetti esterni. Infatti, le Pazienti con AN tendono a sovrastimare la distanza tra due stimoli applicati in punti appartenenti a parti del corpo sensibili (es. coscia e addome). Però, ciò si riscontra solo se la stimolazione avviene sull'asse orizzontale e non su quello verticale, dimostrando che questo dipende dalla dimensione del corpo che il Paziente sovrastima.

6.1 Componenti percettive

Il vissuto soggettivo dei Pazienti con DA è caratterizzato dall'alterazione della *rappresentazione corporea*. Tuttavia, la complessità di tale alterazione rende necessario un approccio multidisciplinare in grado di abbracciare componenti percettive, cognitive ed affettive della

rappresentazione corporea. Le metodiche delle neuroscienze cognitive hanno mostrato che le Pazienti elaborano il corpo, a livello percettivo, cognitivo ed affettivo, diversamente rispetto ai Soggetti sani.

In particolare, nell'elaborazione della configurazione corporea si focalizzano sulle singole parti, come dimostrato dalla mancanza dell'effetto di inversione.

La tendenza al dettaglio è correlata alla rigidità del canone di rappresentazione utilizzato nella percezione e valutazione estetica ed affettiva del corpo, come confermato dall'alterazione nell'effetto all'esposizione dei modelli corporei.

Inoltre, le Pazienti, nell'integrazione delle informazioni riguardanti il proprio corpo, attribuiscono un enorme peso a quelle esteroceettive (visive), rispetto a quelle enteroceettive (proprioceettive).

6.1.1 La percezione delle forme corporee

Il sistema visivo è fortemente sensibile alla presentazione di corpi e volti nell'ambiente poiché rappresentano uno stimolo importante ai fini della sopravvivenza. Nel test di *inattention blindness* (Downing et al., 2004) i Partecipanti devono giudicare quale dei due segmenti di una croce sia il più lungo. In alcuni casi, in uno dei quadranti della croce viene mostrato un simbolo che non ha alcuna correlazione con il compito. Tuttavia, in Pochi si accorgono di questa variante. Invece, se lo stimolo è costituito da un volto o una figura umana, la maggior parte se ne accorge. Però, a causa dell'effetto di inversione, il sistema visivo è sensibile a figure presentate nell'orientamento canonico e la presentazione di figure capovolte riduce la capacità di riconoscere corpi e volti. Tuttavia, tale effetto è significativamente più debole per altri oggetti (Reed et al., 2003).

Nel discriminare corpi e volti con orientamento canonico, vengono elaborate le relazioni tra le diverse parti, considerando il corpo/volto come un tutt'uno. Ne consegue un'elaborazione globale e non di dettaglio. Questa ultima viene realizzata per discriminare corpi/volti capovolti, in cui si elaborano i dettagli delle differenze tra le singole parti dello stimolo.

I Pazienti con DA elaborano gli stimoli corporei diversamente rispetto a quelli che non ne sono affetti. In uno studio (Urgesi et al., 2012) è stato confrontato un gruppo di 15 Adolescenti con AN ed uno di 15 Adolescenti di controllo, rispetto all'abilità nel distinguere parti del corpo (es. mani) o di facce (es. nasi) di due Persone diverse o le parti di due oggetti diversi. Le abilità erano analoghe riguardo le parti di facce e di altri oggetti. Invece, le Adolescenti affette da AN, rapportate al gruppo di controllo, risultavano molto più accurate rispetto alle parti del corpo. Tale vantaggio era specifico nel riconoscere se due mani/piedi appartenevano alla medesima Persona o a Due diverse, sfruttando indizi relativi alla morfologia corporea. Ciò è correlato ad una caratteristica di personalità di queste Pazienti: persistenza nel ripetere la stessa attività anche senza un successo immediato. In uno studio successivo (Urgesi et al., 2014), è emerso come l'*effetto di inversione* sia attenuato nelle Pazienti con AN, limitatamente al corpo (normale effetto di inversione per le facce) indicando una elaborazione configurazionale del corpo inferiore, ma caratteristiche della loro modalità di elaborazione.

La ricerca neuroscientifica, grazie alle tecniche di neuroimmagine funzionale, ha spiegato che una rappresentazione specifica nel cervello rende possibile la conoscenza del mondo e delle diverse categorie di oggetti. Nello specifico, nella corteccia *extrastriata occipito-temporale*, si riscontra la presenza di aree dedite al riconoscimento del corpo, data l'importanza della sua percezione visiva. In particolare, si distinguono regioni della corteccia *occipito-temporale laterale* (*Extrastriate Body Area*, EBA) e *mediale* (*Fusiform Body Area*, FBA), dove l'attività innescata dalla presentazione visiva o esplorazione atipica (riconoscimento degli oggetti tramite il tatto) di parti del corpo è superiore rispetto a quella provocata da volti o altri oggetti (Peelen, Downing, 2007; Costantini et al., 2011).

Nelle Pazienti con AN sono state riscontrate alterazioni funzionali delle aree *occipito-temporali*. Le pazienti con DA (AN e BN), rispetto a Donne di controllo, presentavano un'attivazione inferiore nell'EBA quando vengono mostrati alcuni tratti lineari simili a corpo femminili (Uher et al., 2005).

Le alterazioni non riguardano soltanto la risposta funzionale dell'EBA a seguito di stimoli corporei, ma presentano anche caratteristiche funzionali. Infatti, misurando con una risonanza magnetica la densità di sostanza grigia nel cervello di 15 Donne con AN e di 15 Donne di controllo, le Prime presentavano una ridotta densità della sostanza grigia a livello dell'EBA, soprattutto nell'emisfero sinistro (Suchan et al., 2010).

Inoltre, nelle Donne con AN sussiste un flusso inferiore di informazioni tra le aree laterali e mediali della corteccia occipito-temporale durante l'osservazione di corpi. Quindi, il deficit nella elaborazione configurazionale del corpo potrebbe avere alla base una alterata comunicazione tra EBA, coinvolta nell'elaborazione dei dettagli corporei, e della FBA, coinvolta nella elaborazione configurazionale.

6.1.2 Il riconoscimento visivo del proprio corpo

Il riconoscimento visivo del proprio corpo e volto è già presente nei Bambini molto piccoli e in alcuni primati non umani, costituendo la prima forma di autoconsapevolezza (Gallup, 1982). Nel *test dello specchio* di Gallup, l'abilità di toccare su di sé una macchia disegnata sul proprio volto dopo aver osservato l'immagine allo specchio, si afferma intorno ai 2 anni, insieme all'uso dei pronomi personali *io* e *me*. Intorno ai 4 anni, il Bambino riesce ad estrapolare informazioni sempre più elaborate rispetto alla morfologia del proprio corpo e di quello altrui e ciò è simultaneo all'abilità di discriminazione visiva tra il corpo proprio e quello degli Altri.

La percezione visiva del proprio corpo attivava le aree della corteccia *prefrontale*, della corteccia *parietale posteriore* e del *sistema limbico* diversamente rispetto a volti familiari (Kircher et al., 2000; Platek et al., 2004), con un coinvolgimento maggiore dell'emisfero destro (Keenan et al., 2001). Una modulazione legata al Sé è emersa in aree della corteccia *parietale posteriore* e della corteccia *prefrontale mediale* dell'emisfero destro quando si confrontava l'osservazione del proprio corpo rispetto a quella dell'Altro (Hodziej et al., 2009a; 2009b). Tutti questi studi sono coerenti rispetto all'ipotesi che EBA e FBA nella corteccia occipito-temporale si impegnano nella discriminazione visiva del corpo altrui, mentre le aree fronto-parietali dell'emisfero destro sono attivate dalla rappresentazione visiva del proprio corpo.

I Pazienti con DA, dal punto di vista neuro-funzionale, esibiscono risposte alterate alla presentazione della propria immagine.

Confrontando 24 Persone affette da AN e 25 Individui non patologici, i Pazienti rispondevano maggiormente alla presentazione del proprio volto nelle aree della corteccia occipito-temporale deputate al riconoscimento facciale (Phillipou et al., 2015).

I Pazienti con AN, rispetto ad altri Individui con stesso IMC, avevano una minore risposta in aree prefrontali, parietali e occipito-temporali nella percezione del proprio corpo (Sachdev et al., 2008; Vocks et al., 2010a). Non a caso, utilizzando tecniche in grado di registrare i movimenti oculari, i Pazienti con AN tendevano a porre maggiore attenzione sulle parti del corpo di cui sono più insoddisfatte (Freeman et al., 1991).

I Pazienti con DA hanno una ridotta capacità di riconoscere e trasformare il proprio Sé corporeo, con un livello che può variare a seconda del sottotipo di DA.

Generalmente, quando veniva richiesto ad Individui di giudicare se una mano presentata su uno schermo fosse la destra o la sinistra, impiegavano tanto più tempo quanto meno la posizione della stessa corrispondeva a quella della propria mano. L'intervallo temporale è necessario a compiere un'operazione mentale di immaginazione motoria per allineare la propria mano con quella dello stimolo. Però, se questo era una foto della propria mano, il compito risultava più semplice, indicando un vantaggio nell'elaborazione visiva di informazioni di Sé. Invece, in un gruppo di Pazienti con AN e BN questo vantaggio non si evinceva, suggerendo un'alterata elaborazione visiva del proprio corpo (Campione et al., 2017).

Mostrando una silhouette umana, di spalle (allineamento perfetto tra lo stimolo e la posizione del proprio corpo) o di fronte (necessario immaginare di mettersi nella posizione dello stimolo) che aveva una mano colorata di grigio, si chiedeva agli Osservatori di stabilire se fosse quella destra o sinistra. Il tempo risultava maggiore quando la silhouette era posizionata di fronte, a causa della

trasformazione mentale necessaria. In questo caso, i Pazienti con BN mostravano un rallentamento eccessivo rispetto a Quelli con BED ed ai controlli (Urgesi et al., 2011).

6.1.3 Il senso di appartenenza del corpo

Il *senso di appartenenza del corpo* scaturisce dalla connessione spaziale e temporale tra diverse informazioni sensoriali (visive, tattili, uditive e propriocettive) e motorie che nascono dal movimento (Berlucchi, Agliotti, 1997). Quindi, è necessario un costante aggiornamento di questo processo di integrazione per conservare una rappresentazione mentale stabile e adattarsi agli spostamenti del corpo nello spazio.

Le *illusioni somatiche* mostrano il ruolo dell'integrazione multisensoriale. Nella *rubber-hand illusion* (Botvinick, Cohen, 1998) la stimolazione tattile della propria mano avviene mentre si osserva una mano di gomma che viene ripetutamente toccata. Progressivamente, lo stimolo tattile viene localizzato direttamente sulla mano artificiale, fino ad avere l'impressione che sia la propria. Ciò si verifica perché il cervello integra, in un'unica percezione, la sensazione dello stimolo tattile applicato alla propria mano, con la visione di quello esercitato sulla mano di gomma. La corteccia parietale posteriore potrebbe essere responsabile della percezione soggettiva di inclusione di oggetti non corporei nello schema corporeo.

Pazienti con DA riportano una maggiore incorporazione soggettiva dell'oggetto esterno. Infatti, sottoposti al rubber hand-illusion, risultavano più suscettibili all'illusione rispetto ad Individui di controllo (Eshkevari et al., 2012; Keizer et al., 2014). Se da un lato questo fa sì che abbiano una maggiore plasticità della rappresentazione corporea, dall'altro significa che attribuiscono un'importanza maggiore alle informazioni visive rispetto a quelle somatosensoriali nella costruzione del senso di appartenenza del corpo. Inoltre, la forza dell'illusione era correlata alla gravità dei sintomi, ma permaneva anche dopo il recupero (Eshkevari et al., 2014). I Pazienti con AN mostravano un deficit nelle abilità enterocettive (Pollatos et al., 2008), come la capacità di stimare la frequenza del proprio battito cardiaco. Quindi, il fatto che i Pazienti con DA diano più peso ad informazioni esteroceettive (tipicamente visive) rispetto a quelle enterocettive (tattili) potrebbe costituire la base del disturbo di rappresentazione corporea (Bodoud, Tsakiris, 2017).

Le alterazioni della rappresentazione del proprio corpo potrebbero essere correlate alla disfunzione della corteccia parietale posteriore dell'emisfero destro. Infatti, in uno studio (Nico et al., 2010) veniva chiesto di stimare, al buio, se un oggetto, avvicinandosi al corpo dell'Osservatore, lo avrebbe colpito o meno. Mettendo a confronto le prestazioni di Pazienti con AN e di Pazienti con lesioni alla suddetta corteccia, si otteneva una alterazione simile nella stima della traiettoria. Questa alterazione funzionale è stata direttamente studiata anche tramite la risonanza magnetica funzionale (Uher et al., 2005) che ha riscontrato attivazioni cerebrali affini in Pazienti con AN e BN, più forte nei Primi che nei Secondi, e maggiori rispetto ai Sani.

6.2 Componenti affettive

6.2.1 La valutazione estetica del corpo

La morfologia corporea concorre a stabilire le *variabili anagrafiche* (es. sesso, età) individuali e altrui, ma è imprescindibile anche per riconoscere *variabili sociali*, come la prestanza fisica, da cui discendono livelli più complessi di consapevolezza personale e sociale. Quindi, molti studi hanno cercato di stabilire come alcuni aspetti morfologici possano influenzare l'attribuzione di un valore edonico al corpo altrui (Zaadstra et al., 1993; Manson et al., 1995; Lake, Power, Cole, 1997; Stinear et al., 2006). Non a caso, un minor rapporto vita-fianchi, correlato alla distribuzione del grasso corporeo, e un minor indice di massa corporea, posto in stretto rapporto con la massa grassa totale, erano associati ad una migliore valutazione corporea estetica (Smith, Cornelissen, Tovée, 2007; Holliday et al., 2011).

Tuttavia, il senso estetico è condizionato da variabili socioculturali. È evidente che nella cultura occidentale si tenda ad adottare, come ideale di bellezza, corpi sempre più magri per le femmine, e muscolosi per i maschi (Makino, Tsuboi, Dennerstein, 2004; Derenne, Beresin, 2006).

Inevitabilmente, ciò si lega alla propria insoddisfazione corporea (Kenadrdy, Brown, Vogt, 2001) e rappresenta un fattore di rischio per l'insorgenza di DA (Thompson, Stice, 2001).

Sono sufficienti pochi minuti di esposizione a corpi estremamente grassi per ottenere un aumento del peso che devono avere i corpi per essere percepiti belli (Winkler, Rhodes, 2005).

Per spiegare l'effetto dell'esposizione, è possibile far riferimento a due meccanismi: l'adattamento percettivo e l'aggiornamento del canone rappresentazionale che si adotta per percepire i corpi (Mele, Cazzato, Urgesi, 2013).

Per quando riguarda il primo, è conseguente all'esposizione ad uno stimolo con certe caratteristiche, che spinge a percepire quelle di altri come spostati nella direzione opposta.

Per quanto riguarda il secondo, è noto che la percezione di corpi si basa su processi di elaborazione che confrontano le espressioni di una categoria ad un canone che si è formato in seguito alla esposizione ripetuta a quel genere di stimoli.

I due processi dovrebbero operare sinergicamente e controbilanciarsi. Quindi, l'esposizione ripetuta a corpi magri, dovrebbe far sì che il canone di corpo si aggiorni, diventando più magro, giudicando corpi sempre più magri come più belli. D'altro canto, in seguito all'esposizione a corpi grassi, il canone corporeo dovrebbe spostarsi a favore di dimensioni maggiori, così che i corpi magri diventino meno canonici e meno piacevoli. Questo è ciò che si verifica nei Soggetti sani (Mele, Cazzato, Urgesi, 2013). Invece, nelle Pazienti con AN, dopo l'esposizione a corpi grassi, incrementa la piacevolezza di quelli magri (Cazzato et al., 2016; Mele et al., 2016), a causa della rigidità dei canoni rappresentazionali.

6.2.2 La soddisfazione per il proprio corpo

Gli studi di *body illusion* hanno offerto l'evidenza empirica del legame diretto che sussiste tra il modo in cui si percepisce la dimensione del corpo ed il relativo livello di soddisfazione. Infatti, i Ricercatori hanno osservato come possedere illusoriamente un corpo il 15% più magro del proprio aumentasse il livello di soddisfazione corporea (Preston, Ehrsson, 2014), mentre immedesimarsi in un corpo obeso la riducesse (Preston, Ehrsson, 2016). L'alto livello di soddisfazione per un corpo più snello non differiva nei due sessi. Invece, la riduzione della soddisfazione era maggiore nelle Donne nel caso dell'obesità illusoria. Questi dati sono stati rilevati in una popolazione sana, con caratteristiche cognitivo-comportamentali associabili ai DA (Preston, Ehrsson, 2014). Quindi, tali processi sono alla base del continuum tra salute e malattia.

Gli studi di neuroimmagine (Preston, Ehrsson, 2016) effettuati con il paradigma di *body illusion*, hanno riportato l'implicazione dell'*insula anteriore* e della corteccia *cingolata anteriore* nello sviluppo di sentimenti negativi nei confronti del proprio corpo. Allo stesso tempo, hanno evidenziato le connessioni che esse hanno con la corteccia parietale posteriore.

I sistemi affettivi di consapevolezza enterocettiva e monitoraggio del benessere fisiologico del corpo dipendono dalla corteccia cingolata e dall'insula e risultano funzionalmente collegati alla rappresentazione percettiva del corpo nella corteccia parietale posteriore. L'interazione tra queste regioni del cervello fa in modo che si verifichi un'influenza diretta della percezione delle dimensioni corporee sui sentimenti di soddisfazione rispetto alle stesse.

6.2.3 Il tatto affettivo

Il corpo non è solo il mero strumento con cui ci si presenta agli Altri o si interagisce nel mondo, ma costituisce anche un veicolo di comunicazione affettiva. Infatti, il legame di attaccamento che si sviluppa alla nascita, tra il Bambino e Chi si prende cura di Lui, non può prescindere dal contatto fisico. I segnali sensoriali provenienti dalla periferia corporea informano anche sulla piacevolezza del contatto fisico con l'Altro, esulando dalle sole informazioni sulle dimensioni, la forma, la posizione o i movimenti degli enti esterni. Non a caso, nella popolazione sana, una connessione tra la mancanza di stimolazione tattile affettiva e caratteristiche cliniche associate a DA è stata riscontrata (Gupta, Schork, 1995).

È importante far riferimento alla possibilità di descrivere *fibre C-tattili*, uno speciale tipo di fibre sensoriali, che rispondono a stimoli tattili somministrati ad una velocità di 3 cm/s e la cui frequenza di scarica è correlata al senso soggettivo di piacevolezza dello stimolo stesso (Löken et

al., 2009) coerente con le caratteristiche delle *carezze*. I segnali provenienti da questo sistema di fibre, a differenza di quelle tattili, non sono veicolati alla corteccia somatosensoriale, ma ad aree impegnate nella elaborazione sociale ed affettiva, quali: corteccia temporale superiore, corteccia prefrontale mediale, amigdala, parte posteriore dell'insula e corteccia orbitofrontale (McGlone, Wessberg, Olausson, 2014). Ne risulta che questo sistema costituisce la base neurobiologica dell'affiliazione sociale (Morrison, Löken, Olausson, 2010).

I Pazienti con AN presentano un alterato funzionamento del suddetto sistema di fibre tattili affettive (Crucianelli et al., 2016; Bischoff-Grethe et al., 2018). Nello specifico, i Pazienti riconoscono la stimolazione tattile ad una velocità ottimale per attivare le fibre di tipo C come meno piacevole.

Il risultato è coerente con l'incapacità di provare piacere anche per altri tipi di stimolazione, soprattutto nel caso di stimoli sociali (Tchanturia et al., 2012a). Uno studio (Bischoff-Grethe et al., 2018) effettuato tramite risonanza magnetica funzionale, ha confrontato Pazienti con una storia di AN, dopo il recupero del peso, con un gruppo di controllo, durante l'anticipazione o l'esperienza di stimoli ottimali per attivare fibre di tipo C. Si sono evidenziati una minore attivazione dell'insula durante l'anticipazione nelle Pazienti ed una maggiore attivazione della stessa area durante l'esperienza nelle Donne di controllo.

Dati i risultati, si riconosce una sensibilità accentuata alla stimolazione affettiva sociale nelle Pazienti con AN, a causa della difficoltà di prevedere ed interpretare gli stimoli provenienti dal corpo, comportando un'alterata rappresentazione corporea e l'evitamento di stimoli sociali.

Inoltre, una riduzione dei livelli di cortisolo e dell'insoddisfazione corporea nei Pazienti con AN, associata ad un incremento nei livelli di dopamina e noradrenalina è sembrata ottenibile tramite la massoterapia (Hart et al., 2001).

Quindi, il senso del *tatto affettivo* è rilevante per spiegare in parte l'eziologia ed il mantenimento dei DA, ma anche nell'ottica di concepire percorsi terapeutici più mirati.

7. ANORESSIA NERVOSA (AN)

7.0 Storia

L'Anoressia entra nella storia della Psichiatria nel XIX secolo. Infatti, nel 1873, furono pubblicati due articoli, anche se molto diversi, tanto da ipotizzare che non avessero lo stesso oggetto.

L'inglese William Withey Gull pubblicò l'articolo sull'*anoressia nervosa*, considerato determinante dalla psicologa Julie Hepworth poiché, per la prima volta, il digiuno non venne associato a tradizioni del pensiero, comprese teologia, anatomia e folclore. Gull si focalizzò su un accurato esame clinico-fisico del Paziente, nella convinzione che la mancanza di appetito, non derivante da un disturbo gastrico, fosse la tipizzazione di un disturbo ancora ignoto, riconducibile ad una questione nervosa.

Invece, il francese Ernests-Charles Lasègue, pubblicò l'articolo sull'*anoressia isterica*, risultando più attento alla storia clinica ed allo stato psicologico delle Pazienti, con riferimenti alle dinamiche familiari.

Dopo Gull e Lasègue, gli studi su queste nuove pazienti proliferarono. Gli Esperti, nella difficoltà di trovare le cause dell'inspiegabile rifiuto di cibo, si concentrarono sulla ricerca dei trattamenti più adatti. Il risultato fu il ricovero delle Pazienti in istituti dove correggere questo comportamento tramite l'alimentazione forzata, a seguito della separazione dall'ambiente familiare.

Nel tempo, il dibattito fece in modo che in Francia l'anoressia si distaccasse dall'isteria.

Nel 1883, Henry Huchard, fu il primo a contrastare la matrice isterica, concependo un disturbo specifico definito *anoressia mentale*.

Nel 1891, Paul Sollier differenziò la forma *primitiva*, nella quale la Paziente manifestava un'estrema ostinazione nel perseguire la perdita di peso, e *a sintomi multipli*, in cui si riscontravano molti sintomi isterici.

George Gasne fu il primo a riportare come il Soggetto che soffre di anoressia nasconda il cibo per consumarlo di nascosto dagli Altri.

Charles Dubois sottolineò che non si avranno mai due manifestazioni identiche dello stesso disturbo in Soggetti diversi.

Pierre Janet distinse le forme *isteriche* da quelle *psicasteniche*, nelle quali il quadro è caratterizzato da una matrice ossessiva.

Robert Dubois accostò l'anoressia alla schizofrenia.

Nel 1914, Morris Simmonds eseguì un'autopsia su una Donna deceduta per *emaciazione*. Ne conseguì l'ipotesi di una connessione tra anoressia, disturbo in cui l'emaciazione è il sintomo più evidente, e cause propriamente organiche. Quindi, la Psichiatria tedesca ed inglese assunsero un orientamento in chiave organica.

Tuttavia, dagli anni Quaranta del Novecento, si assistette al ricollocamento dell'anoressia nel campo psicopatologico, grazie all'influenza crescente della Psicanalisi. Ovviamente, ciò si realizzò in modo graduale.

Nella sesta edizione dell'ICD (*International Classification of Diseases*; WHO, 1948) comparve, per la prima volta, il termine *anoressia*. Tuttavia, fu inserito nella categoria dei sintomi del tratto gastrointestinale, quale una condizione medica avente l'inappetenza come sintomo principale. Quindi, il Medico è stato destinato, per lungo tempo, a riconoscere l'anoressia come un sintomo somatico.

Nell'ICD-9-CM (WHO, 2007), l'anoressia è rientrata tra i disturbi psichici, nella sezione *Sintomi o sindromi speciali non classificati altrove*. Quindi, i sintomi sono più stati attribuiti ad una causa organica.

Finalmente, l'ICD-10 ha incluso la sindrome nella sezione *disturbi dell'alimentazione*. Così, anche per l'OMS, l'anoressia ha acquisito piena dignità.

In riferimento alla ripresa della discussione da un punto di vista psicopatologico, a partire dagli anni Quaranta, per la prima volta, furono evidenziate le dinamiche esistenziali di base: la lotta tra

spiritualità (leggerezza) e voracità, come modo di scadere nella corporeità materiale (pesantezza). Ciò fu possibile grazie al metodo fenomenologico che si concentrò sul modo di essere della Persona che presenta i sintomi, piuttosto che su quest'ultimi.

La psicoanalista Mara Selvini Palazzoli, con il suo operato pionieristico, evidenziò la comunicazione disfunzionale all'interno delle famiglie in cui si riscontra tale disturbo. Hilde Bruch studiò la relazione disturbata tra Madre e Figlia malata, focalizzandosi su disturbo dell'identità e del senso di Sé, con conseguenti studi sul *disturbo borderline di personalità*.

L'anoressia si impose nell'opinione pubblica degli anni '80.

Tra i contributi più recenti, gli studi di matrice *cognitiva* hanno approfondito aspetti come perfezionismo, rigidità cognitiva, ecc. Invece, quelli *fenomenologici*, hanno rimesso al centro il disturbo dell'identità in relazione al corpo vissuto.

7.1 Criteri diagnostici

Il DSM-5 ha provveduto a cambiamenti importanti nei criteri diagnostici dell'AN:

- è stato eliminato il *criterio amenorrea* previsto dal DSM-IV. Infatti, non può essere applicato ai Maschi, alle Donne in menopausa, premenarcali e in Quelli che assumono estrogeni. Inoltre, alcune Persone, pur presentando tutti gli altri sintomi, non perdono il ciclo mestruale;
- è stato modificato il criterio A poiché nel DSM-IV si richiedeva un IMC inferiore all'85% rispetto a quanto previsto ($IMC < 17,5$) o l'incapacità di raggiungere il peso previsto durante la crescita. Invece, nel DSM-5 è richiesto un peso significativamente basso, inferiore al minimo normale ($IMC < 18,5$) o, per i Bambini e gli Adolescenti, inferiore a quello minimo atteso ($< 5^o$ percentile);
- è stata eliminata la frase «rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura» perché richiedeva l'intenzione da parte del Paziente e poteva essere difficile da valutare oggettivamente;
- nel criterio C è stata aggiunta la frase «comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche in presenza di un peso significativamente basso»;
- sono stati introdotti dei criteri per valutare il livello di gravità sulla base dell'IMC.

I criteri diagnostici DSM-5 dell'anoressia nervosa sono i seguenti:

- A. Restrizione dell'assunzione di calorie in relazione alle necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Il peso corporeo significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, meno di quello minimo atteso.
- B. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso.
- C. Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

Specificare quale:

- Tipo con restrizioni: durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha presentato ricorrenti episodi di abbuffate o condotte di eliminazione (per es., vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi). In questo sottotipo la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva.
- Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione: durante gli ultimi 3 mesi, l'Individuo ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione (cioè, vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).

Specificare se:

- In remissione parziale: successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per l'anoressia nervosa, il Criterio A (basso peso corporeo) non è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo, ma sia il Criterio B (intensa paura di aumentare di peso o

diventare grassi o comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso) sia il Criterio C (alterazioni della percezione di sé relativa al peso e alla forma del corpo) sono ancora soddisfatti.

- In remissione completa: successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per l'anoressia nervosa, non è stato soddisfatto nessuno dei criteri per un consistente periodo di tempo.

Specificare la gravità attuale:

- Lieve: indice di massa corporea $\geq 17 \text{ kg/m}^2$
- Moderato: indice di massa corporea 16-16,99 kg/m^2
- Grave: indice di massa corporea 15-15,99 kg/m^2
- Estremo: indice di massa corporea $< 15 \text{ kg/m}^2$

Fonte: APA (2013, trad. it. p.391)

7.2 Nutrizione

L'AN è caratterizzata da un'imponente restrizione alimentare, con conseguente malnutrizione energetico-proteica. Infatti, nell'intento di descriverla, alcuni Autori anglosassoni l'hanno definita *semi-starvation* = *digiuno* (Keys et al., 1950; Exner et al., 2000).

Affianco l'elevato consumo di alimenti vegetali, si pone l'eliminazione di intere classi di alimenti: oli, grassi vegetali e animali, alimenti a prevalenza di carboidrati semplici e complessi.

7.3 Profilo cognitivo

Nel caso di Pazienti affetti da AN, la valutazione cognitiva si deve articolare su due livelli: quello dei *deficit legati alla malnutrizione*, con cui si fa riferimento alle macrofunzioni quali linguaggio, memoria e attenzione (es. un Paziente in uno stato di grave denutrizione, potrebbe presentare un quadro cognitivo peggiore di uno con un livello di nutrizione scarso, ma non completamente denutrito) e quello dei *deficit legati allo specifico funzionamento mentale*, che fanno riferimento a funzioni cognitive di ordine superiore, quali le funzioni esecutive.

7.3.1 Attenzione

L'analisi dei processi attentivi nell'AN ha evidenziato un calo dell'*attenzione selettiva*, cioè la capacità di concentrarsi sull'oggetto di interesse elaborando le informazioni rilevanti, al fine di soddisfare un obiettivo. L'attenzione selettiva viene distinta da altre componenti attentive, quali *vigilanza* e *attenzione sostenuta*, non influenzate dalla patologia, e *processi di controllo*, intaccati dagli effetti dell'AN.

Diversi studi hanno evidenziato che l'attenzione selettiva è deficitaria soprattutto in contesti in cui l'oggetto a cui si rivolge l'attenzione fa riferimento alla valutazione di Sé/Altro, al corpo e all'alimentazione.

Nello *Stroop Test* classico (1935), una serie di parole vengono scritte con colori diversi ed il Soggetto deve pronunciare ad alta voce il colore dell'inchiostro della parola che leggeva. Di conseguenza, l'*informazione rilevante* è costituita dal colore, mentre il significato della parola è quella *non rilevante*. Gli *stimoli congruenti* sono scritti con lo stesso colore della parola, mentre quelli *incongruenti* con uno differente. Tipicamente, si riscontrano tempi di lettura più lenti nel caso di questi ultimi.

Nell'*Emotional Stroop Test* (Stroop Test Emotivo), le parole salienti vengono collegate a stimoli specifici. Nel caso dell'AN, sono state distinte parole neutre e parole salienti (es. calorie, pancia, peso, ecc.). Nella maggior parte degli studi, i Soggetti con AN risultavano più lenti dei sani nella lettura del colore delle parole salienti ed impiegavano lo stesso tempo nella lettura di quelle neutre (Dobson, Dozois, 2004; Lee, Shafran, 2004; Johansson, Ghaderim, Andersson, 2005; Harrison, Tchanturia, Treasure, 2010; Brooks et al., 2011).

Nel *Dot-Probe Detection Test* (MacLeod, Mathews, Tata, 1986), uno stimolo minaccioso ed un altro neutro appaiono brevemente su uno schermo e ad esse segue la comparsa di una figura

geometria (*probe*) in una delle posizioni prima occupate dai due stimoli. Il Partecipante deve schiacciare un pulsante appena appare il *probe*. I tempi di reazione rispecchiano la distribuzione dell'attenzione spaziale del Soggetto: le risposte risultano più veloci quando la figura compariva in regioni dove era stata diretta l'attenzione in precedenza. Nelle ricerche condotte su Pazienti con AN è stato dimostrato un bias^o attentivo rispetto agli stimoli rappresentanti peso, forma del corpo e fotografie di sé (Aspen, Darcy, Lock, 2013).

^obias attentivi: processi che spingono il focus attentivo su determinati stimoli ambientali rispetto ad altri (Posner, Petersen, 1990).

7.3.2 Memoria

Le diverse componenti della memoria sono influenzate dalla malnutrizione, ma la memoria verbale è quella che risulta maggiormente intaccata. Diversi lavori hanno evidenziato deficit nella memoria verbale a breve termine (ripetere liste di parole; Terhoeven et al., 2017), nell'apprendimento di materiale verbale (Weider et al., 2015) e nel richiamo selettivo di memorie autobiografiche (Mang, Ridout, Dritschel, 2018). Il significato delle parole non influenza il Paziente, ma gli Autori hanno ipotizzato che il deficit nel recuperare immediatamente materiale non logicamente strutturato possa essere causato dall'adozione di una strategia di memorizzazione basata sui dettagli e non sull'analisi globale del materiale.

7.3.3 Cognizione sociale

La *cognizione sociale* consiste nel complesso dei processi cognitivi ed emotivi con cui si conosce il mondo sociale: gli Individui acquisiscono informazioni dall'ambiente con la possibilità di interpretarle, immagazzinarle e recuperarle per comprendere il mondo sociale e comportarsi adeguatamente.

Nell'AN, il riconoscimento degli stati emotivi propri ed altrui è la più intaccata tra le componenti cognitive deficitarie. La meta-analisi di Caglar-Nazali e Collaboratori (2004) ha riportato che Pazienti con AN sono contraddistinti da scarsa capacità di riconoscere le emozioni facciali degli Altri, tendendo ad evitare le proprie, con difficoltà nella comunicazione facciale. In particolare, i Pazienti confondevano costantemente l'emozione di disgusto con quella di rabbia, che non sono in grado di riconoscere (Harrison et al., 2009).

7.3.4 Funzioni esecutive

Le *funzioni esecutive* consistono in un insieme di abilità cognitive di ordine superiore che regolano la maggior parte delle azioni svolte quotidianamente: consentono l'elaborazione delle informazioni intero- ed esteroceptive, per comportarsi adeguatamente in funzione di uno scopo. Tra le varie componenti elencabili (pianificazione, problem solving, automonitoraggio, ecc.), in questi Pazienti, alcune risultano maggiormente deficitarie: controllo inibitorio, set shifting e coerenza centrale.

Il controllo inibitorio

Il *controllo inibitorio* comprende processi inibitori che supervisionano memoria, percezione, emozioni e pensieri, ma anche l'inibizione di comportamenti impulsivi o inappropriati. Nel caso di Pazienti AN con sottotipo caratterizzato da abbuffate e successive condotte di eliminazione, la difficoltà di inibizione delle risposte inappropriate è stata associata ad elevata impulsività. Il risultato è proprio l'assunzione sregolata di cibo e la ricerca di strategie compensatorie.

Il Set Shifting

Il *Set Shifting* è la capacità dell'Individuo di svolgere compiti diversi, alternare operazioni e processi mentali. Il meccanismo richiede abilità attentive, spostando il focus ad un contesto saliente da uno irrilevante, e capacità di inibizione di informazioni distraenti, nonché capacità di adattamento alle nuove regole del contesto.

In questo ambito, le difficoltà possono declinarsi come *rigidità cognitiva* ossia, *scarsa flessibilità cognitiva* (es. approccio rigido alla risoluzione di un problema) o come rigidità nella risposta (es. comportamenti stereotipati). Nel caso di Pazienti AN, le difficoltà sono state osservate in comportamenti quotidiani rigidi ed inflessibili legati al cibo (es. contare le calorie, fare esercizio

fisico) o nel fallire nella ricerca di soluzioni alternative ad un problema. Tale rigidità è riconosciuta come un fattore di rischio e di mantenimento della patologia (Holliday et al., 2005; Schmidt; Treasure, 2006).

La Coerenza Centrale

La *Coerenza centrale* si riferisce alla tendenza ad integrare le informazioni relative ad un contesto, in una rappresentazione unitaria. Tale Coerenza è definita *debole* quando si tende a concentrarsi maggiormente sui dettagli che sulle informazioni globali ed è stata riscontrata in Pazienti con AN (Lopez et al., 2008b; 2009; Spitoni et al., 2018). Quindi, sarebbe possibile considerare questo meccanismo come uno stile cognitivo associato alla patologia, finalizzato a mantenere alcuni tratti tipici (es. perfezionismo o preoccupazioni per minimi incrementi ponderali). Inoltre, l'attenzione ai dettagli è maggiormente esasperata in Pazienti con sottotipo restrittivo rispetto a quello caratterizzato da abbuffate e conseguenti condotte di eliminazione (Van Autreve et al., 2013; 2016). Il focus sui dettagli permane anche dopo la remissione dalla patologia ma, a differenza dei Soggetti con patologia in corso, sono in grado di contrastare questo approccio con una strategia orientata all'analisi globale del contesto (Roberts, Tchanturia, Treasure, 2013).

8. BULIMIA NERVOSA (BN)

8.0 Storia

Nel 1979, Gerald Russel ha introdotto il termine *bulimia*, ritenuta una variante dell'anoressia. Ciò è stato frutto di uno studio su trenta Pazienti, Alcune delle Quali avevano sofferto in precedenza di anoressia. Queste Donne erano contraddistinte dalla paura di diventare grasse a seguito di un incontenibile impulso all'abbuffata. Quest'ultima consisteva in consumo di grandi quantità di cibo, tipicamente ad elevato apporto calorico, conseguente ad uno stimolo estraneo alla sensazione di fame. Le Pazienti, a fine compensativo, si inducevano il vomito o facevano uso di lassativi.

Lo studio di Russel, come Quelli di Gull e Lasègue sull'anoressia, ha dato impulso all'ambiente medico. Infatti, la *bulimia nervosa*, appena un anno dopo, è stata inserita nella terza edizione del DSM (1980).

Una possibile spiegazione dell'emergenza bulimica è associata ai cambiamenti economici, culturali e sociali che si sono verificati negli anni della Grande Depressione. Fino al 1940, i riferimenti ai sintomi caratterizzanti la bulimia risultano sporadici.

Tiltmann Habermas riferisce alcuni casi analoghi già nell'Ottocento. Tuttavia, *vomitare* era considerato un sintomo non specifico ed era inconcepibile che i Pazienti potessero indursi autonomamente tale atto. Quindi, non ne conseguiva una diagnosi di DA. Al massimo, tale comportamento poteva essere considerato un *tic*, ma non un sintomo anoressico. Tuttavia, anche Lasègue aveva notato che molte Pazienti con AN vomitavano a seguito dell'assunzione forzata di cibo.

8.1 Criteri diagnostici

Il DSM-5 ha apportato alcuni cambiamenti rispetto al DSM-4:

- ha mantenuto inalterati i criteri diagnostici del DSM-4, fatta eccezione per il criterio C, relativo alla frequenza e durata delle abbuffate. Nel DSM-4 era richiesto che le abbuffate e le condotte compensatorie si verificassero in media due volte alla settimana per tre mesi. Invece, nel DSM-5 sono sufficienti episodi che avvengono in media una volta alla settimana per 3 mesi;
- come per l'AN, sono stati introdotti dei criteri per valutare il livello di gravità, proprio in riferimento al numero di episodi di condotte compensatorie per settimana;
- sono stati eliminati i due sottotipi (*con* e *senza* condotte di eliminazione) previsti dal DSM-4.

I criteri diagnostici DSM-5 della bulimia nervosa sono i seguenti:

- A. Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:
 1. Mangiare, in un determinato periodo di tempo (per es., un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli Individui mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
 2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa o quanto si sta mangiando).
- B. Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva.
- C. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi.
- D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo.
- E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Specificare se:

- In remissione parziale: successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la bulimia nervosa, alcuni, ma non tutti, i criteri sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.
- In remissione completa: successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la bulimia nervosa, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo. soddisfatti, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un periodo prolungato di tempo.

Specificare la gravità attuale:

- Lieve: una media di 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.
- Moderato: una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.
- Grave: una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.
- Estremo: una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.

Fonte: APA (2013, trad. it. pp.398-9)

8.2 Nutrizione

Il termine *bulimia* deriva dal greco *bous* = *bue* e *limos* = *fame* cioè, *fame da bue*. Durante le *crisi bulimiche*, o *abbuffate*, la Persona ingerisce grandi quantità di cibo, spesso, senza sentirne il sapore. In particolare, uno stato ansioso induce al consumo di cibi salati e croccanti, mentre uno stato depressivo a quelli dolci e cremosi. La perdita di controllo può essere tale da portare al consumo di cibi avariati, crudi o qualsiasi miscuglio.

Le complicanze della malattia sono dovute all'associazione di alimentazione inadeguata e meccanismi di compenso eliminativi o non, per evitare l'aumento di peso.

Quindi, il comportamento bulimico può essere presente in una fascia di indici di massa corporea che va dalla malnutrizione della anoressia all'evidente sovrappeso.

8.3 Profilo cognitivo

In letteratura scientifica si riscontrano sovrapposizioni nella descrizione del profilo neuropsicologico di Pazienti con BN e AN, rendendo lecita l'ipotesi di meccanismi di base comuni alle due patologie. Tuttavia, non mancano differenze che suggeriscono la necessità di approcci clinico-terapeutici specifici per Ognuno.

8.3.1 Attenzione

Nei Pazienti affetti da BN gli stimoli salienti corrispondono al cibo o al proprio corpo e risultano essere processati prioritariamente rispetto ad altri. Il *dot-probe* è uno dei metodi a disposizione per la valutazione di tali bias attentivi: analogamente ai Pazienti con AN, i Pazienti con BN risultano più veloci quando il *probe* appare nella stessa regione di una parola che rimanda all'obesità o a fisici in carne, mentre le risposte sono più lente quando le parole rimandano alla magrezza (Rieger ed al., 1998) o ad altre categorie (Shafran ed al., 2007).

Un altro aspetto che è stato preso in esame è il tempo per cui uno stimolo persiste al centro del focus attentivo della Persona. L'*eye tracker* è uno strumento che permette di monitorare lo sguardo nel suo orientamento volontario/involontario e per quanto tempo si fissi su un certo elemento.

I risultati ottenuti, in accordo con quanto ricavato dal *dot-probe*, mostrano che i Pazienti con BN orientano lo sguardo su parti del proprio corpo che considerano meno soddisfacenti con maggior frequenza e durata (Tuschen-Caffier ed al., 2015). Ciò può contribuire all'insorgenza di un'immagine corporea negativa, nonché al mantenimento.

I Pazienti focalizzano maggiormente la propria attenzione su caratteristiche ritenute poco attraenti del proprio viso. Invece, nel momento in cui devono osservare il viso di altre Persone, il focus è maggiore su caratteristiche che sono ritenute attraenti (Kollei et al., 2017). Quindi, in questi

Pazienti, la relazione tra bias attenzionali ed insoddisfazione corporea potrebbe essere dovuta al fatto che il proprio corpo e quello altrui risultano elaborati diversamente.

8.3.2 Memoria

Spesso non sono considerati campioni differenziati secondo il tipo di patologia e ciò costituisce un limite nello studio delle difficoltà nel dominio delle abilità di memoria. Soggetti con comportamenti restrittivi o AN e obesi ricordano più facilmente parole relative all'alimentazione e all'immagine corporea (King, Polivy e Herman, 1991). Pazienti con DA rievoca con maggiore frequenza parole legate all'immagine corporea piuttosto che neutrali, rispetto ad un gruppo di controllo di Soggetti non patologici (Sebastian, Williamson e Blouin, 1996).

Lo studio di Hunt e Cooper (2001) è stato primo a coinvolgere solo Pazienti con BN, che hanno dimostrato un bias di memoria specifico per stimoli relativi al corpo. È rilevante che ciò non sia stato riscontrato per quelli associati all'alimentazione, quelli carichi emotivamente ma non legati alla patologia né per quelli neutrali. Tuttavia, altri studi mostrano risultati contrastanti. Infatti, un gruppo soggetto a BN ha presentato più difficoltà nel ricordare stimoli presentati in precedenza, sia quando sono neutrali (Bosanac et al., 2007) che quando sono legati all'immagine corporea (Legenbauer et al., 2010).

Inoltre, Pazienti con BN risultano meno prestanti anche nel dominio della memoria autobiografica. Si riscontrano maggiori difficoltà nei ricordi legati alle proprie esperienze passate positive, negative o neutrali.

8.3.3 Cognizione sociale

Le difficoltà sociali e nelle relazioni sembrano anticipare l'insorgenza del disturbo bulimico (Fairburn et al., 1997; Troop, Bifulco, 2002) ed influenzarne negativamente la qualità (Schmidt, Tiller, Morgan, 1995).

Nel test *Reading the Mind in the Eyes* delle foto ritraenti esclusivamente sguardi vengono presentate in sequenza ed il Partecipante, avendo a disposizione quattro possibili risposte, deve scegliere quella che indica meglio il modo in cui si sta sentendo la persona a cui appartiene quello sguardo. I Pazienti con BN hanno difficoltà nel riconoscere specifiche espressioni facciali: sorpresa (Kessler et al., 2006; Legenbauer, Vocks, Rüdell, 2008); rabbia, spesso scambiata con paura o espressione neutrale (Kühnpast, Gramann, Pollatos, 2012); disgusto, interpretato come rabbia (Dapelo et al., 2017). Quindi, tali studi hanno indicato una debolezza nell'elaborare solo alcune emozioni. Tuttavia, nella pratica clinica, questa debolezza risulta pervasiva. Ovviamente, nella vita quotidiana, l'interpretazione di una emozione risulta più complessa rispetto ad un setting sperimentale.

Seguendo questo tracciato, i Pazienti con BN presentano elevati livelli di *anedonia sociale*⁹, che si associa ad una carenza di motivazione nell'elaborare stimoli fondanti le interazioni con l'altro, come le espressioni facciali. Quindi, è ipotizzabile che proprio la mancanza di interesse verso questi stimoli possa spiegare le carenze tipiche di Soggetti con bulimia rispetto alla cognizione sociale, piuttosto che difficoltà specifiche nel riconoscere espressioni facciali (Tchanturia et al., 2012a; Harrison, Mountford, Tchanturia, 2014).

⁹tendenza a non provare piacere da stimoli sociali e relazioni interpersonali.

8.3.4 Funzioni esecutive

Controllo inibitorio e impulsività

I DA si articolano all'interno di un continuum di inibizione/disinibizione: da un lato, l'eccessivo controllo inibitorio di Pazienti con alimentazione restrittiva e dall'altro, mancanza di controllo in Pazienti con BN (e BED). In particolare, nei Pazienti con BN, la difficoltà nel controllo inibitorio si riscontra di fronte a stimoli salienti, come immagini o parole legate a cibo ed alimentazione (Wu et al., 2013b).

Nel *Go/No-Go Task* il Paziente deve premere un pulsante alla vista di uno stimolo che si ripresenta con alta frequenza ed inibire la risposta quando compare un altro a bassa frequenza. Nel caso di Pazienti con BN, si evidenzia una minore capacità rispetto alla discriminazione di stimoli. Infatti,

tendono a rispondere più impulsivamente rispetto a parole legate alla patologia, come cibi o forma fisica (Mobbs et al., 2008; Wu et al., 2013 a).

I Pazienti con BN presentano alti livelli di impulsività^o che si possono porre in associazione a condotte alimentari inappropriate (Wu et al., 2013a; Sysko et al., 2017). Tali livelli di impulsività sono correlati ad alterazioni di regioni neurali che elaborano l'appagamento di uno stimolo (Lee, Namkoong, Jung; 2017).

Lo *Stroop Test* consente di valutare la capacità di attenzione selettiva e di inibizione di risposte automatiche. I Pazienti con BN sono più lenti nel riconoscere il colore di parole o figure associate all'alimentazione (Stormark e Torkildsen, 2004) o all'aspetto fisico (Johansson et al., 2008). Inoltre, la performance risulta legata alla gravità della patologia: maggiore è il ricorso a strategie compensative, peggiore è l'esito (Albery et al., 2016).

^oimpulsività: tendenza ad agire in modo rapido senza riflettere sulle conseguenze negative che può avere un'azione o la ridotta abilità di sopprimere un comportamento quando questo si dimostrerebbe disadattativo o inappropriato (Moeller et al., 2001)

Set shifting e rigidità cognitiva

Nel caso di Pazienti con BN, è emerso un profilo relativo alla rigidità cognitiva diverso da quello dei Pazienti con AN. Tempi più lunghi nella adozione di nuove strategie, rispetto alla persistenza nel mettere in atto regole già note ma inadeguate al contesto, determina scarse prestazioni nei compiti di set shifting (Tchanturia et al., 2004a; Roberts et al., 2007).

Nel *Wisconsin Card Sorting Test*^o i Pazienti con BN mostrano prestazioni scadenti. Però, queste sono riconducibili alla elevata distraibilità e al ridotto controllo attentivo, piuttosto che alla messa in atto di comportamenti perseverativi.

Inoltre, i Pazienti con BN non presentano performance scadenti nei compiti di set shifting, consentendo di supporre che la rigidità cognitiva non risulta un fattore predisponente la malattia, ma emerge in momenti successivi al suo sviluppo (Darcy et al., 2012).

^o *Wisconsin Card Sorting Test* utilizza 128 carte divisi in due mazzi identici e su ogni carta sono rappresentati da uno a quattro simboli in uno di quattro colori. Il Soggetto, procedendo inizialmente per prove ed errori, deve individuare la regola ignota che lo sperimentatore ha deciso per la classificazione delle carte (secondo colore, quantità o simbolo) e ricreare quest'ultima. Dopo una certa serie di carte, lo Sperimentatore cambia regola, che il Soggetto deve comprendere inibendo la risposta di classificazione precedente per adattarsi a quella nuova.

Valuta l'abilità di flessibilità cognitiva, set shifting e apprendimento di regole.

Coerenza centrale

Nel *Test della figura complessa di Rey-Osterrieth*^o i Pazienti con BN hanno ottenuto risultati simili a quelli relativi agli studi sull'AN: la tendenza a realizzare in primis i dettagli dello stimolo visivo, determina una prestazione peggiore nel compito di rievocazione dell'immagine. Coerentemente, nell'*Embedded Figure Test*, dove i Partecipanti devono individuare una figura semplice compresa in uno stimolo visivo più complesso, i Pazienti con BN hanno ottenuto prestazioni migliori (Lopez et al., 2008a; 2008b).

Inoltre, è possibile sottolineare che prestazioni scadenti nei Pazienti con BN nel *Test della figura complessa di Rey-Osterrieth* hanno mostrato correlazione con la gravità dei sintomi e la concomitanza di disturbi d'ansia, mentre le prestazioni nell'*Embedded Figure Test* miglioravano ulteriormente nei pazienti con notevole frequenza nelle condotte di eliminazione (Lopez et al., 2008c).

^o*Test della figura complessa di Rey-Osterrieth* (Meyers, 1995) il Partecipante deve consultare il modello raffigurante una figura geometrica complessa e riprodurla a memoria, immediatamente e a distanza di 20 minuti.

Consente di valutare le abilità costruttive e la memoria a breve e a lungo termine in ambito visuo-spaziale.

Decision making

Nell'*Iowa Gambling Task*¹ i Pazienti con BN tendevano a scegliere mazzi *cattivi*, nonostante risultassero svantaggiosi, portando a perdite elevate. Inoltre, la frequenza con cui venivano scelte le carte da questo mazzo era correlata alla gravità della sintomatologia (Boeka, Lokke, 2006).

Nel *Game of Dice Task*² i Pazienti con BN, tipicamente, scommettono maggiori quantità di denaro nelle condizioni di combinazioni numeriche (Brand et al., 2007).

Quindi, nei due casi di cui sopra, i Pazienti con BN sono attirati da un vantaggio o un premio che risulta tale nell'immediato, senza considerare che, a lungo termine, porteranno a conseguenze negative, cioè maggiori perdite. Ciò riflette l'adozione di abbuffate e condotte di eliminazione per attenuare lo stress immediato.

¹*Iowa Gambling Task* (Becharra et al., 1994) il Soggetto deve scegliere una carta tra uno di quattro mazzi a disposizione. Di questi ultimi, due sono *cattivi* cioè, portano guadagni ma anche perdite quantitativamente maggiori a lungo termine, mentre altri due sono *buoni* perché portano guadagni e perdite più ridotti ma più vantaggiosi in prospettiva.

²*Game of Dice Task* (Brand et al., 2007) il Soggetto tira dei dadi e deve indovinare il numero o la combinazione che uscirà, scommettendo del denaro. Ovviamente, è più probabile indovinare un singolo numero, a cui è associato minore vincita (ma anche minore perdita), rispetto ad una combinazione di numeri, associato a maggiore vincita e perdita.

9. DISTURBO DA ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA o BINGE EATING DISORDER (BED)

9.0 Storia

La definizione del quadro clinico risulta piuttosto recente. Quindi, non esiste una vera e propria storia.

Albert Stunkard, nel 1959, nel tentativo di distinguere le varie forme di obesità, ha annoverato tra queste il *binge-eating*. Nello specifico, l'Autore ha riportato il caso di un Trent'enne che si abbuffava, senza riuscire a smettere, quando aveva problemi con la Moglie.

Spitzer e Collaboratori, nel 1992, hanno formalizzato, per la prima volta, i criteri diagnostici. Questo DA è entrato tra le diagnosi del DSM solo nel 2000, ma nell'appendice B (parte in cui vengono poste nuove diagnosi all'attenzione dei ricercatori). Quindi, il Disturbo è entrato nella classificazione ufficiale a partire dal DSM-5, tra i DAN.

Infine, nell'ICD-11 (WHO, 2018), si è assistito alla distinzione tra BED e BN. Quest'ultima è caratterizzata da comportamenti compensatori assenti nel primo.

A seguito del riferimento iniziale precedente, si rende necessario un breve approfondimento all'obesità, una sindrome piuttosto vasta ed eterogenea.

Obesità

Per un lungo periodo di tempo, è stata considerata positivamente, come un segno di ricchezza e salute. Dal punto di vista medico, è diventa un problema a partire dal Seicento. Quindi, la rottura è nata nel Rinascimento, che esaltava l'efficienza e l'attività, mentre il grasso veniva associato a pesantezza e pigrizia.

Thomas Short, nel 1727, ha scritto un trattato su come prevenire la *corpulenza* che, secondo Malcom Flemmyng (1760), poteva costituire un disturbo da curare eliminando gli oli presenti nelle urine o nel sudore grazie l'uso di diuretici e lassativi.

William Culler e Francois Sauvages utilizzarono il termine *polisarcia* per riferirsi ad un'imponente grassezza di determinate parti del corpo, gradualmente sostituito con *obesità* (dal latino *obesitas* = *grassezza*). Dalla fine del XIX secolo sono proliferate le descrizioni di profili patologici tipici dell'obesità e i rispettivi trattamenti.

L'obesità, nella Medicina moderna, è diventata una patologia di rilevanza clinica nel 1948, con l'inserimento tra le diagnosi dell'ICD-6. Tutte le classificazioni successive sono di ordine squisitamente medico, escludendo un problema di origine mentale. Infatti, l'*obesità* è esclusa dai DAN del DMS-5. Tuttavia, un ampio filone di ricerca sostiene che alcune forme di obesità, senza BED, possano essere associati problemi psicologici.

Nell'ICD-10 (WHO 2016) l'obesità rientra tra le *malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche*, classificata nel gruppo *obesità ed altre forme di iperalimentazione*. La diagnosi trae le sue basi dal calcolo dell'indice di massa corporea: $IMC = \frac{\text{peso corporeo (kg)}}{\text{altezza (m)}^2}$. In seguito, per gli adulti, sono distinti 3 sottotipi di gravità:

1. I grado ($IMC = 30-34,9 \text{ kg/m}^2$)
2. II grado ($IMC = 35-39,9 \text{ kg/m}^2$)
3. III grado ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$)

Infine, nell'ICD-11 (WHO, 2018) appartiene ai disturbi nutrizionali, causata da un apporto energetico sbilanciato, farmaci o disturbi genetici, che conducono ad un eccesso adiposo nel corpo.

9.1 Criteri diagnostici

Nel DSM-5 il BED è stato finalmente incluso come categoria distinta di DA. Anche in questo caso, si sono verificate alcune modifiche rispetto al DSM-4:

- ha mantenuto criteri diagnostici simili a quelli del DSM-4, con l'eccezione del criterio D, relativo a frequenza e durata abbuffate. Nel DSM-4, le abbuffate si dovevano verificare almeno due giorni la settimana per 6 mesi. Invece, nel DSM-5 si devono verificare, in media, almeno una volta alla settimana per 3 mesi;
- come per l'AN e la BN, sono stati introdotti dei criteri per valutare il livello di gravità attuale sulla base del numero di episodi di abbuffate per settimana.

I criteri diagnostici DSM-5 del disturbo da BED sono i seguenti:

- A. Ricorrenti episodi di abbuffate. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi gli aspetti seguenti:
 1. Mangiare, in un periodo definito di tempo (per es., un periodo di due ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli Individui mangerebbe nello stesso tempo ed in circostanze simili.
 2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa o quanto si sta mangiando).
- B. Gli episodi di abbuffata sono associati a tre (o più) dei seguenti aspetti:
 1. Mangiare molto più rapidamente del normale.
 2. Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni.
 3. Mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati.
 4. Mangiare da soli perché a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando.
 5. Sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o assai in colpa dopo l'episodio.
- C. È presente un marcato disagio riguardo alle abbuffate.
- D. L'abbuffata si verifica, in media, almeno una volta alla settimana per 3 mesi.
- E. L'abbuffata non è associata alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa, e non si verifica esclusivamente in corso di bulimia nervosa o anoressia nervosa.

Specificare se:

- In remissione parziale: successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da binge-eating, gli episodi di abbuffata si verificano con una frequenza media di meno di un episodio a settimana per un consistente periodo di tempo.
- In remissione completa: successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da binge-eating, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo.

Specificare la gravità attuale:

- Lieve: da 1 a 3 episodi di abbuffata a settimana.
- Moderato: da 4 a 7 episodi di abbuffata a settimana.
- Grave: da 8 a 13 episodi di abbuffata a settimana.
- Estremo: 14 o più episodi di abbuffata a settimana.

Fonte: APA (2013, trad. it. pp.404-5)

9.2 Nutrizione

Le abbuffate frequenti non sono spesso seguite da comportamenti di compenso. Ne consegue il rischio di andare incontro a sovrappeso o obesità. Quest'ultima costituisce un significativo fattore di rischio per l'insorgenza di insulino-resistenza e diabete di tipo 2. Infatti, il riconoscimento della attività endocrina del tessuto adiposo ha condotto alla definizione dell'organo adiposo. Nei Soggetti obesi, gli adipociti si riempiono di grassi con conseguente ipossia. Quindi, l'adipocita va incontro ad uno stato di stress, secernendo citochine infiammatorie che richiamano i fagociti deputati alla digestione dei patogeni. Macrofagi ed altri fagociti secernono ulteriori citochine che

attirano altre cellule del sistema immunitario. Il risultato è uno stato di infiammazione cronica dell'organismo, danneggiando anche i tessuti sani, i quali instaurano una condizione di insulino-resistenza riducendo la propria sensibilità all'insulina.

9.3 Profilo cognitivo

9.3.1 Attenzione

I *bias attenzionali* sono fondamentali nell'insorgenza e mantenimento dei sintomi del BED, favorendo l'elaborazione di stimoli salienti per il Paziente, cioè quelli collegati al cibo. In particolare, si riscontrano bias attentivi di ipervigilanza che, in termini comportamentali, consistono in tempi di reazione più veloci e tempi di fissazione più lunghi rispetto a stimoli legati al cibo.

In un compito di identificazione delle parole, queste ultime diventano gradualmente più visibili ed il Partecipante le deve identificare nel minor tempo possibile. I Pazienti con BED hanno identificato più velocemente parole di alimenti rispetto a quelle neutrali (Schmitz et al., 2014).

Il monitoraggio con eye-tracker ha dimostrato che i Pazienti BED, mentre osservavano fotografie ricche di scene quotidiane in cui possono essere presenti cibi (iper calorici, ipo calorici) o meno, portavano lo sguardo più rapidamente sulle pietanze (Popien et al., 2015) ed impiegavano più tempo a distoglierlo (Schag et al., 2013).

Nei Pazienti BED, il sistema neurale impiegato nell'elaborazione di stimoli di ricompensa si attivava maggiormente in risposta a stimoli alimentari di valenza positiva (Popien et al., 2015; Schitz et al., 2015). Quindi, si rende ipotizzabile un meccanismo di mantenimento molto simile a quello della dipendenza da sostanze d'abuso. I Pazienti che soffrono di BED associano il cibo ad una forma di ricompensa e l'attenzione selettiva, data la valenza positiva dell'assunzione di cibo, permette di deviare l'attenzione da situazioni negative. Di conseguenza, l'ingestione di cibo diventa una strategia per contrastare uno stress.

9.3.2 Memoria

I bias di memoria possono costituirsi come propensione a rievocare più facilmente un determinato stimolo, sia a ricordarne altri con più difficoltà.

In un confronto tra un campione di Donne in sovrappeso con BED ed un altro in sovrappeso senza psicopatologia è stato richiesto di memorizzare il maggior numero di parole che possono avere valenza positiva o negativa ed essere o meno collegate al corpo, con quattro combinazioni possibili: positive legate al corpo, negative legate al corpo, positive non legate al corpo e negative non legate al corpo. Entrambi i gruppi tendevano a ricordare maggiormente parole negative legate al corpo, ma i Pazienti con BED rievocavano molto meno quelle positive (Svaldi, Bender e Tuschen-Caffier, 2010a). Quest'ultimo aspetto può fungere da meccanismo di mantenimento dell'insoddisfazione corporea tipica della patologia.

I Pazienti con BED e Soggetti di controllo, appaiati per peso, sono stati sottoposti ad un *recent probes task*, in cui una lista di parole, di cui alcune legate al cibo, è seguita da un *probe*, cioè una parola che il partecipante stabilire se appartenente o meno alla lista precedente. Al fine di evitare una rievocazione immediata, tra la lista e il probe, i Soggetti devono completare con compito che li distraiga. Quando il probe consisteva in uno stimolo alimentare, i Pazienti affetti da BED ricordavano più facilmente se questo apparteneva alla lista (Svaldi et al., 2014b).

9.3.3 Funzioni esecutive

Rigidità cognitiva

I Pazienti con BED manifestano una notevole rigidità cognitiva che, a livello comportamentale, si riflette nella difficoltà di adattarsi alle regole vigenti in circostanze differenti. Infatti, sono state riscontrati deficit nelle prestazioni in compiti come il *WCST* ed il *Trial Making Test*¹ (Svaldi, Bender, Tuschen-caffier, 2010b; Aloï et al., 2015).

Prestazioni insufficienti sono state riscontrate anche nella *Mappa dello zoo*² ed il *test di Programma di azioni*³ (Buchesne et al., 2010) che valutano la capacità di pianificazione e

risoluzione dei problemi. Quindi, la rigidità cognitiva, unita alla capacità di pianificazione carente, potrebbe compromettere la capacità dei Pazienti con BED di valutare quanto possano essere dannosi, a lungo termine, i comportamenti alimentari adottati e la progettazione di strategie di coping allo stress diverse dalle abbuffate.

¹*Trial Making Test* (Partington e Leiter, 1949) si compone di due subtest. Nel primo, il Soggetto deve collegare in sequenza tutti i numeri presenti sul foglio e nel secondo, deve collegare, il più velocemente possibile, un numero ed una lettera dell'alfabeto in ordine progressivo. Consente la valutazione dell'attenzione divisa, della coordinazione visuo-motoria e della flessibilità cognitiva.

²*Mappa dello zoo* – i Soggetti, rispettando determinate regole, devono pianificare il percorso per visitare i luoghi di uno zoo rappresentato su una mappa. Il test è diviso in due parti e la seconda richiede minore capacità di pianificazione perché la mappa è identica, ma viene specificato l'ordine con cui visitare i posti.

Il test valuta la capacità di pianificazione, di apprendimento delle regole e di modificazione della prestazione sulla base dell'autofeedback nel momento in cui viene infranta una regola.

³*Test di Programma di azioni* – il Soggetto deve concepire un piano di azione per risolvere un problema svolgendo alcuni passaggi in sequenza e rispettando determinate regole.

Il test valuta la capacità di manipolare fisicamente oggetti per risolvere un problema.

Inibizione della risposta

I Pazienti con BED presentano deficit nella capacità di inibire risposte automatiche o comportamenti non adeguati al contesto.

I Pazienti con BED, rispetto ad un gruppo di controllo appaiato per peso, in un compito di *stop-signal*, hanno mostrato una capacità di inibire la risposta che è inferiore quando il segnale di stop è in associazione a stimoli alimentari rispetto a quelli neutri (Svaldi et al., 2014a). Risultati convergenti sono stati riscontrati in un *Go/No-Go Task*, in cui il Partecipante deve premere più velocemente e accuratamente possibile un tasto quando viene presentato uno stimolo *go* e non deve premerlo in risposta ad uno stimolo *no-go*: le risposte più veloci e accurate si sono ottenute quando gli stimoli *go* consistevano in immagini di pietanze (Lyu et al., 2017).

Inoltre, nei Pazienti con BED, una carenza di inibizione sembra condizionare il comportamento anche in ambiti diversi rispetto all'alimentazione. Questa osservazione è frutto di uno studio in cui i Pazienti sono stati sottoposti ad un compito di *stop-signal* ed il segnale di stop poteva consistere in uno stimolo neutrale, positivo o alimentare.

Impulsività

Nel caso dei Pazienti con BED, l'impulsività è stata indagata in relazione al *delay discounting*, cioè il progressivo declino del valore che il Soggetto attribuisce ad una ricompensa in relazione all'allontanarsi nel tempo del ricevimento della stessa.

Pazienti con BED con obesità lieve o moderata, sia Soggetti obesi senza BED, preferivano una ricompensa minore, ma immediata, che una più grande, ma che richiedeva attesa (Davis et al., 2010; Mole et al., 2015). Quindi, il meccanismo appare trasversale a Pazienti con obesità, con o senza disturbo.

Inoltre, il livello di obesità nei Pazienti con BED risulta significativo. Infatti, i Pazienti gravemente obesi con BED, rispetto a quelli gravemente obesi e senza BED, preferivano ricompense immediate, ma più piccole, in una serie di domini come ricompense monetarie, attività sedentarie, massaggi, che esulavano dall'alimentazione (Manwaring et al., 2011).

10. DISTURBO EVITANTE RESTRITTIVO DELL'ASSUNZIONE DI CIBO - AVOID/RESTRICTIVE FOOD INTAKE DISORDER (ARFID)

10.0 Storia

Presenta una storia piuttosto breve. In particolare, nel 2012, Kreipe e Palomaki hanno descritto due casi in infanzia e adolescenza.

Nel primo caso, un Ragazzo di 14 anni, atleta, consumava una cerchia ristretta di alimenti, specificatamente preparati, che dovevano essere mangiati seguendo un determinato ordine senza che si contaminassero toccandosi nel piatto. Il Ragazzo provava ansia, con conseguente evitamento, rispetto a specifiche caratteristiche del cibo (colore, odore, consistenza). Tuttavia, risultava consapevole del suo problema e tale *egodistonia* è un criterio differenziale rispetto ad una diagnosi di *ortoressia* (capitolo 10).

Il secondo caso interessava una Bambina di 10 anni che, pur avendo rischiato il soffocamento ad un campo-scuola, ha visto l'evento minimizzato dall'Infermiera che l'ha assistita. Tuttavia, da quel momento, la Bambina ha cominciato a solo alimenti di consistenza molle e rifiutando cibi nuovi.

In questi casi, la restrizione alimentare comporta facilmente limitazioni della vita sociale, carenze nutrizionali e calo ponderale. Tuttavia, non sono presenti preoccupazione per il peso e dismorfofobia (può essere presente il desiderio di avere una corporatura più robusta). Ciò consente una diagnosi differenziale con l'AN.

Queste caratteristiche dell'ARFID rientreranno nei criteri del DSM-5 (2013). Quest'ultimo tende a limitarlo alla prima infanzia (2-3 anni), con quadri che possono perdurare anche in età adulta. Tuttavia, l'esperienza clinica mostra come non siano insoliti casi di insorgenza anche in età adulta. È tra i DA con maggiore percentuale di Maschi e presenta una significativa comorbidità con l'ansia.

Complessivamente, la categoria descritta risulta piuttosto eterogenea poiché oscilla dall'estremo delle reazioni fobiche (es. soffocamento) alla linea di confine con l'ortoressia e le ritualità simil-ossessive.

10.1 Criteri diagnostici

I criteri diagnostici DSM-5 dell'ARFID sono i seguenti:

- A. Un disturbo dell'alimentazione o della nutrizione (per es., apparente mancanza d'interesse per il mangiare o per il cibo; evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo; preoccupazioni relative alle conseguenze negative del mangiare) che si manifesta attraverso la persistente incapacità di soddisfare le necessità nutrizionali e/o energetiche appropriate, associato a uno (o più) dei seguenti aspetti:
 1. Significativa perdita di peso (o mancato raggiungimento dell'aumento ponderale atteso oppure una crescita discontinua nei bambini).
 2. Significativo deficit nutrizionale.
 3. Dipendenza dalla nutrizione parenterale o dai supplementi nutrizionali orali.
 4. Marcata interferenza con il funzionamento psicosociale.
- B. Il disturbo non è meglio spiegato da una mancata disponibilità di cibo o da una pratica associata culturalmente sancita.
- C. Il disturbo dell'alimentazione non si manifesta esclusivamente durante il decorso dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa e non vi è alcuna evidenza di un disturbo nel modo in cui vengono vissuti il peso o la forma del proprio corpo.
- D. Il disturbo dell'alimentazione non è attribuibile a una condizione medica concomitante e non può essere spiegato da un altro disturbo mentale. Quando il disturbo dell'alimentazione si verifica nel contesto di un'altra condizione o disturbo la gravità del

disturbo dell'alimentazione eccede quella abitualmente associata alla condizione o il disturbo e giustifica ulteriore attenzione clinica.

Specificare se:

- In remissione: successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione, i criteri non sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.

Fonte: APA (2013, trad. it. p. 385)

11. PICA

Pica è la semplice abbreviazione di *picacismo*, noto anche come *allotriofagia*. Il termine deriva dal latino *pica*, altro nome della *gazza*, un uccello caratterizzato dall'abitudine di beccare degli oggetti non alimentari.

Si tratta di un disturbo del comportamento alimentare contraddistinto dall'ingestione di sostanze non nutritive (terra, sabbia, carta, gesso, legno, cotone, etc.), protratta nel tempo. Le sostanze tipicamente ingerite variano in base all'età e alla disponibilità. Il termine *non nutritive* è stato incluso perché la diagnosi non va applicata se sono ingeriti prodotti alimentari aventi un contenuto nutrizionale minimo. Tipicamente, non si riscontra un'avversione nei confronti del cibo in generale.

I criteri diagnostici DSM-5 del pica sono i seguenti:

- A. Persistente ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili per un periodo di almeno 1 mese.
- B. L'ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili è inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo dell'individuo.
- C. Il comportamento di ingestione non fa parte di una pratica culturalmente sancita o socialmente normata.
- D. Se il comportamento di ingestione si manifesta nel contesto di un altro disturbo mentale (per es., disabilità intellettiva – disturbo dello sviluppo intellettivo – disturbo dello spettro dell'autismo, schizofrenia) o di un'altra condizione medica è sufficientemente grave da giustificare ulteriore attenzione clinica.

Specificare se:

- In remissione: successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la pica, i criteri non sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo

12. DISTURBO DA RUMINAZIONE

Nel DSM-5 questo disturbo non è più classificato nei *disturbi della nutrizione dell'infanzia*, ma tra i *disturbi della nutrizione e dell'alimentazione*. Rispetto alla precedente edizione, i cambiamenti nei criteri diagnostici sono stati minimi.

I criteri diagnostici DSM-5 del disturbo di ruminazione sono i seguenti:

- A. Ripetuto rigurgito di cibo per un periodo di almeno 1 mese. Il cibo rigurgitato può essere rimasticato, ringoiato o sputato.
- B. Il rigurgito ripetuto non è attribuibile a una condizione gastrointestinale associata o a un'altra condizione medica (per es., reflusso gastroesofageo, stenosi del piloro)
- C. Il disturbo dell'alimentazione non si manifesta esclusivamente durante il decorso di anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge-eating o disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo.
- D. Se i sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo mentale (per es., disabilità intellettiva – disturbo dello sviluppo intellettivo – o altro disturbo del neurosviluppo) sono sufficientemente gravi da giustificare ulteriore attenzione clinica.

Specificare se:

- In remissione: successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo di ruminazione, i criteri non sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.

13. DISTURBO DELL'ALIMENTAZIONE O DELLA NUTRIZIONE CON ALTRA SPECIFICAZIONE

Questa categoria si applica quando i sintomi tipici di un DAN causano disagio o danno a livello sociale, occupazionale o in altre importanti aree. Tuttavia, i sintomi, pur predominando, non soddisfano i criteri pieni per qualsiasi dei DAN classificati.

Anoressia nervosa atipica

Sono soddisfatti tutti criteri per l'AN. Tuttavia, il peso dell'Individuo è all'interno o al di sopra del range di normalità, nonostante un importante calo ponderale.

Bulimia nervosa (a bassa frequenza e/o di durata limitata)

Sono soddisfatti tutti criteri per la BN. Però, le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano, mediamente, meno di una volta alla settimana e/o per meno di 3 mesi.

Disturbo da binge-eating (a bassa frequenza e/o di durata limitata).

Sono rispettati tutti criteri per il disturbo da binge-eating, ma le abbuffate si verificano, mediamente, meno di una volta alla settimana e/o per meno di 3 mesi.

Disturbo da condotta di eliminazione

In assenza di abbuffate si verificano ricorrenti condotte di eliminazione per influenzare il peso o la forma del corpo (per es. vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci).

Sindrome da alimentazione notturna

Frequenti episodi di alimentazione notturna, mangiando dopo il risveglio dal sonno o con consumo eccessivo di cibo dopo il pasto serale.

L'alimentazione notturna causa un significativo disagio e/o compromissione del funzionamento.

Il Soggetto ha consapevolezza e ricordo di aver mangiato.

L'alimentazione notturna non è meglio spiegata da influenze esterne come la modificazione del ciclo sonno-veglia dell'Individuo oppure da norme sociali locali. Così come dal disturbo da BED o da un altro disturbo mentale, compreso l'uso di sostanze, e non sono attribuibili a un altro disturbo medico oppure all'effetto di farmaci.

Il Clinico comunica le ragioni per cui non risultano soddisfatti i criteri per qualsiasi specifico disturbo della nutrizione e dell'alimentazione. Quindi, registra il disturbo della nutrizione e dell'alimentazione con altra specificazione seguito dalla ragione specifica (es. bulimia nervosa a bassa frequenza).

14. DISTURBO DELLA NUTRIZIONE O DELL'ALIMENTAZIONE SENZA ALTRA SPECIFICAZIONE (DA SAN)

I sintomi di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione sono responsabili di disagio clinico o di un danno nel funzionamento sociale, occupazionale, come in altre importanti aree. Tuttavia, pur predominando, non sono pienamente soddisfatti i criteri per qualsiasi dei disturbi classificati. Questa categoria è usata in situazioni in cui il Clinico sceglie di non specificare il motivo per cui i criteri non sono soddisfatti. Per esempio, in un setting di pronto soccorso.

15. I NUOVI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE

Alcuni disturbi alimentari non trovano spazio nella attuale nosografia ufficiale. Infatti, è possibile illustrare alcuni scenari su cui il dibattito nel prossimo futuro.

Sicuramente, il numero e la tipologia dei disturbi risultano virtualmente infiniti. L'elenco potrà arricchirsi tanto di più, quanto si tenderà a prendere in esame il contenuto e non la forma di questi fenomeni.

Ortoressia nervosa

Lo statunitense Steven Bratman, nel 1997, ha concepito l'espressione *ortoressia nervosa* in un articolo all'interno dello *Yoga Journal*. Il prefisso *ortho* in greco antico significa *corretto* mentre, *orexis* indica l'*appetito*. Quindi, Egli si riferiva ad un'ossessione per il cibo naturale e salutare. L'idea è nata proprio quando Lui stesso ha cominciato a mostrare tali sintomi.

Attualmente, l'ortoressia non è inserita nel DSM-5. Tuttavia, diversi Autori hanno provato a tracciarne i criteri diagnostici con lo stile operativo del DSM stesso. Tra le ipotesi più recenti rientra Quella di Dunn e Bratman (2016):

Criterio A

Concentrazione ossessiva sul mangiare "sano", come definito da una teoria dietetica o insieme di credenze i cui dettagli specifici possono variare; segnato da esagerato disagio emotivo in relazione alle scelte alimentari percepite come malsane; la perdita di peso può derivare da scelte dietetiche, ma questo non è l'obiettivo principale. Come evidenziato dai seguenti:

1. Comportamento compulsivo e / o preoccupazione mentale riguardo pratiche dietetiche affermative e restrittive ritenute dall'Individuo promuovere la salute ottimale.
2. La violazione di regole dietetiche autoimposte provoca paura esagerata di malattia, senso di impurità personale e / o sensazioni fisiche negative, accompagnato da ansia e vergogna.
3. Le restrizioni alimentari si intensificano nel tempo e possono arrivare ad includere eliminazione di interi gruppi alimentari e coinvolgere progressivamente di più frequenti e / o severi "detersivi" (digiuni parziali) considerati purificatori o disintossicanti. Questa escalation porta comunemente alla perdita di peso, ma il desiderio di perdere peso è assente, nascosto o subordinato a ideazione su un'alimentazione sana.

Criterio B

Il comportamento compulsivo e la preoccupazione mentale diventano clinicamente rilevanti da uno dei seguenti:

1. Malnutrizione, perdita grave o altre complicazioni mediche da dieta ristretta.
2. Disturbo o disagio interpersonale di carattere sociale, accademico o professionale funzionamento secondario rispetto a credenze o comportamenti sulla dieta sana.
3. Immagine positiva del corpo, autostima, identità e / o soddisfazione eccessivamente dipendente dal rispetto di "sano" auto-definito comportamento alimentare.

Vigoressia

È stata a lungo considerata l'*equivalente maschile* dell'anoressia e un'anoressia *inversa*. Uomini e Donne (oggi con notevole frequenza) nutrono un'attenzione esasperata per la forma fisica e lo sviluppo muscolare, tanto da essere definita anche *bigoressia* (dall'inglese *big* = *grande*)

I punti di contatto con l'AN sono rappresentati da: fissazione rispetto a dieta e propria immagine, associata a dismorfia corporea, con particolare attenzione rivolta ad alcune parti del corpo.

Sul piano alimentare, si differenzia dall'AN per la mancata restrizione calorica. Piuttosto, vengono esaltati alcuni nutrienti, che risultano spesso in eccesso (come quelli proteici), mentre altri sono eliminati (come i carboidrati).

Pregoressia

È un disturbo squisitamente femminile, caratterizzante la gravidanza. La Donna, rifiutando l'incremento ponderale legato alla sua condizione fisiologica, si costringe ad una dieta rigida e

all'esercizio fisico. Ciò risulta allarmante quando viene messa a repentaglio la salute della Madre e/o del Nascituro.

Drunkoressia (dall'inglese *drunk* = ubriaco e *anorexia* = anoressia)

Il Soggetto opera frequenti restrizioni a livello alimentare (o digiuni) per risparmiare calorie, allo scopo di bere elevate quantità di alcolici senza aumentare il proprio peso corporeo. La drunkoressia è considerata una possibile declinazione dell'anoressia a causa della diminuzione di peso dovuta al rifiuto drastico del cibo. Tuttavia, la volontà di dimagrire non è fine a sé stessa, quanto all'assunzione di alcol, che viene utilizzato come strumento di socializzazione, senza il quale risulta difficile stare insieme agli Altri.

L'alcool è una sostanza organica prodotta dalla fermentazione di batteri e lieviti. L'unico tipo di alcool che l'organismo può consumare è l'etanolo, una piccola molecola che viene facilmente e rapidamente assorbita, presente nelle bevande. Infatti, immediatamente dopo il consumo di una bevanda alcolica, le molecole di etanolo vengono trasportate in tutto l'organismo attraverso la circolazione sanguigna ed il fegato è il responsabile del suo metabolismo.

Tuttavia, a prescindere dalla dose consumata, il flusso ematico raggiunge il cervello per garantirne il corretto funzionamento. A questo livello, l'etanolo interferisce con il funzionamento di due importanti recettori neuronali: i recettori per il GABA e quelli per il glutammato. I quali, rispettivamente, si occupano della maggior parte dell'attività cerebrale inibitoria ed eccitatoria. Quindi, viene aumentata l'attività inibitoria dei recettori GABA e ridotta l'attività eccitatoria del glutammato.

Ne risulta che l'alcol è una sostanza psicoattiva che agisce a livello cerebrale esercitando un'influenza a livello emotivo, cognitivo, sensoriale e comportamentale. La riduzione dell'attività sinaptica tra neuroni produce effetti simili a quelli di altri sedativi (es. barbiturici o benzodiazepine), che sono comunemente impiegati per contrastare stati di ansia/panico o l'insonnia, dati i loro effetti calmanti.

La Società civile attribuisce all'alcol un valore rituale, di unione e di cultura. Però, la trasgressione diventa grave, in termini assoluti, in presenza di una situazione di partenza di restrizione. Infatti, Chi soffre di un disturbo alimentare restrittivo nega di aver appetito o si dichiara sazio dopo aver mangiato porzioni minime. Il Soggetto, nel momento in cui l'organismo è portato agli estremi da digiuni prolungati, può decidere di cedere in qualche modo. Così, l'alcol, con le sue apparenti *calorie vuote*, può essere riconosciuto come un compromesso accettabile, soprattutto per sentirsi a proprio agio in determinate situazioni che si crede di non poter affrontare da soli.

16. I DAN, NON SOLO MALATTIE FEMMINILI

16.0 Un po' di storia

16.0.1 Le prime testimonianze

Nell' XI secolo a.C., il medico persiano Avicenna è stato autore, molto probabilmente, della più antica descrizione di un caso di anoressia, riportando il trattamento di un giovane Principe che aveva interrotto la sua alimentazione senza cause organiche (Balottin et al. 2003).

Lo storico ateniese Senofonte nell'*Anabasi* (429-354 a.C.) racconta un altro esempio di comportamenti alimentari disfunzionali nel sesso maschile. Il quale, utilizzando il termine *bulimia* (letteralmente *fame da bue*), si riferiva ad una condizione di fame estrema accompagnata da malessere: «L'indomani, per l'intera giornata, marciarono nella neve e molti caddero in preda alla bulimia. Senofonte, che era in retroguardia, si imbatteva nella gente crollata a terra, ma non riusciva a capire la causa del loro male. Poi un soldato, esperto di cose del genere, gli disse che erano chiari segni di bulimia».

Dal X secolo si sono affermati i lunghi digiuni a carattere mistico a cui si sottoponevano le *Sante Anoressiche*, come Santa Caterina da Siena e Beata Angela di Foligno. Tuttavia, rimane meno nota la controparte maschile di tali comportamenti, come *padri del deserto* o *monaci anacoreti* che trascorrevano anni in condizioni di enormi restrizioni di cibo e acqua rinunciando ai desideri del corpo.

Queste testimonianze permettono di comprendere come il concetto di patologia, riferita ad un fenomeno psicologico, dipenda sempre dal contesto storico e culturale. Comunque, è significativo come tali condotte abbiano coinvolto l'interesse degli Osservatori dell'epoca.

16.0.2 Gli Artisti della fame

Altri esempi provengono dal mondo della Letteratura, in epoca più moderna.

Nel racconto *Un digiunatore* di Franz Kafka (1922) viene narrata la vita di un Uomo che testimonia il digiuno estremo come forma d'arte, seppur nascondendo gravi conflitti interiori. La vicenda narrata risulta coerente con la Storia poiché, dalla fine del XIX secolo fino agli anni Trenta, gli *artisti della fame* si sottoponevano a digiuni esibendo i propri corpi scheletrici.

Addirittura, secondo alcuni Autori, lo stesso Kafka, avrebbe sofferto di una forma di anoressia nervosa atipica, come testimoniato dall'ossessione per il corpo del *digiunatore* e la sua capacità di descriverne la personalità.

Jeremy Hugh Baron e Arthur Crisp (2003) hanno analizzato il carteggio del poeta inglese Lord Byron, concludendo che, probabilmente, abbia sofferto, per almeno metà della sua breve vita (morì all'età di 36 anni), di alternanza tra periodi di anoressia e bulimia.

Il suo caso è peculiare perché presenta alcuni aspetti in comune con i dati epidemiologici della ricerca moderna sui DA nei Maschi, come l'esordio tardivo e la presenza di obesità pre-morbosa. Infatti, secondo le testimonianze dell'epoca, Lord Byron era un bambino grassottello che, raggiunta la maggiore età, ha iniziato a essere insoddisfatto del suo corpo e a perdere peso molto velocemente, rimanendo sempre ossessionato dall'apparire magro.

16.0.3 I primi Pazienti furono maschi

È possibile trovare descrizioni della AN prima della introduzione del termine stesso ad opera di William Gull (1870), con casi riguardanti proprio Pazienti maschi. Secondo molti, la prima descrizione medica dell'anoressia risale al 1689 ad opera del medico inglese Richard Morton e riguardava un Ragazzo di sedici anni che: «[...] cadde gradualmente in una totale mancanza di appetito, provocata dal suo troppo studiare e dalle passioni della sua mente. Arrivò ad un'atrofia universale, struggendosi sempre di più di anno in anno, senza che ci fossero tosse, febbre o altri sintomi [...] Ritengo che questa consunzione sia di natura nervosa pur coinvolgendo l'intero corpo».

Il medico britannico Robert Whytt, nel 1764, 75 anni dopo, riprendendo il lavoro di Morton, descrisse il caso di un altro Ragazzo di quattordici anni: «Un ragazzo di costituzione sottile e delicata, di vivace sentimento, il cui polso in salute batteva oltre 70 e 80 volte al minuto. Nel giugno 1757, è stato osservato di umore deflesso e pensieroso, con perdita dell'appetito e cattiva digestione [...] a metà luglio, quando ormai era ridotto a pelle e ossa, il suo polso in posizione orizzontale non superava i 39 battiti. A fine agosto, il suo malessere prendeva una svolta inaspettata: ha cominciato ad avere uno smodato desiderio di cibo, che lo costringeva a mangiare ogni due ore per non sentirsi debole [...] il suo polso batteva tra i 96 e i 110 battiti. Non ho potuto scoprire né la causa delle prime lamentele del paziente, né della svolta improvvisa e contraria, ma ho pensato che meritasse di essere menzionato come buon esempio di consunzione nervosa».

Robert Willan, nel 1790, pubblicò *Uno straordinario caso di astinenza*, in cui raccontò il lungo digiuno di un giovane Uomo fino alla morte.

«Un giovane uomo, dalla mente studiosa e malinconica, ha sviluppato diverse volte sintomi di indigestione negli anni 1784 e 1785. Il 21 gennaio del 1786, ha intrapreso un severo percorso di astinenza presumibilmente nella speranza di alleviare le sue spiacevoli lamentele. [...] Si ritirò improvvisamente dagli affari, lasciando la società dei suoi amici, e prese alloggio in una strada isolata dove attuò il suo piano, che consisteva nell'astenersi da qualsiasi cibo solido e ogni tanto inumidirsi le labbra con acqua aromatizzata all'arancia».

Nel marzo del 1786 il Medico visitò il Paziente e rivelò:

«Era in quel momento emaciato in modo sorprendente, con i muscoli del viso completamente rimpiccioliti e con gli zigomi pronunciati, offrendo un'apparenza più che orribile. Il suo addome era concavo e l'ombelico ritirato per lo stato di collasso dell'intestino, la pelle e i muscoli addominali si restringevano sotto il bacino. I suoi arti si erano gravemente ridotti. Il suo corpo nel complesso suggeriva l'idea di uno scheletro».

Nei giorni successivi, non potendo più resistere al desiderio di cibo, l'Uomo mangiò grandi quantità di pane con burro, per poi vomitare. In un primo momento, sembrò migliorare, ma alla fine dello stesso mese riprese a rifiutare il cibo e a diventare cupo e ritirato. Il Paziente morì il settantatreesimo giorno di digiuno.

Fino agli anni Sessanta, la terapia psicoanalitica aveva escluso gli uomini dalle riflessioni sulle condotte alimentari patologiche, considerandoli solo successivamente come casi *atipici* (Dalla Ragione L. & Scoppetta M., 2009)

16.1 Asimmetria

I DA possono colpire persone di ogni età, genere, etnia. Tuttavia, questo tema è plasmato da stereotipi e pregiudizi che rafforzano l'idea per cui a soffrirne possano essere solo Ragazze, tendenzialmente molto giovani, bianche e magre. La mancanza di diagnosi e di cure ne è la diretta conseguenza. Invece, i DA sono malattie come le altre ed in quanto tali, è fondamentale avere accesso alle cure.

Le premesse di cui sopra, rendono di facile intuizione come le Persone di genere maschile vittime di DA possano avere maggiore difficoltà a chiedere aiuto, timorose di giudizio. Infatti, attualmente, si stima che il 10% circa delle Persone affette da questi disturbi siano maschi. Tuttavia, a causa dello stigma sociale, è probabile che la percentuale sia sottostimata.

Allo stesso tempo, anche la letteratura scientifica presenta questa asimmetria di genere nell'impressionante mole di ricerche dedicate ai DA. Infatti, la maggior parte degli studi si sono basati su campioni costituiti esclusivamente da Donne, alimentando la credenza che si tratti di disturbi esclusivamente femminili.

Il risultato è che i DA nel genere maschile sono stati definiti *sotto-diagnosticati*, scarsamente trattati e poco compresi (Strother et al., 2012). Per cui, spesso i sintomi sono trascurati o evidenziati solo se particolarmente severi e invalidanti (Räsänen et al., 2014).

Il tardivo riconoscimento del problema determina un elevato rischio rispetto al decorso e agli esiti di queste malattie, in grado di mettere a repentaglio la vita degli Individui (Morgan, 2006). Gli uomini, a causa della loro stessa mancata ricerca tempestiva di assistenza medica, e di uno scarso

o tardivo riconoscimento della patologia da parte dei Curanti, giungono ad importanti alterazioni fisiche a causa dell'avanzato stato di malnutrizione.

Per la pratica clinica, la diagnosi dei casi è resa ancora più complessa dalla mancanza di parametri definiti. Di conseguenza, si rende evidente il bisogno di elementi valutativi chiari e strutturali comprendenti il genere maschile.

16.2 *Eating Disorders in Males: An Overview of Research Over The Period 2007-2017* (I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione nei Maschi: una Panoramica sulle Ricerche nel Periodo 2007-2017)

Questo articolo ha l'obiettivo di fornire un contributo per arricchire la corrente panoramica rispetto ai DA nel genere maschile, tenendo conto delle ricerche del decennio 2007-2017.

Il periodo preso in esame (2007-2017) è stato contrassegnato dall'aggiornamento nella classificazione diagnostica. Quindi, i dati sono forniti secondo i nuovi criteri contenuti nel DSM-5 (2013).

Il lavoro si articola in due sezioni. La prima, raccoglie gli studi riguardo: la prevalenza, l'esordio, la diagnosi, la comorbidità e gli esiti delle tre principali forme di DA (AN, BN e BED). La seconda, prende in esame le principali variabili psicologiche coinvolte nell'eziologia di tali disturbi, ovvero: perfezionismo, insoddisfazione corporea, orientamento sessuale e disforia di genere.

16.2.1 *Diagnosi*

La diagnosi di DA negli Uomini è stata a lungo ostacolata dalla mancanza di adeguati criteri classificatori, primariamente concepiti per identificare il disturbo nelle Donne.

Nel DSM-5 il criterio dell'*amenorrea* (assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi), dovuto ad un prolungato stato di malnutrizione, variabile genere-specifica per eccellenza nella diagnosi di AN, è stato eliminato. Questo non aveva un corrispettivo per il genere maschile rispetto alle alterazioni neuroendocrine.

In aggiunta, anche l'indice di massa corporea, impiegato per constatare l'adeguatezza del peso di un Soggetto in relazione alla sua statura, non risulta attendibile per i Maschi. Infatti, questo strumento è in grado di mettere in luce la severità dei comportamenti alimentari finalizzati alla perdita di peso nelle Donne. Tuttavia, anche dietro una condizione di normopeso può celarsi un DA e questa condizione è ancora più frequente nei Maschi. Ciò potrebbe essere dovuto al fatto che l'attenzione maschile è maggiormente rivolta alla forma corporea e all'aumento della massa muscolare rispetto alla magrezza (Hoffmann, Warschburger, 2017).

I Maschi tendono a nascondere il disturbo dietro regimi alimentari rigidi, insieme ad intense pratiche sportive che esaltano la muscolosità. Infatti, i DA vengono spesso associati ai disturbi di *vigoressia* (Vo et al., 2017).

Inoltre, i Ragazzi prediligono l'esercizio fisico o il digiuno nei giorni successivi ad abbuffate, come pratiche compensatorie. Quindi, soluzioni come vomito, farmaci diuretici e lassativi, sono adottati con minore frequenza rispetto alle Donne (25% vs 50%) (Striegel-Moore et al., 2009).

16.2.2 *Prevalenza generale*

Secondo un'indagine condotta nel 2008 dal National Institut of Mental Health, circa un milione di Maschi nel mondo soffriva di un DA, sebbene il dato fosse ritenuto sottostimato (Morgan, 2008). Infatti, è necessario attenersi al fatto che gli studi sui disturbi nei Maschi sono quantitativamente limitati in confronto a quelli femminili. Secondo alcuni, la prevalenza rispetto al genere si aggira su rapporti Maschi/Femmine di circa 1:11 (Hudson et al., 2007). Altri, stimano 1:4, con una prevalenza lifetime per gli Uomini sulla popolazione generale dello 0,3% per l'AN, dello 0,5% per la BN e del 2,0% per il BED (Mangweth-Matzek et al., 2010). Studi epidemiologici riportano oscillazioni più ampie per l'AN (da 1:3 a 1:12), e per la BN, (da 1:3 a 1:18), mentre si riscontra una maggiore omogeneità rispetto al BED (da 1:2 a 1:6) (Hudson et al., 2007).

Diversi studi hanno confrontato le stime di prevalenza dei DA tra il DSM-5, nonché ultima edizione, e la precedente. È stata riscontrata una maggiore prevalenza di Individui con diagnosi

di DA, in particolare di AN e BED (Mancuso et al., 2015) a seguito della nuova classificazione BED nel DSM-5. Alcune ricerche suggeriscono che la prevalenza lifetime di BN tra gli Uomini nella popolazione clinica supera il 10% (Hudson et al., 2007; Jones, Morgan, 2010). Tuttavia, la difficoltà che i Maschi incontrano nel riconoscere il proprio comportamento problematico, fa in modo che i sintomi bulimici risultano fortemente sotto-diagnosticati (Button, Aldridge, Palmer, 2008; Hepworth, 2010).

16.2.3 Epidemiologia in adolescenza

Nella popolazione maschile, AN e BN costituiscono il 5-10% di tutti i casi, ma la prevalenza aumenta se si considera la popolazione giovanile. Un recente studio ha rilevato che un quarto dei Pazienti maschili preadolescenti soddisfano i criteri per i DA (Vo et al., 2017). Questi numeri sono ancora più importanti in adolescenza: la prevalenza, tenendo conto dei criteri diagnostici del DSM-5, è stata stimata intorno all'1,2% a 14 anni, al 2,6% a 17 anni e al 2,9% a 20 anni. I dati si attestano rispettivamente allo 0,4%, allo 0,7% e all'1,6% rispetto alla BN (Chittester, Hausenblas, 2014). Considerando la prevalenza in relazione al genere, l'1,2% dei Maschi sviluppa AN o BN rispetto al 5,7% delle Femmine, mentre la diagnosi più comune tra i giovani Maschi risulta essere il BED, con una stima intorno al 2% (vs il 3,5% circa delle femmine) (Smink et al., 2014).

16.2.4 Esordio

Nei Maschi, l'età di insorgenza dei DA si sposta più avanti, oscillando tra la tarda adolescenza e la prima età adulta. Inoltre, in rapporto alle Femmine, si evidenzia con maggiore frequenza un trascorso premorbo di sovrappeso od obesità (Forman-Hoffman, Watson, Andersen, 2008; Raevuori et al., 2009; Preti, De Girolamo, Vilagut, 2009).

16.2.5 Comorbidità ed esiti

I disturbi di personalità, insieme al disturbo ossessivo-compulsivo e all'abuso di droghe e alcol sono tra le comorbidità psichiatriche più frequenti nei Maschi (Fichter, Quadflieg, Hedlund, 2008). Grazie al trattamento integrato, gli Uomini riportano percentuali di remissione dei sintomi più alte rispetto alle Femmine.

In particolare, gli esiti della BN sono tanto più gravi quanto più il disturbo è cronicizzato ed i tassi di mortalità sono inferiori rispetto a quelli dell'AN (Støvin et al. 2011). Tuttavia, gli studi incentrati sull'AN sono pochi a causa delle dimensioni minime dei campioni clinici e la maggior parte, con un follow-up massimo di un anno, non risulta prospettica. In più, non vengono indagati i fattori prognostici o il tasso di mortalità.

16.2.6 Caratteristiche psicologiche individuali nei DA

Perfezionismo

Come per le Pazienti femminili, anche nei Maschi sono stati riscontrati: elevati livelli di perfezionismo, insicurezza, difficoltà nei rapporti interpersonali e tendenza al controllo. Infatti, la tendenza al perfezionismo dà adito all'insorgenza di tutte le forme di DA (Fairburn, Cooper, 2011), poiché promuove la ricerca di un'ideale forma corporea senza sosta (Dickie et al., 2012). Questo incoraggia ad un'alimentazione più restrittiva che sfoca nel circolo vizioso di riduzione del cibo-abbuffata compensatoria (Stice, Ng, Shaw, 2010; Dakanalis et al., 2014).

Insoddisfazione corporea

Nella popolazione maschile, l'insoddisfazione corporea si esplica nel concetto di *drive for muscularity*, cioè la percezione di avere una muscolosità sottosviluppata, con l'ambizione costante di aumentarla. A questa condizione sono legati punteggi più bassi di autostima, ansia sociale, depressione, comportamenti non adattivi e tentativi di alterare la forma del proprio corpo (Dakanalis et al., 2015; Chittester, Hausenblas, 2014; Thompson, Cafri, 2007).

Rispetto alle Femmine, spinte ad inseguire un'ideale di magrezza (*drive for thinness*), i Maschi adottano specifiche strategie alimentari al fine di aumentare la massa muscolare (Thompson, Cafri, 2007; Frederick et al., 2007), come testimoniato dai punteggi elevati ottenuti da soggetti *drive for muscularity* nell'Eating Attitude Test (Dakanalis et al., 2015). Questa alimentazione

disfunzionale risulta associata alla motivazione a diventare più muscolosi, esercizio fisico eccessivo e uso di steroidi anabolizzanti (Dakanalis, Riva, 2013).

Tuttavia, il Maschio non aspira solamente ad un corpo muscolare, ma a ciò si aggiunge anche l'aspirazione della minore massa grassa possibile. Ciò conduce allo sviluppo di disturbi anoressici o di dismorfia muscolare (Murray et al., 2013). Questo tipo di preoccupazioni sarebbe triplicato negli ultimi trent'anni, passando dal 15% al 43% (Farquhar, Wasylkiw, 2007).

16.3 Ulteriori approfondimenti

Prendendo in esame anche altri studi, è possibile valutare ulteriori aspetti.

16.3.1 Complicanze mediche

Gli Uomini aderiscono a diete fortemente iperproteiche ed ipolipidiche (Pope et al., 1997), basandosi sulla convinzione che per ottenere un aumento della massa muscolare sia necessario un incremento del fabbisogno proteico, fino a 4-5 gr/kg di peso corporeo (De Pascalis et al., 2013). Questi tipi di dieta, oltre a comportare l'adesione rigida a schemi alimentari, minacciando la salute psicologica, costituiscono anche un rischio per la salute fisica. Un consumo eccessivo di proteine può facilitare l'insorgere di patologie renali ed espongono al rischio di demineralizzazione ossea (Donini, Pinto, Cannella, 2004).

Quest'ultima è particolarmente presente negli Adolescenti maschi con DA ed interessa, soprattutto, spina dorsale, anca e il collo del femore (Misra et al., 2008). Tale condizione aumenterebbe il rischio di fratture e di andare incontro ad osteoporosi, in misura maggiore se confrontato con le Pazienti adolescenti femmine (Mehler et al., 2008). I Maschi con AN possono essere affetti da grave osteoporosi, correlata alla durata del disturbo e dal peso minimo raggiunto: maggiore è la durata e minore è il peso corporeo, più grave è il danno osseo. Addirittura, un rallentamento della crescita ossea, fino all'arresto, potrebbe verificarsi nel momento in cui gli Adolescenti diventano preda della malnutrizione prima che lo sviluppo sia completo (Nagata et al., 2021).

Inoltre, le diete iperproteiche sono tipicamente caratterizzate anche da una significativa riduzione dell'intake di carboidrati. Quindi, si assiste ad un'elevata produzione di corpi chetonici, causando sintomi come nausea, affaticamento, irritabilità fino ad episodi estremi di chetoacidosi (De Pascalis, 2013; Pezzana et al., 2014).

Diete estreme e basso peso possono anche avere un impatto profondo sul cuore e sui vasi sanguigni. Il muscolo cardiaco si riduce e si indebolisce. Si abbassa la frequenza cardiaca, così come la pressione sanguigna. La persistenza del basso peso corporeo, in concomitanza di un significativo squilibrio elettrolitico (dovuto a vomito autoindotto e/o uso improprio di lassativi e diuretici), aumenta il rischio di pericolose alterazioni del battito cardiaco.

Altre complicanze mediche che possono essere incluse sono: elevati livelli di colesterolo, riduzione del numero dei globuli bianchi e rossi, rallentamento dello svuotamento gastrico con vari sintomi digestivi e alterazione degli enzimi epatici (Nagata et al., 2021).

A livello endocrino, la restrizione calorica e la condizione di sottopeso, determina la riduzione dei livelli ematici di testosterone e una notevole riduzione del volume dei testicoli (Misra et al., 2008) con conseguente perdita di libido e impotenza transitoria.

Infine, l'insoddisfazione corporea può spingere all'utilizzo di steroidi anabolizzanti, derivanti sintetici del testosterone, capaci di accelerare la crescita muscolare stimolando la sintesi proteica. Sono numerosissimi gli effetti collaterali di queste sostanze, con ricadute su: apparato cardiovascolare, fegato, reni, sistema endocrino, cutaneo, sistema muscolo-scheletrico e, non per ultime, alterazioni delle funzioni psichiche (Vantaggiato, De Giorno, Chiarotti, 2005).

In passato, tali sostanze dopanti erano diffuse, per lo più, tra gli Atleti professionisti, per migliorare la prestazione. Invece, attualmente, stanno invadendo anche il mondo amatoriale e sono soprattutto i Giovani a farne uso. Una ricerca condotta su un campione di Uomini

frequentanti la palestra scoprendo che il 30,4% degli intervistati faceva uso di steroidi ed il 75% di loro aveva tra i 22 e i 35 anni (Lykhonosov et al., 2019).

16.3.2 Trattamento

Ovviamente, scarseggiano anche i dati sull'esito del trattamento dei Maschi con DA.

In parte, poiché gli studi attuali non prendono spesso in considerazione i Maschi in merito al trattamento. Inoltre, i programmi ospedalieri residenziali e di day-hospital hanno ancora una limitata capacità di estendere i trattamenti anche ai i Maschi.

Uno studio eseguito in Germania ha riportato gli esiti clinici in 119 Maschi con DA, di cui 60 con AN e 49 BN. Sono stati rilevati i tassi di remissione simili tra i Maschi e le Femmine con AN (remissione del 40%), ma i Maschi hanno presentato un'alimentazione più disordinata al follow-up. Al contrario, nel caso della BN, il tasso di remissione era inferiore nei Maschi rispetto alle Femmine (44% contro 50%).

Un dato preoccupante è che i Maschi con AN sembrano avere una mortalità standardizzata più elevata rispetto alle Femmine.

Il trattamento dei Maschi è analogo a quello delle Femmine, raccomandando gli stessi trattamenti psicologici basati sull'evidenza (ad esempio, la terapia cognitivo comportamentale e la terapia basata sulla famiglia), ma adattati alle esigenze maschili: affrontare alcune caratteristiche specifiche dei DA (valutazione eccessiva della forma dei muscoli e le sue espressioni, regole dietetiche mirate alla crescita muscolare, esercizio eccessivo), esplorare la socializzazione di genere e le loro credenze sulla mascolinità nel mantenimento disturbo. In particolare, l'allenamento eccessivo, non aumenta semplicemente il rischio di incidenti, ma può nuocere al sistema immunitario, esponendo maggiormente a complicanze cardiopolmonari (Schröder, 2002).

17. DAN E ADULTI

Il fatto che anche gli Adulti possano soffrire di DA è un aspetto sottovalutato nella narrazione di queste problematiche e, tipicamente, è lecito pensare che ciò che non viene raccontato, non esista. In Italia, 3,5 milioni di Persone soffrono di DA ed il 35% ha più di 25 anni. Inoltre, tra il 2019 ed il 2022, i nuovi casi sono oltre che raddoppiati. Tuttavia, esiste un ampio sottobosco di malati che, non ricevendo una diagnosi, si ritrova a convivere per anni, più o meno consapevolmente. Infatti, rispetto ai Minorenni, la decisione di affrontare un percorso terapeutico spetta all'Adulto stesso. Il quale, spesso per vergogna, rifiuta la cura. Secondo gli Esperti, i primi 4 anni dall'insorgenza dei sintomi sono essenziali ed eventuali ritardi possono essere determinanti per la cronicizzazione del disturbo.

I DA sono patologie multifattoriali. Spesso, Chi sviluppa un disturbo in età adulta:

- ne è stato vittima fin da giovane ma non l'ha mai curato o non ha mai ricevuto una diagnosi;
- ha una ricaduta da un DA passato;
- sviluppa un DA a seguito di un momento difficile della sua vita (evento traumatico, cambiamento, stress, ecc.).

Per quanto concerne l'ultima categoria, l'invecchiamento comporta i cambiamenti fisici per eccellenza. In particolare, con l'avanzare dell'età, la percezione dei sensi come il gusto, l'olfatto e la vista può diminuire, causando a una ridotta assunzione di cibo da parte degli Anziani. Questo può favorire l'insorgenza di DA in Individui più suscettibili (Mathieu M., et al., 2019). Non a caso, non mancano dati sorprendenti che illustrano come, negli USA, la maggior parte dei decessi legati all'AN avviene in Persone oltre gli 80 anni e che la percentuale di Uomini che perdono la vita per il medesimo disturbo supera di più del doppio il tasso di prevalenza riportato del 10% (Hewitt P., et al., 2001).

Nel caso delle Donne, l'invecchiamento introduce fattori di rischio specifici, soprattutto i *cambiamenti ormonali* dovuti alla *menopausa*.

Le Donne in perimenopausa presentano maggiore insoddisfazione per il proprio aspetto fisico, con autovalutazioni negative una maggiore prevalenza di DA rispetto alle Donne in premenopausa (Mangweth-Matzek B., et al. 2013).

Come già illustrato nella *Parte I - Capitolo 16*, le conoscenze rispetto ai DA negli Uomini adulti sono piuttosto limitate a causa della forte stigmatizzazione. A ciò si aggiunge che negli Uomini, spesso, questi disturbi vengono mascherati dall'attività sportiva (Mangweth-Matzek B. 2017). Tuttavia, i fattori di rischio non dipendono soltanto dall'attenzione rivolta alla propria muscolatura e forza, ma si manifestano anche notevoli preoccupazioni rispetto al peso, alla forma fisica, all'esercizio fisico e alle restrizioni dietetiche.

Inoltre, gli Uomini che in adolescenza o in giovane età adulta hanno sperimentato un'alimentazione disordinata possono sperimentare modifiche gonadiche che, più avanti nella vita, possono causare a una riduzione a lungo termine del testosterone (Nagata, J., et al. 2021). Quest'ultimo è un fattore protettivo per i DA ed una ridotta produzione potrebbe aumentare la suscettibilità ai disturbi in età adulta.

L'ortorexia nervosa è il DA più difficile da diagnosticare negli Adulti. La *diet culture*, un insieme di convinzioni che predilige corpi magri e tonici, collegando peso e forma del corpo alla salute ed allo status sociale, aumenta la difficoltà nell'identificare il disturbo. Infatti, molti comportamenti dei Soggetti sono associati ad una semplice attenzione per il cibo sano, risultando normalizzati dal mito della dieta che contraddistingue le società.

18. L'IMPORTANZA DI UN'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

Il trattamento dei DA risulta complesso ed accidentato. Infatti, nonostante si sia progredito nella conoscenza dell'eziologia e dell'epidemiologia, l'esito a lungo termine rimane ancora insoddisfacente: molti Pazienti vanno incontro a cronicizzazione e recidive, interruzioni ripetute o abbandono.

I DA, a causa delle caratteristiche cliniche che li contraddistinguono, richiedono un approccio multidisciplinare integrato ed alti livelli di intensità di cura (Treasure, Claudino, Zucker, 2010). Proprio questa visione è affermata dalle principali linee guida nazionali ed internazionali – National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2017), American Psychiatric Association (APA, 2006).

18.1 L'approccio multidisciplinare

L'approccio multidisciplinare integrato prevede la formazione di un'equipe composta da varie figure professionali: Medici (Dietologi, Internisti, Psichiatri/Neuropsichiatri Infantili, Endocrinologi, ecc.), Dietisti/Nutrizionisti, Psicologi, Infermieri, Educatori Professionali, Fisioterapisti, ecc. Le varie professionalità sono responsabili dei molteplici aspetti della vita del Paziente in cui è necessario ripristinare un equilibrio.

Secondo Molinari (2017), sarebbe più opportuno abbracciare il concetto di *transdisciplinarità* piuttosto che di *multidisciplinarità* perché i vari Professionisti mantengono le loro specifiche competenze, ma acquisiscono le conoscenze ed i punti di vista degli Altri.

La combinazione degli interventi dell'equipe garantisce anche una certa regolazione perché i Pazienti, mettendo in atto meccanismi di difesa, proiettano varie parti, ottenute dalla scissione di Sé, sui diversi Terapeuti. Quindi, in questo modo, è possibile provvedere ad una ricostruzione del *mondo interiore* del Paziente stesso.

Nel percorso di *psicoterapia*, il Paziente analizza il proprio funzionamento insieme al Terapeuta, servendosi degli strumenti che quest'ultimo mette a sua disposizione. È il percorso che consente di incontrare i *significati* che la malattia assume all'interno della propria storia personale, di scoprire le proprie risorse e la possibilità di scegliere ed autodeterminarsi. Se necessario, oltre alla psicoterapia, previo consulto medico e con una costante supervisione del Medico psichiatra, è possibile offrire al Paziente anche un supporto farmacologico.

Parallelamente alla psicoterapia, è fondamentale avviare un percorso di *educazione nutrizionale*. In primis, ci si occupa dello stato metabolico del Paziente, ma l'obiettivo di ampio respiro è quello di aiutarlo a riacquisire familiarità nel suo rapporto con il cibo, favorendo l'ascolto dei segnali del proprio corpo. A questo scopo, è necessaria la figura di un Medico specialista in ambito alimentare che si occupi della diagnosi nutrizionale, avvalendosi della collaborazione di altri Professionisti sanitari, quali Dietisti e Nutrizionisti. In base al percorso di studi seguito, ciascun Professionista fornirà competenze ed eseguirà interventi differenti.

A contribuire al benessere del Paziente a livello organico, oltre alle Figure già menzionate, possono poi aggiungersene delle altre in base ai singoli casi (Medici internisti, Endocrinologi, Ginecologi, Gastroenterologi, Cardiologi, ecc.).

Di seguito, è descritto il ruolo che possono avere alcuni Componenti di un'equipe multidisciplinare concepita per valutare, trattare e monitorare un DA in tutta la sua complessità.

18.1.1 Il Case Manager

Il *Case Manager* si occupa della gestione del caso. Infatti, favorisce le interazioni tra i diversi Professionisti coinvolti nel trattamento. La Persona che riveste questo incarico deve possedere le competenze necessarie per coordinare i diversi Terapeuti e per gestire la complessità del caso. In aggiunta, si tiene in contatto con eventuali Professionisti esterni all'equipe e la rete di servizi che può orbitare intorno al Paziente.

Può confrontarsi periodicamente con il Paziente per monitorare l'andamento del trattamento e mantenere le relazioni con i Familiari.

Questa Figura, avendo una visione d'insieme, riduce il rischio di frammentazione delle informazioni e consente di aggiornare costantemente il quadro clinico del Paziente.

18.1.2 Il Medico

Sempre più sovente, il *Medico di base* (o il *Pediatra*) è la prima Figura che entra in contatto con il Paziente e che si trova a dover indicare le procedure per una valutazione specialistica.

Il *Medico internista* consente di occuparsi della salute del Paziente in modo completo, avendone una visione globale, sia rispetto al DA, ma anche per quando riguarda altre patologie concomitanti.

Il *Medico psichiatra* si dedica alla gestione della sofferenza psichica e/o di comorbidità psichiatriche, valutando l'eventuale necessità di terapie farmacologiche.

18.1.3 Lo Psicoterapeuta

Lo *Psicoterapeuta* è una Figura imprescindibile nel trattamento dei DA. Questo professionista può essere coinvolto nel processo diagnostico, nella fase di terapia (lavorando sulla sfera emotiva e cognitiva) e nel monitoraggio durante/successivo al trattamento.

Affinché il rapporto tra Paziente e Psicoterapeuta possa funzionare, è necessaria la costruzione di una relazione basata sulla fiducia e l'empatia, creando un ambiente sicuro, in cui il Paziente senta di essere libero di esprimersi senza giudizio. Date le premesse, il Terapeuta sostiene il paziente nell'esplorazione delle cause profonde che hanno portato allo sviluppo del DA, comprendendo come quest'ultimo possa aver funzionato da meccanismo di controllo: il DA è un sintomo, l'aspetto esteriore e superficiale di una sofferenza profonda, che affonda le radici al di sotto del controllo del peso e del cibo. Insieme, Paziente e Terapeuta, possono sviluppare strategie di coping per affrontare situazioni stressanti o gestire emozioni (es. paura, tristezza, rabbia) senza cadere in comportamenti alimentari disfunzionali.

L'*alfabetizzazione emotiva* consente di esprimere a parole ciò che, fino a quel momento, ha trovato nel corpo l'unico canale comunicativo.

L'obiettivo di questo percorso condiviso è ricostruire un'immagine di Sé positiva, lavorando su aspetti come l'*autostima*.

Le linee guida internazionali raccomandano come trattamenti quelli che hanno un'evidenza derivata da studi clinici, in particolare: il Trattamento Basato sulla Famiglia (FBT), indicato per gli Adolescenti affetti da AN; la Terapia Cognitivo Comportamentale per i Disturbi dell'Alimentazione (CBT-ED), per gli Adolescenti e gli adulti affetti da AN, BN e BED; la DBT soprattutto nei DA con concomitante disturbo della personalità; la IPT, con Persone particolarmente deflesse nell'umore.

18.1.4 Il Dietologo, il Dietista o il Nutrizionista

Dietologo, Dietista e Nutrizionista seguono un l'iter formativo differente, che li rende diversi anche su alcuni orientamenti e competenze.

Dietologo

Il *Dietologo* è un medico che ha conseguito una Laurea in Medicina e Chirurgia e la specializzazione in Scienze dell'Alimentazione.

Può formulare una diagnosi e l'inquadramento clinico del Paziente. Successivamente, prescrive la dieta in caso di malattie o di DA. In aggiunta, può specificare eventuali farmaci necessari. Però, è meno coinvolto nella personalizzazione delle terapie alimentari. Infatti, tipicamente, collabora strettamente con un Dietista.

Dietista

Dietista è Colui che ha conseguito una Laurea Triennale in Dietistica, secondo quanto previsto dal Decreto del Ministero della Sanità del 14/09/1994. Questa Laurea rientra tra le Lauree Sanitarie Triennali della facoltà di Medicina e Chirurgia. Però, ha la possibilità di specializzarsi con una Laurea di tipo Magistrale (es. Laurea magistrale in Nutrizione Umana).

In merito alla Figura del Dietista, l'Ordine delle Professioni Sanitarie afferma: «Secondo le normative vigenti (profilo professionale D.M. 744 del 1994) il dietista è l'operatore sanitario competente per tutte le attività finalizzate alla corretta applicazione dell'alimentazione e della nutrizione, ivi compresi gli aspetti educativi e di collaborazione all'attuazione delle politiche alimentari nel rispetto della normativa vigente. Il dietista, oggi, in Italia è una figura professionale conforme alle direttive della CEE e alla definizione dell'EFAD grazie all'impegno dell'ANDID con le Istituzioni italiane e gli Organismi rappresentativi della professione a livello Europeo ed Extraeuropeo».

Inoltre, l'ANDID (Associazione Nazionale Dietisti), con il Codice Deontologico del 2012, ha introdotto il Dietista come: «Il professionista sanitario competente per tutte le attività finalizzate alla corretta applicazione dell'alimentazione e della nutrizione ivi compresi gli aspetti educativi e di collaborazione all'attuazione delle politiche alimentari, nel rispetto della normativa vigente».

La Figura del Dietista è l'unica che nasce e si sviluppa esclusivamente per approfondire la nutrizione umana, la dietetica e la dietoterapia. I Dietisti, per poter esercitare la loro professione, devono essere iscritti nel loro specifico albo.

Il Dietista può lavorare in autonomia con i Soggetti sani, elaborare le diete prescritte dal Medico in Nutrizione clinica, collaborare in un'équipe nel trattamento dei DA ed occuparsi educazione alimentare.

Non gli è consentito essere autore di diagnosi ufficiale, prescrivere farmaci o visite mediche specialistiche. Tuttavia, può consigliare al Paziente approfondimenti, sempre sotto la supervisione del Medico curante.

Nutrizionista

In passato mancava l'incontro tra il titolo professionale di *Nutrizionista* e la formazione accademica. Di conseguenza, potevano definirsi tali anche Medici, Biologi, Farmacisti ed altri Professionisti non specializzati. Ciò era dovuto ad una lacuna normativa. Infatti, il *Consiglio Superiore della Sanità* inquadrava il Nutrizionista, molto genericamente, come: «Lo specialista dell'alimentazione umana di diversa estrazione professionale medica e/o non medica (biologo, agronomo, farmacista, veterinario, ecc)». Tale mancanza è stata colmata, almeno in parte, con la sentenza di cassazione 20281/2017, che recita: «È abusivo esercizio di una professione, ai sensi dell'art. 348 c.p., chi – non abilitato all'esercizio della professione di dietista o di biologo – prescrive programmi alimentari, elargendo generici consigli alimentari, svolgendo attività di educazione alimentare». A questo punto, si è assistito alla convergenza tra percorsi specialistici e titoli professionali, identificando le varie Figure di riferimento con più precisione.

Nutrizionista è l'abbreviativo di *Biologo Nutrizionista*, Colui che ha conseguito la Laurea in Biologia. Tuttavia, questo percorso, seppur abilitante, non è specifico sulla nutrizione umana, con un problema *qualitativo* non trascurabile per la categoria. Invece, il Biologo Nutrizionista Specializzato in Nutrizione si è dedicato anche alla Laurea specialistica in Scienze della Nutrizione.

Ne consegue che Entrambi possono analizzare le caratteristiche igienico-sanitarie degli alimenti, ma anche formulare piani nutrizionali per utenti in condizioni fisiologiche e non patologiche, che richiedono l'intervento di un Medico (L'art. 3 della Legge 396/67 e il Decreto Ministeriale 22 luglio 1993, n. 362). Inoltre, gli sono consentiti interventi di educazione alimentare, anche in ambito scolastico. Però, non possono effettuare diagnosi o prescrivere farmaci.

L'approfondimento relativo a queste tre diverse Figure professionali si è reso necessario rispetto alla confusione che, negli ultimi anni, sta dominando il mondo dell'alimentazione.

Il Dietologo è colui che può gestire la situazione a tutto tondo, dalla diagnosi, al trattamento dietetico alla terapia farmacologica, alla prescrizione di approfondimenti diagnostici ecc. Nel momento in cui si ha a disposizione una diagnosi medica con specifiche indicazioni, è possibile rivolgersi ad un Dietista oppure Nutrizionista per la formulazione della dieta adeguata.

Il Nutrizionista o Dietista è essenziale per la riabilitazione nutrizionale. Tutto ha avvio da una collaborazione attiva con il Paziente, perché qualsiasi aspetto viene concordato insieme, secondo le esigenze ed i tempi individuali, senza costrizioni. Infatti, questa Figura professionale deve

essere contraddistinta da empatia, ascoltando e comprendendo le eventuali difficoltà del Paziente, nell'intento di modificare le proprie abitudini alimentari. Quindi, aiuta la Persona affetta da DA nel gestire le sue paure alimentari (es. paura di perdere il controllo o dell'aumento di peso), fornendo anche informazioni scientificamente fondate, utili a sfatare false credenze, in modo da costruire un'adeguata educazione alimentare. Al fine di supportare il Paziente nel superare le paure legate al cibo, è importante aiutarlo a riconoscere e rispettare i segnali di fame e sazietà, tipicamente compromessi dal disturbo stesso.

18.2 I livelli di trattamento

In Italia, nel 1998, la Commissione di studio del ministero della Salute per l'assistenza dei Pazienti affetti da DA, in accordo con le indicazioni internazionali, ipotizzava quattro livelli di trattamento: ambulatorio, day hospital, ricovero ospedaliero in fase acuta e residenzialità extraospedaliera. Da quel momento, il trattamento su più livelli, tra loro coordinati, è riconosciuto come fondamentale, sostenuto anche dalle linee guida internazionali.

Recentemente, i Medici di Medicina generale ed i Pediatri di libera scelta sono stati riconosciuti come ulteriori livelli di assistenza, per l'importanza che hanno nella diagnosi precoce e nel percorso terapeutico dei Pazienti.

I diversi livelli di assistenza che compongono il percorso terapeutico comprendono: trattamento ambulatoriale, trattamento ambulatoriale intensivo o diurno, ricovero ordinario per acuzie. Nessuno di questi è migliore dell'altro perché ognuno è parte di una rete il quanto più possibile completa, per garantire un intervento specifico a seconda del livello di gravità del Paziente e per definire il contesto più adatto a seconda delle fasi della patologia.

Il colloquio di valutazione clinico/nutrizionale e psichiatrica/psicologica consente una corretta diagnosi. Gli elementi che vengono presi in esame sono:

- tipo, durata e gravità del DA,
- condizioni fisiche generali ed eventuali alterazioni degli indici di funzionalità organica,
- profilo psicopatologico e personologico,
- motivazione e aderenza al trattamento,
- eventuale coesistenza di ulteriori patologie mediche e/o psichiatriche,
- eventuali trattamenti precedenti,
- dinamiche familiari e socioambientali.

Così, è possibile programmare un intervento terapeutico adeguato alla singola situazione. La diagnosi e l'intervento precoce assicurano tassi di risoluzione fino all'80-85% in età evolutiva (Thompson-Brenner, Weingeroff, Westen, 2010; Rosling, Salonen Ros, Swenne, 2016).

18.2.1 Il trattamento ambulatoriale

Il *trattamento ambulatoriale* costituisce l'approccio di base. Infatti, l'ambulatorio specialistico è il nucleo dell'attività diagnostica e terapeutica: è sufficiente nel 60% dei casi per raggiungere la guarigione del Paziente (NICE, 2017).

È indicato per pazienti con una sintomatologia fisica e psicologica sufficientemente stabile o molto motivati al trattamento. Infatti, non prevede di controllare quotidianamente la condizione fisica o psicologica del Paziente. La conseguenza importante è che il suo assetto di vita rimane inalterato.

Gli interventi che si realizzano a livello ambulatoriale sono: psicoterapia, gestione psicofarmacologica, psicoeducazione riabilitazione nutrizionale e gestione internistica, supporto e psicoeducazione familiare. Quindi, è necessario disporre di un'équipe formata da: Psichiatra, Medico internista, Psicologo, Dietista/Nutrizionista, Infermiere, Medici di altre specialità ed Educatore.

Nel caso degli Adolescenti e dei Più Giovani, non è possibile prescindere dal coinvolgimento dei Genitori. Ovviamente, è consigliato anche nel caso di Pazienti adulti, per i Quali può essere

coinvolto un eventuale Partner. Infatti, l'ambiente familiare deve essere una risorsa, non un fattore utile al mantenimento del disturbo.

18.2.2 Il trattamento ospedaliero

Il *trattamento ospedaliero* è necessario quando il Paziente presenta precarie condizioni cliniche, a livello di rischio medico e/o psichiatrico. Quindi, il ricovero avviene nei reparti internistici, nel caso di scompenso clinico, o nei reparti psichiatrici, nel caso di gravi comorbidità psichiatriche. L'unità di ricovero deve possedere un'elevata specializzazione, risultando abilitata al trattamento acuto ed alla rialimentazione del Paziente con DA.

L'obiettivo è compensare le alterazioni elettrochimiche, nutrizionali e metaboliche, oltre a garantire l'equilibrio psicofisico del Paziente, per consentirgli di proseguire il percorso terapeutico presso un altro livello terapeutico. Inoltre, questo costituisce un momento prezioso per lavorare sulla motivazione al trattamento stesso. Infatti, dopo le dimissioni, il Paziente deve proseguire il trattamento presso un altro dei livelli previsti (residenziale o diurno), con il quale l'équipe ospedaliera deve essere in contatto per evitare l'abbandono.

Il ricovero rimane un'esperienza traumatica per il Paziente e la sua Famiglia. Quindi, è importante che sia effettuato vicino alla residenza, così da poter coinvolgere i Familiari e ridurre le difficoltà nel passaggio tra i vari livelli di assistenza.

L'équipe deve essere composta da Psichiatra/Neuropsichiatra infantile, Psicologo, Internista, Nutrizionista, Endocrinologo, Dietista, Infermiere.

18.2.3 Il trattamento riabilitativo residenziale e semiresidenziale

Il trattamento in *strutture residenziali o semiresidenziali*, nel caso di pazienti che non rispondono al trattamento ambulatoriale, presenta un'elevata percentuale di successi terapeutici (NICE, 2017). Sussistono molteplici altre situazioni in cui si rende necessario un trattamento di questo tipo. Per esempio, se il Paziente presenta uno scarso funzionamento sociale, bassa motivazione e comportamenti patologici di controllo del peso e dell'alimentazione. Oppure, nei casi in cui il Paziente deve essere separato dal contesto familiare. Infine, per evitare frequenti comportamenti disfunzionali (es. vomito autoindotto, autolesionismo, ecc.). Quindi, il percorso può rappresentare la prima soluzione medica o la prosecuzione del trattamento ospedaliero.

È necessario che il Soggetto presenti condizioni mediche stabili, senza necessità di cure mediche intensive. Il ricovero è completamente volontario: i Pazienti devono aderire al programma di cura ed al regolamento della scrittura sottoscrivendo un contratto terapeutico.

Il ricovero ha una durata media dai 3 ai 5 mesi, ma in casi di grave comorbidità può coprire 12 mesi. Di conseguenza, è importante che avvenga in un ambiente extraospedaliero, caratterizzato da un'atmosfera accogliente.

Rappresenta il livello di cura più intensivo: la giornata è estremamente strutturata rispetto alla gestione dei pasti e delle attività, con l'obiettivo di riacquisire una adeguata organizzazione delle mansioni quotidiane. Le attività sono programmate settimanalmente e condivise con i Pazienti.

Il trattamento psicologico, la riabilitazione nutrizionale e la rieducazione alimentare sono modulati a seconda delle condizioni generali del Paziente e della sua collaborazione.

Le Figure professionali coinvolte sono Medici (Dietologi, Internisti, Psichiatri/Neuropsichiatri infantili, Endocrinologi), Dietisti/Nutrizionisti, Psicologi, Infermieri, Educatori, Operatori sociosanitari e Fisioterapisti.

Gli obiettivi di questo progetto comprendono:

- imparare a mangiare, nel conflitto tra conservazione e cambiamento;
- rielaborazione dell'immagine corporea;
- bonificazione dell'Immagine materna;
- ricerca della funzione paterna, pallidamente presente nella vita del Paziente o investito da qualità negative;
- costruzione del Sé futuro, grazie all'eclissi del controllo del corpo, consentendo lo sviluppo di progetti, in una vera liberazione del Sé dalla malattia.

In accordo con la letteratura scientifica, la prognosi è influenzata anche dalla continuità dell'assistenza, oltre che dalla precocità della diagnosi e dell'intervento. Quindi, un passaggio di livello gestito correttamente riduce l'incidenza del drop-out. Il cambiamento deve avvenire verso il livello adeguato, con impostazioni concettuali affini tra il servizio inviante e quello ricevente. Infatti, il piano terapeutico del Paziente viene condiviso tra le due équipes. Se non fosse possibile il loro incontro, il Soggetto inviante provvede a fornire una relazione sul quadro clinico, percorso terapeutico eseguito e motivazioni rispetto la necessità del passaggio. L'équipe ricevente deve incontrare il Paziente, valutando se sussistano le condizioni per il proprio intervento e spiegando al Paziente (e alla famiglia) il trattamento che verrà proposto.

In caso di mancata risposta ad un livello di trattamento in atto, avviene il passaggio ad uno più intenso. Invece, quando il rischio fisico, psichiatrico e le difficoltà sociali migliorano significativamente, è possibile il passaggio ad un livello di intensità minore.

19. GUARIGIONE, UN VIAGGIO PERSONALE

19.1 Una difficile richiesta d'aiuto

Il Ministero della Salute definisce DAN come patologie associate a «gravi disagi psicologici», specificando che «il basso peso non è marcatore unico e specifico per i disturbi dell'alimentazione».

Nonostante ciò, l'immagine perpetrata è quella di corpi severamente sottopeso, con un accesso alle cure, a volte, ancora dipendente all'indice di massa corporea. Ne risulta che, troppo spesso, i DA sono ridotti ad una questione puramente fisica, trascurando il coinvolgimento della sfera psicologica ed emotiva. Un mancata diagnosi ed intervento tempestivo, contribuisce ad alimentare pensieri e comportamenti disfunzionali, a sostegno della malattia, con ricadute negative sulla salute, fisica e mentale.

Un DA riguarda spesso il corpo di una Persona, ma non solo. Non sempre, il corpo stesso, è un corpo che parla.

Per una Persona affetta da un DA, la richiesta di aiuto non è affatto immediata, perché si ammala di una malattia che non si vede, soprattutto ai suoi albori. Quindi, riuscire a chiedere sostegno è una parte del percorso di cura che Ciascuno vive in modo personale, per motivazioni diverse.

Spesso, il Soggetto stesso è convinto di non meritare quell'aiuto. Altre volte, crede di poter risolvere il problema in autonomia. Altre ancora, non è neanche consapevole di essersi ammalato. Infatti, soprattutto all'inizio del decorso, la Persona è animata da una parvenza di invincibilità, con l'illusione di poter finalmente controllare quest'unico aspetto, in un'esistenza costellata da sopraffazioni. Guarire è possibile, ma non *da soli*: i Professionisti aiutano a sanare quelle fratture che si sono create nel tempo.

19.2 Guarigioni

Il concetto di *guarigione* spesso comporta il riferimento ad una linea di demarcazione tra un *prima* e un *dopo*, come fosse un concetto netto e ben delineato. Etimologicamente, *guarire* significa «mettere a riparo, difendere», dal verbo germanico *warjan* (Garzanti Linguistica). Quindi, consiste nel proteggere la propria parte vitale da quella che si ammala. Per guarire è necessario tenere accesa la luce, anche nel buio: l'ombra non spegne quella luce, né cessa di esistere per farle spazio, l'una non toglie valore all'altra.

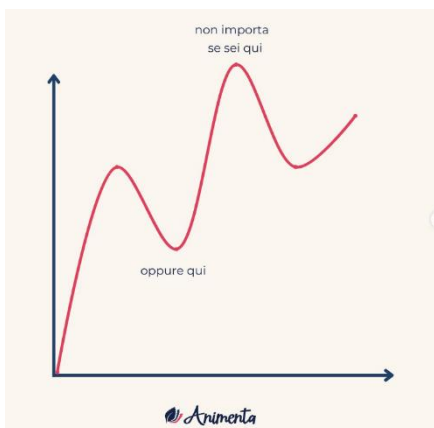
La guarigione è un percorso che interessa tutti gli ambiti della vita della Persona. Quindi, non corrisponde alla sola eliminazione dei sintomi, in termini clinici, ma alla scoperta e costruzione di Sé.

Piuttosto che una definizione univoca di *guarigione*, sarebbe più opportuno abbracciare il termine plurale di *guarigioni*, per accogliere la pluralità di vissuti che Ciascuno ha accumulato in Sé e le imprevedibili storie che può riscrivere.

La guarigione non si esaurisce nel curare il proprio rapporto con il cibo: si tratta di capire il motivo per cui è insorto un DA, come difesa; conoscere e vivere le proprie emozioni; costruire meccanismi di coping sani per affrontare situazioni complesse; imparare ad essere gentili con Se Stessi, familiarizzando con abitudini che dimostrino il proprio valore; ritrovare una connessione con la propria famiglia e creare nuove relazioni; esplorare la propria identità e proseguire nella costruzione del proprio futuro.

19.3 Un percorso non lineare

La letteratura scientifica riporta tassi di remissione fino all'80% dei Pazienti affetti da DA (Kazman et al., 2000; Eddy et al., 2016). Tuttavia, la *remissione* non deve essere idealizzata perché non corrisponde a non avere più difficoltà, ma ad essere in grado di riconoscerle in tempo, accettarle e gestirle nel modo più funzionale per Sé.



Il Percorso non è lineare: il passo avanti non esclude la possibilità di farne altri indietro, che non sono sinonimo di fallimento e non cancellano quanto di già fatto. Piuttosto, corrispondono a delle pause di ricognizione, cui ci si prepara ad un ulteriore avanzamento.

Però, *guarire* non prevede di scendere a compromessi. Tuttavia, recuperare un equilibrio che consente di oscillare nella vita, a dispetto di una malattia che impone rigidità schematica, richiede tempo e tentativi. Infatti, la malattia in questione è un *ospite* così presente che, per lunghi periodi, è capace di sostituirsi al *Padrone di Casa*.

19.4 Il ruolo dell'Autoefficacia

Una delle motivazioni per cui i Pazienti rimangono confinati nella patologia è la protezione dal dolore psichico perché guarire significa anche sperimentare una quota di sofferenza senza esserne sopraffatti, mentre si è orientati verso scopi sani (Dimaggio et al., 2021).

Il concetto di *autoefficacia*, introdotto da Albert Bandura (1977), corrisponde a «La convinzione delle proprie capacità di organizzare e realizzare il corso di azioni necessarie per gestire adeguatamente le situazioni che si incontreranno in un particolare contesto, in modo da raggiungere gli obiettivi prefissati». Quindi, nel percorso di recovery, nell'ambito della terapia psicologica, è fondamentale lavorare sull'incremento della fiducia del Paziente.

La bassa autostima è uno dei problemi psicologici aggiuntivi più comuni che contribuiscono al mantenimento dei DA. Tuttavia, ai fini del trattamento, è necessario capire se l'autovalutazione negativa è indipendente o secondaria al disturbo stesso.

Autocritica secondaria

Nel caso dell'*autocritica secondaria*, che si verifica come conseguenza di altro, le Persone che soffrono di un DA risultano autocritiche a causa della percezione di non riuscire a raggiungere gli obiettivi estremi che si sono autoimposti, rispetto a peso, forma del corpo e controllo dell'alimentazione.

Quindi, le Persone non allineano fallimenti in determinate prestazioni, a fallimenti sul piano dell'Essere, risultando estranee da una visione globalmente negativa di Se Stesse.

Di conseguenza, questa forma di autovalutazione negativa non va affrontato dal trattamento, ma migliora spontaneamente una volta che il disturbo viene trattato con successo.

Bassa autostima secondaria

La *bassa autostima nucleare* è sempre di lunga durata e rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo dell'AN o della BN, sebbene la sua insorgenza sia difficile da determinare.

In questo caso, le Persone hanno una globale visione negativa di Sé, meno influenzata dallo stato del DA. Questa visione non è correlata ai risultati ottenuti nelle varie prestazioni. Il risultato è che questa svalutazione diventa la propria stessa identità e ne scaturisce un confronto con gli Altri in cui ci si riconosce costantemente come inferiori.

Tra le altre caratteristiche specifiche rientra la presenza di distorsioni cognitive negative, definiti *bias negativi cognitivi*, come la visione negativa del futuro e la convinzione nell'impossibilità di cambiare.

Ovviamente, queste attitudini, costituiscono un ostacolo al cambiamento e al trattamento. In particolare, si instaurano due meccanismi: senso di impotenza sulla possibilità di cambiare, influenzando negativamente l'adesione al trattamento, convinzione della Persona nell'inseguire il successo in domini considerati importanti nella valutazione di Sé (per es. il controllo

dell'alimentazione, del peso e della forma del corpo), rendendo i cambiamenti in queste aree ancora più difficili.

È possibile affrontare la bassa autostima nucleare con due strategie: direttamente, tramite procedure cognitivo-comportamentali (se il Paziente ha evidenti bias cognitivi) o, indirettamente, migliorando il funzionamento interpersonale. Se si sceglie la seconda strada, è importante che il Paziente capisca che il modo migliore per migliorare l'autostima è quello di migliorare la qualità delle sue relazioni.

La maggior parte delle ricerche sull'autoefficacia alimentare si è concentrata sulla sua relazione con i comportamenti alimentari e la perdita di peso nelle popolazioni cliniche. In uno studio (Berman, 2006) è stata indagata la relazione tra l'autoefficacia alimentare e le caratteristiche comportamentali e psicologiche associate ai disturbi alimentari in un campione non clinico di Adulti. Ciò che è emerso indica che una scarsa fiducia nella capacità di controllare l'alimentazione mentre si provano emozioni negative era associata a una maggiore preoccupazione per il peso e a pensieri e comportamenti bulimici. Inoltre, quando è a disposizione cibo in abbondanza, una scarsa fiducia nella capacità di controllare l'alimentazione era correlata a sentimenti di inefficacia o autovalutazione negativa generale. In definitiva, i risultati suggeriscono che una scarsa autoefficacia alimentare potrebbe essere associata a problemi alimentari all'interno di popolazioni che non cercano cure per DA.

20. PSICOPATOLOGIA FENOMENOLOGICA E DISTURBI DELL’ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE

20.1 Disturbi Alimentari ed esperienza del corpo

L’*Observation 166*, nel primo volume di un trattato di Pierre Janet (1903a), è stata la prima pubblicazione di un caso clinico in cui il sintomo centrale era la *paura di ingrassare (crainte d’engraisser)*.

Nadia era la ragazza di venti anni che era stata affidata a Pierre Janet. Lei, fin da bambina, nutriva un profondo disagio del corpo, ma questo stato era precipitato con la pubertà. Ogni giorno si nutriva soltanto di un tuorlo d’uovo, due tazze di brodo leggero, un cucchiaino di aceto ed un tè molto forte al quale aggiungeva il succo di un limone intero. Nonostante fosse preda di attacchi incontrollabili di ingordigia, seguiti da un amaro pentimento, rifiutava qualsiasi tentativo di modificare il suo regime. Secondo Janet, la diagnosi di anoressia isterica, così come era stata coniata da Lasègue, non era adeguata alla Paziente. Quindi, sostenne che Lei soffriva di una ossessione che definì *ossessione della vergogna del corpo (obsession de la honte du corps)*, inserendola tra le *ossessioni della vergogna di sé (obsession de la honte de soi)*.

La storia raccontata da Pierre Janet merita una doverosa attenzione per diverse motivazioni: evidenzia la relazione tra sintomi anoressici, bulimici e ossessivo-compulsivi; esalta l’influenza della vergogna del corpo; riconosce il tentativo di opporsi al naturale cambiamento del corpo adolescente attraverso l’anoressia.

La scrittrice francese Brisac (1994), un secolo dopo Nadia, raccontava che all’età di 13 anni, all’inizio della sua anoressia, aveva deciso di smettere di mangiare proprio per non crescere. Arthur Crisp (1997), notando come la sintomatologia dell’anoressia nervosa fosse rimasta costante, definì questa sindrome come *flight from growth*, cioè il tentativo di fuga per paura di crescere.

DSM e ICD, le principali tassonomie psichiatriche di riferimento, riportano una connessione fra alimentazione, peso ed esperienza del corpo.

Secondo di DSM-5, la diagnosi di anoressia nervosa necessita di «un’eccessiva influenza della valutazione di sé e/o come una persistente mancanza di riconoscimento della gravità del proprio stato nutrizionale».

Vari studi hanno riportato che anche le persone con BED presentano un rapporto problematico con il loro aspetto fisico (Grilo, Ivezaj, White, 2015; Mitchison et al., 2018), sebbene questo non sia un criterio da soddisfare ai fini della diagnosi DSM. Talvolta, il disagio di queste Persone, supera quello di Altre con lo stesso eccesso di peso, ma non soggetti a crisi bulimiche (Cuzzolaro et al., 2008).

Nella variegata categoria dei disturbi della nutrizione o dell’alimentazione con altra specificazione, nei casi di anoressie nervose atipiche o di bulimia nervosa atipica, i Pazienti presentano un malessere, anche più intenso delle forme tipiche, per il proprio aspetto corporeo.

Al tempo stesso, è possibile riconoscere DA in cui la rappresentazione mentale del corpo non è interessata. Nell’ARFID, l’alimentazione insufficiente non è sostenuta dalla paura di ingrassare o dall’importanza eccessiva del peso e delle forme corporee. Così come nel caso nell’ortoressia nervosa, il Soggetto è contraddistinto dalla ricerca ossessiva di cibi sani, ma non presenta un’alterazione dell’immagine del corpo.

In sintesi, il rapporto problematico con il proprio aspetto fisico è rilevante in diversi DA. In questi casi si fa sempre più riferimento a disturbi dell’*immagine del corpo* e, con minore frequenza, ad alterazioni dello *schema corporeo*.

Schema e *immagine del corpo* sono usate, a volte, come sinonimi ed altre, come distinte. Ciò è rilevante perché il linguaggio è lo strumento di base della ricerca scientifica e per il lavoro del clinico.

Pierre Bonnier, un otorinolaringoiatra francese, fu il primo ad utilizzare l'espressione *schéma corporel*, ipotizzando che l'Uomo, grazie ad un processo in cui sono coinvolti il cervello e l'apparato vestibolare, aggiorna costantemente la rappresentazione topografica e spaziale del suo corpo e delle sue parti, nella loro posizione reciproca e rispetto all'ambiente.

Venti anni dopo, Paul Schilder, neuropsicologo e psiconalista viennese, pubblicò *The Image and Appearance of the Human Body* (1935), in cui comparve l'espressione *body image*, riferendosi ad un insieme di fenomeni più ampio rispetto allo *schéma corporel* di Bonnier. Infatti, comprendeva percezioni, sentimenti, emozioni, pensieri, azioni e interazioni riguardanti il proprio corpo e aspetto fisico, a disposizione del proprio sguardo e di quello altrui. Nella stessa Opera, è stato utilizzato spesso anche il termine *body schema*, ma come sinonimo di *body image*. Jean Lhermitte, neurologo francese, quattro anni dopo (1939), adottò le due espressioni come intercambiabili. Schilder aveva diviso il suo testo in tre parti (neurologica, psicologica e sociologica), seguendo il modello bio-psicosociale concepito dallo psichiatra Adolf Meyer per lo studio e la cura delle malattie mentali.

Dalla metà del Novecento, sempre più studi hanno utilizzato lo *schema* e l'*immagine del corpo* come sinonimi o distinti, tanto che Gallagher (1986), come Altri, ha sottolineato la «confusione concettuale e l'ambiguità terminologica». Finché, negli anni Ottanta, Gallagher, nel tentativo di una chiarificazione, ha proposto l'*immagine di corpo* come «una consapevolezza del proprio corpo ben presente alla coscienza», nel suo complesso: percettiva, cognitiva ed emotiva, ma distinta dalla consapevolezza dell'ambiente. Invece, lo *schema corporeo* si riferisce al sistema inconscio di capacità sensomotorie funzionalmente connesse all'ambiente.

Lo stesso Gallagher, venti anni dopo, ha articolato la sua proposta nel libro *How the Body Shapes the Mind* (2005), prendendo come riferimento la teoria della cognizione incarnata (*embodied cognition*), secondo la quale tutte le cognizioni, anche le più astratte, sono elaborazioni frutto di esperienze corporee.

Nonostante altri Neuroscienziati e Filosofi si siano occupati di questa distinzione e delle influenze reciproche, non sussiste ancora una definizione condivisa. Comunque, negli articoli scientifici, tende a prevalere l'uso di *body image*.

20.2 Psicopatologia fenomenologica e Disturbi dell'Alimentazione

L'intento della *Psicopatologia descrittiva* consiste nel definire, il più accuratamente possibile, le caratteristiche formali dei singoli sintomi mentali, per consentirne il riconoscimento e la distinzione. Invece, la *Psicopatologia fenomenologica* si pone come obiettivo l'analisi dei principali livelli di alterazione, costituenti la base su cui si sviluppa il quadro fenomenico, all'interno del quale ricondurre i singoli sintomi.

Quindi, i manuali di classificazione descrivono un piano fenomenico che è il risultato da un lato, del tentativo attivo, anche se non necessariamente consapevole, della Persona di fronteggiare e trovare un senso a ciò che vive e, dall'altro, della tendenza del Clinico a ricondurre ciò che osserva in categorie precostituite.

Secondo Cuzzolaro (2017), la storia della Psicopatologia ha inizio con Pierre Janet, che ha individuato la relazione tra una sofferenza dovuta al rapporto con la propria immagine fisica (nucleo psicopatologico) ed una condotta alimentare abnorme (epifenomeno comportamentale).

La Psicopatologia fenomenologica comprende un insieme di Autori e prospettive diverse, accumulati da due aspetti. Il primo prevede di lasciare in secondo piano le teorie che spiegano l'origine dei DA e la premessa che essi siano malattie esistenti indipendentemente dal contesto socioculturale e personale in cui si manifestano. Il secondo consiste nell'analizzare i fenomeni psicopatologici per il modo in cui si danno alla coscienza come *vissuti* e le condizioni esistenziali per cui essi stessi possano darsi.

Il risultato è che la Psicopatologia fenomenica è una scienza di base perché l'analisi fenomenica deve avvenire prima che abbia luogo qualsiasi altra attività clinica. Essa ha la possibilità di

declinarsi in senso *descrittivo*, limitandosi all'analisi di ciò che si presenta nel campo di coscienza dei pazienti e/o, in senso *eidetico*, analizzando il modo di essere nel mondo del Soggetto.

L'esplorazione dei vissuti soggettivi non si basa soltanto sull'empatia. L'approccio fenomenologico, mettendo al centro la Persona, con le sue esperienze vissute ed il modo in cui le interpreta in rapporto al contesto socioculturale a cui appartiene, cerca di accedere alle strutture fondanti il suo modo di vivere il mondo ed il rapporto con gli Altri. È proprio tale struttura soggettiva che rende possibile il manifestarsi di esperienze abnormi ed il loro organizzarsi in disturbi mentali.

Il punto di partenza per conoscere il mondo in cui vive il Paziente è porre al centro dell'indagine clinica l'analisi del suo vissuto. Infatti, «Il fatto che le malattie mentali siano fundamentalmente umane ci obbliga a non vederle come un fenomeno naturale generale, ma come un fenomeno specificatamente umano» (Jaspers, 1913). Quindi, la patologia mentale non può essere presa in esame solo dall'esterno, come una manifestazione comportamentale (*epifenomeno*) di meccanismi interni (*subpersonli*). I sintomi non sono elementi da sommare per superare una soglia diagnostica puramente quantitativa, ma modi che la Persona adotta per organizzare il proprio Sé, il rapporto con gli Altri ed il proprio essere nel mondo.

Nello specifico, i disturbi alimentari, costituiscono l'espressione di un disturbo, un triangolo che ha ai propri vertici il *corpo vissuto*, l'Altro e la costruzione della propria *identità personale* (Stanghellini et al., 2012).

20.2.1 Il corpo vissuto

Il *corpo vissuto* è la prima causa dell'iter psicopatologico dei Soggetti affetti da disturbi alimentari.

Nella tradizione fenomenologica, il modo in cui il corpo è rappresentato in una prospettiva in terza persona, cioè il *corpo oggetto* o *corpo che ho*, corrisponde al *Körper*. A questo, si giustappone il *Leib* cioè, il *corpo vissuto* o *corpo che sono* quindi, il Corpo esperito da un Soggetto in prima persona.

Ovviamente, in tutti quei contesti in cui il corpo è oggetto (organo su cui interviene la medicina moderna, canone estetico per le pubblicità, ecc.), l'Essere Umano diventa mezzo (da manipolare, da guardare, ecc.) e non fine in Sé. Limitandosi a tale prospettiva, il rapporto tra Sé e corpo è *mediato*, soprattutto dalla *vista*, il senso mantiene maggiormente la distanza tra le cose, non è un rapporto *cenestesico*, fondato sulla percezione interna del proprio corpo.

Invece, *in prima persona*, l'esperienza del corpo è *preriflessiva*, si sente il corpo prima ancora di pensare ad esso, e *non mediata*, ci si riconosce come origine prospettica delle proprie percezioni, emozioni, azioni, pensieri. Quindi, l'esperienza di Sé è lo sfondo implicito di tutte le esperienze quotidiane, dalle quali si sviluppa il Senso di Sé, come un'entità stabile, naturalmente immersa in un mondo sociale condiviso con altri significativi.

Secondo Stanghellini (2009), il corpo vissuto è al centro di tre dimensioni:

1. *Esperienza di me stesso come forma più primitiva di autocoscienza*

Henry (1973) definisce *ipseità* questa primordiale presenza a Se Stessi, alla base di qualsiasi esperienza, ma scevra da qualsiasi riflessione o proposizione. Quindi, non consiste in una rappresentazione concettuale o linguistica di Sé: essere coscienti di Sé non coincide con il cogliere un Sé puro, estraneo all'esperienza.

Ne risulta che il Sé, in prima istanza, è corporeo: il flusso costante di sensazioni ed emozioni, più o meno conosciute, assumono un significato solo attraverso il corpo. Quindi, nasce una intima interconnessione tra l'esperienza corporea e la strutturazione della propria identità.

2. *Esperienza e comprensione del significato degli oggetti del mondo*

Il *corpo vissuto* è anche il *mezzo* con cui si *possiede* il mondo. È il proprio corpo che rende gli oggetti, oggetti per Ognuno, perché la possibilità di organizzarne l'esperienza si fonda su: percezione, possibilità d'uso, movimento, ecc. Solo in un secondo momento è possibile guardare gli oggetti con attitudine contemplativa, studiandone le proprietà,

distinguendoli come corpi esterni. Quindi, essere coscienti non consiste solo nell'avere cognizione dell'oggetto, ma anche riconoscere l'esperienza di quest'ultimo come propria.

3. Intersoggettività

L'*intersoggettività* si fonda sull'immediato legame percettivo con il corpo dell'Altro, attraverso il processo di *intercorporeità*, così declinato da Merleau-Ponty (1945): l'*inersoggettività* coincide con l'*intercorporeità* poiché non è una relazione tra Soggetti pensanti isolati, ma una comunione di carne.

Gli studi sui DA evidenziano come le preoccupazioni legate al corpo siano significative per la diagnosi ed il giudizio prognostico. Infatti, la maggior parte dei Pazienti giudica il proprio valore sulla base dell'alimentazione, peso e forma del corpo, nonché controllo su di essi (Fairburn, Harrison, 2003).

I Pazienti presentano una distorsione dell'immagine corporea, cioè un'alterazione nel modo di fare esperienza del proprio peso e forma corporea (Castellini, Trisolini, Ricca, 2014). Quindi, si è di fronte ad una modificazione di base del vissuto del proprio corpo: i Pazienti transitano dal piano del *corpo vissuto* (*Leib*) a quello del *corpo oggetto* (*Körper*). La Persona si sente spinta verso una prospettiva in terza persona, in cui il corpo diventa oggetto a causa delle anomalie che affliggono il Leib: sentirsi privati della propria vitalità, cioè della capacità di emozionarsi e muoversi, porta ad un isolamento da Sé, dagli Altri e dal mondo. La Persona, avvertendo questo perturbante estraneamento da Se Stessa, cerca di riappropriarsi di un Senso di Sé attraverso strategie comportamentali come la quantificazione di parametri relativi all'alimentazione o al corpo. Così, il corpo diventa controllabile, costretto ad oggetto tra gli oggetti.

20.2.2 Il corpo per l'Altro

Sartre (1943), oltre alla distinzione tra *corpo vissuto* e *corpo oggetto*, introduce la terza dimensione del *corpo per l'altro* cioè, corpo che esiste in quanto visto da Altri. Si prende Coscienza di Sé solo in quanto visti e conosciuti da Altri a titolo di corpo.

Tale diade corpo-Altro contraddistingue l'esistenza delle persone che soffrono di DA, con ricadute sulla costruzione della propria identità e sulle relazioni interpersonali.

I Pazienti con DA, per vivere il proprio corpo, oltre alla modalità di *oggettivazione*, adottano anche quella legata allo *sguardo dell'Altro*.

Normalmente, Ognuno costruisce la propria identità attraverso l'integrazione della prospettiva di prima e seconda persona. Tuttavia, nelle Persone colpite da DA, sussiste un'alterazione della possibilità di sentirsi in prima persona, con conseguente mancanza di questa integrazione. Quindi, lo sguardo altrui rappresenta l'unica possibilità di sentirsi.

Ovviamente, questo influenza anche la visione dell'Altro, ridotto al suo solo sguardo, alla funzione di *Osservatore giudicante*: l'Altro è uno specchio in cui vedere e sentire Se Stessi, perdendo qualsiasi relazione in cui l'Altro è riconosciuto come Altro.

L'Altro assume un compito cruciale: il riconoscimento, inteso come apprezzamento, soprattutto a livello estetico. Tuttavia, quest'ultima dimensione, nei Pazienti con DA, non si distingue nettamente dalle altre connesse al valore personale.

Quando il giudizio altrui tocca punti sensibili delle tematiche care a questi Pazienti, diventa imprescindibile, mentre va assolutamente contrastato quando potrebbe mettere in crisi la sua posizione. Quindi, un commento critico può essere usato come rispecchiamento positivo quando fornisce la conferma che si sta facendo bene, ad esempio: «Sei troppo magra». Invece, un commento positivo diventa un rispecchiamento negativo. Per esempio, «Stai bene» è inteso come il segnale che si sta perdendo il controllo, accentuando la restrizione alimentare perché si è diventati grassi. Alcuni commenti, come «Soffro nel vederti in queste condizioni», inciterebbero ad un cambiamento, ma il Paziente non vi dà adito a livello comportamentale.

20.2.3 L'esperienza degli oggetti mondani

Per i Pazienti affetti da un DA, anche il rapporto con il mondo viene intaccato: gli oggetti perdono il loro naturale utilizzo quotidiano, ma offrono continue occasioni per quantificare oggettivamente

le proprie prestazioni nei diversi domini della vita. Per esempio, la bilancia per pesare il proprio corpo o il cibo, ridotto a mero introito calorico. Così come un capo di abbigliamento utilizzato come metro di paragone per monitorare la propria taglia, o lo specchio. Analogamente, anche oggetti non legati direttamente ad aspetti alimentari o corporei subiscono una accezione alterata (es. risultati scolastici).

La tendenza generalizzata a basarsi esclusivamente su misurazioni obiettive è riconosciuta come una forma di *digitalizzazione*, cioè la frammentazione di un insieme fluido, in componenti discrete, separabili e numerabili. Grazie alla Fenomenologia è possibile osservare il filo rosso che collega questi fenomeni, solo in apparenza eterogenei: l'accesso diretto, problematico, ai propri vissuti fa sì che la valutazione di Sé dipenda dalla possibilità di obiettivare le proprie prestazioni dall'esterno e ciò è possibile attraverso il corpo e gli oggetti.

20.2.4 Le emozioni

La Persona affetta da DA, come già illustrato, presenta estrema difficoltà nel sentire il proprio corpo, che compromette la sua capacità di viverlo in una prospettiva di prima persona, con conseguente impossibilità di costruire la propria identità personale attraverso sentimenti corporei ed emozioni. Infatti, Hilde Bruch (1981) è stata autrice di una delle più interessanti osservazioni pionieristiche, avendo notato la difficoltà delle pazienti nel percepire le proprie emozioni e, dunque, di sentire Se Stesse.

Accanto a questa estraneità relativa al proprio corpo e alle proprie emozioni, si colloca un mondo emotivo contraddistinto da *disgusto*, *vergogna* ed ansia.

Il *disgusto* è l'emozione che si prova rispetto all'informe (Stanghellini, 2018b). Quindi, è legato alla forma, sia del proprio corpo, sia all'impotenza nel plasmare la propria identità (Stanghellini, Mancini, 2018). L'esempio per eccellenza è il grasso.

La *vergogna* dipende dalla triade corpo-Altro-identità. In questo caso, l'Altro, con il suo sguardo, ricopre il ruolo principale. Tale emozione permette di divenire consapevoli di essere visti, quindi si prova per ciò che si è o non si è. Dalla vergogna si possono generare altre esperienze emotive: il senso di colpa, sentirsi insignificanti, ecc.

L'*ansia* e l'*angoscia* sono legate al rapporto con il corpo e il compito identitario. Quindi, affondano le proprie radici in un profondo senso di incompletezza, inteso come mancanza di forma, non declinata in senso estetico, ma relativo all'incapacità di dare forma alla propria esistenza. Inoltre, testimoniano la lotta di questi soggetti contro il *tempo*: l'ansia di perdere il controllo del presente e l'angoscia per il tempo perso nel passato.

Le emozioni diventano perturbanti.

Il sistema di valori di una Persona dipende dalla propria esperienza emotiva, legata a passioni e desideri, che si alimentano vicendevolmente. Tuttavia, il *desiderio* piega il prevedibile meccanicismo corporeo all'umano, estraneo al controllo. Quindi, il *corpo vissuto* non può prescindere da un elemento costitutivo come il *desiderio* ed ogni tentativo di sopprimerlo lo renderà ancora più presente ed insistente, paragonabile alla sensazione della fame che aggredisce dopo giorni di digiuno (Vanni, 2015). Tuttavia, per queste Persone è inconcepibile tollerare una tale indefinitezza poiché non controllabile e ciò non fa altro che rilevare la propria debolezza.

20.2.5 Il tempo

Ogni Individuo, nell'arco delle ventiquattro ore, sperimenta cambiamenti nel proprio corpo, soprattutto in termini di sensazioni ed emozioni. Questa mutevole condizione preoccupa i Soggetti affetti da DA, al punto tale da risultare perturbante, soprattutto nel momento in cui non è controllabile.

Inoltre, se il corpo e l'identità costituiscono un compito, il tempo diventa un nemico. Infatti, il tempo vissuto si contraria e non è mai sufficiente per portare avanti tale compito, che non fa altro che perpetrarsi in una costruzione all'infinito. Quindi, il tempo non viene riconosciuto come una successione fluida di eventi, ma scisso in unità separate e numerabili. I Pazienti, soprattutto in fase restrittiva, rincorrono obiettivi di importanti cali ponderali entro archi temporali particolarmente brevi. Quindi, l'ansia, per paura che sia troppo tardi, e l'angoscia, rispetto ad un

futuro incontrollabile, spingono queste persone a controllare costantemente il proprio corpo, soprattutto nel Suo peso.

20.2.6 Sé e Identità

Per le Persone che soffrono di DA, la costruzione di Sé si basa su un'equivalenza tra la *realtà fisica*, cioè forme e misure del Proprio corpo, e la realtà psichica, cioè l'*identità*. La convinzione è che sia possibile modellare il proprio Sé plasmando il proprio corpo.

I Pazienti sono vittime di una visione pornografica del Sé (Stanghellini, 2005): il sentire non è frutto di una percezione immediata e cinestesica del proprio corpo, ma passa attraverso l'essere visti. Quindi, l'identità si struttura al momento attraverso lo sguardo altrui. Infatti, questi Pazienti non riescono a proiettarsi nella progettualità del futuro perché la loro sicurezza è ancorata a tematiche ed attività che si ripetono circolarmente: la vita si svolge in un presente scandito da sequenze temporali limitate dal raggiungimento di compiti oggettivamente verificabili.

20.2.7 I valori

Il nucleo psicopatologico dei disturbi alimentari è rappresentato dalla difficoltà di sentire il proprio corpo nella modalità cinestesica. Ne consegue la necessità di trovare altre vie per sentire il proprio corpo e definirsi: un'ampia varietà di atteggiamenti verso il cibo, dai regimi restrittivi alle abbuffate, che consentono di ridursi *all'osso* o di riempirsi *fino a scoppiare*. L'esistenza di questi Pazienti è dominata da tali aspetti, fino ad elevarsi a *valori*: ciò che interessa ad una Persona che soffre di anoressia è essere magra, a costo di non essere sana.

Il Clinico, piuttosto che assumere un atteggiamento di chiusura rinforzato dal giudizio, dovrebbe interessarsi all'orizzonte valoriale distorto di questi Pazienti. Infatti, non è il valore affermato (es. *magrezza*) o il comportamento ad avere una valenza patologica, ma ciò da cui nascono: l'esperienza abnorme del proprio corpo e delle proprie emozioni. La componente implicita del valore *magrezza* consiste dalla mancanza di identità, ma ciò non traspare direttamente dalle parole delle Persone. Proprio per questo, è necessaria un'accurata analisi delle loro narrazioni. Nel sistema valoriale dei Pazienti, essere magri o grassi non è una semplice qualità estetica, ma una *virtù morale*.

20.3 La terapia

In ambito fenomenologico, la terapia non è mai standardizzata in protocolli, ma cerca di adattarsi al meglio rispetto alle necessità del Singolo: il centro dell'intervento è la Persona in relazione con l'Altro (il Clinico) in una specifica situazione (il colloquio terapeutico), non la disfunzione psicologica in sé.

«Il sintomo del paziente non è il risultato diretto di qualche disfunzione, piuttosto è il prodotto del suo bisogno di auto-interpretazione rispetto al suo incontro con esperienze disorientanti» (Stanghellini, 2018a). Quindi, il Paziente non è considerato come Colui che subisce passivamente i suoi disturbi, ma come un Produttore attivo di senso. La Psicopatologia fenomenologica, grazie alla sua capacità di capire come si senta Il *paziente* nel suo *essere al mondo*, consente alla pratica clinica di entrare in rapporto con l'Altro e di maturare una buona relazione terapeutica.

In questo approccio terapeutico convergono: la *fenomenologia*, come conoscenza dei fenomeni abnormi che disturbano il Paziente, l'*ermeneutica*, nell'intento di comprendere come il Paziente interpreti ciò di cui fa esperienza, e la *psicodinamica*, che partendo dalle azioni, risale alla storia di vita in cui sono incorporate (Stanghellini, 2018a).

Secondo Stanghellini, gli strumenti metodologici che ha a disposizione il terapeuta (orientato in modo fenomenologico-ermeneutico) sono:

- l'*epoché*, cioè la sospensione preliminare dei propri pregiudizi, per poter mettere in primo piano la prospettiva del Paziente;
- la *comprensione empatica*, per provare a sentire in Sé come si può sentire l'Altro;
- la *comprensione eidetica*, per ricercare gli elementi fondamentali dei fenomeni psicopatologici presentati dall'Altro;

- la *comprensione dialettica*, per esplorare la dialettica interna tra il Paziente e le sue esperienze, risalendo ai sintomi dai vissuti anomali di base.

Quindi, il percorso terapeutico è un mezzo per coadiuvare il Paziente a comprendere che il suo sistema di valori ed i comportamenti patologici che ne derivano, non sono altro che *strategie di compenso*, per fronteggiare la mancanza della capacità di sentire il proprio corpo nella modalità cinestesica. Una volta acquisita questa consapevolezza, il Paziente, gradualmente, potrà recuperare un rapporto migliore con i vissuti corporei, dando uno spazio alle proprie emozioni, cominciando a riconoscersi come una Persona valida per Sé e non in base al giudizio altrui.

II Parte – Movimento Biologico

0. INTRODUZIONE

«*Scrutare* vuol dire *frugare*: io frugo il corpo dell'altro, come se volessi vedere cosa c'è dentro. Sono come quei bambini che smontano una sveglia per sapere cos'è il tempo» (Roland Barthes, 1977).

Personalità e memoria tracciano la mappa del loro viaggio sul corpo.

Guardare un corpo è come contemplare un pellegrinaggio: clavicole scolpite da sentieri di tristezza, addome scavato da negazioni apprese, sterni implosi a causa di ipocondrie ossessive, globi oculari incupiti da sguardi amorevoli negati, voci strozzate da respiri mai pienamente legittimati, falangi avvinghiate a vuoti solidali come risposta a paure, talloni sradicati da sensi di colpa.

In uno o più momenti della vita, il corpo può alterare la propria funzionalità lasciandosi intaccare dalla patologia, abitato dal dolore. Le evidenze scientifiche racchiuse tra Eziologia ed Epidemiologia, tra Fisiologia e Neuroscienze, tra Genetica e Biomeccanica, quelle che alimentano la mente razionale, sono in grado di fornire una risposta costretta nella morsa di un paradigma che riduce il corpo a macchina.

La funzionalità viene compromessa, fino a sfociare nella patologia, quando si perde la Consapevolezza Corporea: «La capacità di sentire, capire e conoscere, istante per istante, *come si sta facendo ciò che si sta facendo* (Spaccapanico Proietti S., 2021)». Abitare il proprio Corpo, liberandosi da schemi rigidi, è possibile riconoscendo come si declinano le proprie modalità di funzionamento, come il corpo stesso agisce e reagisce agli stimoli.

Un *catalizzatore* è una specie chimica che, intervenendo durante una reazione, consente la riduzione dell'energia di attivazione necessaria affinché i reagenti evolvano spontaneamente verso i prodotti. Così, un processo che avverrebbe lentamente, si conclude in tempi relativamente brevi. Mutuando questa analogia dalla Chimica, Movimento Biologico può costituire il catalizzatore nel percorso verso la ri-conquista della propria Consapevolezza.

Attualmente, il corpo sovrasta qualsiasi altra peculiarità psicologica o di personalità del Soggetto. Non a caso, gli studi hanno evidenziato come l'insorgenza di *disturbi della nutrizione e dell'alimentazione* sia fortemente connessa a sensazioni di inadeguatezza del proprio corpo (*Parte I – Capitolo 0*).

Le parole non sono innocenti perché non producono gli stessi effetti su Tutti. In questo caso, il termine *corpo* non ha lo stesso portato emotivo/descrittivo per una Persona che su quel portato biologico ha avuto o meno patologie significative.

È necessario comprendere *a quale corpo* si faccia riferimento nel momento in cui si parla di Corpo che diventa consapevole di Se Stesso. Chiarire questo orizzonte di senso permette di comprendere come Movimento Biologico si differenzi da una pratica di fitness o qualsiasi altro metodo.

Il Movimento vanta molteplici sfumature: organica, cognitiva, emotiva, espressiva, relazionale, comunicativa.

Movimento Biologico, contrapponendosi ai metodi compartimentali caratterizzanti la Società attuale, si pone come *approccio integrativo* di corpo e mente, forma e funzione, sensazione ed azione. L'*industria del fitness* si affanna nella ricerca di novità (tecniche, marchi, ecc.) da vendere, *disprezzando* il passato. *Disprezzare* (dal latino *disprētiare*, derivato di *pretium*, cioè *prezzo*, *pregio*), *considerare indegno della propria stima o attenzione*. Quindi, per *disprezzare* è necessario *conoscere*. Di conseguenza, le urla di novità che rinforzano Chi o Cosa prometta di rivoluzionare l'esercizio fisico sono, piuttosto, frutto di ignoranza nei confronti delle Madri e dei Padri del Movimento.

Movimento Biologico, grazie all'umile ricerca di Chi, sentendosi *incompleto*, non ha potuto far altro che muoversi per colmare i propri vuoti, libero da pre-giudizi, coniuga pratiche respiratorie e meditazione formale con la giocoleria, tecniche analitiche di mobilità con la libera espressione,

il silenzio con il dinamismo, ecc. Ne risulta una totale armonia tra gli opposti. Quindi, Movimento Biologico si pone come *erede* di un sapere ricevuto dall'Altro, con l'anelito di realizzare una proposta coerente rispetto alla complessità della natura umana. Solo l'incontro tra stili, approcci, tecniche e pratiche diverse può rendere possibile tutto ciò.

1. CORPO ETICO

1.0 Introduzione

«Vivere la condizione umana è vivere la corporeità» (Manicardi, 2005). L'Uomo, senza corpo, non potrebbe abitare il mondo, esprimersi e comunicare, ma questo corpo connota il suo agire in una certa direzione.

La *dimensione carnale* colloca nello spazio e nel tempo, caratterizza come sessuati e mortali. Però, grazie alla sua *natura razionale*, l'Uomo può ri-conoscersi come *essere corporeo*: vivendo la *dimensione corporea* dall'interno e allo stesso tempo trascendendola, se è in grado di coglierne il Senso e scoprirne valori.

Per vivere in modo *autentico* la propria esistenza e le relazioni con gli Altri, è necessario recuperare il senso autentico del Corpo. Per ottenere ciò, bisogna riconoscere un *ethos del e nel corpo*, così come si manifesta nella sua relazione con l'Io, con il mondo, con gli Altri.

Questa *Coscienza del Corpo* non significa, semplicemente, accorgersi di possederlo, ma essere capaci di risalire al significato dei suoi vissuti (Russo, 2008).

Attraverso la conoscenza dei domini di un *Corpo etico*, è possibile passare dalla concezione del *corpo che ho* alla consapevolezza del *Corpo che Sono*.

1.1 I domini del Corpo Etico

1.1.1 Unicità e responsabilità

«Il corpo è mondo» (Vero, 2008): il Corpo è animato e rende manifesta quella stessa *energia creatrice* che ha generato il mondo. Quindi, il mondo contiene il Corpo ma, allo stesso tempo, il Corpo contiene il mondo stesso. Questo connubio mondo-corpo o, analogamente, corpo-mondo narra una storia unica, che rende esplicita in ogni azione (es. camminando, gesticolando, rimanendo in silenzio, ecc.).

Il Corpo è ciò che rende unici, ma è anche la caratteristica che condividono tutti gli Uomini. Quindi, è il Corpo stesso che chiama ad un'esistenza responsabile *con* gli Altri e *per* gli Altri. (Manicardi, 2005).

1.1.2 Spazio, tempo e memoria

I concetti di *spazio* e *tempo* trovano una concretizzazione materiale grazie al Corpo che li abita. Lo scorrere del tempo non si sgretola nel dimenticatoio di un passato che rimane *dietro di Noi*, ma *dentro di Noi* (Manicardi, 2005). Le esperienze e le emozioni si imprimono nella *memoria* del Corpo, che le racconta nel suo linguaggio motorio.

1.1.3 Linguaggio

Il *linguaggio*, secondo Chomsky, appartiene, squisitamente, al *dominio mentale* (Chomsky, 1981). Invece, per Sandro Vero, rientra completamente in quello *corporeo* (Vero, 2008). Il *linguaggio* si genera nel Corpo perché una *parola* si dota di significato solo grazie ad una esperienza corporea precedente.

La *voce* stessa è un atto motorio.

1.1.4 Espressività e relazione

Sergio Manghi propone di passare dalla prospettiva dell'*espressione del corpo* a quella del *corpo delle espressioni*. Infatti, generalmente, si fa riferimento all'*espressione del corpo*, intendendo che ci sia qualcosa che precede il corpo, di cui quest'ultimo è il mezzo. Invece, non sarebbero possibili espressioni senza il Corpo. Quindi, si dovrebbe cominciare ad interessarsi delle ricadute comunicative prodotte dalla *relazione* fra Corpi, piuttosto che cercare di comprendere l'intenzionalità del Soggetto provando a collocarsi al suo interno (Gamelli, 2011). Infatti, il corpo comunica in modo molto più veloce e potente della comunicazione verbale.

La *comunicazione digitale*, caratterizzante il linguaggio verbale, parla alla *ragione*, perché fornisce un contenuto simbolico e convenzionale. Invece, la *comunicazione analogica* parla alle *emozioni*. Quindi, non concerne più il contenuto, *cosa* si dice, ma la relazione, *come* lo si dice, fornendo molteplici significati. La *corporeità*, per eccellenza, consente la comunicazione analogica, condizionando il destino di una relazione.

1.1.5 Spirito e sensi

L'*esperienza spirituale*, secondo Manicardi (2005), è un'*esperienza corporea*. Lo Spirito dà vita al Corpo, può *trascendere* la *carnalità* ma, al tempo stesso, non può *prescindere* da essa. Infatti, il corpo lo rende materia attraverso i *sensi*. Quindi, i sensi ed il Senso sono *interrelati*.

1.1.6 Coscienza

La storica dicotomia tra *res cogitans* e *res extensa*, tra *mente* e *corpo*, tra *psiche* e *soma*, viene superata dal percorso suggerito dalla *neurofenomenologia*. Quest'ultima è nata alla fine degli anni Novanta, dal connubio tra la *fenomenologia* di Husserl e le *neuroscienze cognitive*. Riconosce la mente dell'Uomo come un *flusso esperienziale* prodotto dall'*iterazione circolare* tra *corpo*, *cervello* e *mondo* (Della Gratta, 2018). Quindi, i processi cerebrali sono *embedded*: si collocano e si realizzano nel corpo, nella *realtà somatica*, ma anche *ambientale*, del Soggetto vivente.

Antonio R. Damasio, uno dei più noti neurobiologi del panorama odierno, intrecciando analisi filosofiche, psicologiche e neurologiche, confrontate con numerosi esempi clinici, ha sovvertito inscalfibile *cogito ergo sum* (*penso quindi sono*) cartesiano, sostenendo che la *coscienza del corpo* rende possibile l'affermazione di quella *di Sé*. I processi emozionali indotti da eventi somatici, inconsciamente registrati nella memoria corporea, determinano ogni decisione, fino a quelle più razionali, che si sia consapevoli o meno. Quindi, contrariamente alla comune convinzione che il linguaggio plasmi i processi mentali, la coscienza emerge nel momento in cui il cervello è in grado di narrare una storia che si articola nei confini del proprio soma, ma senza l'uso della parola come mezzo. Ne risulta che la *coscienza* è correlata alla capacità di illustrare ciò che si verifica *dentro, intorno e con* il proprio corpo (Damasio, 1995).

2. SALUTOGENESI

2.0 Introduzione

La prima formulazione del concetto di Salute risale al 1948 ed è stata suggerita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Secondo quest'ultima, la *salute* corrisponde ad «Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia». Tale definizione risulta estremamente attuale nella Società odierna.

Successivamente, nella Carta di Ottawa (1986), nell'ottica della promozione della salute stessa, viene iscritta l'*educazione alla salute*: «Il processo che conferisce alle persona la capacità di aumentare e migliorare il controllo sulla propria salute». All'interno di questo spazio, l'OMS riconosce anche il ruolo essenziale della *salute mentale*, «una funzione chiave per assicurare vite sane e promuovere il benessere a tutte le età».

La concezione della salute varia a seconda dei contesti culturali ed è caratterizzata da una costante evoluzione.

Aaron Antonovsky, uno dei maggiori sociologi in ambito medico, è stato autore di un contributo scientifico capace di superare il tradizionale modello *patogenico*. Quest'ultimo, ancora preponderante, concepisce la salute come *assenza di malattia* e si concentra sull'insorgenza, la prevenzione e la cura di malattie.

Invece, Antonovsky ha proposto una lettura inedita: l'approccio *salutogenico*. Etimologicamente, il termine *salutogenesi* deriva dalla parola latina *salus*, *salutis* = *salute* e dalla parola greca *genesis* = *origine*. Di conseguenza, la Salutogenesi si occupa delle *cause* della salute. Infatti, comprende l'insieme dei fattori (materiali e immateriali, biologici e psicologici, valoriali e comportamentali, individuali e relazionali) che concorrono alla salute. Tutto ciò consente alle Persone di compiere *scelte consapevoli* di salute, utilizzando le proprie risorse, anche in contesti fortemente avversi (trauma, malattia cronica, precarie condizioni socio-economiche, ecc.).

Risulta fondamentale osservare come l'approccio appena illustrato, non costituisca l'*opposto* dell'orientamento patogenico. Infatti, parte dal presupposto che ogni Individuo, contemporaneamente, sia *più o meno sano e più o meno malato* (Bengel, Strittmatter, Willman., 1998). Di conseguenza, secondo Antonovsky, la salute deve essere interpretata come un «continuum fra salute e malattia», che colloca la Persona in un punto di questa linea in un determinato istante. Questa visione consente di guardare alla Persona (o alla Comunità) nella sua globalità, non solo per una condizione patologica. Inoltre, Ognuno può sempre attingere a *risorse* per favorire il proprio spostamento verso il polo della salute, indipendentemente dal proprio collocamento sulla linea di *continuum*. Quindi, l'approccio si focalizza sui meccanismi che possono apportare un miglioramento dello stato di salute, indipendentemente dalla condizione di salute o malattia.

La convinzione che la salute non sia semplicemente uno *stato da proteggere*, ma qualcosa *da promuovere*, guida alla necessaria distinzione tra *prevenzione* e *promozione*.

La *prevenzione* si focalizza nel prevenire gli eventi patogenici, evitando comportamenti favorenti, mentre la *promozione* si concentra nell'incoraggiare quegli elementi che possono ulteriormente migliorare la salute (Bertini, 1988).

2.1 Senso di Coerenza e Risorse Generali di Resistenza

Secondo l'eminente Sociologo americano, le Persone sono in grado di sviluppare ciò che Egli definisce il *senso di coerenza* (SOC), contraddistinto da un senso di fiducia nel fatto che il mondo è prevedibile e che c'è un'alta probabilità che le cose riusciranno nel modo in cui si può ragionevolmente attendere (Antonovsky, 1987). Il SOC consente alle persone di sentire che le *sfide* derivanti dal proprio ambiente (interno ed esterno) possano essere *comprese* e che siano contraddistinte da un *significato* degno dell'*investimento* del proprio impegno per affrontarle, attingendo a *risorse* sempre *disponibili*.

Quindi, questo costrutto rappresenta un orientamento verso il mondo ed il proprio futuro, grazie a diverse strategie di resistenza, cioè le *risorse generali di resistenza*, le «proprietà di una persona o di una collettività di attuare un coping positivo rispetto ai fattori di stress innati all'esistenza umana» (Bengel, Strittmatter, Willman., 1998).

Tali risorse comprendono fattori biologici (sana costituzione), materiali (denaro) e psico-sociali (conoscenze, autostima, intelligenza, ecc.). In particolare, le risorse salutogeniche *interne*, si riferiscono a tutte le potenzialità (fisiche, psichiche, relazionali, emotive, mentali, cognitive, intellettive, spirituali) che appartengono al Soggetto e a cui questo può fare ricorso per sviluppare la propria salute ed evolvere il proprio potenziale umano. Al tempo stesso, le risorse salutogeniche *esterne* corrispondono a tutte quelle potenzialità (economiche, sociali, ambientali), appartenenti al contesto di vita, a cui possono attingere i Soggetti sociali appartenenti, al fine di migliorare la salute ed il potenziale umano della comunità (Simonelli, 2010).

2.2 Non tutto il moto è Movimento

Il *movimento* è la funzione fisiologica per eccellenza del corpo umano. Infatti, esso permette:

- la sopravvivenza biologica (respirazione, nutrimento, ecc.),
- la conoscenza e tutte le funzioni cognitive (capacità di fare esperienza del mondo),
- la comunicazione (parlare, scrivere, ecc.),
- l'espressività (il linguaggio del corpo),
- l'emotività (le emozioni modificano il movimento; per esempio, chiudersi o aprirsi al mondo con il corpo),

Tuttavia, affinché si possa disporre del proprio Senso di Coerenza (fiducia in Se Stessi), è necessario concepire un Movimento che superi la separazione tra mente e corpo, tra oggettività e biografia. Quindi, un Movimento Biologico, in grado di *educare* alla Corporeità Consapevole, cioè la capacità di conoscere costantemente, ma senza giudizio (amorevolmente), «come sto facendo ciò che sto facendo, qualsiasi cosa stia facendo» (Habluetzel Esposito, Pattoia, Spaccapanico Proietti, 2021; Spaccapanico Proietti 2021). Infatti, tale pratica, coniugando al suo interno tutte le dimensioni del Movimento come funzione, permette di sfruttarlo pienamente nel perseguire la più completa evoluzione personale.

A questo punto, è possibile comprendere la voluta distinzione tra il termine “Movimento”, scritto con la “M” maiuscola, ed il termine “movimento”, con la “m” minuscola: «Non è sufficiente un corpo in movimento per parlare di Movimento» (Spaccapanico Proietti, 2021). Praticare uno sport, così come partecipare ad attività concepita dall'industria del fitness, non è sufficiente per esperire Movimento.

«Il Movimento è un processo ancestrale, alla base della nostra esistenza umana.

[Ancestrale: dal latino *antecessor* (predecessore) da *antē* (prima) e *cēdere* (andare)]

Come processo ancestrale, il Movimento è il principio orientativo che precede e sovrasta qualsiasi sua “tipizzazione”» (Spaccapanico Proietti, 2021). I vari aspetti filosofico-fisiologici caratterizzanti il Movimento, non possono essere confinati agli esercizi caratterizzanti fitness e sport.

Invece, attualmente, il Movimento è costantemente circoscritto e ridotto a movimento: ennesimo *oggetto tra gli oggetti*. Infatti, è adottato come mezzo per plasmare il corpo secondo i canoni estetici imperanti. Quindi, per compensare eventuali eccessi calorici caratterizzanti momenti occasionali di convivialità, nella convinzione che a fare la differenza sia l'eccezione, piuttosto che la quotidianità. Ancora, il movimento risulta un prodotto appetibile per il grande pubblico, impaziente nel vantare uno stile di vita attivo per il solo ingresso in un centro fitness. Allo stesso tempo, il movimento, come fenomeno da intrattenimento nello sport, rimane facilmente vendibile alle masse.

3. I PROBLEMI DEL NOSTRO TEMPO: L'IPOCINESIA

3.0 Introduzione

Nel momento in cui il Movimento viene ridotto a movimento, si evidenziano i limiti caratterizzanti la Società odierna: da un lato, l'*ipocinesia* (Parte II - Capitolo 3), dall'altro, il *modello corporeo estetico* dell'industria del fitness o *meccanicistico-funzionale* dello sport (Parte II - Capitolo 5). Quest'ultimo, difficilmente sostenibile, tipicamente rappresenta un fattore predisponente l'insorgenza di DAN. Tale strada, conduce facilmente al polo opposto, caratterizzante Questa *società degli estremi*, quello dell'*iperattività* (Parte II - Capitolo 4).

Quindi, anche il corpo diventa *oggetto tra gli oggetti*: merce da esibire o da nascondere, se non conforme alle norme estetiche; *macchina* o *cosa studiabile*, tra le altre, per la Scienza.

3.1 WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour

Il 25 novembre 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*, illustrando le nuove linee guida sull'*attività fisica*, sottolineandone l'importanza nello sviluppo di politiche e programmi rivolti alla promozione dell'attività fisica e di contrasto alla *sedentarietà*.

Fiona Bull, responsabile della *Physical Activity Unit* che ne ha guidato la stesura, sostiene che «Essere fisicamente attivi è essenziale per cuore, mente e corpo, a ogni età e con ogni abilità».

Il lavoro è stato basato su processi di revisione e classificazione delle evidenze sull'impatto di comportamenti attivi e sedentari sulla salute.

Tale documento ha aggiornato e sostituito le *raccomandazioni* del 2010, come previsto dal *Piano d'azione globale OMS sull'attività fisica 2018-2030*. Tuttavia, presenta elementi di continuità rispetto alle precedenti *raccomandazioni* (2010) e a quelle, più recenti e specifiche, per i Bambini sotto i 5 anni di età. Il messaggio chiave da comprendere è che «*every move counts*» ossia, qualsiasi tipo di movimento conta. Quindi, un'attività fisica minimale è sempre meglio di nulla e aumentarne la quantità permette di ottenere ulteriori benefici per la salute.

Sulla base dell'intensità, si distinguono:

- attività di *moderata intensità*, si caratterizza per un dispendio energetico maggiore di quello a riposo. Generalmente, è possibile parlare normalmente, ma non cantare. L'esempio tipico è la marcia a passo sostenuto.
- attività di *intensità vigorosa*, comporta un dispendio energetico più elevato. Infatti, diventa più difficoltoso conversare, tanto da non riuscire a pronunciare poche parole prima di avvertire la necessità di riprendere fiato. Un esempio è la corsa a ritmo lento (Jogging).

Secondo l'OMS, il concetto di *attività fisica* è piuttosto ampio, con esso si intende «qualunque movimento determinato dal sistema muscolo-scheletrico che si traduce in un dispendio energetico superiore a quello delle condizioni di riposo». Di conseguenza, il sinonimo diretto di *attività fisica* corrisponde ad *attività motoria spontanea*. Infatti, in questa definizione non rientrano solo le attività sportive, ma tutte le forme di movimento realizzate nei vari ambiti della vita, anche le più semplici (camminare, andare in bicicletta, giocare, fare giardinaggio o lavori domestici, ecc.).

Invece, con *esercizio fisico* si intende «l'attività fisica in forma strutturata, pianificata ed eseguita regolarmente».

Quindi, lo *sport* «comprende situazioni competitive strutturate e sottoposte a regole ben precise. È un gioco istituzionalizzato, codificato in modo tale da essere riconosciuto e riconoscibile da tutti per regole e meccanismi, ai quali si fa riferimento per la sua pratica in contesti ufficiali o non ufficiali».

Diversi tipi e durate di attività sono previsti in relazione alle fasce di età, in accordo con le *nuove linee guida*

3.1.1 Bambini e Adolescenti (5-17 anni)

Livelli raccomandati

- una media quotidiana minima di 60 minuti di attività fisica di intensità moderata o vigorosa, per lo più aerobica;
- almeno 3 volte a settimana, integrare alle attività aerobiche a quelle che rafforzano muscoli e ossa;
- limitare il tempo trascorso in sedentarietà, soprattutto quello speso davanti ad uno schermo.

Benefici

- è necessaria allo sviluppo osteo-muscolare;
- contribuisce allo sviluppo di un apparato cardiovascolare sano;
- contribuisce ad aumentare le capacità di apprendimento e il livello di autostima;
- rappresenta un valido strumento di aggregazione sociale;
- diminuisce il rischio di obesità infantile e di malattie croniche non trasmissibili se associata ad una corretta alimentazione.

3.1.2 Età adulta (18-64 anni)

Livelli raccomandati

- nell'arco della settimana, almeno 150-300 minuti di attività fisica aerobica ad intensità moderata o 75-150 minuti di attività aerobica ad alta intensità. Così come una combinazione equivalente di attività di intensità moderata e vigorosa;
- includere attività di rafforzamento muscolare di intensità moderata o elevata per tutti i gruppi muscolari, almeno 2 volte a settimana;
- gli effetti deleteri delle ore passate in condizioni di sedentarietà sono indipendenti dal livello di attività fisica nel tempo libero e sono riscontrabili anche negli Individui che raggiungono la quantità di attività fisica raccomandata. Infatti, è possibile che Persone fisicamente attive, possano essere al tempo stesso sedentarie. Ad esempio, dopo una sessione mattutina di esercizio, trascorrono sedute il restante tempo giornaliero (vanno e tornano dal lavoro in auto e rimangono sedute alla scrivania per l'intera giornata);
- la condizione più rischiosa è quella delle Persone inattive e sedentarie. Quindi, è opportuno interrompere frequentemente i periodi in cui si sta in posizione seduta o reclinata, idealmente ogni 30 minuti, con periodi anche brevi (2-3 minuti) per piccoli spostamenti a piedi, esercizi a corpo libero sul posto (es. piegamenti sulle gambe, anche alzandosi ripetutamente da una sedia o dal divano) o alternare, periodicamente la posizione seduta con quella in piedi. In sintesi, è bene limitare la quantità di tempo trascorso in sedentarietà, sostituendolo con attività fisica di qualsiasi intensità (inclusa quella leggera).

Benefici

- riduce la frequenza di malattie croniche non trasmissibili, come malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione arteriosa, alcune forme di tumore (seno, prostata, colon);
- migliora la mineralizzazione ossea, che contribuisce alla prevenzione dell'osteoporosi;
- migliora la funzione digestiva e la regolazione del ritmo intestinale;
- aumenta il dispendio energetico, favorendo il controllo del peso corporeo;
- aiuta la salute mentale, contribuendo al mantenimento delle funzioni cognitive e alla riduzione del rischio di depressione e di demenza;
- riduce stress e ansia;
- migliora la qualità del sonno e dell'autostima.

3.1.3 Età avanzata (oltre 65 anni)

Livelli raccomandati

- nell'arco della settimana, almeno 150-300 minuti di attività fisica aerobica ad intensità moderata o 75-150 minuti di attività aerobica ad alta intensità. Così come una combinazione equivalente di attività di intensità moderata e vigorosa (analogo agli adulti);
- attività funzionali, per migliorare l'equilibrio e per la forza, di intensità moderata o elevata devono essere incluse almeno 3 volte nella routine settimanale. L'obiettivo consiste nel valorizzare le capacità funzionali e prevenire le cadute;
- Coloro che non possono raggiungere i livelli raccomandati a causa delle loro condizioni di salute, dovrebbero cercare di adottare uno stile di vita attivo e svolgere attività a bassa intensità, nei limiti delle proprie capacità e condizioni.

È fondamentale integrare l'attività fisica nella propria quotidianità. Per esempio, invece di approfittare dei mezzi di trasporto privati, cogliere l'occasione per lunghe passeggiate. Nella stessa ottica, sono utili anche le normali occupazioni della vita quotidiana (es. acquisti, pulizie e preparazione dei pasti).

Benefici

- realizza una prevenzione rispetto alle cadute grazie al mantenimento della massa muscolare e di un buon equilibrio;
- aiuta a conservare la capacità di svolgere le normali occupazioni della vita quotidiana e quindi, l'autosufficienza;
- produce un effetto positivo sulla funzione immunitaria;
- riduce il rischio di infezioni delle vie aeree;
- preserva la struttura e la funzione cerebrale favorendo il mantenimento della plasticità neuronale e protegge il sistema nervoso da eventuali danni derivanti dall'esposizione a stress;
- può prevenire o ritardare l'insorgenza di patologie croniche legate all'invecchiamento può essere prevenuta o ritardata. Allo stesso tempo, i percorsi di riabilitazione, per Chi ne è affetto, risultano facilitati;
- favorisce la partecipazione e l'integrazione sociale.

3.2 Qualche numero

I dati riportati da diverse ricerche rendono ragione alle riflessioni sull'ipocinesia.

3.2.1 OKkio alla SALUTE - Promozione della salute e della crescita sana dei bambini della scuola primaria

OKkio alla SALUTE è un sistema di sorveglianza sul sovrappeso e l'obesità, nonché dei fattori di rischio correlati, nei Bambini delle scuole primarie (6-10 anni).

È nato nel 2007, nell'ambito del progetto *sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni*, promosso e finanziato dal Ministero della Salute e dal Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), con la coordinazione del Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute (CNAPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in collaborazione con le Regioni, il Ministero della Salute e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

In Italia, prima dell'implementazione di tale sistema di sorveglianza, sono stati condotti studi regionali o di Asl basati su misurazioni dirette di peso e statura dei Bambini tra 6 e 9 anni. Tuttavia, differivano per tempi, modalità, età campionate ed altri aspetti, che ne rendevano difficile il confronto.

Il suo obiettivo è la descrizione dell'evoluzione temporale e della variabilità geografica dello stato ponderale, delle abitudini alimentari, dei livelli di attività fisica svolta dai Bambini e delle attività

scolastiche favorevoli la sana nutrizione e l'esercizio fisico. In modo tale da poter concepire iniziative per il miglioramento della salute dei bambini delle Scuole Primarie.

La necessità di un tale monitoraggio è stata dettata dall'obesità, che rappresenta un problema prioritario di salute pubblica. L'obesità impatta negativamente sullo stato di salute generale della popolazione in età giovanile (dislipidemia, ipertensione, problemi ortopedici, steatosi epatica, ecc.), come in età adulta (progressivo aumento dei Pazienti affetti da diabete e altre patologie croniche).

Nella primavera del 2023, oltre 46.000 Bambini/e, frequentanti il terzo anno della Scuola Primaria, hanno risposto al questionario della sorveglianza nazionale OKkio alla SALUTE, giunta alla settima rilevazione. Il quadro emerso ha evidenziato che:

- i Bambini in sovrappeso sono il 19% e gli obesi il 9,8%;
- l'abitudine a non consumare la prima colazione (10,9%) o a consumarla in maniera inadeguata (36,5%), così come la fruizione di una merenda abbondante di metà mattina (66,9%), hanno mostrato un trend in aumento. In aggiunta, secondo quanto dichiarato dai Genitori, la mancanza di un consumo quotidiano di frutta e/o verdura da parte dei Bambini è rimasta elevata (25,9%);
- nel giorno precedente l'intervista il 18,5% dei Bambini non ha svolto alcuna attività fisica ed il 45,1% ha trascorso più di 2 ore davanti a TV/videogiochi/tablet/cellulare.

3.2.2 Indagine Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare

La sorveglianza HBSC è uno studio multicentrico internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS. Ogni quattro anni, dal 1983, svolge indagini campionarie rivolte agli Adolescenti di 11, 13 e 15 anni. L'Italia, che partecipa dal 2001, ad oggi ha effettuato cinque indagini nazionali.

I principali ambiti analizzati riguardano: i comportamenti legati alla salute (abitudini alimentari, attività fisica), i comportamenti a rischio (consumo di alcol e di tabacco, salute sessuale, bullismo/cyberbullismo, uso problematico dei social media, gioco d'azzardo), salute-benessere e come vengono percepite dai Ragazzi, il contesto sociale (scuola, famiglia) ed il rapporto con Genitori, Pari e Insegnanti. I risultati sono stati analizzati tenendo conto delle differenze geografiche, dell'età e del livello socio-economico della famiglia di appartenenza.

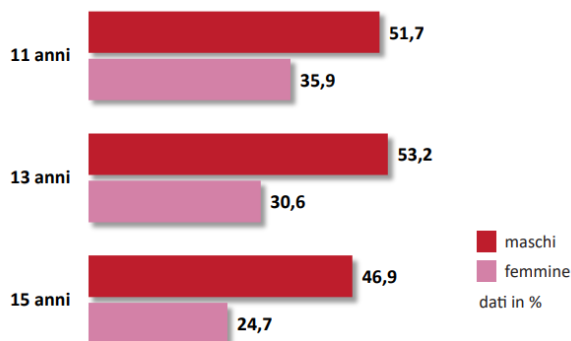
Il campione HBSC-Italia 2022 ha previsto, per la prima volta, l'inclusione anche della fascia d'età dei Diciassetenni, oltre ai Ragazzi di 11, 13 e 15 anni. La raccolta dati è avvenuta nelle scuole e nelle classi campionate tra i mesi di febbraio e giugno 2022. Nell'indagine è stata inclusa una sezione relativa alla pandemia di COVID-19, rispetto a: impatto su vari aspetti della vita, le principali fonti di informazione sfruttate e le misure di protezione adottate.

Secondo i dati nazionali:

- gli Adolescenti hanno una percezione discreta della propria qualità di vita e del loro benessere psicologico, anche ciò ha subito un decremento negli anni ed è maggiore nei Ragazzi rispetto alle Ragazze.
- Tra 11 e 15 anni, dal 21% al 29,6% degli Studenti non consuma la prima colazione nei giorni di scuola; solo un terzo dei Ragazzi consuma frutta almeno una volta al giorno (lontano dalle raccomandazioni) con valori migliori tra le Ragazze e nella fascia d'età degli undicenni. Solo un Adolescente su quattro riesce a consumare una porzione di verdura quotidianamente, come una frequenza maggiore tra le Ragazze.
- Quasi tutti i Giovani si relazionano attraverso i social network e negli anni permangono i comportamenti a rischio, come assunzione di alcol, abitudine al fumo di sigaretta e gioco d'azzardo. Inoltre, l'uso problematico dei social media rappresenta un problema rilevante, soprattutto per le Ragazze. Infatti, a 15 anni, 1 Ragazza su 5 ha un uso problematico dei social media.
- Meno di 1 Adolescente su 10 svolge almeno 60 minuti al giorno di attività motoria moderata-intensa, come raccomandato dall'OMS, e questa abitudine diminuisce

all'aumentare dell'età. Inoltre, in ogni classe di età, si rilevano differenze di genere, con frequenze maggiori nei Maschi rispetto alle Femmine.

I dati a seguire (stratificati per età, genere) considerano un cut-off di almeno 4 giorni a settimana di attività fisica moderata-intensa (60 minuti totali in un giorno).

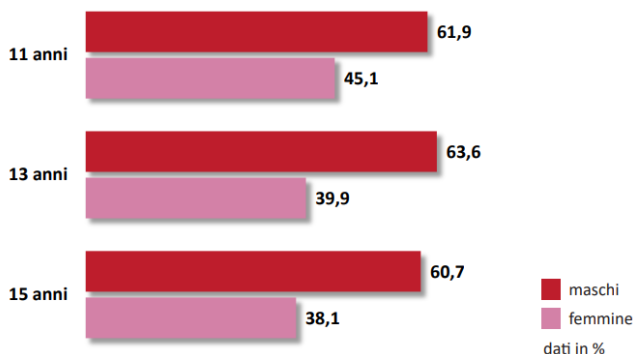


Rispetto alla rilevazione del 2017/2018, si evidenzia una lieve riduzione (44,1% vs 40,8%) della percentuale di Giovani che svolge almeno 4 giorni a settimana di attività fisica moderata-intensa.

I dati regionali evidenziano che le regioni con i valori più elevati, sono PA di Bolzano e Valle d'Aosta. Invece, valori al di sotto della media nazionale si osservano nelle regioni meridionali.

L'OMS raccomanda di svolgere attività fisica intensa, associata ad esercizi di potenziamento muscolare, almeno 3 volte a settimana. Ai Ragazzi è stato chiesto di indicare quante volte a settimana, al di fuori dell'orario scolastico, facessero esercizio fisico tale da rimanere senza fiato o sudare.

I dati mostrano che la metà degli Adolescenti svolge attività intensa almeno tre volte a settimana, con una frequenza maggiore tra i Ragazzi rispetto alle Ragazze, per le quali si evidenzia una marcata diminuzione all'aumentare dell'età.



3.2.3 Sistema di sorveglianza Passi - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Passi è nato per monitorare il raggiungimento degli obiettivi di salute fissati dai Piani sanitari nazionali e regionali e per contribuire alla valutazione del Piano nazionale della prevenzione. Infatti, non è possibile prescindere dalla conoscenza dei profili di salute e dei fattori di rischio della popolazione per realizzare attività preventive specifiche, così come dal monitoraggio dell'efficacia di quest'ultime.

Nel 2006, il CCM ha affidato il compito di progettare e sperimentare tale sistema al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'ISS.

La prima forma sperimentale è stata avviata nel 2007, in collaborazione con tutte le Regioni e Province Autonome italiane, per poi entrare a regime nel 2008.

La sorveglianza Passi, attraverso indagini campionarie, raccoglie costantemente, dalla popolazione italiana adulta (18-69 anni), informazioni su: stili di vita, fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili, grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando in ottica preventiva.

I dati relativi agli intervistati nel biennio 2021-2022 hanno mostrato che:

- il 46,7% è *attivo* (settimanalmente pratica almeno 150 minuti di attività fisica moderata, analoghi a 75 minuti di attività intensa o combinazioni equivalenti delle due).
- il 23,7% degli Intervistati è *parzialmente attivo* (svolge qualche attività fisica moderata o intensa nel tempo libero, ma senza raggiungere i livelli settimanali raccomandati dall'OMS. Oppure, non fa alcuna attività fisica nel tempo libero, ma svolge un lavoro che richiede un moderato sforzo fisico).
- il 29,6% è *sedentario* (non pratica attività fisica nel tempo libero e non lavora. Oppure, svolge un lavoro sedentario o uno che, pur richiedendo uno sforzo fisico moderato o pesante, non è regolare e continuativo nel tempo).
- la sedentarietà è più frequente con l'avanzare dell'età, fra le Donne, fra i più svantaggiati economicamente e fra i meno istruiti. I valori sono più elevati al Sud, con la quota di Sedentari che supera il 50% della popolazione in Campania.
- non sempre la percezione soggettiva del livello di attività fisica praticata corrisponde a quella effettivamente svolta: 1 Adulto su 3, fra i parzialmente attivi, e quasi 1 su 4, fra i Sedentari, percepiscono come sufficiente il proprio impegno.

3.2.4 Sistema di sorveglianza Passi d'Argento

Passi d'Argento è un sistema italiano di sorveglianza per la popolazione oltre i 64 anni. Questo tipo di approccio, nato sulla scia del sistema *Passi*, risulta innovativo.

Nella Penisola, il gruppo di Persone *ultra-64enni* è in crescita costante e, attualmente, rappresenta circa il 21% della popolazione, ma si stima che supererà il 30% entro 20 anni.

La società deve cominciare a considerare questa categoria non come *anziani* bisognosi di assistenza, ma come *risorsa*, per Se Stessi, per le famiglie e per la società intera.

Passi d'Argento segue e registra nel tempo la qualità di vita percepita, alcuni aspetti sociali, sanitari e ambientali della popolazione target. In tempo utile, vengono acquisite informazioni per: gli Amministratori, gli Operatori del sistema sanitario, i Soggetti stessi dell'indagine e le famiglie di appartenenza. In questo modo è possibile mettere in atto strategie per proteggere e promuovere la salute, prevenire le malattie e migliorare l'assistenza per la fascia di popolazione interessata. I benefici ricadono su quest'ultima, grazie a maggiori risorse per le famiglie e le comunità, ma anche sulla società, che deve affrontare spese socio-sanitarie meno gravose.

La raccolta dei dati in ogni Regione o Asl partecipante è periodica (ogni 1-2 anni). In questa maniera, non solo sarà possibile confrontare più Asl nella stessa regione, ma anche la medesima Asl nel tempo.

Il Sistema ha adottato il *PASE - Physical Activity Scale for Elderly*, uno strumento che consente di quantificare i livelli di attività fisica considerando le attività comunemente svolte da persone oltre i 64 anni (passeggiare, fare giardinaggio, curare l'orto, attività domestiche, ecc.) oltre alle attività sportive o ricreative.

Dai dati del biennio 2021-2022, si è ricavato che:

- l'attività maggiormente praticata tra quelle di svago consiste nel camminare all'aria aperta. Oltre la metà degli Intervistati (59%) ha riferito di aver passeggiato (o di aver utilizzato la bici) nella settimana precedente l'intervista;
- il 17% ha dichiarato di praticare attività fisica strutturata, per lo più leggera, come la ginnastica dolce;
- il 4% è dedito ad attività fisica moderata, come ballo o caccia;
- il 3% è impegnato in attività fisica pesante, come nuoto, corsa, attività aerobica o attrezzistica;
- il 42,4% è *sedentario* (65,7% negli over85).

Livelli di sedentarietà più elevati si riscontrano tra le Persone con livello di istruzione inferiore, economicamente in difficoltà ed i residenti al Sud;

- il 28% non è eleggibile al PASE per mancanza di autonomia nella deambulazione (10%) e/o per aver fatto ricorso al *proxy*, ovvero all'aiuto di un familiare o di Qualcuno di fiducia (21%).

3.3 Inattività fisica

«L'inattività fisica è una minaccia silenziosa per la salute globale, e contribuisce significativamente allo sviluppo di malattie croniche; è necessario trovare modi innovativi per motivare le persone ad essere più attive considerando fattori come età, ambiente e contesto culturale, e rendendo l'attività fisica accessibile e sostenibile dal punto di vista economico per tutti. Potremo così ridurre il rischio di malattie croniche non trasmissibili e creare una popolazione più sana e produttiva»

(Rüdiger Krech, direttore della promozione sociale della Salute dell'OMS)

3.3.1 *National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022*

Lo studio *National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022* è stato pubblicato il 25 giugno 2024 sulla rivista The Lancet Global Health. È stato il frutto del lavoro coordinato dei Ricercatori dell'OMS insieme a Colleghi accademici ed evidenza che la tendenza alla sedentarietà risulta in aumento, con una crescita del 5% dal 2010 al 2022.

Secondo i dati raccolti tramite 507 indagini in 163 Paesi, il 31% della popolazione adulta del pianeta (circa 1,8 miliardi di persone) non raggiunge i livelli minimi di attività fisica raccomandati dall'OMS (*Paragrafo 3.2*). In particolare, se il trend si dovesse confermare, si stima che la quota di Adulti inattivi potrebbe raggiungere il 35% entro il 2030.

È ineludibile il fatto che si osservino differenze regionali, di sesso e di gruppi sociali.

I tassi più elevati di inattività fisica interessano le regioni ad alto reddito dell'Asia Pacifica (48%) e l'Asia del sud (45%). Tuttavia, nei dati ottenuti, si riscontra eterogeneità tra i vari Paesi, con percentuali del 28% per i Paesi occidentali ad alto reddito e del 14% in Oceania. Sicuramente, va reso merito ad alcuni Paesi in cui si sono registrati miglioramenti negli ultimi dieci anni. Infatti, 22 Paesi sono stati identificati come potenzialmente in grado di raggiungere l'obiettivo fissato dall'OMS nell'Agenda 2030, cioè la riduzione del 15% dell'inattività fisica della popolazione adulta e degli Adolescenti.

I livelli di sedentarietà delle Donne (34%) risultano più alti rispetto a quelli degli Uomini (29%). Addirittura, in alcuni Paesi, lo scarto ammonta ad una differenza di 20 punti. Inoltre, gli Over60 sono meno attivi dei Soggetti più giovani.

Quindi, questi dati sono in accordo con quanto riscontrato dagli ultimi rapporti dei programmi di sorveglianza *Passi* e *Passi d'argento*. In Italia, gli Adulti (tra i 18 ed i 69 anni) fisicamente attivi sono il 48% della popolazione; quelli che lo sono solo parzialmente, il 24%; mentre i Sedentari, il 28%. La sedentarietà aumenta con l'avanzare dell'età: aggirandosi intorno al 24% tra i 18 e i 34, con una crescita fra i 50 ed i 69 anni, per raggiungere il 33%.

3.3.2 *Cause*

Spesso, un prodotto nazionale lordo elevato o in crescita si associa a livelli di attività fisica bassi o in calo.

La diminuzione dell'attività fisica è dovuta a comportamenti sedentari in casa e sul lavoro, uniti all'inazione durante il tempo libero. Allo stesso modo, contribuisce un incremento dell'utilizzo di mezzi di trasporto passivi (automobile, autobus, ecc.).

Diversi fattori ambientali, collegati all'urbanizzazione, possono scoraggiare le Persone dal diventare più attive, come: paura della violenza e del crimine nelle aree all'aperto; alta densità di

traffico; cattiva qualità dell'aria; assenza di parchi, marciapiedi, nonché di impianti sportivi e ricreativi.

3.3.3. *Rischi*

L'inattività fisica, in aumento in molti Paesi, è il quarto più importante fattore di rischio di mortalità a livello mondiale, causando il 6% di tutti i decessi: circa 3,2 milioni di Persone muoiono ogni anno perché non risultano sufficientemente attive. Tale fattore, si colloca allo stesso livello dell'iperglicemia (6%), superato soltanto dall'ipertensione sanguigna (13%) e dal consumo di tabacco (9%).

Ne consegue un aggravamento del quadro delle malattie non trasmissibili, che si ripercuote negativamente sulla salute mondiale. Le Persone insufficientemente attive presentano un rischio di mortalità più elevato, dai venti ai trenta punti percentuale, rispetto a Persone impegnate in almeno trenta minuti di attività fisica di intensità moderata nella maggior parte dei giorni della settimana.

L'inattività fisica è la causa principale di circa: il 21-25% dei tumori della mammella e del colon, il 27% dei casi di diabete, il 30% delle malattie cardiache ischemiche.

In particolare, è possibile analizzare il legame tra sedentarietà ed effetti negativi nei gruppi d'età presi in considerazione precedentemente (*Parte II - Paragrafo 3.2*).

Nei Bambini e negli Adolescenti si riscontrano: incremento ponderale a favore della massa grassa, nonché peggioramento della salute cardiometabolica, della forma fisica e condotta comportamentale/comportamento pro-sociale, oltre alla riduzione della durata del sonno.

Negli Adulti e negli Anziani aumenta l'incidenza di malattie cardiovascolari, cancro e DM2. Quindi, la mortalità per tutte le cause ma, in particolare, per malattie cardiovascolari cancro.

3.3.4 *Un tentativo per aumentare il livello di attività fisica: il Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030 (GAPPA)*

La pratica regolare di attività fisica contribuisce al miglioramento della salute psicofisica, con ricadute positive sul Singolo, così come sulla società intera. Alla luce di ciò, in contrasto con i dati preoccupanti rispetto alla sedentarietà, si rendono necessari sforzi collettivi, tra coloro che rivestono ruoli governativi e non, al fine di investire maggiormente in nuove soluzioni capaci di coinvolgere le persone meno attive e ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle misure che promuovono l'attività fisica.

A Tal scopo, l'OMS ha lanciato il *Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030 (GAPPA)*, finalizzato gli Stati nell'incentivare la promozione dell'attività fisica.

L'OMS, con questo documento, si allinea agli obiettivi di sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goals, SDG*) dell'Agenda 2030, adottata il 25 settembre 2015 tramite la Risoluzione dell'Assemblea Generale dell'ONU, con l'obiettivo di ridurre del 15% la sedentarietà entro il 2030.

Pertanto, il Piano illustra *4 obiettivi strategici*, raggiungibili attraverso *20 azioni* universalmente applicabili a tutti i Paesi, ciascuno rispettato nella sua specificità. Infatti, l'OMS rifiuta un'unica linea di intervento: le azioni devono essere adattate alle caratteristiche, ai bisogni e ai risultati già raggiunti dai singoli Paesi.

I 4 obiettivi strategici:

1. Creare società attive

Quattro azioni (interventi di natura politica) sono state proposte al fine di promuovere comportamenti sociali positivi, attraverso la conoscenza, la comprensione e la consapevolezza sui benefici dell'attività fisica regolare.

2. Creare ambienti di vita attivi

La realizzazione ed il mantenimento di luoghi, cittadini e comunitari, sicuri, in cui tutte le Persone, indipendentemente da età e status socio-economico, possano accedere equamente per dedicarsi all'attività fisica regolare, è l'obiettivo che viene perseguito attraverso *cinque azioni*.

3. Promuovere stili di vita attivi

Programmi e opportunità per aiutare Individui, famiglie, comunità ad impegnarsi nella attività fisica regolare possono essere delineati con l'aiuto di *sei azioni*.

4. Creare sistemi attivi orientati alla promozione dell'attività fisica e della salute

Cinque azioni garantiscono gli investimenti necessari per rafforzare la gestione ed il coordinamento a livello internazionale, nazionale e locale, al fine di aumentare l'attività fisica e ridurre la sedentarietà.

L'OMS, in relazione a tali azioni più generiche, ha provveduto a fornire anche una lista esemplificativa di alcune azioni pratiche. Di seguito, alcuni esempi:

- attuare campagne di comunicazione e marketing sociale;
- promuovere eventi di massa dedicati all'attività fisica, negli spazi pubblici e con accesso gratuito per l'intera comunità;
- promuovere programmi di educazione fisica, sport e gioco nelle scuole e nei luoghi di lavoro;
- incoraggiare gli spostamenti a piedi ed in bicicletta migliorando le reti pedonali e ciclabili;
- potenziare l'accesso a spazi pubblici e aperti verdi, spazi ricreativi o strutture sportive;

3.4 Conclusione

La promozione dell'attività fisica risulta complessa perché richiede l'interazione, a livello nazionale, della leadership sanitaria con altri settori, come: Istruzione, Sport, Cultura, Urbanistica, Economia, ecc.

Per raggiungere questo obiettivo, oltre a realizzare interventi efficaci e sostenibili tramite la collaborazione di più settori a livello nazionale, regionale e locale, è necessario affrontare ostacoli ambientali e deterrenti sociali o individuali all'attività fisica.

Tuttavia, appare evidente che *l'industria del fitness, del wellness e dello sport*, risulti l'unica soluzione fino ad ora trovata per contrastare l'immobilismo dei corpi.

4. ATTIVITÀ FISICA ED IPERATTIVITÀ

4.0 Introduzione

Nella *Parte II - Capitolo 3*, è stata opportunamente fornita la definizione di *esercizio fisico*, come: «l'attività fisica in forma strutturata, pianificata ed eseguita regolarmente».

Il DSM-4 ha introdotto il concetto di *esercizio fisico eccessivo*. Quindi, i termini, ben noti, *esercizio* e *fisico*, sono stati affiancati dall'aggettivo *eccessivo*. L'APA, con questa espressione, si riferiva ad una forma di attività praticata da un numeroso sottogruppo di Soggetti affetti da BN. Ovviamente, tale definizione mette in risalto l'aspetto *quantitativo* dell'esercizio. Tuttavia, non prende in considerazione quella *qualitativa*, altrettanto rilevante nel prevedere la psicopatologia specifica dei DA (Adkins, Keel, 2005). Infatti, tipicamente, quantità e qualità sono correlate. Di conseguenza, adottare l'espressione *esercizio fisico eccessivo e compulsivo* appare più adeguato nel delineare l'attività fisica non salutare praticata in questi casi (Dalle Grave, 2008; Dalle Grave, Calugi, Marchesini, 2008).

L'esercizio fisico eccessivo e compulsivo è una rilevante caratteristica clinica dei DA: in alcuni Pazienti, soprattutto maschi, precede la restrizione dietetica (Davis C, Katzman, 1997) (*Parte I - Capitolo II*); mantiene la psicopatologia specifica dei DA (Fairburn, Cooper, Shafran, 2003); può arrivare a provocare significativi danni fisici (Yager, Andersen, 2005) e consente di prevedere la scarsa adesione al trattamento da parte di Pazienti con AN (Strober, Freeman, Morrell, 1997), ostacolando il recupero del peso (Solenberger, 2001).

Un esercizio fisico di questo tipo è un aspetto strettamente associato alla psicopatologia del DA (Mond, Hay et al., 2006). Nei Pazienti con DA tale pratica è finalizzata a controllare più facilmente il peso, tramite l'aumento del dispendio calorico, e la forma del corpo (Dalle Grave, Calugi, Marchesini, 2008). Però, si è osservato come, in un sottogruppo di casi, venga adottato anche nel tentativo di modulare emozioni, soprattutto l'ansia e la rabbia (Fairburn, Cooper, Shafran, 2003).

4.1 Definizione

Nel momento in cui l'esercizio fisico svolto supera per frequenza, durata ed intensità quanto sarebbe opportuno per ottenere benefici per la salute, aprendosi al rischio aumentato di produrre danni fisici, viene definito *eccessivo* (Davis, Fox, et al., 1990; Davis, Fox, 1993).

Si distinguono varie modalità per realizzare esercizio fisico eccessivo (Fairburn, 2008):

- nelle *attività giornaliere di routine* (es. camminare eccessivamente, rimanere in piedi al posto di stare seduti, ecc.);
- durante le *attività sportive* (es. eccedere rispetto al piano previsto dall'allenatore, andare in palestra più volte in un giorno, ecc.);
- in *modo anomalo* (es. eseguire un numero esagerato di crunch o piegamenti).

Quando il Protagonista dell'esercizio avverte il senso soggettivo di essere obbligato o spinto a tale pratica, l'esercizio viene definito *compulsivo*. Sensi di colpa ed ansia assalgono la Persona nel momento in cui viene posticipato (Adkins, Keel, 2005; Fairburn, 2008). Quindi, per evitare questa spiacevole situazione, l'esercizio ottiene la priorità rispetto a qualsiasi altra attività (es. scuola).

4.2 Classificazione

L'esercizio fisico eccessivo e compulsivo può essere distinto in due categorie a seconda della finalità con cui viene realizzato (Fairburn, 2008):

- Esercizio fisico eccessivo e compulsivo *per controllare il peso e la forma del corpo*. È la forma più comune di esercizio praticato dai Pazienti con DA. A sua volta, può essere diviso in due sottocategorie ulteriori:
 1. esercizio fisico *di compenso*
È adottato saltuariamente, per eliminare le calorie in eccesso a seguito di una crisi bulimica. Al tempo stesso, in questa categoria rientra anche l'esercizio finalizzato a bruciare calorie per potersi concedere di mangiare.
Il trattamento terapeutico non dovrebbe affrontare direttamente questo tipo di esercizio perché tende a diminuire con la regolarizzazione dell'alimentazione.
 2. esercizio fisico *non di compenso*
In questo caso, l'esercizio è paragonabile ad una rigida dieta perché viene praticato regolarmente, indipendentemente dalle calorie assunte.
Diventa un rituale che condiziona la giornata. Uno schema motorio che consiste in azioni ripetute svariate volte nell'arco giornata, ma in specifici momenti. Ad esempio: appena svegli, a ridosso o subito dopo i pasti, prima di andare a dormire o durante la notte.
Tipicamente, gli esercizi consistono in movimenti eseguiti in maniera meccanica, in modo continuo e veloce. Infatti, ciò deve essere funzionale a raggiungere un'intensità tale da ottenere il maggior dispendio calorico possibile.
Allora, si rende necessario un intervento diretto durante il trattamento, migliorandone progressivamente la gestione.
- Esercizio fisico eccessivo e compulsivo *per modulare le emozioni*. È adottato dal sottogruppo di Pazienti che non sono in grado di gestire funzionalmente alcuni stati emotivi, cercando di eliminare emozioni che non tollerano o modificare come si sentono (Fairburn, Cooper, Shafran, 2003).
In questo caso, i comportamenti tipici includono autolesionismo, ad esempio strapparsi i capelli o tagliarsi (Claes, Vandereycken, Vertommen, 2001) o l'assunzione di sostanze psicoattive, come alcool o benzodiazepine (Bulik, Klump, et al. 2004; Holderness, Brooks-Gunn, Warren, 1994). A questi, nel caso di Pazienti con DA, vanno aggiunte, ad esempio, abbuffate, per poi indursi il vomito o esercitarsi in modo eccessivo e compulsivo.

4.3 Prevalenza

La prevalenza dell'esercizio fisico eccessivo e compulsivo nei Pazienti con DA varia dal 39% (Shroff, Reba et al, 2006) al 45.5% (Dalle Grave, Calugi, Marchesini, 2008). È più frequente nei Pazienti con AN rispetto a quelli con BN o DA NAS (Dalle Grave, Calugi, Marchesini, 2008; Shroff, Reba et al, 2006).

4.4 Caratteristiche cliniche associate

Questi Pazienti, rispetto a quelli affetti da DA e indipendenti da esercizio fisico eccessivo e compulsivo, sono contraddistinti da maggiori sintomi e tratti del disturbo ossessivo e compulsivo (Davis, Kaptein, 2006). L'osservazione dell'associazione tra la psicopatologia dei DA e specifici tratti di personalità (es. bassa ricerca della novità, perfezionismo, ossessività e compulsività), potrebbe rendere ragione alla tendenza dei Pazienti ad esercitarsi da soli, tollerando esercizi monotoni e ripetitivi (Dalle Grave, 2008).

In generale, mostrano: più giovane età e più basso IMC, maggiore preoccupazione per il peso e la forma associata ad una più severa restrizione dietetica. A ciò, si aggiungono punteggi più elevati nelle scale che valutano: perfezionismo (Dalle Grave, Calugi, Marchesini, 2008), ossessività,

compulsività, persistenza (Shroff, Reba et al., 2006) e ansia (Shroff, Reba et al., 2006; Penas-Lledo, Vaz Leal, Waller, 2002). Al contrario, si associano punteggi più bassi di ricerca della novità (Dalle Grave, Calugi, Marchesini, 2008; Shroff, Reba et al., 2006).

In contrasto, i Pazienti che non sono caratterizzati da questo tipo di esercizio, presentano una maggiore prevalenza di episodi bulimici, uso di lassativi e vomito autoindotto (Dalle Grave, Calugi, Marchesini, 2008; Brewerton, Stelfox, 1995).

4.4.1 Focus: associazione tra restrizione dietetica ed esercizio fisico eccessivo e compulsivo

Diversi studi indicano una potenziale associazione tra restrizione dietetica ed esercizio fisico eccessivo e compulsivo.

Uno studio eseguito presso la Casa di Cura Villa Garda ha trovato che un predittore importante della quantità di esercizio fisico eseguito, e dell'eventuale iperattività, siano i punteggi della sottoscala *restrizione* dell'intervista *Eating Disorder Examination*, EDE (Dalle Grave, Calugi, Marchesini, 2008).

Un altro studio ha trovato un'associazione tra esercizio eccessivo e restrizione alimentare nei casi di AN (Holtkamp, 2003).

Studiando gli animali è stato riscontrato come i ratti, a seguito della deprivazione alimentare, incrementino il proprio movimento (Exner, 2000; Pirke, 1993). Tuttavia, è possibile sopprimere l'iperattività, sia prima che durante il suo verificarsi (Exner, 2000), tramite la somministrazione di leptina.

Un'analoga associazione tra esercizio fisico eccessivo e bassi livelli di leptina è stata evidenziata anche in un campione di Pazienti con AN (Holtkamp, 2003). Questa osservazione è stata adottata a supporto dell'ipotesi che un aumento dei livelli di attività fisica possano essere indotti proprio da bassi livelli di leptina dovuti alla restrizione calorica. Tuttavia, l'associazione tra ipoleptinemia e l'incremento di attività fisica, non è stata confermata dai modelli sperimentali negli animali di laboratorio e negli esseri umani (Hebebrand, 2000).

Inoltre, non è chiaro se sia la restrizione dietetica *cognitiva*¹ o *calorica*² ad innescare il meccanismo che induce all'iperattività.

L'ipotesi che i processi cognitivi potrebbero essere più importanti degli effetti biologici della restrizione alimentare è sostenuta dal ruolo di predittore dell'esercizio eccessivo e compulsivo della sottoscala *restrizione* dell'intervista EDE, in qualità di misura della dimensione cognitiva della restrizione alimentare, così come dal fatto che la psicopatologia dei DA si correla positivamente con l'esercizio (Dalle Grave, Calugi, Marchesini, 2008).

¹*Restrizione calorica cognitiva*: tentativo di limitare l'alimentazione al fine di modificare il peso e la forma del corpo, indipendentemente dal fatto che ciò determini un effettivo bilancio calorico negativo e un calo ponderale.

²*Restrizione dietetica calorica*: la limitazione nell'assunzione di cibo determina un bilancio energetico negativo e una perdita di peso.

4.5 Conseguenze

L'esercizio fisico eccessivo e compulsivo, attraverso diversi meccanismi, può contribuire al perpetrarsi del DA (Dalle Grave, 2008):

- può contribuire alla conservazione di un basso peso corporeo nel momento in cui è associato al limitato introito calorico a livello alimentare.
- Può accrescere l'importanza attribuita a peso e forma corporea nonché, il relativo controllo. Infatti, maggiore è la frequenza e l'intensità con cui si pratica esercizio finalizzato al controllo di peso e aspetto corporeo, maggiore è il carico di aspettative che si riversa sugli stessi. Di conseguenza, per timore di non riuscire a raggiungere gli obiettivi prefissati, crescono le preoccupazioni correlate ad essi.

- Quando viene adottato come strategia compensativa, favorisce l'allentamento del controllo alimentare e l'esplosione di crisi bulimiche perché il Paziente si convince che possa bruciare le calorie introdotte in eccesso (Fairburn, 2008).
- Se l'esercizio assume un valore rituale e diventa una priorità rispetto a qualsiasi altra attività quotidiana, ne risulta favorito anche l'isolamento sociale. Infatti, tipicamente, i Pazienti si esercitano da soli, riducendo il tempo libero a disposizione da poter condividere con gli Altri. Ovviamente, in un circolo vizioso, la marginalizzazione della vita sociale è un ulteriore aspetto che alimenta l'importanza eccessiva attribuita al peso e alla forma del corpo, favorendone il controllo (Fairburn, 2008).
- Può costituire un comportamento disfunzionale per gestire le proprie emozioni. In questo caso, si crea una sinergia tra due diversi meccanismi che favoriscono il mantenimento del DA: la modulazione del tono dell'umore unita al controllo del peso e della forma del corpo.

Tra le altre conseguenze negative si riscontra l'aumento del rischio di lesioni da sovraccarico. In particolare, nei Pazienti sottopeso, aumenta il rischio di fratture (Haddad et al., 1997) e complicazioni cardiache (Olivares et al., 2005)

4.5.1 Focus: associazione tra magrezza eccessiva e densità minerale ossea

Una delle complicazioni mediche che si riscontrano con maggiore frequenza nell'AN consiste nella riduzione della densità minerale ossea (BMD). Quasi il 90% delle Donne con AN ha valori di BMD al di sotto della media delle Donne della stessa età. Successivamente, il problema accompagna circa la metà di queste Pazienti negli anni: solo il 50-60% riesce a recuperare anche due decenni dopo la diagnosi iniziale (Fazeli, Klibanski, 2018).

In particolare, secondo i dati disponibili, questa condizione interessa l'85% circa delle Donne affette da AN, con un conseguente aumento di sette volte del rischio di fratture spontanee rispetto ai controlli sani. Non solo le Donne, ma anche gli Uomini affetti da AN sono colpiti da osteopenia³ ed osteoporosi³.

La perdita ossea nei Pazienti con AN è multifattoriale: è il risultato degli effetti diretti della denutrizione, di uno squilibrio di ormoni sessuali e di altri fattori endocrini. Quindi, comprendono: ipoestrogenismo, ipoandrogenismo, malnutrizione, ridotta massa corporea magra e ipercortisolemia. Nonostante i livelli elevati di ormone della crescita (GH), il fattore di crescita insulino-simile 1 (IGF-1) è ridotto, a causa di uno stato acquisito resistente al GH. Un ruolo può essere svolto anche dall'aumento dei livelli di grelina e peptide AA (Misra, Klibanski, 2006; Teng, 2011).

Tipicamente, l'AN insorge in adolescenza, quando la massa ossea è soggetta ad un importante crescita, per raggiungere il picco all'età di circa 25-30 anni. Quindi, può portare a una riduzione trabecolare e corticale della BMD molto rapidamente (circa 6 mesi).

Trovare strategie terapeutiche per recuperare la massa ossea persa è fondamentale. Tuttavia, la maggior parte dei trattamenti adottati (es. terapia ormonale sostitutiva o pillola contraccettiva orale), sono in grado di ottenere solo piccoli miglioramenti della BMD.

Il gruppo dell'Unità di Riabilitazione Nutrizionale della Casa di Cura Villa Garda è stato autore di una revisione sistematica in cui ha valutato gli effetti del recupero del peso sulla BMD negli Adolescenti affetti da AN (Ghoch et al., 2016). Gli Autori hanno esaminato 1.156 articoli, dei quali, 19 studi hanno soddisfatto i criteri di inclusione e, dalla loro analisi, è risultato che:

1. in sei studi l'aumento e la normalizzazione di peso sono risultati correlati alla stabilizzazione della BMD dopo un anno di follow-up rispetto al basale.
2. Sette studi, con periodi di follow-up più lunghi (circa 16 mesi), hanno osservato miglioramenti significativi della BMD.
3. Uno studio ha dimostrato che, dopo 40 mesi di follow up di salvaguardia del normopeso, può essere ottenuta la normalizzazione della BMD.
4. Uno studio concluso che gli Adolescenti maschi con AN che hanno normalizzato il loro peso ($BMI \geq 19$), hanno ottenuto un importante incremento della BMD e del tasso di

accumulo di minerali nell'osso. Addirittura, il doppio rispetto ai maschi Adolescenti sani. Invece, Quelli affetti da AN, che aumentano di peso, pur restando sottopeso, hanno un'ulteriore perdita di BMD.

I primi due risultati, sostenuti da una forte evidenza, possono essere considerati robusti. Invece, il terzo e il quarto, derivando da singoli studi, necessitano di ulteriori conferme.

Comunque, da questa revisione della letteratura, l'aumento di peso può essere riconosciuto come strategia efficace per promuovere l'aumento della BMD negli Adolescenti con AN. Tuttavia, il limite è rappresentato dal fatto che questo processo è lento perché i miglioramenti sono rilevabili solo a 16 mesi di follow-up ed una vera e propria normalizzazione della BMD sembra verificarsi solo dopo tre o quattro anni di mantenimento di una condizione di normopeso e la ripresa di ciclo mestruale regolare.

³*Osteopenia ed osteoporosi*: la condizione di *osteopenia* indica un basso livello di densità ossea che precede la successiva e più grave fase di *osteoporosi*.

4.5.2. Focus: associazione tra magrezza eccessiva e complicanze cardiache

Nella *Parte II - Capitolo 3* è stato sottolineato come l'attività fisica eserciti un'influenza positiva sulla salute cardiovascolare del Soggetto adulto.

Tuttavia, non mancano osservazioni che hanno dimostrato come nei Soggetti giovani in cui si instaura il connubio tra restrizione alimentare, con conseguente carenza energetica, ed elevato impegno psicofisico in discipline con significativo impatto aerobico, si verifichino ripercussioni organiche negative. Inizialmente, questa condizione è oscurata da una prima fase in cui il Soggetto è in grado di raggiungere alti livelli di attività fisico-sportiva e risultati.

La restrizione calorica, la carenza di estrogeni e l'esercizio eccessivo-compulsivo perpetrati nel tempo, producono effetti indipendenti e combinati sul sistema cardiovascolare.

Le complicanze più temibili sono rappresentate dalle aritmie ventricolari e, tra di esse, la *torsione di punta* costituisce il substrato di morte improvvisa di cui l'incidenza, in questo tipo di popolazione, è cinque volte maggiore che nella popolazione generale.

Gli Adolescenti con AN presentano significative anomalie cardiache funzionali e strutturali, ma il recupero di un peso corporeo adeguato consente un miglioramento. Questo è stato illustrato dallo studio condotto da Olivares e collaboratori (Olivares et al., 2005). Lo scopo dello studio consisteva nel valutare le anomalie cardiache in un gruppo di giovani Donne con AN.

In particolare, 40 giovani donne con AN sono state valutate, al momento della diagnosi e al follow-up (da 9 a 18 mesi dopo), confrontandole con altrettante donne sane, della stessa età e di peso normale.

L'aspetto funzionale è stato valutato tramite la misurazione dell'intervallo QT misurato da elettrocardiogrammi di superficie. La dispersione del QT è stata definita come la differenza tra il QT massimo e il QT minimo che si verifica in una qualsiasi delle 12 derivazioni. Il diametro telediastolico del ventricolo sinistro, il diametro telesistolico del ventricolo sinistro, la massa del ventricolo sinistro, l'indice di massa del ventricolo sinistro, la gittata cardiaca, l'accorciamento frazionale e l'eiezione frazionale sono stati misurati tramite ecocardiografia.

Nei Pazienti con AN, l'intervallo QT corretto e la dispersione del QT sono diminuiti significativamente dall'inizio al follow-up. La dimensione telediastolica del ventricolo sinistro, l'indice di massa del ventricolo sinistro e la gittata cardiaca nell'AN erano significativamente inferiori alla diagnosi rispetto al follow-up dopo il ripristino di una condizione di normopeso.

Nella Review di Giovinazzo e Collaboratori, (Giovinazzo et al., 2018) le complicanze cardiovascolari dell'AN sono state distinte in: *alterazioni del ritmo e della conduzione*, *alterazioni del sistema endoteliale* e, in minima parte, *alterazioni strutturali*.

Alterazioni del ritmo e della conduzione

Fin dalle prime fasi della patologia, si presenta un'iperattività vagale concomitante ad una ridotta attività simpatica, ciò causa un'alterata variabilità circadiana della frequenza cardiaca e, soprattutto, *bradicardia sinusale* (Yahalom et al., 2013). Tipicamente, non si è in presenza di

Soggetti ad elevata fitness cardiovascolare ma di atleti con DA, in cui la bradicardia spiccata rappresenta un elemento di instabilità fisiologica.

La bradicardia può osservarsi anche quando si instaura un'alterazione del sistema di conduzione e richiedere un attento monitoraggio.

A questo vanno aggiunti *ipotensione* e le *alterazioni ortostatiche* della *frequenza* o della *pressione*.

L'*ipotensione*, dovuta alla deplezione cronica del volume ventricolare e a significative variazioni posturali in ortostatismo, può essere presente nell'85% dei casi, causando episodi vertiginosi, fino a sincopi da bassa portata. Ciò si verifica a fronte di un aumento delle resistenze vascolari e contemporaneamente, a causa del basso peso corporeo, di un ridotto ritorno venoso.

Il *prolungamento dell'intervallo QT* dell'elettrocardiogramma è riportato molto spesso (Day et al., 1990). È espressione di problemi nella ripolarizzazione ventricolare e possibile causa di extrasistolia, oltre che fattore scatenante di aritmie ventricolari, tra cui la *torsione di punta*. La soglia sopra la quale il rischio di aritmie ventricolari è significativamente aumentato è rappresentata da un $QTc > 500ms$ e una dispersione del $QTc > 60ms$. Di conseguenza, è necessario un costante monitoraggio elettrocardiografico e un'attenta valutazione dei parametri ematochimici per la sicurezza del Paziente (Swenne et al., 1999).

Altre volte occorre ricordare che il tratto QT può manifestarsi entro limiti normali o solo lievemente aumentati a riposo e divenire invece severamente prolungato durante esercizio fisico, costituendo una grave minaccia in questi Soggetti, così esposti ad impegno fisico elevato.

Oltre a monitorare le alterazioni del QT, è necessario tenere sotto controllo anche altre modificazioni elettrocardiografiche secondarie a diverse *deplezioni elettrolitiche*. Per esempio, a seguito dell'abuso di diuretici o lassativi e al vomito autoindotto, si può verificare l'*ipokaliemia* (riduzione della concentrazione sierica di potassio) che, se associata ad *ipomagnesiemia*, aumenta significativamente il rischio di torsione di punta e di fibrillazione ventricolare.

Alterazione del sistema endoteliale

L'esercizio fisico eccessivo, associato al deficit energetico, può determinare un intenso stress ossidativo a livello del miocardico, oltre a conseguenze sulla funzionalità della parete arteriosa. Infatti, l'aterosclerosi e le eventuali complicanze ischemiche sono precedute da alterazioni del microcircolo e da disfunzione della parete arteriosa endoteliale, clinicamente silenti all'inizio.

L'attività fisica produce effetti favorevoli, tra cui anche il miglioramento della vasodilatazione endotelio-dipendente e l'incremento della contrattilità miocardica. Tuttavia, condizioni di prolungato stress fisico, in concomitanza di grave carenza energetica, causano: alterazione del sistema endoteliale in presenza di ridotta sintesi dell'ossido nitrico endoteliale, aumento dello stress ossidativo, alterazione della cascata della coagulazione, alterata regolazione dei fattori associati all'infiammazione (Montero et al., 2015).

L'ossido nitrico presenta proprietà antiaterosclerotiche, ma in presenza di una sua ridotta disponibilità, si verifica una disfunzione endoteliale. Ne conseguono: alterazioni del ritmo cardiaco, in specie la bradiaritmia, e l'alterato profilo pressorio.

Il colesterolo totale ed il colesterolo-LDL presentano correlazione inversa con la vasodilatazione endotelio-dipendente a causa della maggiore ossidazione di LDL prodotta dall'aumentato stress ossidativo.

Altri substrati facilitano l'instaurarsi delle alterazioni microvascolari, soprattutto le modificazioni neuroendocrine (ipercortisolemia, alterazioni del sistema GH-IGF-1) coinvolte nello sviluppo di patologie cardiovascolari, come l'aterosclerosi precoce.

Alterazioni strutturali

In condizioni di grave carenza energetica, alterazioni strutturali simili a quelle che si riscontrano nelle cardiomiopatie, sono state riportate con minore frequenza.

Le cause possono essere costituite da diversi fattori: ipovolemia secondaria a restrizione calorica, squilibri ormonali, carenza di gruppi vitaminici (es. tiamina, la cui forma attiva è il coenzima coinvolto nel metabolismo dei carboidrati e nella produzione di energia sottoforma di ATP).

4.6 Valutazione diagnostica

Il primo step, per riconoscere il Paziente affetto da DA e sopraffatto da esercizio fisico eccessivo e compulsivo, consiste nell'osservare il suo comportamento all'interno dello studio medico stesso. Infatti, tipicamente, questi Soggetti: rimangono in piedi e camminano nella sala d'attesa; durante la visita, si siedono senza appoggiarsi sullo schienale; addirittura, in alcuni casi, sono restii nel sedersi a seguito della specifica richiesta del Medico.

Ovviamente, per ottenere maggiori dettagli rispetto la natura dell'esercizio, il Terapeuta dovrebbe valutare, rispetto all'esercizio stesso:

- *la natura eccessiva*
Diversi Autori hanno indicato delle soglie, superate le quali, l'esercizio sarebbe definito come *eccessivo*. Ad esempio, più di tre ore al giorno (Shroff et al., 2006), almeno cinque volte la settimana per un'ora senza fermarsi (Penas-Lledo, Vaz Leal, Waller, 2002), almeno cinque giorni la settimana negli ultimi tre mesi (Fairburn, Marcus, Wilson, 1993). Eppure, le varie definizioni risultano puramente arbitrarie ed aperte alle critiche. Quindi, non esistono criteri condivisi per poter stabilire che l'esercizio sia effettivamente *eccessivo*.
Gli indici adottabili più utili sono quelli proposti dal DSM-4, cioè: un esercizio che «interferisce significativamente con attività importanti, che si verifica in ore e in luoghi impropri o continua nonostante gli infortuni o le complicanze mediche».
- *la natura compulsiva*
Un tentativo di valutare questa dimensione può essere costituito dal rivolgere al Paziente domande rispetto al fatto se si senta obbligato svolgere esercizio o se sia assalito da sensi di colpa nel caso in cui non possa esercitarsi per qualsiasi motivo.
Tuttavia, soprattutto nelle fasi iniziali della valutazione e del trattamento, è piuttosto raro che si ottenga una domanda sincera perché il Paziente mette in atto strategie difensive per proteggere i meccanismi che ha innescato.
- *la funzione*
Sarebbe necessario approfondire se il Paziente si eserciti per bruciare calorie in modo da controllare o modificare il peso e la forma del corpo. Oppure, se l'esercizio sia in grado di assolvere altre funzioni, come facilitare la regolazione emotiva.
La strada che si percorre tipicamente consiste nel porre domande al Paziente, sempre tenendo conto delle stesse limitazioni punto precedente.

4.7 Influenza sull'esito del trattamento

Secondo alcuni studi, l'esercizio fisico eccessivo e compulsivo potrebbe essere in grado di prevedere una scarsa adesione al trattamento da parte di Pazienti con AN, risultando associato ad un trattamento ospedaliero di maggiore durata (Solenberger, 2001) e ad intervallo temporale più breve riguardo una possibile ricaduta (Strober, Freeman, Morrell, 1997). A ciò si aggiunge il già citato studio condotto a Villa Garda che ha evidenziato come l'esercizio fisico eccessivo-compulsivo sia un predittore di minor miglioramento della psicopatologia specifica del DA valutata con l'EDE (Dalle Grave, Calugi, Marchesini, 2008).

A questo punto, è ineludibile quanto sia importante adottare inedite strategie specifiche, capaci di includere la figura del *chinesiologo* all'interno dell'equipe multidisciplinare, per affrontare questo comportamento disfunzionale nell'ambito dei DA.

4.8 Trattamento

Allo stato attuale, la Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT) sembra essere il miglior trattamento disponibile. Nel caso dei Pazienti ospedalizzati, è accettata positivamente, riducendo frequenza e durata dell'esercizio. Nella sua forma migliorata, CBT-E, (Fairburn, 2008) e nell'adattamento sviluppato presso la Casa di Cura Villa Garda (Dalle Grave, Bohn et al., 2008),

l'esercizio fisico eccessivo e compulsivo viene affrontato tramite una serie di procedure e strategie.

4.8.1 Monitoraggio dell'esercizio

Il Terapeuta, nel momento in cui sospetta la presenza di un esercizio di questo tipo, chiede al Paziente di monitorare frequenza, durata e natura dell'attività in una apposita *scheda di monitoraggio*.

L'uso di un contapassi per due giorni consecutivi, nel caso in cui il Paziente non risultasse consapevole del suo esercizio eccessivo, sarebbe sufficiente per delineare un quadro reale dell'ammontare di attività quotidiana (Dalle Grave, 2005).

È comune che i Pazienti siano in grado di realizzare una quantità due-tre volte superiore rispetto a quella necessaria per uno stile di vita attivo e salutare, fino a 20.000-30.000 passi ogni giorno (Richardson et al., 2008).

4.8.2 Educazione

Il Paziente deve essere messo nella condizione di poter acquisire la consapevolezza delle conseguenze negative esercizio fisico eccessivo e compulsivo. Quindi, è necessario che Terapeuta e Paziente si confrontino su vari punti.

In primis, è indispensabile riconoscere come l'esercizio fisico eccessivo e compulsivo sottragga troppo tempo, parte del quale potrebbe essere investito diversamente, in modo costruttivo piuttosto che distruttivo: interagire con altre Persone, studiare, coltivare hobby, ecc.

Quindi, il Paziente deve comprendere come una pratica del genere possa aumentare il rischio di lesioni. In particolare, nei soggetti sottopeso, si incorre più facilmente in fratture e complicazioni cardiache.

Infine, il Terapeuta deve illustrare come l'esercizio sia un imponente meccanismo per il mantenimento dei DA. Quindi, costituisce un ostacolo al trattamento, rallentando il recupero del peso, aumentando la durata della terapia e il tasso di ricaduta.

4.8.3 Strategie

Nel caso in cui il Paziente pratichi sport agonistico, la prassi prevede l'interruzione di allenamenti e competizioni perché l'intensità della pratica costituisce un meccanismo di mantenimento del DA. In un secondo momento, il Paziente, confrontandosi con il Terapeuta, avrà la possibilità di discernere fattori positivi e negativi della ripresa dell'attività agonistica.

Tuttavia, l'attività motoria non deve essere demonizzata. Infatti, se personalizzata e adattata alle condizioni del Singolo (anche in sottopeso), è capace di aiutarlo fisicamente e psicologicamente. Un'attività fisica salutare può rappresentare una soluzione per interrompere l'esercizio eccessivo e compulsivo. In questo contesto, il Terapeuta potrebbe aiutare il Paziente a trovare l'opportunità per tornare ad esporsi socialmente (es. suggerendo un luogo dove ricevere lezioni in gruppo).

Il Terapeuta dovrebbe aiutare i Pazienti che hanno adottato l'esercizio fisico eccessivo e compulsivo allo scopo di modulare le emozioni, a individuare comportamenti funzionali in grado di sostituirlo (es. ascoltare musica o parlare con delle persone).

Ovviamente, si tratta di un percorso a tappe. Spesso, è necessario che il Terapeuta scenda a compromesso con il Paziente: pensare di ottenere tutto e subito sarebbe un'utopia.

Inizialmente, il Paziente non è in grado di gestire l'impulso a esercitarsi. Quindi, può essere utile proporgli di provare a ridurre un parametro tra frequenza, durata ed intensità, con l'aiuto di un Assistente.

4.9 Il riposo

Il *riposo* è un elemento fondamentale nel *percorso di guarigione* poiché viene ignorato come *necessità biologica* e ridotto a *perdita di tempo*, nell'ostinato sforzo di essere costantemente produttivi ed in attività.

Una società basata sulla *produttività* spinge a creare il pensiero distorto del *riposo condizionato*: il riposo può essere concesso solo se è stato raggiunto un determinato standard o risultato. Di conseguenza, il parametro di riferimento per la valutazione di Sé diventa il proprio *livello di attività*.

Uno degli obiettivi della terapia dei DA è accompagnare il Paziente al riconoscimento del riposo come un diritto, non un privilegio da conquistare. Così, il riposo diventa un atto di cura verso Se Stessi, concedendo il tempo di guarire al corpo e di elaborare emozioni alla mente. Solo in questo modo è possibile ricostruire un equilibrio di vita sano e sostenibile.

5. I PROBLEMI DEL NOSTRO TEMPO: IL MODELLO CORPOREO ESTETICO E MECCANICISTICO-FUNZIONALE

Nel *Paragrafo 1.1* sono state illustrate le dimensioni in cui si articola il Corpo etico: unicità e responsabilità; spazio, tempo e memoria; linguaggio; espressività e relazione; spirito e sensi; coscienza. È evidente come questo paradigma vada ben oltre il solo aspetto biologico, allontanandosi dal modello di corpo odierno.

5.1 Corpo etico vs Corpo estetico

Si è disposti ad investire denaro, tempo e preoccupazioni al fine di preservare la bellezza, il comfort e la salute del corpo. Tuttavia, ciò avviene in risposta a norme precostituite che impongono giovinezza, leggerezza, un aspetto sportivo, ecc. Quindi, in accordo con quanto evidenzia Lacroix: «In apparenza il corpo, nella nostra cultura, è fortemente valorizzato». Ne consegue che non viene esaltato il corpo *reale*, quanto uno *immaginario*, apparentemente capace di illudere ed eludere l'invecchiamento. Infatti, la *medicina estetica* è la naturale evoluzione di tale modello, nonché suo imprescindibile sostegno. In questo modo, oltre a cancellare le impronte lasciate dallo scorrere del tempo, si ha la possibilità di aggiungere ciò che si ritiene carente o ridurre ciò che appare eccessivo.

Maria Teresa Russo afferma come il corpo sia il «luogo *problematico* per eccellenza» perché è contraddistinto dall'*ambiguità*: «è un essere e un avere; unisce e contemporaneamente separa; permette di abitare il mondo, ma è anche un'insuperabile barriera tra Noi e il mondo; è soggetto e insieme oggetto; fa vivere e fa morire». In esso si sintetizzano la *possibilità* di vivere qualsiasi condizione, ma anche il *limite* della caducità, fino all'ineludibile morte.

Infatti, secondo l'Autrice, è necessario affermare la necessità di un *ethos* del corpo che renda in grado di riconoscere la sua *passività*, la sua possibilità di invecchiare e ammalarsi. Eppure, questo non deve relegare ai margini dell'esistenza, a subire, ma trasformarsi in *pazienza*, incline alla dedizione di decifrare il Senso. L'*etica* mette in evidenza il punto di contatto tra il limite *da superare*, cioè la sfida alla possibilità umana di agire, e quello *da accettare*, che è proprio ciò che, in prima istanza, genera la propria libertà.

5.2 Körper VS Leib

Nella *Parte II - Capitolo 3* sono stati riportati i dati delle ricerche sulla dilagante ipocinesia contemporanea e le sue ricadute negative nelle varie fasce d'età. Tuttavia, in questa condizione pandemica, l'*industria del fitness, del wellness e dello sport* è l'unica soluzione capace di muovere i corpi, ma quelli *disabitati* (Vero, 2008).

Infatti, seguendo la via tracciata da questa ramificazione dell'industria, si approda ad un'idea di corpo che è ennesimo oggetto tra gli oggetti: merce da esibire (o da nascondere, se non conforme ai canoni), mezzo di lavoro attraverso prestazioni, macchina da scomporre e studiare nei suoi componenti per la scienza.

L'intento non è quello di demonizzare il *fitness*, che nella sua dimensione originaria aveva l'intento di orientare la Persona ad una vita sana, in armonia con l'ambiente in cui vive, in cui accresce la percezione di Sé e rispettare i propri limiti. Infatti, *essere fit* dovrebbe corrispondere all'essere adattabile e «capace di incarnare la soggettività che coincide con la corporeità». Invece, al contrario, il fitness esalta un corpo «che tende ad essere adattato viene costruito, ri-costruito, modellato, iper-trofizzato, ri-composto» (Spaccapanico Proietti, 2021). Quindi, analogamente alla distinzione tra movimento (con la “m” minuscola) e Movimento (con la “m” maiuscola), è necessario distinguere il corpo, dal Corpo: l'industria del fitness mette in movimento il corpo, mentre il Movimento anima il Corpo.

Il corpo è ciò che la filosofia tedesca definisce *körper* o *körper ding* cioè, il corpo oggetto. Quindi, niente di più che l'organismo, mera biologia. Tale visione separa il corpo nelle sue parti, ne analizza le relazioni e le ordina gerarchicamente.

Invece, il Corpo è il *leib*, estraneo alla Scienza, alla Medicina, all'esercizio fisico. Infatti, *leib* è affine a *leben* (vita) e *liebe* (amore).

Essere in-forma è il concetto che riecheggia a gran voce nei centri fitness. Un approccio tanto superficiale, da non notare come, in questo modo, non si fa altro che condannare i corpi all'*uniformazione*, frutto della spasmodica ricerca di adesione ad un canone imperante, annullando ogni peculiare differenza. Attraverso le pratiche proposte dal fitness non si ha la possibilità di accedere alla *pienezza* della vita perché muovono un corpo *separato e non-integrato*.

L'antropologa medica Nancy N. Chen indagando le interconnessioni tra salute ed apparenza del corpo, ha passato in rassegna gli ideali di bellezza che si sono susseguiti negli anni, a partire dalla famosa statuetta della Venere di Willendorf: in una società di Cacciatori e Raccoglitori, la corpulenza e l'ovvia fertilità della Donna testimoniavano uno status sociale elevato, sicurezza e successo. Esiste da sempre un'idea di corpo conforme, cioè un corpo socialmente accettato, che rientra nelle norme prestabilite dal periodo storico e dal Paese preso in esame.

Oggi, la continua proliferazione di corpi magri ideali circola su scala mondiale. All'inizio degli anni 2000, una ricerca etnografica condotta in Belize ha illustrato come le popolazioni del Sud del mondo ritenessero attraenti i corpi grassi. Invece, nel 2015, l'osservazione degli stessi Partecipanti riporta un cambiamento: i corpi grassi sono considerati un problema socio-economico e vengono disprezzati.

Gli studi condotti sul *fat talk*, conversazioni incentrate su discorsi negativi rispetto a cibo, peso e corpo, hanno confermato come il fenomeno sia dilagato (Brewis, Sturtz Sreetharan, Wutich, 2018). Infatti, uno studio sui motori di ricerca ha riportato che l'espressione «Sono ingrassat*?» è digitata con la stessa frequenza su scala mondiale (Kuebler et al., 2013). Dato che lo stigma sul peso è presente ovunque, lo stesso vale per le conseguenze. Una ricerca condotta su un campione di Donne in età riproduttiva in Guatemala dimostra che i commenti sul corpo causano un livello di depressione analogo a quello dovuto alla violenza domestica, insicurezza alimentare o guerra civile (Hackman et al., 2016).

Quindi, se fino a poco tempo fa i corpi ideali erano diversi in ogni parte del mondo, la globalizzazione ha diffuso ovunque la *grasso-fobia*: Chi ha un corpo grasso viene incoraggiato a dimagrire ad ogni costo, il controllo del peso e la restrizione alimentare sono considerati comportamenti da elogiare, indipendentemente dal fatto che siano effettivamente salutari. Dunque, il concetto di *corpo conforme* si è trasformato in una gabbia in cui le Persone si ritrovano costrette ad entrare per non subire la *discriminazione grasso-fobica*. La discriminazione verso corpi grassi avviene ad ogni livello: in ambito sanitario, quando quel corpo diventa la causa di qualsiasi patologia; nella scelta dei vestiti, in cui si è tenuti a rispettare il concetto di decoro; nei media, dove la rappresentazione dei corpi è forzatamente perimetrata, dato che mostrare un corpo grasso comporterebbe la perdita di prestigio e reputazione. Il *Thin Privilege* (*Privilegio del corpo magro*) alimenta la genesi di un sistema di controllo del peso, spingendo Chiunque a sentire la colpa di avere un determinato corpo e ad interiorizzare la paura di ingrassare.

In questo scenario, i Disturbi Alimentari non possono che trovare terreno fertile.

È evidente come sia necessario andare oltre il concetto di ideale, per ritrovare un benessere ed una vitalità che partono da dentro e che riflettono un'Anima sana, che non ha nulla a che vedere con l'estetica del corpo.

Quindi, è necessario riformulare il concetto di fitness per aprirsi ad un *Movimento consapevole* che educi il Corpo, invece di allenarlo, per esperire come il mondo *esteriore* possa integrarsi con quello *interiore*, Proprio. Infatti, il *leib* è *pienezza*, prodotta dall'incontro tra «natura e storia, individualità e società, materia e spirito» (Spaccapanico Proietti, 2021). Così, il benessere non si sperimenta solo su un piano fisico, ma deriva dalla scoperta della propria interezza. Affinché tutto ciò sia possibile è necessario rinunciare alla mania del controllo, per poter dare spazio alle sensazioni, rispondendo al desiderio di *giocare* che emerge

5.3 Esercizio vs esperienza

5.3.1 Esercizio

L'esercizio è spesso protocollato, quindi quantificato e tecnicamente regolamentato. Per Chi somministra è facilmente quantificabile e per Chi esegue, basandosi sull'emulazione, è riproducibile senza difficoltà. Questa organizzazione rigorosa fa in modo che venga meno l'adattabilità creativa.

Ovviamente, addestramento, applicazione e ripetizione sono finalizzati allo sviluppo o alla conservazione di qualcosa (es. capacità).

In quest'ottica, l'aderenza ad un processo di ripetizione è la madre della conoscenza.

5.3.2 Esperienza

L'infinito è la *condizione della* propria esperienza e *per* la propria esperienza. L'esperienza è una condizione, non è un'operazione, per attraversare le molteplici manifestazioni dell'*essere ogni versione di Se*.

L'esperienza si fonda sulla possibilità di mettere alla prova le proprie risorse cognitive, sensoriali, simboliche, espressive. Quindi, si rivela qualificabile nella dimensione del Soggetto esperente, non riproducibile in maniera standardizzata poiché soggetta alla mutevole e costante variabilità dei flussi di coscienza. Risulta completamente deregolamentata e deregolamentabile, seppur orientabile. Ne consegue una conoscenza diretta, personale, personalizzata e personalizzabile. Infatti, è finalizzata al processo dell'*imparare per imparare*, piuttosto che ad uno specifico apprendimento.

Per Bernstein, l'esperienza corrisponde a «Ripetere senza ripetere». Quindi, non ripetere il risultato, ma il processo (Spaccapanico Proietti, 2024).

5.4 Il potere dimenticato del gioco

5.4.0 Introduzione

Ogni Paese, fino agli anni Settanta e Ottanta ha conservato il proprio *patrimonio ludico*, capace di rispecchiare: Storia, Cultura, Filosofia, Valori. Il *gioco*, prima del *linguaggio*, era lo strumento per tramandare questa eredità. L'appiattimento delle peculiarità culturali è tra le conseguenze della globalizzazione contemporanea, intaccando anche il gioco. Le proposte ludiche si stanno omogeneizzando: i Bambini disseminati nel globo si dedicano agli stessi giochi. Ovviamente, quando non si assiste alla sostituzione del gioco tradizionale con videogiochi o sport. Infatti, il gioco libero a cui i Bambini si dedicavano in autonomia, è stato fagocitato da quello strutturato, finalizzato.

Il terrore degli Adulti è che i Bambini possano sperimentare la *noia*, sfociando, anche involontariamente, nel trasmettere l'idea che *non avere qualcosa da fare* sia un *lusso* che non ci si possa permettere. Invece, la *noia* è terreno fertile per la fantasia e la creatività: il Bambino costruisce i giochi che gli mancano, immagina o cerca compagnia, adatta gli spazi. Se il gioco, come la vita, è una pulsione innata (*Parte II – Sottoparagrafo 10.1.1*), necessita di tempo per emergere.

5.4.1 L'abbandono della pratica ludica in età adolescenziale ed adulta: scarsa considerazione istituzionale

Il Movimento gode di una scarsa considerazione a livello istituzionale. Nella Scuola, l'Educazione Fisica è apertamente riconosciuta come *secondaria*, tempo sottratto all'apprendimento di discipline più impattanti per il futuro delle nuove generazioni.

5.4.2 L'abbandono della pratica ludica in età adolescenziale ed adulta: il problema dei contenuti

«Le istituzioni scolastiche, nel rispetto della libertà di insegnamento, della libertà di scelta educativa delle famiglie e delle finalità generali del sistema, a norma dell'articolo 8 concretizzano gli obiettivi nazionali in percorsi formativi funzionali alla realizzazione del diritto ad apprendere

e alla crescita educativa di tutti gli alunni, riconoscono e valorizzano le diversità, promuovono le potenzialità di ciascuno adottando tutte le iniziative utili al raggiungimento del successo formativo.» (D.P.R. 275/99).

Oggi, la Scuola italiana lavora dentro il quadro normativo della *autonomia scolastica*: il Docente ha un grado di libertà nella scelta delle modalità e dei contenuti, le famiglie possono decidere di mandare i Figli una scuola piuttosto che in un'altra. La Scuola dovrebbe essere quel *ponte* tra gli obiettivi generali della didattica stilati dal Governo e la loro concretizzazione, nel rispetto del diritto ad apprendere di ognuno.

Inoltre, la Scuola, riconosce e valorizza le diversità. Quindi non tiene conto della *normalità*, che non esiste. Riconosciuta la *diversità*, si devono apprezzare le potenzialità e adottare le iniziative utili a far raggiungere il successo formativo.

L'impianto normativo non è semplicemente nazionale, ma rientra in un quadro di indirizzo europeo che si è articolato tra il *quadro delle competenze europee per l'apprendimento permanente* (Racc. UE 2006/962/CE 18/12/2006) ed il *nuovo quadro europeo per delle competenze chiave per l'apprendimento permanente* (Racc. CE 2018/C 189/01 22/05/2018), sottolineando come la Scuola debba promuovere alcuni tipi di *competenze* chiave.

Gli obiettivi scolastici devono essere costruiti in modo tale da far acquisire queste competenze. L'unico modello valutativo è quello che richiama valutazione su 8 competenze:

Quadro delle competenze europee per l'apprendimento permanente

- 1) comunicazione nella madrelingua;
- 2) comunicazione nelle lingue straniere;
- 3) competenza matematica e competenze di base in scienza e tecnologia;
- 4) competenza digitale;
- 5) imparare ad imparare;
- 6) competenze sociali e civiche
- 7) spirito di iniziativa e imprenditorialità;
- 8) consapevolezza ed espressione culturale.

Nuovo quadro europeo per delle competenze chiave per l'apprendimento permanente

- 1) competenza alfabetica funzionale;
- 2) competenza multilinguistica;
- 3) competenza matematica e competenza di base in scienze e tecnologie;
- 4) competenza digitale;
- 5) competenza personale, sociale e capacità di imparare ad imparare;
- 6) competenza sociale e civica in materia di cittadinanza;
- 7) competenza imprenditoriale;
- 8) competenza in materia di consapevolezza ed espressione culturali.

A partire da questi elementi base della cultura, il sistema scuola italiano deve costruire un sistema molto più ampio e capillarizzato.

Tutto ciò è nato a livello europeo si per rispondere all'esigenza di capire quale cultura di base avesse bisogno il cittadino europeo. Infatti, la Commissione Europea deve stare al passo della globalizzazione culturale, quale processo ineludibile.

A livello italiano, l'interpretazione e la ricaduta è strutturata in un percorso educativo-formativo scolastico che va dai 3 ai 18 anni, ma con un nucleo che si colloca nella *scuola dell'obbligo* dai 6 ai 16 anni. Quindi, il quadro di indirizzo nazionale si articola tra la *Scuola dell'Infanzia ed il I ciclo di Istruzione* (Scuola Primaria e Secondaria di I grado), che seguono le *Indicazioni Nazionali*

per il Curricolo, e la Scuola Secondaria di II grado, che segue le Indicazioni Nazionali per il Liceo.

Le Indicazioni Nazionali per il Curricolo è un documento redatto nel 2012 che esplicita i traguardi per lo sviluppo delle competenze nella Scuola dell'Infanzia, nella Scuola Primaria e nella Scuola Secondaria di I grado. Nuovi Scenari (2017/2018) è un'integrazione che concerne gli elementi di cittadinanza attiva e altri piccoli elementi.

Per la Scuola dell'Infanzia, i *campi di esperienza* rappresentano le aree in cui costruire competenze, compreso *corpo e movimento*.

Nella Scuola Primaria, si distinguono gli *ambiti disciplinari*, contemplando anche l'*educazione fisica*.

Nella Scuola Secondaria di I grado, le *discipline* fanno la loro comparsa, con la permanenza dell'*educazione fisica*.

Nel corso del tempo, il concetto di *Educazione Fisica* si è evoluto.

Dall'Unità di Italia in poi, si è cominciato a pensare ad un insegnamento che riguardasse gli ambiti dell'Educazione Fisica nella Scuola. Al tempo, si definiva *ginnastica* ed aveva uno spirito legato a far maturare elementi di disciplina e di rispetto delle regole, finalizzati all'addestramento militare. L'Italia era popolata da persone prive di una componente sociale ed educativa: contadini, piccolo artigianato, nascenti embrioni industriali.

La *ginnastica addestrativa* è diventata una *ginnastica di rappresentanza*. Quindi, tesa a preparare quegli Eroi che potessero dare lustro sportivo al proprio Paese: plasmava in mentalità ed in forma fisica i Soggetti capaci di emergere. Ciò era frutto del mito dell'*eroismo* che ha anticipato la Prima Guerra Mondiale e che ha riempito lo spazio fra le due Guerre.

Verso la fine della II Guerra Mondiale ed in seguito, la *ginnastica* ha assunto un'inclinazione più *salutare* perché preludeva al preservare la propria salute fisica.

Il termine *ginnastica*, verso la metà degli Anni Sessanta, ha cominciato ad essere sostituito da quello di *educazione fisica*, in senso ampio: educarsi a gestire, far maturare e far stare bene il fisico, corrispondente all'aspetto corporeo.

Il concetto di *educazione fisica*, pur rimanendo identico nel nome, è cambiato e si è cominciato a distinguere l'*educazione sportiva*, finalizzata a raggiungere determinate prestazioni, e l'*educazione motoria*, educarsi a star bene con Se Stessi per preludere alla felicità. Tutte le aberrazioni legate a questi concetti sono derivate da una mancata comprensione in cosa consistano essi stessi: un allenamento esasperato ed esasperante, per ottenere una performance particolare, è contemplato nel processo di educazione sportiva, ma non in quello di educazione motoria.

Quindi, il concetto di *educazione fisica*, presente nel quadro normativo di riferimento, non è stato precisamente determinato. Però, nelle Scuole, sarebbe opportuno orientarsi verso l'educazione motoria.

Il denominatore comune a qualsiasi programma di *educazione motoria* dovrebbe consistere nell'educare ad una cultura che favorisca la conoscenza, il rispetto e l'amore per il proprio corpo, coltivando la naturale tendenza umana al Movimento. Ciò si realizza collocando il gioco puro al centro del percorso educativo. Invece, attualmente, si assiste alla sostituzione del gioco con due surrogati: le *attività ludiformi* e lo *sport*.

Le *prime*, presentano tutte le caratteristiche del gioco, tranne quella di essere *fine a se stesso*. Infatti, si accompagnano a fini eterodiretti: «il gioco viene accolto, ma solo se didatticamente utile e funzionale agli apprendimenti scolastici» (Staccioli, 2000).

Il secondo merita un approfondimento specifico nel sottoparagrafo seguente (*Parte II - Sottoparagrafo 5.4.3*).

5.4.3 La dittatura dello sport nella società contemporanea

Il *credo* imperante è che lo sport possa preparare ad affrontare le difficoltà della vita adulta meglio rispetto al gioco.

I giochi sono confronti non istituzionalizzati: tempi, spazi, ruoli sono sempre adattabili; le regole sono gestite direttamente dai Partecipanti, costringendoli a confronti continui con infiniti gesti,

strategie, e soluzioni comunicative infiniti. In particolare, il risultato sfuma appena il gioco termina, lasciando spazio alle emozioni provate. Infatti, la vittoria può assumere molteplici significati: nei giochi *disimmetrici*^o, i trionfatori possono essere la squadra che resiste più tempo o gli ultimi Bambini ad essere eliminati, nei giochi *paradossali* si possono creare cooperazioni ed opposizioni tra due Partecipanti alla stessa partita (Staccioli, 2000).

Nello sport, federazioni nazionali subordinate ad organismi internazionali, regolamentano chiaramente ogni aspetto della disciplina: tempi tassativi, lunghezza e larghezza del campo di gioco, presenza di un Arbitro che faccia rispettare le regole deresponsabilizzando i Giocatori (non sono insolite anche contrapposizioni nei confronti del Direttore di gara, considerato un Avversario). Ne conseguono gesti motori, sequenze di gioco, modalità comunicative stereotipate. La logica binaria vincere/perdere fa sì *che ottenere vittorie o superare record* siano le uniche condizioni per poter essere riconosciuti come atleti *di successo*, mentre i *perdenti* sono destinati ad essere dimenticati.

La società attuale è schiacciata dal fenomeno della *specializzazione precoce*, cioè l'introduzione alla pratica sportiva in età pre-scolare. I Bambini, all'età di 4-5 anni, necessiterebbero di spazi e tempo per coltivare schemi motori e capacità coordinative, in modo vario e multilaterale. Invece, sono soffocati dal dogma dell'eccellenza e si ritrovano costretti all'apprendimento e perfezionamento di capacità atletiche e tecniche di una specifica disciplina. Di conseguenza, nella dimensione scolastica, sembrerebbe logico dedicare il tempo esiguo per dare adito ad un'autentica cultura del Movimento, che si manifesta pienamente nel gioco.

Invece, la maggior parte degli Insegnanti, fa in modo che i giochi tradizionali scadano in un livello inferiore rispetto agli altri. Infatti, sostengono che per essere pronti alle attività sportive ufficiali, occorra esercitarsi e giocare ad attività motorie più semplici, per poi cimentarsi in quelle di stampo prestativo. Quindi, nel momento in cui i Bambini vengono introdotti ai giochi sportivi, si convincono che le attività ludiche precedenti abbiano svolto il loro corso, perdendo significato e valore. Così, i Bambini, privati del gioco libero spontaneo, in totale autonomia, rimangono estranei a quello spazio in cui sperimentare il Movimento senza fretta e senza l'esigenza di dimostrare qualcosa all'Altro.

Proseguendo, nella Scuola Secondaria di I e II grado, oltre a favorire lo sport, l'attenzione si rivolge all'incremento delle capacità condizionali (forza, resistenza, velocità). Gli impegni scolastici lasciano poco spazio ad altro ed il poco tempo a disposizione è dedicato alla pratica sportiva: gran parte dei Giovani, a 15-16 anni, ha già smesso di giocare e l'unica esperienza ludica si riduce a quella alienante dei videogiochi.

I dati Istat riportano che i Bambini che praticano sport aumentano negli anni della Scuola dell'obbligo: oltre la metà di coloro che frequentano la Scuola Primaria, fino ad i 3 su 4 nella Scuola Secondaria di I grado. In seguito, con l'accesso alla Scuola Secondaria di II grado, ha avvio un declino lento ed inarrestabile, che si aggrava quando i Giovani entrano nel mondo universitario o lavorativo (ISTAT, 2017).

Le istituzioni, affidandosi esclusivamente allo sport nell'ottica di promuovere la cultura del Movimento, riscuotono successo nel breve termine. I Bambini che praticano una disciplina già a 5-6 anni, la abbandoneranno entro i 25 anni, ritrovandosi *senza alternativa*, poiché lo sport era l'unica forma di movimento costante nella propria vita. Per compensare questo *vuoto*, a partire da 25-30 anni, le Persone, tipicamente, si iscrivono in palestra, a corsi di yoga o pilates, si dedicano ad un nuovo sport meno impegnativo. Però, Troppi cessano di muoversi (*Parte II - Capitolo 3*).

Se si rimane ancorati all'equazione *sport = palestra di vita*, nella vita avrà successo solo Chi vince nello sport o nel lavoro, con un valore della Persona proporzionale all'ammontare dei successi stessi.

Per risolvere questo problema è necessaria una rivoluzione che può coinvolgere il Singolo solo dopo essere partita dalle istituzioni, Scuola e famiglia in primis. Il nuovo paradigma deve fondarsi su una reale educazione attraverso il Movimento, abbracciando tutte le sfumature di quest'ultimo. Solo così le Persone diventeranno *consapevoli* della loro *dimensione corporea* come elemento imprescindibile della loro evoluzione, che deve durare tutta la vita.

Il gioco, in ogni fascia d'età, deve essere una *priorità assoluta*. «Non è importante aggiungere anni alla vita, ma vita agli anni» (Rita Levi Montalcini): giocare il Movimento ricorda di non smettere mai di giocare la vita. Qualsiasi parallelismo tra valore *agonistico* ed *umano* deve essere annullato.

°le squadre che si fronteggiano hanno un numero di componenti diversi

6. IL MOVIMENTO, UN BISOGNO PRIMARIO PER L'UOMO

6.0 Introduzione

L'Esistenza umana, per sua natura, è contraddistinta da una serie di *bisogni*, che Maslow ha disposto in ordine gerarchico all'interno del suo *A theory of human motivation* (1943):

1. bisogni fisiologici (nutrimento, ossigenazione, sonno...)
2. bisogni di sicurezza (fisica, familiare, occupazionale, salute...)
3. bisogni di appartenenza (affetto, amicizia, intimità...)
4. bisogni di stima (rispetto, autostima...)
5. bisogni di autorealizzazione (spontaneità, creatività...)
6. bisogni di trascendenza (spiritualità...)

Nonostante questa teoria abbia subito le critiche del mondo accademico, è importante quanto evidenziato da Uriel Abulof (2017): «It explains human nature as something that most humans immediately recognize in themselves and the others» («Spiega la *natura umana* come qualcosa che la maggior parte degli Uomini riconosce immediatamente in Se Stesso e negli Altri»). Quindi, il contributo di Maslow è imprescindibile perché fornisce l'opportunità di riconoscere dei *bisogni* in Se stessi e negli Altri.

Il proprio Leib presenta bisogni biologici, relazionali, cognitivi, emotivi, spirituali, per assolvere i quali, si è tenuti ad affrontare una serie di compiti legati al Movimento.

La *missione* dell'Uomo, doverosa nei confronti dell'esistenza propria ed altrui, consiste nel riappropriarsi del Corpo perché *la vita dei corpi* è il centro «di relazione e di esistenza personale» (Farinelli, 2005). Se qualsiasi riferimento al Corpo implica considerare la Persona nella sua interezza, il Movimento assume un valore educativo, formativo e trasformativo.

6.1 Sport e fitness non sono Movimento

Il Bambino, attraverso specifiche esperienze motorie (es. toccare, essere toccato) riconosce il proprio corpo, in toto e nelle singole parti, nella sua intimità. Inizialmente, dipende in ogni aspetto dall'Altro: i suoi movimenti sono limitati ed impacciati, non riesce a mangiare da solo, il suo linguaggio consiste in suoni che non hanno significato per Chi ascolta. Quindi, l'emancipazione dipende strettamente dall'affinarsi della motricità. In prima battuta, si acquisisce la capacità di rotolare, strisciare, gattonare, stare seduti e manipolare oggetti. In seguito, per prove ed errori, si arriva a: stare in piedi, camminare, nutrirsi da soli, giocare con oggetti ed imitare le Figure di riferimento. Il Movimento, a partire dall'inizio della propria esistenza, accompagna nel diventare *Chi si è* perché consente di realizzare esperienze.

Tuttavia, nel tempo, la magia del Movimento infantile si disperde, costretti dietro un banco, puniti se ci si muove troppo causando rumore. Così, il corpo in Movimento viene scisso dalla mente ed ha inizio la lotta che penalizza il primo a favore della seconda.

Difronte ad un corpo che ha bisogno di muoversi, la cultura contemporanea propone lo sport per i più Piccoli e fitness per gli Adulti.

Il rischio dello sport è che ad insegnare, cioè a lasciare un segno (dal latino *in-signare* = *imprimere*) al Bambino, non sia Qualcuno ricco conoscenze didattiche, capacità pedagogiche ed empatia, che offrirà soluzioni ludiche, ma il contrario. Il Bambino viene ridotto ad un *Adulto in miniatura*, indottrinato dalla tecnica, tattica e regole.

Nel mondo del fitness attuale, quantità enormi di attrezzi, concepiti dai vertici dell'ingegneria biomeccanica, riempiono spazi chiusi, all'interno dei quali vengono proposti tanti esercizi che, in realtà, non rappresentano altro che sfumature dei medesimi movimenti. La *prima* criticità che si riscontra è che viene fissato un *modello tecnico* di riferimento, instillando la convinzione che esista una esclusiva esecuzione *corretta*, mentre le altre siano da considerare *sbagliate*. Invece, il focus si deve spostare dalla dicotomia giusto-sbagliato, al preoccuparsi se il corpo sia *preparato* o meno a tollerare determinati stimoli. A questa, se ne aggiunge una *seconda*: stabilendo un

modello esecutivo e somministrando un carico allenante individuale, ne deriva una parcellizzazione e semplificazione del più complesso Movimento umano. Infatti, la pratica si limita a certi angoli e velocità di lavoro, mentre altri non sono presi in esame, poiché non funzionali alla performance. Di conseguenza, gli adattamenti coordinativi, a livello neurologico, risultano solamente parziali.

I vari aspetti filosofico-fisiologici caratterizzanti il Movimento, non possono essere confinati agli esercizi caratterizzanti fitness e sport. Infatti, questi ultimi impattano limitatamente sul Movimento. Sicuramente, influenzano la sfera organica (es. tono muscolare, efficienza cardio-respiratoria), in parte quella relazionale (es. sport di squadra) e cognitiva (es. sport di situazione), ma difficilmente quella espressiva o comunicativa. Quindi, affinché il Movimento possa essere sfruttato rispetto al suo potenziale nell'evoluzione personale dell'Uomo, è necessario concepire una *pratica* in grado di integrare tutte le diverse dimensioni del Movimento come funzione. Il Movimento non concede *spazio* all'approssimazione degli *esercizi*, alla superficialità dei *protocolli*, alla specializzazione dei *metodi* propri di singole discipline o pratiche, perché non si basa su *esperienze*, completamente estranee a *modelli di prestazione*.

6.2 Chinantropologia e Homo Movens per superare la banalizzazione del Movimento

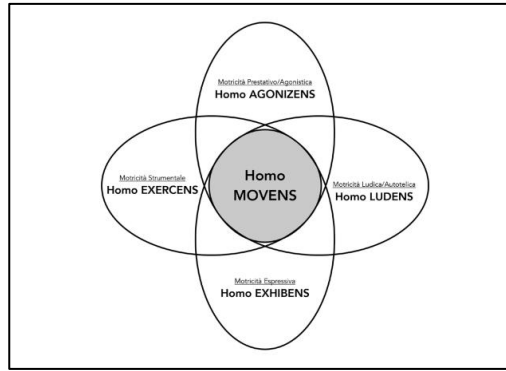
6.2.1 Chinantropologia

Il Movimento umano non corrisponde alla sommatoria delle sue singole parcellizzazioni espressive. Quindi, esso è in accordo con l'affermazione aristotelica: «Il tutto è più della somma delle singole parti». Per offrire una proposta motoria che possa consentire l'evoluzione del potenziale umano, è necessario realizzare il concetto di *chinantropologia* (Renson, 1989; Blanchard, Cheska, 1985; Meynard). Secondo la definizione elaborata da Renson (1991), la Chinantropologia è: «La scienza olistica, integrata e trans-disciplinare che studia l'uomo in Movimento». Quindi, questa scienza adotta un approccio bio-psico-sociale rispetto al Movimento umano, superando la tradizionale divisione nei compartimenti stagni delle conoscenze biologiche, della fisica e biomeccanica, delle scienze psico-sociali.

6.2.2 Homo Movens

Il concetto di *Homo Movens* consente di comprendere il rapporto tra Movimento e movimenti poiché tutte le diverse espressioni del Movimento umano si raccolgono al suo interno. Quindi, è possibile riconoscere diverse dimensioni:

- *Homo Exercens*. È la dimensione della motricità *strumentale*, cioè all'impegno del corpo in movimento per soddisfare compiti funzionali;
- *Homo Ludens*. Consiste nella dimensione della motricità *ludica*, legata a tutte le pratiche motorie che evocano piacere a livello personale o sociale (vi rientra il gioco);
- *Homo Agonizans*. Corrisponde alla dimensione della motricità *prestativa-agonistica* ricca di tutte le forme di movimento che hanno la competizione come base (comprende lo sport agonistico e amatoriale);
- *Homo Exhibens*. Dimensione di motricità *espressiva*, che comprende ogni arte performativa o acrobatica.



Le varie Dimensioni confluirebbero all'interno dell'Homo Movens, colui che genera tutte le possibili declinazioni del Movimento.

Una pratica di Movimento consapevole, *funzionale* alla Vita, si dovrebbe rivolgere all'Homo Movens, attraverso l'integrazione tra *tutte* le forme di motricità, senza arrendersi alla semplificazione della parzialità o limitarsi ai confini della specializzazione. Il Leib, per incarnare la sua piena evoluzione, ha bisogno: della volontà di un'Atleta e della spensieratezza di un Bambino, della forza di un Ginnasta e della capacità di concentrazione di un Apneista, della potenza di un Sollevatore di pesi e della leggerezza di una Ballerina, della dialettica di un Attore e del silenzio di un Meditante, ecc.

6.3 Dal körper al Leib

Il passaggio dal *corpo che ho* (Körper) al *Corpo che Sono* (Leib) è reso possibile da un percorso in cui si distinguono tre vie (Salonia, 1997; Salonia, 2004): la via *dello sguardo estetico-estatico*, la via *della funzionalità* e la via *della conversione fenomenologica*.

6.3.1 La via dello sguardo estetico-estatico

Rappresenta la via più semplice, che riduce il corpo a mero *contenitore*. Quindi, è confinata nel riconoscere, visivamente, la presenza dell'Altro per identificarlo (maschio-femmina, sano-malato, ecc.).

Risulta evidente come il corpo sia meritevole di senso in virtù di un unico senso, cioè la vista, che sfocia nel giudizio e nella comparazione: l'apparenza si sovrappone all'Essere. Il corpo viene ridotto ad oggetto da mostrare.

Inevitabilmente, questa è la via a cui sono confinati i corpi del fitness, dei concorsi di estetica o dei mass media. Sicuramente, questa via non consente di apprezzare l'unicità che contraddistingue ogni Corpo.

6.3.2 La via della funzionalità

Il Senso del corpo è nell'esperienza. Attraverso il corpo, che agisce nel mondo, si ha possibilità di apprendere, conoscere. Ciò è fonte di piacere sin dallo sviluppo infantile, contribuendo alla costruzione dell'*identità corporea*. Il corpo non è altro che uno strumento di manipolazione dell'ambiente.

6.3.3 La via della "conversione fenomenologica"

Husserl usava questa espressione (*conversione fenomenologica*) per suggerirne la difficoltà. Infatti, Questa terza via, prevede una intera rivisitazione del proprio modo di concepire il mondo, non un semplice cambiamento del punto di vista.

La Cinestesia consente l'accesso al nucleo dell'esperienza corporea, in cui sono i sensi a regalare un Senso al Corpo. La razionalità passa in secondo piano, consentendo l'annullamento della dicotomia corpo-mondo. Finalmente, l'esperienza si può definire *totale* perché: «si ascolta con

gli occhi, si tocca con la voce, ci si muove con il respiro, si gusta con l'olfatto» (Spaccapanico Proietti, 2021).

Questo è il Corpo che Merleau-Ponty definisce «mondo» perché è il mondo, attraverso il quale, l'Uomo si colloca nel mondo, inteso come *ambiente*.

Percorrendo questa via, si abbandona la convinzione di *avere un corpo*, per abbracciare la consapevolezza di *essere corpo*, consentendo la transizione dal *körper* al *leib*.

Per poter *essere corpo*, la *propriocezione* è il senso che si aggiunge ai cinque già noti, tanto che Charles Sherrington (1906) lo ha definito il *senso segreto*. Il termine è mutuato dall'inglese *proprioception*, composto dalla parola latina *proprius* (*proprio*) e da quella inglese (*re*)ception (*ricezione*).

L'*interocezione* è il senso che permette di conoscere lo stato dei propri organi interni. Quindi, la *propriocezione*, insieme all'*interocezione*, è il senso che consente di riconoscere come *proprio* il corpo in cui si vive e si esperisce il mondo, senza confonderlo con altri enti o fenomeni con cui condivide lo spazio.

Ad esempio, la mano viene abitata se si incarna attraverso il codice propriocettivo. Quindi, questa mano sente il caldo ed il freddo, produce musica esercitando pressione sui tasti di un pianoforte. Però, è anche la mano che tocca e allevia, che racchiude in sé tutto il proprio Corpo e quello dell'Altro in una carezza.

6.4 Dal körper al Leib nei DAN

Nella *Parte I - Capitolo 6* è stato spiegato come nell'eziologia multifattoriale dei Disturbi Alimentari sia necessario considerare anche i fattori cognitivi. In particolare, la *rappresentazione del corpo*, l'insieme di quelle strutture cognitive finalizzate a delineare lo stato del corpo e a codificarlo, risulta alterata. Tale funzione, condizionando il modo in cui si percepisce emotivamente il proprio corpo o si fa esperienza attraverso esso, causa o favorisce il perpetrarsi del Disturbo stesso.

Alla base della rappresentazione corporea disfunzionale si pongono: una distorsione *percettiva*, il Soggetto sovrastima o sottostima le proprie dimensioni corporee, e una distorsione *cognitivo valutativa*, l'Osservatore misura correttamente le proprie dimensioni corporee, ma riserva ad esse un'eccessiva insoddisfazione.

Così, viene percorsa la *via dello sguardo estetico-estatico*, in cui a fornire il Senso soggettivo mancante è il senso della vista.

Nella *Parte II – Capitolo 4*, il Protagonista è stato l'esercizio fisico compulsivo ed eccessivo nei Disturbi Alimentari. Infatti, spesso i Pazienti si sentono sopraffatti dall'obbligo soggettivo di eseguire esercizi, la cui pratica aumenta il rischio di produrre danni fisici, piuttosto che ottenere benefici per la salute, a causa di frequenza, durata ed intensità dell'attività. Le finalità possono consistere nel modulare le emozioni o nel controllare peso e forma corporea.

Il corpo diviene uno strumento di manipolazione, seguendo la *via della funzionalità*.

Le difficoltà che una Persona affetta da un Disturbo Alimentare deve affrontare, non si limitano al tornare a mangiare per ripristinare una composizione corporea adeguata e ciò che ne comporta emotivamente.

Attualmente, come messo in evidenza, mente e corpo sono considerati, per lo più, isolati, con scarse occasioni di connessione, per ascoltarsi nel profondo: un DA aumenta la separazione. Ad esempio, in seguito alla ripresa di una normale assunzione di cibo, dopo una restrizione estrema, il corpo può rispondere scatenando una fame estrema (*extreme hunger*) per assicurarsi che non si instauri un nuovo deficit. Tuttavia, questa fame intensa può essere travolgente e apparire insaziabile, anche se si rivelerà temporanea. Durante il processo di guarigione, è importante riprendere (o imparare) ad ascoltarsi, interiormente, non a parole: in silenzio, ad occhi chiusi, lasciando andare il controllo e permettersi di fidarsi di Se Stessi. Ascoltare: gli organi che parlano, il diaframma che si muove, l'ossigeno che scorre, i muscoli assopiti. Così, lasciare spazio a quella parte rinnegata per proteggersi da emozioni ingestibili, se non tramite il Disturbo stesso.

Un'azione semplice, eppure spaventosa: spesso, obiettivi apparentemente banali nascondono esigenze profonde.
La guarigione segue la *via della conversione fenomenologica*.

7. NEUROFENOMENOLOGIA

7.0 Introduzione

L'orientamento culturale odierno è dominato dalla razionalità, in una deriva puramente cognitiva. Si impone l'*istruzione*, basata sul trasferimento di nozioni, a discapito dell'*educazione*, caratterizzata da esperienze corporee di apprendimento. Quindi, nell'ambito del *discorso educativo*, si perde completamente il corpo. Invece, originariamente, l'*educazione* «consiste in un sistema di tecniche che fondano la propria efficacia sull'applicazione della loro materialità ad un sistema di corpi» (Massa, 1983). Oggi, per riconoscere dignità al corpo, è necessario attribuirgli ciò che le moderne scienze della mente definiscono *corporeità* (*embodiment*). Quest'ultima, getta le basi che rendono possibile la *percezione* e l'*azione*. Quindi, il Sé si afferma nella sua sfera intenzionale attraverso il corpo.

Da tempo, a livello filosofico e scientifico, si sta fronteggiando il dualismo tradizionale *mente-corpo*, al fine di superarlo definitivamente.

Secondo Zipoli Caiani, al corpo sono attribuibili capacità motorie che si pongono alla base dello sviluppo cognitivo (Zipoli Caiani, 2016). Questo significa che qualsiasi processo cognitivo è reso possibile dal corpo e dal movimento che esso stesso è in grado di realizzare «nel, con e per l'ambiente in cui è incorporato» (Spaccapanico Proietti, 2021).

Per comprendere l'inedita relazione tra i domini di corpo, mente e ambiente, è necessario percorrere la via di interpretazione della realtà tracciata dalla Neurofenomenologia.

7.1 Corpo, cervello e mondo: un'interazione circolare

La *neurofenomenologia* è nata alla fine degli anni Novanta, dal connubio tra la *fenomenologia* di Husserl e le *neuroscienze cognitive*. Rappresenta l'ultimo ambizioso progetto, in grado di coniugare Scienza, Filosofia ed Esistenzialismo, a cui Francisco Varela ha partecipato.

«La neurofenomenologia considera la mente umana come un flusso di esperienza che emerge dall'interazione circolare tra corpo, cervello e mondo» (Della Gatta, Salerno, 2018). Quindi, il fine è quello di trovare un equilibrio fra queste tre dimensioni, evitando di ricondurre la soggettività ad un modello oggettivo precostituito o di attribuire al soggettivo una superiorità assoluta rispetto all'oggettivo.

Il corpo, tramite le esperienze che realizza nel mondo, produce fenomeni mentali che sono registrati nel *cervello*, ma la *mente* non si limita alla scatola cranica dell'Agente, né dal punto di vista anatomico né da quello funzionale. È importante sottolineare questo aspetto perché la dicotomia *cervello-corpo* ha preso il posto del classico dualismo *mente-corpo*, sulla scia del cognitivismo imperante. Aderendo a questa visione estremizzante, la mente coinciderebbe con l'attività di milioni di neuroni distribuiti nelle varie aree della corteccia cerebrale e le attività motorie del corpo sarebbero prive di qualsiasi valore cognitivo.

Il famoso esperimento mentale del *cervello in una vasca* di Hilary Putnam (1981) testimonia la vacuità di questo paradigma. Si dovrebbe immaginare di immergere in un recipiente un cervello, estratto dal proprio corpo, e collegarlo ad un supercomputer capace di produrre scariche elettriche affini agli stimoli neuronali tipici di un qualsiasi cervello. Quindi, il supercomputer, al pari del corpo normalmente posseduto, dovrebbe generare gli stessi effetti sul cervello, tramite gli stimoli elettrici afferenti. Tuttavia, senza un'identità funzionale tra cervello e supercomputer, è inconcepibile che il cervello nella vasca dia origine agli stessi processi realizzati da uno nella sua sede naturale, cioè il corpo dell'Agente in carne ed ossa, che rispetta i vincoli morfologici e cinestesici che lo contraddistinguono. Quindi, è evidente come i processi cognitivi, siano sempre frutto della relazione tra corporeità del Soggetto agente e l'ambiente circostante. La mente è sempre *embedded*, «una forma di relazione tra un organismo vivente e l'ambiente (fisico e relazionale) in cui è immerso», ed è anche *embodied*, «incarnata in un corpo dotato di certe possibilità di azione» (Della Gatta, Salerno, 2018).

Prima di concepire il concetto di *mente*, è necessario acquisire quello di *corpo*: la mente non può esistere senza un sistema percettivo-elaborativo, quale il corpo, che lo alimenti. Al tempo stesso, il corpo necessita di una mente che lo curi, mettendo in relazione il singolo soggetto con l'Altro, la pluralità di Individui della società ed il tempo che fluisce.

In conclusione, convincersi di educare la mente, senza concepire il corpo, risulta profondamente anacronistico.

La relazione tra corpo e ambiente si realizza nell'esperienza, ciò che per Varela coincide con L'Essere. Da Bambini e per tutto il resto della vita, si conosce, si impara e si comprende sempre con il corpo.



La Figura esemplifica la *Teoria dell'apprendimento esperienziale* (Kolb, Fry, 1975).

Nuove conoscenze si acquisiscono lungo il continuum della *dimensione della prensione*, tra la *concettualizzazione astratta* e l'*esperienza concreta*. Qualsiasi *concettualizzazione astratta*, sarebbe difficile da concepire senza l'esperienza concreta del corpo, precedentemente impressa nelle memorie mentali. Questo spiega la tensione costante tra i due estremi.

Successivamente, la trasformazione di conoscenza in nuovi elementi biografici (valori, intuizioni, decisioni, motivazioni, ecc.) si sviluppa lungo il continuum della *dimensione della trasformazione*, tra l'*osservazione riflessiva* e la *sperimentazione attiva*. La *sperimentazione attiva* corrisponde alla corporeità in ricerca, all'esperienza dell'esperienza. In realtà, anche l'*osservazione riflessiva*, che si tende a considerare come un puro atto cognitivo, non sarebbe possibile senza il corpo: quando si osserva in maniera riflessiva, ci si muove dal *corpo che siamo*, rivolgendosi all'interno, verso un punto psichico determinato, per tornare al *corpo che siamo* stesso. Quindi, anche in questo caso, diventa chiara la necessità di questo collegamento perpetuo tra i due poli opposti.

7.2 Consapevolezza corporea

Il nuovo filtro messo a disposizione dalla *neurofenomenologia dell'educazione* (Strollo, 2018), in via di affermazione, consente di riconcepire interventi educativi finalizzati alla promozione della salute. L'obiettivo è creare percorsi pedagogici che integrino il paradigma oggettivante tradizionale delle scienze cognitive, all'esperienza soggettiva sostenuta dalla fenomenologia.

La *Consapevolezza* è una funzione prodotta dalla coscienza umana, che può essere definita come «una presenza attenta, rilassata e vigile, non analoga alla concentrazione. Essere consapevoli significa monitorare costantemente le sensazioni interne e l'ambiente esterno, fornendo una maggiore sensibilità alle esperienze» (Brown, Ryan, 2003). Questa premessa consente di definire la *Consapevolezza corporea* come quella funzione mentale che consente di distinguere coscientemente i vari stati corporei che derivano dalle reazioni agli stimoli interni ed esterni.

Un incremento della consapevolezza corporea si riflette positivamente sullo stato di salute generale e sul proprio senso di autoefficacia. Invece, una carenza di consapevolezza può condurre ad una perdita di funzionalità o ad algie. A questo punto, è inevitabile il riferimento alla *Parte I – Capitolo 19*, sul ruolo dell'Autoefficacia nei Disturbi Alimentari. L'*autoefficacia* corrisponde alla

convinzione nelle proprie capacità di organizzare e realizzare quelle azioni necessarie ad una gestione adeguata delle varie situazioni per soddisfare obiettivi prestabiliti. Nel caso dei DA, la bassa autostima è una delle problematiche tipiche che favoriscono il perpetrarsi del Disturbo. Quindi, nel trattamento, è fondamentale lavorare sull'incremento della fiducia del Paziente. Ritrovare la Consapevolezza corporea, ri-alfabetizzare le connessioni corpo-emozioni, corpo-cognizioni, per risalire al posto più sicuro del mondo: il proprio corpo, in cui sentirsi nel luogo giusto per stare in pace.

Quindi, l'educazione alla corporeità consapevole avviene attraverso il Movimento, che si concentra su come i movimenti si realizzino in rapporto allo spazio, al tempo e all'energia. Tale apprendimento supera la visione razionalista basata sull'*imparare cose sul proprio movimento* (dati), come quella funzionalista, incentrata sull'*imparare cose attraverso il proprio movimento* (esercizi). Così, si approda all'orizzonte dell'*imparare incarnando il proprio Movimento*.

8. LA SCIENZA DELLA COMPLESSITÀ

8.0 Introduzione

La parola *complessità* deriva dal latino *complexus*, *ciò che è tessuto insieme*, riferendosi ad una trama costituita da elementi fra loro diversi, ma legati inscindibilmente.

Il *paradigma della semplificazione* si basa sul *principio disgiunzione/riduzione*, cancellando le diversità o giustapponendole, ma senza una possibile genesi di *unità*. Il risultato di questo tradizionale approccio alla realtà è stato la separazione, all'interno di compartimenti stagni non comunicanti, dei vari ambiti della conoscenza scientifica: Scienze Umane, Biologia e Fisica. Per porre rimedio a tale isolamento, le Scienze Umane sono state ricondotte alla Biologia e, quest'ultima, alla Fisica (Meraviglia, 2004).

Tuttavia, tra gli anni Settanta e Ottanta del Novecento, si è sviluppato il nuovo paradigma scientifico *della complessità*. Questo, alimentato da una teoria interdisciplinare, si fonda sul principio di distinzione/congiunzione, che permette di: *distinguere* senza *disgiungere* e di *associare* senza *identificare* o *ridurre*. A questo punto, un *sistema* non coincide più con un'*unità elementare discreta*, ma è un'*entità complessa*, una *totalità* non riconducibile alla *sommatoria delle singole parti* (Meraviglia, 2004).

Quindi, l'Uomo non può più essere ritenuto, limitandosi ad una prospettiva *riduzionistica e strutturale*, una *macchina fisiologica*, interconnessione di organi e tessuti, come *körper*. Al contrario, per superare questo modello ontologicamente parziale, diventa necessario un approccio *sistemico*, capace di guardare l'Essere Umano abbracciando una prospettiva *funzionale*: il vero filtro con cui rivolgersi al Leib.

8.1 Il sistema complesso

8.1.1 Cosa è

Un sistema complesso è un'unica entità costituita da innumerevoli elementi. Il sistema è *aperto*, cioè in comunicazione con l'ambiente in cui si trova tramite flussi di informazioni, materiali o energetici. Questo consente loro di adattarsi poiché si riorganizzano costantemente mentre apprendono. Ciò è possibile grazie ai singoli elementi costituenti che interagiscono fra loro in modo non lineare, influenzandosi vicendevolmente.

All'interno del sistema non esiste un elemento che controlla gli altri. La coerenza comportamentale generale è il risultato della competizione e collaborazione degli elementi stessi. Così, ogni livello del sistema è indispensabile per costruire quello immediatamente successivo.

8.1.2 Come si comporta

È possibile distinguere diversi tipi di comportamento.

Nello *stato ordinato*, il sistema è caratterizzato dalla staticità diffusa. Ciò ne compromette la capacità creativa ed evolutiva.

Invece, nello *stato caotico*, diametralmente opposto, per il sistema è impossibile creare delle strutture organizzate perché il suo aspetto cambia continuamente: ogni minimo cambiamento in un punto si trasmette, in contemporanea, in tutto il sistema. Quindi, ugualmente alla situazione descritta in precedenza, mancano comunque la capacità creativa ed evolutiva, per insufficiente stabilità.

Se *in medio stat virtus*, lo *stato complesso* si colloca al confine tra le due realtà opposte. In una situazione di *compromesso*, il sistema trae vantaggio dalla *stabilità* dello stato ordinato e la *flessibilità* di quello caotico: le isole di disordine si cominciano a collegarsi tra loro grazie allo scioglimento delle regioni ordinatamente congelate (Gandolfi, 1999).

8.2 Il Corpo umano, un sistema complesso

La selezione naturale ha spinto i sistemi verso lo stato complesso, in cui possono esprimere il comportamento più intelligente e creativo (Kauffman, 1993). Infatti, hanno a disposizione la massima possibilità di scelte comportamentali e ciò consente di adattarsi efficacemente ad un ambiente variabile (Merry, 1995).

Il corpo non è altro che un sistema complesso ed il Movimento è una specifica funzione corporea complessa. Infatti, non è possibile ridurre la vita ad un fenomeno statico: il Corpo è attraversato da un flusso di materia ed energia inarrestabile, nonostante, esternamente, sembri stabile.

Quindi, è inevitabile richiamare il concetto di *salutogenesi* coniato da Antonovsky, secondo il quale la *salute* è un continuum tra salute e malattia (*Parte II – Capitolo 2*). Così, avendo concluso come il corpo umano stesso sia un sistema complesso, lo stato di salute dipende da una condizione di equilibrio fra ordine e caos (Gandolfi, 1999). In aggiunta, se il Movimento è una funzione del Leib, la sua salute è influenzata, soprattutto, da come si muove.

Tuttavia, nella società contemporanea, è possibile sopravvivere nonostante il movimento sia ridotto ai minimi termini. L'antidoto agli effetti negativi prodotti stili di vita esasperanti ed esasperati dalla sedentarietà è offerto da fitness, wellness e sport. Però, tali proposte consistono in programmi di allenamento filtrati dal paradigma riduzionista, riducendo l'Individuo a *körper*. Infatti, non sono altro che *input fisiologici* rivolti ad un *segmento* dell'*organismo*, privi di rilievo *umano*.

La capacità creativa ed evolutiva del Leib non può essere sviluppata con l'approccio descritto. È necessario abbandonare l'esercizio per aprirsi all'esperienza corporea che, mediata dal Movimento complesso, consente l'adattamento e l'evoluzione del sistema complesso poiché rende possibili le scelte comportamentali più creative ed intelligenti.

9. PEDAGOGIA DEL CORPO INCARNATO IN MOVIMENTO

9.1 Il Movimento come Processo Pedagogico

È doveroso riflettere su ciò che sia possibile apprendere non solo *sul* Movimento, ma *nel* Movimento, *dal* Movimento e *con* il Movimento.

Infatti, la Persona diventa pienamente Se Stessa attraverso un percorso evolutivo costante in cui il Movimento ha un ruolo pedagogico significativo.

La Pedagogia utilizza dati biologici e psicologici per migliorare, oltre che monitorare, lo sviluppo della personalità; i dati sociologici non sono funzionali solo alla conoscenza della realtà in cui vive il Soggetto che viene educato, ma anche in ottica educativa; l'Antropologia contribuisce nel trovare risposta alle esigenze dell'Uomo contemporaneo, oltre che per indagare il come ed il perché dell'educazione; infine, si alimenta di problemi concreti o verifica le soluzioni concepite attraverso l'azione educativa stessa. Così, il rapporto tra *scienza* ed *arte* dell'educazione è reciproco: l'*arte* pone i problemi a cui la *scienza* trova risoluzione e la *scienza*, a sua volta, propone gli orientamenti che l'*arte* verifica (Flores D'Arcais, 1972; Giugni, 1998).

Negli ultimi decenni, Medici, Filosofi, Antropologi, Sociologi, Psicologi, Neuroscienziati sono tornati a rivolgere interesse al corpo, quale protagonista della cultura contemporanea. Una notevole mole di studi è stata raccolta nei vari ambiti disciplinari, a garanzia di una visione complessa. Però, questo non risulta altrettanto valido rispetto ad una possibile *Pedagogia del Corpo*, definizione che risuona pressoché inedita. Infatti, la teoria educativa ha sempre enfatizzato gli aspetti igienici e salutistici rispetto alle discipline del corpo e del movimento, ma limitandosi a riconoscere loro un valore solamente formativo una volta superato il periodo dell'infanzia.

Educare [dal lat. *educare*, intens. di *educĕre* «trarre fuori, allevare», comp. di *e-* e *ducĕre* «trarre, condurre»] – In generale, promuovere con l'insegnamento e con l'esempio lo sviluppo delle facoltà intellettuali e morali di una persona (Treccani).

Formazione [dal lat. *formatio -onis*] – L'atto, il modo di formare (Treccani).

Alla luce delle due definizioni, gli elementi educativi comprendono qualità valoriali, comportamenti, atteggiamenti. Invece, gli elementi formativi sono vincolati a conoscenze (sapere), abilità (saper fare) e competenze (saper fare in un contesto specifico).

9.2 Verso la Pedagogia del Corpo Incarnato in Movimento

La *Pedagogia del Corpo Incarnato in Movimento* nasce dall'integrazione funzionale della *Pedagogia del Corpo* di Gamelli, la *Pedagogia dell'Incarnazione* di Naccari e dalla *Pedagogia del Movimento* di Casolo e Mari (Spaccapanico Proietti, 2021).

Per Gamelli (2011), la Pedagogia del Corpo non si limita ad uno spazio e non scade in modalità educative specialistiche. Piuttosto, adotta un'attitudine trasversale contraddistinta dall'apertura ai sensi, dalla messa in gioco di pensiero-corpo-emozione nella relazione, dalla scoperta. Quindi, il corpo non è più assente e semplicemente teorizzato, ma i principi alla base dell'educazione corporea sono trasferiti nei vari ambiti formativi: psicomotricità, danza, yoga, teatro, ecc. Producendo inedite soluzioni. Ne risulta un'educazione corporea alla *presenza*, ad *esserci*. L'obiettivo consiste nell'evidenziare sentieri pedagogici, validi per Bambini e per Adulti, per progettare interventi in cui la ricerca corporea si incontra con le strategie formative tipicamente narrative (Gamelli, 2011).

Naccari evidenzia come, nella quotidianità, le Persone si limitano a ridurre il corpo a qualcosa che possiedono, un oggetto da plasmare individualmente ed esibire esternamente. Invece, è necessario riscoprire il legame tra il corpo ed ogni dimensione della Persona, mediante quelle attività che consentono di entrare in contatto con la corporeità e, attraverso questa, con il proprio singolare spessore psichico, creativo e spirituale (Naccari, 2006).

Il Movimento è *pre-potente* perché precede la *potenza*, da intendere come *opportunità*. Quindi, attraverso Esso si realizzano le infinite possibilità di agire di Ognuno. Il Movimento è «l'incarnazione dell'energia creatrice che porta l'Uomo all'altezza della sua specie animando in lui l'apparato motore» (Montessori, 2001). Il Movimento è espressione dell'Io, ma anche imprescindibile elemento per la costruzione della propria coscienza. Infatti, attraverso l'esercizio dei sensi, l'Individuo entra in contatto diretto con la realtà circostante. Ciò consente alla Persona di «diventare se stessa, incarnandosi nell'unicità della sua personalità, non solo in età evolutiva ma in tutta la vita» (Naccari, 2006).

Finalmente, è possibile evidenziare come il Movimento si delinea quale mezzo di *educazione permanente*, in un interminabile processo di *auto-educazione*.

10. ALLE RADICI DI MOVIMENTO BIOLOGICO

10.0 Introduzione

Fin dalla Scuola Primaria, si insegna che vada eliminato tutto ciò che sia responsabile di disordine o di contraddizione a livello intellettuale. Quindi, invece che collegare ed integrare, si spinge a scindere ciò che è congiunto: emarginare gli oggetti dall'ambiente di appartenenza, dividere le discipline, parcellizzare i problemi (Morin, 2000).

Come illustrato nella *Parte II - Capitolo 8*, è in corso il passaggio dal paradigma *riduzionista*, caratterizzato da una visione *frammentaria* della Natura, in cui il corpo è mero *organismo*, a quello *sistemico*, che riconosce l'Uomo come sistema *complesso*. Quindi, il Movimento, come umana funzione fisiologica, deve essere riconosciuto e studiato in qualità di un *processo complesso*.

A livello fisiologico, il Movimento è una funzione *organica adattiva, cognitiva, relazionale, espressiva, comunicativa, emotiva* (*Parte II - Capitolo 2*). Il Movimento presenta una tale pluralità di dimensioni per poter concretamente soddisfare i *bisogni* del Leib. I quali, per l'appunto, appartengono alla sfera *biologica, relazionale, cognitiva, emotiva, spirituale*.

Per Movimento Biologico, il banco di prova che verifica la qualità del "sistema allenante" è la vita stessa, poiché Movimento Biologico è un Movimento *antropocentrico*. I principi su cui si fonda sono: il *corpo etico/biografico* (*Parte II - Capitolo 1*), la *Pedagogia del Corpo Incarnato in Movimento* (*Parte II - Capitolo 9*), la *Chinantropologia* ed il concetto di *Homo Movens* (*Parte II - Capitolo 6*), la *Scienza della Complessità* (*Parte II - Capitolo 8*).

Laboratori *esperienziali a mediazione corporea* sono necessari affinché il Movimento possa aiutare nella comprensione e nel miglioramento del proprio *essere-nel-mondo*, lasciando emergere l'intrinseca *saggezza del corpo*. Infatti, in questo modo, il Soggetto non ripete più esercizi, ma ha l'opportunità di incarnare esperienze in cui si stimola l'*adattabilità* grazie alla funzione *plastica* e non l'*adattamento* dettato da una forma *statica e stabile*. Di conseguenza, all'interno di una *pratica consapevole*, l'Uomo non occupa semplicemente il suo tempo libero allenando muscoli da esibire, ma è spinto all'*introspezione*, educando la sua *coscienza*. Così, si approda alla realizzazione dell'*armonia degli opposti* (Naccari, 2006; Terzani, 2008): da un lato, ci si prende cura dell'emisfero sinistro, del maschile, del mondo fisico, dell'intelletto e/o ragione, della distinzione soggetto-oggetto, della decisione; dall'altro, dell'emisfero destro, del femminile, dell'immaginazione, dell'intuizione e della creatività. Quindi, ne risulta una valorizzazione *integrata di corpo ed arte*.

10.0.1 Movimento antropocentrico

Data l'introduzione, Movimento Biologico si afferma come «un'esperienza integrata di corpo e mente, forma e funzione, sensazione e azione» (Spaccapanico Proietti, 2021).

Affinché il Movimento *antropocentrico* si renda manifesto, è sufficiente *essere presenti, essere lì*, per cogliere ciò che appare, *qualsiasi cosa sia*. Infatti, mediante un'adeguata disposizione, il Principio motorio, quale esigenza primordiale dell'Uomo, si manifesta spontaneamente, senza interventi diretti in prima persona. Lo *sforzo* agevola l'esercizio di *volontà e ragione*: la *resa* lascia spazio a *libertà ed intuizione*. Si deve abbandonare l'aspirazione ad eseguire movimenti per *essere* Movimento: muoversi affinché la propria vita sia Movimento, vivere affinché il proprio Movimento sia vita.

10.0.2 Movimento incarnato

Un orientamento di *umiltà e rispetto* nei confronti del proprio *corpo* si acquisisce nel momento in cui si scopre che questo dispone di informazioni in *quantità e qualità* nettamente superiori rispetto a quelle della *mente*. In aggiunta, possiede innate capacità intuitive, di comprensione e scelta delle priorità.

Non è necessario aggiungere qualcosa, ma modulare ciò che risulta in eccesso: il *rumore* mentale dei modelli pre-costituiti, delle aspettative e dei giudizi, capaci di soffocare sensazioni corporee naturalmente presenti.

Le *prassie*, determinanti l'efficacia di un *gesto*, sono intenzionali movimenti coordinati rivolti ad un risultato. Dalla Psicocinesia di Emilio Baumann e dalla Psicocinetica di Jean Le Boulch, si evince come il loro apprendimento non possa basarsi su una tecnica passivamente imposta, riducendosi ad addestramento. Infatti, è possibile solo mediante un processo che conferisca agli apprendimenti motori i caratteri di *soggettività*, *plasticità* ed *apertura*: «Non si tratta di educare il Movimento, ma di educare *attraverso* il Movimento» (Gamelli, 2011).

L'approccio di Moshe Feldenkrais sostiene come sia possibile svincolarsi dalla ripetizione meccanica grazie all'assenza di proposte motorie caratterizzate da una tecnica da apprendere. Così, si sperimentano modi alternativi per poter eseguire la medesima azione (Gamelli, 2011).

10.1 Inter- e trans- disciplinarità

Il Corpo, con la sua *complessità*, scombina ogni assunto del paradigma meccanicista, riduzionista e oggettivante incentrato sulla massima specializzazione disciplinare e lineare. Il Corpo, in qualità di *luogo autentico* della *integrazione*, è abitato dal connubio di: materialità ed evanescenza, razionalità e creatività, scienze naturali e scienze umane, osservatore ed osservato.

Così, si rende necessaria una riedificazione del sapere nella sua configurazione, portando alla luce una Scienza *dell'uomo*, *dall'uomo* e *per l'uomo*, tangibilmente efficace per la vita.

La vera *interdisciplinarità* è alimentata da discipline aperte ed organiche sui fenomeni complessi (Morin, 2020). All'interno di un rapporto plurale vivono le sostanze singolari a cui si attinge: «gioco, arti espressive, vocalità, psicomotricità, discipline somatiche, arti circensi, pratiche contemplative e meditative» (Spaccapanico Proietti, 2021).

Ovviamente, è necessaria anche una *teoria transdisciplinare*, capace di abbracciare l'unico oggetto della scienza contemporaneamente continuo e discontinuo: la *physis* (Morin, 2020). La radice *phyo* significa *genero* e, in senso lato, *cresco*. Quindi, *physis* va declinata come *il senso del divenire*: è principio dell'emergere alla dimensione dei sensi, ma anche l'origine dei fenomeni.

Le singole dimensioni che con-vivono all'interno di Movimento Biologico saranno trattate separatamente solo per semplificarne la comprensione. Infatti, sarebbero inscindibili all'interno della instancabile corrente che contraddistingue l'esperienza corporea all'interno dei laboratori di Movimento.

10.1.1 Il gioco

Per Huizinga il *gioco* precede il *rituale* (Naccari, 2006). Fin dai primi anni di vita, si esperisce come il gioco sia una spinta innata nell'Uomo, ma si soffoca, fino a dimenticarla, nel corso del tempo (Huizinga, 2002). Invece, è necessario recuperare il gioco per riabilitare la vita. Infatti, solo nel gioco si realizza la complementarità tra *fantasia* e *pratica*: «Lo spirito si misura e fa esperienza empirica con l'esistenza» (Whitmont, 1999).

Il gioco, attraverso la rappresentazione simbolica, che principia dal «come se...», è in grado di trasformare il giocatore (Whitmont, 1999).

Approfondimento nella *Parte II - Capitolo 12*.

10.1.2 L'ascolto

L'ascolto non è ridotto ad una semplice questione sensoriale. L'apertura ad un vero ascolto dell'esperienza che si sta vivendo dipende dalla capacità di far tacere il rumore mentale che il pensiero produce costantemente, indipendentemente dalla propria volontà, per garantire un silenzio autentico, che sia spazio generativo. La scoperta di un potenziale, fino ad a quel momento inesplorato, anche nei gesti più scontati ed abituali della quotidianità, avviene sospendendo la preoccupazione rispetto al *cosa*, per offrire spazio al *come* della vita. Si tratta di concedersi un *ascolto fine a se stesso*, mentre si *agisce per l'azione* e non per ciò che essa produce. Solo così, si è realmente attraversati, in ogni istante, dalla vera relazione con l'ambiente in cui si è immersi.

Nell'ascolto si dà *voce al corpo* che, con i suoi gesti e movimenti, è in grado di manifestare ciò che il linguaggio non dice. Allo stesso tempo, si riconosce un *corpo alle parole*: la voce manifesta il Movimento sonoro profondo del corpo.

Approfondimento nella *Parte II - Capitolo 16*.

10.1.3 Le emozioni

«Muovere il corpo per comprendere le emozioni. Comprendere le emozioni per muovere il corpo» (Spaccapanico Proietti, 2021).

Il Movimento è in grado di suscitare emozioni, anche in relazione ad uno specifico tema, sulle quali poter lavorare. In contesti di attività motoria pedagogica, ciò che si esperisce corrisponde alla rappresentazione di ciò che si verifica, più in grande e senza filtri, nella vita quotidiana. Quindi, in questi spazi protetti, è possibile un'*educazione emotiva* attraverso la scoperta e la gestione delle emozioni.

Approfondimento nel *Parte II - Capitolo 14*.

10.1.4 L'Altro

Lo sviluppo motorio plasma l'intelligenza, dalle percezioni iniziali alle funzioni superiori astratte (es. memoria, ideazione). Inoltre, gradualmente, alimenta la sensazione della propria identità e vita affettiva. Così, infine, si giunge alla realizzazione della *personalità individuale*: ci si riconosce come un individuo unico, che si concretizza in quello specifico corpo (Gaiffi, 1987).

La presenza dell'Altro è imprescindibile, da Lui dipende la realizzazione della propria identità perché può fungere da: «specchio o stimolo, facilitatore o inibitore, catalizzatore o freno» (Spaccapanico Proietti, 2021).

Per il Singolo, all'interno di un gruppo capace di *contenere*, è possibile esprimere affetti o mettere in gioco esperienze difficilmente comprensibili o gestibili *da solo*. In aggiunta, in una dimensione grupppale, Tutti possono potenziare la creatività mediante i contributi altrui, potenziando la creatività: ne risulta un prodotto armonico nella sua eterogeneità. Quindi, l'*empatia* è incentivata all'interno delle esperienze di Movimento Biologico: nel gruppo, in cui Ognuno ha la sua specificità ed il suo ruolo, giustapposto a quelli altrui, si delinea un sentire comune, mediante le emozioni di cui si fa esperienza in giochi di ruolo, pratiche di relazione, cooperazione, condivisione in coppia o in gruppo (Naccari, 2006).

11. LINEAMENTI MOTODOLOGICI-OPERATIVI IN MOVIMENTO BIOLOGICO

11.1 Meta-metodo

mètodo s. m. [dal lat. *methōdus* f., gr. μέθοδος f., «ricerca, indagine, investigazione», e anche «il modo della ricerca», comp. di μετᾱ- che include qui l'idea del perseguire, del tener dietro, e ὁδός «via», quindi, letteralmente «l'andar dietro; via per giungere a un determinato luogo o scopo»]. – **1.** In genere, il modo, la via, il procedimento seguito nel perseguire uno scopo, nello svolgere una qualsiasi attività, secondo un ordine e un piano prestabiliti in vista del fine che s'intende raggiungere: *m. d'indagine, di studio, di lavorazione, di coltivazione; applicare, seguire un m.; formarsi un m. proprio; un buon m., un cattivo m.; un m. giusto, sbagliato.*

(Treccani)

Il concetto di *metodo* orienta al *protocollo* designato per raggiungere un determinato *scopo*, semplicemente rispettando un procedimento ordinato con tutti gli elementi necessari a disposizione. Infatti, dalla definizione, è possibile coglierne le ricadute limitate e limitanti che ha prodotto nella Società contemporanea. In particolare, ipotizzando un *metodo di Movimento*, anche questo rappresenterebbe: «il modo, la via, il procedimento seguito nel perseguire uno scopo».

Tuttavia, tenendo conto di quanto illustrato nel corso dei Capitoli di questa II Parte, il Movimento è contraddistinto da un *Senso*, ma è estraneo a *scopi*: lo *scopo* è il fine di un lavoro ed è esterno al Soggetto, mentre il *Senso* abita la Persona perché è il contenuto della vita (Guardini, 1935). Nel momento in cui il *Senso* è rimpiazzato dallo *scopo*, il *Movimento* si riduce a *movimento* (esercizio, emulazione, addestramento) e si smarrisce il rispetto per il destino individuale dell'*Uomo*, trascurabile *presenza accessoria*: l'Uomo come strumento per raggiungere scopi nel campo di battaglia del movimento.

Inoltre, l'esistenza di più soluzioni per dare avvio ad un percorso che giunga alla incarnazione del proprio *essere-nel-mondo*, è ineludibile.

Quindi, Movimento Biologico non si declina come l'ennesimo metodo, ma ambisce a configurarsi come *meta-metodo*, aperto allo studio e all'*integrazione* di approcci, stili, filosofie: è quel luogo in cui è possibile astrarsi dal bisogno di identificazione in parametri restrittivi che sostengono uno specifico metodo. L'insieme di pratiche, metodi, tecniche, ecc., presi in ciò che possiedono di *buono*, vengono messi a disposizione del Soggetto, che le pratica per diventare consapevole *di come sta facendo ciò che sta facendo*: il *cosa faccio* è sempre al servizio di *come lo faccio*: il *cosa* viene cambiato per fare esperienza del *come*, non per arrivare ad eccellere in quel qualcosa. È un meta-metodo per decodificare i molteplici *modi umani* con cui *Ognuno è al mondo*: una proposta motoria diventa l'occasione per capire come il Soggetto stesso funzioni in quel set di variabili. Ambisce a restare dalla *prospettiva* dell'Osservatore senza diventare qualcosa *da osservare*.

I *laboratori esperienziali a mediazione corporea* coniugano pratiche agli antipodi, ma solo in apparenza: giocoleria e pratiche respiratorie o meditazione formale, movimenti ginnici a corpo libero con rilassamento muscolare progressivo, libera espressione e mobilità in forma analitica, ecc. Così, nascono esperienze *integrate, integrali* ed *integrative* per lo stesso Corpo, con lo stesso Corpo, nello stesso Corpo. Quindi, il Corpo incarna il Movimento dell'Uomo in tutte le sue possibili sfumature, andando oltre l'esperienza meramente compresa in una dimensione puramente cervello-centrica.

Tuttavia, quest'opera di *integrazione* non è frutto di una mescolanza casuale di un po' di tutto (un po' di danza, un po' di arti marziali, un po' di giocoleria, ecc). Il sapere di base rende possibile l'ideazione di un processo che accompagna nell'evoluzione personale attraverso il Movimento. Movimento Biologico adotta uno specifico approccio operativo nel pianificare, offrire e supervisionare i propri laboratori. Questi ultimi sono animati da esperienze motorie classificate sulla base del *Setting psicomotorio* e delle *famiglie dell'Azione*. Le esperienze, integrando le varie declinazioni della motricità (organica adattiva, cognitiva, relazionale, espressiva, comunicativa,

emotiva) concretizzeranno un processo di conoscenza corporea fino alla *Consapevolezza consapevole*: ogni istante, conoscere ciò che accade nel proprio corpo e come si risponde. Affinché ciò sia possibile, è necessario produrre un'*intenzione* e dirigere l'*attenzione* a *come sto facendo, qualsiasi cosa stia facendo*, senza giudizio.

Oggi, l'Uomo necessita di ri-scoprire l'incommensurabilità di possibilità che riempiono il suo Corpo, non di metodi da seguire. «Movimento Biologico educa, attraverso il Movimento, a questo processo di auto-poiesi, auto-formazione, auto-educazione, auto-determinazione, [...] per auto-comprendersi come Totalità» (Spaccapanico Proietti, 2021).

Il *risultato* (es. la sinuosità di un danzatore), a differenza delle singole dimensioni, non interessa. Una volta chiarito il *processo di specializzazione* (del meditante, del giocoliere, del pesista...), l'interrogativo da porsi è di *quali specializzazioni* si necessiti come Essere Umano che ambisce ad essere un *buon generalista*.

Una volta accertato che la natura evuzionistica, filogenetica ed ontogenetica del Movimento umano è quella *generalista*, è doveroso domandarsi il Senso di sposare solo pratiche motorie che enfatizzino una singola espressione.

Specializzazione e Generalizzazione sono *complementari*, non opposti: aver abbracciato i limiti della specializzazione è imprescindibile per comprendere la bontà di un approccio generalista. L'apprezzamento della *liberà della generalizzazione* (Essere senza coercizioni di forme) emerge dalla aver speso un certo intervallo temporale nella specializzazione. La *generalizzazione* non è altro che passare da una specializzazione all'altra sperimentando ognuna per un tempo soggettivamente sufficiente.

11.2 Setting psicomotorio

Recuperando e adattando la schematizzazione di Ivano Gamelli, è possibile illustrare le connessioni tra le varie esperienze motorie che confluiscono in Movimento Biologico.



Il Corpo, in qualità di «categoria pedagogica fondamentale» (Gamelli, 2011), è il nucleo da cui nasce la *Pedagogia del Corpo Incarnato in Movimento (Parte II - Capitolo 9)*, il cui approccio operativo si fonda sulla *Psicomotricità*. Quest'ultima, prima di istituirsi come costruito metodologico, è il modo spontaneo del Bambino per conoscere la realtà, attraverso l'azione concreta ed i sensi, esclusiva inizialmente e sovrana fino a 7-8 anni (Gamelli, 2011). Gli interventi trovano i fini da mirare nel gioco *sensomotorio*, in quello *simbolico* ed in quello di *rappresentazione* (Gamelli, 2011). I bisogni educativi del Bambino *in quanto corpo* vengono così soddisfatti. Però, allo stesso tempo, è necessario creare degli spazi in cui, dalla preadolescenza in

poi, si possa elaborare il piacere sensomotorio, simbolico e rappresentativo. Infatti, i *setting motori, espressivi ed estetici* che si possono manifestare in forme diverse, rappresentano il prolungamento naturale delle tre dimensioni del setting psicomotorio.

Nel *setting motorio* confluiscono, ad esempio: *sequenze senso-motorie a corpo libero* per riacquisire la consapevolezza del corpo in toto e nelle singole parti, la *propriocezione* come percezione del corpo di se stesso, la *giocoleria* per sperimentare la coordinazione, *sequenze di floorwork* per sperimentare il rapporto tra azione della forza di gravità e corpo, *esercizi oculomotori* per scoprire la connessione tra equilibrio e visione.

Il *setting espressivo* è caratterizzato dal *processo mimico* che consente di accedere al piano simbolico ed incarnare elementi naturali, per esempio.

All'interno del *setting estetico* è possibile *creare arte o divenire arte*, prestando attenzione ai sensi, alla percezione, modellandosi in funzione delle sensazioni.

11.3 Verso le famiglie dell'Azione

11.3.0 Introduzione

Le *famiglie dell'Azione* costituisce il *secondo pilastro* della progettazione dei laboratori esperienziali di Movimento Biologico. Quindi, la classificazione a cui si attinge per l'organizzazione delle proposte è stata stilata sulla base delle caratteristiche dell'azione. Tale classificazione rispetta come il cervello «rappresenta, imita, apprende, pianifica, comanda, coordina ed esegue» azioni (Mandolesi, 2012).

Il Bambino, tramite l'azione concreta sulla realtà circostante, conosce Se Stesso, gli Altri e qualsiasi altro elemento. Comunque, l'azione accompagna l'Uomo durante la vita intera. Infatti, l'azione costituisce la base del comportamento, che è espressione dell'agire, dell'inter-agire e del re-agire in un determinato ambiente. Perfino il pensiero può essere identificato come un'azione, dato che «dietro ogni nostro atto mentale vi è un gesto dal quale è originariamente scaturito» (Gamelli, 2011).

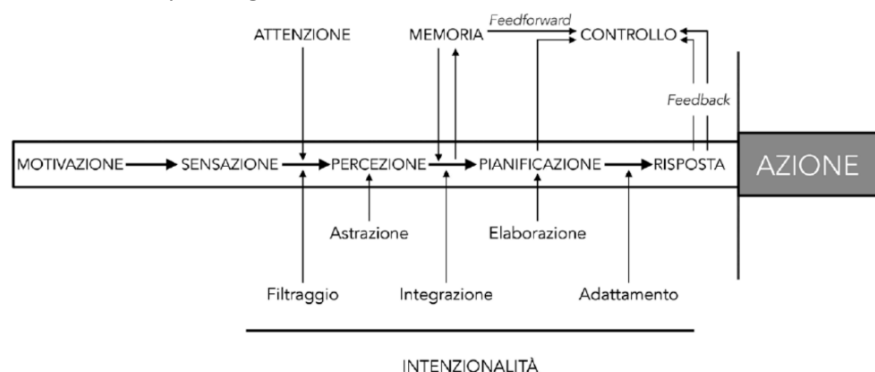
Per Chi studia la Fisiologia dei sistemi motori ed i substrati neuronali del comportamento motorio, *movimento, atto motorio ed azione* non sono sinonimi.

Il *movimento* consiste nello spostamento di una o più articolazioni nello spazio, prodotto dall'attivazione di un distretto muscolare circoscritto.

L'*atto motorio* coinvolge più articolazioni perché risulta da più movimenti eseguiti sinergicamente e fluidamente. Rispetto ai movimenti, persegue un obiettivo.

L'*azione* è prodotta da una sequenza prestabilita di atti motori caratterizzata da un fine generale (Mandolesi, 2012).

11.3.1 Richiami di Neurofisiologia



Ogni azione è il «risultato visibile di una serie di processi neuronali che chiamano in gioco l'attivazione di molti circuiti cerebrali che non sono soltanto di dominio motorio» (Mandolesi, 2012).

Lo schema sintetizza gli elementi e le funzioni correlate nella produzione di un'azione volontaria. L'azione è solo il prodotto finale di un insieme complesso di eventi che si susseguono, ma origina sempre da una *motivazione*.

Però, è necessario conoscere le condizioni interne del corpo e l'ambiente circostante affinché l'azione possa manifestarsi. I recettori sensoriali, specifiche strutture, raccolgono gli stimoli che giungono dall'ambiente interno ed esterno. Così, le informazioni, mediante le vie nervose afferenti, arrivano ai centri superiori per essere decodificate, anche grazie al confronto con memorie di esperienze pregresse (Dioguardi, Paola, Reggiani, 2005).

La *sensazione* è il processo in cui gli organi di senso individuano una specifica forma di energia che traducono in uno stimolo fisiologico trasmesso al cervello come segnale elettrico. Invece, la *percezione* è un processo di maggiore complessità perché consente l'attribuzione di un significato ai dati sensoriali. Però, l'interpretazione delle informazioni sensoriali avviene solo se attivano un circuito neuronale che il cervello è capace di differenziare da ogni altro in una organizzazione dipendente dalla maturazione sensoriale e dall'esperienza (Meraviglia, 2012).

Ogni istante, gli stimoli che giungono agli organi di senso risultano *ridondanti*. Ne consegue un *filtraggio* (=selezione degli stimoli) ad opera dell'*attenzione*, diretta e focalizzata dall'*intenzionalità*. (Dioguardi, Paola, Reggiani, 2005).

Un *programma motorio*, già presente in memoria, viene selezionato per strutturare la *risposta motoria*. Il programma scelto è riconosciuto come il più idoneo alla risposta da fornire in virtù dell'esperienza stessa che lo aveva prodotto. Tuttavia, tale programma è un *generico schema* composto solo dai movimenti che costituiscono l'azione. Quindi, è necessario attribuire le *caratteristiche esecutive* ai movimenti, in un processo di *parametrizzazione*. (Dioguardi, Paola, Reggiani, 2005). Questa si fonda sulle informazioni sensoriali estero- e propriocettive del contesto applicativo ed è fornita da uno *schema di richiamo*, strutturatosi nel tempo attraverso la memorizzazione di informazioni esperite precedentemente nel medesimo schema di azione.

A livello delle *aree cerebrali corticali associative* e *premotorie* si svolgono i processi mediante i quali la risposta motoria viene selezionata e riceve i propri parametri.

Il piano operativo determinante l'*azione motoria* raggiunge le strutture effettrici: *aree corticali motorie*, *vie efferenti*, *midollo spinale*, *nervi motori*, *muscoli*.

Le strutture deputate al controllo (*cervelletto*, *talamo*, *nuclei sottocorticali*) ricevono una copia dello stesso piano in caso di correzioni necessarie (Dioguardi, Paola, Reggiani, 2005).

È lampante come non siano più ammissibili proposte di Movimento che riducano il Corpo a corpo, in cui stimoli nervosi attivano muscoli che muovono un sistema di leve ossee, per impattare positivamente sul comportamento motorio di un Individuo. Infatti, il comportamento motorio, quale prodotto di azioni motorie, deve essere riconosciuto come risultante di processi complessi che correlano dominio motorio, emozionale (motivazione) e cognitivo (intenzione, attenzione, memoria): «l'azione è “accesa” dalla *motivazione*, “predisposta” dalla *sensazione*, “focalizzata” dall'*attenzione*, “intuita e codificata” dalla *percezione*, “sedimentata” dalla *memoria*» (Spaccapanico Proietti, 2021).

11.4 Perché Movimento Biologico nel trattamento dei DAN

11.4.1 La rappresentazione del corpo

La complessità della alterazione nella rappresentazione corporea dei pazienti con DA rende necessario un approccio multidisciplinare. Infatti, le neuroscienze cognitive hanno dimostrato una differente elaborazione del corpo tra Soggetti patologici e sani, a livello percettivo, cognitivo ed affettivo (*Parte I – Paragrafo 6.1*)

Nello specifico, l'elaborazione della configurazione corporea si focalizza sulle singole parti (*Parte I - Sottoparagrafo 6.1.1*). La rigidità del canone di rappresentazione (*Parte I - Sottoparagrafo 6.2.1*) adottato nella percezione e valutazione estetica ed affettiva del corpo spiega questa tendenza al dettaglio: il protrarsi dell'esposizione ad uno stimolo con determinate

caratteristiche, dovrebbe spingere a percepire spostati nella direzione opposta quelle di altri; invece, in questi Pazienti l'esposizione a corpi grassi, incrementa la piacevolezza di quelli magri.

I Pazienti con DA hanno una ridotta capacità di riconoscere e trasformare il proprio Sé corporeo (*Parte I - Sottoparagrafo 6.1.2*)

Inoltre, i Pazienti riconoscono un peso assolutamente maggiore alle informazioni esteroceptive (visive), piuttosto che a quelle enteroceptive (proprioceptive) nell'integrare informazioni sul proprio corpo: significa che attribuiscono un'importanza maggiore alle informazioni visive rispetto a quelle somatosensoriali nella costruzione del senso di appartenenza del corpo (*Parte I - Sottoparagrafo 6.1.3*)

Sussiste un'influenza diretta tra la percezione delle dimensioni corporee ed i sentimenti di soddisfazione sulle stesse: illusoriamente, possedere un corpo più magro incrementa il livello di soddisfazione, che si riduce immedesimandosi in un corpo obeso (*Parte I - Sottoparagrafo 6.2.2*).

11.4.2 La Psicopatologia fenomenica

Richiamando la *Parte I – Capitolo 20*, la Psicopatologia fenomenica è la scienza di base affinché l'analisi fenomenica avvenga prima di ogni altra attività clinica. L'approccio fenomenologico, mettendo al centro l'Individuo, con le sue esperienze e le relative interpretazioni, in rapporto al contesto di appartenenza, cerca di risalire alle strutture fondanti il suo modo di vivere il mondo ed il rapporto con gli Altri. Tale struttura soggettiva rende possibile il manifestarsi di esperienze abnormi ed il loro organizzarsi in disturbi mentali.

La patologia mentale non può essere ridotta a manifestazione comportamentale di meccanismi interni, presa in esame solo dall'esterno. I sintomi sono modi che la Persona adotta per organizzare il proprio Sé, il rapporto con gli Altri ed il proprio *essere nel mondo*, non elementi da sommare per verificare se una soglia diagnostica quantitativa sia superata o meno (*Parte I – Paragrafo 20.2*).

Curare il rapporto con il cibo non è sufficiente per guarire: si tratta di scendere fino alla motivazione per cui un DA è insorto, in qualità di difesa. Quindi, ri-conoscere e vivere le proprie emozioni.

Non a caso, il Ministero della Salute ha riconosciuto i DA come patologie associate a «gravi disagi psicologici», sottolineando come il basso peso non sia l'unico e specifico marcatore. Nonostante ciò, l'immagine perpetrata è quella di corpi severamente sottopeso, con un accesso alle cure, a volte, ancora dipendente all'indice di massa corporea. Eppure, tali disturbi sono spesso ridotti ad una questione squisitamente fisica (corpi severamente sottopeso). Tuttavia, non sempre il corpo parla: non è possibile dimenticare la sfera psicologica ed emotiva. In particolare, all'inizio, la malattia non è immediatamente visibile e non sempre lo diventa: la richiesta d'aiuto appare come un muro insormontabile per i Pazienti (*Parte I – Paragrafo*).

L'esperienza del Corpo vissuta in *prima persona* è *preriflessiva*, si sente il corpo prima di pensare ad esso, e *non mediata*, ci si riconosce come fonte delle proprie percezioni, emozioni, azioni, pensieri. Quindi, l'esperienza di Sé è lo sfondo implicito di tutte le esperienze quotidiane, dalle quali si sviluppa il Senso di Sé, come un'entità stabile, impegnata in una Società condivisa con Altri (*Parte I - Sottoparagrafo 20.2.1*).

Sentirsi privati della propria vitalità, cioè della capacità di emozionarsi e muoversi, porta ad un isolamento da Sé, dagli Altri e dal mondo. A causa delle anomalie che affliggono il Leib, la Persona si sente spinta verso una prospettiva in *terza persona*, in cui il corpo diventa *oggetto*. Il Soggetto, nel tentativo di ripristinare il Senso di Sé, adotta strategie comportamentali come la quantificazione di parametri relativi all'alimentazione o al corpo. Così, il corpo diventa controllabile: i Pazienti giudicano il proprio valore in base ad alimentazione, peso e forma corporea. Il rapporto tra Sé e corpo diventa *mediato*, soprattutto dalla *vista*: il senso conserva la distanza tra le cose, non è un rapporto *cenestesico*, fondato sulla percezione interna del proprio corpo (*Parte I – Sottoparagrafo 20.2.1*).

La difficoltà di sentire il proprio corpo nella modalità cinestesica costituisce il nucleo psicopatologico dei DA. Altre vie vengono percorse nell'intento di sentire e definire il Corpo: atteggiamenti verso il cibo, (dai regimi restrittivi alle abbuffate) che consentono di ridursi *all'osso*

o di riempirsi *fino a scoppiare*. Tali aspetti dominano l'esistenza, fino ad essere coronati come *valori*: ciò che interessa ad una Persona che soffre di AN è interessata esclusivamente ad essere magra, anche a costo di compromettere la salute.

Chi si rapporta con questi Pazienti deve interessarsi tale orizzonte valoriale distorto. Infatti, il valore affermato (es. magrezza) o il comportamento non possiedono una valenza patologica, ma ciò da cui nascono: l'esperienza abnorme del proprio corpo e delle proprie emozioni.

Ad esempio, il valore *magrezza* ha una componente implicita che corrisponde alla *manca di Identità*, che non emerge apertamente dalle parole delle Persone (*Parte I – Sottoparagrafo 20.2.7*).

Oltre alla modalità di *oggettivazione*, i Pazienti con DA, per vivere il proprio corpo, adottano anche quella legata allo *sguardo dell'Altro*. A causa dell'alterata possibilità di sentirsi in prima persona, viene meno l'integrazione di questa prospettiva nella costruzione della propria identità: lo sguardo dell'Altro costituisce l'unica possibilità di sentirsi. Di conseguenza, l'Altro viene ridotto solo al suo sguardo, nel ruolo di *Osservatore giudicante*, perdendo qualsiasi relazione in cui l'Altro è riconosciuto come Altro. Il suo compito è fondamentale: riconoscere, o meglio, apprezzare, in termini estetici. Infatti, nei Pazienti, quest'ultima dimensione non si separa nettamente dalle altre connesse al valore personale (*Parte I – Sottoparagrafo 20.2.2*).

Per i Pazienti affetti da un DA, anche gli oggetti perdono il loro naturale utilizzo quotidiano, ma costituiscono soluzioni per quantificare oggettivamente le proprie prestazioni, in qualsiasi ambito (es. bilancia per pesare il proprio corpo o il cibo, capo di abbigliamento per monitorare la propria taglia) (*Parte I – Sottoparagrafo 20.2.3*).

La Fenomenologia trova la spiegazione capace di collegare tutti questi fenomeni apparentemente eterogenei: la valutazione di Sé discende dalla possibilità di oggettivare le proprie prestazioni dall'esterno, mediante il corpo e gli oggetti, dato il problematico accesso diretto ai propri vissuti. I sintomi affondano le radici in un senso di *incompletezza*, da intendere come *manca di forma*, nell'accezione di *incapacità di dare forma alla propria esistenza*, non in senso estetico (*Parte I – Sottoparagrafo 20.2.3*). Le Persone che soffrono di DA sono convinte che sia possibile plasmare il proprio Sé modellando il corpo, basandosi sull'equivalenza tra realtà fisica (forme e misure corporee) e realtà psichica (identità).

I Pazienti sono vittime di una visione pornografica del Sé: il sentire non deriva da una percezione immediata e cinestesica del proprio corpo, ma dipende dall'essere visti. Infatti, questi Pazienti non riescono a proiettarsi nella progettualità del futuro perché la loro sicurezza è ancorata a tematiche ed attività che si ripetono circolarmente: la vita si svolge in un presente scandito da sequenze temporali limitate dal raggiungimento di compiti oggettivamente verificabili (*Parte I – Sottoparagrafo 20.2.6*).

In ambito fenomenologico, la terapia non è mai standardizzata, ma cerca di adeguarsi ai bisogni del Singolo: il centro dell'intervento è la Persona, non la disfunzione psicologica in sé. Quindi, il Paziente non è considerato come Colui che subisce passivamente un Disturbo, ma un Produttore attivo di Senso: il sintomo è il risultato del bisogno di auto-interpretazione di esperienze disorientanti, non l'espressione diretta di qualche disfunzione.

Il Paziente necessita di arrivare a comprendere come il proprio sistema di valori ed i comportamenti patologici che ne derivano, siano *strategie di compenso*. Così, gradualmente, potrà recuperare un rapporto migliore con i vissuti corporei, dando uno spazio alle proprie emozioni, cominciando a riconoscersi come una Persona valida per Sé e non in base al giudizio altrui (*Parte I – Paragrafo 20.3*).

11.4.3 La Pedagogia delle Alternative di Movimento Biologico

Per Movimento Biologico, «Come faccio ciò che faccio» diventa la caratterizzazione di una biologia che è uguale per Tutti. Dipende da come, nel corso della *biografizzazione* della biologia, siano stati acquisiti diversi modi di essere, che sono sguardi diversi sul mondo. Lo sguardo del Bambino è puro, è l'unica fase in cui si è innocenti e liberi di essere qualsiasi cosa. Però, è talmente precoce, che si interrompe nel momento in cui si è oggetto, per la prima volta, dello sguardo altrui.

Il comportamento si costruisce in un punto preciso della esistenza, per poi rinforzarsi. L'apprendimento funziona per sottrazione di possibilità. In particolare, l'esclusione delle possibilità si radica su una dimensione emotiva di frustrazione: qualcosa non si fa perché altrimenti si è *meno amabili* dall'Altro, sperimentando la *crisi dell'abbandono*: nel momento in cui si è meno amabili, si rimane soli, rischiando di non sopravvivere. Certe ingiunzioni, una volta introiettate, vengono rafforzate in tutte le occasioni che la vita offre, finché i problemi si palesano. L'Adulto tenta di sostituire le ingiunzioni con discorsi cognitivi-comportamentali, l'attitudine additiva che lo contraddistingue consiste nel portare un rimedio (es. pillola, meditazione).

L'alternativa è tornare simbolicamente in quel luogo di *staminalità* e provare a recuperare quella versione di Sé: tornare dove qualcosa si è interrotto, in quel luogo in cui il sistema nervoso ha cominciato a strutturare le resistenze, gli schemi di funzionamento.

Ad esempio, il Bambino, fino ad un certo momento della sua esistenza, ha un rapporto con la forza di gravità a-giudicante (non ha paura di cadere). Il tentativo adulto, cognitivo-comportamentale, di superare la paura di cadere (senso di vertigini) è quello di esporsi ad altezze crescenti, fare ginnastica artistica, parkour, ecc. Invece, il gioco riporta in un luogo che, neurologicamente, è quello della *totipotenza*: quel sistema di sinapsi può diventare qualsiasi cosa all'interno di un ventaglio in cui c'è tutto.

L'identità è un dono sociale, ha le sue radici in un tempo troppo atavico, ancestrale, che è *pre-verbale*. Quindi, non è con il verbale che si ristrutturata. Attraverso il gioco, si tenta di tornare a quel luogo biologicamente e neurologicamente pre-condizionato (staminale).

La staminalità del Bambino è ciò che trasforma. Però, ogni Adulto, per giocare, deve chiedere il *permesso* al suo adulto interiore, che tenderà a boicottare il Bambino, nello stesso modo in cui è stato boicottato il Bambino *in origine*. L'Adulto non ha piacere di essere integrato, preferisce rimanere polarizzato tra le innumerevoli versioni di Sé, perché ha imparato a sopravvivere così. Movimento Biologico è un *processo di riabilitazione* della propria *staminalità*, non come capacità biologica (da adulti estremamente ridotta), ma *funzionale*.

In quanto Umani, la coscienza permette di essere qualsiasi cosa.

È tornare al Bambino che, guardato da il *Se Stesso adulto*, riesce a ricontattare quello *sguardo staminale* capace di essere qualsiasi cosa, a prescindere dalle ferite (non è tornare al Bambino ferito dallo sguardo dell'Adulto). A quel Bambino va posta la domanda: «Di cosa hai bisogno?». Movimento Biologico è *psicomotricità per adulti*.

Il setting psicomotorio consente di *pontificare, fare cerniera*, tra la dimensione del Bambino che *si è stati* e il Bambino che *si vuole tornare* ad essere da adulti: riprendere la versione di Sé congelata e chiedergli *di che possibilità ha nostalgia*. L'atto di volontà è collegato: è possibile scegliere *Chi si vuole essere* nel momento in cui si ha chiaro *dove si è*.

Ognuno è tutte le versioni di Sé manipolate dagli Adulti che ha incontrato: Nessuno può avere la certezza che la sua scelta da adulto sia libera perché possiede dei mezzi cognitivi. Infatti, gli strumenti cognitivi che ha a disposizione sono fortemente manipolatori di Se Stessi, come di altri Bambini che si possono incontrare.

Se tutto è nello sguardo, esso va *pulito* e ciò significa *essere Consapevoli* che lo sguardo che si utilizza non è *indifferente* allo sguardo *con cui si è stati guardati*. Se non si recupera quello sguardo totipotente, si va avanti, ma con le proprie *narrazioni*. È possibile tornare lì, a quel luogo di staminalità, solo con il gioco, non con la narrazione, con la parola, con la mera cognizione, seppur introspettiva o riflessiva.

Lo sguardo *cambia, modifica* una *qualità* chiamata *Consapevolezza*. *Essere consapevoli* è arte, perché ha in sé la dimensione della *tecnica*, ma anche l'*estro* (la capacità di vedere l'invisibile, le cose che non sono o che non saranno mai).

Nulla di ciò che accade in Ognuno è *innocente*, cioè vuoto di significato, ma presenta un *correlato corporeo*. Qualsiasi cosa si stia facendo, si rende oggetto di osservazione. La Consapevolezza è potere di osservazione, con un'intenzione di discernimento (separare e accumunare ciò che ha affinità) per cogliere con quale versione di Sé si stia facendo. L'attitudine psicomotoria diventa strumento di Consapevolezza corporea.

L'ossimoro poetico è una *realtà fenomenica*. Fare esperienza che il braccio può essere *leggero* o *pesante*, non ha come *obiettivo* essere solo *uno o l'altro*, ma riscoprire che si è abitati dalla staminalità di *essere entrambi*: l'*armonia dei complementari* rende interi.

Etimologicamente, *essere sani* significa essere *integri* e, quindi, che la *frammentazione* è la *condizione di partenza* di tutti: non vanno escluse *parti di Sé* per dare *primato* all'inclusione di altro.

Guarire, etimologicamente, significa «mettere al riparo, difendere». Quindi, non presenta alcun riferimento ad una netta demarcazione tra prima e dopo. Piuttosto, corrisponde a proteggere la parte vitale da quella che si ammala. Per guarire è necessario che la luce resti accesa, nonostante il buio: l'ombra non spegne quella luce, come non scompare per concederle spazio, l'una non toglie *valore* all'altra (*Parte I – Paragrafo 19.2*).

Al posto di *guarigione* sarebbe più calzante quello di *guarigioni*, proprio perché sono interessati tutti gli ambiti della vita. La guarigione abbraccia tutti gli ambiti della vita. Così, la moltitudine di vissuti che Ciascuno ha accumulato in Sé e le imprevedibili storie che può riscrivere sono abbracciati (*Parte I – Paragrafo 19.2*).

Guarire è riappropriarsi della Consapevolezza che ogni propria intenzione, pensiero, scelta, gesto, azione, ha la responsabilità di poter costituire un'occasione che avvicina al ben-essere e alla salute, o che allontana da essi. Ciò che viene demandato all'esterno è qualcosa di interno che viene soffocato. Si guarisce concedendosi la libertà di scegliere per Sé e non delegare agli Altri: ogni scelta diventa un'azione interna che manifesta esternamente «il talento alla guarigione» (Spaccapanico Proietti, 2023).

Solo riappropriandosi della capacità di orientare le proprie scelte è possibile svelare la propria *sofferenza autentica*, non un sintomo da curare, ma una *condizione esistenziale* da conoscere per intraprendere quel percorso volto alla piena evoluzione del *proprio potenziale umano*, per *poter essere tutte le versioni di Sé*.

12. LA DIMENSIONE LUDICO-PEDAGOGICA IN MOVIMENTO BIOLOGICO

12.1 Il gioco senso-motorio

Froebel ha definito il Gioco come *espressione del divino* (qualsiasi si preferisca intendere) e per comprendere le sue motivazioni è sufficiente osservare i movimenti realizzati da un Bambino per andare verso un oggetto di piacere.

Secondo Vygotskij, il Bambino, nel suo giocare, è spinto dalla necessità di rispondere al suo bisogno esplorativo. Quest'ultimo gli consente di tendere verso una *zona prossimale di sviluppo*, in cui l'attore è l'Altro: Genitore, Parente, Educatore, perfino un qualsiasi Sconosciuto, quindi, Chiunque, dotato di maggiori *competenze*, agevoli, consapevolmente o meno, la tendenza del Bambino ad approdare alla sua zona potenziale, ad una nuova fase evolutiva.

Nella visione di Vygotskij, l'evoluzione del Bambino dipende dalle competenze. Invece, secondo Martin Buber, «ogni vita autentica è un incontro» (Buber, 1923). In una zona di sviluppo prossimale si incontrano un Io ed un Tu, che creano un'autentica *inter-relazione*: non un Io-Esso, ma un Io ed un Tu. Nel momento in cui il dialogo è vero, scevro da qualsiasi tendenza competitiva rispetto alla forza comunicativa, Entrambi gli attori evolveranno. Questo vale tanto in età evolutiva, quanto in età adulta o senile: l'Uomo ha l'opportunità di vivere un'incessante esplorazione di Sé e dell'Altro.

Intorno ai 12 mesi di vita, nel momento *senso-motorio* della età evolutiva, il Bambino non ha ancora piena cognizione del sua fisicità e delle sue risorse motorie. Però, il corpo stesso diventa mezzo per strutturare il proprio Sé più profondo, *personale e affettivo*.

A livello affettivo, Bolbwi teorizzò come le relazioni umane siano significativamente influenzate dall'*attaccamento*. In particolare, il primo attaccamento *bambino-genitore* è quello che ricopre il ruolo sovrano nello sviluppo della personalità, i cui tratti salienti dipenderanno proprio dal tipo di attaccamento.

Il dialogo tonico-affettivo tra Genitore e Neonato (es. prendere in braccio il bambino, la carezza, lo sguardo, il gioco), concretamente, consiste in Movimenti.

In seconda battuta, il Bambino stesso, sempre mediante il proprio Movimento, si distacca ed evolve dalla condizione *fusionale* intrinseca dell'*essere neonato*. Piaget intuì come l'attività *sensoriale e motoria*, in contatto con l'ambiente (soprattutto socio-culturale), rende possibile la genesi dei fondamenti della propria logica, anticipando l'acquisizione del linguaggio.

In questo periodo, secondo Aucouturier si creano gli *engrammi di azioni*: *luoghi psichici* contraddistinti da un corrispondente *luogo corporeo*. Il Bambino introietta i cambiamenti del corpo che derivano dalle sue azioni e ne colleziona una riserva. Queste azioni, ancora confuse con quelle della Madre, sono custodite a livello neurobiologico, accompagnate a sensazioni di piacere, ciò che ne spinge alla ripetizione.

Tuttavia, nel caso in cui il dialogo tonico manchi o risulti contraddittorio, se si verificano incrinature toniche disfunzionali, con la possibile genesi di *engrammi di inibizione*: correnti di informazioni responsabili di prodotti biologici dannosi che ostacolano il circuito degli engrammi di azione e scalfiscono la realizzazione di azioni somatiche.

Quindi, gli *engrammi di azione* accolgono scenari da vivere *nel* e *con* il corpo, con piacere; gli *engrammi di inibizione* predispongono le somatizzazioni. Entrambi, iscritti nel medesimo sistema neurobiologico, contribuiscono a plasmare la struttura tonico affettiva del Bambino, prima, e la struttura di personalità dell'Adulto, poi, in un flusso di vita puramente *biografica* e non *cronologica*.

La spinta all'agire dell'Adulto rispecchia il Bambino che si è stato. Gli engrammi di inibizione sono in grado di influenzare luoghi psichici fino a manifestare l'angoscia mediante corpo e Movimento: la carenza di fluidità del movimento, un corpo che si blocca nel realizzare determinati

atti, malessere fisico e somatizzazione rispetto ad una specifica azione possono derivare da una rimozione prematura che, troppo precocemente, ha arrestato le proprie pulsioni.

Tuttavia, se qualcosa ha congelato il proprio Movimento colpendo determinati luoghi psichici, intervenendo sul Movimento stesso sarà possibile tornare lì e continuare a lavorare, sempre a livello motorio, in un circolo virtuoso. Infatti, se fin da Bambini si è vincolati a vivere in una dimensione algida e in un corpo rigido, questo diventa la propria *normalità*, fin quando non si incontra Qualcuno che offre una soluzione differente, dimostrando che vivere il proprio Corpo come casa non è ciò che si è sempre sperimentato.

La *mente è corpo*. Ciò che si sperimenta nel corso l'età evolutiva imprime tracce indelebili su entrambi, influenzando la Persona nel modo di relazionarsi ad essi e di utilizzarli. Pur non potendo rimaneggiare le esperienze pregresse, si ha la possibilità di aprirsi ad esperienze inedite, positive, quindi *salvifiche* ed *evolutive*. Infatti, l'insieme corpo-cervello-mente è un *sistema democratico*: le esperienze condizionano le azioni di corpo, di parola, di pensiero e la coscienza. Di conseguenza, la personalità comincerà a strutturarsi positivamente quando le *esperienze evolutive* sopravvanzeranno quelle *schematiche* soffocate dal passato. Non a caso, Movimento Biologico, attraverso il *gioco*, offre possibilità di sperimentare esperienze corporee evolutive che, gradualmente, aiutino nel restauro della propria struttura tonico affettiva e la personalità nella sua globalità.

12.2 Il gioco simbolico

Nel secondo anno di vita la manualità fine diventa più attenta e le azioni sugli oggetti aumentano di complessità. In precedenza, il Bambino si muoveva su un piano squisitamente *esplorativo* e *senso-motorio*: conosceva attraverso il mondo e le derivanti relazioni tonico affettive. Ora, l'esplorazione si arricchisce di *sensazioni* grazie alla crescita di capacità, come la deambulazione in posizione eretta: ciò che il Bambino vive e vede imprime una traccia che genera una *sensazione*, la quale, per collocarsi nella memoria emotiva del Soggetto, deve essere giocata, rendendo necessario lo spostamento da un piano *reale* ad uno *simbolico*.

I Bambini cominciano a rappresentare attraverso un simbolo, trasferendo un concetto reale in uno spazio simbolico: il *gioco simbolico* si costituisce come modalità di *rappresentazione mentale*. Questa traduzione facilita la comprensione, in particolare a Se Stessi, di una sensazione che è difficoltoso vivere in una dimensione puramente reale.

Per esempio, quando il Bambino viene ambientato in un nido, vive con fatica la sensazione di distacco dalla Figura di cura primaria. Ne derivano pianti o espressioni di tristezza apparentemente inconsolabili. Spesso, l'Educatore, per quanto empatico, è limitato dal solo piano reale. Infatti, può risultare ausiliario un oggetto del Bambino (es. bambola con cui dorme la notte) apparentemente insignificante, che Winnicot ha definito *oggetto transizionale*: il Bambino trasferisce la sensazione negativa sull'oggetto, che restituisce memorie, anche corporee, le quali aiutano a superare il momento di difficoltà. Quindi, oltre ad essere la prima occasione per il trasferimento dalla dimensione della sensazione reale a quella della traduzione simbolica, è anche il momento in cui si sperimenta una relazione oggettuale di spessore. Tuttavia, rimane un primo accenno di simbolizzazione perché il rapporto con il piano reale è ancora importante: l'oggetto è reale, come la relazione con lo stesso e la sensazione.

La simbolizzazione più fine si afferma quando è capace di tradurre una sensazione reale in una rielaborazione e nella conseguente simbolizzazione. Quindi, si distinguono due fasi: inizialmente, la sensazione si muove nel labirinto emotivo del Bambino; successivamente, dopo un'essenziale rielaborazione, può avvertire la necessità di manifestarla attraverso l'azione. L'azione consente di esprimere la propria emotività, soprattutto, liberandosi delle sensazioni negative.

Se il Bambino, in questo stato di precarietà emotiva, ha la possibilità di sublimare la sensazione mediante l'agire, lo stesso vale per l'Adulto. Infatti, Quest'ultimo, andando oltre la solita razionalità, cognizione e riflessione, può ri-educarsi a sublimare la sensazione attraverso l'azione, nel gioco.

Nei laboratori esperienziali a mediazione corporea di Movimento Biologico, in alcune pratiche, si possono ri-scoprire grovigli emotivi. Concedersi la presenza, perpetrare nell'esplorazione, muovendosi nel proprio spazio intimo, è un'occasione per sublimare quella sensazione. Questa, viene trasferita in un piano simbolico che plasma l'azione: i movimenti possono diventare più decisi, veloci, famelici, fino a ristabilire la calma. Sublimare non è altro che: «trasformare qualcosa di molto reale e solido in qualcosa di aereo e gassoso, transitando da quello stato di liquidità» (Cacioppolini, 2021).

12.3 Movimento Biologico per riappropriarsi del gioco in età adulta

Gli Adulti sono Coloro che hanno studiato di più, hanno vissuto un numero maggiore di esperienze, hanno incontrato più Persone, hanno conosciuto più luoghi. Quindi, sono considerati i *custodi del Sapere*. Tuttavia, il gioco è quella dimensione della vita in cui la dinamica si capovolge ed i mentori sono: i Bambini ed il gioco stesso (Parlebas, 1999). Ciò che gli Adulti apprendono corrisponde alle motivazioni stesse per cui dedicarsi quotidianamente alla pratica ludica.

12.3.1 Vivere il Qui ed Ora

Il Bambino, quando gioca, troppo impegnato a vivere *nel* ed *il* momento, è estraneo ad ogni disturbo esterno ed al tempo che scorre. La meditazione non è una semplice esperienza che connette al momento presente, ma una vera e propria attitudine nell'affrontare la vita. Allora, il gioco è una forma di meditazione in Movimento ed il Bambino è un praticante che non si stanca mai.

12.3.2 Giocare il Movimento e la vita

Da Bambini si continua a giocare senza sosta perché questo agire è associato a sensazioni ed emozioni positive. L'esistenza adulta è incentrata sul *lavoro* che permette di guadagnare il denaro per procurarsi ciò di cui si ha bisogno. *Gioco* e *lavoro* risultano in contrapposizione: il *lavoro* è qualcosa di *serio*, il *gioco* è uno *svago* perché non produce nulla. Infatti, uno esclude l'altro e, quando si diventa Adulti, il *gioco* lascia spazio al *dovere*. Il Movimento si riduce a movimento, declinabile in fatica, punizione ed esibizione.

Invece, in una condotta di così ordinaria, piena di realtà, il gioco può essere una risorsa in cui trovare soluzioni per affrontare momenti di crisi o difficoltà (Farné, 2010). Il gioco insegna agli adulti come sublimare le esperienze (*Parte II – Paragrafo 12.2*).

12.3.3 La ri-scoperta del coraggio

I Bambini accettano le incognite insiste nel gioco con serenità: prendere decisioni, sbagliare, perdere, affidarsi alla sorte. Crescendo, si tende ad affrontare la vita con maggiore prudenza: si ha paura di agire per il rischio di fallire ed essere giudicati dagli Altri. Gli Adulti, giocando, possono riassaporare la *filosofia del coraggio* che anima la attività ludica, potendo trasferirla negli altri ambiti di vita.

12.3.4 Il piacere della condivisione

Il *gioco egocentrico* è una fase che caratterizza la prima infanzia. Successivamente, i Bambini manifestano una naturale ricerca alla condivisione. Il piacere derivante dal gioco spinge a superare qualsiasi tipo di barriera (es. estrazione sociale, lingua). Il passare degli anni spegne questa spontaneità e chiedere di giocare ad uno Sconosciuto diventa imbarazzante, addirittura inopportuno.

Solo nel gioco è possibile riapprezzare la naturalezza del contatto umano, una condivisione scevra da particolari fini, un divertimento inatteso.

12.3.5 Liberare le emozioni

Nella dimensione ludica si realizza un'educazione emotiva perché non si sperimenta solo piacere, ma anche emozioni negative. Però, a differenza della vita quotidiana, si ha a disposizione uno

spazio protetto in cui vivere, riconoscere, accettare, affrontare, fino ad emanciparsi dalle varie emozioni.

Non a caso, i Bambini più psicologicamente stabili sono quelli che si dedicano con più frequenza al gioco. Inoltre, tendono a sviluppare una maggiore empatia, riuscendo ad immedesimarsi negli stati d'animo altrui.

13. MIMESIS

13.0 Introduzione

Per Platone, *mimesistai*, cioè l'attività di *mimesis*, consiste nella capacità di rendersi simili, assimilando ed assomigliando, a Qualcuno o qualcosa altro da Sé, nella voce o nei gesti.

Per Aristotele, *mimeisthai* è intrinseca nella natura umana ed è ciò che differenzia l'Uomo dagli altri animali: acquisisce le conoscenze di base mediante la *mimesis* e la sua attività mimesica è maggiore di qualsiasi altro essere vivente.

Parola e *Corpo*, *pensiero* e *Corpo*, *sentimento* e *Corpo* non originano distinti, ma intersecandosi a vicenda. La Pedagogia dell'Espressione è un altro dei percorsi che ha capovolto le convinzioni frutto di ciò che è stato studiato basandosi, esclusivamente, sulla *mente razionale*. È frutto di trenta anni di ricerca di Gilberto Scaramuzzo, docente nel Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università di Roma Tre. Il Metodo Mimico di Orazio Costa Giovangigli, regista e maestro del Teatro italiano del Novecento, è stato il nucleo della ricerca in campo artistico, educativo e filosofico.

Di seguito, si riporta il *testamento* di Orazio Costa, Così declinato in quanto capace di testimoniare il *lavoro* di tutta una Vita.

«Se sapete che il vostro strumento siete voi stessi,
conoscete anzitutto il vostro strumento,
consapevoli che è lo stesso strumento che
danza, che canta, che inventa parole e crea sentimenti.
Ma curatelo come l'atleta, come l'acrobata, come il cantante;
assistetelo con tutta la vostra anima,
nutritelo di cibo parcamente,
ma senza misura corroboratelo
di forza, di agilità, di rapidità,
di canto, di danza, di poesia e di poesia e di poesia.
Diverrete poesia aitante,
metamorfosi perenne dell'io inesauribile,
soffio di forme,
determinati e imponderabili,
di tutto investiti,
capaci d'assumere e di dimettere
passioni, violenze, affezioni,
restandone arricchiti e purificati...
tesi alla rivelazione di ciò che l'uomo è:
angelo della parola,
acrobata dello spirito,
danzatore della psiche,
messaggero di Dio
e nunzio a se stesso
e all'universo
di un se stesso
migliore».

Il Testamento, oltre a suggellare la poetica del Maestro, permette di comprendere anche l'incontro tra la Pedagogia dell'Espressione e Movimento Biologico.

Il *corpo* è *Lo strumento* con cui si è nel *mondo*: *corpo fisico*, *corpo mente*, *corpo sentimento* e *corpo artistico*. Per conoscere è necessario esplorarlo e muoverlo nel mondo. Per sostenerlo bisogna nutrirlo con cibo sano, ma anche sviluppare forza, agilità, rapidità. In particolare, l'Arte

lo arricchisce, avvicinandolo allo Spirito che ha creato l'Universo. In Quest'*angelizzazione* diverrà «poesia aitante», sperimentando la «metamorfosi perenne dell'Io inesauribile».

13.1 Il Metodo Mimico di Orazio Costa

Il modo in cui il corpo prende parte all'apprendimento si scorge autenticamente solo nel Bambino: il *gioco di immedesimazione naturale* in cui diventa persone, animali e cose.

L'attività creativa si realizza in due momenti: nel *primo*, si *analizza* l'oggetto e la realtà osservata; nel *secondo*, si *scelgono* i dati da rappresentare ed i mezzi necessari (Colli, 1996). L'*espressione* (*ex-primere*, premere fuori) origina spontaneamente nel Bambino. Il Quale, privo di sovrastrutture, tende a fondersi con qualsiasi mondo incontri, assorbendolo nel proprio corpo e spirito (Colli, 1996). Egli desidera di giocare ad essere ciò che non è, sia che si tratti di oggetti, che di Persone. Infatti, ogni Essere Umano è contraddistinto dalla capacità di immedesimarsi in qualsiasi elemento naturale, animato o meno, per giungere ai concetti più astratti, perfino alla parola poetica.

Il *parlare* è il *verso* dell'Uomo al vertice del suo processo evolutivo. La *mimica*, prima della *parola*, era il suo verso naturale: l'Uomo, spontaneamente, per conoscere la *realtà*, si immedesima in essa, attraverso *analogie* che hanno luogo nel *corpo*. Non riproduce l'oggetto che indaga, ma si rispecchia. L'attività muscolare non rimane esclusa dall'adeguarsi all'immagine. Quindi, il *divenire* non si limita alla dimensione immaginativa interiore.

Come anticipato all'inizio di questo paragrafo, durante l'infanzia non si incontrano ostacoli nel processo. Tuttavia, crescendo, superata l'adolescenza, si genera una frattura che allontana da tale *istintività*, con difficoltà nel recuperarla: si è spinti dalla volontà di assumere comportamenti socialmente proposti, distaccandosi dalle funzioni della psicomotricità spontanea (Boggio, 2001). Un animale è puro istinto. Invece, l'Uomo ha ridotto la sua istintività acquisendo la *mimica*: l'Uomo ha limitato ai minimi termini i propri *istinti*, ma può addossarsi tutti quelli del Creato, quasi allo stesso livello (Boggio 2018).

Le istituzioni scolastiche, così come la Società intera, tendono a scalfire questa potenzialità umana (*staminalità*), che rimane silenziosamente nascosta nell'arco dell'esistenza. Quindi, è possibile farla riemergere.

Il centro di avviamento all'Espressione, la prima scuola di educazione all'espressione e sollecitazione dell'istinto mimico, è stata inaugurata nel dicembre 1978 a Firenze, grazie al sostegno dell'assessorato alla Cultura e alla Pubblica Istruzione.

Il *metodo mimico* offre l'opportunità di accrescere e perfezionare un processo cognitivo che è riconosciuto come *organico*: il *principio mimesico*, come riconosciuto da Costa, appartiene ad ogni Individuo. Allora, riscontrando il benessere che si sperimentava nel restituire spazio a questa attitudine, aprì i suoi corsi a Tutti: non solo Attori, ma anche Bambini, attraverso il gioco, e Anziani o Diversamente Abili, con intenti terapeutici (Piazza, 2018).

13.2 Movimento Biologico, opportunità di espressione autentica

Ogni volta che un Soggetto si trova in contatto intimo con Altri o con oggetti, sperimenta la *mimesis*, anche se non ne è cosciente. Non avendo mai smesso di essere *animali mimesici*, Movimento Biologico propone, all'interno dei laboratori esperienziali a mediazione corporea, continuamente *mimesis*, da realizzare con la totalità del proprio Corpo. Ad esempio, quando viene mostrata una pratica, il Movimento si imprime dentro la Persona, che lo riconosce dentro di Sé e lo ripete. Oppure, nel relazionarsi con l'Altro, i suoi Movimenti si comprendono e si avvertono nel proprio Corpo, si trasmutano i Movimenti che si ha l'intento di facilitare nell'Altro. Ancora, gli impulsi che si forniscono al proprio Corpo sulla fluidità, ariosità o velocità, sono frutto di *mimesis*: si dà vita a sensazioni corporee, al pensiero di essere acqua, aria o un ghepardo che corre.

L'Espressione ha origine dal *riposo*: il *silenzio* è manifestazione dell'*ascolto sin-cero*, per prepararsi internamente alla risposta. Nelle sessioni di Movimento Biologico, silenzio e respiro, consentono di accumulare energie per predisporre il Corpo ad una *presenza densa* nell'incontro con oggetti, Altri, gruppo, musica, parole. Solo aprendosi al mondo con uno *sguardo cinestesico*, si ha l'opportunità di essere plasmati empaticamente dall'ambiente relazionale circostante. Così, Ognuno genera un *processo mimesico*, in cui è pronto ad accogliere quello dell'Altro: nasce un cammino di ascolto reciproco.

14. EMOZIONI

14.0 Introduzione

Parafrasando la definizione di Anna Maria Della Vedova, l'Emozione è uno stato soggettivo transitorio contraddistinto dalla compresenza di tratti psicologici, fisiologici e comportamentali. L'accezione che il Singolo conferisce al proprio stato emotivo ed alla situazione che lo ha generato è responsabile della ricaduta sul benessere personale.

Andrew Taylor Still sosteneva che *la struttura governa la funzione*: un cambiamento somatico comporta una modificazione funzionale. In seguito, John Martina Littlejohn affermò il contrario: *è la funzione a governare la struttura*. Ormai, è evidente che le due teorie siano congiunte e, solo così, in grado di spiegare come il Corpo funzioni.

L'interazione con la propria dimensione emotiva non può prescindere dal corpo perché tutto ciò che si sente e percepisce risiede in esso. Il Movimento offre la strada da percorrere per scoprire gli strumenti che consentano di riconoscere, accogliere e gestire le emozioni.

Le emozioni non possono avere una *forma* diversa da quella del corpo che animano. Infatti, la Fisiognomica, fin dal 1500, ha attribuito aspetti psicologici, morali e caratteriali a caratteristiche fisiche (lineamenti ed espressioni facciali).

A livello *funzionale*, sono stati distinti quattro gruppi, tra loro strettamente dipendenti: funzione *evolutiva*, funzione *cognitiva*, funzione di *preparazione all'azione* e funzione *sociale*.

14.1 Emozioni ed evoluzione

14.1.1 Filogenesi

La *filogenesi* dell'Uomo, nel corso delle varie ere, si è realizzata tramite *tappe evolutive* che si sono concretizzate in *conquiste motorie*. Il corpo, dall'*ittiomorfismo* all'*antropomorfismo*, dalla *vita acquatica* alla *stazione eretta*, si è modificato per rispondere a richieste ambientali: le abilità conquistate hanno permesso l'esplorazione del mondo circostante.

L'adattamento crescente ha fatto seguito a richieste funzionali sempre più complesse: ogni conquista motoria ha indotto un cambiamento strutturale.

La successione di queste tappe è sapientemente illustrata da Fonseca (2009).

L'*anfibiomorfismo* è stata la *prima conquista evolutiva*, dal punto di vista motorio, a partire dall'*ittiomorfismo*, contraddistinto dalla limitazione del dislocamento acquatico (motricità tipica dei pesci). Così, la vita si è resa sostenibile anche fuori dall'acqua.

Successivamente, con il *sauromorfismo*, la testa si è svincolata dal resto della colonna consentendo di strisciare sul ventre (tipico dei rettili), eseguendo un movimento lento. Fino alla comparsa dei primi *teromorfi*, con maggiori opportunità di esplorazione mediante testa ed arti anteriori (motricità dei *mammiferi*) potendo muoversi in *quadrupedia*.

Il passaggio dal *teromorfismo* al *pitecomorfismo* è caratterizzato dalla conquista della *quadrumania* (motricità dei *primati*) che, insieme alla *postura seduta*, consente alle mani di essere *polifunzionali* perché gli arti *anteriori* diventano *superiori*: la manipolazione dell'ambiente si aggiunge alla *deambulazione*.

L'*antropomorfismo* è la tappa che conduce all'uomo *odierno*, a partire dal primo *ominide*: viene raggiunto il traguardo della postura bipede in statica e dinamica e si assiste all'affinamento delle abilità manuali (sino alla *prassia*).

L'Uomo è l'essere vivente più *evoluto* del pianeta grazie alla capacità di produrre movimenti *integrati*, *multidirezionali* e *multidimensionali* in modo più complesso di qualsiasi altro. Così, nonostante non sia il più forte o veloce, non avendo la vista o l'olfatto più fini, ha raggiunto il *vertice* della *catena alimentare*.

14.1.2 Ontogenesi

La storia evolutiva dell'Uomo è inscritta nel suo patrimonio genetico. Infatti, Haeckel (1900) afferma che l'*ontogenesi* ricapitola la *filogenesi*: ogni Uomo, nel suo *sviluppo ontogenetico*, ripercorre la stessa successione di stadi della *filogenesi*.

Il *corpo*, dal concepimento, rappresenta il *medium* con l'*ambiente*: il *soma* percepisce gli *stimoli ambientali* che innescano *fattori emotivi* che suscitano l'*intenzione* produttrice di *Movimento*.

L'*attività cardiaca* ed i *primi movimenti dell'embrione* (VII e VIII settimana di gravidanza) sono espressioni di una motricità che rappresenta la costante di tutta la vita, destinata a progredire grazie alla crescita, maturazione e sviluppo.

L'evoluzione della specie ha selezionato e trasmesso determinate informazioni inscrivendole nel patrimonio genetico. Infatti, già dal V mese, tramite ecografia, è possibile apprezzare esempi grossolani di *motricità riflessa* (es. riflesso di suzione, riflesso di raddrizzamento), con cui il Feto si prepara alla vita *extra-uterina*. I *movimenti innati* sono spontanei, non frutto di un apprendimento, assicurando il soddisfacimento di funzioni organiche (es. respirare, succhiare, deglutire) per la sopravvivenza. Tutti i movimenti che saranno appresi tramite esperienze confluiranno nella *motricità volontaria*.

Nei primi tre mesi di vita, il Neonato manifesta tre tipi di movimenti: *movimenti massivi incontrollati*, cioè movimenti goffi e disordinati presenti nello stato di veglia (Meinel, 1984); *movimenti atetotici*, ossia movimenti lenti e rilassati, caratterizzanti lo stato di rilassamento o il sonno (Meinel, 1984); *movimenti riflessi*, risposte convenzionali a stimoli.

Al momento della nascita, l'Uomo è già *biologicamente pronto*, ma *imperfetto*: l'*esperienza* consente la *maturazione* di ciò che è *predeterminato* nel DNA, fino alla manifestazione del *massimo potenziale*. La natura *autopoietica* del Movimento consente il passaggio dai movimenti *riflessi* a quelli volontari perché vengono *create* nuove vie nervose, *rafforzate* o *inibite* altre. Infatti, a seguito di un'esperienza, la *neuroplasticità* fa in modo che tra le reti neurali dell'Individuo vengano selezionate le vie *più funzionali* per mettere in atto il comportamento più *efficiente*. Questi processi si instaurano durante *stati di quiete*, grazie alla modulazione del *sistema nervoso parasimpatico* che promuove il *risposo* e l'*immagazzinamento di energie*. Queste ultime, stimolando l'*iperplasia* e l'*ipertrofia* neuronale, consentono la *sedimentazione* a ciò che è stato esperito durante la veglia. I nuovi contenuti sono integrati alle conoscenze pregresse.

14.1.3 Filogenesi delle emozioni

«L'evoluzione ontogenetica è figlia delle emozioni, la scintilla che innesca il fuoco dell'apprendimento» (Iorio, 2021).

Le numerose *teorie sulla filogenesi delle emozioni* sono accumulate dal fatto che *tutte* riconoscono le *emozioni* come *stimoli ad agire*. Non a caso, i sistemi cerebrali che producono comportamenti emotivi si sono conservati nella storia evolutiva (Tamminen, 2010).

Gli animali sono dotati di *sistemi neurali* che li mettono in condizione di appagare determinate richieste per sopravvivere (assicurarsi cibo ed un riparo, salvaguardare il proprio corpo e riprodursi). In animali dotati di Consapevolezza, quando agiscono questi sistemi, si creano sentimenti emotivi coscienti (LeDoux, 2018).

Nell'Uomo, la conquista della Consapevolezza ha assistito allo sviluppo di *strutture neurologiche* che associano l'aspetto emotivo con quello cognitivo.

Il *tronco celebrale* è la struttura neurologica più primitiva, che l'Uomo condivide con tutte le specie provviste di un sistema nervoso relativamente sviluppato. Questo cervello ha dominato l'era dei rettili, in cui le risposte ad uno stimolo erano stereotipate, prescindendo dall'elaborazione cognitiva. Infatti, la struttura in questione è impegnata nella modulazione di funzioni vegetative, controlla reazioni e movimenti stereotipati.

Nel *rinencefalo* (o *lobo olfattivo*) cooperavano *due strati* di cellule: *uno* recepiva gli odori e stabiliva l'eventuale appartenenza ad una preda/nemico/partner/qualcosa di commestibile o meno; l'*altro* inviava input nervosi riflessi per mettere l'organismo al corrente su cosa fare (es. fuggire o attaccare).

Nei primi mammiferi, il tronco encefalico era circondato da nuovi livelli costituenti il *sistema limbico*, che ha realizzato la comunicazione tra *sistema senso-percettivo* e *bagaglio emotivo*, potenziando *memoria* e *apprendimento* (Goleman, 2020). La connessione tra cognizione ed emozione ha consentito l'accesso ad un archivio di esperienze e di rendere le risposte volontarie (non più solo riflesse), incrementando la capacità di adattamento. Praticamente, la connessione tra sistema limbico e bulbo olfattivo permetteva di analizzare odori e classificarli, distinguendo *buono* o *cattivo*, dopo averli confrontati con quelli già memorizzati. Così, il processo di apprendimento ha avuto avvio per come si svolge ancora oggi.

La *neocorteccia*, il *cervello pensante* (Goleman, 2020), si svilupperà dal rinencefalo, ormai parte del sistema limbico. Sicuramente, questa struttura ha reso l'Uomo abile nella programmazione a lungo termine e nell'organizzazione di strategie atte alla sopravvivenza. Inoltre, grazie alla connessione con il sistema limbico, ha reso possibile il *legame affettivo madre-figlio* (Goleman, 2020). Dal momento in cui la vita del Piccolo è al sicuro, Egli potrà *deresponsabilizzarsi* fino ad alternare momenti *attivi*, in cui fare esperienza di Sé e dell'ambiente circostante attraverso il corpo, e momenti di *quiete*, in cui le esperienze stesse potranno sedimentare nutrendo il network neurologico.

L'evoluzione umana è strettamente connessa allo sviluppo motorio, sostenuto anche dalle emozioni e discendente da apprendimenti fondati sull'esperienza: *giocare alla vita* rimane lo strumento di apprendimento e di evoluzione *più potente* a disposizione dell'Uomo.

14.2 Emozioni e cognizione

14.2.1 Emozioni ed apprendimento

Le ricerche di Embodied Cognition Science (Scienza della Cognizione Incarnata) si focalizzano sulla relazione tra attività motorie, emozioni, sistemi di apprendimento e di memoria. Ormai, nell'ultimo decennio, gli esperimenti hanno evidenziato che la dimensione cognitiva dipende anche da aspetti somatici, soprattutto dal sistema senso-percettivo e motorio.

Il Dizionario Garzanti definisce l'*esperienza* come «conoscenza che, muovendo dalla percezione sensibile e dai contenuti emozionali, organizza i dati mediante la riflessione e la loro verifica sperimentale».

Tra il V ed il VI secolo a.C., Platone già sosteneva il legame tra emozioni ed apprendimento: «Si impara per partecipazione, imitazione e fascinazione. Senza partecipazione affettiva il pensiero non si attiva». Oggi, la Scienza riconosce l'intuizione del Filosofo. Infatti, a livello neurologico, i circuiti attentivi ed esecutivi vengono attivati quando gli stimoli sensoriali sono caratterizzati da un significato emotivo. Le informazioni afferenti da organi sensoriali e le memorie emotive sono messe in comunicazione da un circuito monosinaptico che trasferisce gli input dal talamo all'amigdala (LeDoux, 1993). Questa associazione tra stimoli sensoriali ed emotivi inibisce il Default Mode Network, l'esteso circuito cerebrale attivo durante compiti che non necessitano di attenzione focalizzata. Così, viene stimolato prima, il Salience Mode Network, il circuito dell'attenzione, e poi, l'Executive Mode Network, il sistema esecutivo (Bottaccioli, 2018).

Il sistema sensoriale identifica parzialmente gli stimoli che vengono inviati ai centri nervosi superiori per la successiva decodifica. Il *filtraggio* e la *selezione* degli input che giungono agli *organi di senso* sono condizionati dall'*intenzionalità* che orienta e focalizza l'*attenzione* (Dioguardi, Donatella, reggiani, 2005). Quindi, la qualità dell'esperito ed il relativo transfer cognitivo dipendono, fortemente, da intenzione, sensazione ed attenzione.

14.2.2 Apprendimento e Movimento Biologico

Le pratiche di Movimento Biologico promuovono l'attenzione a *come si fa ciò che si sta facendo*: il cervello è spinto in uno stato attentivo che centra l'intenzione e perfeziona il sistema senso-percettivo.

Inoltre, l'apprendimento è favorito grazie la *sospensione del giudizio*, verso Se Stessi e gli Altri: ciò evita che l'attenzione si sposti dall'*azione* alla *prestazione*. Invece, il gioco consente la ri-

scoperta del *piacere* di imparare legando l'*emozione positiva* all'esperienza: le intense reazioni piacevoli prodotte da tali esperienze nel corpo risultano brevi e ne promuovono la ricerca. Invece, le emozioni negative permangono a lungo per ricordare di mantenere le distanze da ciò che nuoce (Lucangeli, 2020). Quindi, ad ogni emozione sono correlate specifiche reazioni fisiologiche che predispongono il corpo ad agire. L'intera esperienza emotiva si esaurisce nella percezione dei cambiamenti fisiologici: l'*identità specifica* di uno *stato mentale* è determinata dalla Consapevolezza di ciò che si verifica nel corpo. A livello cognitivo, se l'esperienza emotiva fosse privata della sfera somatica, rimarrebbe ben poco (James, 1984). Infatti, il sistema nervoso autonomo, dotato di fibre afferenti ed efferenti, è deputato anche ad assicurare la comunicazione tra sfera viscerale (S.N. enterico) e centri superiori che regolano gli stati fisiologici ed emotivi, attraverso feedback forniti dal nervo vago (Porges, 2014). La percezione del proprio corpo è resa possibile dall'*interocezione*, cioè la percezione dell'ambiente interno, e la *propriocezione*, che informa sulla posizione del corpo nello spazio.

Allo sviluppo delle abilità corporee, le risposte alle richieste ambientali risulteranno proporzionalmente più adattive. Di conseguenza, dato il soddisfacimento dei bisogni, l'esistenza sarà animata da emozioni positive, che sosterranno la ricerca di felicità connaturata nell'Uomo. Movimento Biologico, favorisce il perfezionamento della abilità più importante: *imparare ad imparare*. Quando si impara viene trattenuta anche l'emozione che ha caratterizzato il processo. Così, nel momento in cui si ri-accede alla memoria per attingere alla nozione, si trova l'informazione corredata dall'emozione corrispondente. Quindi, un'esperienza di apprendimento colorata da emozioni positive (derivanti da setting ambientali, condivisione con Altri, esperienza del movimento incarnato senza l'inibizione del giudizio), fa in modo che vengano conservate emozioni piacevoli. Quest'ultime, alimentano il *circolo virtuoso* della ricerca di ciò che fa star bene, spingendo all'esperienza, che porta ad ulteriori apprendimenti e all'evoluzione di Sé.

14.3 Emozione e azione

14.3.1 Emozione, percezione, azione

L'origine *comune*, condivisa da tutte le attività, è l'*intenzione*: è *innato* o *riflesso* ciò che ne fa a meno.

Le intenzioni rappresentano *potenziali di azioni* prodotti a livello del *sistema limbico*. A loro volta, innescano *potenziali di preparazione*: corteccie *sensoriali* e *motoria* si predispongono a ricevere stimoli sensoriali dal corpo e dell'ambiente circostante.

Le informazioni fornite dal sistema sensoriale permettono di capire *dove* e *come* si è posizionati per poter *pianificare* l'azione.

La *motivazione* che spinge all'azione dipende da uno stimolo emotivo, consapevole o meno. La relazione tra Movimento ed emozione è evidenziata dall'*etimologia* stessa di quest'ultima. *Emozione*, dal latino *ex-movere*, *muovere fuori*: il *verbo* indica l'*azione*, la *preposizione* evoca la *direzione*.

In primis, gli input sensoriali sono inviati all'amigdala, che disattiva il Default Mode Network predisponendo all'azione; poi, un secondo segnale arriva a livello della neocorteccia che provvede ad un piano d'azione raffinato (Goleman, 2020). Questo permette di ottenere una risposta *prima* che l'informazione sia *completamente decodificata*. Ad esempio, percependo il suono di un clacson, l'amigdala, indipendentemente che l'avvertimento sia rivolto al Soggetto, prepara all'azione per mettersi in salvo, solo in seguito l'informazione corticale illustrerà la situazione reale. Però, se si trattasse di un pericolo, è preferibile una reazione nel *minor tempo possibile*, invece che attendere un *quadro completo*. La reazione, a meno che l'attenzione non sia fortemente rivolta altrove, consiste nell'immobilizzazione o nella fuga: la *scelta emotiva* dipenderà dal *repertorio di esperienze*. L'esperienza è il *discriminante per eccellenza* nel fornire una risposta emotiva coerente: il bagaglio esperienziale su cui basarsi, indipendentemente dall'informazione corticale, si amplia all'aumentare delle variabili esperite.

Nel sottoparagrafo Movimento Biologico ed Apprendimento (*Parte II - Sottoparagrafo 14.2.2*) è stato spiegato come ogni emozione sia associata ad una particolare reazione fisiologica, predisponente il corpo all'azione: l'*identità specifica* di uno *stato mentale* è determinata dalla Consapevolezza di ciò che si verifica nel corpo. In aggiunta, l'abilità di discernere le sfumature della *medesima emozione* consente di adattare in modo sottile ciò che ne segue: le caratteristiche possono essere comuni, ma elementi caratterizzanti di ognuna ne distinguono la percezione corporea. Quindi, l'acquisizione di strumenti che permettono di dosare al meglio l'azione dipendono dal perfezionamento della percezione.

14.3.2 Azione e Movimento Biologico

Movimento Biologico predispone setting ambientali in cui muoversi incarnando il *corpo che è, liberi* dai condizionamenti del giudizio prodotto da Sé o dagli Altri, che diventano *interspazio* di condivisione. Tali presupposti consentono un approccio emotivo alle esperienze motorie che sia aperto e costruttivo, incentivando l'apprendimento: la presenza dei Praticanti mette in condizione di affinare la senso-percezione, arricchendo la Consapevolezza di Sé mediante pratiche corporee che coinvolgono tutte le declinazioni del Movimento. In particolare, le emozioni acquisiscono *corpo e voce* mediante pratiche mutate dalle *arti espressive*. Così, le Persone, esprimendo le emozioni tramite movimenti e suoni inediti, sperimentano altre soluzioni per riconoscerle e comprenderle.

Le emozioni come *pulsioni* possono essere liberate da tale grezza considerazione mediante l'intervento delle strutture corticali, reso possibile dalla predisposizione all'ascolto. Quando un'emozione negativa prevale, invece che permetterle di dettare le proprie azioni, dovrebbe essere ristrutturata, calmando la mente. Durante le pratiche, l'*attenzione* viene orientata all'*ascolto*, cercando di lasciare i *pensieri a riposo*.

«Conoscere le proprie emozioni e il loro modo di manifestarsi nel corpo ci dà la possibilità di comprenderle, mentre l'incapacità di farlo ci lascia alla loro mercé» (Goleman, 2020).

L'*empatia*, che apre le porte all'*ingaggio sociale*, si fonda sulla gestione delle emozioni proprie ed il riconoscimento di quelle altrui.

14.4 Emozioni ed ingaggio sociale

14.4.1 Il valore sociale del flusso dell'intellighere

L'ontogenesi è influenzata da fattori *biologici*, ma anche *epigenetici* (socio-culturali). Il corpo si modifica, apprende mediante esperienze motorie sempre più intrise di relazione: dall'egocentrismo del Bambino ha avviato la graduale apertura verso l'Altro. Le esperienze, soprattutto quelle relazionali, sono responsabili di un rimodellamento neurale (neuroplasticità) che determina l'azione.

Ogni Individuo rappresenta un *sistema complesso*. Quindi, la *società* è un *ulteriore* livello di complessità che nasce dall'interazione tra più Persone. (Gandolfi, 2008). Termini attinenti all'ambito del Diritto sono stati creati nello spazio semantico della *societas*: legge, morale, giustizia, libertà, ecc. Questi si rendono necessari al fine di disciplinare il comportamento dei Membri nella medesima società: la *responsabilità* del proprio ruolo comunitario è il presupposto per prendere parte alla vita sociale.

Il Corpo esprime le esperienze individuali pregresse, che vengono offerte al *sistema società*: le informazioni sono acquisite, elaborate, integrate e restituite al mondo filtrate dalla matrice del Singolo. Tale *output* rappresenterà un *input* per la comunità, come potenziale arricchimento per il pensiero degli Altri.

14.4.2 Teoria Polivagale

Il Movimento crea le condizioni per mettere il proprio Corpo in *relazione* con quelli *altrui*: ciò che suscita emozioni positive (es. parole, musica, arte) favorisce l'ingaggio sociale.

Nella Teoria Polivagale, Porges ha concepito la *neurocezione*: i modi con cui i circuiti neurali distinguono situazioni o Persone sicure da quelle pericolose.

Determinate aree cerebrali valutano se certe caratteristiche (es. movimenti volto, prosodia) corrispondano ad atteggiamenti minacciosi per innescare meccanismi di attacco e fuga inibenti l'ingaggio sociale.

A seguito della valutazione di un pericolo, il *tono del simpatico* innesca reazioni di attacco o fuga. Per attenuare il tono causante la pre-attivazione, la situazione deve essere riconosciuta come *sicura*: il coinvolgimento sociale è reso possibile dall'inibizione dei sistemi di difesa.

Il processo è assicurato dal *nervo vago* che consente la comunicazione bidirezionale tra cervello e visceri, essendo munito di: *fibre motorie* che modificano lo stato viscerale, *circuiti sensoriali* che supervisionano lo stato viscerale, *strutture cerebrali* che esaminano l'entrata sensoriale per modulare l'output motorio (Porges, 2003).

L'80% delle fibre del vago sono afferenti, garantendo informazioni essenziali sullo stato viscerale, quei feedback percettivi discriminanti i vari stati emotivi.

Il vago è connesso a strutture che controllano le espressioni facciali, oltre a comprendere fibre che innervano muscoli responsabili della modulazione vocale.

Si distinguono due sistemi motori vagali: *vegetativo*, impegnato nella regolazione delle funzioni associate agli organi interni; *intelligente*, correlato a processi attivi di attenzione, Movimento, emozione, comunicazione (Porges, 2014).

Le emozioni, mediante queste interconnessioni: si manifestano nel corpo che le percepisce e vengono comunicate all'esterno. Così, l'Osservatore potrà identificarle, soppesarle e agire coerentemente.

15. ALESSITIMIA

15.0 Introduzione

I Pazienti con *disturbi dell'alimentazione e della nutrizione* (DAN) fanno esperienza delle emozioni in modo sconvolgente, mostrandosi incapaci di descriverle e presentando una disconnessione tra componente fisiologica e sentimentale soggettiva dell'emozione, tipica degli Individui con *alessitimia*.

Prima di approfondire questo aspetto, è importante richiamare alcuni concetti già trattati nella Parte I.

I DAN, dal punto di vista cognitivo, soprattutto AN e BN, possono essere declinati come un'eccessiva preoccupazione negativa verso i temi del *controllo*, della *perfezione* e dell'*autostima*, mentre l'*alessitimia* come un'intolleranza agli stati d'animo.

Il *controllo* risulta tipicamente correlato al *rimuginio*, causa di un continuo ritorno a pensieri negativi disadattivi, riconducibili sia alla preoccupazione verso il cibo che verso la forma corporea, che aiutano prima, a sviluppare il DA e poi, a mantenerlo (Sassaroli et al, 2005). Il controllo è direttamente legato alla spasmodica ricerca di magrezza e ad alla insindacabile convinzione che la assoluta ristrettezza alimentare renderebbe la vita più gestibile (Sassaroli, Ruggiero, 2010).

Il *perfezionismo* è un costrutto formato da fattori sociali e personali e può essere *adattivo* o *disadattivo*. In quest'ultimo caso, si presenta come ansia per la prestazione (Pratt, 2011) preoccupazione per gli errori, considerati alla stregua di un fallimento (Halmi, 2000). Durante l'infanzia, un'esperienza di attaccamento al Caregiver caratterizzata da costanti *critiche*, fa sì che queste vengano interiorizzate come modalità di comportamento e pensiero, influenzando: tendenza alla perfezione, ricerca del controllo, eccessivo senso di responsabilità e sentimenti di umiliazione e vergogna.

L'*autostima* corrisponde ad una globale opinione negativa su di Sé e sulle proprie capacità. L'influenza della performance pare assente: anche i risultati positivi vengono attribuiti a fattori esterni e non a Sé.

L'*alessitimia* si caratterizza per l'incapacità di tollerare stati emozionali intensi, soprattutto legati a rabbia, ansia o tristezza (Fairburn, Cooper, Shafran, 2003). Il tema del controllo è collegato alla capacità di autoregolazione di stati interni, soprattutto quando si verifica un fallimento gestione delle emozioni negative, ed alla capacità quella di influenzare eventi esterni.

15.1 Cosa si intende con Alessitimia

Sifneos ha concepito il termine *alexithymia*, dal greco *assenza di parole per le emozioni* (*a-*, *mancanza*, *lexis-*, *parola* e *thymos-*, *emozione*) per definire un disturbo delle funzioni affettive e simboliche che rende inefficace lo stile comunicativo dei Pazienti psicosomatici: difficoltà a comunicare con le emozioni, poca immaginazione e astrazione (Sifneos et Al. 1976). Sifneos ha anche distinto un'*alessitimia primaria*, dovuta a deficit neurobiologici e quella *secondaria*, causata da traumi infantili o fattori socioculturali (Zappa et al., 2010).

Secondo la definizione attuale, essa rappresenta un insieme di deficit rispetto alla capacità di elaborare le emozioni da un punto di vista *cognitivo/esperienziale* e comprende quattro caratteristiche logicante collegate: difficoltà nell'individuare e descrivere emozioni, incapacità di collegare la manifestazione emozionale con particolari situazioni, difficoltà nel discernere fra stati emotivi soggettivi e componenti somatiche dell'attivazione emotiva, espressione delle emozioni principalmente attraverso la componente fisiologica (Nemiah, 1977; Sifneos, 1973; Taylor 1997). In un'ottica cognitiva, si riscontra un'attenzione selettiva volta ad accentuare gli aspetti somatici, una predisposizione all'agire motorio per scaricare le tensioni interne spiacevoli ed uno stile cognitivo orientato all'esterno (cioè senza investimenti affettivamente sulla realtà esterna).

Oltre ai deficit nel dominio *cognitivo-esperienziale*, si aggiungono quelli del dominio *comportamentale-espressivo* nei sistemi di risposta emotiva e nella regolazione interpersonale delle emozioni.

L'alessitimia può anche essere letta come una disfunzione del monitoraggio metacognitivo della sfera emotiva (Semerari, 2000), una sottofunzione della metacognizione, quella capacità che consente di comprendere e riflettere sui propri e altrui stati mentali per gestire i compiti della vita, regolare gli stati interni e le relazioni interpersonali (Dimaggio, Semerari, 2003; Dimaggio, Lysaker, 2010).

Per riuscire a regolare l'emozione negativa che emerge in risposta ad un evento vissuto come stressante, il Paziente alessitimico tenderà ad adottare comportamenti e strategie semplici, che non richiedono un importante impegno riflessivo, ma che risultano disfunzionali (coping), come i comportamenti alimentari sintomatici (Amigo, Marchiol & Luxardi, 2011). Questi coping nel breve termine, andando ad agire direttamente sulla modificazione dello stato fisiologico, risultano efficaci per la persona che li mette in atto. Di conseguenza, l'alessitimia impedisce alla Persona di adottare delle strategie alternative e più funzionali per placare il dolore emotivo.

Nel 1985 è stata pubblicata la *Toronto Alexithimia Scale*, grazie al lavoro del *gruppo di Toronto* costituito da Taylor, Bagby, Parker. Si trattava della prima scala empirica per la valutazione del costrutto e diede un enorme impulso alla ricerca. Inizialmente, la Scala presentava una versione a 26 item (Taylor, 1985), ridotti a 20 (TAS-20) a seguito della revisione di dieci anni dopo. Dopo vari adattamenti, è giunta alla standardizzazione definitiva (Bagby, 1994). La TAS20 è la scala psicometrica maggiormente adottata per la misura dell'alessitimia, presente in oltre il 90% dei lavori scientifici relativi.

In seguito, il gruppo di Toronto ha concepito la *Toronto Structured Interview for Alexithymia* (TSIA, Bagby et al., 2006), un'intervista semi-strutturata composta da 24 item divisi per le quattro dimensioni del *costrutto* (difficoltà nell'identificare i sentimenti, difficoltà nel descrivere i sentimenti, pensiero orientato all'esterno, processi immaginativi). L'intervista permette di superare il problema innegabile degli strumenti usati nella misurazione perché si basavano su ciò che il Soggetto stesso riportava sui propri stati interni, proprio la capacità deficitaria in questi casi (Porcelli e Todarello, 2005).

15.2 Alessitimia e DAN

I DA possono essere concettualizzati come disturbi dell'autoregolazione, in particolare rispetto alla difficoltà nella regolazione degli affetti.

I Pazienti hanno difficoltà nel percepire stimoli corporei come fame-sazietà e fatica-debolezza. Inoltre, fanno esperienza delle emozioni in modo sconvolgente, mostrandosi incapaci di descriverle e presentando una disconnessione tra componente fisiologica e sentimentale soggettiva.

Quindi, i Pazienti riferiscono una sensazione di inefficacia a cui contribuiscono la mancanza di consapevolezza rispetto le esperienze interne e l'incapacità di affidarsi a sentimenti e sensazioni corporee per guidare il comportamento.

La difficoltà a distinguere tra stati emotivi e sensazioni corporee conduce a dispercezione dell'immagine corporea che possono ostacolare la strutturazione di un'identità unitaria (Carano, 2006).

In aggiunta, l'alto tasso di ricaduta dei Pazienti con DA appare correlato alla presenza di tratti alessitimici e al deficit di regolazione degli affetti.

Effettivamente, diversi studi hanno dimostrato come l'alessitimia si ritrova tra i Pazienti con DAN in misura maggiore rispetto ai controlli (Bourke e Taylor, 1992; Schmit, 1993, Cochrane, 1993, Jimerson, 1994). In particolare, il livello di alessitimia misurato alla TAS-20 risulta superiore nelle Pazienti con AN rispetto a Quelle affette da BN (Schmit, 1993; Gilboa-Schechtman e Avnon, 2006).

Alcuni studi definiscono l'alessitimia come un tratto stabile sia in pazienti AN che BN. Nello specifico, le Pazienti AN risultano emotivamente non consapevoli (Casper, 1990), invece Quelle BN hanno difficoltà nella regolazione delle emozioni (Schmit, 1993).

Hayakawa ha concluso (Hayakawa, 2002) che l'espressione emozionale è inversamente correlata con la sintomatologia del DA: un'espressione emozionale povera predice l'insoddisfazione corporea se si monitorano i sintomi. I Pazienti con DA inibiscono l'espressione delle emozioni che percepiscono minacciose: se la rabbia è percepita come minacciosa, si associa ad un'inibizione emozionale quando gli effetti della depressione e dell'insoddisfazione corporea vengono controllati.

Il comportamento alimentare disturbato può essere considerato anche un meccanismo di difesa per affrontare affetti negativi. I modelli teorici ne evidenziano il ruolo nel distrarre dalle credenze negative su di Sé e dallo stress emozionale (Cooper, Wells, Todd, 2004; Fairburn, 2003): l'abbuffata o la restrizione sono regolatori emozionali per scappare, bloccare, alleviare emozioni che non possono essere tollerate (Heatherton, Baumeister, 1991). Infatti, il DA non viene predetto dall'affetto negativo, ma dal fatto che viene percepito intollerabile. Inoltre, le emozioni negative diventano un significativo fattore di mantenimento (Fairburn, 2003): la scoperta di come il controllo dell'alimentazione, anche se in modo disfunzionale, agevoli la gestione delle emozioni negative, rientra tra i fattori perpetuanti i DA (*Parte I – Paragrafo 3.3*).

L'esperienza dell'emozione negativa come ingestibile può derivare dalla crescita in un ambiente in cui manca un'adeguata educazione emozionale: le emozioni negative vengono ignorate o soggette a risposta negativa, mentre quelle positive vengono rinforzate e stimate. Il Soggetto in crescita percepisce di non avere il permesso di esprimere le proprie emozioni. Di conseguenza, la volontà di sopprimere (con l'abbuffata o la restrizione) emozioni primarie come rabbia o tristezza nel momento in cui vengono esperite, è dovuta alla convinzione della loro inaccettabilità.

Waller e Costorphone (2007) ritengono che nei Pazienti con DAN si possano distinguere due tipi di presentazione emozionale: *caotico-dissociativa* e *distaccato-alessitimico*. Il *primo* è correlato con un comportamento impulsivo, bulimico e di inibizione; il blocco delle emozioni si manifesta quando queste raggiungono la coscienza (*evitamento secondario*) ed il *secondo* è caratterizzato da comportamento restrittivo, compulsivo e difficoltà nell'identificare le emozioni; il blocco delle emozioni si manifesta prima che queste raggiungano la coscienza (*evitamento primario*).

Le emozioni principalmente correlate ai DAN sono:

- la *rabbia*, generalmente l'emozione più difficile da accettare ed esprimere perché ritenuta imprevedibile e incontrollabile (Fox, 2009).

In particolare, le Pazienti AN tendono a sopprimerla e compensarla con tramite *silenzio*, *cura altrui* e *sacrificio del Sé*. I Soggetti ritengono di dover sopprimere la rabbia per proteggere Loro stessi, le Persone importanti della loro vita o la relazione interpersonale (Geller, 2000).

Nel caso di BN, si riscontrano maggiori livelli di rabbia rispetto ai controlli, con inferiore capacità di esprimerla. Gli alti livelli si associano a radicate convinzioni disfunzionali su di Sé (Walzer, 2003).

- L'*orgoglio*, spesso associato a comportamento alimentare restrittivo (Goss, Gilbert, 2002) per difendersi dalla primitiva emozione di vergogna. Diviene un motivo di soddisfazione di Sé con l'instaurarsi della patologia.
- La *paura*, una delle emozioni principali, espressa sul piano fisico (paura di ingrassare) ed egoico.
- Il *disgusto*, quello *primario* fa seguito alla capacità di uno stimolo di causare la paura dell'ingestione orale, mentre il *secondario* deriva da trasgressioni morali o sociali.

Dall'emozione primaria del disgusto deriva quella più complessa della *vergogna* (Power, Dagleish 2008): tra le Pazienti AN è frequente il riscontro in molti domini (es. vergogna del corpo, di non controllarsi, di avere un disturbo, di non potere fare di più). Nello specifico, si tratta di una vergogna del corpo e del comportamento. Spesso, il senso di

vergogna non scompare completamente nemmeno dopo il recupero (Swan, Andrews, 2003) e ne fa ipotizzare il ruolo come fattore di mantenimento.

Nei Pazienti si instaurano particolari cicli emozionali: nei casi BN, *vergogna-paura* (per essere scoperti dagli altri), nei casi di comportamento restrittivo, *vergogna-orgoglio*.

La presenza di disturbi alessitimici può agire come fattore prognostico negativo, in termini di mancata remissione del sintomo alimentare al follow-up e di minore aderenza ed efficacia del trattamento (Speranza et al., 2007; Pinna, Sanna, Carpinello, 2014). La mancanza di insight e lo stile di pensiero orientato all'esterno può interferire con la capacità di trarre dei benefici dalla psicoterapia. A seguito di una terapia di gruppo o individuale, entrambe a breve termine, la presenza di alessitimia nei Pazienti è associata a outcome clinici peggiori (Mc Callum et al., 2003).

In particolare, la difficoltà a identificare i sentimenti è un predittore di esito negativo a lungo termine, indipendente dai sintomi depressivi e dalla gravità del DA (Beales, Dolton, 2000; Speranza et al., 2005).

Dunque, l'alessitimia influenza la prognosi dei DA, in primo luogo, attraverso il ricorso a coping disfunzionali che rafforzano a lungo termine il disturbo e in secondo luogo limitando l'efficacia delle strategie terapeutiche e più in generale la *compliance* terapeutica.

Nella Terapia Metacognitiva Interpersonale per i Disturbi del Comportamento Alimentare, TMI-DCA (Fioravanti et al., 2022) le disfunzioni metacognitive rendono al Paziente di più difficile comprensione l'origine della sofferenza ed una gestione efficace. Dunque, la psicoterapia non si deve concentrare solo sulla gestione del sintomo alimentare, ovvero sul coping, ma deve agire sulle disfunzioni metacognitive sottostanti tra cui l'alessitimia.

15.3 Movimento Biologico in risposta all'alessitimia

I Soggetti alessitimici provano emozioni, ma sono ostacolati dalla difficoltà nella relativa verbalizzazione. Peraltro, spesso, non ne hanno consapevolezza. Quindi, possono essere travolti da un'esplosione improvvisa di emozioni intense senza poterla collegare ad un episodio specifico. La Persona si ritrova a manifestare somaticamente le emozioni: avverte gli effetti fisici (es. nodo alla gola, tensione muscolare), ma senza riuscire a dar loro un nome.

Lo studio del disturbo alessitimico è funzionale ad una migliore comprensione della ricaduta che una mancata espressione delle emozioni può avere in un Paziente DA. Così come è fondamentale, durante il percorso di terapia, aiutare la Persona nel processo di riscoperta di Sé per imparare o re-imparare ad ascoltarsi e ad esprimere le proprie emozioni in modo naturale.

L'influenza dell'alessitimia nei DA è rappresentativa della stretta relazione tra fattori psicologici e fattori somatici, dunque tra mente e corpo.

La scarsa fantasia impedisce di modulare le emozioni attraverso i sogni e il gioco (Kristal H. et al., 2007).

Tali presupposti spingono a richiamare quanto illustrato nella *Parte II – Capitolo 12* rispetto dimensione ludico-pedagogica presente in Movimento Biologico, per capire come possa essere d'ausilio nel trattamento di questi Pazienti.

Le occasioni di attività motoria pedagogica permettono di esperire ciò che si verifica nella vita quotidiana, ma in modo tale che la Persona si senta *al sicuro*. Infatti, in questi spazi *protetti*, come i laboratori esperienziali a mediazione corporea di Movimento Biologico, Tutto avviene più in piccolo e opportunamente filtrato. Quindi, si rende possibile un'*educazione emotiva* nella scoperta e gestione delle emozioni. In particolare, il Movimento suscita emozioni, anche riferite a temi particolari, sulle quali lavorare specificatamente.

In un contesto in cui il movimento è vissuto come Movimento, il gioco diventa risorsa per superare momenti di crisi o difficoltà perché insegna come sublimare le esperienze: tradurre una sensazione reale in una rielaborazione e nella successiva simbolizzazione. La sensazione viene trasferita in un piano simbolico che plasma l'azione: l'azione consente di rendere manifesta la propria emotività; in particolare, liberandosi delle sensazioni negative.

Quindi l'educazione emotiva si realizza non perché si sperimentano, esclusivamente, emozioni positive, ma anche negative. Però, a differenza della quotidianità, si ha a disposizione uno *spazio* ed un *tempo* in cui vivere, riconoscere, accettare, affrontare, fino ad emanciparsi dalle varie emozioni.

16. VOCE AL CORPO, CORPO ALLA VOCE

16.0 Introduzione

«La voce, prima di manifestare e di essere percepita, è quasi dissimulata nel silenzio del corpo. Il corpo è la sua matrice; in ogni istante essa può nascere, ma, contrariamente a noi, in ogni istante può ritornare a tale matrice, e ritrovarvi l'energia per una vita ulteriore. Sicché, a prestarle ascolto, l'orecchio accorto sente risuonare in essa una sorta di respiro prenatale, l'eco attutita di una profondità inimmaginabile ove nessuna rottura separa ancora le parti dell'essere» (Zumthor, 2001).

La *voce* è un fenomeno *fisiologico* ed *acustico*, ma anche *sociale*, in quanto base del linguaggio umano, e *culturale*, che consente di trattare di argomenti scientifici o di manifestare arte e spiritualità. Ovviamente, rimane un prezioso *strumento introspettivo*.

Nell'atto dell'espiazione, il flusso d'aria incontra la resistenza delle corde vocali, che producono un primo suono. Questo *suono fondamentale* è immediatamente amplificato dal tubo vocale, dai risuonatori sovra- e sub-glottici, fino ad assumere l'abito sonoro riconosciuto come *voce*, espressione di onde sonore.

La *percezione* della propria voce è diversa da quella altrui. Infatti, quella determinata colorazione sonora è frutto della propagazione del suono stesso all'interno del proprio corpo e peculiari frequenze risultano percepibili esclusivamente al proprio *orecchio interno*. Infatti, quella voce, riascoltata in registrazione, è spoglia di tutte quelle frequenze che si trasmettono internamente, soprattutto per via ossea. Quest'ultime costituiscono l'*anima nascosta* della voce di Ognuno: base della propagazione di tutte le altre frequenze portate, ma inaccessibile agli Altri.

La propagazione sonora si fonda sui fenomeni fisici della *risonanza*¹ e del *trascinamento*². Di conseguenza, a seconda del *luogo* di emissione, risulta completamente diversa. In particolare, l'ambiente circostante non influenza solamente l'effetto sonoro di Chi ascolta (il proprio orecchio esterno o quello di un Ascoltatore). Infatti, produce un *effetto retroagente* sulla voce stessa perché ciò che l'orecchio percepisce guida l'emissione vocale: la separazione tra dentro e fuori si annulla quando si utilizza la voce.

Il *linguaggio* è una «forma di condotta comunicativa atta a trasmettere informazioni e a stabilire un rapporto di interazione che utilizza simboli aventi identico valore per gli Individui appartenenti a uno stesso ambiente socioculturale» (Treccani). Il *linguaggio verbale* (la *lingua*), tra tutte le forme comunicative proprie del linguaggio, è il più utilizzato: «il complesso delle parole e locuzioni usate da tutto un popolo come mezzo comune per l'espressione e lo scambio di pensieri e sentimenti, con caratteristiche tali da costituire un organismo storicamente determinato, sottoposto a proprie leggi fonetiche, morfologiche e sintattiche che sono anch'esse parte integranti della lingua» (Treccani). Quindi, la voce, attraverso una certa convenzione linguistica, fornisce un insieme incommensurabile di informazioni (legate a: sopravvivenza, condivisione, socialità; di natura: tecnica e scientifica, emotiva, educativa, artistica e spirituale), senza le quali lo sviluppo dell'Uomo sarebbe stato totalmente differente.

¹*Risonanza*: un sistema predisposto a vibrare partecipa al moto vibratorio prodotto da un altro sistema.

²*Trascinamento*: si instaura quando due o più sistemi vibratorii sono nella stessa fase. È affine alla risonanza.

16.1 Il Metodo Vibrazionale

16.1.1 L'approccio empirico

Il Metodo Vibrazionale coltiva lo studio, la ricerca, l'insegnamento e la relazione tra Uomo e *vibrazione*. È nato dall'iniziativa di Manolo Rivaroli, dopo un lungo periodo di studio e pratica della voce (canto lirico, canto jazz, vocalità etniche, musica antica, musica sacra canto indiano,

canto funzionale) e di diverse discipline psico-corporee ed energetiche (Feldenkrais, Yoga, Core Integration, Qi Gong, Arti Marziali Interne). Quindi, tramite la commistione dei vari metodi didattici e delle discipline corporee, è stato delineato un metodo a sé nell'approccio alla voce, alla didattica vocale e strumentale e alla relazione con il proprio *essere*.

Inizialmente, Rivaroli, in modo empirico, ha riscontrato come la voce rispondesse, inconfondibilmente, a tutti gli stimoli appartenenti alle varie dimensioni che venivano esplorate, ad esempio: esiste una *riflessologia palmare* che permette di agire sulla *lingua*, le *scapole* mostrano attinenza con le *cartilagini aritenoidee*, la *laringe* si libera dalla stretta dei *costrittori* lavorando sulla sensazione di *gravità* o certi *sentieri mio-fasciali* risuonano a seguito di specifici *movimenti*. In seguito, tutto ciò ha necessitato di un supporto scientifico: conoscenza dell'apparato fonatorio e respiratorio, del sistema nervoso e dell'anatomia in generale.

16.1.2 Il primo problema e la risposta della Sinergetica

Il primo problema riguardava il rapporto con un ampio insieme di sistemi complessi: la voce, con componenti fisiologiche e psico-affettive; corpo, sensi e Movimento in relazione all'ambiente; componenti energetiche dei sentieri della voce; attenzione, mente e rumore mentale; unicità di Ognuno, segnato da un passato correlato a granitiche convinzioni, paure e meccanismi di difesa inibenti la crescita personale; il rapporto con il proprio mondo creativo e la spiritualità, il proprio corpo. Il problema è stato superato tramite l'applicazione dei principi della *sinergetica*, la scienza dei sistemi composti di molti sottosistemi in mutua interazione per realizzare strutture spaziali, temporali e funzionali su scala macroscopica: Rivaroli e Collaboratori non stavano facendo altro che occuparsi di *vibrazione*, in ogni sua declinazione.

Il corpo è costituito da ossa, muscoli, organi, tessuti, connettivo, nervi, sangue. Più nel dettaglio, cellule che nascono, respirano, comunicano tra loro, si riproducono e muoiono continuamente, ma fanno sempre tutto rispetto a cosa e come svolgere i loro compiti. A loro volta, le cellule sono composte da molecole e queste di elementi, i quali sono riconducibili ad atomi, fino ai quanti. Al termine della dissezione rimangono *vibrazioni*, energia. Emozioni, esperienze, pensieri non si sottraggono a ciò.

16.1.3 Il secondo problema e la duplice illuminazione

In secondo luogo, è stato necessario dimostrare che questa realtà di connessioni capaci di agire su *voce, corpo, psiche*, non fosse un *effetto placebo*, il risultato della *suggestione* di Chi stimolava. In prima battuta, il problema è stato affrontato in ottica sperimentale: strumenti in grado di analizzare le frequenze acustiche, test di valutazione rispetto all'effetto di singole stimolazioni. Nonostante gli esiti positivi, si stava palesando il rischio di finire in un *vicolo cieco*: rintanarsi nell'ennesima ricerca laboratoriale per studiare l'Uomo "in vitro". Le vie di fuga sono state due: i *neuroni specchio* e la *fisica quantistica*.

L'effetto placebo può sussistere solo all'interno di un *paradigma meccanicistico*. L'Uomo, nella *realtà empirica*, si muove in una relazione con l'ambiente che sia il più autentica possibile. Non a caso, i *neuroni specchio* (Rizzolatti, Sinigaglia, 2019), una delle recenti scoperte più significative in ambito neurologico, dimostrano come il sistema umano sia predisposto per ricevere informazioni da Chi e cosa lo circonda, per imparare percependo.

Suggerire deriva dal latino *suggestio*, cioè *suggerimento*. A sua volta, *suggerire* significa *portare sotto*. Quindi, quando ci si orienta a *sentire qualcosa*, ma senza *aspettative*, non esiste suggestione. Infatti, *aspettativa* significa *aspettare fuori*, stare a guardare attendendo che si palesi un determinato evento, ricongiungibile con il *portare sotto* della *suggestione*. Però, l'Uomo non è riducibile ad una *macchina* inconsapevole di se stessa, ma è segnato da una *storia* (personale, familiare, comunitaria, transgenerazionale) che riempie un bagaglio *esperienziale* (sensoriale, emozionale, affettivo, culturale, spirituale). Quindi, affermare una *non-aspettativa* ed una *non-suggestionabilità* è un'utopia. Piuttosto, *tendere alla neutralità* è sostenibile.

Secondo il *principio di complementarità* di Bohr, i due aspetti del *fotone* (*corpuscolare* e *ondulatorio*) non possono essere osservati contemporaneamente poiché si escludono

vicendevolmente: quando si studia il fotone aspettandosi che sia una particella, si comporta come tale; se l'esperimento si propone di testare se il fotone sia un'onda, esibisce natura ondulatoria. È evidente come l'*osservatore* non possa essere separato dall'*oggetto* di osservazione perché è sempre parte integrante dell'*osservazione*. La Meccanica Quantistica dimostra che tutto è in relazione e che il processo di osservazione condiziona l'esito sperimentale. Quindi, il Principio di Bohr conferma che tutto ciò che si verifica attorno ad Ognuno è suggestione. Non a caso, il sistema nervoso è concepito per non discriminare uno stimolo reale da uno immaginario.

A livello neurologico si attivano le stesse aree cerebrali e si innescano i medesimi processi, indipendentemente dal *fare concretamente* o dall'*immaginare di fare* qualcosa (a patto che sia stata esperita in precedenza). Ciò che si sente è sempre reale, sia esso oggettivo o soggettivo. Il sapore delle cose è il vero sapere: *sapere* deriva dal latino *sapere* cioè, percepire l'odore ed il sapore di qualcosa.

Quindi, se tutto è suggestione, è anche vero che nulla lo è: interrogarsi su cosa si senta è più rilevante rispetto a chiedersi se ciò che si sente sia suggestione o meno.

16.1.4 I principi del Metodo Vibrazionale

- I. La *laringe*, in qualità di valvola respiratoria, centro energetico ed organo fonatorio indispensabile, costituisce l'*anello di congiunzione* della totalità delle funzioni dell'organismo.
- II. Il *canto*, come tutte le forme di vocalizzazione, è una peculiarità biologica immancabile per il completo sviluppo psico-fisico-spirituale dell'Uomo.
- III. I *sentieri osteo-artro-mio-fasciali* rappresentano le vie di preferenza lungo le quali la vibrazione si propaga.
- IV. La *propriocezione profonda* offre l'accesso più pregiato per collegarsi alla *vocalità più pura* ed alla *motricità più funzionale*.
- V. La *catena dei diaframmi* (tre diaframmi del respiro, sette diaframmi principali della voce, sette diaframmi secondari della voce, oltre cento diaframmi della vibrazione) corrisponde alla *mappa vibrazionale* del corpo.
- VI. Il *Dantian* è baricentro fisico, fasciale, cinetico ed energetico, ma anche il centro per una corretta respirazione e fonazione di ogni Individuo.
(Il Dantian nella Medicina tradizionale cinese è il centro dove l'energia *Chi* viene accumulata e da cui si irradia nel corpo).
- VII. Scienza e soggettività non si escludono.
- VIII. L'Universo è un infinito *campo vibratorio*.
- IX. L'Uomo è un *Unicum*, non sussiste separazione tra: corpo e mente, tra il Singolo e gli Altri, tra la Persona e l'ambiente circostante. La vibrazione, alla base di tutto, consente di contattare questa Unità.
- X. *Auto-guarigione* ed *auto-organizzazione* sono capacità connaturate all'Uomo.

16.1.5 Un seminario sul Metodo Vibrazionale

Ogni seminario del Metodo Vibrazionale è un processo in divenire, non è possibile dettare uno svolgimento *tipo*. Infatti, il termine *seminario* è mutuato dal latino *seminarium*, cioè *semenzaio*, *vivaio*, da *seme*, *semenza* (Treccani). Il *maestro* corrisponde al *contadino*, che cura la semina e la buona crescita della pianta. La quale, crescendo, deve imparare a *farcela da sola*, mentre il Contadino impara ad *aver fiducia* e a *farsi da parte*. Le linee guida, per il Maestro, corrispondono alle azioni dell'arare, seminare, concimare, ecc. del Contadino.

Il *seme* ha già in sé tutte le *informazioni genetiche* e, *in potenza*, tutta la *forza* necessaria a diventare *pianta* nella sua *unicità*. Il Contadino ha "semplicemente" il compito di accompagnarlo nel divenire la *migliore versione di ciò che già è*.

Tuttavia, rimangono sempre dei punti fermi che fanno riferimento ai Principi.

In partenza è necessario avere ben chiaro l'argomento da trattare: un organo, una sua parte o peculiarità; una funzione biologica, un parametro vocale o un risuonatore; una qualità, una relazione, uno stato, ecc. Rispetto al tema principale, possono essere delineate delle fasi.

Partendo dal Principio IX, che sostiene fermamente come l'Uomo sia un'unità psico-somatica, prima di abbracciare il tutto, è necessario fare un passo indietro: l'insieme indistinto di Partecipanti va guidato, gradualmente, al particolare selezionato da affrontare. Una volta che è stato raggiunto il livello ritenuto adeguato dall'Insegnante, si articolano le varie esperienze per tornare all'Umano nella sua totalità.

In accordo con il Principio II, la pratica vocale o la vocalizzazione è sempre presente: l'esperienza della voce *propria* ed *altrui*, di cui si è *specchio* e che *funge da specchio*, è fondamentale. L'unica eccezione è rappresentata da quando si fa esperienza del silenzio, in cui il lavoro sulla voce si fonda sull'assenza stessa di vocalità. La voce costituisce lo *strumento* per entrare in contatto con il profondo e tentare di risolvere un blocco. Così, ha inizio l'avventura lungo il percorso verso una migliore *auto-organizzazione* ed un'*auto-guarigione* (Principio X) proprio perché la voce è *vibrazione immateriale*, *essenza* stessa del tutto.

L'impiego della voce ha una portata enorme: permette di scoprire come e quanto l'esperienza abbia plasmato o palesato qualcosa di inedito, ombre o parti luminose non note. Il cambiamento vocale manifesta qualcosa che si è verificato a monte, a valle e a livello della laringe stessa, quale anello di congiunzione di tutte le funzioni, in riferimento al Principio I.

Lo stimolo ritenuto adeguato ad un certo argomento, rispetto ad una fase del laboratorio e per un determinato gruppo, deve essere accompagnato da opportune indicazioni, per aiutare il Partecipante a non disorientarsi nella miriade di effetti che quello stesso stimolo potrebbe produrre nel suo Essere. Infatti, sfruttando le vibrazioni opportunamente, è possibile entrare in contatto con ogni sfumatura del proprio Essere.

La vibrazione può risultare efficace per determinati temi, per specifiche condizioni o mancanze individuali. Tuttavia, non tutte le vibrazioni producono il medesimo effetto su Chiunque. Ovviamente, l'attenzione nell'uso consapevole e misurato degli stimoli vibrazionali vale per le stimolazioni in generale.

Tra le varie esperienze è possibile inserire dei momenti dedicati al resoconto dei Partecipanti, rispetto a cosa hanno provato durante le patiche. Il risvolto è duplice: Chi esprime, rivive l'esperienza, ne approfondisce il Senso, consolidando le connessioni neurologiche; Chi ascolta può essere aiutato, indirettamente, a comprendere ciò che ha sperimentato in prima persona, ma che avrebbe difficoltà a tradurre in parole. Infatti, la realtà che si esperisce è inedita e difficile da interpretare: Ciascuno ha una visione parziale, che può essere arricchita da ciò che gli Altri hanno condiviso rispetto all'esperienza stessa.

Il lavoro gruppale si alterna a quello individuale, che si realizza a turno ed alla presenza del gruppo, per varie ragioni: *socialmente*, armonizza i Singoli rafforzando il gruppo; a livello *neuro-fisiologico*, si apprende dall'esperienza altrui grazie ai neuroni specchio; *psicologicamente*, si è maggiormente propensi a cogliere le trasformazioni di cui si è spettatori, piuttosto che attori, a causa delle intrinseche resistenze al cambiamento; in termini fisico-filosofici, il Singolo è un frattale del gruppo stesso; il gruppo è osservatore, ma lo è anche il Singolo, che osserva Se Stesso mentre pratica e per ottenere una *rappresentazione completa della realtà* è necessario comprendere anche l'Osservatore.

16.2 Il Metodo Vibrazionale in Movimento Biologico

Tra Metodo Vibrazionale e Movimento Biologico nasce un incontro di Senso. Infatti, per Movimento Biologico la voce è moto, ennesima espressione del Movimento, che necessita di essere ri-educata per una piena evoluzione verso la migliore versione di Sé.

La *vocalità* è respirazione, anatomia, vibrazione, emozione, comunicazione tra dentro e fuori, biografia, enzima di trasformazioni. Allora, l'ambizione è offrire la possibilità alle Persone di fare esperienza della propria *autentica vocalità*, in armonia con le singolari *funzioni biologiche* ed *istanze psico-emotive*.

I principi del metodo entrano a far parte del meta-metodo Movimento Biologico, che arricchisce i propri laboratori con pratiche e strategie didattiche del Metodo Vibrazionale. La pratica senso-vocale del Metodo Vibrazionale, nei laboratori di Movimento Biologico, si realizza rispettando i Principi indicati ed integrando le esperienze derivanti dagli altri metodi che vi convergono.

Movimento Biologico si avvale di tutti i piani sensoriali per offrire stimoli. L'uso della vibrazione nasce dal connubio tra Metodo Vibrazionale ed il Meta-Metodo.

La scrupolosa attenzione riservata alla sensorialità ed alla percezione rappresenta il primo punto di contatto tra le due dimensioni come testimonia il Principio IV del Metodo Vibrazionale, incentrato sulla *cinestesia profonda*. Il secondo è costituito dal Senso: la ricerca di una voce, un Movimento *autentico* e non *naturale* perché anche una abitudine disfunzionale, con il tempo, tende a diventare naturale. Ovviamente, per entrambi, un punto di arrivo definitivo non esiste: il vero traguardo è intraprendere questo percorso per raggiungere il *faro* della *biologicità* del Movimento e della Voce.

L'*equilibrio* è uno *stato dinamico*. Non esiste equilibrio senza Movimento, che sia: un'oscillazione cellulare, il battito del cuore, il respiro, l'oscillazione onda-particella, un suono *vibrazionale* o un *Movimento Biologico*. Così, la vita: oscillazioni intorno ad un centro di riferimento sussistono e non saranno mai assenti, ri-cadute e ri-salite, buio e luce. Tuttavia, sapendo la direzione del faro, sarà sempre possibile ritrovare la *vi(t)a*.

17. MINDFULNESS

17.0 Da Tutto Qui a Tutto è Qui

Il *respiro* è un'*ancora*: presenza costante indispensabile per la vita e contattabile in ogni momento. Quotidianamente, si completano almeno 20.000 atti respiratori. Eppure, alla richiesta di *concentrare* la propria *attenzione* sul respiro, si ha difficoltà, soprattutto inizialmente, oltre a risultare noioso.

La carenza di attenzione rispetto a ciò che si sta facendo è tipica. Eppure, dove si destina l'attenzione influenza specificatamente emozioni e corpo (Sapolsky, 2014).

Impedire che ansia ed elucubrazioni negative abbiano il sopravvento può essere una *scelta*. Ci si concede l'*opportunità* di allenare l'*attenzione*, per rivolgerla a modi di pensare costruttivi, quando si riconosce quanto si possa essere facilmente preda di pensieri ed emozioni, senza averne contezza.

Prestare attenzione è *semplice*, che non è il sinonimo di *facile*: è necessario impegnarsi in un allenamento mentale costante all'insegna di *vivere il presente*.

Per esempio, si può portare l'attenzione alla sensazione fisica del respiro, senza modificarlo: dove le narici sono toccate dall'aria o alla pancia che si gonfia e si sgonfia. Nel momento in cui la mente si impiglia in altro (es. distrazione, pensiero), si riporta l'attenzione alla sensazione fisica, con gentilezza, senza giudizio. Questo esercizio può rappresentare una pratica quotidiana di Mindfulness. Però, l'aspirazione più autentica è portare la Mindfulness stessa nella vita di tutti i giorni, consapevoli della differenza che intercorre tra *pensare* ed il rendersi conto che *si sta pensando*.

Ricollegarsi autenticamente con il *momento presente* ristaura il legame con i propri *sensi*: toccare, ascoltare, vedere, assaggiare. Così, una pausa diventa l'occasione per gustare un caffè, nel suo sapore, aroma e colore.

Mindfulness significa prestare attenzione al momento presente, ma con intenzione e senza giudizio (Kabat-Zinn, 2010). Rende possibile una piena presenza al momento contingente: il *qui ed ora*. Quindi, Mindfulness è anche Consapevolezza.

Si sviluppa mediante la *meditazione*, nata nelle tradizioni orientali, soprattutto il Buddismo Theravada che si è diffuso dal 2500 a.C. in America meridionale e sud-orientale (Zindel, Segal, 2014). Meditare, contrariamente alle credenze diffuse, non consiste nel controllare la mente per cambiarla eliminando i *pensieri molesti*, ma cambiare il rapporto con *pensieri* ed *emozioni*: osservarli, nel loro inarrestabile emergere indipendente dalla propria volontà, per lasciarli sullo sfondo. Affinché ciò sia possibile, è necessario trovare il coraggio di stare con i propri *parassiti interiori*, osservandoli: «la caverna dove hai paura di entrare contiene il tesoro che cerchi» (Joseph Campbell, 2003).

17.1 Origini delle pratiche di Consapevolezza

Attualmente, le scuole di pensiero che adottano le pratiche di Mindfulness sostengono di adottare il *Satipaṭṭhānasutta* come testo di riferimento. Jon Kabat-Zinn, padre della Mindfulness moderna, ha posto la meditazione *Vipassanā*, il cui fondamento è sempre il *Satipaṭṭhānasutta*, o le tecniche di respirazione *Ānāpānasati*, alla base delle sue pratiche (Fabbro, 2019). In generale, Chiunque ritenga la Mindfulness una applicazione della meditazione buddhista alla psicologia moderna, fa indirettamente riferimento al *Satipaṭṭhānasutta*, il nucleo della meditazione nel pensiero buddhista antico.

Oggi, qualsiasi riferimento alle *pratiche di Consapevolezza*, implica un richiamo alla *Mindfulness*. È innegabile che, grazie a quest'ultima, la *meditazione* stia diventando sempre più presente nella vita delle Persone. Tuttavia, la meditazione buddhista aveva un obiettivo opposto rispetto a quello *sedativo* della Mindfulness moderna (Divino, 2020).

Jon Kabat-Zinn è Autore del protocollo Mindfulness-Based Stress Reduction, una terapia dichiarata contro lo *stress*. Invece, la meditazione buddhista è quanto di più lontano da una pratica di rilassamento. Piuttosto, è una tecnica di osservazione della mente che muove dalla capacità critica e dall'analisi, fondando una fenomenologia pure secoli prima di Husserl in Europa. Nasce per affrontare direttamente ansie e paure, non per accantonarle: scompaiono dalla vita del Meditante solo dopo averle decostruite (Divino, 2020). Infatti, il potere castale indiano La riconosceva come una minaccia contro l'ordine costituito. Lo yoga, pratica importata dall'India, ha conosciuto un destino simile, con applicazioni completamente differenti dalle originali (Squarcini, Mori, 2019).

La Mindfulness concepisce tecniche per spostare ciò che è responsabile di inquietudine: si presta attenzione all'emergere di certi fenomeni cognitivi, ma senza interrogativi fondamentali sulla causa di tali fenomeni (Divino, 2020). Invece, originariamente, la meditazione, come le pratiche di Consapevolezza in generale, non erano assolutamente un mezzo per rilassarsi in modo da occuparsi con maggiore serenità delle attività socialmente imposte.

Offrire un panorama così crudo, ma trasparente, è il vero aiuto per Coloro che intendono prendere parte ad un autentico percorso di pratiche di Consapevolezza. Infatti, eviterebbe l'eccessiva delusione del dover affrontare la *tragicità* dell'esistenza umana quando si aspettavano una pratica sostitutiva di un ansiolitico. La società procede assopita nella calma illusoria della Inconsapevolezza: gridando la sua condanna alla frenesia, perpetra nella ricerca di lenitivi psicologici, senza preoccuparsi delle *vere* ansie che tormentano l'Uomo (Divino, 2020).

L'affermazione della scuola cognitivista ha consentito di approfondire alcuni aspetti del pensiero buddhista, riscontrando insegnamenti di matrice psicologica. Tuttavia, il buddhismo è giunto a conclusioni opposta al cognitivismo (Divino, 2005).

Il cognitivismo è nato per aggiustare la cognizione: un soggetto dai comportamenti *difformi* rispetto ad un modello prestabilito, può migliorare attraverso modifiche (o terapia) della propria cognizione. Quindi, in Occidente, la *terapia cognitivo-comportamentale* dà origine ad una *psicologia del conformismo*. Al contrario, il Buddhismo mirava a formare Soggetti *difformi*.

La psicologia buddhista arriva alla conclusione che qualsiasi forma di cognizione è *costruita* e allontana dalla verità da perseguire. Lo scopo della meditazione consiste nel *decostruire* ogni cognizione, sempre responsabile di un comportamento repressivo dell'Individuo e, quindi, patogenico.

La soluzione *protocollare* di Kabat-Zinn consente di concepire specifici moduli somministrabili al pari di farmaci. Da un lato, si deve riconoscere il merito di aver comportato l'apertura del mondo clinico alla Mindfulness; dall'altro, il nodo critico corrisponde alla sua stessa natura rigida. Per necessità di rigore scientifico, come sarà evidenziato nel paragrafo successivo (*Parte II – Paragrafo 17.2*), non è possibile prescindere dalla Mindfulness. Allo stesso tempo, si invita a riconoscere come i rigidi protocolli Mindfulness-Based debbano aprirsi a pratiche contemplative di più ampio respiro. La Scienza contemplativa e meditativa buddhista supera, di gran lunga, ciò che è stato ricondotto nelle limitate categorie concettuali contemporanee.

17.2 Efficacia scientifica

In Occidente, nel corso degli ultimi quarant'anni, l'efficacia della Mindfulness rispetto alle problematiche di salute fisica e mentale è stata oggetto di un numero crescente di studi. Al punto tale, che un'intera disciplina è nata intorno alle pratiche della Mindfulness, offrendo strumenti per impattare, direttamente ed immediatamente, sulla mente.

Jon Kabat-Zinn è stato un pioniere. La sua applicazione della Mindfulness al trattamento del dolore cronico è divenuto il *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR). Un programma di 8 settimane efficace nell'affrontare lo stress, potenziare il sistema immunitario ed influenzare il funzionamento del cervello, come testimoniato da diversi studi (khoury et al., 2015; Grossman et al., 2004; Gotink et al., 2016; Gu et al., 2015).

La *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) ha benefici documentati ((Kuyken et al., 2016; Hazlett et al., 2019).

Questa panoramica dimostra l'efficacia della Mindfulness nel promuovere il benessere. Il risultato è stata l'affermazione dei modelli *Mindfulness Based*, la terza ondata degli approcci psicoterapeutici cognitivo comportamentali, caratterizzati dalla Mindfulness: *Dialectical Behavior Therapy* (DBT), *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), *Mindfulness Based Relapse Prevention* (MBRP), *Compassion Focused Therapy* (CFT), ecc. (Seshadri et al., 2020; Valentine et al., 2015; Hughes et al, 2017; Craig, Hisley, Spector, 2020).

PubMed, l'archivio universale degli studi in campo biomedico, ha raccolto, a partire dal 1973, con una crescita esponenziale negli ultimi anni, le pubblicazioni scientifiche che riportano i benefici di tale pratica.

Dal punto di vista squisitamente fisico, è di ausilio per: dolore cronico, malattie cardiovascolari, ipertensione, malattie della pelle, disturbi del sonno, acufeni, cefalee (Hilton et al., 2017; Park, Han 2017; Montgomery, Thompson, 2018; Anheyer et al., 2019).

Per quanto concerne l'aspetto psichico, favorisce: maggiore equilibrio emotivo associato alla crescita di emozioni positive e alla diminuzione di quelle negative, un approccio non giudicante rispetto la realtà. Inoltre, è applicata al trattamento di: depressioni, disturbi d'ansia, attacchi di panico, disturbi alimentari e dipendenze patologiche (Hofmann, Gómez, 2017; Sala et al., 2020, Cavicchioli et al., 2018).

Nella dimensione relazionale, agevola l'apertura in situazioni piacevoli e non, aumenta la capacità di ascolto, riduce i pregiudizi verso l'Altro e migliora le modalità comunicative (Prince-Paul, Kelley, 2017).

Rispetto all'ambito professionale, facilita l'accesso alle risorse interiori, migliora la gestione degli stati mentali, amplifica la concentrazione correlata ad una riduzione degli errori e ad una maggiore capacità di risoluzione dei problemi (Hilton et al., 2019).

Quando si riesce ad osservare e a lasciar andare, si attivano e disattivano circuiti neuronali differenti. Ne deriva che, nel tempo, la struttura cerebrale si modifica e, così, il comportamento. Uno studio dell'Università di Harvard ha evidenziato modifiche cerebrali dopo solo 8 settimane di pratica meditativa: le aree correlate all'apprendimento e alla memoria crescono, quelle associate ad ansia e stress si rimpiccioliscono. (Lazar et al., 2005).

Dedicarsi alla pratica della Mindfulness è ciò di più prezioso ci si possa concedere per coltivare la propria salute psico-fisica.

Dal punto di vista etimologico, *epimeleia heautou* significa *prendersi cura di Sé* ed è formato da *melete*, cioè *meditare*. Nello specifico, per la mitologia greca, Melete è la musa del pensiero e della meditazione, sorella di Aoide, musa del canto e della voce e di Mneme, musa della memoria.

17.3 Mindfulness, psicoterapia e Movimento Biologico

La rilevanza di *corporeità, fisiologia, consapevolezza del sentire* è crescente nei percorsi psicoterapeutici. Il Corpo *parla*, sempre: darsi il *permesso* di ascoltarlo è la soluzione più efficace per prendersi cura di Sé ed apportare i cambiamenti necessari ad incrementare la propria *qualità* di vita.

Le molteplici vie di accesso al Corpo hanno la Consapevolezza Mindfulness come esperienza comune di base. *Prestare attenzione*, intenzionalmente, nel momento presente e senza giudizio, alle cose come sono, è un'abilità inserita in tutti gli approcci psicoterapeutici di stampo cognitivo-comportamentale di terza generazione (Harris, 2010).

Tipicamente, lo stato di *fusione cognitiva* si sperimenta quando emergono credenze disfunzionali: ci si percepisce inscindibili dai propri pensieri, senza essere nemmeno consapevoli che si sta pensando. Al contrario, la Mindfulness promuove la *defusione*: i pensieri si riconducono a parole o immagini, nulla di diverso da ciò che, effettivamente, sono. Il *Sé concettualizzato* è necessario per definire *Chi si è e cosa si vuole* (Bach, 2008). Tuttavia, fondersi rigidamente con tale

narrazione, rende difficoltoso la distinzione tra la storia e Se Stessi come esseri in evoluzione costante. Quindi, passare al *Sé osservante*, lasciando un minimo da parte il *Sé concettualizzato*, consente di esperire il momento presente osservando l'Io che coglie qualsiasi cosa sia notata in ogni momento (Hayes, 2002). In questo modo, la *flessibilità psicologica*, costruito correlato al benessere e validato dalle ricerche sugli output dei principali approcci cognitivo-comportamentali (Lao, Kissana, Meadows, 2016), viene promossa.

L'*evitamento esperienziale* è uno dei principali ostacoli al perseguimento della *flessibilità psicologica*.

Il suo fine è fuggire. Quindi, si può declinare in strategie (razionalizzare, ignorare, iper-spiegare) per controllare o alterare esperienze interne (pensieri, emozioni, ricordi), così come in tentativi di evitare o controllare l'esperienza esterna (situazioni ansiogene, conflitti, relazioni con l'Altro).

Diventa imprescindibile riconoscere i propri evitamenti: le *aree dell'agire* in cui la Persona presenta modalità esperienziali ristrette, ripetitive, che generano circoli viziosi dannosi. L'emozione negativa si riduce momentaneamente quando si evita, con sollievo immediato, che alimenta la convinzione dell'effettiva efficacia.

Uno degli evitamenti più frequenti e difficile da superare è legato a sperimentare situazioni che nascono dalla relazione con l'Altro. Infatti, la strategia di evitamento è ricorrente in *ansia sociale*, *disturbi evitanti di personalità*, *fobie specifiche*, *ansia generalizzata*, limitando le possibilità esplorative ed aggravando il quadro clinico (Hayes, 2002).

Accettazione è il corrispettivo funzionale dell'*evitamento esperienziale*: aprirsi e vivere l'esperienza nella relazione con l'Altro.

L'*esposizione* consiste in una pratica terapeutica basata su *esercizi comportamentali*, per il trattamento del disagio relazionale. La Mindfulness rimane saldo alleato perché rende consapevoli di ciò che si verifica nel qui ed ora. Tuttavia, la complessità crescente della situazione sociale, ne rende difficile la trasposizione in un artificioso esercizio all'interno di uno studio, riducendolo ad un atto immaginativo. Invece, i laboratori esperienziali di Movimento Biologico, consentono un'*esposizione graduale in vivo*: in un ambiente protetto estraneo al giudizio, dove i Corpi interagiscono, supportati dall'empatia del Facilitatore, i contenuti dell'esperienza temuta sono sperimentati in maniera accettabile. Così, il muoversi nelle *sabbie mobili* dell'*evitamento* cessa, trovando la via *alternativa* dell'apertura alle *contingenze* della vita, osservando ogni cosa per *ciò che è*.

La *vulnerabilità* diventa *autenticità*: cambia il dialogo con Se Stessi e, congiuntamente, si può osservare l'Altro nel suo essere *così umano*, il contrasto tra la sua essenza ed i suoi pensieri. Alla fine, i *criteri di svalutazione* annegano nel *non-senso* perché interessa solo conservare l'*intensità* di ciò che è stato acquisito: il Corpo è più saggio di quanto non lo possa essere la mente.

17.4 Radici teoriche del Mindful Movement

17.4.0 Introduzione

Movimento Biologico è collocabile nell'alveo del *Mindfull Movement*, quel filone di ricerca applicata all'esercizio fisico, che comprende anche: *Meditative Movement* (Larkey et al., 2009), *Mindfulness-Based Moviment* (Lucas et al., 2018) e *Movement-Based Embodied Contemplative Practices* (Schmalzl, Crane-Godreau, Payne, 2014). Sono pratiche di Movimento Consapevole intente a superare la tradizionale dicotomia mente-corpo riconoscendone la necessaria integrazione, come evidenziato dalle recenti conclusioni neuroscientifiche.

Nell'ambito delle neuroscienze cognitive, Francisco Varela (1991) è stato uno dei pionieri che ha introdotto il termine *embodied mind* (mente incarnata), in contrapposizione con la *disembodied mind*, un'entità mentale indipendente da corpo ed ambiente (Wilson, 2002; Ziemke, 2003).

Secondo l'*approccio enattivo* (Thompson, Varela, 2001; Thompson, 2005; Paolo, Thompson, 2014), gli esseri viventi agiscono autonomamente, producono attivamente la propria identità fisica e psicologica e, attraverso le azioni, mettono in atto i loro domini cognitivi (Wilson, 2002). Di

conseguenza, l'essere vivente esiste come incarnato e le sue funzioni mentali (motivazione, percezione, cognizione) possono essere spiegate solo tenendo conto del corpo fisico e dell'ambiente in cui sono esperite (Ziemke, 2003; Thompson, 2007).

Analogamente, la *grounded theory of cognition* (Barsaolu, 2008) presuppone che la cognizione affondi le proprie radici (*grounded*) nel sistema sensoriale, piuttosto che basarsi su operazioni astratte. In modo simile, la *dynamic systems approach to developmental theory* (Krueger, 2008), la psicoanalisi (Camras, Witherington, 2005), la psicoterapia orientata al corpo (Heller, 2012), sottolineano come i sistemi sensoriali si sviluppino per primi ed abbiano un ruolo imprescindibile nella costruzione del Senso del Sé (Sheets-Johnstone, 1999).

Nella dimensione delle scienze contemplative, la meditazione seduta e le pratiche Mindfulness-Based sono stati i primi contesti in cui è stato studiato il processo mediante il quale è possibile diventare attentamente riflessivi alle esperienze sensoriali del corpo (Didonna, 2009).

Il movimento è stato preso in esame all'interno delle pratiche contemplative in virtù dell'approccio enattivo. Il Movimento è intrinseco dello stato di incarnazione e tutti i processi cognitivi comprendono la capacità individuale di produrre movimento ed i sottostanti substrati sensorimotori come elementi costitutivi (Paolo, Thompson, 2014; Camras, Witherington, 2005). In aggiunta, i processi cognitivi, come qualsiasi altra attività incarnata, nascono come accoppiamento sensorimotorio con l'ambiente.

Llinàs (2002), operando similmente, ha recuperato le affermazioni pionieristiche di Sperry (1952), sostenendo che il movimento è la funzione prioritaria del sistema nervoso e che le funzioni corticali più avanzate corrispondono ad elaborazioni del bisogno elementare di avvicinarsi o allontanarsi dagli stimoli dell'ambiente.

17.4.1 Meditative Movement (Movimento Consapevole)

Linda Larkey, rispetto alle tradizionali forme di esercizio, propone un Movimento costituito da quattro elementi: *movimenti del corpo*, che possono andare da posture silenziose a gesti dinamici, ma sempre rilassati ed armonici; *attitudine mentale meditativa*, rivolta all'agire motorio contingente invece che alla proliferazione di pensieri; *focus sul respiro*, da osservare passivamente, nel suo flusso naturale e spontaneo, o che accompagna attivamente una fase motoria tramite un ritmo ed una profondità ricercati; *rilassamento profondo*.

17.4.2 Mindfulness-Based Movement (Movimento Basato sulla Mindfulness)

Alexander R. Lucas ha introdotto il Mindfulness-Based Movement, includendo al suo interno le proposte del Meditative Movement. Infatti, l'attitudine meditativa, l'attenzione al qui ed ora rimangono elementi chiave: ogni movimento esige una piena presenza attenta. Così, si gettano le basi per sperimentare l'incarnazione del connubio mente-corpo: il Movimento si eleva da stato del fare a quello dell'Essere (Kabat-Zinn, 1994). Inoltre, proposte motorie che si aprono alla dimensione ludica e relazionale favoriscono la proliferazione di emozioni positive e lo scemare dello stato di eccitazione fisica in calma, coerentemente con la visione di Porges.

Il Movimento Basato sulla Mindfulness è radicato nella Teoria Polivagale (Porges, 2007). Infatti, nella prospettiva offerta da Porges, questo movimento costituisce un esercizio neurologico in cui le pratiche motorie, l'ingaggio sociale e un'attenzione focalizzata in modo consapevole, possono plasmare lo stato fisiologico.

Negli *stati di calma* in cui l'ingaggio sociale è attivato, i segnali sociali associati a voce e volto, alimentano una fisiologia di sicurezza: il cuore riceve l'*influenza vagale* che favorisce salute, sviluppo e recupero bio-psicologico. Invece, l'*esercizio* necessita di una maggiore risposta cardiaca grazie all'incremento dell'influenza simpatica, che si ottiene rimuovendo l'*inibizione vagale*. L'alternanza tra le pratiche motorie consente di allenare la regolazione del sistema nervoso autonomo (SNA) a livello neurale: il SNA incrementa l'efficienza nel passaggio da una condizione fisiologica di attivazione a quella di calma (Magnon et al. 2013; Couck et al., 2016) mediante la reiterata soppressione dell'inibizione vagale attraverso il movimento ed il ripristino dell'inibizione stessa.

Riassumendo, secondo Lucas, attraverso il Mindfulness-Based Movement è possibile favorire una vita *attiva* come *modo di essere* e non come *qualcosa da fare*, entrando in contatto con il corpo in ogni momento della quotidianità. Inoltre, viene sostenuto un atteggiamento orientato all'incontro con l'Altro e alla relazione con l'ambiente fisico circostante. Infine, mediante il movimento vengono esperite emozioni positive che incrementano il tono vagale (Fredrickson, 2001) e la resilienza, aiutando le Persone a trovare un equilibrio anche in presenza di emozioni negative (Tudage, Barrett, 2004).

17.4.3 Movement-Based Embodied Contemplative Practices (Pratiche Contemplative Incarnate basate sul Movimento)

Laura Schmalzl apporta ulteriori integrazioni ai modelli di Larkay (*Parte II - Sottoparagrafo 17.4.1*) e Lucas (*Parte II - Sottoparagrafo 17.4.2*). Infatti, l'Autrice riconosce che le Neuroscienze cognitive, negli ultimi decenni, abbiano favorito il passaggio da una *visione disincarnata* della mente a quella più *incarnata*: le funzioni mentali possono essere comprese solo tenendo conto della presenza di corpo e ambiente. Per quanto concerne le Scienze contemplative, l'orientamento dell'attenzione rispetto le sensazioni corporee è stato studiato limitatamente alle pratiche meditative da seduti. Eppure, molteplici pratiche contemplative basate sul movimento (es. yoga, tai chi, qi gong) o moderne tecniche di terapia somatica (es. metodo Feldenkrais, tecnica Alexander) hanno cura dello sviluppo della consapevolezza interocettiva, propriocettiva e cinestesica.

Alla luce di quanto illustrato, la Schmalzl ed i suoi Collaboratori analizzano le difficoltà che possono incontrare gli Studiosi occidentali prendendo in esame come alcune pratiche motorie possano abitare i concetti di *incarnazione* e di *contemplazione in movimento*. Sicuramente, un ostacolo potrebbe essere rappresentato dalla loro natura multiforme: sequenze di specifici movimenti, particolare impiego del respiro e modulazione dell'attenzione (Wayne, Kaptchuk, 2008).

Le pratiche sono animate da movimenti prodotti internamente in autonomia (Rieghoff et al., 2011): i Praticanti adattano il Movimento a seconda dei feedback sensoriali, muscolari ed articolari (Scott, 2012). L'intenzionalità esecutiva fa in modo che possano costituire uno strumento per costruire il proprio *senso di controllo individuale* (Kalekert, Ehrsson, 2012) e rafforzare la capacità di trasformare il proprio *Senso del Sé* (Thelen, Fogel, 1989).

Inoltre, risultano efficaci per smorzare i sintomi di certe condizioni cliniche (Jahnke et al., 2010; Wren et al., 2011) e variare quantitativamente markers fisiologici dello stress (Lee, Kang, Lim, 2004; West et al., 2004), nelle funzioni cognitive (Manjunath, Telles, 2001; Silva et al., 2007), dell'accortezza sensorimotoria (Kerr et al., 2008), negli stati emotivi in una popolazione sana (Chattha, 2008).

17.4.4 Mental and Physical Training (MAP)

L'approccio è stato sviluppato da Tracey J. Shors (2014), sulla scia delle evidenze scientifiche rispetto il legame tra neurogenesi, esercizio ed apprendimento.

Secondo studi laboratoriali su modelli animali, l'esercizio fisico aumenta quantitativamente la produzione di cellule neurali e l'allenamento mentale ne favorisce il mantenimento (Curlik et al., 2013; Curlik, Shors, 2011; Curlik, Shors, 2013; van Praag et al., 2002; van Praag et al., 1999). Quindi, rispetto allo stimolo specifico verso solo una attività, la combinazione di allenamento fisico e mentale consente che i neuroni, una volta prodotti, siano mantenuti in vita (Millon, Shors 2019; Gould et al., 1999).

L'allenamento mentale proposto dal MAP consiste nella *meditazione di attenzione focalizzata* (Farb et al., 2007; Lutz et al., 2008) e nella *meditazione camminata*. I Partecipanti, a seguito di venti minuti di meditazione seduta, svolgono dieci minuti di meditazione camminata: prima, l'attenzione si focalizza sul respiro e poi, sul movimento dei piedi.

L'allenamento fisico è immediatamente successivo all'allenamento mentale: ogni Partecipante, dopo cinque minuti di riscaldamento, si dedica a trenta minuti di esercizio aerobico corrispondente ad una frequenza cardiaca 50-70% della VO₂Max (Alderman, 2016).

17.4.5 Movimento Biologico: l'integrazione delle pratiche di consapevolezza a mediazione corporea

Nei modelli teorici e pratici descritti (*Parte II – Paragrafo 17.4*), le proposte motorie risultano limitate. Infatti, le pratiche studiate dalla letteratura scientifica sono circoscritte a yoga, tai chi, qi gong e di rado alla tecnica Alexander o al metodo Feldenkrais. Eppure, il Movimento umano comprende elementi di complessità che non si esauriscono in tali pratiche. Infatti, è doveroso evidenziare alcuni limiti.

L'attitudine contemporanea prevede di allontanare dal contesto filosofico-culturale e fenomenologico di appartenenza per poi ricontestualizzare secondo categorie *utili*. L'*ascolto corporeo* viene rimpiazzato dalla tendenza alla *imitazione*, nella ricerca di una forma esecutiva perfetta catalogata. Di conseguenza, forme libere di espressione motoria non vengono generate e la personalizzazione dell'esperienza sensorimotoria viene meno. A questo punto, le pratiche di Movimento Consapevole, rispetto all'approccio dell'esercizio fisico, si differenzerebbero solo per dettagli marginali: maggiore attenzione al respiro, spazi silenziosi, sequenze di movimenti più lenti, un corollario semantico di supporto più ricercato. Così, il Movimento che anima le pratiche viene riversato in una categoria, semplificando l'esperienza del Movimento (Sheets-Johnstone, 1999) al fatto che si stia facendo, superficialmente, qualcosa.

Le pratiche sono costruite secondo sequenze motorie svolte individualmente, senza alcun incontro con l'Altro. Invece, le grandi tradizioni insegnano che qualsiasi pratica virtuosa deve prevedere *relazioni*.

Infine, elementi pienamente motori (es. vocalità, emozioni) sono presenti in minima parte.

Movimento Biologico, mediante la Pedagogia del Corpo Incarnato in Movimento, concepisce proposte che valicano i confini legati alle esigenze della ricerca in un insieme *organico* di attività. Il suo anelito è rendere onore al Movimento umano nella suo Senso più integrativo ed integrale. Nel Leib si incontrano: neuroscienze e fenomenologia, biomeccanica e psicologia, espressività e tecnica, psicomotricità e performance.

La conoscenza è frutto dell'instancabile dialogo tra Individuo e ambiente, ponendo la dimensione sensorimotoria al centro del processo (Damiano, 2009).

17.5 Mindful Movement e Salutogenesi

Interventi efficaci per la promozione della salute mentale sono realizzabili ed efficaci, come testimoniato da prove internazionali (Barry et al., 2019; Herman, Jané-Llopis, 2012).

Tra i giovani Adulti sono risultati efficaci interventi psicoeducativi, cognitivo comportamentali, programmi di rilassamento, interventi di Mindfulness e Meditative-Movement e interventi sulle abilità sociali (Conley, Durlak, Kirsch, 2015).

La letteratura scientifica, rispetto agli effetti delle pratiche di Movimento Consapevole, è ancora agli inizi. Risultati incoraggianti nella popolazione adulta sana sono pubblicati rispetto: qualità di vita (Weber et al., 2020; Pascoe, Parker, 2019; Fernros et al., 2008), sintomi depressivi (Weber et al., 2020; Pascoe, Parker, 2019; Wang et al., 2014), ansia (Wang et al., 2014), qualità del sonno (Weber et al., 2020; Fernros et al., 2008; Wang et al., 2016), affettività (Fernros et al., 2008), capacità cognitive (Fernros et al., 2008). Gli studi sugli Adolescenti (Kang et al., 2020; Marson et al., 2021) o giovani Adulti (Lavandera et al., 2020; Edwards, Loprinzi, 2019) ne hanno valutato l'applicazione a: sintomi depressivi, stress, pensieri ruminativi, qualità di vita, positive engagement, revitalization, tranquillità, physical exhaustion (Edwards, Loprinzi, 2019; Keyes, 2007) e funzioni cognitive (Marson et al., 2021; Lavandera et al., 2020).

Alla luce di tali riscontri, un programma di Movimento Biologico capace di integrare pratica meditativa formale, Mindful Movement e sessioni psicoeducative, attraverso il paradigma della Pedagogia del Corpo Incarnato in Movimento, accresce il *Positive Mental Health* (PMH), cioè lo stato di benessere psicologico, emotivo e sociale (Keyes, 2007; Keyes, 2002). Quest'ultima rafforza il *senso di coerenza* cioè la capacità di attingere alle proprie risorse, pilastro della

Salutogenesi. Inoltre, il miglioramento della qualità di vita aiuta nella prevenzione della Negative Mental Health (NMH), cioè depressione, ansia e stress (Winzer et al., 2014).

17.6 Mindful Movement, Skilled Attention & Mindful Learning

17.6.0 Introduzione

Lo sviluppo di abilità mentali (attenzione, auto-controllo, consapevolezza) è stato spesso coadiuvato dal movimento. La diade *movimento-cognizione* può essere il correlato di quella *corpo-mente*. A questo, si aggiungono gli studi che riconoscono come le *risorse di salute* possano essere corroborate tramite il Mindful Movement.

Quindi, un *controllo cognitivo* di qualità (*skillful cognitive control*) è associato strettamente ad un esperto *controllo motorio* (*skillful movement*). All'interno di questo quadro è possibile collocare il modello *Skillful Attention* di Clark, Schumann e Mostofsky (2015): ogni pratica motoria dovrebbe stimolare meccanismi di inibizione e selezione di ordine superiore e coltivare processi che coordinino *piani motori*, *attenzione* ed *obiettivi esecutivi*. Questo consente la definizione di un *comportamento abilmente qualificato* (*skillful behavior*). Varie forme di attività mentale possono richiedere il transfer dell'apprendimento consapevole delle abilità per organizzare il corpo in movimento. Ciò è realizzabile intersecando il modello *Mindful Learning* di Langer con la proposta di Feldenkrais della Consapevolezza mediante il movimento.

In sintesi, la pratica di Movimento Consapevole può rappresentare un'occasione favorevole per *imparare ad imparare*.

17.6.1 L'attenzione

L'attenzione muove e si muove mediante i movimenti corporei. Tuttavia, se lo studio dell'attenzione in isolamento è stato oggetto di importanti progressi, solo di recente è stato riscontrato come il movimento non possa essere esulato, così nettamente, dal controllo attentivo. Infatti, secondo la *Premotor Theory of Attention*, prestare attenzione senza il movimento degli occhi è ritenuto uno *stato di pianificazione* dei movimenti muscolari dell'occhio o del corpo ancora non eseguiti (Posner, 1980; Rizzolatti, Craighero, 2010). Quindi, l'attenzione risulterebbe dall'attività di circuiti sensorimotori e non da un centro specifico, cancellando la necessità di due circuiti neurali differenti per *l'attenzione spaziale* e la *pianificazione motoria*. Tuttavia, alcuni Autori, pur evidenziando che *l'attenzione esogena* dipenda dall'attività del *sistema oculomotorio*, sottolineano innegabili distinzioni anatomiche e funzionali tra *attenzione spaziale esogena* e *preparazione motoria*. Ne deriva che non tutte le regioni cerebrali partecipanti alla preparazione dei movimenti sono correlate all'attenzione implicita e che non tutte le aree implicate nell'attenzione implicita hanno un ruolo motorio.

Il *Biased Competition Model of the Cognitive System* (Modello di Competizione Distorta del Sistema Cognitivo), secondo Smith e Schenk, consente di comprendere il rapporto tra *attenzione spaziale* e *controllo motorio* poiché il sistema motorio sostiene la contesa tra diverse rappresentazioni sensoriali: la probabilità che l'obiettivo dell'azione venga scelto per l'elaborazione può aumentare grazie alla preparazione dell'azione stessa, ma senza garanzia.

La macroarchitettura del cervello, unita al relativo funzionamento, costituiscono una base condivisa per la funzione sensoriale e motoria.

La struttura dell'ambiente, il corpo e il loro relazionarsi al comportamento, compongono l'informazione da cui dipendono *pianificazione motoria* e *controllo attentivo*.

Dal punto di vista evoluzionistico, in ordine temporale, si sono sviluppate: *connessioni sensorimotorie primarie a corto raggio*, per controllare movimenti semplici; *connessioni premotorie-parietali*, per sequenze più complesse, *connessioni a lungo raggio* coinvolgenti corteccie prefrontali e parietali posteriori, per interazioni sensorimotorie di maggiore complessità o astratte dilatabili nello spazio e nel tempo (Fuster, 2001). Quindi, la corteccia, dal punto di vista funzionale, in larga misura, consiste in un controllo sensorimotorio gerarchicamente organizzato, che si manifesta nell'elaborazione delle corteccie frontale (motoria, premotoria, prefrontale) e parietale, con l'aggiunta di input sottocorticali (Cisek, Kalaska, 2010).

Secondo Clark, Schumann e Mostofsky, una teoria fondata sulla connessione mente-corpo, che colloca il controllo attentivo ed esecutivo nella gerarchia sensorimotoria, permette di comprendere le ricadute delle pratiche di Mindful Movement sulle abilità attentive.

Se i processi di decisione motoria possono derivare da inibizione-eccitazione tra rappresentazioni corticali, anche i processi cognitivi di ordine superiori (controllo attentivo, cambio di risposta), analogamente, possono rispecchiare una scelta competitiva tra rappresentazioni sensorimotorie (Fuster, 2001; Cisek, Kalaska, 2010; Smith et al., 1999).

Il Movimento esplicita come mente e corpo siano inscindibili. Secondo gli Autori, il controllo attentivo ed esecutivo, tradizionalmente considerati un fenomeno mentale, non sono altro che un controllo motorio di ordine superiore.

Il modello *Mindful Learning* di Langer (2000) concepisce un *apprendimento consapevole* frutto della discriminazione tra le alternative che si offrono rispetto al compito che si sta svolgendo, non come prodotto di uno sforzo centrato su uno stato mentale inamovibile (*focused attention meditation*). Quindi, proprio grazie alla distinzione conscia delle alternative sensomotorie, per gli Autori, l'*apprendimento consapevole* può essere favorito dal Mindful Movement. Sicuramente, a volte, un'*attenzione sostenuta* può essere necessaria, ma l'attività sensorimotoria può creare spontaneamente le condizioni per una *presenza consapevole* nell'apprendere all'interno del compito motorio. Di conseguenza, la sollecitazione dell'*attenzione sostenuta (focused attention)* è meno richiesta nello stimolare le abilità attentive attraverso il Mindful Movement. Il movimento produce feedback immediati, consistenti in sensazioni concrete, che coadiuvano nella scoperta e nel perfezionamento di un'azione: ciò è indispensabile per l'apprendimento dell'auto-regolazione e delle abilità (Kuhl, 2000; Shadmehr et al., 2010; Strehl, 2014).

L'apprendimento basato sugli elementi salienti, assistendo alla relazione tra intenzioni motorie e ciò che ne deriva, rafforza o indebolisce le associazioni con le relative rappresentazioni esecutive. Per gli Autori, il Mindful Movement permette di allenare il controllo delle abilità capaci di coordinare attenzione, obiettivi e programmi motori.

17.6.2 Mindful learning

Clark, Schumann e Mostofsky sottolineano che, lo stimolo attentivo delle pratiche di Mindful Movement, rispetto all'osservazione del corpo a riposo, offre maggiori soluzioni per esplorare la dimensione sensoriale. Il movimento produce feedback concreti ed immediati consistenti in modificazioni delle sensazioni corporee per Praticante ed Insegnante. In aggiunta, il controllo motorio crea predizioni che anticipano (*feed-forward*) le conseguenze sensoriali (Wolpert et al., 2011). Il processo di *apprendimento motorio predittivo* o *error-based*, che si realizza a livello della corteccia prefrontale e del cervelletto, consente un confronto reale tra le sensazioni attese e quelle sperimentate (Blakemore, 2001; Shadmehr, 2010; Alexander e Brown, 2011).

Il livello di accesso cosciente ai vari tipi di segnali sensorimotori è stato messo in relazione alla Consapevolezza corporea ed alla sua disregolazione legata a sintomi neuropsichiatrici (Blakemore, 2002). All'interno di una pratica motoria, il focus attentivo del Praticante può variare l'elaborazione dei segnali, aumentando la sua consapevolezza discriminando consapevolmente sensazioni attese ed inattese (Langer, 2000; Feldenkrais, 1972).

È possibile tentare l'inserimento delle pratiche di Mindful Movement nel modello tradizionale a tre stadi dell'apprendimento delle abilità motorie di Fitts e Posner (Fitts, Posner, 1967).

Nella *prima fase* (dichiarativa, concettuale), i movimenti sono lenti ed inefficienti. La maggior parte sono controllati consciamente, con un importante dispendio di risorse neurali di ordine superiore, scadendo nell'inefficacia in presenza di distrazioni. Nuove associazioni e procedure possono essere prodotte.

Nella *seconda fase* (associativa), i movimenti divengono più sicuri, quindi fluidi ed efficaci. In parte, il movimento è ancora controllato consciamente, ma prosegue anche autonomamente. Quindi, l'impegno cognitivo si riduce grazie alla flessibilità nella applicazione delle associazioni e delle procedure acquisite. La stabilità aumenta: ciò che distrae è associato agli obiettivi e inibito mediante l'abilità di selezione delle procedure appropriate.

Nella *terza fase*, i movimenti sono rapidi e precisi. L'esecuzione è efficiente nei contesti appresi e ampiamente autonoma, con un impegno cognitivo minimo.

L'attenzione distinguerà gli errori o le distrazioni rispetto agli elementi salienti con maggiore precisione a seguito della conoscenza procedurale acquisita nello specifico compito. Così, le rappresentazioni procedurali astratte acquisite in relazione al compito attuale, possono trasferirsi a contesti con strutture analoghe (Braun et al., 2009; Shadmehr et al., 2010; Wu et al., 2014).

È doveroso ricordare che la *Theory of Body Consciousness* (Teoria della Coscienza Corporea) di Shuster riconosce la *ciclicità* dell'apprendimento motorio: un movimento efficace viene salvaguardato solo se la Persona si muove tra i vari stadi, non è *unidirezionale*.

In ogni caso, la pratica di Mindful Movement è un mezzo per corroborare il *controllo qualificato dell'attenzione* (*skillful control of attention*) grazie all'ampliamento del range di situazioni attentive e sensorimotorie. Tra gli anni Quaranta e Cinquanta del Novecento, Ciò era già stato intuito da Feldenkrais, che definì la Consapevolezza (*awareness*): «processo di totale concentrazione; un processo di chiara azione analitica sul punto in cui ti trovi in uno specifico momento...che coinvolge l'utilizzo concreto di una procedura operativa». Questo non può che allinearsi con il modello di Clark, Schumann e Mostofsky, in cui attenzione e funzione esecutiva si collocano all'interno procedure sensorimotorie: quando il corpo è in movimento, il controllo motorio di ordine superiore garantisce un meccanismo che integra *pianificazione sensorimotoria, rilevazione dell'errore e presa di decisione*.

«Essere consapevoli è il semplice atto di tracciare nuove distinzioni (*mindful awareness*). Ciò guida verso una maggiore sensibilità al contesto e alla prospettiva e, in ultima istanza, ad un maggior controllo sulle nostre vite» (Langer, 2000). La Consapevolezza affonda le sue radici nella capacità di applicare nella situazione presente ciò che è stato precedentemente appreso in domini diversi. Di conseguenza, l'inconsapevolezza può essere dovuta ad un inadeguato focus mentale (stato *mindless*): le risposte abituali non corrispondono alla situazione quando le distinzioni rilevanti rimangono inosservate. Nel modello di Clark, Schumann e Mostofsky, lo stato di *mindful awareness* può evitare il sovra-apprendimento, ricavando gli elementi salienti da ciò che è stato già appreso. *Cosa* si impara passa in secondo piano rispetto a *come* si impara.

Il movimento non è fine, ma mezzo. L'obiettivo della pratica è accrescere nel Soggetto la abilità di utilizzare i feedback differenziati che derivano dal movimento per riconoscere specifici elementi del proprio modo di agire: *come faccio ciò che faccio*.

La discriminazione sensoriale si basa sul principio psicofisico della *comparazione*: il confronto fa sì che le caratteristiche particolari di un'esperienza emergano dall'insieme del percolato raccolto. L'apprendimento basato sulla discriminazione sensoriale lascia che emergano nuove modalità di agire rispetto a ciò che già è conosciuto. Questo significa mettere l'individuo nella condizione di scegliere con maggiore libertà.

Le pratiche di Mindful Movement sono prive di ripetizione standardizzata. Infatti, l'esperienza dell'Individuo che sperimenta e valuta nuove soluzioni motorie è fondamentale nell'apprendimento sensorimotorio delle abilità e nell'apprendimento consapevole (Held, Hein, 1963; Lotze et al., 2003; Iftime-Nielsen et al., 2012). Inoltre, la riduzione della velocità nell'esecuzione e dello sforzo fisico, favoriscono il sentire e l'esplorare nuove alternative perché riducono tendenza all'attivazione di programmi motori precostituiti.

All'interno delle pratiche è necessario uno sforzo attentivo esplorativo, cimentandosi in sequenze motorie inedite. Ciò favorisce un repertorio di associazioni che nasce dalla evoluzione di un repertorio sensorimotorio che coinvolge la coordinazione dell'attenzione e degli obiettivi (Smith, Thelen, 2003; Spence et al., 2006; Barsalou et al., 2007).

17.7 Apprendimento e controllo motorio: il ruolo dell'attenzione

17.7.0 Introduzione

L'apprendimento di una abilità inedita si basa sul *monitoraggio* della prestazione per identificare e valutare *errori* commessi, unito all'individuazione dei *fattori cruciali di trasformazione* che consentono di creare una *mappa sensoriale* dell'esperienza. Così, i *modelli neuropsicologici* che saranno nuovamente impiegati in altre occasioni vengono aggiornati (Shadmehr, Smith, Krakauer, 2010).

Rispetto all'apprendimento delle abilità motorie, l'*attenzione* ricopre un ruolo molto delicato (McDougle, Ivry, Taylor, 2016), in qualità di *risorsa di processamento* delle informazioni (Curran, Keele, 1993; Fresh, Lin, Buchner, 1998): consente la *selezione* degli stimoli sensoriali e la relativa integrazione con la *memoria motoria* (Song, 2019).

Nell'ambito della Psicologia dello sport è stata prodotta un'importante mole di ricerche sulla rilevanza della scelta dell'adeguato *focus attentivo* nell'apprendimento e nella performance (Mattes, 2016).

Un altro significativo filone di ricerca studia gli *interventi Mindfulness-Based* nello sport (Rothlin et al., 2020; Bernier et al., 2009; Gardner, Moore, 2012; Kaufman, Glass, Arnkoff, 2009).

Questi interventi, rispetto all'allenamento delle abilità psicologiche secondo gli approcci tradizionali, non auspicano alla modifica di ciò che caratterizza l'esperienza in sé, ma al cambiamento del rapporto di Ognuno con la sua intima esperienza interiore (es. pensieri, emozioni).

Richiamando la *Parte II - Sottoparagrafo 17.6.0*, la Consapevolezza (Mindfulness) è un *modo peculiare di prestare attenzione*. Quindi, concepire una integrazione tra le due aree di ricerca, *Movimento Consapevole* e *apprendimento motorio* o *performance fisica*, sarebbe ragionevole. Tuttavia, gli studi che collegano le due dimensioni sono ancora pochi. Una spiegazione potrebbe trovarsi nella convinzione diffusa, seppur erronea, che le pratiche di Mindfulness enfatizzino un'esclusiva localizzazione interna dell'attenzione e gli elementi cinestesici del movimento (Ives, 2003). Infatti, le teorie che correlano l'attenzione all'apprendimento sottolineano che tale localizzazione non sia adeguata. Però, le pratiche in questione prevedono l'uso di un focus prevalentemente *esterno* o *misto*, piuttosto che *interno*.

17.7.1 Focus esterno

Chiedersi come il *focus attentivo* influenzi i risultati delle prestazioni è una domanda lecita: è possibile applicare un *focus interno*, orientando l'attenzione sui *propri movimenti*, o un *focus esterno*, rivolgendo l'attenzione agli *effetti* che i movimenti stessi producono sull'ambiente.

Gabriele Wulf ed altri Autori si sono impegnati nello studio del controllo motorio dalla fine degli anni Novanta. La conclusione è stata che, rispetto ad un focus *interno*, quello *esterno* migliora performance e apprendimento, in termini di efficacia, efficienza e coordinazione motoria globale, in un'ampia varietà di compiti (Wulf, 2013). Ad esempio, per mantenere l'equilibrio su un piano instabile, focalizzare l'attenzione su marcatori applicati al piano, invece che sui propri piedi, risulta più funzionale.

Inoltre, coerentemente con altre prove sperimentali raccolte dalla Wulf, *istruzioni* o *feedback* che invitano ad impiegare il focus esterno, concentrandosi su un rilevante obiettivo esterno, risultano più utili rispetto ad un focus interno sulle parti del corpo (Wulf, Lewthwaite, 2016).

La *Constrained Action Hypothesis* (Wulf, McNevin, Shea, 2001; McNevin, Shea, Wulf, 2003; Vidal et al., 2018) è la Teoria che spiega come il diverso orientamento dei foci attentivi influenzi la prestazione e l'apprendimento motorio. Un focus attentivo *interno* spinge ad un *controllo conscio* dell'azione: il Praticante forza (*constrain*) il suo sistema motorio intaccando i processi automatici di controllo. Invece, il focus *esterno*, favorendo un *controllo automatico*, consente di sfruttare processi riflessi, rapidi ed inconsci.

A partire da ciò, è stato dimostrato che *ritenzione* e trasferimento di efficacia (es. precisione, equilibrio) ed efficienza (es. produzione di forza e risposte cardiovascolari) motoria siano promosse dall'impegno del focus esterno (Lohse et al, 2014).

Inoltre, secondo uno studio sulla *stimolazione magnetica transcranica* (TMS), variazioni nell'inibizione intracorticale a livello della corteccia motoria primaria siano correlati ad una focalizzazione interna o esterna dell'attenzione (Khun et al., 2017).

In conclusione, è opportuno riconoscere sia il *livello di abilità* del Praticante a determinare il focus attentivo appropriato.

Per i Principianti, tendenti a controllare consciamente molti movimenti, il focus interno è assolutamente appropriato. Invece, per gli Esperti, in grado di eseguire le abilità in modo automatizzato, il focus esterno è da preferire. Infatti, Questi ultimi, nel momento in cui applicano un focus interno, dovendo regredire a forme di movimento meno automatiche, evidenziano un crollo prestativo.

17.7.2 Focus interno: le critiche di Jeffrey Ives al Mindful Movement

Le pratiche di Mindful Movement sono associate al focus attentivo *interno*, in quanto correlate all'*auto-consapevolezza*. Tuttavia, per quanto illustrato del sottoparagrafo precedente (*Parte II - Sottoparagrafo 17.7.1*), tale focus risulta in contrasto con la spontanea strutturazione neuro-funzionale di un'azione. Infatti, Inves (2003), rispetto al metodo Feldenkrais, sottolinea la centralità dell'*auto-consapevolezza*, a sua volta associata al focus interno, che nell'apprendimento e nella prestazione motoria è inferiore rispetto a quello esterno. Di conseguenza, gli effetti prodotti dal Metodo appaiono più psicologici che fisiologici.

Ovviamente, le critiche rivolte al metodo Feldenkrais, per affinità si estendono a tutte quelle di Mindful Movement. Tuttavia, Mattes evidenzia come siano basate su un'incomprensione delicata del significato di focus attentivo esterno e, quindi, del suo apparente inutilizzo nelle pratiche.

Mettere in luce, preliminarmente, alcuni aspetti metodologici-semantici è funzionale a comprendere tale equivoco.

Il richiamo alla Consapevolezza da parte del Mindful Movement è finalizzato a lasciare che emerga liberamente il movimento adeguato alla situazione attuale. Il Praticante non ha la volontà di controllo conscio dell'azione, con le conseguenze spiegate dalla *Constrained Action Hypothesis* (*Parte II – Sottoparagrafo 17.7.1*): interferire negativamente con i processi automatici di controllo costringendo il proprio sistema motorio.

Il Mindful Movement deve essere riconosciuto come *fine* e non come *mezzo*. Infatti, tali pratiche aumentano la consapevolezza rispetto le proprie soluzioni abituali ai problemi motori e delle sensazioni correlate, ma offrono anche l'occasione per sperimentare soluzioni innovative. Quindi, in accordo con il Mindful Learning (*Parte II – Sottoparagrafo 17.6.2*), permettono l'affermazione dei naturali processi di selezione del comportamento più efficace ed efficiente sulla base delle differenze riconosciute.

Le abilità saranno utilizzate in modo sempre più automatizzato e si acquisirà la capacità di riconoscere gli *elementi caratterizzanti* il processo di apprendimento *generale* a partire dal processo di apprendimento *sensorimotorio* sperimentato, trasferendo l'*approccio all'apprendimento* a contesti diversi. Così, i Praticanti evolvono in praticanti discenti auto-diretti (*self-directed learners*) capaci di sfruttare le abilità percettivo-motorie e le strategie esplorative, alimentate durante le esperienze di Movimento Consapevole, a variabili situazioni di apprendimento (Buchanan, Ulrich, 2001; Buchanan, Ulrich, 2003).

Infine, nell'ambito del Mindful Movement, a differenza, ad esempio, della terapia fisica, il Movimento è riconosciuto come *funzione* e non come *struttura*. In aggiunta, se il sistema nervoso è responsabile dell'organizzazione del movimento, cambiamenti nel comportamento motorio corrispondono a compiti di apprendimento (Klinkenberg, 2005). I quali impattano sulla Persona nella sua totalità (Mattes, 2016), in qualità di *unità psicosomatica*, non si esauriscono nella funzione motoria.

17.7.3 Focus interno vs focus esterno nelle partiche di Mindful Movement

Mattes, prendendo come riferimento uno studio di Neumann e Brown del 2013, afferma il focus sulla *qualità del movimento* sia da riconoscere come una declinazione di *focus esterno*. In particolare, se Wulf, Hüb e Prinz (1998) intendevano il focus esterno come *attenzione agli effetti prodotti dai propri movimenti su oggetti, attrezzi o ambiente*, Neumann e Brown hanno operato un fine spostamento di *significato*, includendo le istruzioni finalizzate a rivolgere l'attenzione sulle *qualità del movimento*. Nello specifico, nello studio condotto dai due Autori, l'istruzione verbale per ottenere un focus esterno prevedeva di ripetere frasi incentrate sulla qualità motoria (es. «rendi fluidi i tuoi movimenti»). La stessa Wulf ha riconosciuto la *qualità del movimento* come espressione di focus esterno (Wulf, 2013).

Quindi, prestare attenzione alle sensazioni del Movimento, alle sue innumerevoli sfaccettature, alle sue ricadute sul proprio comportamento (focus esterno) non corrisponde a focalizzare l'attenzione sul controllo volontario del movimento (focus interno).

Il Mindful Movement deve alimentare proposte esperienziali che esaltino la qualità motoria per proteggere questa attitudine capace di favorire l'apprendimento, l'efficacia e l'efficienza dell'azione: abbandonare il *fare* movimento (es. modularlo, perturbarlo) per abbracciare l'*essere* il Movimento. Movimento Biologico, nell'ambito delle pratiche di Movimento Consapevole, fa della *qualità del Movimento* un elemento chiave: *come faccio ciò che faccio, qualsiasi cosa faccia* è il *leitmotiv* di tutte le esperienze.

Una possibile spiegazione della *Constrained Action Hypothesis* è stata proposta da Wulf e Lewthwaite (2010), facendo riferimento agli *inneschi-attivazioni auto-indotti* (*self-invoking triggers*). Fenomeni di auto-valutazione ed auto-regolazione possono essere innescati-attivati da istruzioni che indirizzano verso un focus interno (es. «tieni la schiena dritta» o «apri il torace» inerenti il controllo di determinate parti del corpo). L'accesso al Sé che ne scatuisce spinge a tentativi di correggere i propri pensieri e mantenere le emozioni sotto controllo. Ovviamente, la creazione motoria spontanea viene intaccata. Quindi, un processo di auto-valutazione, soprattutto se negativa, aumenta un impegno più controllato e meno efficiente del proprio corpo. (McKay et al., 2015).

Inevitabilmente, a questo punto, le emozioni devono essere chiamate in causa, avendo il ruolo di fornire informazioni: quelle positive, rappresentano il segnale di perpetrare in ciò che si sta sperimentando mentre quelle negative, del bisogno di apportare un cambiamento. Infatti, Wulf e Lewthwaite hanno spiegato come eventi di auto-regolazione siano assenti quando la performance risulta ottimale rispetto al compito assegnato, associando un'autostima positiva: non si registrano interferenze rispetto all'autopoietico manifestarsi del Movimento. Di conseguenza, Ilundain-Aguzzura (2015) sottolinea che, oltre a *cosa* si presta attenzione, sia rilevante anche *come*: prestare attenzione al proprio agire in modo *non giudicante, amorevole* corrisponde a rivolgere l'attenzione alla *qualità motoria* e coincide, a tutti gli effetti, con un *focus esterno*. Non a caso, richiamando in causa Movimento Biologico, ogni esperienza è animata da un atteggiamento *esplorativo* e non *prestativo*.

17.7.4 Non solo focus esterno

Non mancano Autori che assumono una posizione diametralmente opposta alla Wulf rispetto ad un focus interno che interferisce sempre negativamente con l'apprendimento motorio.

Oudejans, Koedijker e Beek (2007) ritengono che un focus interno sia insostituibile nell'intento di un Atleta di ottimizzare una performance. In realtà, il concetto di *performance* non è vincolato ai parametri quantitativi che contraddistinguono lo sport, ma comprende qualsiasi competenza motoria. Quindi, ogni azione può elevarsi ad un livello superiore di efficacia ed efficienza.

Shusterman (2008) riconosce che le abitudini motorie non possano correggere se stesse mediante processi inconsci di prove ed errori o adattamenti evolutivi: le cattive abitudini saranno corroborati dall'agire spontaneo o dal mantenere la concentrazione sugli effetti di tali azioni (focus esterno). In alcuni casi, è necessario riportare abitudini o comportamenti inefficienti sotto il controllo cosciente per perfezionare o acquisire un nuovo schema di movimento adeguato

(Carson, Collin, 2011). Quindi, la *coscienza corporea riflessiva* (reflective body consciousness) cioè il reindirizzamento dell'attenzione cosciente al proprio comportamento somatico è necessaria per correggere abitudini dannose (Shusterman, 2009). Ovviamente, Shusterman non sostiene assolutamente di doversi occupare volontariamente di ogni azione perché sarebbe impossibile e di danno alla prestazione motoria.

In alcune situazioni, l'incremento di consapevolezza somatica è funzionale all'apprendimento. Shusterman definisce *controllo conscio costruttivo* (*constructive conscious control*) un approccio flessibile che prevede la possibilità di passare da una fase all'altra del tradizionale modello di apprendimento motorio (*Parte II - Sottoparagrafo 17.6.2*), oltre allo spostamento dei foci attentivi: un focus interno, prestando attenzione consapevole al corpo, può rivelarsi necessario anche al raggiungimento della maestria nell'esecuzione di un'abilità motoria, per ottimizzare specifici elementi (Toner, Moran 2014; Toner, Moran 2015). Infatti, in letteratura, è stato confermato come atleti d'élite evitino una completa automatizzazione per poter riorientare liberamente qualsiasi procedura semiautomatica (Sutton, 2007).

18. IL MINDFUL MOVEMENT NEL TRATTAMENTO DEI DAN

18.0 Introduzione

Dedicarsi alle pratiche di Mindfulness è quanto di più prezioso si possa fare per coltivare la propria salute psico-fisica. Riuscire ad osservare e lasciar andare, permette l'attivazione e disattivazione di circuiti neuronali differenti e, nel tempo, la modificazione della struttura cerebrale, come del comportamento: settimane di pratica sono sufficienti affinché le aree correlate all'apprendimento e alla memoria crescano, mentre quelle associate ad ansia e stress si riducano. Nell'ambito del Mindful Movement, il Movimento è riconosciuto come *funzione*, non come *struttura*. Il sistema nervoso è responsabile dell'organizzazione del Movimento: cambiamenti nel comportamento motorio corrispondono a compiti di apprendimento. Quest'ultimi, influiscono sulla Persona nella sua totalità, in qualità di *unità psicosomatica*, non si esauriscono nella funzione motoria (*Parte II – Sottoparagrafo 17.7.2*).

Le pratiche di Mindfulness apportano benefici a livello fisico (es. dolore cronico, malattie cardiovascolari, ipertensione), relazionale (es. incremento capacità di ascolto, riduzione pregiudizi verso l'Altro), professionale (es. maggiore concentrazione). In particolare, a livello psichico, oltre ad un maggiore equilibrio emotivo (crescita emozioni positive e riduzione di quelle negative, approccio non giudicante), sono applicabili al trattamento di: depressioni, disturbi d'ansia, attacchi di panico, *disturbi alimentari* e dipendenze patologiche (*Parte II - Paragrafo 17.2*).

Il Corpo *parla*, sempre: darsi il *permesso* di ascoltarlo è la soluzione più efficace per prendersi cura di Sé ed apportare i cambiamenti necessari ad incrementare la propria *qualità* di vita.

18.1 Mindful Movement in risposta ai deficit cognitivi nei DAN

Richiamando la *Parte I – Paragrafo 7.3*, la valutazione cognitiva dei Pazienti con DA è articolata su due livelli: i *deficit legati alla malnutrizione* ed i *deficit legati allo specifico funzionamento mentale*.

In un rapido ripasso dei *deficit legati alla malnutrizione*, si fa riferimento alle funzioni di linguaggio, memoria e attenzione.

Nell'AN, in merito ai processi attentivi, si riscontra una riduzione importante dell'*attenzione selettiva*, soprattutto quando l'oggetto di interesse fa riferimento alla valutazione di Sé/Altro, al corpo e all'alimentazione. I *processi di controllo* sono un'altra componente attentiva intaccata (*Parte I - Sottoparagrafo 7.3.1*).

Rimanendo nell'ambito dell'attenzione, nel caso di BN, gli stimoli salienti corrispondono al cibo o al proprio corpo, con priorità di processamento rispetto ad altri (*Parte I - Sottoparagrafo 8.3.1*). I Pazienti che soffrono di BED associano il cibo ad una forma di ricompensa, come evidenziato da una maggiore attivazione del sistema neurale impiegato nell'elaborazione di stimoli alimentari. Quindi, l'attenzione selettiva, data la valenza positiva dell'assunzione di cibo, riesce a deviare da situazioni negative: l'ingestione di cibo diventa una strategia per contrastare uno stress (*Parte I - Sottoparagrafo 9.3.1*).

Nei Soggetti con AN, la memoria verbale è la più intaccata tra le componenti mnemoniche influenzate dalla malnutrizione. In particolare, deficit nella memoria verbale a breve termine, nell'apprendimento di materiale verbale e nel richiamo selettivo di memorie autobiografiche. Probabilmente, una strategia di memorizzazione basata sui dettagli (e non sull'analisi globale del materiale), rende difficoltoso il recupero immediato di materiale non logicamente strutturato (*Parte I – Sottoparagrafo 7.3.2*).

I Pazienti con BN risultano meno prestanti anche nel dominio della memoria autobiografica, con maggiori difficoltà nei ricordi legati alle proprie esperienze passate (*Parte I - Sottoparagrafo 8.3.2*).

Il modello *Skillful Attention*, superando le convinzioni tradizionali, riconosce controllo attentivo ed esecutivo come un controllo motorio di ordine superiore e non un esclusivo fenomeno mentale. Un esperto *controllo motorio* (*skillful movement*) favorisce un *controllo cognitivo* di qualità (*skillful cognitive control*). Le pratiche di Mindful Movement producono effetti sulle abilità attentive: ogni pratica motoria stimola meccanismi di inibizione e selezione di ordine superiore e coltiva processi che coordinino *piani motori, attenzione ed obiettivi esecutivi* (*Parte II – Sottoparagrafo 17.6.0*).

Il modello *Mindful Learning* riconosce un *apprendimento consapevole* risultante della discriminazione tra le alternative che emergono durante lo svolgimento di un compito, non come derivante da uno sforzo focalizzato su un determinato stato mentale (*focused attention meditation*). L'*apprendimento consapevole* può essere favorito dal Mindful Movement grazie alla distinzione conscia tra le alternative sensorimotorie. L'attività sensorimotoria offre le condizioni per una *presenza consapevole* nell'apprendimento: il movimento produce feedback immediati, consistenti in sensazioni concrete, che accompagnano nella scoperta e nel perfezionamento di un'azione. Ciò è indispensabile per l'apprendimento dell'auto-regolazione e delle abilità (*Parte II – Sottoparagrafo 17.6.1*).

Le pratiche di Mindful Movement ampliano il campo di situazioni attentive e sensorimotorie, rappresentando un mezzo per rinvigorire il *controllo qualificato dell'attenzione* (*skillfull control of attention*). Nel Modello di Clark, Schumann e Mostofsky, attenzione e funzione esecutiva si collocano all'interno procedure sensorimotorie: quando il corpo è in movimento, il controllo motorio di ordine superiore assicura un meccanismo capace di integrare *pianificazione sensorimotoria, rilevazione dell'errore e presa di decisione*. L'obiettivo della pratica è accrescere nel Soggetto l'abilità di utilizzare i feedback differenziati che derivano dal movimento, applicando nella situazione presente ciò che è stato precedentemente appreso in domini diversi. Di conseguenza, quando le distinzioni rilevanti rimangono inosservate a causa di un inadeguato focus mentale, vengono fornite risposte abituali non coerenti con la situazione corrente.

I *deficit legati allo specifico funzionamento mentale* fanno riferimento alle funzioni esecutive, quell'insieme di abilità cognitive di ordine superiore che regolano la maggior parte delle azioni quotidiane. Infatti, consentono l'elaborazione delle informazioni intero- ed esteroceettive, per comportarsi adeguatamente in funzione di uno scopo. In questi Pazienti, tra le componenti elencabili, quelle maggiormente intaccate risultano controllo inibitorio e set shifting.

Memoria, percezione, emozioni e pensieri, ma anche l'inibizione di comportamenti impulsivi o inappropriati sono supervisionati da processi inibitori che afferiscono al *controllo inibitorio*.

Nel caso di Pazienti AN con sottotipo caratterizzato da abbuffate e successive condotte di eliminazione, la significativa impulsività è correlata alla difficoltà nell'inibire risposte inappropriate, con conseguente assunzione sregolata di cibo e ricerca di strategie di compenso (*Parte I – Sottoparagrafo 7.3.4*).

Anche i Pazienti con BN mostrano elevati livelli di impulsività associabili a condotte alimentari inappropriate (*Parte I - Sottoparagrafo 8.3.4*).

I Pazienti con BED riportano deficit nella capacità di inibire risposte automatiche o comportamenti non adeguati al contesto: optano per una ricompensa minore ed immediata rispetto ad una più grande, ma che richiede attesa (*Parte I - Sottoparagrafo 9.3.3*).

Una maggiore Consapevolezza, come atto di tracciare inedite distinzioni, equivale ad una maggiore sensibilità al contesto e ad un maggior controllo sulla propria vita. La maggiore libertà di scelta corrisponde ad un apprendimento basato sulla discriminazione sensoriale, che segue il principio della comparazione: il confronto permette alle caratteristiche particolari di un'esperienza di emergere dall'insieme del percolato raccolto. Così, nuove modalità di agire, rispetto al già noto, vengono scoperte.

Affinché l'Individuo possa sperimentare soluzioni motorie alternative, le Pratiche di Mindful Movement sono prive di ripetizione standardizzata. Inoltre, l'esplorazione e l'ascolto sensoriale delle nuove soluzioni sono favoriti da velocità esecutive e sforzi fisici contenuti, che riducono la tendenza all'attivazione di programmi motori precostituiti (*Parte II – Sottoparagrafo 17.6.2*).

I Praticanti evolvono in *praticanti discenti auto-diretti* (*self-directed learners*), che sfruttano le abilità percettivo-motorie e le strategie esplorative, alimentate durante le esperienze di Movimento Consapevole, in variabili situazioni. Infatti, le pratiche, in accordo con il Mindful Learning (*Parte II – Sottoparagrafo 17.6.2*), permettono l'affermazione dei processi di selezione del comportamento più efficace ed efficiente sulla base delle differenze riscontrate, poiché rendono più consapevoli delle soluzioni adottate rispetto ai problemi abituali e le sensazioni correlate, ma consentono anche di sperimentarne di nuovi (*Parte II – Sottoparagrafo 17.7.2*).

Il *set shifting* consente all'Individuo di svolgere compiti diversi, potendo alternare operazioni e processi mentali. Il meccanismo richiede abilità attentive, per spostare il focus ad un contesto saliente da uno irrilevante, capacità di inibizione di informazioni distraenti e capacità di adattamento alle nuove regole del contesto. Quindi, le difficoltà possono declinarsi come *rigidità cognitiva*, cioè *scarsa flessibilità cognitiva* (es. approccio rigido alla risoluzione di un problema) o come rigidità nella risposta stessa (es. comportamenti stereotipati).

Nei Pazienti con AN si riscontrano comportamenti quotidiani rigidi ed inflessibili legati al cibo (es. contare le calorie, fare esercizio fisico) ed una fallimentare ricerca di soluzioni alternative ad un problema (*Parte I – Sottoparagrafo 7.3.4*).

Nel caso di Pazienti con BN, scarse prestazioni nei compiti di *set shifting* sono dovute a tempi più lunghi nella adozione di nuove strategie, piuttosto che alla persistenza nel mettere in atto regole già note ma inadeguate al contesto, con un profilo differente rispetto ai Pazienti con AN (*Parte I - Sottoparagrafo 8.3.4*).

Rispetto al BED, la rigidità cognitiva, unita alla scarsa capacità di pianificazione, compromette la capacità dei Pazienti di valutare i danni prodotti a lungo termine da comportamenti alimentari disfunzionali e di concepire strategie di coping allo stress diverse dalle abbuffate (*Parte I - Sottoparagrafo 9.3.3*).

Uno degli ostacoli principale al perseguimento della *flessibilità psicologica* è l'*evitamento esperienziale*, avente la *fuga* come *fine*. Ne derivano strategie per controllare o alterare esperienze interne, così come tentativi di evitare o controllare l'esperienza esterna: l'emozione negativa si allevia nell'immediato, sostenendo la convinzione dell'effettiva efficacia. È necessario riconoscere i propri evitamenti: le *aree dell'agire* vengono esibite modalità ripetitive, generanti dannosi circoli viziosi. L'*accettazione* è il corrispettivo funzionale dell'*evitamento esperienziale*: aprirsi e vivere l'esperienza. Tradizionalmente, è una pratica terapeutica basata su *esercizi comportamentali*, per il trattamento del disagio. Tuttavia, un esercizio così articolato, data la complessità della situazione sociale, è impossibile da realizzare in uno studio e viene ridotto ad un atto immaginativo. Invece, le pratiche di Movimento Consapevole consentono un'*esposizione graduale in vivo*: i contenuti temuti sono sperimentati in modo accettabile in un ambiente protetto, estraneo al giudizio. Così, la via *alternativa* dell'apertura alle *contingenze* della vita, osservando ogni cosa per *ciò che è*, rende possibile l'abbandono delle *sabbie mobili* dell'*evitamento*. La *vulnerabilità* diventa *autenticità*: cambia il dialogo con Se Stessi, i *criteri di svalutazione* scompaiono nel *non-senso* perché interessa solamente custodire l'*intensità* di ciò che è stato vissuto (*Parte II – Paragrafo 17.3*).

Nella *Parte II - Sottoparagrafo 17.7.1*, è stata tracciata la distinzione tra *focus interno*, orientando l'attenzione sui propri movimenti, e *focus esterno*, rivolgendo l'attenzione agli effetti prodotti dai movimenti sull'ambiente.

Processi inconsci di prove ed errori o adattamenti evolutivi non possono correggere abitudini motorie. In alcuni casi, è necessario riportare abitudini o comportamenti inefficienti sotto il controllo cosciente (focus interno) per perfezionare o acquisire un nuovo schema di movimento adeguato (*Parte II - Sottoparagrafo 17.7.4*). La *coscienza corporea riflessiva* (*reflective body consciousness*), cioè il reindirizzamento dell'attenzione cosciente al proprio comportamento somatico, è necessaria per correggere abitudini dannose. Le cattive abitudini sono rinforzate dall'agire spontaneo o dal mantenere la concentrazione sugli effetti di tali azioni (focus esterno). Prendendo in considerazione i Pazienti affetti da DA, questi attribuiscono un'importanza maggiore alle informazioni esteroceptive rispetto a quelle somatosensoriali nella costruzione del

senso di appartenenza del corpo (*Parte I - Sottoparagrafo 6.1.3*). La difficoltà nel sentire il proprio corpo nella modalità cinestesica costituisce il nucleo psicopatologico dei DA. Così, vengono adottate altre strategie nell'intento di sentire e definire il Corpo: atteggiamenti verso il cibo, dai regimi restrittivi alle abbuffate, dal ridursi *all'osso* fino a riempirsi sentendosi *scoppiare*. È evidente come la *coscienza corporea riflessiva* possa essere d'aiuto nel ri-esplorare la dimensione cinestesica e nello scardinare strategie di coping disfunzionali.

L'elaborazione della configurazione corporea si focalizza sulle singole parti è un'ulteriore caratteristica dei pazienti con DA (*Parte I - Sottoparagrafo 6.1.1*). Questa tendenza al dettaglio nella percezione e valutazione estetica ed affettiva del corpo è correlata alla rigidità del canone di rappresentazione (*Parte I - Sottoparagrafo 6.2.1*).

Tuttavia, sussiste la convinzione che le pratiche di Mindfulness enfatizzino solamente il focus interno e gli elementi cinestesici del movimento (*Parte II – Sottoparagrafo 17.7.0*). Infatti, le teorie che correlano l'attenzione all'apprendimento sottolineano che tale localizzazione non sia adeguata. Secondo la *Constrained Action Hypothesis* (*Parte II – Sottoparagrafo 17.7.1*), il focus attentivo *interno* spinge ad un *controllo conscio* dell'azione, rispetto al focus *esterno*, che consente di sfruttare processi riflessi, rapidi ed inconsci, favorendo un *controllo automatico*. Tuttavia, le critiche sono dovute ad una attribuzione di significato erronea al focus attentivo esterno. Quindi, nelle pratiche, il suo inutilizzo, è solo apparente (*Parte II – Sottoparagrafo 17.7.2*). Infatti, il focus sulla *qualità del movimento* (*Parte II - Sottoparagrafo 17.7.3*) non è altro che una declinazione di *focus esterno*: focalizzare l'attenzione sul controllo volontario del movimento (focus interno) è completamente diverso dal prestare attenzione alle sensazioni durante il Movimento, alle sue sfumature, ai suoi effetti sul proprio comportamento (focus esterno).

Oltre a cosa si presta attenzione, è importante anche come: prestare attenzione al proprio agire in modo *non giudicante, amorevole* corrisponde a rivolgere l'attenzione alla *qualità motoria* e coincide, a tutti gli effetti, con un *focus esterno*. Istruzioni che spingono verso un focus interno (es. «tieni la schiena dritta») possono indurre fenomeni di auto-valutazione ed auto-regolazione. Le emozioni sono deputate a fornire informazioni: quelle positive, segnalano di continuare ciò che si sta sperimentando; quelle negative, indicano la necessità di cambiare. Eventi di auto-regolazione sono assenti quando la performance è aderente al compito assegnato, associando un'autostima positiva: lo spontaneo manifestarsi del Movimento non subisce ingerenze. Invece, un processo di auto-valutazione negativo comporta un impegno più controllato e meno efficiente del proprio corpo (*Parte II - Sottoparagrafo 17.7.3*). Non a caso, l'atteggiamento adottato durante le pratiche di Mindful Movement è *esplorativo* e non *prestativo*.

18.2 Movement Awareness Therapies in Eating Disorders: A Systematic Review and Meta- Analysis

18.2.0 Introduzione

Il fine di questo lavoro era la valutazione dell'efficacia delle terapie di *Consapevolezza corporea e del Movimento consapevole* nei Pazienti con DA, data la crescente prevalenza e complessità.

La pratiche di Consapevolezza corporea e Movimento a fine terapeutico sono facilmente accessibili, rappresentando un intervento semplice ed economicamente conveniente. Pertanto, si è reso necessario valutarne l'efficacia nei DA. In questo senso, precedenti revisioni sistematiche sull'efficacia della terapia fisica, dello yoga e dell'esercizio nel trattamento dei DA hanno supportato questi approcci, dimostrando l'efficacia in relazione all'indice di massa corporea, alla percentuale di grasso corporeo, alla forma fisica muscolare e ai sintomi depressivi e ansiosi. Inoltre, hanno mostrato risultati promettenti nel ridurre la spinta alla magrezza e nel migliorare la soddisfazione corporea (Cook et al. 2016; Minano-Garrido, Catalan-Matamoros e Gómez-Conesa 2022; Ostermann et al. 2019; Vancampfort et al. 2013). Tuttavia, queste revisioni presentavano due differenze fondamentali rispetto alla ricerca. In primo luogo, le revisioni passate includevano solo una delle molteplici terapie disponibili (es. yoga). Infine, una di queste revisioni sistematiche

non includeva solo studi randomizzati controllati (RCT) (Cook et al. 2016) e alcuni degli studi non includevano un gruppo di controllo.

La ricerca è stata intrapresa utilizzando vari database sanitari scientifici: gli articoli dovevano consistere in studi clinici randomizzati che analizzavano, per l'appunto, gli effetti delle terapie di Consapevolezza corporea e del Movimento Consapevole nei DA (AN, BN, BED). Gli interventi, includendo *yoga*, *terapia di consapevolezza corporea*, *danzaterapia* e *terapia psicomotoria*, dovevano essere stati realizzati all'interno di programmi di riabilitazione strutturati, utilizzando strumenti di valutazione validi e affidabili. 11 articoli soddisfacevano i criteri di inclusione, per un totale di 437 pazienti.

18.2.1 Risultati

La *terapia psicomotoria* ha ridotto la rabbia interna ma non ha migliorato definitivamente la patologia (Boerhout et al. 2016, 2017).

Lo *yoga* ha migliorato la regolazione emotiva, ridotto l'autocritica e diminuito la preoccupazione per il cibo (Carei et al. 2010; McIver, O'Halloran e McGartland 2009).

La *terapia di consapevolezza corporea* ha avuto un impatto positivo sulla soddisfazione corporea e sugli atteggiamenti nei confronti del mangiare, promuovendo benefici sia per la salute fisica che mentale (Catalan-Matamoros et al. 2011).

Le *terapie di movimento consapevole* potrebbero promuovere la consapevolezza corporea, poiché i pazienti con DA spesso mancano di consapevolezza interocettiva e reprimono le emozioni, portando a insoddisfazione corporea (Boerhout et al. 2017). Oltre a giovare al corpo e alla salute mentale a livello neuro-ormonale (Savidaki, Demirtoka e Rodríguez-Jiménez 2020).

Nonostante l'eterogeneità dei diversi sottotipi di terapie di Consapevolezza del Movimento, tutte hanno in comune l'obiettivo dell'integrazione di mente, corpo e ambiente. Si concentrano sullo sperimentare Se Stessi dall'interno, radicati nell'equilibrio corporeo e, attraverso la respirazione, sul contatto con i propri bisogni ed emozioni come prerequisito per sviluppare l'autostima (Gyllensten et al. 2010).

18.2.2 Precedenti revisioni sistematiche

Precedenti revisioni sistematiche hanno studiato l'effetto dello yoga sui DA.

I risultati di questa revisione sono in accordo con quella di Klein e Cook-Cottone (2013), che hanno incluso 14 studi nel loro articolo. I risultati hanno suggerito molti potenziali benefici della pratica dello yoga per le Persone con DA. La maggior parte degli interventi è stata associata ad una riduzione dei fattori di rischio e sintomi di DA, come insoddisfazione corporea, influenza dei media, comportamenti bulimici, abbuffate e preoccupazione per il cibo. A ci si aggiungevano livelli più elevati nei fattori protettivi per contrastare DA, tra cui: riconoscimento della propria competenza, convinzione di Sé a livello fisico e sociale, regolazione delle emozioni. Tuttavia, gli Autori hanno raccomandato di interpretare i risultati con cautela a causa delle variazioni nella qualità degli studi e nelle caratteristiche dei partecipanti, nonché delle variazioni nei tipi di pratica e nel tempo dedicato ad essa. La revisione si è conclusa riconoscendo la necessità di ulteriori ricerche di alta qualità, che forniscano informazioni specifiche sulle forme di yoga praticate e sugli effetti delle dosi.

Un'altra revisione si è concentrata sullo yoga nei DA (Ostermann et al. 2019), includendo 12 articoli (ad esempio, otto RCT e quattro studi non controllati). Questa revisione ha trovato solo prove di effetti positivi dello yoga sulla spinta verso la magrezza e la soddisfazione del corpo. Entrambe le misure sono migliorate dopo la pratica, ma non sono state riscontrate differenze tra i gruppi quando nel confrontare lo yoga con il gruppo di controllo. L'articolo ha concluso l'impossibilità di una raccomandazione ferma a favore o contro lo yoga per i Pazienti con DA. Tuttavia, poteva essere considerato come trattamento aggiuntivo nei programmi di trattamento psichiatrico multimodale. Inoltre, ha insistito sulla necessità di RCT su larga scala per giudicare in modo conclusivo il suo potenziale in questa popolazione di Pazienti.

Questa revisione corrisponde ai risultati di altre revisioni sistematiche che hanno studiato l'efficacia della terapia fisica nei DA.

Una revisione (Vancampfort et al. 2014) ha incluso otto RCT che soddisfacevano tutti i criteri di selezione, alcuni dei quali con elevata qualità metodologica. Gli Autori hanno concluso che la bibliografia esistente era limitata e che nel resto degli articoli erano presenti significative carenze metodologiche (es. piccole dimensioni del campione). Tuttavia, la revisione ha suggerito che l'esercizio aerobico e lo yoga possono avere effetti benefici sui DA e sul peso nei Pazienti con AN e BN.

Un'altra revisione sistematica sull'efficacia della terapia fisica nelle Persone con BED è giunta a conclusioni simili (Vancampfort et al. 2013).

La linea guida su come utilizzare l'esercizio come complemento al trattamento dei Pazienti con DA (Cook et al., 2016) sottolinea il grande potenziale dell'esercizio terapeutico nelle Persone con DA e la necessità di adattare gli esercizi per ottenere maggiori benefici per la salute, considerando che non saranno adatti a tutti i casi. Questo uso terapeutico dell'esercizio dovrebbe essere incentrato sulle esigenze mediche, sulla presenza di controindicazioni, sullo stato nutrizionale, sugli atteggiamenti nei confronti dell'esercizio e su un piano di trattamento prima di introdurlo in qualsiasi programma di trattamento.

Una revisione sistematica (Rizk et al., 2020), che includeva 47 articoli, ha descritto l'importanza di rilevare l'uso problematico dell'attività fisica negli Individui con DA, valutando vari fattori (intensità, frequenza, durata, tipo, motivi, compulsività e dipendenza dall'esercizio). Un approccio più individualizzato ed efficiente deriva dall'incorporare questa conoscenza nella terapia medica.

18.2.3 Limitazioni

Esiste la possibilità di un bias di selezione quando si scelgono gli studi per la revisione. In primo luogo, è più probabile che vengano pubblicati gli studi con un esito positivo, il che causa una sovra-rappresentazione di questi tipi di studi nella revisione.

In secondo luogo, un altro bias potrebbe essere la lingua, dato che sono stati presi in considerazione solo studi in inglese e spagnolo.

Non sono stati trovati RCT di alta qualità e questa mancanza può portare a una sovrastima degli effetti del trattamento nei risultati riportati.

Inoltre, il livello di preparazione e l'esperienza dei terapisti che hanno condotto gli interventi di Movimento Consapevole negli studi potrebbero influenzare.

A ciò si aggiunge che l'effetto a lungo termine delle terapie di Movimento Consapevole non è ancora chiaro.

L'eterogeneità tra gli studi e le piccole dimensioni dei campioni limitano le conclusioni generali e sottolineano la necessità di ulteriori ricerche di una qualità metodologica superiore.

18.2.4 Conclusione

La terapia psicomotoria potrebbe essere uno strumento che migliora la gestione della rabbia; lo yoga potrebbe essere efficace nel ridurre alcuni sintomi dei DA, in particolare nella regolazione emotiva e nell'autovalutazione, così come nella percezione corporea; la danzaterapia e la terapia basata sulla Consapevolezza corporea potrebbero migliorare la distorsione dell'immagine e la percezione corporea.

In sintesi, sulla base dei risultati degli studi valutati ed entro i limiti di questo studio, pratiche di Consapevolezza corporea e Movimento consapevole forniscono alcuni benefici aggiuntivi per le persone che soffrono di DA. I risultati benefici sono correlati alla regolazione delle emozioni, alla distorsione dell'autovalutazione, alla percezione corporea.

La ricerca futura su altre terapie di consapevolezza corporea e del movimento e sui risultati a lungo termine potrebbe contribuire alle prove attualmente disponibili.

19. I LIMITI DEL MINDFUL MOVEMENT OGGI E LA NECESSITÀ DI MOVIMENTO BIOLOGICO

19.1 I limiti del Mindful Movement

19.1.1 La ricerca di lenitivi psicologici

Originariamente, la meditazione, come le pratiche di Consapevolezza in generale, non erano un mezzo per rilassarsi occupandosi delle attività socialmente imposte con maggiore serenità. Attualmente, la Mindfulness concepisce tecniche per spostare ciò che è responsabile di inquietudine: si presta attenzione alla comparsa di certi fenomeni cognitivi, ma senza porsi interrogativi sulla causa. Ad esempio, Jon Kabat-Zinn ha concepito il protocollo Mindfulness-Based Stress Reduction, un programma di 8 settimane efficace nell'affrontare lo stress, potenziare il sistema immunitario ed influenzare il funzionamento del cervello. Tale soluzione *protocollare* consente di creare moduli somministrabili come di farmaci. Sicuramente, ciò ha reso possibile l'apertura del mondo clinico alla Mindfulness; tuttavia, la rigidità della sua natura è innegabile. La meditazione buddhista ha fondato la fenomenologia secoli prima di Husserl in Europa. È nata per affrontare direttamente ansie e paure, perché scompaiono dalla vita solo dopo averle decostruite, non accantonate. Quindi, è quanto di più lontano da una pratica di rilassamento, piuttosto è una tecnica di osservazione della mente che muove dalla capacità critica e dall'analisi. Secondo la psicologia buddhista, qualsiasi forma di cognizione è *costruita* e allontana dalla verità da perseguire: lo scopo della meditazione è la decostruzione di qualsiasi cognizione, sempre responsabile di un comportamento repressivo dell'Individuo e, quindi, patogenico. Quindi, il Buddhismo mirava a formare Soggetti *difformi*. Invece, il cognitivismo è nato proprio per aggiustare la cognizione: un Individuo dai comportamenti *difformi* rispetto ad un modello prestabilito, ha possibilità di migliorare attraverso modifiche (o terapia) della propria cognizione. Così, ha origine la *psicologia del conformismo*. La terza ondata degli approcci psicoterapeutici cognitivo-comportamentali è caratterizzata dalla Mindfulness (*Parte II - Paragrafo 17.2*). Ormai, la necessità di interrompere la costante ricerca di lenitivi psicologici è palese: l'Uomo deve assumersi la responsabilità di affrontare le *vere* ansie che lo tormentano. (*Parte II - Paragrafo 17.1*).

19.1.2 La necessità delle categorie

Nei modelli teorici e pratici descritti (*Parte II – Paragrafo 17.4*), le proposte motorie risultano limitate. Eppure, il Movimento umano comprende elementi di complessità che non si esauriscono in tali pratiche. L'attitudine contemporanea prevede di allontanare dal contesto filosofico-culturale e fenomenologico di appartenenza per poi ricontestualizzare secondo categorie *utili*. Ne consegue una tendenza all'imitazione, alla ricerca di una esecuzione catalogata, accantona l'*ascolto corporeo*. Quindi, l'esperienza non viene personalizzata perché mancano espressioni motorie libere. A questo punto, le pratiche di Movimento Consapevole, rispetto all'approccio dell'esercizio fisico, si differenzerebbero solo per: maggiore attenzione al respiro, spazi silenziosi, sequenze motorie più lente, scelta di vocaboli forbirti.

Ulteriore aspetto rilevante è che le pratiche sono svolte individualmente, senza alcun incontro con l'Altro.

Infine, elementi pienamente motori (es. vocalità, emozioni) sono presenti in minima parte.

19.2 La risposta di Movimento Biologico

19.2.1 Perché abbracciare Movimento Biologico

I limiti riportati nel paragrafo precedente (*Parte II – Paragrafo 19.1*) sono stati evidenziati da un'accurata revisione delle pratiche di Movimento Consapevole esistenti in letteratura (Spaccapanico Proietti, Chiavarini, De Waure; 2023). Queste, dal punto di vista pedagogico-metodologico, sono condensate in categorie insufficienti per l'inesauribile complessità dell'esperienza sensomotiva, mancando di: personalizzazione dell'esperienza sensomotiva sulla

base della biografia individuale, espressioni motorie spontanee e libere, elementi vocali ed emozionali. L'approccio è privo di integrazione tra dominio sensorimotorio, simbolico e rappresentativo. Le pratiche non presentano una sistematizzazione organica che risulti flessibile e didatticamente disciplinata.

Alla luce dei limiti, nell'alveo delle pratiche di Movimento Consapevole, viene offerto Movimento Biologico, quella proposta metodologica operativa che incorpora dimensioni espressive, relazionali, vocali, emozionali, dialogiche, creative, simbolico-rappresentative, transpersonali. (Spaccapanico Proietti, Chiavarini, De Waare; 2023)

Movimento Biologico, mediante la Pedagogia del Corpo Incarnato in Movimento, concepisce proposte che valicano i confini legati alle esigenze della ricerca in un insieme *organico* di attività. Il suo anelito è rendere onore al Movimento umano nella suo senso più integrativo ed integrale. Nel Leib si incontrano: neuroscienze e fenomenologia, biomeccanica e psicologia, espressività e tecnica, psicomotricità e performance.

La conoscenza è frutto dell'instancabile dialogo tra Individuo e ambiente, ponendo la dimensione sensorimotoria al centro del processo.

Le intuizioni sono l'anima, il fondamento di Movimento Biologico, a cui la Scienza ha dato supporto riconoscendone il valore.

La *dimensione quantitativa* delle Scienze si presta solo agli *esercizi*, non ha gli *strumenti metodologici* per valutare le *esperienze*. Non a caso, Movimento Biologico si colloca nell'alveo delle pratiche di *Mindful Movement*, un'etichetta per rendere *studiabile* un *fenomeno complesso*. Questo è il *contenitore* che comprende tutto ciò che utilizza il *corpo in movimento* per far emergere una *qualità* che è la *Consapevolezza*.

Se un'esperienza produce gli *stessi effetti* su due *Persone diverse*, non saranno mai state utilizzate le stesse parole. Tuttavia, questo non sarebbe quantificabile per la Scienza, che necessita delle stesse parole per tutti (=protocollo). Quindi, all'interno degli studi effettuati (*Parte II – Sottoparagrafo 19.2.2*) è stato adottato un protocollo di esercizi animati dal filtro di Movimento Biologico. Però, se è stato dimostrato che Movimento Biologico funziona da limitato, figurarsi cosa possa succedere nel momento in cui è aperto, libero da schemi. Tuttavia, affinché ciò accada, Ognuno deve assumersi la *responsabilità* di personalizzarlo.

19.2.2 La Scienza a supporto di Movimento Biologico

Nel corso dell'A.A. 2021/2022, è stato condotto uno studio sperimentale pilota, esplorativo, senza gruppo di controllo, proponendo agli Studenti del II e III anno del Corso di Laurea in Scienze Motorie dell'Università di Perugia la partecipazione ad un progetto basato sul Movimento Biologico (Chiavarini, Spaccapanico Proietti, De Waare, 2023). Il programma è stato pubblicizzato tramite il sito web della Laurea in Scienze Motorie, mailing list e gruppo WhatsApp degli Studenti. L'iscrizione è stata volontaria e le candidature sono state raccolte nella seconda metà di settembre. Per questioni logistiche, il numero massimo di Partecipanti è stato limitato a 40, consentendo non oltre 8 ore di assenza. Sono stati esclusi Coloro che presentavano patologie preesistenti e che praticavano attività agonistica.

Il programma è iniziato a ottobre 2022 e si è svolto nell'arco di 8 settimane: una sessione di un giorno a settimana e 48 ore totali, seguendo la conduzione di un Esperto.

Si è tenuto un incontro prima e dopo il programma al fine di raccogliere dati sulle caratteristiche dei Partecipanti, gli stili di vita, il benessere psicologico, il senso di coerenza, consapevolezza interocettiva.

Ogni laboratorio ha previsto contenuti teorici e pratici in relazione alle *famiglie dell'Azione* utilizzate in Movimento Biologico.

Gli obiettivi consistevano nel descrivere la fattibilità delle pratiche, riportare la partecipazione degli studenti e l'impatto rispetto a benessere psicologico e senso di coerenza.

Il programma si è rivelato attrattivo rispetto alla popolazione target a cui era destinato e, da un punto di vista operativo, è risultato fattibile. Inoltre, ha riportato un feedback complessivamente positivo. Infatti, su 56 domande, 38 Studenti (età media 21,2anni; range 20-25; 60,5% maschi)

hanno seguito il programma. La maggior parte (84,2%) ha frequentato almeno 40 ore/totale. Il dato comune che è emerso dai feedback è stato: creazione di un ambiente favorevole e sviluppo di soft skills.

Nella stessa occasione, è stato indagato l'impatto percepito dai Partecipanti al programma (Pocetta et al., 2023). A tal fine, è stato concepito un percorso di valutazione di impatto basato su un approccio qualitativo costruito intorno al metodo del caso-studio valutativo. I giudizi espressi dai Partecipanti sono stati ricostruiti attraverso combinazione di: disegno, diario di bordo, videointervista online. Rispetto ai testi scritti o parlati, i disegni offrono uno sguardo diverso sulla creazione di senso perché in grado di esprimere fenomeni non facilmente verbalizzabili. Inoltre, permette di costruire un ponte tra conoscenza cognitiva e corporea coinvolgendo la globalità dei sensi, coerentemente con il modello di Antonovsky, che implica il coinvolgimento di tutti i sensi per superare le avversità della vita.

L'unità di analisi al centro del case-study è stato lo scarto tra l'atteso e il realizzato nella percezione dei Partecipanti.

Il percorso era articolato in cinque fasi: (1) nell'incontro introduttivo è stato chiesto di elaborare la domanda-stimolo «Come penso che sarò alla fine del corso» attraverso un disegno corredato da un breve testo esplicativo; (2) i Partecipanti hanno tenuto un diario di bordo in ciascuna delle sessioni-laboratorio dove, (3) nell'ultima sessione, è stato chiesto di sviluppare la domanda-stimolo «Racconta liberamente come è andata la tua partecipazione al corso»; (4) nell'incontro conclusivo (post-intervento), svolto in plenaria, i Corsisti sono stati invitati a sviluppare la frase «Con questo disegno voglio esprimere come mi vedo al termine del corso», con l'aggiunta di un breve testo; (5) nei giorni immediatamente successivi, Alcuni hanno aderito alla richiesta di partecipare ad una video intervista centrata su: come siano venuti a conoscenza del Corso, cosa abbia spinto alla partecipazione e se si sia rimasti colpiti da qualcosa; se si ritenga importante il Movimento Biologico e se si creda che possa avere una ricaduta nella propria vita.

Il tema del cambiamento è il principale filtro scelto dagli Studenti per esprimere l'impatto prodotto dalla loro partecipazione. Ciò è emerso da: confronto tra i due disegni integrato con la lettura del testo dell'ultimo diario e l'ascolto/lettura della videointervista individuale finale (termini ricorrenti: Consapevolezza, Leggerezza, Contatto, Speranza, Bellezza). Sicuramente, gli strumenti di valutazione, soprattutto disegni e diari, hanno favorito la rielaborazione dell'esperienza, supportando il processo di “meaning making” per lo sviluppo del proprio Senso di Coerenza.

In conclusione, l'approccio qualitativo centrato sul caso-studio valutativo è stato efficace nell'esplorare la complessità dei vissuti, delle percezioni e delle motivazioni degli Studenti, permettendo anche di cogliere i punti di forza e debolezza del Corso stesso.

In aggiunta, è stato valutato l'impatto del programma di Movimento Biologico (MB) sul benessere psicologico (PWB) dei Partecipanti, sulla salute mentale positiva (PMH), sul senso di coerenza (SOC) e sulla consapevolezza interocettiva (Spaccapanico Proietti et al., 2024).

Agli Studenti è stato chiesto di compilare quattro questionari prima e dopo il programma MB: (1) scala PWB a 18 item; (2) scala PMH a 9 item; (3) scala SOC a 13 item; (4) scala a 32 item per la valutazione multidimensionale della consapevolezza interocettiva (MAIA).

In conclusione, gestione dell'attenzione, consapevolezza emotiva, autoregolamentazione, ascolto del corpo e fiducia hanno mostrato miglioramenti significativi. Il PMH è aumentato in modo significativo. SOC e PWB sono complessivamente migliorati, anche se non in modo significativo. Probabilmente, i miglioramenti (soprattutto della salute mentale positiva e della consapevolezza interocettiva), sono frutto di: migliore riconoscimento e gestione delle sensazioni fisiologiche positive, un legame più forte tra sensazioni fisiche ed emozioni, maggiore fiducia nel Proprio corpo ed una maggiore autonomia.

III Parte – Educare attraverso il Movimento

0. INTRODUZIONE

La lunga disquisizione costituente *Parte I e II* ha una portata di grande utilità se non resta circoscritta ad uno spazio intellettuale, ma diventa materia *esperibile ed esperita*. Nella *Parte III*, a conclusione del percorso, diventa necessario che la riflessione si rispecchi nella pratica, concretizzando il Movimento.

La Consapevolezza non si può acquisire con la sola conoscenza intellettuale perché non è un dato o una nozione, ma è uno stato intimo, in cui le risorse biologiche, cognitive, emotive, intuitive, decisionali, spirituali, transpersonali, ecc. si armonizzano nel singolo Individuo. Questo stato plasma ogni comportamento, permettendo di accedere al discernimento, quella conoscenza che è in stretto rapporto con la separazione: la decisione è ciò che fonda la realtà.

Una corrispondenza biunivoca sussiste tra le qualità motorie ed i processi mentali dell'Uomo: sono uniti da un legame neurobiologico e neurofunzionale. Quindi, partire dal Movimento consente di coltivare la Consapevolezza.

Le pratiche di Movimento Biologico possono migliorare la qualità di questi processi neurali coltivando una abilità attentiva applicabile a svariati contesti. Attraverso la Pedagogia delle Alternative, l'apprendimento consapevole delle abilità per organizzare il corpo in movimento si trasferisce ad altre forme di attività mentale. Di conseguenza, le pratiche di Movimento Biologico possono offrire un modello di apprendimento che, a partire dalla dimensione puramente motoria, risulta applicabile a qualsiasi ambito del comportamento umano: il Movimento, praticato con Consapevolezza, rappresenta uno strumento privilegiato per *imparare ad imparare*.

Popper (2001) affermava: «all life is problem solving» («tutta la vita è risolvere problemi»). Quindi, se incontrare continuamente problemi è inevitabile, vale la pena cogliere le varie occasioni per stimolare il proprio potenziale creativo e immaginativo: i problemi diventano opportunità mascherate.

I giochi cognitivo-emotivo-motori di Movimento Biologico offrono la possibilità di aprirsi a ciò che si eviterebbe per abitudine e pigrizia: osservare i propri modi di agire, mettersi in discussione, progettare un'alternativa. Sono una preparazione all'imprevisto: quando tutto sembrerà andare a rotoli, si troverà il coraggio di fare scelte di cui si è intimamente sicuri, ma che si riesce a compiere solo se piegati dalla convinzione che non si abbia più nulla da perdere.

L'unica sconfitta davvero irreparabile è l'inerzia: limitarsi alla propria area di comfort. Infatti, in mancanza di frustrazione arrecata da ostacoli apparentemente insuperabili, gli stessi circuiti mentali, che tipicamente sfociano in vicoli ciechi, continuerebbero ad essere percorsi: l'origine di ogni problema è cessare di affrontare problemi.

1. CHINESIOLOGO

1.0 Introduzione

La *Chinesiologia* è la scienza che si occupa del Movimento umano in tutte le sue forme e accezioni. Il termine deriva dal greco: *kinesis* = movimento e *lógos* = studio/pensiero.

La figura professionale del *chinesiologo* è stata istituita dal d.lgs. n.36/2021. Il suo compito consiste nell'assicurare il corretto svolgimento delle attività motorie, anche a livello agonistico, la tutela del benessere e la promozione di stili di vita corretti (art.41 d.lgs. n.36/2021).

Il titolo è rilasciato a seguito del conseguimento della Laurea Triennale in Scienze delle Attività Motorie e Sportive. Questa figura può assumere diverse qualifiche (art.41 d.lgs. n.36/2021): Chinesiologo di base, Chinesiologo delle attività preventive e adattate o Chinesiologo sportivo (Pittalis, 2022). È fondamentale sottolineare che la legge non gli riconosce il titolo di *professionista sanitario* o *sociosanitario*.

Chinesiologo di base

Il Soggetto accede a questo livello professionale con la Laurea Triennale (L-22). Il Professionista in questione può condurre, gestire e valutare attività motorie individuali ed in gruppo.

Chinesiologo delle attività motorie preventive e adattate

È necessaria la Laurea Magistrale in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate (LM-67). Il Professionista è competente rispetto alla prevenzione o al miglioramento di condizioni patologiche attraverso: esercizio fisico adattato alle diverse fasce d'età, prevenzione dei vizi posturali, rieducazione a seguito di infortuni, programmazione di attività adattate a Soggetti con disabilità o in condizione di salute monitorate.

Chinesiologo sportivo

Si occupa del settore dello sport agonistico a seguito della Laurea specialistica in Scienze e Tecniche dello Sport (LM-68).

1.1 Riabilitazione vs rieducazione

1.1.1 Riabilitazione

Il termine *riabilitazione*, in ambito sanitario, riguarda il ritorno di un Soggetto affetto da una patologia, colpito da un trauma o reduce da interventi chirurgici al recupero della funzionalità. Non si tratta solo di ripristinare la funzione corretta di un arto o di una serie di articolazioni fino al gesto motorio, ma anche danni tissutali come lesioni ai legamenti, fratture, postumi da intervento.

Principalmente, il Fisioterapista è la figura preposta a quest'attività. Quest'ultimo, mediante terapia fisica con apparecchiature elettromedicali, varie tecniche di terapia manuale e l'esercizio terapeutico accompagna il Paziente ad una condizione di fisiologica abilità nella gestione del movimento.

1.1.2 Rieducazione

Ri-educare significa riportare, educando di nuovo e meglio, un sistema corporeo alla sua normale funzionalità e motricità. Quindi, la rieducazione consiste nell'insieme di attività motorie ed interventi specifici che seguono il lavoro fisioterapico, con l'obiettivo di riportare la Persona alle normali gestualità quotidiane e/o sportive.

La rieducazione è l'area di competenza del Chinesiologo. Il quale, utilizzando l'esercizio e l'attività fisica, con o senza attrezzi, interviene sul sistema neuromotorio e muscolo-scheletrico affinché la Persona torni al pieno controllo del movimento o atletico sportivo. Infatti, gli obiettivi della rieducazione sono: recuperare la forza muscolare; ristabilire un corretto rapporto di forza, lunghezza e tempo di attivazione dei fasci muscolari coinvolti nei vari movimenti; recuperare l'equilibrio e la propriocezione; ripristinare l'articolarietà e le funzionalità specifiche; fino a un generale funzionamento di tutte le strutture.

1.1.3 La confusione

Riabilitazione e rieducazione, spesso, sono intese come un unico termine riferito al *recupero*. Sicuramente, comprendendo l'ambito prettamente fisioterapico e quello rieducativo motorio, la riabilitazione e la rieducazione rendono possibile un unico processo che aiuta la Persona a raggiungere una migliore condizione fisica, funzionale, prestativa, perfino sociale ed emozionale. Questo processo, per permettere una migliore comprensione, può essere suddiviso in fasi:

- attenuazione del dolore;
- recupero dell'esecuzione articolare o ripristino di un movimento specifico senza più dolore;
- recupero della forza e della resistenza muscolari con carichi progressivi dosati (a partire dalle mani in opposizione del Fisioterapista fino ai manubri e ai bilancieri con il Chinesiologo);
- ripristino della coordinazione e della propriocezione normalmente alterate;
- recupero del gesto motorio quotidiano o specifico-sportivo lavorando sulle capacità condizionali e sulle abilità specifiche nell'Atleta o sulle basi neuromotorie della Persona non sportiva.

Le prime fasi risultano di maggiore pertinenza del Fisioterapista; le ultime, del Chinesiologo. Tuttavia, tutte hanno un comune denominatore: il *movimento*. Così, il Fisioterapista si occupa della riabilitazione e non di programmi di allenamento; il Chinesiologo aiuta al ricondizionamento all'attività motoria e sportiva dopo la riabilitazione, rimanendo nel campo della rieducazione.

1.2 Inserimento del Chinesiologo nell'equipe di trattamento multidisciplinare dei DAN

1.2.1 La prospettiva di una cura totale

Nella *Parte I – Capitolo 18*, è stato messo in luce come le linee guida nazionali ed internazionali (National Institute for Health and Care Excellence, American Psychiatric Association) sottolineino la necessità di un'equipe multidisciplinare nel trattamento dei Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione, data la complessità delle caratteristiche cliniche che li contraddistinguono. Ogni Figura professionale (Medico, Dietisti/Nutrizionisti, Psicologo, Fisioterapisti, ecc.) è responsabile di un aspetto della vita del Paziente in cui è necessario ripristinare un equilibrio.

Attualmente, sono percorse strade canoniche verso la guarigione.

L'elemento imprescindibile è il percorso di *psicoterapia*. Il Paziente, insieme al Terapeuta, scopre i *significati* che la malattia assume nella sua biografia, ma anche le risorse che possiede per riuscire autodeterminarsi. Il supporto farmacologico, mediante una costante supervisione del Medico psichiatra, se necessario, è contemplato.

Ovviamente, parallelamente alla psicoterapia, è altrettanto importante il percorso di *ri-educazione nutrizionale* insieme al Medico dietologo e Dietista o Nutrizionista. Dopo aver restaurato lo stato metabolico del Paziente, l'obiettivo è aiutarlo a riacquisire un rapporto spontaneo con il cibo, fino a recuperare la fiducia nell'ascoltare i segnali del proprio corpo.

Tuttavia, nel momento in cui la rimozione del sintomo (recuperare il peso, cessare le abbuffate, interrompere e condotte eliminatorie, ecc.) non è l'unico obiettivo, ma si afferma di tendere all'orizzonte della *cura totale*, non è possibile escludere il coinvolgimento del Chinesiologo e la rieducazione motoria da questo complesso di interventi.

Il *Capitolo 4 della Parte II* è stato dedicato ad *attività fisica ed iperattività nei DAN*. L'esercizio fisico eccessivo e compulsivo è un aspetto strettamente associato alla psicopatologia del DA: in alcuni Pazienti anticipa la restrizione dietetica; mantiene la psicopatologia specifica dei DA; può essere causa di importanti danni fisici e consente di prevedere la scarsa adesione al trattamento da parte di Pazienti. Tipicamente, una pratica di tale quantità e qualità è finalizzata all'aumento

del dispendio energetico per agevolare il controllo del peso e la forma del corpo. Allo stesso tempo. In alcuni casi, è scelto come alternativa nel controllo delle emozioni, soprattutto ansia e rabbia.

L'esercizio fisico eccessivo, data la frequenza, la durata e l'intensità con cui si pratica, aumenta il rischio di procurarsi danni fisici, piuttosto che ottenere benefici per la salute. Si può concretizzare nelle *attività giornaliere di routine* (es. camminare eccessivamente), durante le *attività sportive* (es. eccessi rispetto alla programmazione dell'allenatore) o in *modo anomalo* (es. eseguire un numero esagerato di crunch).

L'esercizio diventa compulsivo quando rivendica la priorità rispetto a qualsiasi altra attività onde evitare che i sensi di colpa assalgano il Soggetto.

Alla luce di tutto ciò, la figura del Chinesiologo, all'interno dell'equipe multidisciplinare, consente di mettere in atto strategie specifiche per affrontare questo comportamento disfunzionale nell'alveo dei DA.

1.2.2 Attività possibili in un percorso di guarigione: dipende

In determinate situazioni, le sedute di allenamento dovranno essere necessariamente sospese per consentire al corpo di usufruire di ogni energia residua, al fine di salvaguardare funzioni vitali e ripristinare se stesso. La riduzione di durata ed intensità delle sessioni, a favore del riposo e del recupero, è importante anche nei casi in cui l'interruzione completa della attività non sia necessaria.

La fase è particolarmente delicata: il Paziente, ossessionato dal proprio corpo, è assalito dalla paura di prendere peso. Infatti, gradualmente, ha bisogno di acquisire la Consapevolezza che lo stop è momentaneo e necessario per il suo bene. Oltre a dover accettare che la visione che aveva dell'esercizio fosse alimentata dai pensieri del DAN e da emozioni più profonde. Ciò è realizzabile grazie ad un percorso psicologico sui sensi di colpa nel non allenarsi, sulla convinzione di doversi meritare cibo o la tendenza a compensare l'introito calorico con il movimento.

Fin da subito, il confronto del Chinesiologo con Medici e Psicologi è fondamentale per poter stabilire il momento opportuno in cui riprendere l'attività. Qualsiasi obiettivo deve essere condiviso con l'equipe, che sa cosa possa sostenere il Paziente in quel momento, e con il Paziente, che si deve sentire sempre ascoltato. Così, ogni attività che si andrà a proporre risulterà personalizzata.

Quindi, sia per Chi non è obbligato a bloccare l'attività sia per Chi si trova a ripartire dopo uno stop, è fondamentale una ripresa graduale, con attività a basso impatto, a favore della connessione con il proprio corpo.

2. LETTERATURA SCIENTIFICA ED ESERCIZIO FISICO NEL TRATTAMENTO DEI DAN

2.0 Introduzione

L'uso dell'esercizio fisico nel trattamento dei DA è un tema complesso e dibattuto nella letteratura scientifica. Le evidenze disponibili suggeriscono sia potenziali benefici che rischi, a seconda del tipo di disturbo, della gravità e del trattamento complessivo. Di seguito, le principali evidenze scientifiche in merito vengono brevemente riassunte.

L'esercizio fisico, se correttamente supervisionato e integrato in un trattamento multidisciplinare, può avere effetti positivi sui Pazienti. Tali effetti includono: miglioramento dell'umore e della gestione dello stress grazie alla produzione di endorfine, contribuendo a ridurre sintomi di depressione e ansia frequentemente associati; miglioramento dell'autoefficacia e dell'immagine corporea; regolazione delle emozioni, riducendo comportamenti disfunzionali legati al cibo.

Nonostante i potenziali benefici, l'esercizio fisico comporta anche rischi significativi, soprattutto nei Pazienti con anoressia nervosa o con livelli di attività fisica patologica. Questi rischi includono: sovraccarico fisico, specialmente in caso di malnutrizione, che può esporre ad osteoporosi, fratture e problemi cardiaci; intensificazione dei comportamenti compulsivi rinforzando la mentalità perfezionista e l'ossessione per la forma fisica, peggiorando l'immagine corporea e la relazione con il cibo.

Quindi, l'esercizio fisico può essere utile solo se inserito in un approccio terapeutico globale e supervisionato da Professionisti esperti. Qualsiasi programmazione deve essere personalizzata, adattandola al livello fisico e psicologico del Paziente, e monitorata. Ciò è cruciale per evitare l'esercizio fisico estremo o inappropriato, che potrebbe favorire il restaurarsi di comportamenti patologici.

2.1 Exercise in Eating Disorders Treatment: Systematic Review and Proposal of Guidelines - Esercizio nel Trattamento dei Disturbi Alimentari: Revisione Sistematica e Proposta di Linee guida

La revisione sistematica *Exercise in Eating Disorders Treatment: Systematic Review and Proposal of Guidelines* è stata realizzata da Cook e Collaboratori nel 2016, evidenziando che l'esercizio fisico, nonostante costituisca un intervento efficace per molti problemi di salute psicologica, è stato piuttosto trascurato come potenziale aggiunta al trattamento dei DA. Pertanto, questa revisione è stata la prima a riassumere la letteratura divergente e a sintetizzare i successi precedenti che possono guidare l'uso dell'esercizio terapeutico in alcuni Pazienti affetti da DA. Gli articoli presi in considerazione dovevano riportare effetti terapeutici e/o linee guida per l'uso terapeutico dell'esercizio in Individui con DA.

Undici temi principali sono stati individuati nella descrizione delle tecniche che hanno avuto successo. Così, è stato fornito un set pratico di linee guida per la gestione clinica e l'uso terapeutico dell'esercizio nel trattamento dei DA. Le linee guida sono le seguenti: *impiegare un team di esperti competenti, monitorare lo stato medico, esaminare la psicopatologia correlata all'esercizio, creare un riferimento scritto su come verrà utilizzato l'esercizio terapeutico, includere una componente psicoeducativa, concentrarsi sul rinforzo positivo, creare un programma di esercizi graduato, iniziare con esercizi di intensità lieve, adattare la modalità di esercizio alle esigenze dell'individuo, includere una componente nutrizionale e svolgere un debriefing dopo le sessioni di esercizio.*

La creazione di un programma graduato (linea guida 7) e l'inizio con intensità lieve e l'aumento graduale fino a un'intensità moderata (linea guida 8) sottolineano l'uso appropriato dell'esercizio, la comprensione delle risposte corporee all'esercizio e l'ascolto del proprio corpo quando le risorse fisiologiche si stanno esaurendo.

Quindi, la progressione negli esercizi deve essere lenta e proporzionata ai progressi ottenuti nei vari campi del trattamento, evitando che possa sfociare nella perdita di controllo. Inizialmente, gli esercizi devono essere pochi e a bassa intensità. Ad esempio, proporre lo stretching o una breve passeggiata. A seguito del recupero del peso corporeo può permanere la difficoltà nel riconoscimento degli stati corporei correlati allo sforzo fisico. Ciò è dovuto al fatto che si verifica un deterioramento nel riconoscimento di altre fonti di dolore (es. fame, sazietà o esercizio) durante lo sviluppo e il mantenimento del DA. Pertanto, si dovrebbe porre l'accento sulla comprensione del feedback fisiologico, degli stati corporei, sulla distinzione delle sensazioni appropriate di sforzo muscolare dal dolore e/o dalle lesioni, sulla frequenza cardiaca e respiratoria, sul recupero, sul riposo e sull'accettazione corporea. A tal fine, dopo che si è verificato il condizionamento fisiologico, sarebbe opportuno dedicare del tempo aggiuntivo, oltre a quello necessario, a ogni livello di esercizio.

Probabilmente, *adattare la modalità di esercizio alle esigenze dell'individuo* (linea guida 9) è la più utile nell'applicazione terapeutica dell'esercizio. Pertanto, quantità e intensità dell'esercizio non dovrebbero superare le attuali raccomandazioni dell'American College of Sports Medicine. Per quanto riguarda lo sforzo massimo, il limite ragionevole corrisponde a 30-40 minuti al 70%-80% dello sforzo massimo. Ad esempio, le attività assistite da macchine possono essere regolate per fornire più o meno resistenza o supporto; quindi, possono essere utilizzate per aumentare gradualmente l'intensità.

2.2 How to Integrate Physical Activity and Exercise Approaches into Inpatient Treatment for Eating Disorders: Fifteen Years of Clinical Experience and Research - Come Integrare L'attività Fisica e gli Approcci all'esercizio Fisico nel Trattamento Ospedaliero dei Disturbi Alimentari: Quindici Anni di Esperienza Clinica e Ricerca

2.2.0 Il background di partenza

Clinici e Ricercatori riconoscono l'importanza dell'attività fisica e dell'esercizio tra i Pazienti con DA (Noetel et al., 2017). La ricerca stessa ha dimostrato associazioni tra attività fisica ed esercizio e decorso della malattia (Hausenblas, Cook, Chittester, 2008; Moola, Gairdner, Amara, 2013). Tuttavia, la mancanza di linee guida cliniche e di competenze specialistiche influenzano la gestione dei sintomi dei DA nelle unità di trattamento specialistiche (Bratland-Sanda et al., 2009). Lo scopo dello studio era esaminare 15 anni di esperienza clinica con approcci all'esercizio come parte integrante del programma di trattamento per Pazienti ricoverati.

L'attività fisica e l'esercizio sono noti per essere adottati come una strategia per perdere peso e come comportamento compensatorio nei criteri diagnostici dei DA (APA, 2014), oltre a contribuire al mantenimento dei sintomi. Pertanto, è importante conoscere i diversi motivi per cui il Soggetto si impegna nell'attività fisica e nell'esercizio: peso, forma e aspetto (Meyer, Taranis, 2011; Adkins, Keel, 2005); regolazione delle emozioni; rigidità e conseguenze negative se l'attività fisica e/o l'esercizio vengono limitati o interrotti (Meyer, Taranis, 2011). In questi casi è più importante affrontare gli elementi qualitativi (atteggiamenti e pensieri) legati all'esercizio piuttosto che la quantità (Adkins, Keel, 2005).

L'attività fisica e l'esercizio sono stati caratterizzati come dannosi nel trattamento dei DA, ma quando eseguiti in un contesto terapeutico, sotto un'attenta supervisione, possono essere un supplemento benefico. Infatti, non mancano evidenze sulla riduzione dei sintomi (Bratland-Sanda et al., 2010), migliore qualità della vita, benessere psicologico e soddisfazione del Paziente (Hausenblas, Cook, Chittester, 2008; Moola, Gairdner, Amara, 2013) come risultato di tali interventi.

Inoltre, gli interventi mirati non hanno un impatto negativo sull'aumento di peso per i Pazienti con anoressia nervosa ((Hausenblas, Cook, Chittester, 2008; Moola, Gairdner, Amara, 2013; Ng, Ng, Wong, 2013; Zunker, Mitchell, Wonderlich, 2011).

Gli argomenti a favore di questa scelta corrispondevano in molti modi agli argomenti presentati da Beumont e colleghi nel 1994: se l'esercizio negativo non viene affrontato durante il trattamento, i Pazienti possono essere dimessi senza ricevere aiuto per comprendere sia i loro sintomi sia come svolgere le loro attività in modo sano.

2.2.1 Metodi

244 Pazienti, da gennaio 2003 a dicembre 2017, sono stati ricoverati presso la Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF), un'unità norvegese specializzata nel trattamento dei DA attraverso programmi multidisciplinari adattati alle esigenze specifiche dei singoli Pazienti di età pari o superiore a 18 anni, ma possono esservi indirizzati anche Pazienti di età pari o superiore a 16 anni. Le indicazioni per il ricovero erano la gravità dei sintomi e la mancanza di miglioramenti soddisfacenti ottenuti dal trattamento ambulatoriale. Inoltre, tutti i ricoveri dovevano essere volontari.

2.2.2 Il trattamento multidisciplinare

Il programma si basa sulla teoria psicodinamica, ma include elementi di terapia cognitivo-comportamentale e colloqui motivazionali.

Il trattamento è progettato per migliorare il recupero dei Pazienti ed incoraggiarli ad adottare uno stile di vita il più sano possibile. Quindi, gli obiettivi principali sono: stabilire un comportamento alimentare normale, affrontare le complicazioni fisiche ed i problemi psicologici.

La maggior parte del personale è composta da Specialisti nelle rispettive professioni. Ogni Paziente ha a disposizione un team di assistenza primaria, composto da: due Infermieri, uno Psicologo o uno Psichiatra ed un Fisioterapista. Comunque, gli Psichiatri sono responsabili del monitoraggio medico continuo di tutti i Pazienti.

L'Unità ha un programma settimanale obbligatorio di terapia di gruppo e sessioni di terapia individuali.

Il trattamento si sviluppa in tre fasi:

- nella Fase 1, l'attenzione è principalmente rivolta al soddisfacimento dei bisogni di base attraverso riposo, pasti regolari e un ritmo circadiano adeguato.
Il team di assistenza primaria e il personale multidisciplinare si riuniscono dopo 4 settimane dal ricovero per definire gli obiettivi di trattamento, il tempo di ricovero e gli aggiustamenti al trattamento di Ognuno. Per i Pazienti sottopeso, il tempo di ricovero è stimato come il numero di settimane ritenute necessarie per raggiungere l'IMC target pari a 20, con un incremento ponderale medio di 0,7 kg a settimana.
I criteri per il passaggio dalla Fase 1 alla Fase 2 si basano su fattori quali la responsabilità del Paziente nel soddisfare le proprie esigenze, la capacità di seguire le routine relative a pasti e appuntamenti e la capacità di partecipare agli approcci di trattamento. Il tempo minimo trascorso nella Fase 1 è di 2 settimane, ma i Pazienti sottopeso devono anche raggiungere un BMI di circa 17.
- Nella Fase 2, l'attenzione è rivolta al raggiungimento degli obiettivi di trattamento e del peso target.
- La Fase 3 inizia 6 settimane prima della dimissione ed è un periodo di stabilizzazione del peso, ma l'attenzione è rivolta alla vita al di fuori dell'Unità.

2.2.3 Principi generali

Il trattamento si basa sulle linee guida della Direzione norvegese per la Salute per l'Attività Fisica nel Trattamento e nella Prevenzione (Bahr, 2008) (ed è adattato ai sintomi e alle esigenze specifiche dei Pazienti).

Comprendere come l'esercizio sia un sintomo della malattia e come interagisca con gli altri è essenziale. Questo può essere focalizzato nel team di assistenza primaria del Paziente, nella psicoeducazione e nelle sedute di terapia individuali con il Fisioterapista, lo Psicologo e lo Psichiatra.

Molti Pazienti erano abituati a svolgere i loro esercizi da soli, in modi rigidi e ripetitivi. Quindi, la socializzazione è parte integrante della filosofia del trattamento, per migliorare l'esperienza dei Pazienti rispetto ad attività sane in un'atmosfera piacevole e non competitiva, in attività quotidiane, gruppi di esperienza corporea, attività all'aperto e gruppi di esercizi.

Il team responsabile degli approcci di trattamento è composto da due Fisioterapisti a tempo pieno e da un certo numero di Infermieri che hanno ricevuto un'istruzione formale (es. formazione in attività fisica e salute mentale, o sono Istruttori certificati). Tuttavia, Tutti i Membri del personale sono formati per riconoscere quando i Pazienti hanno integrato strategie di coping più sane o si è verificato solo un cambiamento nei sintomi: ad esempio, quando il Paziente riduce la quantità di esercizio che fa ed inizia a farsi del male o quando inizia ad avere difficoltà durante i pasti.

2.2.4 Valutazione

Al momento dell'ammissione viene svolto un primo colloquio che si concentra motivazioni dei Pazienti per l'esercizio: regolazione delle emozioni, immagine corporea, pensieri compulsivi o come parte di un problema di autolesionismo, fino ad una combinazione di motivazioni diverse. L'esperienza precedente di esercizio, incluso il tipo di esercizio e la quantità (ad es. frequenza, intensità e durata), è compresa nell'indagine. In base a tutto ciò è possibile stabilire obiettivi e procedere ad una pianificazione del trattamento.

Una seconda valutazione è prevista prima che il Paziente entri nella Fase 2 del trattamento, per adattare obiettivi ed identificare le sfide individuali relative all'esercizio. Una terza valutazione viene programmata prima della dimissione, per pianificare il futuro.

2.2.5 Attività previste

Psicoeducazione

La psicoeducazione viene fornita su base individuale durante le sessioni di trattamento e in gruppi programmati, ma anche in situazioni pratiche, quando ai Pazienti può essere offerta assistenza per sviluppare strategie di coping alternative e sane.

Gli argomenti possono riguardare: i principi di allenamento di base, ciò che costituisce un esercizio sano e i prerequisiti affinché l'esercizio diventi sano, l'anatomia e le funzioni corporee. Inoltre, si aggiungono gli aspetti relativi a riposo e rilassamento. Infatti, per raggiungere l'obiettivo di un esercizio sano e di uno stile di vita sano, un prerequisito è che i Pazienti raggiungano un equilibrio tra questioni relative al riposo e al rilassamento, all'esercizio e all'alimentazione.

Riposo e rilassamento

I periodi di riposo (30–60 minuti) dopo i pasti sono una parte obbligatoria del programma giornaliero per acquisire la sicurezza che il riposo dopo i pasti non sia qualcosa di dannoso, ma naturale. Riposo e rilassamento vengono eseguiti in una stanza appositamente designata, con tutti i Pazienti insieme. Il personale è presente per supporto, con la possibilità di adattamenti individuali, e può fornire istruzioni per gli esercizi di rilassamento.

Nella catena di approcci, il riposo e il rilassamento sono il punto di partenza per i successivi approcci all'aumento dell'esercizio.

Gruppi di Consapevolezza corporea e terapia orientata al corpo

I Pazienti partecipano settimanalmente a gruppi di Consapevolezza corporea dalla durata di 30 minuti nella Fase 1 e 60 minuti nella Fase 2. Inoltre, vengono offerte sessioni settimanali di sedute individuali di terapia orientata al corpo (circa 45 minuti).

I trattamenti nella terapia orientata al corpo includono esercizi di rilassamento, movimenti di consapevolezza corporea e massaggi e sono somministrati da Fisioterapisti.

Passeggiate all'aperto

Nella Fase 1, i Pazienti più gravemente malati possono solo prendere un po' d'aria fresca all'esterno dell'Unità. Quando le loro condizioni mediche sono soddisfacenti, vengono pianificate passeggiate giornaliere nella zona.

Inizialmente, solo brevi passeggiate (15 minuti), accompagnati dal Personale, sono concesse. Maggiori responsabilità, come fare passeggiate più lunghe da soli o accompagnati da altri Pazienti vengono riconosciute a seguito di progressi nel trattamento. Infine, i Pazienti sono liberi di pianificare le loro passeggiate, purché i tempi non interferiscano con il programma di trattamento.

Attività all'aperto

Attività all'aperto sono incluse affinché i Pazienti possano vivere una vita sana e aumentare le funzioni corporee in un ambiente piacevole e sociale. Infatti, un giorno alla settimana è dedicato ad attività all'aperto, come escursioni in montagna, arrampicata ed equitazione. In queste occasioni, i Pazienti, oltre a sperimentare le attività all'aperto, possono mangiare in ambienti diversi dal solito tavolo della cucina.

Gruppi di esercizi regolari

Nella Fase 2 e nella Fase 3, i Pazienti possono partecipare a due gruppi di esercizi regolari a settimana.

La partecipazione dei Pazienti sottopeso con AN è determinata dall'esame medico eseguito dallo Psichiatra. Un aggiustamento individuale a causa della bassa densità ossea, della perdita di tessuto muscolare o di altri sintomi somatici è assicurato. Poi, l'aumento di peso del Paziente deve procedere secondo il piano.

Ogni sessione dura 60 minuti ed include allenamento della forza ed esercizi aerobici. Diversi livelli di intensità vengono sperimentati, ma prevale quello moderato. I gruppi di esercizi sono progettati applicando principi di allenamento di base: variazione nelle attività, progressione supervisionata e regolata individualmente, una buona restituzione, maggiore resistenza cardiovascolare generale e forza muscolare.

Orologi non vengono utilizzati, così come frequenza cardiaca, passi, calorie bruciate non sono monitorati.

Permesso del fine settimana

Durante il ricovero, i Pazienti esplorano come l'esercizio e l'attività fisica possano svolgere un ruolo nella propria vita dopo la dimissione. Quindi, i Pazienti, durante i permessi del fine settimana a casa, possono essere invitati partecipare ad attività di esercizio insieme alla famiglia ed agli Amici.

2.2.6 Conclusione

Nell'arco dei 15 anni di sperimentazione di approcci di esercizio come un supplemento benefico al trattamento dei DA non sono stati riscontrati rischi o danni per i Pazienti, in accordo con le esperienze di altri Ricercatori (Hausenblas, Cook, Chittester, 2008; Moola, Gairdner, Amara, 2013; Ng, Ng, Wong, 2013). In aggiunta, i risultati non hanno mostrato alcuna influenza negativa sull'aumento di peso nei Pazienti sottopeso, come è stato riportato da Altri (Hausenblas, Cook, Chittester, 2008; Moola, Gairdner, Amara, 2013; Ng, Ng, Wong, 2013; Zunker, Mitchell, Wonderlich, 2011).

Le raccomandazioni hanno una serie di caratteristiche in comune con la proposta presentata nel 1994 da Beumont e Colleghi, secondo cui, un programma di esercizi supervisionati per i Pazienti con DA sarebbe un utile supplemento al trattamento esistente, così come proposte più recenti (Beumont et al., 1994; Cook et al., 2016), e possono contribuire al processo di sviluppo di future linee guida nel campo della DA.

In accordo con Noetel et al., *esercizio compulsivo* è il termine più preciso per descrivere le sfide dei Pazienti in ambito motorio. Tuttavia, è più importante affrontare gli elementi qualitativi dell'esercizio rispetto agli elementi quantitativi (Meyer et al., 2011; Adkins, Keel, 2005): la regolazione delle emozioni negative, la rigidità, le conseguenze negative percepite se l'esercizio è limitato o interrotto evidenziano la necessità di indagare oltre ai motivi di peso e forma.

2.3 Physical Activity in Eating Disorders: A Systematic Review - Attività Fisica nei Disturbi Alimentari: Una Revisione Sistemática

Tutta la letteratura relativa alla attività fisica nei Pazienti con DA ne riporta livelli eccessivamente elevati, soprattutto nei casi di AN. Tuttavia, non esiste una definizione, una concettualizzazione o un trattamento chiari dell'*uso problematico dell'attività fisica* (PPA – Problematic Physical Activity) di questi Pazienti. Quindi, nel 2020, è stata pubblicata la revisione sistemática di Melissa Ritz M. e Collaboratori, avente l'obiettivo di proporre una nuova classificazione della PPA, segnalando: prevalenza, fattori scatenanti, predittori, mantenitori ed altri fattori correlati.

Un totale di 47 articoli, recuperati da Medline e Web of Science, soddisfacevano i criteri di inclusione e sono stati inclusi nell'analisi. Di conseguenza, il nuovo approccio alla PPA è stato diviso in due gruppi in base alla dimensione (approccio quantitativo vs qualitativo) dell'attività fisica che è stata valutata:

- Gruppo 1: gli studi hanno determinato la PPA in un approccio quantitativo all'attività fisica, in termini di intensità, frequenza, durata e/o tipo di attività fisica.
- Gruppo 2: gli studi hanno determinato la PPA con un approccio qualitativo, concentrandosi sulla relazione che collega un Individuo alla attività, inclusi i motivi per l'esercizio, la dipendenza/assuefazione dall'esercizio, con o senza una misura quantitativa dell'attività.

I risultati si sono concentrati maggiormente sull'AN piuttosto che sulla BN a causa dei limitati studi su quest'ultima. Inoltre, è stato proposto un modello per lo sviluppo della PPA nei Pazienti con AN, che comprende cinque periodi, che si evolvono in tre stadi clinici.

Sulla base di revisioni della letteratura e della pratica clinica, un *modello completo dello sviluppo della PPA nell'AN* è stato proposto tenendo conto della storia del Paziente, della interazione con il suo ambiente e delle conseguenze patologiche della malattia stessa.

- Periodo 0 - *fattori che precedono l'AN*
Il profilo di attività infantile del Paziente, avere un Padre più fisicamente attivo, la partecipazione a sport estetici o orientati al peso sono i punti principali da considerare. Un aumento della PPA anticipa di un anno l'insorgenza della malattia.
- Periodo 1 - *insorgenza dell'AN*
Una maggiore precocità nell'età di esordio dell'AN è associata ad un aumento della PPA. La PPA diventa una vera e propria strategia consapevole per ottimizzare la perdita di peso.

Fase clinica numero 1: i Pazienti programmano una determinata attività fisica in momenti definiti della giornata, che aumenta progressivamente in volume, intensità e/o frequenza. I Pazienti descrivono la PPA come volontario e orientato a un obiettivo.

- Periodo 2 - *evoluzione dell'AN*
La PPA diventa una strategia di coping per compensare, sopprimere e/o alleviare sia gli stati affettivi negativi (ansia, depressione e stress) sia i sintomi del DA (preoccupazione per il peso, spinta alla magrezza, insoddisfazione corporea e profilo restrittivo).

Fase clinica numero 2: la progressione dell'AN fa sì che l'attività fisica diventi un processo sempre più autonomo, fino alla comparsa della PPA involontaria, con l'automazione del comportamento. Ad esempio: i Pazienti corrono invece di camminare; si alzano in piedi quando, normalmente, starebbero seduti (es. mentre scrivono o mangiano) o camminano al posto di stare fermi.

Questa PPA è associata a significativa irrequietezza ed instabilità: il Paziente è letteralmente *incapace* di stare fermo per un breve periodo. In alcuni casi, ad un certo punto, è possibile che venga mantenuta la tensione muscolare (es. contrazione dei muscoli glutei o addominali) senza nemmeno pensarci. Inoltre, i Pazienti continueranno a cercare di massimizzare la loro spesa energetica giornaliera con tutti i mezzi volontari possibili (es. camminano per andare da un posto all'altro, invece di usare l'auto; usano le scale invece degli ascensori, fanno più lavori domestici).

- Periodo 3 - *fase acuta dell'AN*
La PPA ha raggiunto una natura composita: una componente compulsiva, non sotto il controllo cognitivo volontario, indipendentemente dalla motivazione antecedente

all'esercizio, ed una componente volontaria a causa di un contesto attuale. Le rispettive proporzioni variano in base ai Pazienti stessi che in base al tempo. Addirittura, in modelli animali biologici è stato osservato che un piccolo sottogruppo di Pazienti può essere iperattivo fino alla morte, con un'enorme iperattività nonostante un peso molto basso.

Fase clinica numero 3: i Pazienti descrivono la PPA come più intensa, stereotipata, senza scopo e inefficiente. Questa fase associa le manifestazioni cliniche numero 1 e 2, con gradi diversi. Quindi, è possibile distinguere tre profili dei Soggetti affetti da AN: Pazienti ipo- o normalmente attivi; Pazienti che controllano relativamente PPA importante; Pazienti che non riescono a controllare la loro PPA che diventa estremamente importante e solitaria (a volte, fino alla morte).

- Nel periodo 4 - *esito a lungo termine*

L'esito a lungo termine non è molto noto. È stato riscontrato che i Pazienti con recupero di peso hanno una frequenza di PPA simile ai controlli sani. Inoltre, la PPA sembrava essere associato a un maggior abbandono del trattamento e potrebbe essere un fattore negativo per i Pazienti estremamente attivi.

Ovviamente, anche i limiti del lavoro sono stati evidenziati.

In primo luogo, l'espressione scelta *uso problematico dell'attività fisica* (PPA), purtroppo, si aggiunge alla grande quantità di termini già presenti in letteratura. Di conseguenza, lo sviluppo di una task force internazionale e interdisciplinare per stabilire un termine e una definizione univoca è una necessità urgente.

Inoltre, nella revisione è stata proposta una definizione della PPA nei DA che includa elementi quantitativi (intensità, frequenza, durata e tipo di attività fisica) e qualitativi (motivi per l'esercizio, compulsività e dipendenza/assuefazione dall'esercizio) solo per l'AN, dato che sono state trovate pochissime informazioni su BN. In particolare, il documento evidenzia due approcci: PPA come strategia consapevole dei Pazienti AN per ottimizzare la perdita di peso e PPA aumentata involontariamente, contemporaneamente alla perdita di peso, indicando che l'esercizio potrebbe non essere sotto il controllo cognitivo volontario, ma una parte dell'attività diventa totalmente automatica con una spinta biologica subconscia.

In secondo luogo, alcuni studi sono stati aggiunti in entrambi i gruppi 1 e 2 perché hanno valutato la PPA sia quantitativamente che qualitativamente.

Infine, il modello di sviluppo dalla PPA in Pazienti affetti da AN è un tentativo di sintetizzare gli elementi della letteratura, al fine di agevolarne la comprensione. Tutti gli individui con AN non hanno la PPA o esattamente la stessa PPA, così come ogni componente descritta può essere presente contemporaneamente ad un'altra o in momenti diversi.

2.4 Dall'esercizio fisico all'esperienza motoria

I *Paragrafi 2.1, 2.2 e 2.3 - Parte III* offrono una panoramica rispetto a come il mondo scientifico abbia riconosciuto la necessità di intervenire anche nella sfera motoria delle Persone che soffrono di DA affinché una cura a trecentosessanta gradi si possa realizzare. Di conseguenza, nel corso degli anni, sono state offerte delle risposte. Tuttavia, la Ricerca sarà ancora impegnata a lungo nel cercare risposte agli interrogativi che affiorano nell'affrontare Disturbi così complessi.

Nel 2016, Cook e Collaboratori, pubblicando *Exercise in Eating Disorders Treatment: Systematic Review and Proposal of Guidelines (Parte III - Paragrafo 2.1)*, hanno sottolineato come l'esercizio fisico fosse lasciato in secondo piano rispetto ai potenziali benefici ottenibili nel suo inserimento all'interno dei trattamenti, dato l'impatto positivo su molte problematiche psicologiche.

Nel 2018, Danielsen, Rø e Bjørnelv, a seguito di quindici anni di studi condotti presso la Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF), un'Unità norvegese specializzata nel trattamento dei DA attraverso programmi multidisciplinari, hanno pubblicato *How to Integrate Physical Activity and Exercise Approaches into Inpatient Treatment for Eating Disorders: Fifteen Years of Clinical Experience and Research (Parte III - Paragrafo 2.2)*.

I Ricercatori, motivati dalle evidenze scientifiche sulla riduzione dei sintomi, migliore qualità della vita, benessere psicologico e soddisfazione dei Pazienti come risultato dell'esercizio fisico, hanno concepito ed applicato un programma che lo comprenda. L'attività fisica e l'esercizio, eseguiti in un contesto terapeutico, sotto un'attenta supervisione, sono stati confermati come supplemento benefico.

Inoltre, i Pazienti devono ricevere l'aiuto necessario per comprendere i loro sintomi e come svolgere attività in modo sano. Quindi, secondo gli Autori norvegesi, la tematica dell'esercizio negativo deve essere affrontata durante il percorso di recovery.

I riferimenti a *Physical Activity in Eating Disorders: A Systematic Review* (2020) di Rikz e Collaboratori (*Parte III - Paragrafo 2.3*) supportano lo spazio dedicato alla *Capitolo 4* nella *Parte II*.

In primo luogo, la scelta di adottare l'espressione *esercizio fisico eccessivo e compulsivo*, così come proposta da Dalle Grave (Dalle Grave, 2008; Dalle Grave, Calugi, Marchesini, 2008), per declinare l'attività fisica non salutare praticata dai Pazienti come rilevante caratteristica clinica dei DA. Infatti, tale definizione abbraccia sia la dimensione quantitativa che qualitativa.

Inoltre, la classificazione adottata in merito all'esercizio fisico eccessivo e compulsivo distingue quello per *controllare il peso e la forma del corpo* e quello per *modulare le emozioni*. In aggiunta, il *primo* viene suddiviso in due ulteriori sottocategorie: *di compenso*, adottato per eliminare le calorie in eccesso o nell'ottica di potersi concedere di mangiare avendo bruciato, e *non di compenso*, gli esercizi consistono in movimenti eseguiti in maniera meccanica ed indipendente dalle calorie assunte.

Tuttavia, sebbene livelli eccessivi di attività fisica, soprattutto nei Pazienti con AN, siano evidenziati da tutta la letteratura che si concentra su questo aspetto, non esiste una definizione, una concettualizzazione o un trattamento chiari dell'*uso problematico dell'attività fisica*. Infatti, *Problematic Physical Activity* (PPA) è la soluzione adottata in questo caso, ma si aggiunge alla grande quantità di termini già presenti. Quindi, concepire una task force internazionale ed interdisciplinare che si occupi di apportare chiarimenti è una necessità urgente.

Nel *Paragrafo 2.1 - Parte III*, all'interno delle linee guida tracciate, come nel *Paragrafo 2.2 - Parte III*, si riconosce la necessità di un team di intervento formato da personale competente e specializzato che operi nei vari ambiti, compreso quello motorio. Tuttavia, all'interno di quest'ultimo, l'unica figura a cui si fa riferimento è il Fisioterapista.

Infine, l'ultimo limite da sottolineare è che l'esercizio è l'unica declinazione di Movimento contemplata in ottica terapeutica. Eppure, tipicamente, l'esercizio, svolto individualmente, in una modalità rigida e ripetitiva è proprio ciò che i Soggetti colpiti da DA padroneggiano meglio.

Indubbiamente, gli studi presi in esame sottolineano la caratterizzazione motoria dei Pazienti affetti da DA prima di dare avvio al trattamento. Non a caso, il programma riportato nel *Paragrafo 2.2 - Parte III* prevede l'inserimento all'interno di attività di gruppo ed anche pratiche di Consapevolezza corporea, ma sotto la guida di Fisioterapisti. Inoltre, il punto a cui approdare alla fine del Recovery è comunque costituito da *gruppi di esercizio* per l'allenamento della forza ed esercizi aerobici.

Ovviamente, demonizzare l'uso dell'esercizio fisico nel trattamento dei DA non è l'intento di questa riflessione. Sicuramente, la rieducazione di competenza del Chinesiologo, mediante esercizi, con o senza attrezzi, consente di intervenire sul sistema neuromotorio e muscolo-scheletrico affinché il Paziente possa recuperare la forza muscolare, riguadagnare l'equilibrio e la propriocezione, ripristinare l'articolari e le funzionalità specifiche, elementi spesso compromessi in questi casi.

Così come la figura del Fisioterapista è necessaria al pari di quella del Chinesiologo: distinguendo i loro ambiti, la riabilitazione e la rieducazione rendono possibile un unico processo che aiuta la Persona a raggiungere una migliore condizione fisica, funzionale, prestativa, perfino sociale ed emozionale.

Però, l'esercizio non basta se l'obiettivo è aiutare la Persona a comprendere che un corpo *sano* non appartiene ad una forma o ad un numero, ma alle energie che lo alimentano e gli forniscono le forze per affrontare ogni giorno. Questo è il Corpo che si sente, si rispetta e a cui si appartiene. L'esperienza motoria è necessaria per poter tornare ad abitare un Corpo attivo e reattivo. Non si tratta di istruire le Persone, ma di educare, attraverso il Movimento. Quindi, questo implica il passaggio dall'insegnamento di esercizi fisici, alla proposta di esperienze motorie. Così, si supera la dicotomia tra esercizi giusti e sbagliati, per scoprire che esistono solo corpi *consapevoli* o *inconsapevoli*, *preparati* o *impreparati*.

Nel *Paragrafo 5.3 – Parte II* è tracciata la distinzione tra esercizio ed esperienza. L'esercizio è protocollato, quindi quantificato e tecnicamente regolamentato. Di conseguenza, Chi esegue copia e non crea. Invece, l'esperienza consente di mettere alla prova risorse cognitive, sensoriali, simboliche, espressive perché completamente deregolamentata e solamente orientabile: è il momento di introdurre il Chinesiologo nel ruolo di Facilitatore di esperienze motorie.

3. IL FACILITATORE

3.0 Introduzione

Il Facilitatore a cui si fa riferimento è colui che assume il ruolo di *guida* nei laboratori di Movimento Biologico. Per spiegare le ragioni di questa scelta si riporta quanto evidenziato nella *Parte II* dedicata al Movimento Biologico.

Nel *Paragrafo 18.2.4 – Parte II* è stata illustrata la *Movement Awareness Therapies in Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis* pubblicata da Bravo e Collaboratori nel 2024. Nella conclusione, le pratiche di Consapevolezza corporea e Movimento consapevole, sulla base dei risultati degli studi valutati, sono ritenute in grado di fornire benefici per le Persone che soffrono di DA in merito a regolazione emotiva, distorsione dell'autovalutazione e percezione corporea.

Nel *Paragrafo 11.1 - Parte II*, Movimento Biologico si colloca nell'alveo del Mindful Movement, come proposta metodologica operativa che incorpora dimensioni espressive, relazionali, vocali, emozionali, dialogiche, creative, simbolico-rappresentative, transpersonali (Spaccapanico Proietti, Chiavarini, De Waure; 2023). Ciò non avviene in modo casuale e confusionario, ma si basa su uno specifico approccio operativo nel pianificare, offrire e supervisionare i laboratori. Questi ultimi sono animati da esperienze motorie classificate sulla base del *setting psicomotorio* e delle *famiglie dell'Azione*. Il processo di conoscenza corporea reso possibile dalle esperienze, che integrano le molteplici espressioni della motricità, permette di approdare alla *Consapevolezza consapevole*: ogni istante, conoscere ciò che accade nel proprio corpo e come si risponde.

Quindi, Movimento Biologico si configura come *meta-metodo* per decodificare i molteplici *modi umani* con cui *Ognuno è al mondo*: una proposta motoria diventa l'occasione per capire come il Soggetto stesso funzioni in quel set di variabili.

Nella Psicopatologia fenomenologica, richiamando il *Sottoparagrafo 11.4.2 – Parte II*, la Persona deve rappresentare il centro dell'intervento terapeutico, non la disfunzione psicologica in sé. Il Paziente non è considerato come Colui che subisce passivamente un disturbo, ma un Produttore attivo di senso: il sintomo è il risultato del bisogno di auto-interpretazione di esperienze disorientanti, non l'espressione diretta di qualche disfunzione. Quindi, la *patologia mentale* non può essere ridotta a manifestazione comportamentale di meccanismi interni presa in esame solo dall'esterno. Infatti, curare il rapporto con il cibo non è sufficiente per guarire, ma è necessario scavare fino a scovare la motivazione per cui un DA è insorto: il nucleo psicopatologico dei DA corrisponde alla difficoltà di sentire il proprio corpo nella modalità cinestesica.

L'esperienza del corpo vissuta in *prima persona* è *preriflessiva*, si sente il corpo prima di pensare ad esso, e *non mediata*, ci si riconosce come fonte delle proprie percezioni, emozioni, azioni, pensieri. Invece, la Persona affetta da un DA, a causa delle anomalie che affliggono il Leib, si sente privata della propria vitalità, cioè della capacità di emozionarsi e muoversi, con conseguente isolamento da Sé, dagli Altri e dal mondo. Quindi, è spinta verso una prospettiva in *terza persona*, in cui il corpo diventa *oggetto*. Il Soggetto, nel tentativo di ripristinare il senso di Sé, adotta strategie comportamentali come la quantificazione di parametri relativi all'alimentazione o al corpo. I Pazienti, per vivere il proprio corpo, oltre alla modalità di *oggettivazione*, adottano anche quella legata allo *sguardo dell'Altro*, unica possibilità di sentirsi. Di conseguenza, l'Altro viene ridotto solo al suo sguardo.

Le Persone che soffrono di DA sono convinte che sia possibile plasmare il proprio Sé modellando il corpo, basandosi sull'equazione tra realtà fisica (forme e misure corporee) e realtà psichica (identità). Allora, il Paziente necessita di arrivare a comprendere come il proprio sistema di valori ed i comportamenti patologici che ne derivano, siano *strategie di compenso*. Solo a questo punto, gradualmente, potrà migliorare il rapporto con i vissuti corporei, dando uno spazio alle emozioni e cominciando a riconoscersi come una Persona valida per Sé, non in base al giudizio degli Altri.

Il Sottoparagrafo 11.4.3 – Parte II, immediatamente successivo, ha chiamato in causa il meta-metodo Movimento Biologico. In cui, *come faccio ciò che faccio* diventa la caratterizzazione di una biologia che è uguale per Tutti e ciò dipende da come siano stati acquisiti diversi modi di essere, corrispondenti a sguardi diversi sul mondo. Il Bambino è libero di essere qualsiasi cosa, il suo sguardo è *puro*, ma si *appanna* nello stesso istante in cui, per la prima volta, è *oggetto* dello sguardo Altri.

Il comportamento si costruisce in un punto preciso della esistenza, per poi rinforzarsi. L'apprendimento funziona per sottrazione di possibilità e l'esclusione delle alternative si fonda su una dimensione emotiva di frustrazione: qualcosa non si fa perché altrimenti si è *meno amabili* dall'Altro, sperimentando la *crisi dell'abbandono*, temendo di non sopravvivere. L'identità è un dono sociale, ma non può essere ristrutturata tramite la narrazione perché le sue radici affondano in un tempo *pre-verbale*. Allora, il gioco permette di tornare simbolicamente a quel luogo biologicamente e neurologicamente pre-condizionato (staminale), dove qualcosa si è interrotto ed il sistema nervoso ha cominciato a strutturare le resistenze, gli schemi di funzionamento. Movimento Biologico è un *processo di riabilitazione* della propria *staminalità*, non come capacità biologica, ma *funzionale*. In quanto umani, la coscienza permette di essere qualsiasi cosa.

Movimento Biologico è *psicomotricità per adulti*. Il setting psicomotorio consente di *pontificare* tra la dimensione del Bambino che *si è stati* e quella del Bambino che *si vuole tornare* ad essere da adulti: riprendere la versione di Sé congelata e chiedergli *di che possibilità ha nostalgia*. L'atto di volontà è collegato: è possibile scegliere *Chi si vuole essere* nel momento in cui si ha chiaro *dove si è*. L'attitudine psicomotoria diventa strumento di Consapevolezza corporea. La Consapevolezza è potere di osservazione, con un'intenzione di discernimento (separare e accumulare ciò che ha affinità) per cogliere con quale versione di Se si stia facendo.

Etimologicamente, *essere sani* significa essere *integri*, non vanno escluse *parti di Sé* per dare *primato* all'inclusione di altro, ma riscoprire che si è abitati dalla staminalità di *essere entrambi*, perché l'*armonia dei complementari* rende interi. Allo stesso tempo, *guarire*, etimologicamente, significa *mettere a riparo, difendere*: l'ombra non spegne la luce, come non scompare per concederle spazio, l'una non toglie *valore* all'altra. Guarire è riappropriarsi della Consapevolezza che ogni propria scelta ha la responsabilità di costituire un'occasione che avvicini, o meno, alla salute. Ciò che viene demandato all'esterno è qualcosa di interno che viene soffocato: si guarisce concedendosi la libertà di scegliere per Sé e non delegare agli Altri. Solo riappropriandosi della capacità di orientare le proprie scelte è possibile svelare la propria *sofferenza autentica*, non un sintomo da curare, ma una *condizione esistenziale* da conoscere per intraprendere quel percorso volto alla piena evoluzione del proprio *potenziale umano*, per poter essere *tutte le versioni di Sé*.

3.1 Ruolo del Facilitatore

Le Persone non sono attratte da un *titolo* (es. “Facilitatore di Movimento Biologico”), ma interessate a *Chi sia l'Altro* che incarna quel ruolo e *come è Chi è*: ha riconosciuto il proprio *talento* e cerca di personalizzare Movimento Biologico (proprio perché non è un metodo), con il quale sente di *risuonare*.

La *qualità* e la *quantità di qualità* dell'esperienza che conduce dipendono da quanto e come sia praticante con Se Stesso. Tuttavia, non deve semplicemente avere *esperienza trasversale* delle singole specializzazioni perché diventerebbe un *collezionatore bulimico* di esperienze: la *clonazione* è appetitosa per l'Allievo, che ha la *ricetta* da replicare, e per il Maestro, che si sente lusingato.

Il Facilitatore è *facilitatore dell'orientamento* dello sguardo: cambiare lo sguardo coincide con uno *switch attento* e l'attenzione crea la realtà. Movimento Biologico è un processo di educazione (o rieducazione) attenta.

L'esercizio, estrapolato da un determinato setting, perde funzionalità ed è necessario impararne sempre di nuovi. Invece, nel momento in cui viene reso esperienza, questa non ha bisogno di *upgrade* perché acquisisce una coloritura diversa a seconda delle parole che il Facilitatore utilizza.

Quindi, la Guida deve saper *condire* con parole nuove: le Persone non riusciranno ad avvicinarsi se hanno difficoltà a comprendere quel background di termini. Il Facilitatore non è depositario dell'esperienza, questa appartiene al *campo*. Infatti, Chi conduce, mentre offre, riceve, e ciò che offre cambia in funzione di quello che riceve.

Il *seme* ha già in sé tutte le *informazioni genetiche* e, *in potenza*, tutta la *forza* necessaria a diventare *pianta* nella sua *unicità*. Il Contadino ha “semplicemente” il compito di accompagnarlo nel divenire la *migliore versione di ciò che già è*
(Parte II - Sottoparagrafo 16.1.5)

3.2 Nostal-gioia

Tra Facilitatore e Praticante o gruppo, si instaura una relazione che si basa su una diade: il Soggetto cerca il Facilitatore perché ha un bisogno, qualcosa *di troppo* o *che manca*, che gli fa percepire un luogo (muscolo-scheletrico, psicologico, relazionale) restrittivo e restringente, dove si trova.

Il bisogno è attivato dalla *nostalgia della possibilità*: il Soggetto, rispetto a Chi, come e dove è in quel momento, riconosce che esiste un'altra versione di Sé, che ancora non sa quale sia. Però, ciò genera una nostalgia che, di fatto, è possibile definire come *Nostal-gioia* cioè, la tristezza per qualcosa che non si ha, ma la certezza che da qualche parte si possa fiorire.

La nostalgia è una emozione complessa, che richiama la figura retorica dell'*ossimoro*: tristezza derivante dalla mancanza, ma la certezza della gioia che può essere attivata perché è stata vissuta in precedenza o vista vivere in Qualcun altro.

La nostalgia si radica nella gioia staminale di Chi può essere tutto, di Chi ha vissuto un certo momento privo delle memorie dell'ippocampo, ma animato dalle *memorie cellulari*. Quest'ultime, regalano la conoscenza di una dimensione che, essendo in potenza capace di incarnare ogni qualità, ha la gioia di poter essere qualsiasi cosa. Prima che il sistema nervoso si specializzi, esistono delle cellule da cui il sistema stesso nasce. Embriologicamente, la differenziazione del sistema nervoso, che è la rete su cui viaggia l'informazione, è successiva a qualcosa che viene prima. Quindi, la dimensione embriologica ha una memoria di sé a prescindere dal sistema nervoso.

3.3 Responsabilità

Esperienza, ex-per-ire: il Soggetto, da *dove* è (*ex*), *va (ire)* *attraverso (per)*. Il Praticante, durante le esperienze di Movimento Biologico, si colloca nel luogo del *tra*: il luogo tra *Chi è ora* e *Chi vuole essere*. In questo *tra*, *responsabilità* è la parola chiave: superficialmente, l'abilità di dare risposte. Infatti, il rischio di reputarsi *salvatori* o *depositari* delle risposte è elevato. Invece, il Facilitatore riesce a generare qualcosa nell'Altro solo quando quest'ultimo si è lasciato aprire da una chiave che il Conduttore ha *provato* ad inserire.

La responsabilità è bi-direzionale: il Soggetto la riconosce al Facilitatore, ma lui la rivolge indietro perché il percorso è *con-diviso*. Il Facilitatore alimenta il Praticante affinché si cucia addosso quella versione di Sé che sta ricercando, con il beneficio del dubbio che quella cosa non calzi come la si vorrebbe, non piaccia. Il Facilitatore non deve mai accogliere l'eventuale attitudine delegante del Soggetto: la delega di responsabilità è il demone di qualsiasi relazione d'aiuto.

3.4 Fiducia ed affidare

La *fiducia* è il macro-concetto, l'*affidare* è l'azione che ne deriva.

Il Soggetto offre una fiducia che si basa sul riconoscimento dell'affidabilità dell'Altro: il Soggetto affida il suo bisogno ad una Persona poiché la ritiene *eccellente*. Tale *eccellenza* si deve legare a due qualità: *possibilità della libertà* e *disciplina*.

3.4.1 Possibilità della libertà

Il bisogno del Soggetto deve avere la possibilità di essere esplorato e modellato in corso d'opera, senza che il Facilitatore interferisca con i suoi pregiudizi, protocolli, metodi e tecniche.

I metodi funzionano poiché si basano su teorie, a loro volta modelli di funzionamento di qualcosa. Tuttavia, nessuno sa realmente come il sistema complesso Uomo funzioni in termini di *sistema integrato*. Il singolo modello non basta, a meno che il Soggetto non voglia credere che il modello a cui si affida coincida con *Chi è lui* e questo è *demone* di tutte le pratiche: il Praticante arriva con un bisogno e diventa *schiafo* della pratica.

Quindi, la dimensione della fiducia e dell'affidabilità si basa sulla possibilità di cambiare bisogni perché il bisogno superficiale può nascondere altri, per andare alla radice. Per farlo, l'Operatore deve essere libero da preconcetti.

L'obiettivo delle pratiche è far emergere delle parole per mettere in luce delle versioni di Sé già esistenti, ma non ancora identificate con un termine. Tecnicamente, quella qualità, se non è identificabile con un nome, non essendo rievocabile, non può essere portata nel campo dei sensi: le parole sono necessarie al fine di evocare le dimensioni percettive. La sensazione esiste, ma finché l'attenzione non si appoggia e gli attribuisce un nome, non fa parte di Sé.

Il Praticante ha bisogno di Qualcuno che lo aiuti nel cammino, ma che sia realmente orientato alla sua *salute*, nell'accezione etimologica di *sanità*, *integrità*, *integrità*: quando il Soggetto è frammentato, il Facilitatore lo aiuta a rimettere insieme i pezzi; affinché, in caso di nuova rottura, possieda l'autonomia necessaria a ricomporre la struttura.

La salute non si raggiunge demonizzando un luogo ed idealizzandone un altro, ma riconoscendo che Ognuno è l'integratore di tutte le parti e ci deve essere spazio per ciascuna.

Inizialmente, l'*armonia degli opposti* è una *concettualizzazione (top-down)*, ma poi diventa *realizzazione*, passando nel Corpo (*bottom-up*). Gradualmente, la Persona diventa Consapevole che non ha più bisogno di combattere contro le versioni di Sé che non piacciono perché hanno avuto spazio per anni e continueranno a pretenderlo. Proprio ciò che non piace ha reso possibile la *nostalgia della possibilità* e la ricerca del suo complementare: la nostalgia della possibilità è il movente da ringraziare.

Lo *stato complesso*, che si colloca tra caos ed ordine, è lo *stato creativo* in cui Ognuno possiede la capacità di creare tutte le versioni di Sé. Il concetto di *centro*, senza una *perimetralità* da cui distanziarsi, non esiste. Ognuno è il tutto, ma anche il niente su cui tutto si può poggiare.

Il Facilitatore deve aiutare a spostare lo *sguardo* fra tutte le tonalità possibili: lo *sguardo* proietta l'*attenzione* che crea la *realtà*. Il Soggetto sarà tanto più in grado di esplicitare e tematizzare qualcosa che prima era solo un indeterminato orizzonte di possibilità quanto maggiori saranno le possibilità di sguardi offerte.

3.4.2 Disciplina

Disciplina deriva dal verbo latino *discĕre*, *imparare*. *Essere disciplinati* non significa essere rigorosamente all'interno di un processo di esercizio costante, ma *essere discepoli di Se Stessi* cioè, essere i Soggetti protagonisti dell'*imparare ad imparare*. La disciplina è un imparare da, attraverso, per Se Stessi e in relazione all'Altro.

Il rapporto tra *disciplina* e *discernere* risuona. Imparare ad essere *discepoli di Se Stessi* significa imparare l'*arte del discernimento*: si scoprono le versioni di Sé, con le loro complementarietà, per poter discernere. Allora, la Consapevolezza è la *capacità di discernere* che è possibile spostarsi liberamente da una versione all'altra.

3.5 Empatia ed exotopia

Il Soggetto racconta al Facilitatore le versioni di Sé che ha decurtato e Lui non può che sentirle risuonare nei suoi stessi luoghi interiori perché, per il fatto che si è Umani, dentro Ognuno c'è tutto. Prendendo come riferimento le parole di Publio Terenzio Afro: «Sono uomo, niente di ciò ch'è umano ritengo estraneo a me» (165 a.C.).

Il Facilitatore, dopo aver empatizzato con le versioni che l'Altro racconta di Sé, se anela davvero ad essere d'aiuto, deve essere facilitatore di *exotopia* (etimologicamente: *portare in un altro luogo*): il Conduttore deve lasciare la dimensione empatica e offrire una Pedagogia delle Alternative, una possibilità di cui l'Altro ha nostalgia, rendendola esperibile. La Guida è facilitatore del complementare in base al luogo in cui l'Altro è: offre la possibilità di vedersi nella propria qualità preferenziale, ma prevedendo pratiche che possano far esperire (non concettualizzare) che si possa essere anche Altro.

Il Facilitatore comprende dove è il Soggetto e dove potrebbero andare insieme, in relazione alla dimensione della complementarità: il complementare costituisce il bisogno. Il bisogno suggerisce il tema delle pratiche, le esperienze sono a disposizione.

4. LE FAMIGLIE DELL'AZIONE

4.0 Introduzione

Il manifesto di Movimento Biologico

La vita è Azione: *elabor.azione* di una *illumin.azione*

Tutta la nostra esperienza, senza *esit.azione*, è una inequivocabile *manifest.azione* di molteplici sfumature di Azione.

L'*inizi.azione* ha origine dal concepimento come processo di concreta *gener.azione* della vita...e la sua *continu.azione* si realizza per mezzo dei processi di *respir.azione* e *puls.azione*.

L'*incarn.azione* progressiva del Corpo che siamo è indissolubilmente delegata alla capacità di *esplor.azione* e *speriment.azione* del mondo che ci circonda.

La *matur.azione* della nostra unicità e *personaizz.azione* è la *concretizz.azione* di una *rel.azione*: con me stesso e con l'altro.

La nostra *consider.azione* e *concettualizz.azione* dei fenomeni dell'esistenza è legata alla capacità di *compar.azione*, *separ.azione*, *unific.azione*,...

L'organizzazione mentale della realtà è un fenomeno di *integr.azione* neuronale e funzionale.

L'armonizz.azione di chi siamo, all'interno dell'ambiente dove siamo, avviene attraverso processi di *comunic.azione* e *socializz.azione*; processi che ci portano all'*identific.azione* del nostro Io e del nostro Sé in costante *empatizz.azione* con altri Io ed altri Sé.

Il nostro Corpo come "libro del tempo" è l'iscrizione incarnata dei fenomeni di *memorizz.azione*.

La competenza emotiva è legata alla *sens.azione* e alla capacità di *elabor.azione* dei nostri vissuti: *frustr.azione*, *disper.azione*, *discrimin.azione*, *priv.azione*...non possono essere comprese e ristrutturare senza una preliminare *accett.azione*, che inibisca la volontà di *re.azione* compulsiva e *neg.azione*, portandoci alla "guarigione" della *liber.azione*.

Non può esistere *educ.azione* e *form.azione* senza attenzione. L'*emancip.azione* dalla condizione di ignoranza, intrinsecamente insita nella natura umana, è ostacolata dalla *distr.azione* catalizzata dalla *concentr.azione*.

E che dire della capacità di *dissoci.azione* della *prolifer.azione* dei pensieri?

Come non prendere in *consider.azione* la *contempl.azione* del silenzio, senza azione, in *medit.azione* di ciò che è, così com'è?

...Una *consider.azione* è certa, al di là di ogni possibile *continu.azione*: non c'è Vita senza Azione e l'azione è Movimento.

Migliora la qualità del Movimento e migliorerai la qualità della Vita.

(Spaccapanico Proietti S. Webinar *Giocare il Movimento per giocare la Vita. Analisi della dimensione ludico-pedagogica in Movimento Biologico*. 25 aprile 2020.)

I classici sistemi di classificazione qualificano e quantificano gli esercizi in rapporto alle capacità coordinative e/o condizionali stimulate. Di conseguenza, Movimento Biologico ha avuto la necessità di concepire un sistema inedito per qualificare non solo esercizi ma, soprattutto, *esperienze*, sulla base delle sfumature che contraddistinguono le azioni umane. Le *famiglie dell'Azione* è la tassonomia che è stata definita per differenziare le variegata esperienze che animano il meta-metodo. Quindi, la rievocazione degli elementi basilari della *fisiologia dell'azione* (*Parte II - Sottoparagrafo 11.3.1*) permette un incontro più consapevole con tali *famiglie*: «L'azione è "accesa" dalla *motivazione*, "predisposta" dalla *sensazione*, "focalizzata" dall'*attenzione*, "intuita e codificata" dalla *percezione*, "sedimentata" dalla *memoria*» (Spaccapanico Proietti, 2021).

Le famiglie dell'Azione di Movimento Biologico:

- *sens.azione* – *percezione*
- *respir.azione*
- *rel.azione* – *inter.azione*

- *re.azione*
- *co.ordin.azione – esplor.azione – integr.azione*
- *mim.azione – immedesim.azione – incarn.azione – simbolizz.azione*
- *vocalizz.azione*
- *sensa azione – medit.azione*

Ogni famiglia è contenitore di esperienze motorie volte ad accrescere la Consapevolezza motoria del Praticante.

L'ordine con cui le famiglie sono riportate non è affatto gerarchico, ma rispecchia una sequenza fisio-logica che si concretizza in una metodologia operativa pratico-applicata.

4.1 Sens.azione e Percezione

Albert Einstein sosteneva che solo l'esperienza rende possibile l'apprendimento, qualsiasi altra cosa rimane un'informazione. Partendo da questo presupposto, *sens.azione* e *percezione* costituiscono la prima famiglia: una delle principali componenti esperienziali dipende dalle afferenze che arrivano tramite i sensi, per poi essere veicolate, processate ed elaborate dagli apparati sensitivi. Quindi, le esperienze sono finalizzate a migliorare la capacità di discriminare le informazioni sensoriali che anticipano, accompagnano e seguono la realizzazione di movimenti, atti motori o azioni.

Il Praticante, mentre agisce, dovrebbe prestare attenzione a cosa sente in relazione all'azione e, se possibile, attribuire un nome alla sensazione stessa, così da renderla una percezione.

Esempi: sequenze di auto-massaggio manuale e stimolazione tattile con palline o bastoni; sequenze di mobilità analitica segmentale ed inter-segmentale; esperienze di orientamento spaziale ad occhi chiusi seguendo uno stimolo tattile o sonoro, anatomia esperienziale; ecc.

Non è solo grazie alla perfetta sincronizzazione dei propri neuroni che è possibile sentirsi in una dimensione di grande connessione tra mente e corpo. La perfetta armonizzazione delle proprie reti neurali non è sufficiente per una buona sensazione e percezione. Altrimenti, gli stimoli elettrochimici adeguati sarebbero in grado di produrre una determinata qualità e la chimica (es. psicofarmaci) risolverebbe qualsiasi problema. Invece, la realtà è diversa.

In accordo con quanto spiegato nel *Sottoparagrafo 11.4.3 – Parte II*, prima che il sistema nervoso si specializzi, esistono delle cellule da cui il sistema stesso nasce. Embriologicamente, la differenziazione del sistema nervoso, che è la rete su cui viaggia l'informazione, è successiva a qualcosa che viene prima. Quindi, la dimensione embriologica ha una memoria di sé a prescindere dal sistema nervoso: la Consapevolezza che le cellule hanno di se stesse non viene riscoperta con percorsi *top-down* (dal cognitivo al sensoriale). Tuttavia, non basta neanche il percorso inverso (*bottom-up*), se non è organizzato secondo una modalità molto chiara. Infatti, le esperienze motorie proposte in Movimento Biologico si basano su una precisa metodologia operativa che sarà illustrata nel *Capitolo 5 – Parte III*.

4.2 Respirazione

Essere Consapevoli di come si respira, istante per istante, è necessario per rispondere al meglio ai diversi e sfidanti contesti di una quotidianità strabordante di stimoli. Questo significa interrogarsi in prima persona e riuscire a rispondere a domande apparentemente semplici, ad esempio: dove si localizzano i volumi d'aria a livello del tronco, se anteriormente o posteriormente, in corrispondenza dell'addome o delle coste basse, ecc.; se e quando si inserisca una piccola apnea, ecc.

4.2.1 Richiami di Anatomia

Il *torace* è la regione compresa tra il collo, superiormente, e l'addome, inferiormente. È sostenuto dalla *gabbia toracica*, un'impalcatura osteocartilaginea, alla quale si sovrappongono formazioni muscoloaponeurotiche.

La gabbia toracica è formata anteriormente dallo *sterno* e dalle *cartilagini costali*, lateralmente dalle *coste* e posteriormente dalle *vertebre toraciche*.

La muscolatura del torace si distingue tra muscoli *intrinseci* (mm. elevatori delle coste, mm. sottocostali, m. trasverso del torace e mm. intercostali) ed *estrinseci* (mm. toracoappendicolari, mm. spinoappendicolari, mm. spinocostali e diaframma).

Il *diaframma* è una lamina muscolofibrosa che separa il torace dall'addome. Possiede la caratteristica forma di una *doppia cupola* convessa superiormente: ogni cupola riproduce la forma della base del polmone e della pleura sovrastanti e dei visceri sottostanti; il centro frenico corrisponde alla regione centrale appiattita, verso la quale convergono i fasci muscolari di origine del diaframma e sulla quale poggia il pericardio.

Il torace, oltre a dare attacco agli arti superiori, è la sede dei principali organi del sistema cardiocircolatorio e di gran parte del sistema respiratorio.

Il sistema respiratorio è composto dalle *vie aeree*, le vie di conduzione dell'aria, ed i *polmoni*, dove avvengono gli scambi gassosi. Infatti, in primis, è deputato ad assicurare gli scambi gassosi con l'ambiente esterno: l'organismo assume l'ossigeno presente nell'aria ed elimina l'anidride carbonica prodotta dal metabolismo cellulare.

La *funzione respiratoria* avviene in due fasi: l'*inspirazione*, in cui l'aria ricca di ossigeno dell'ambiente esterno giunge ai polmoni mediante le vie aeree, e l'*espirazione*, in cui l'aria contenente anidride carbonica percorre le vie aeree in senso inverso e, a partire dai polmoni, giunge all'ambiente esterno.

4.2.2 Meccanica respiratoria

L'aria viene sistematicamente inspirata ed espirata grazie a muscoli che prendono inserzione sulla gabbia toracica e ne modificano il volume.

Le coste e lo sterno danno origine ad una struttura simile ai cerchi rigidi di una botte, che possono inclinarsi in alto o in basso rispetto alla colonna vertebrale (*immagine a*).

La respirazione è basata sull'azione coordinata di diaframma, muscoli addominali, toracici e cervicali. Nella respirazione a riposo la funzione è legata soprattutto alle escursioni del diaframma.

Durante l'inspirazione, il rilassamento della muscolatura addominale permette l'escursione verso il basso del centro frenico del diaframma. L'ulteriore contrazione delle fibre del diaframma, una volta raggiunto il massimo dell'escursione, rispetto al centro tendineo bloccato, consente l'innalzamento delle coste, ampliando il diametro trasverso e sagittale della gabbia toracica. In particolare, il diametro trasverso aumenta grazie ad un movimento che ricorda il sollevamento del *manico di un secchio* (*immagine b*), che chiama in causa le articolazioni costovertebrali. Invece, il diametro sagittale si amplia mediante il sollevamento dello sterno, a seguito di quello delle coste, con un movimento paragonabile a quello di una *maniglia* (*immagine b*). Il sollevamento delle coste è coadiuvato dai muscoli intercostali esterni; i muscoli scaleni e sternocleidomastoidei aumentano l'efficacia dell'azione.

L'espirazione si avvale dei muscoli intercostali interni e del diaframma.

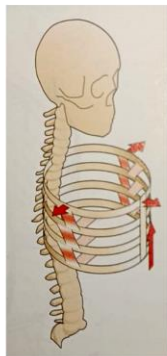


Immagine a

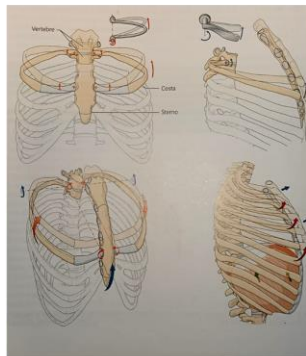


immagine b

I polmoni sono organi parenchimatosi privi di strutture di sostegno o muscolari, ma la loro superficie esterna è adesa alla gabbia toracica, tramite membrane sierose, le *pleure*. Ciascuna di esse ha una parete costituita da due foglietti contigui: la *pleura viscerale*, aderente alla superficie esterna del polmone, e quella *parietale*, adesa alle pareti della cavità toracica ed al diaframma. I due foglietti delimitano la *cavità pleurica* contenente il *liquido pleurico*, incompressibile ed inestensibile, che consente lo scivolamento dei foglietti. L'adesione tra le pleure è mantenuta dalla continua aspirazione dei *vasi linfatici*, che impediscono l'accumulo di liquido nello spazio pleurico, evitando lo scollamento del polmone dalla parete toracica. Il volume del polmone varia solo se varia il volume della gabbia toracica.

Polmone e gabbia toracica sono *strutture elastiche* generanti forze opposte che gli consentono di raggiungere una condizione di equilibrio: la forza di *retrazione elastica* del polmone è perfettamente controbilanciata da quella della gabbia toracica.

Per dare avvio alla inspirazione, aumentando il volume dei polmoni oltre la condizione di riposo, le forze di retrazione devono essere vinte mediante la contrazione dei muscoli inspiratori associati alla gabbia toracica, di cui il polmone è costretto a seguire l'espansione grazie alla presenza delle pleure e del liquido pleurico. Quindi, il polmone aumenta di volume, la pressione interna diminuisce, fino a diventare più bassa di quella atmosferica. Di conseguenza, l'aria, per *differenza pressoria*, è costretta ad entrare nelle vie respiratorie.

Quindi, l'inspirazione è attiva: richiede contrazione muscolare e dispendio energetico. Invece, l'espirazione tranquilla (in condizioni di riposo) è un processo che sfrutta la restituzione di *energia elastica* acquistata in fase inspiratoria. Il rilasciamento dei muscoli inspiratori fa sì che il sistema torni alla condizione di equilibrio grazie alle forze di retrazione del polmone.

4.2.3 *Respiro dunque Sono*

Re-spiro: Re, tutto ciò che è iterativo; Spirare, dare l'ultimo respiro. Allora, questo *spirare* è sempre presente nella vita. Tale analisi etimologica giustifica l'aver mutuato l'adagio cartesiano «cogito ergo sum», «penso quindi sono», sostituendo il Respiro, come atto motorio, al Pensiero. La radice *sp-* è connessa anche ad altre parole; tra queste, *speranza* è significativa, indubbiamente: il *respiro* è l'origine, l'ancora di tutto ciò che si ha e si avrà. L'Uomo è un essere dotato di *speranza* perché, avendo quel respiro, può andare in ogni dove: partire dal basso, dal *fisico*, da ciò che ha nel corpo, per assurgere a qualcosa di *meta-fisico*.

Il respiro anima tutte le *tradizioni spirituali*: ha delle ragioni millenarie che la Fisiologia sta riportando in auge. Infatti, è l'oggetto privilegiato delle pratiche contemporanee di *biohacking* rivolte alla longevità. Tuttavia, è opportuno chiedersi se abbia senso cercare di continuare ad aggiungere anni alla vita piuttosto che aggiungere la vita agli anni.

Il respiro è ponte tra biologia (*tra essere uguale a tutti*) e biografia (*essere proprio Io*): il respiro è una funzione biologica uguale per Tutti; però, il peculiare modo di respirare del Soggetto è diverso da quello di Chiunque altro. Inoltre, varia a seconda del momento: possiede una tonalità biografica che lo rende proprio.

Il respiro permette di decodificare l'esistenza di uno *spazio proprio*, che appartiene, ed uno *spazio fuori*, che non appartiene. Il respiro viola il perimetro corporeo sistematicamente e consente di fare esperienza di qualcosa che è altro da Sé: tramite l'*inspirazione* il mondo di fuori diventa il mondo di dentro; durante l'*espirazione*, il mondo di dentro diventa il mondo di fuori e consente di raccontare di Sé.

4.2.4 *Fare respiro o Essere respiro*

Chi si dedica ad *esercizi* respiratori non è *respirato*: il *respiro autentico* è ben lontano dall'abitudine. Tuttavia, proprio iniziare dagli esercizi respiratori, dal respiro *biomeccanicizzato* è necessario per giungere ad orizzonti che non siano limitati ed impattare, attraverso la respirazione, su ciò di cui si necessita.

La pratica coinvolge la neurofisiologia tanto quanto l'emotività. Le pratiche respiratorie sono *ansiolitiche* (placano l'ansia), ma dipende dall'*attitudine*: se si delega all'esercizio quello che non

è nato per fare, genera ansia e si finisce per subirlo. L'esercizio deve essere riconosciuto per ciò che è: lo strumento tecnico per aprirsi alla possibilità di abbandonare la tecnica stessa. Inizialmente, il Soggetto si esercita per *far fare* al respiro ciò che la mente pretende, per poi abbandonare la pretesa stessa. Altrimenti, il *respiro spontaneo* non emerge. Le tecniche hanno l'obiettivo di permettere al respiro di essere autenticamente quello che vorrebbe essere, al di là di qualsiasi coercizione. Ci si allena a fornire ai sistemi biologici ciò in cui sono deficitari (portare il respiro dove non arriva, allungare una certa fase che non ha una durata spontanea adeguata), per poi abbandonarlo.

Inoltre, è importante non lasciarsi spingere dalla convinzione dell'imparare a respirare per essere la *migliore versione di Sé Stessi*. Il respiro non serve per abilitare in Sé la versione del *respiro perfetto*, che non esiste. Esiste il respiro di un istante, che si può osservare, e se è abitato da parassitaggi, si possono creare delle alternative. Ognuno è tutte le versioni di Sé ed in base alla versione che abita in *quel* momento, è consapevole di Chi sia in quel momento.

Essere respirati emerge come un'intuizione soggettiva. L'*essere respiro*, a differenza del *fare respirazione*, non è allenabile.

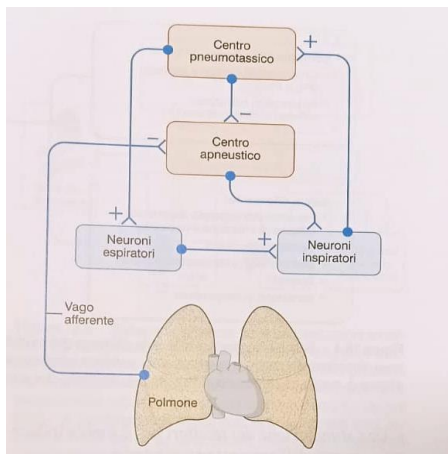
Il passaggio dal *fare respiro* all'*essere respiro* è reso possibile dalla Consapevolezza di tre dimensioni del controllo:

1. fase di regolazione (durata, intensità, una narice, bocca, ecc.). Nel momento in cui si riesce a regolare, significa che si sta anche controllando;
2. osservare l'attitudine controllante;
3. osservare Sé Stessi nella possibilità di abbandonare l'intensione di controllare il respiro.

In particolare, l'*espiro* è l'attitudine che permette di coltivare questa *resa*.

Il passaggio di aria nelle vie aeree è un fenomeno intermittente e ciclico, della durata di circa quattro secondi a riposo. Quindi, mediamente, in un minuto vengono eseguiti quindici atti respiratori. Tendenzialmente, l'Essere Umano *respira troppo*, completa un numero eccessivo di cicli respiratori in un minuto. Questa necessità è legata ad un'attitudine appresa molto presto: hanno abituato a non poter espirare completamente.

4.2.5 Richiami di Fisiologia



Lo schema illustra la circuiteria dei vari componenti del *centro respiratorio* collocato nel *tronco encefalico*. Il *centro apneustico* e quello *pneumotassico* si trovano nel *ponte*, mentre i *neuroni inspiratori* ed *espiratori* si situano nel *bulbo*.

Quando i *neuroni inspiratori* si eccitano, inibiscono quelli *espiratori*, e viceversa. Quindi, l'alternarsi ritmico di *inspirazione* ed *espirazione* è una proprietà intrinseca dei *neuroni inspiratori* ed *espiratori* bulbari, che si inibiscono a vicenda, e la cui attività è controllata dalle altre strutture.

Gli impulsi ritmici che partono da questi neuroni si scaricano sul diaframma attraverso il *nervo frenico* e gli altri *motoneuroni spinali* che innervano i *muscoli*

respiratori.

L'attività ritmica dei *neuroni respiratori* è modificata da segnali provenienti da *chemiocettori centrali e periferici*, che misurano i livelli dei gas respiratori (ossigeno e anidride carbonica) assicurando l'adattamento della ventilazione al fabbisogno metabolico dell'organismo, e da *recettori polmonari da stiramento*.

Prendendo in esame lo schema, quando i *recettori di tensione* presenti sul *parenchima polmonare* sono distesi a causa dell'*insufflazione polmonare*, vengono prodotti impulsi inibitori per il *centro apneustico*, deputato alla *stimolazione* dei *neuroni inspiratori*. Il *centro pneumotassico* inibisce il *centro apneustico* quando viene stimolato dai *neuroni inspiratori* che scaricano ritmicamente i loro impulsi sul diaframma e sui *muscoli intercostali esterni* e va ad eccitare i *neuroni espiratori*.

Le strutture che formano il centro respiratorio possono essere modulate anche da afferenze provenienti dall'apparato respiratorio e da quello cardiovascolare o di origine propriocettiva, oltre che dai tensocettori polmonari e dai chemiocettori.

Infine, è necessario sottolineare anche le afferenze corticali responsabili del controllo volontario della respirazione (apnea ed iperventilazione volontarie). L'influenza non riflessa della *corteccia cerebrale* sulla attività respiratoria si esplica sui centri bulbopontini, ma anche direttamente sui motoneuroni spinali che innervano i muscoli respiratori attraverso il *tratto cortico-spinale*.

4.2.6 Controllare nell'incontrollabile

Gli eventi esterni non si possono modificare, ma è possibile agire sul portato emotivo-cognitivo-neurobiologico: non si può impattare sull'agente che produce l'emozione, ma sulla fisiologia che la sostiene. Il respiro è l'unica cosa che si può controllare nell'incontrollabile: l'unica funzione neurovegetativa in parte controllabile con la volontà perché agisce sulla dimensione metabolica delle emozioni. Respirare come se si fosse tranquilli fa sì che la fisiologia si moduli come se il corpo fosse tranquillo: il presupposto è biologico, non cognitivo.

Le pratiche di respirazione trovano sempre spazio all'interno dei laboratori esperienziali poiché il respiro è l'anello di congiunzione tra il mondo interno ed esterno. Il Praticante fa esperienza di dinamiche respiratorie modulando volumi, ritmo, localizzazione, profondità nel tentativo di recuperare la percezione del proprio *respiro naturale*, oltrepassando gli automatismi che la vita può aver indotto.

Se qualcosa ha irrigidito in un momento della biografizzazione della biologia, giocando *a fare l'alga* è possibile diventare più fluidi nel torace. Nel provare a riabilitare la fluidità somatica, canale dello spazio fisico del cuore, tutto ciò che vi è di simbolico nella parola *cuore* (emozione, innamoramento, apertura all'Altro, ecc.) incontra moltissime meno resistenze al manifestarsi rispetto a quante ne incontrerebbe facendone una dissertazione esclusivamente cognitiva.

Il cuore, come spazio fisico biologico non ha capacità di potersi manifestare perché le clavicole sono rigide e il respiro è inibito. Quel respiro non si libererà imparando una nuova tecnica respiratoria perché sarebbe solo un processo additivo. Bisogna tornare dove la vita ha bloccato e giocare a ciò che da quel momento in poi non è stato più potuto giocare.

4.3 Rel.azione ed Inter.azione

Secondo Buber (1954), la *relazione* fa dell'uomo un Uomo: l'esistenza umana non è mero *individualismo* né l'esclusivo *tutti insieme*, concetti che scadono in astrazioni se considerati in sé. Bauman (1999) ha illustrato come la trasformazione culturale della società odierna abbia favorito la trasformazione di relazioni in rapporti Soggetto-oggetto, selezionando le Persone alla stregua di merci in un negozio. Invece, ogni relazione umana è un'occasione di felicità e non deve mai essere fondata sulla convenienza. Così, il raggiungimento di valori autentici diventa impossibile perché i rapporti umani sono resi superficiali ed emergono serie problematiche morali. L'antidoto a questo svilimento può essere costituito da un Movimento opportunamente declinato.

I giochi di *rel.azione* stimolano processi in *inter.azione*, influenzano la dimensione sociale, emozionale, etica, valoriale, oltre a quella corporea. Determinate esperienze motorie permettono di sviluppare verbi di relazione come: *entrare in contatto, guidare ed essere guidati, ascoltare empaticamente l'Altro, cooperare, condividere*, ecc. Quindi, le esperienze contenute in questa famiglia sono contraddistinte da un incredibile valore pedagogico e trasformativo: il dialogo cinetico fra corpi a contatto accompagna alla ri-scoperta del «valore della autentica reciprocità» (Naccari, 2006), rendendo il Soggetto maggiormente sensibile ed etico rispetto Se Stesso e l'Altro.

«Certo che ti farò del male.

Certo che me ne farai.

Certo che ce ne faremo.

Ma questa è la condizione stessa dell'esistenza.

Farsi primavera, significa accettare il rischio dell'inverno.

Farsi presenza, significa accettare il rischio dell'assenza»

(Antoine de Saint-Exupéry, *Le Petit Prince*)

Nell'AN, tra le componenti cognitive deficitarie, il riconoscimento degli stati emotivi propri ed altrui, è la più intaccata (*Parte I - Sottoparagrafo 7.3.3*). I Pazienti affetti da BN presentano elevati livelli di *anedonia sociale*, che si associa ad una carenza di motivazione nell'elaborare stimoli fondanti le interazioni con l'Altro, come le espressioni facciali. Quindi, la mancanza di interesse verso questi stimoli può spiegare le carenze tipiche dei Soggetti rispetto alla cognizione sociale, piuttosto che difficoltà specifiche nel riconoscere espressioni facciali (*Parte I - Sottoparagrafo 8.3.3*).

L'*evitamento esperienziale*, avente la *fuga* come *fine*, è la conseguenza della deficitaria *flessibilità psicologica* dei Pazienti con DA. Le emozioni negative sono smorzate nell'immediato grazie a strategie per controllare o alterare esperienze interne e tentativi di evitare o controllare l'esperienza esterna (*Parte II - Paragrafo 17.3*). La sperimentazione di situazioni che prevedono la relazione con l'Altro è uno degli evitamenti più frequenti e difficile da superare (*Parte II - Sottoparagrafo 17.4.2*).

L'origine etimologica del termine *compagno* risale al latino medievale: *companiono -onis*, composto di *cum* «insieme con» e *panis* «pane», cioè «colui che mangia il pane con un altro». Il termine racchiude in sé il *nutrimento reciproco* e la *reciprocità del nutrimento*. Infatti, indica Colui che è legato ad Altri da una condivisione profonda e intima, un desiderio interiore congiunto che spinge a percorrere lo stesso cammino.

Quindi, all'interno di Movimento Biologico, il Compagno, oltre a non essere un Antagonista, non si riduce neanche a semplice Partner. Alla luce dell'etimologia riportata, il Compagno nutre Chi pratica e Chi partecipa nutre il Compagno: insieme danno vita ad un Noi che supera la dicotomia *Io e Te*. Ognuno sa chi è, ma attraverso l'Altro scopre che può essere *anche* come Lui. Però, non la sua copia. I *neuroni specchio* sono la chiara dimostrazione di come il sistema umano sia predisposto per ricevere informazioni dagli esseri viventi e dalle cose lo circondando, per imparare percependo (*Parte II - Sottoparagrafo 16.1.3*).

Il Compagno diventa un *enzima*, un catalizzatore di alternative: è l'Altro da Me che si fa Me, è il Me che si fa Altro. Infatti, nel corso di un laboratorio, non vengono mai proposte esclusive pratiche individuali, solipsistiche: l'Altro è un modello a cui anelare, non da emulare. Ad esempio, se la leggerezza rappresenta il tema di riferimento, l'Altro dà la misura di quanto il Soggetto sia ancora pesante o leggero in modo diverso dall'Altro. Questo è possibile solo se il Praticante si dà il permesso di capire che è una questione di sguardo, non di esercizio o di narrazione fine a se stessa, poiché è l'attenzione che crea la realtà, non il contrario: non è l'esperienza che cattura l'attenzione, ma è dove viene direzionata l'attenzione che crea un'esperienza piuttosto che un'altra.

4.4 Re.azione

Le esperienze comprese in questa famiglia sono finalizzate ad indurre adattamenti positivi rispetto alla capacità di reagire a stimoli di complessità variabile esibendo azioni coerenti rispetto alla situazione rapidamente letta.

Esempi:

- 'Scalpo'
Ognuno posiziona un fazzoletto all'altezza del bacino. I Praticanti, divisi in coppie o in gruppi, tentano di sottrarre il fazzoletto all'Avversario, salvaguardando, contemporaneamente, il proprio.
- 'Raccattapalle'
I Partecipanti sono divisi in coppie: Uno stringe, in entrambe le mani, una pallina da tennis, che lascia cadere, all'improvviso; l'Altro tenta di recuperarle e mantenerle in equilibrio su delle tavolette rettangolari che tiene in mano.

- ‘Sensitivo’

I Partecipanti si predispongono in coppie, Uno di fronte l’Altro: Uno mantiene le braccia tese di fronte alle spalle, con il palmo rivolto verso il basso, mentre tiene una pallina da tennis in ciascuna mano; l’Altro appoggia il palmo delle proprie mani sulle proprie cosce. Le palline sono lasciate cadere ed il Partner che ne è privo deve cercare di recuperarle prima che tocchino terra.

4.5 Co.ordin.azione – Esplor.azione – Integr.azione

Esempi di esperienze di *co.ordin.azione*:

- sequenze di giocoleria;
- esperienze di equilibrio oggetto-soggetto (es. tenere bastone in equilibrio sui polpastrelli delle dita);
- esperienze di equilibrio soggetto-oggetto (es. in appoggio monopodalico, rimanere in equilibrio su una trave);
- esperienze di palleggio di palline riproducendo un ritmo dato;
- esperienze di orientamento (es. in coppie, Uno muove un bastone nello spazio; l’Altro, a distanza prestabilita, ne segue l’estremità con lo sguardo);
- esperienze di coordinazione di movimenti di differenti distretti corporei (es. palleggiare una pallina a terra con una mano e tenere un bastone in equilibrio sui polpastrelli dell’altra).

Esempi di esperienze di *esplor.azione*:

- ‘Floorwork’
Movimenti espressi liberamente sperimentando il rapporto tra corpo, gravità e suolo, ricercando fluidità.
- ‘Floorball’
Il Praticante è disteso a terra e deve muovere il proprio corpo rotolando su una palla, senza mai perdere il contatto, cercando di toccare tutte le parti del corpo con essa.

La separazione tra le *famiglie* è puramente didattica: le esperienze di *integr.azione* assicurano la comunicazione tra le stesse. Inevitabilmente, esperienze motorie complesse richiedono il riferimento a più *famiglie*.

Il gioco ‘passeggero-autista’ è un esempio di esperienza che integra l’*inter.azione* in *rel.azione* e la *co.ordin.azione* oculo-muscolare volta alla *re.azione*. I Partecipanti sono divisi in coppie, Uno di fronte l’Altro. Uno (*il passeggero*) mantiene una pallina da tennis in equilibrio su una tavoletta che tiene con la mano destra (o sinistra), quella sinistra (o destra) è posizionata sulla spalla sinistra del Compagno (*l’autista*). Il Passeggero deve mantenere la pallina in equilibrio mentre segue l’Autista, nel suo movimento libero nello spazio, grazie al contatto della propria mano sulla spalla del Partner.

In questa *famiglia*, la costante mutevolezza delle esperienze comporta un’alternanza di stati di disequilibrio, che conducono alla maturazione di nuove competenze, e di equilibrio, che consolidano i programmi motori esperiti in precedenza. La costruzione di un bagaglio motorio ampio e flessibile dipende dall’attivazione e conservazione di numerosi circuiti nervosi. La ricchezza del patrimonio motorio dipende dalla varietà di ciò che si esperisce poiché tali circuiti si attivano in risposta all’azione (Dioguardi, Paola, Reggiani, 2005) Quindi, come l’Uomo si muove influenza, positivamente o negativamente, la plasticità neurale.

La neuroplasticità rappresenta un’invenzione dell’evoluzione per rendere possibile l’adattamento alle pressioni ambientali oltrepassando le limitazioni dovute al proprio genoma. Di conseguenza, i circuiti nervosi possono modificare struttura e funzione a seconda degli stimoli (Ramachandran, 1993; Meraviglia, 2012). Quindi, l’Uomo è un organismo altamente adattivo, capace di apprendere e riapprendere (Purves, 1988).

4.6 Mim.azione – Immedesim.azione – Incarn.azione – Simbolizz.azione

In prima battuta, i concetti di *mimazione*, *immedesimazione*, *incarnazione* e *simbolizzazione* suscitano un'impressione di *astrazione*. Tuttavia, dal momento che il pensiero stesso è causa ed effetto del Movimento, anche l'*astrazione* meriterebbe un posto all'interno delle *famiglie dell'azione*.

Comunque, pratiche che permettono ai Partecipanti di empatizzare con gli elementi della natura, fino alla ri-scoperta di esserne loro parte integrante, permette l'ottimizzazione dei sensi.

Esempi:

- i Partecipanti si dispongono nello spazio ad occhi chiusi. Il Facilitatore chiama in causa elementi naturali che vengono incarnati dagli Altri.
- l'esperienza è analoga alla precedente, ma il gruppo è suddiviso in due o più sottogruppi di elementi naturali, che la Guida conduce all'ascolto reciproco e all'interazione.
- i Partecipanti si dividono in coppie, in cui: Uno rimane ad occhi chiusi, in attesa del Compagno che gli sussurra all'orecchio la parola che lo faciliterà ad incarnare.

Negli esempi proposti, ogni Membro è attore e spettatore, di Se Stesso e dell'Altro, mediante il riflesso interno-esterno prodotto dalla parola: ogni pulsione è trasformata in Movimento (es. perturbamento, emozione, sorriso, lacrime). Sicuramente, l'immedesimazione in ciò che l'Altro ha voluto rappresentare abilita e ri-abilita *comprensione* e *compassione*. Allo stesso tempo, l'incontro con la *molteplicità* fa in modo che l'*unicità* sia spinta ad emergere.

Il *farsi qualsiasi cosa* dell'universo predispone al diventare un altro Sé: quello non ancora svelato, rimasto intrappolato dentro.

4.7 Vocalizz.azione

In questo caso, la voce non è impegnata come «veicolo della parola», ma come «linguaggio non verbale composto da suoni e rumori con i quali si manifesta la vibrazione psicocorporea» (Gamelli, 2011). Affinché ciò sia possibile, è necessario predisporre all'ascolto di Se Stessi e degli Altri. Al tempo stesso, rappresenta un sistema per vivere ed elaborare emozioni.

Esempi:

- corroborare l'espressione di una sequenza motoria libera con un suono spontaneo (es. grave o acuto, continuo o intermittente).
- in coppia, un Partner immagina di “lanciare” la propria voce all'Altro dando movimento a quel suono. Il Partner “riceve” quel suono con un movimento coerente con le caratteristiche dello stesso e risponderà con un altro suono.

4.8 Senza azione – Medit.azione

Le intuizioni emerse durante le pratiche motorie possono sedimentare grazie alle esperienze che rientrano in tale contenitore.

Esempi:

- rilassamento muscolare di Jacobson
- training autogeno

Il *silenzio immobile* differisce completamente da un *silenzio in movimento*. Infatti, in movimento è inevitabile trovarsi fuori da Sé. Invece, la quiete orienta all'interiorizzazione: Ognuno è impegnato ad osservare con attenzione ciò che è, così come è: pensieri, ricordi, emozioni, sentimenti, ecc. La vera libertà sussiste nel momento in cui si è in pieno *dominio di Sé*, a cui ci si allena attraverso la quiete.

Capire Se stessi come *esseri umani* è la *via alla saggezza*. Ciò non si realizza tramite una teoria, ma grazie all'esperienza diretta: la meditazione coltiva la *presenza mentale*, che guida alla Consapevolezza. Quest'ultima assicura la *tranquillità*, quello stato di flessibilità in cui la mente rimane stabile, indipendentemente da ciò che accade al suo interno o vicino: pensieri e sentimenti emergono senza comportare una perdita di equilibrio (Nairn, 2000).

La Consapevolezza acquisita mediante le pratiche di medit.azione non si limita a questi momenti, ma si estende alla quotidianità. Quindi, la presenza ad ogni propria azione si configura come *atto di responsabilità* rispetto a Se Stessi e l'Altro.

5. LA CREAZIONE DI UN LABORATORIO ESPERIENZIALE

5.1 L'attività progettuale

Il dinamismo progettuale e l'adattabilità delle pratiche sono le basi per la concretizzazione di qualsiasi intervento di Movimento Biologico. Questo consente di realizzare singole sessioni mono-tematiche, ma anche cicli di sessioni che diano spazio allo sviluppo di più temi corporei. Ciò che anticipa la messa in atto di qualsiasi intervento è particolarmente rilevante. Quindi, ogni laboratorio esperienziale è preceduto da una fase di *analisi preliminare*, di *progettazione* e di *sviluppo* (Calvani, 2007).

La fase di *analisi preliminare* permette di conoscere i Soggetti destinatari dell'intervento, rispetto alle loro caratteristiche di partenza e le relative aspettative particolari, oltre all'analisi del contesto ambientale di intervento. Così, gli obiettivi da perseguire possono essere individuati e ordinati gerarchicamente.

Nella fase di *progettazione* vengono stabilite le strategie operative di intervento. Quindi, l'insieme di azioni attuanti il laboratorio vengono anticipati razionalmente. Tempi, materiali, strumenti di supporto, strategie d'insegnamento, ecc. sono definiti.

La fase di *sviluppo* rappresenta il momento in cui predisporre il necessario per l'intervento.

5.2 L'unità funzionale

Il singolo laboratorio esperienziale costituisce l'unità funzionale di Movimento Biologico ed è organizzato in una progressione di tre fasi: *attiv.azione*, *specific.azione*, *rielabor.azione*.

Tipicamente, la fase di *attiv.azione* prevede esperienze di *sens.azione*, *respir.azione* ed *esplor.azione*. Quindi, è finalizzata a predisporre il Soggetto alla pratica.

La fase di *specific.azione* è quella più corposa perché le esperienze sono orientate a dare impulso allo sviluppo di capacità e competenze motorie, cognitive, espressive, relazionali ed emotive. Nello specifico, si verifica il passaggio dall'universalità del corpo al particolare di una singola qualità (es. equilibrio, empatia, modulazione vocale).

La fase di *rielabor.azione* consente di consolidare quanto esperito nella fase precedente. Quindi, gli elementi chiave dell'esperienza, attraverso un processo guidato di significazione, sono ricavati per poter essere applicati, in modo generalizzato, all'universo Corpo. Le esperienze più adottate in questa fase sono: di *integr.azione*, *simbolizz.azione*, *incarn.azione*, *medit.azione* e *senza azione*.

5.3 Scelta del tema

Nel caso del rapporto Individuo-Facilitatore, il colloquio iniziale è finalizzato a decodificare i bisogni dell'Allievo perché su di questo si basa la determinazione del tema e le esperienze proposte. Invece, se il Facilitatore si rapporta ad un gruppo, una parte di generalizzazione è imprescindibile: la pianificazione risponde a ciò di cui ha tipicamente bisogno un Essere Umano per essere *completo*. Tuttavia, in un gruppo costante (es. nelle scuole), con cui il rapporto si protrae per un certo lasso di tempo, possono essere somministrati dei questionari dai quali ricavare dei bisogni più specifici.

5.4 Linee di orientamento per la programmazione

- Prospettive
 - fisica
 - fisiologica
 - psicologica
 - sociale
 - culturale
 - esistenziale

- ...
- Elementi
 - radicamento
 - spazio-tempo-energia
 - equilibrio
 - stabilità
 - densità
 - respiro
 - allineamento
 - tensione-rilassamento
- ...
- Aspetti
 - forma
 - ritmo
 - flusso
 - elasticità
 - leggerezza
 - vitalità
 - creatività
 - intenzionalità
 - unità
- ...
- Processi
 - integrazione respiro-movimento
 - limiti
 - motivazione
 - relazione
 - incontro con l'altro
 - sviluppo di sé
 - esperienza della qualità del movimento
- ...

5.5 Principi pedagogici

- Stimolare la Consapevolezza corporea, l'arte del discernimento, tutto ciò che è nel Leib, costituisce il nucleo delle pratiche.
- Offrire un percorso organico (organizzato), disciplinato di scoperta e riscoperta delle alternative motorie: offrire la possibilità di fare diversamente ciò che è abituale perché la libertà deriva dall'ampliamento delle possibilità che hanno a disposizione.
- Sospensione delle aspettative: l'enzima che aiuta è la *mente del bambino*, non c'è niente prima dell'esperienza e ciò che entra si colloca in uno spazio di neutralità.

5.6 Lineamenti metodologici

Rappresentano il filtro con cui si verifica il *programma* della pratica basata su un tema.

- Promuovere esperienze motorie corporee che abbracciano un ampio spettro di attività mondiali, filosofie, stili, ecc. Quindi, attraverso il setting psico-motorio, viene assicurato spazio ed integrazione tra dimensione motoria, simbolica e rappresentativa.
- Viva presenza al come dell'esperienza.
- Significazione cognitiva, emotiva, espressiva, ecc. dell'esperienza.
Come fare dipende da *perché farlo*, cioè dal risvolto che può avere nella quotidianità.
- Matrice ludica come fondamento delle esperienze.

Il gioco garantisce l'accesso alla *piacevolezza*. Invece, ciò che non piace non produce potenziali di ricompensa: per coercizione si performa, non si impara a lungo termine.

- Ruolo generativo dell'Altro.
Tutto ciò che viene proposto all'interno delle pratiche prevede un rapporto con l'*alterità*: l'Altro che è *in* Me, Io che posso entrare *nell'*Altro; l'Altro che è *con* Me; l'altro che è *per* Me. Nel Noi si genera una dimensione di possibilità che, altrimenti, non sarebbe accessibile.
- Focus su respiro come accompagnatore della pratica, prestando alla attenzione al fatto che non si blocchi.
- Minimizzazione della spesa energetica e della velocità perché consentono il rilassamento e l'emersione dei parassitaggi.
La capacità di sentire si eleva grazie alla riduzione dell'impegno neuromuscolare nel fare. Rallentare, ridurre l'ampiezza del movimento alla ricerca della pura piacevolezza sensoriale, abbandonando la forma esecutiva perfetta. Così, vecchi schemi motori possono essere sostituiti grazie alla nascita di ulteriori alternative cinetiche.

5.7 Strategie didattiche

Derivano da lineamenti metodologici.

- Non proporre sequenze ripetitive (no esercizi).
Richiamando le parole di Bernstein «ripetere senza ripetere». Infatti, l'esperienza può essere la stessa, ma il focus è sempre diverso.
- Evitare il solipsismo.
Nell'interazione con l'Altro aumenta la possibilità di quiete. La parasimapticotonia favorisce il riposo ed i processi di guarigione.
- Non pretendere forme esecutive rigide (meccanicizzazione).
- Lasciare spazio alla libera espressione (es. esplorazione guidata, scoperta guidata, problem solving) in cui il Soggetto è chiamato a trovare soluzioni ai problemi.
- Focus attentivo (*Parte II - Paragrafo 17.7*).
Alternare sistematicamente focus interno ed esterno è la chiave per ottenere sviluppo motorio.

6. PROPOSTE PRATICHE

Movimento Biologico è caratterizzato da un approccio multidimensionale al movimento, combinando le varie dimensioni: sensoriale, percettiva, espressiva, simbolica, comunicativa, relazionale, ludica, creativa, cognitiva, spirituale, ecc. Affinché ciò sia possibile, il programma integra: tecniche di meditazione formale ed informale, psicoeducazione sullo stress e la gestione emotiva, pratiche dialogiche, pratiche di respirazione, movimenti espressivi liberi, giochi motori, pratiche di anatomia esperienziale, esercizi di problem solving motorio, pratiche vocali ed ulteriori alternative di insegnamento-apprendimento mediate dal movimento, armonizzate mediante il filtro della pedagogia corporea e dell'apprendimento incarnato.

Di seguito, sono proposti laboratori esperienziali che consentono di applicare Movimento Biologico al trattamento dei Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione. L'obiettivo è aiutare i Pazienti ad intervenire in ambiti tipicamente compromessi, alterati, deficitari a causa del disturbo.

Nel rispetto delle Persone stesse, gli interventi devono essere gradualità. Infatti, ogni laboratorio risulta propedeutico a quello successivo. Nello specifico, un *laboratorio sull'attenzione* costituisce il punto di partenza per affrontare le problematiche relative ai *deficit cognitivi*, in particolare: attenzione, con ricadute sull'elaborazione corporea, e controllo inibitorio. Successivamente, il *laboratorio sulla fluidità* consente di smussare gli spigoli della *rigidità cognitiva* a partire da quelli anatomici. Solo a questo punto, un *laboratorio sulla respirazione* trova spazio, in senso metafisico e fisico: le strutture sono predisposte ad accogliere. Ovviamente, il *laboratorio sulla vocalizzazione* segue spontaneamente, data la correlazione tra respiro e voce: in risposta all'*allessitimia*, usare la vocalizzazione fino a riabilitare la parola e rendere possibili scambi dialogici con l'Altro. Finalmente, un *laboratorio sul tatto affettivo* può ergersi sulle fondamenta della fiducia.

L'introduzione di ogni laboratorio illustra le motivazioni che hanno spinto a concepirlo e proporlo. Quindi, è spiegato lo svolgimento di ogni fase che lo compone, specificando modalità esecutive e durata temporale delle singole pratiche.

LABORATORIO SULL'ATTENZIONE

INTRODUZIONE

In questa introduzione saranno ripresi aspetti trattati nella *Parte I e II*. L'intento è spiegare perché proporre a Pazienti con DA un laboratorio, animato da pratiche di Movimento Consapevole, avente l'attenzione come tema centrale.

Deficit cognitivi

Nel *Paragrafo 7.3 – Parte I*, la valutazione cognitiva dei Pazienti con DA è articolata su due livelli: i *deficit legati alla malnutrizione* ed i *deficit legati allo specifico funzionamento mentale*.

L'attenzione risulta particolarmente intaccata tra i *deficit legati alla malnutrizione*.

Nell'AN, l'*attenzione selettiva* è significativamente ridotta, soprattutto quando l'oggetto di interesse fa riferimento alla valutazione di Sé/Altro, corpo ed alimentazione. I *processi di controllo* rappresentano un'altra componente attentiva deficitaria (*Parte I - Sottoparagrafo 7.3.1*). Nel caso di BN, il cibo o il proprio corpo costituiscono gli stimoli salienti, con priorità di processamento rispetto ad altri (*Parte I - Sottoparagrafo 8.3.1*).

I Pazienti che soffrono di BED associano il cibo ad una forma di ricompensa, con una maggiore attivazione del sistema neurale impiegato nell'elaborazione di stimoli alimentari. Quindi, in virtù della valenza positiva attribuita all'assunzione di cibo, l'attenzione selettiva riesce a deviare da situazioni negative: lo stress viene strategicamente contrastato mediante l'ingestione di cibo (*Parte I - Sottoparagrafo 9.3.1*).

Controllo attentivo ed esecutivo, secondo il modello *Skillful Attention* non sono un esclusivo fenomeno mentale, ma un controllo motorio di ordine superiore: un esperto *controllo motorio (skillful movement)* favorisce un *controllo cognitivo* di qualità (*skillful cognitive control*). Allora, le abilità attentive sono influenzate dalle pratiche di Mindful Movement: ogni pratica motoria stimola meccanismi di inibizione e selezione di ordine superiore e coltiva processi che coordinino *piani motori, attenzione ed obiettivi esecutivi* (*Parte II - Sottoparagrafo 17.6.0*).

Secondo il modello *Mindful Learning*, l'*apprendimento consapevole* non deriva da uno sforzo focalizzato su un determinato stato mentale (*focused attention meditation*), ma è prodotto dalla discriminazione tra le alternative che emergono durante lo svolgimento di un compito. Quindi, può essere favorito dal Mindful Movement grazie alla distinzione conscia tra le alternative sensorimotorie. L'attività sensorimotoria offre le condizioni per una *presenza consapevole* nell'apprendimento: il movimento produce feedback immediati, consistenti in sensazioni concrete, che accompagnano nella scoperta e nel perfezionamento di un'azione. Ciò è indispensabile per l'apprendimento dell'auto-regolazione e delle abilità (*Parte II - Sottoparagrafo 17.6.1*).

Le pratiche di Mindful Movement ampliano il campo di situazioni attentive e sensorimotorie, rappresentando un mezzo per rinvigorire il *controllo qualificato dell'attenzione (skillfull control of attention)*. Nel Modello di Clark, Schumann e Mostofsky, attenzione e funzione esecutiva si collocano all'interno procedure sensorimotorie: il controllo motorio di ordine superiore, durante il movimento, assicura un meccanismo che integra *pianificazione sensorimotoria, rilevazione dell'errore e presa di decisione*. Nel corso delle pratiche, il Soggetto accresce l'abilità di utilizzare i feedback differenziati che derivano dal movimento, applicando alla situazione corrente ciò che è stato appreso in precedenza, in domini diversi. Di conseguenza, risposte abituali non coerenti con la situazione vengono fornite quando, a causa di un inadeguato focus mentale, le distinzioni rilevanti rimangono inosservate.

I *deficit legati allo specifico funzionamento mentale* fanno riferimento alle funzioni esecutive che consentono l'elaborazione delle informazioni intero- ed esteroceettive, per comportarsi adeguatamente rispetto ad uno scopo. In questi Pazienti, il controllo inibitorio è tra le componenti maggiormente colpite.

Nel caso di Pazienti AN con sottotipo caratterizzato da abbuffate e successive condotte di eliminazione, la difficoltà nell'inibire risposte inappropriate causa impulsività, con assunzione sregolata di cibo e ricerca di strategie di compenso (*Parte I – Sottoparagrafo 7.3.4*).

Condotte alimentari inappropriate, associate ad elevati livelli di impulsività, sono evidenti anche nei casi di BN (*Parte I - Sottoparagrafo 8.3.4*).

I Pazienti con BED riportano deficit nella capacità di inibire risposte automatiche o comportamenti non adeguati al contesto: preferiscono una ricompensa più piccola, ma immediata, piuttosto che una maggiore implicante attesa (*Parte I - Sottoparagrafo 9.3.3*).

Una maggiore Consapevolezza, come atto di tracciare inedite distinzioni, equivale ad una maggiore sensibilità al contesto e ad un maggiore controllo sulla propria vita. L'apprendimento basato sulla discriminazione sensoriale segue il principio della comparazione: il confronto permette alle peculiari caratteristiche di un'esperienza di emergere rispetto al percepito raccolto. Così, nuove modalità di agire possono essere scoperte.

Le pratiche di Mindful Movement sono prive di ripetizione standardizzata affinché l'Individuo possa sperimentare soluzioni motorie alternative. Inoltre, velocità esecutive e sforzi fisici contenuti, riducendo la tendenza all'attivazione di programmi motori precostituiti, favoriscono l'esplorazione e l'ascolto sensoriale delle nuove soluzioni (*Parte II - Sottoparagrafo 17.6.2*).

I Praticanti evolvono in *praticanti discenti auto-diretti* (*self-directed learners*) grazie alle esperienze di Movimento Consapevole che alimentano le abilità percettivo-motorie e le strategie esplorative. Infatti, coerentemente con il Mindful Learning (*Parte II - Sottoparagrafo 17.6.2*), nel corso delle pratiche, i processi di selezione del comportamento diventano più efficaci ed efficienti sulla base delle differenze riscontrate. Ciò si verifica poiché le Persone si rendono più consapevoli delle soluzioni adottate rispetto ai problemi abituali e le sensazioni correlate, così come affrontano situazioni inedite (*Parte II - Sottoparagrafo 17.7.2*).

L'elaborazione corporea

L'elaborazione della configurazione corporea focalizzata sulle singole parti è un ulteriore tratto distintivo dei Pazienti con DA (*Parte I - Sottoparagrafo 6.1.1*). Nella percezione e valutazione estetica ed affettiva del corpo, tale tendenza al dettaglio è spiegabile dalla rigidità del canone di rappresentazione (*Parte I - Sottoparagrafo 6.2.1*).

Le teorie che correlano l'attenzione all'apprendimento sottolineano come il *focus esterno* favorisca l'apprendimento. Secondo la *Constrained Action Hypothesis* (*Parte II - Sottoparagrafo 17.7.1*), il focus attentivo *interno* spinge ad un *controllo conscio* dell'azione, rispetto al focus *esterno*, che consente di sfruttare processi riflessi, rapidi ed inconsci, favorendo un *controllo automatico*. La convinzione che le pratiche di Mindfulness esaltino solamente il focus interno (*Parte II - Sottoparagrafo 17.7.0*) è dovuta ad un'erronea attribuzione di significato al focus attentivo esterno (*Parte II - Sottoparagrafo 17.7.2*). Infatti, il focus sulla *qualità del movimento* (*Parte II - Sottoparagrafo 17.7.3*) è una declinazione di *focus esterno*: prestare attenzione alle sensazioni durante il Movimento ed i suoi effetti sul comportamento (focus esterno) è molto diverso dal focalizzare l'attenzione sul controllo volontario del movimento (focus interno).

In aggiunta, *come* si presta attenzione è importante, non solo a *cosa*: prestare attenzione al proprio agire in modo *non giudicante, amorevole* corrisponde a rivolgere l'attenzione alla *qualità motoria* e coincide, a tutti gli effetti, con un *focus esterno*. L'atteggiamento adottato durante le pratiche di Mindful Movement è *esplorativo* e non *prestativo*. Fenomeni di auto-valutazione ed auto-regolazione possono essere innescati da istruzioni che spingono ad un focus interno (es. «tieni la schiena dritta»). Così, le emozioni sono deputate a fornire informazioni: quelle positive, segnalano di continuare; quelle negative, indicano la necessità di cambiare. Quando la performance risulta adeguata al compito, eventi di auto-regolazione sono assenti e a ciò si associa un'autostima positiva: lo spontaneo manifestarsi del Movimento non subisce ingerenze. Invece, un processo di auto-valutazione negativo comporta un impegno più controllato e meno efficiente del proprio corpo (*Parte II - Sottoparagrafo 17.7.3*).

L'esperienza di concentrazione (focalizzare l'attenzione) è un'esperienza motoria, come le pratiche motorie sono pratiche meditative a tutti gli effetti perché sono uno strumento per osservare *come faccio ciò che faccio*. Non sono pratiche di rilassamento, ma mostrano la realtà così come è.

Il lavoro sottrattivo per tornare allo *stato staminale* necessita di riconoscere anche che, ad un certo punto della esistenza, si è diventati *distrainibili*: la *frammentazione dell'attenzione* è proprio una delle resistenze per tornare allo stato staminale. Tornare *lì* significa darsi la possibilità di riscoprire *come* e *dove* si è in uno stato di concentrazione, quando qualcosa non riesce ad entrare perché ciò che si è impegnati a fare è più importante.

L'anelito è tornare a fare in modo che tutte le proprie risorse attentive siano impegnate per un singolo stimolo saliente, piuttosto che tutti gli stimoli siano salienti per le risorse attentive.

LABORATORIO ESPERIENZIALE

20' *Introduzione* - in cerchio di condivisione

Il Facilitatore, rispettando il proprio stile personale, cerca di creare un coinvolgimento emotivo che possa favorire un *campo* di risposta fecondo, animato dalla concettualizzazione astratta (prima) e dall'esperienza concreta (poi).

10' *Passaggio di 'stato'*: dal cognitivo (top-down) all'esperienziale (bottom-up)

I Praticanti sono in stazione eretta, in posizione di radicamento.

Inizialmente, il Facilitatore li invita a rivolgere l'attenzione alla sensazione tattile dei piedi a terra. In seguito, cominciando a muovere i piedi stessi, possono confrontare le variazioni sensoriali (es. appoggiare sul tallone, salire sulle punte, oscillare a destra e sinistra).

La Guida, gradualmente li accompagna a focalizzare l'attenzione sulle varie parti del corpo, proseguendo la scansione verso l'alto ed integrando tutti i movimenti che nascono spontaneamente: ginocchia, anche, colonna vertebrale, collo, spalle, braccia, gomiti, dita.

15' *Attivazione*

'Sensitivo' [5' + 5']

La pratica si svolge in coppia, Uno di fronte all'Altro. Uno distende le braccia di fronte a Sé, stringendo in entrambe le mani una pallina da tennis. L'Altro, posizionando il palmo delle mani sotto le palline, deve recuperare quella lasciata cadere prima che tocchi terra.

Inizialmente, Chi tiene le palline può segnalare quale lascerà cadere; poi, il rilascio avverrà all'improvviso. Per aumentare la difficoltà, il palmo delle mani di Chi cerca di recuperare la pallina può assumere varie posizioni: sulle proprie cosce; sui propri glutei; sul dorso delle mani del Compagno; sul dorso delle mani del Compagno, mentre gli occhi sono chiusi e si riaprono appena l'Altro lascia la pallina; sul dorso delle mani del Compagno, mentre gli occhi sono chiusi e si riaprono solo dopo aver cercato di afferrare la sfera.

'Equilibrio bastone corto' [5']

La pratica si svolge in coppia, Uno di fronte all'Altro. A turno, Uno afferra l'estremità di un bastone corto e lo lascia cadere verticalmente sul palmo della mano dell'Altro, che cerca di mantenerlo in equilibrio sulla base dell'estremità opposta.

40' *Specificazione*

'Equilibrio matita-fili' [10']

Due Praticanti sono seduti, ad una certa distanza, Uno di fronte l'Altro, uniti da due spaghi, di cui Ognuno stringe un'estremità.

Gli spaghi fungono da binari su cui scorre una matita posta orizzontalmente, che deve viaggiare da un capo all'altro. L'oggetto si muove grazie agli impulsi prodotti dalle Persone e trasmessi dai fili. Però, i Compagni devono cooperare affinché la matita non abbandoni mai i binari.

Si possono prevedere evoluzioni cercando di riporre la matita all'interno di un bicchiere di plastica che affianca gli spaghetti o appoggiandola sopra un blocchetto dalle dimensioni ridotte.

‘Pall-8’ [10’]

I Membri di ogni coppia si dividono, disponendosi in due gruppi allineati, Ciascuno di fronte all'Altro, a circa 3-5 mt (variabili a seconda della capacità). In un gruppo, Tutti hanno a disposizione palline da ping-pong e nell'altro, lo stesso numero di bicchieri di plastica.

L'obiettivo è fare canestro, con la pallina da ping-pong, nel bicchiere del Compagno. Chi tiene la pila di bicchieri, ad ogni canestro, sfila un bicchiere da sotto e lo infila sul bicchiere superiore, sul quale è presente anche la pallina da ping-pong. La pila diventa sempre più instabile all'aumentare del numero dei bicchieri con le palline.

‘Equilibrio bastone lungo con disturbo’ [5’+5’]

In coppia, Uno tiene in equilibrio un bastone lungo sulle dita di una mano, mentre il Partner cerca di disturbarlo.

‘Occupare il cerchio’ [5’]

Tutti sono distribuiti casualmente in un lato della stanza, ad occhi chiusi. Il Facilitatore, sul lato opposto, lascia un cerchio, che Ciascuno, seguendo il suono della caduta, dovrà cercare di raggiungere senza aprire gli occhi.

‘Senza far cadere una goccia’ [5]

I Partecipanti si dividono in due gruppi organizzati in due file. I Membri di ciascun gruppo collaborano per passarsi, da un'estremità all'altra, un bicchierino colmo di acqua, senza far cadere neanche una goccia.

Il bicchiere passa tra le mani di Tutti e l'obiettivo è cercare di osservare cosa succede: la strategia di movimento adottata dai Compagni (es. Chi aspetta e Chi va verso); Alcuni sembrano spaventati, Altri più sicuri. Fino al punto di arrivare ad interrogarsi su cosa succeda se, invece di distrarsi dopo che è stato svolto il proprio turno, si cerchi di sostenere i Compagni con la propria intenzione.

15' *Sediment.azione*

Il Facilitatore offre ulteriori immagini *ancora* per ricordare i ruoli dell'attenzione: il *faro*, che rappresenta l'attenzione come strumento di difesa e auto-determinazione; il *setaccio*, che separa il puro dall'impuro, ciò che si vuole trattenere da ciò che si vuole lasciar andare; il *giocoliere*, poiché l'Uomo, essendo l'essere vivente più competente a regolare e coordinare l'attenzione, ha raggiunto vertice della catena alimentare (quindi, del regno animale); il *pilota d'aereo* che governa funzionalità complesse; una *diga* che contiene e regola flussi.

In questo contesto, l'immagine della *lente di ingrandimento* può essere particolarmente suggestiva: come una lente può accendere un fuoco facendo convergere l'energia della luce del sole, l'attenzione può incrementare la forza della presenza mentale; tuttavia, proprio come la lente, può distorcere la realtà se si dimentica di aprirsi ad un'attitudine *orizzontale*. La verticalità attentiva produce l'eccellenza, ma il resto viene spesso distorto.

L'attenzione è una lente di ingrandimento: rende visibile ciò che è sfumato. Puntualizza il punto focale, ma sfuma tutto ciò che è intorno. Il *non visto* è proporzionale al livello di focalizzazione raggiunto: tutto ciò che si guadagna in profondità, si perde in estensione. È una funzione molto capace a fare una sola cosa, fino ad uccidere.

Sussiste un compromesso tra la conquista dello spazio del *fusto* della verticalità e della larghezza delle *fronde* dell'estensione. Una punta più lunga presuppone una base labile: si deve essere consapevoli di ciò che si perde al progredire della specializzazione attentiva (dimensione attentiva procede in verticalità).

È bene sottolineare che, nelle varie pratiche proposte, la capacità di equilibrio è stata ripetutamente stimolata. Mantenere l'equilibrio richiede adattamenti per bilanciare forze in condizioni statiche e dinamiche. Ovviamente, l'esperienza è motoria, ma anche mentale: viene sperimentato lo *squilibrio*, cosa si provi sul piano fisico quali emozioni emergano; si sperimenta

una situazione difficile da affrontare, ma in maniera funzionale, per poi essere più stabili e pronti a reagire; si acquisisce maggiore sicurezza frutto del successo nel superare una situazione stressante.

L'equilibrio è uno stato dinamico. Non esiste equilibrio senza Movimento, che sia: un'oscillazione cellulare, il battito del cuore, il respiro, l'oscillazione onda-particella, un suono *vibrazionale* o un *Movimento Biologico*. Così, la vita: oscillazioni intorno ad un centro di riferimento sussistono e non saranno mai assenti, ri-cadute e ri-salite, buio e luce. Tuttavia, sapendo la direzione del faro, sarà sempre possibile ritrovare la vi(t)a (*Parte II – Paragrafo 16.2*).

10' *Conclusione formale*

Il laboratorio si conclude con un momento di ringraziamento: riconoscere a Se Stessi il merito per essersi presi del tempo da dedicare alle pratiche ed ai Compagni, per essersi presi cura di questo spazio virtuoso.

Qualsiasi sia l'energia (positiva o negativa) che emerge, è una benedizione perché è un privilegio: finalmente, ci si può permettere il Ben-essere, in un percorso di *fioritura personale*, senza rincorrere la sopravvivenza.

LABORATORIO SULLA FLUIDITÀ

INTRODUZIONE

La flessibilità cognitiva nei DA

Le problematiche relative al costrutto della flessibilità cognitiva nei Pazienti con DA sono state illustrate nella *Parte I*. Successivamente, sono state brevemente riesaminate nella *Parte II* per suggerire come la Mindfulness possa offrire un apporto positivo. Quindi, in questa *Parte III* si offriranno delle suggestioni pratiche per promuovere maggiore fluidità, a partire dal piano sensoriale. Essere fluidi, prima di tutto e soprattutto, è un'esperienza corporea, piuttosto che una conquista cognitiva, psicologica, narrativa. Movimento Biologico offre le esperienze per re-imparare a fluire.

Nel *Paragrafo 17.3 – Parte II* è sottolineato come la *Consapevolezza del sentire corporeo* stia acquisendo una rilevanza crescente nei percorsi psicoterapeutici: *prestare attenzione*, intenzionalmente, nel momento presente e senza giudizio, alle cose come sono, è un'abilità sempre contemplata negli approcci di stampo cognitivo-comportamentale di terza generazione. La Mindfulness promuove la *defusione* rispetto a quello stato che sperimenta il Soggetto quando si percepisce inscindibile dai propri pensieri, che vengono ricondotti a ciò che effettivamente sono: parole, immagini. Così, la *flessibilità psicologica* viene promossa.

Il *set shifting* consente all'Individuo di svolgere compiti diversi, alternando operazioni e processi mentali. I Pazienti con AN sono caratterizzati da comportamenti rigidi ed inflessibili legati al cibo (es. contare le calorie, fare esercizio fisico) ed una fallimentare ricerca di soluzioni alternative ad un problema (*Parte I – Sottoparagrafo 7.3.4*). Nel caso di Pazienti affetti da BN, scarse prestazioni nei compiti di *set shifting* rispondono a tempi più lunghi nell'adozione di nuove strategie, piuttosto che al ripetere regole già note ed inadeguate (*Parte I - Sottoparagrafo 8.3.4*). Nel BED, la rigidità cognitiva, unita alla modesta capacità di pianificazione, influiscono negativamente sulla capacità di valutare i danni a lungo termine di comportamenti alimentari disfunzionali e sulla capacità di concepire strategie di coping allo stress diverse dalle abbuffate (*Parte I - Sottoparagrafo 9.3.3*).

L'*evitamento esperienziale* costituisce il principale ostacolo al perseguimento di maggiore *flessibilità*: strategie per controllare o alterare esperienze interne e tentativi di evitare o controllare l'esperienza esterna sono esibite in modo ripetitivo. All'interno dei laboratori di Movimento Biologico, l'*accettazione* è realizzabile, consentendo l'interruzione del circolo vizioso, per aprirsi e vivere l'esperienza: in un ambiente protetto, estraneo al giudizio, i contenuti temuti sono sperimentati in modo accettabile, osservando ogni cosa per ciò che è. Anzi, la *vulnerabilità* diventa *autenticità* nel confronto con l'Altro, nel suo essere *così umano*.

Fluire

«L'acqua a volte sembra andare contro le leggi naturali, addirittura in salita, ma il fatto è che sceglie ogni strada possibile per poter raggiungere il mare. Può muoversi rapidamente o lentamente, ma il suo obiettivo è inesorabile, il suo destino segnato. Sii come l'acqua, amico mio.»

(Bruce Lee)

Fluire è una necessità ancestrale. La vita si paralizza nella stasi, nell'ordine rigoroso, nella schematicità. Al tempo stesso, la vita si dissolve nella mancanza di legami, nel caos. Allora, il flusso è necessario affinché la vita possa esprimere le sue capacità creative al massimo.

Infatti, la capacità di essere fluidi è il pre-requisito per: esplorare, conoscere e conoscersi, per giocare e giocarsi, per spingersi in luoghi sconosciuti fino ad abitarli.

Gli eventi biografici che intaccano la fluidità (es. coercizioni, frustrazioni, dialoghi svilenti) irrigidiscono, fino a cristallizzare, nel corpo. Così, capacità esplorative, esperienziali ed espressive vengono intaccate.

L'acqua, grazie alla sua intrinseca tendenza all'equilibrio, trova sempre il modo di tornare a casa: arriva al mare.

In questo contesto è importante invitare i Pazienti a custodire ideali, progetti, narrazioni, obiettivi, senza cristallizzarli e, soprattutto, senza che questi li cristallizzino.

Fluire, qualsiasi cosa accada: Chi è acqua è pronto, *nonostante tutto e non solo se*.

Nei momenti in cui la l'Universo invita ad andare, bisogna cogliere l'opportunità e fare del proprio meglio per trarne insegnamenti. Invece, gli ostacoli vanno rispettati: cambiare percorso o insistere, con pazienza, come la goccia che scava la roccia. L'onda imponente, con tutte le sue energie, affronta la crisi. Poi, quando il mare è calmo, concedersi la quiete.

Fluire, ma anche resistere

Tuttavia, fluire solamente non è economico perché non si hanno radici, stabilità vincoli, ecc. Allo stesso tempo, la sola resistenza non è sinonimo di efficienza: se la forza che agisce è più forte del proprio indice di resistenza, si verifica la rottura. Allora, nel corso del laboratorio esperienziale, le pratiche sono finalizzate ad esperire una qualche forma di complementarità.

Il Soggetto si muove e riconosce in Sé gli angoli, le spigolature e toglie quelle che non servono: il cursore si sposta verso la fluidità sottraendo gradi di rigidità, non pretendendo di aggiungere al sistema qualcosa che è assente.

Ne discende che nel rapporto tra *fluire e resistere*, una volta che è stata provata l'*alternativa*, l'obiettivo non è sostituire, ma riconoscere quanto quella modalità preferenziale, che per il Soggetto è abituale, sta superando un certo limite che ha a che fare con una forma di disagio. L'ossimoro poetico è una realtà fenomenica (*Parte III - Paragrafo 3.2*): dentro Ognuno è presente la staminalità di poter essere tutto e nessuna qualità è migliore delle altre. Infatti, solo l'armonia delle complementarità rende interi.

LABORATORIO ESPERIENZIALE

20' *Introduzione* - in cerchio di condivisione

10' *Passaggio di 'stato'*: dal cognitivo (top-down) all'esperienziale (bottom-up)

'Floorwork'

I Partecipanti sono sdraiati a terra ed il Facilitatore li invita ad esplorare liberamente le varie possibilità sfruttando di dialogo cinetico con il pavimento: scivolare, strisciare, rotolare, spingere, ruotare ecc. (Heller-Dani, 2022).

Il Facilitatore suggerisce un atteggiamento non ginnico, evitando movimenti stereotipati, lasciando spazio alla creazione, per sperimentare movimenti nuovi o dimenticati. Al tempo stesso, questa è un'occasione per cercare movimenti fluidi, evitando che la respirazione si blocchi in apnee inconse.

Quindi, nel dialogo tra dimensioni sensoriali, motorie ed emozionali, è possibile cercare risposta a diverse domande: «Come faccio quello che faccio? Cosa provo nel farlo? Quali resistenze incontro? Come posso assecondare la curiosità?».

10' *Attivazione*

'Footwork' - Diade complementare: colpitore – colpito [5' + 5']

I Partecipanti si dividono in coppie ed ognuna ha un bastone (1,20-1,40 mt).

Un Compagno schiva il bastone guidato dal Partner che cerca di "colpire" i suoi piedi. Chi schiva i colpi è vincolato dal non poter mai staccare interamente i piedi da terra. Di conseguenza, diverse

azioni di spinta e perno sui vari punti di contatto dei piedi saranno esperite. Così, Ognuno può conoscere le posizioni che gli concedono maggior grado di movimento. In questo esplorare, capiterà transitare da punti di appoggio più comodi ad altri più spigolosi.

40' *Specific.azione*

‘Muoviti *nonostante tutto* e non *solo se*’ - Diade complementare: stabilità - cambiamento [5'+5']
In coppia, Uno dei due crea un vincolo, mantenuto stabile, su una parte (o più parti simultaneamente) del corpo altrui. Il Compagno esplora i possibili movimenti realizzabili nonostante il vincolo. Così, si apprende come, anche quando qualcosa blocca, resta un ampio margine di movimento (fisico o metafisico).

‘Resisti-Fluisci’ - Diade complementare: resistere rigidamente – fluire accogliendo [5'+5']

La pratica si svolge in coppia e ognuna usa un bastone di legno (1,20-1,40 mt).

Uno dei due, ad occhi chiusi, tiene un bastone di legno in orizzontale, parallelo al pavimento, all'altezza dell'addome. Il Compagno inizia ad applicare delle spinte-trazioni-torsioni (forze di qualsiasi tipo e geometria) sul bastone con l'obiettivo di far perdere l'equilibrio all'Altro.

Inizialmente, Chi stringe il bastone utilizza una risposta di tiro resistente, come se volesse conservare la sua posizione di partenza. Così, può osservare com'è resistere, che vantaggi o svantaggi offre, che emozioni produce, che risultati garantisce, ecc. Poi, il Facilitatore chiede di proseguire cambiando risposta ed adottare l'attitudine del *fluire*: lasciare che la forza disturbante del Compagno attraversi il corpo, come se questo possa comportarsi alla stregua di un'alga stabilmente radicata al fondale, ma capace di fluttuare in relazione alle correnti che riceve. Chi incarna la risposta fluida, anche in questo caso, osserva come cambia la tonalità emotiva, il risultato dell'esperienza, l'efficacia del gesto, ecc.

‘Autonomia fluida’ - Diade complementare: esplorare – rispettare [5']

Pratica individuale in cui Ognuno ha un bastone e ricerca la propria fluidità giocando con lo strumento. I Partecipanti possono muoversi liberamente nello spazio in qualsiasi modo (camminare, distendersi a terra, ecc.) utilizzando il bastone come fosse un prolungamento che aumenta la lunghezza delle leve anatomiche, un mezzo di contatto privilegiato tra parti del corpo lontane o un vincolo attorno cui muoversi.

‘Recinto sensoriale’ - Diade complementare: libertà – limite [15']

Una pratica in gruppo in cui Ciascuno si muove individualmente.

Inizialmente, tutti camminano liberamente ed osservano come si sentono nel godere di questa libertà. Poi, il gruppo viene ‘racchiuso’ in un recinto delimitato da bastoni posti a terra e può muoversi come vuole nello spazio concesso, ma rimanendo ad occhi chiusi. Quindi, i perimetri del recinto vengono contattati con i piedi, o qualsiasi altra parte del corpo. Gradualmente, il Facilitatore stringe ulteriormente il recinto, rendendo il movimento più complesso.

15' *Sediment.azione*

Dopo le fasi precedenti di esperienza concreta, viene aperto uno spazio di osservazione riflessiva, discussione-condivisione di sensazioni, intuizioni, riflessioni ed il Facilitatore fa da moderatore.

10' *Conclusione formale*

Il Facilitatore aiuta a tornare alla calma ringraziando il proprio corpo per l'esperienza motoria appena concessa e per tutto ciò che permette, ed ha permesso, anche se non rispettato. Si ringraziano i Compagni per aver sostenuto lo spazio in cui vivere tale esperienza.

LABORATORIO SULLA RESPIRAZIONE

INTRODUZIONE

Nessun gesto, atto o espressione è *innocente*, ciò vale anche per il respiro: ogni atto respiratorio possiede una peculiarità che può spostare verso il ben-essere o in mal-essere. Tipicamente, ciò dipende da *dettagli* determinanti, discriminanti, non irrilevanti.

La geometria che si manifesta sulle vie aeree è condizionata dall'intenzione con cui si immagazzina aria, dalla geometria delle narici. Infatti, si distingue un *inspiro* che porta la Persona ad *essere* faringe, laringe, trachea perché *verticalizza*, costringe, converge concentricamente, ed un *inspiro* che permette di *essere* alveoli, albero bronchiale, pleure poiché *orizzontalizza*, dilata. Se si pratica un esercizio respiratorio per *aprirsi*, ma si adotta, inconsapevolmente, un'inspirazione *verticale*, si produce un mismatch: quella respirazione chiude, comprime, converge verso la linea mediana. La inspirazione *verticale* deve essere evitata nel caso di nevrosi caratterizzate da una dimensione di controllo, di ossessione, di precisione, come nel caso dei DA: rafforzerebbe schemi e automatismi già strutturati.

La tecnica respiratoria non serve a nulla perché la vita è pura improvvisazione. Il *respiro autentico* non ha niente a che fare con l'abitudine: respirare *bene* significa portare il respiro dove si vuole. Inizialmente, gli esercizi vengono svolti per fornire ai sistemi biologici ciò in cui sono deficitari (es. portare il respiro dove non arriva, allungare una certa fase che non ha una durata spontanea adeguata). Il Soggetto si esercita per *far fare* al respiro ciò che la mente pretende, per poi abbandonare la pretesa stessa. Così, il respiro sarà in grado di essere autenticamente quello che vorrebbe, oltre ogni coercizione.

L'obiettivo delle pratiche respiratorie è estraneo dall'abilitare la versione del *respiro perfetto*, che non esiste: esiste il respiro di un istante, che si può osservare, cercando delle alternative se è appesantito da parassitaggi.

In condizioni di riposo, le escursioni del diaframma sono le principali responsabili della funzione respiratoria (*Parte III - Sottoparagrafo 4.2.2*): quando si contrae, esso si tende ed appiattisce, permettendo l'ingresso di aria nei polmoni, grazie all'aumento del volume della cavità toracica; quando si rilascia, si incurva verso l'alto e favorisce l'espiazione perché tale volume si riduce. La correlazione tra funzionalità diaframmatica e movimenti addominali è minima.

Non esiste una respirazione perfetta, tanto meno lo è quella *addominale*, l'unica che non necessita di *allenamento* perché i maschi sono facilitati, come alcuni fenotipi femminili.

Nel caso di Pazienti con DA, in cui l'addome è una *regione fobica* o che ospita *organi bersaglio* per eccellenza, invitare a respirare gonfiando l'addome come un palloncino, è quanto di più deleterio si possa proporre, rinforzando il focus sugli aspetti caratterizzanti il disturbo stesso.

LABORATORIO ESPERIENZIALE

20' *Introduzione* - in cerchio di condivisione

10' *Passaggio di 'stato': dal cognitivo (top-down) all'esperienziale (bottom-up)*

‘Body Scan’

Il Facilitatore invita i Partecipanti, sdraiati comodamente a terra, a prestare attenzione, in primo luogo, al flusso naturale del loro respiro, osservando le sensazioni istante per istante, senza controllo né giudizio.

Il Facilitatore può offrire vari suggerimenti: osservare il movimento di espansione e retrazione dell'addome e del torace, sentire la freschezza dell'aria che entra durante l'inspirazione e il calore di quella che esce durante l'espirazione, seguire le percezioni tattili dell'aria lungo le vie aeree (narici, gola, bronchi, polmoni).

L'attenzione può essere distratta dal respiro a causa di un pensiero, un ricordo, un'immagine mentale, una sensazione fisica, un suono o un'emozione. In questo caso, il Soggetto nota consapevolmente ciò che accade e riporta, delicatamente, l'attenzione al respiro.

Dalla consapevolezza del respiro, si passa al *Body Scan*: l'osservazione consapevole delle sensazioni corporee (Gan et al., 2022, Anālayo, 2020, Dambrun et al., 2019).

I Partecipanti vengono guidati ad osservare tutte le principali aree anatomiche del corpo, distretto per distretto: dalle estremità delle dita dei piedi all'apice del cranio. La sensazione (es. calore, pesantezza, leggerezza, formicolio, tensione, ecc.) non deve necessariamente emergere in modo chiaro: ciò che conta è che l'attenzione sia focalizzata su quella specifica parte.

Anche in questo caso, l'attenzione può essere distolta dalla parte del corpo su cui si trova per mezzo di un pensiero, un ricordo, un'immagine mentale, una sensazione fisica in un punto diverso, un suono o un'emozione. Allora, la Persona, dopo averlo notato con consapevolezza, ripristina delicatamente l'attenzione sul respiro e sulla parte del corpo che stava osservando.

15' *Attivazione*

‘Cinesfera’

È la prima pratica marcatamente motoria. I Partecipanti, dopo la pratica di body scan in posizione sdraiata, entrano in contatto con la propria corporeità in modo più dinamico. Quindi, è un'occasione per riconoscere affinità e differenze tra le varie esperienze possibili.

Il Soggetto è in posizione eretta e con i piedi nudi. In primis, entra in contatto profondo con il proprio corpo, osservando: le pressioni podaliche sul terreno, il senso di leggerezza o pesantezza, di apertura o chiusura, di espansione o condensazione del corpo e delle sue parti. Poi, il Facilitatore lo invita a produrre movimenti liberi nello spazio, con il solo vincolo di non poter spostare i piedi da terra rispetto alla posizione di partenza. L'obiettivo è incarnare lo spazio fisico che il corpo può effettivamente occupare nel movimento. A questo punto, il Facilitatore propone l'immagine della *cinesfera*: il Partecipante deve immaginare di trovarsi all'interno di una sfera, che ha i diametri delle proprie leve corporee, dove può toccare le parteti interne attraverso i propri movimenti.

Successivamente, il gruppo può essere guidato verso ulteriori esplorazioni.

Per esempio, utilizzando la suggestione del pennello, il Soggetto immagina di avere un pennello attaccato alla punta del dito medio della mano destra e di poter colorare quanto più possibile la superficie della sfera. Così, mentre dipinge, può: prestare attenzione alle sensazioni del corpo; osservare la qualità del movimento; riconoscere se emergano pensieri, immagini, intuizioni, ricordi, emozioni.

L'oggetto della suggestione, in un secondo momento, può essere sostituito con una matita dalla punta sottile. Allora, si osserva come la qualità dell'esperienza varia: come cambiano velocità e

fluidità del movimento; la sensazione di densità del braccio, la pesantezza o leggerezza della mano; lo stato emotivo.

Oppure, immaginando di colorare le pareti interne con un pennello attaccato alla sommità della testa, si osserva se il movimento è: più naturale o innaturale, libero o rigido, sereno o irrequieto, ecc.

I suggerimenti espressi sono solo esempi che favoriscono l'acquisizione di una consapevolezza vivida e incarnata di come i modi per produrre il medesimo movimento siano, potenzialmente, infiniti.

La pratica si conclude con una fase di libera esplorazione. Il Facilitatore invita i Praticanti a muoversi liberamente all'interno della cinesfera, generando intenzioni e impulsi di movimento in autonomia.

La Guida si limita a suggerire di continuare ad essere totalmente presente al momento: osservare la qualità dell'esperienza, senza cadere nella tentazione di coreografare, confrontare o giudicare il proprio movimento rispetto a quello dell'Altro o a un modello mentale ideale.

40' Specificazione

‘Alfabetizzazione alla resa’ [5’]

Il Soggetto è seduto come è più comodo. In primis, espira profondamente, per poi inspirare. Successivamente, nel momento in cui inizia ad espirare, conta da 1 a 10 ad alta voce e ripete il conteggio fino a quando il tronco non sarà completamente privo di aria.

Questa pratica permette di prendere Consapevolezza di quanto non si sappia pienamente attendere che l'espri possa compiersi totalmente, ma si abbia fretta di inspirare.

Dare spazio all'espri permette di concedere nuova vitalità a luoghi fisici del corpo e questo permetterà di conquistare (o riconquistare) nuovi territori interiori che sono, indissolubilmente, fisici prima che metafisici.

La *resa espiratoria* è la condizione preliminare che qualsiasi pratica respiratoria dovrebbe avere per poter impattare significativamente sulla salute: la resa espiratoria cioè, quell'attitudine, caratteristica o qualità che va coltivata perché possano crearsi i presupposti per l'emersione di un respiro naturale, spontaneo, autentico, libero da stereotipi e coercizioni. Nel corso della vita, tanto, troppo (crystallizzazioni emotive, traumi, patologie acquisite, imbibizioni relazionali) rema nella direzione della inibizione espiratoria e questo fa sì che l'espri risulti sempre più superficiale ed incapace di raggiungere le profondità fisiche e metafisiche necessarie per una totale esperienza di resa, di destrutturazione e liberazione.

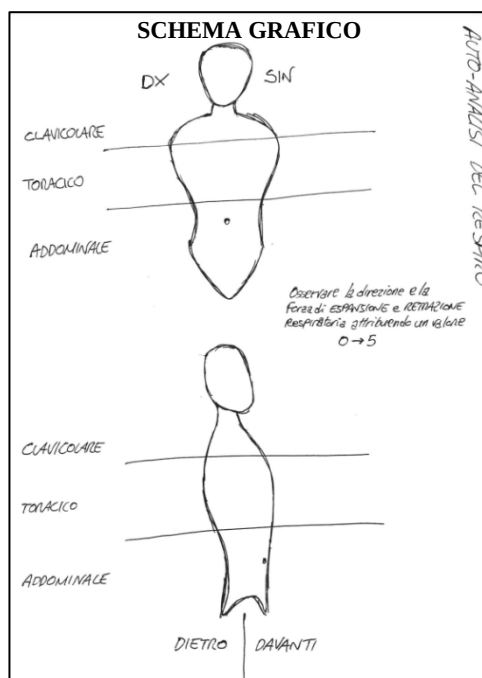
‘Autoanalisi del respiro’ [15’]

Quanto si respira è il primo aspetto da considerare. In questo caso, è sufficiente un'auto-analisi della frequenza respiratoria contando il numero di atti respiratori che si completano nell'arco di 1’.

Poi, si esamina *dove* si respira, sapendo che il tronco (torace ed addome) è il luogo del respiro.

I Partecipanti, attraverso l'auto-osservazione, sono invitati a valutare la capacità del loro respiro di distribuirsi nelle varie parti del tronco (addome, parte inferiore del torace, parte superiore del torace) e nelle varie direzioni (anteriore, posteriore, laterale, superiore, inferiore) utilizzando uno schema grafico di riferimento.

Il Soggetto ha a disposizione uno schema grafico ed utilizza una scala di valutazione numerica (0-5) per



assegnare un punteggio ai vari distretti. Tale punteggio dipende, unicamente, dalla percezione soggettiva dell'intensità respiratoria.

Il Facilitatore si limita a guidare l'auto-osservazione segnalando il passaggio dell'osservazione da un distretto all'altro.

L'auto-analisi è necessaria perché il *respiro ideale* è quello che impara a raggiungere i luoghi dove non va volentieri. Allora, la Persona deve essere consapevole di dove l'aria prende, o meno, spazio nel corpo.

‘Autoeducazione respiratoria’ [15’]

Alcune posizioni enfatizzano l'ingresso di aria in una zona e la inibiscono in altre. Allora, si individua una posizione di stretching per una regione (parti anteriore, posteriore e laterale del tronco) e si associa una respirazione profonda da indirizzare verso la specifica area allungata. Ciò crea disponibilità tissutale dove la catena cinetica ha un anello debole. Quindi, l'obiettivo consiste nel rieducare i Partecipanti ad indirizzare volontariamente il volume respiratorio nei vari distretti del tronco, così da rendere il processo respiratorio più globale e fluido (Tavoian e Craighead, 2023).

Esempi di posizioni che si possono assumere per ottenere l'allungamento ricercato:

- **zona addominale posteriore**
Il Soggetto è in posizione supina e, con l'aiuto delle mani, porta le ginocchia al petto fin quando la flessione d'anca coinvolge la zona sacrale. Il Praticante trova la posizione in cui riesce a sentire meglio i visceri posteriori modulando l'angolo flessione anca o l'abduzione/adduzione d'anca.
L'alternativa consiste nell'inginocchiarsi con il petto sulle cosce e la fronte a terra, posizionando le mani sui visceri posteriori. La posizione risulta più intensa: i movimenti della zona addominale posteriore si avvertono maggiormente data la mancanza del vincolo costituito dal pavimento.
- **Torace posteriore**
Il Praticante è in decubito prono, con la fronte accolta dal dorso delle mani. Così, la colonna vertebrale è predisposta a conquistare spazio.
Il Soggetto rivolge il focus sul centro delle scapole che si avvicina al soffitto, per poi riscendere.
- **Linee laterali del tronco**
Il lavoro sul lato sinistro si realizza chiudendosi verso destra e viceversa.
In decubito laterale, si flette la coscia rispetto al tronco, portando il ginocchio destro all'altezza dell'anca ed avvicinando il gomito destro al ginocchio corrispondente. Il palmo della mano sinistra si appoggia su quello destro e la fronte sopra.
L'intenzione è di respirare su lato sinistro del corpo.
- **Torace anteriore**
Il Soggetto è supino, piega le gambe e porta i piedi a contatto con il suolo. Inizialmente, le braccia sono lungo i fianchi. Poi, salgono e accompagnano l'inspiro. Una volta che le braccia sono perpendicolari al suolo, il movimento continua fino a toccare il suolo con il dorso delle mani: l'intenzione del respiro si sposta verso sterno e coinvolge il torace ad espandersi.
Le braccia seguono il percorso inverso, tornando alla posizione di partenza, durante l'espiro.
- **Senso-percezione diaframmatica.**
Il Praticante, in decubito supino, colloca le mani a livello del diaframma, dove avviene espansione laterale, anteriore, mediana. Invece, inferiormente, a livello addominale, può non succedere nulla: il diaframma è a servizio dei polmoni, non dell'addome.

In ogni posizione vengono eseguiti almeno 9 atti respiratori. Ovviamente, il minutaggio totale risulterà soggettivo. Secondo gli studi di meccano-biologia, ogni posizione deve essere mantenuta almeno 1'30" (non più di 5'), il tempo minimo affinché le fibre di collagene si adattino alle tensioni: demolire il vecchio per accogliere il nuovo.

La pratica produce effetti anche se si svolge in modo puramente meccanico. Tuttavia, se il Soggetto aggiunge una certa dose di intenzionalità e presenza, riuscirà ad impattare su più fibre.

‘Volumi respiratori’ [5’]

Ognuno ha a disposizione un piccolo sacchetto (è sufficiente una bustina di plastica contenente riso, sabbia, ecc.).

Il Soggetto sceglie la posizione di partenza, per poi transitare in altre. Ogni volta, appoggia il sacchetto su una regione del corpo: lo stimolo tattile indica dove focalizzare il respiro.

‘Respirazione frazionata’ [5’]

Pratica che agisce su fase espiratoria (o inspiratoria) per allungarne la durata grazie alla rimodulazione delle circuiterie nervose.

- Respirazione frazionata in ispiro

Si utilizza un metronomo che scandisce i secondi impostandolo alla velocità di 60 bpm: il Praticante alterna due secondi in cui inspira e due secondi in cui mantiene l’apnea, proseguendo fin quando riesce, per poi espirare velocemente e ricominciare.

La respirazione frazionata in ispiro, nella maggior parte dei casi, non è consigliabile.

Il sistema nervoso autonomo (SNA) gestisce funzioni (es. frequenza cardiaca, processi digestivi) indipendente dalla presenza consapevole del Soggetto. Il respiro è parzialmente controllabile volontariamente e, a cascata, si possono produrre effetti positivi.

La divisione simpatica (o ortosimpatica) del SNA opera nella direzione dell’attivazione dei sistemi biologici: incrementa tensione muscolare e frequenza cardiaca, inibisce processi digestivi per facilitare afflusso ematico ed energetico ai muscoli, ecc.

Lo stress aumenta la durata nel tempo in cui si è in una condizione di ortosimpaticotonia. Tuttavia, può essere utile per agevolare il risveglio di un sistema che è stato a lungo in uno stato di letargia. Infatti, la *sonnolenza* è una via di fuga per non affrontare una determinata situazione: il sistema procede in una quiescenza programmata per evitare la difficoltà.

- Respirazione frazionata in espiro

La respirazione frazionata in espiro si svolge in modo analogo alla precedente, tenendo conto che agisce sulla fase espiratoria: il Praticante alterna due secondi in cui espira e due secondi in cui mantiene l’apnea, proseguendo fin quando riesce, per poi inspirare velocemente e ricominciare.

A livello fisiologico, l’espirazione di naso è preferibile. Quindi, l’espirazione di bocca va impiegata solo se rappresenta un aiuto a livello emotivo.

15’ *Sediment.azione*

‘Pratica di rilassamento’

I Partecipanti, in decubito supino, iniziano a respirare in modo spontaneo, senza forzare la respirazione in una direzione: Ognuno osserva il respiro per come è in Sé e non lo modifica.

Ciascuno, durante l’espiro, cede il peso del proprio corpo al sostegno del pavimento, ma la pratica non deve avere avvio con l’aspettativa della resa.

La mente può invitare a rilassarsi, ma il corpo può manifestare disagi tramite marcatori somatici (es. diaframma bloccato, mandibola digrignata): nel corpo, non nella mente, permane una espressione fisica di rabbia/paura ed il respiro viene influenzato. Infatti, il cuore (fisico) è in uno spazio anatomico e se quest’ultimo non si apre, non può neanche il Cuore (metafisico).

15’ *Conclusione formale*

Il Facilitatore conclude il laboratorio guidando un momento di ringraziamento nei confronti di Sé stessi e dei Compagni. Infine, chiede ad Ognuno di condividere il proprio stato fisico ed interiore mediante una parola o un disegno da realizzare su un cartellone.

LABORATORIO VOCALIZZAZIONE

INTRODUZIONE

Vocalizzazione e Postura

Gli strumenti necessitano di essere accordati per suonare in un certo modo: emettere un suono libero da interferenze, con le giuste note e frequenze. Il corpo, per un utilizzo ottimale della voce, ha bisogno di essere accordato: correzioni di paramorfismi, distensione, intensità ed elasticità muscolare, gestione della respirazione e delle emozioni.

La voce parla della Persona: è un ponte tra *qui ed ora* e *là e allora*, scolpito nel corpo. Toni, timbri, ritmi, colori portano alla luce elementi non traducibili a parole, che raccontano esperienze e vissuti profondi. Quindi, nella vita sociale, la voce è un elemento cruciale nell'interazione con gli Altri.

L'approccio integrato tra voce e corpo rappresenta un valido strumento per la salute ed il benessere: la sinergia tra voce e movimento corporeo favorisce una migliore coordinazione e stabilità fisica.

Respirazione, vocalizzazione e forza muscolare del pavimento pelvico sono connessi: pavimento pelvico e diaframma sono due componenti fondamentali del sistema che coordina respirazione e supporto posturale.

La vocalizzazione produce vibrazioni sonore che influenzano la colonna vertebrale e tutto il sistema muscolo-scheletrico: le onde si propagano attraverso il corpo stimolando tessuti molli ed ossa. Questo effetto può rilassare la muscolatura circostante la colonna vertebrale, favorendo un allineamento migliore e riducendo la tensione.

I muscoli coinvolti nella respirazione e nella fonazione sono connessi con il core. Quindi, la postura è legata all'uso della voce. Un uso inefficace di quest'ultima, con respirazioni superficiali o forzate, può causare tensioni che impattano negativamente sulla postura. Invece, l'equilibrio di forze risultante da una respirazione corretta durante la vocalizzazione, salvaguarda una postura corretta.

La catena dei diaframmi comprende il diaframma toracico, il diaframma pelvico e quello buccale che lavorano in sinergia per modulare la pressione all'interno del corpo e supportare la respirazione. I vocalizzi, come l'emissione di vocali sostenute, possono stimolare la connessione tra i diaframmi. La pratica può sviluppare una maggiore consapevolezza della catena diaframmatica e migliorare il controllo sulla respirazione, favorendo anche una maggiore stabilità posturale.

Il rapporto tra voce e corpo è bidirezionale: postura e respirazione impattano sulla qualità vocale, così come la vocalizzazione corretta produce un'influenza positiva sul corpo. Ad esempio, durante il parlare, le vibrazioni sonore generate influenzano il tono muscolare e la postura in generale.

Inoltre, la voce costituisce uno strumento di rilassamento e allineamento posturale: l'allungamento di una nota o un tono, usando respiro e voce, produce onde sonore che si trasmettono lungo il corpo sincronizzando le frequenze delle cellule al loro stato naturale e sano di risonanza vibratoria. Così, migliora lo spettro del campo energetico umano, favorendo la liberazione da schemi di liberazioni fisiche, emotive e mentali.

La valutazione posturale di un Soggetto permette di capire quali gruppi muscolari rinforzare, non più in grado di svolgere un lavoro profondo di tenuta, e quali siano da allungare.

La postura è influenzata da molti fattori: traumi subiti, ambiente in cui si vive, emozioni, ecc.

Sulla base della postura si viene notati dagli Altri: atteggiamento di apertura o chiusura, appoggio dei piedi, ginocchia, spalle.

Per esempio, Soggetti affetti da AN, a testimonianza della paura che li tormenta, si caratterizzano per spalle ricurve, sguardo basso, scarsa tonicità di addome e schiena. In questi Pazienti, l'astenia ricorrente è causa di paramorfismi.

Nei Pazienti con DA, tipicamente, la regione addominale è una zona fobica o percepita in modo disfunzionale. Svariate ripetizioni quotidiane di crunch può essere il tratto caratteristico di una Persona iperattiva. Quindi, la muscolatura pelvica sarà messa a dura prova.

La rieducazione motoria diventa particolarmente delicata, lavorando in modo funzionale sul core a livello anteriore, lombare, diaframmatico e pelvico.

Gli esercizi ossessivi mirati alla regione addominale possono essere causa di diastasi addominale, favorita dalla perdita di sostegno addominale. La *diastasi addominale* consiste nell'allargamento e separazione, in senso longitudinale, della muscolatura retto-addominale centrale. La comparsa di una rientranza longitudinale lungo l'addome o l'impossibilità di avere un ventre piatto sono tra le conseguenze più visibili. Tuttavia, le ricadute non sono solo estetiche ma, soprattutto, funzionali: i visceri possono protrudere (fuoriuscire dalla loro sede naturale), dando origine a ernie (addominale o epigastrica), quando la fascia addominale perde la capacità di mantenimento in sede dei visceri stessi. Infatti, i Pazienti segnalano che *la pancia protrude verso l'esterno*.

A livello pratico, il Chinesiologo, in rapporto con l'equipe, deve aiutare il Paziente a capire quanto sia fondamentale intervenire in modo diverso dall'abitudine (es. crunch, sit up) mediante: respirazione corretta, ripristino del pavimento pelvico, tono corretto della cintura addominale lavorando sulla muscolatura profonda del trasverso e sulla muscolatura posturale senza creare pressione addominale. Questo riequilibra posture scorrette e non funzionali. L'obiettivo è riportare il Soggetto ad essere posturalmente centrato e capace di gestire la forza, oltre a prevenire disturbi meccanici e viscerali.

Vocalizzazione ed Alessitimia

La *vocalizzazione*, tra le famiglie dell'Azione, raccoglie esperienze in cui la voce è semplice «*linguaggio non verbale, composto da suoni e rumori*», riprendendo le parole di Gamelli (2011). Così, la «*vibrazione psicocorporea*» si rende manifesta, permettendo di vivere ed elaborare emozioni.

L'alessitimia, nei Soggetti con DA, ostacola la verbalizzazione delle emozioni provate. La Persona manifesta somaticamente emozioni, ne avverte gli effetti fisici, ma non riesce ad attribuire loro un nome. Spesso, non ne ha consapevolezza e può scoprirsi in preda ad un'improvvisa esplosione emotiva senza un particolare episodio scatenante (*Parte II - Paragrafo 15.2*).

Movimento Biologico, riserva una attenzione meticolosa alla sensorialità ed alla percezione, sugellata dal Principio IV del Metodo Vibrazionale, incentrato sulla *cinestesia profonda*. Così, si ha a disposizione un'ulteriore soluzione per lavorare sulla riabilitazione della *propriocezione profonda*, a tal punto compromessa nei pazienti con DA (*Parte II – Sottoparagrafo 11.4.2*). Infatti, questa offre l'accesso privilegiato per collegarsi alla *vocalità più pura* ed alla *motricità più funzionale*. L'orizzonte di senso è di significativa importanza: la ricerca di una Voce, un Movimento *autentico* e non *naturale* proprio perché, come testimoniano i DA, anche una abitudine disfunzionale, con il tempo, tende a diventare naturale.

In accordo con il Principio II del Metodo Vibrazionale, la pratica vocale è sempre presente: l'esperienza della voce propria ed altrui. L'esperienza del silenzio è l'eccezione che può offrirsi come strumento per entrare in contatto con il profondo e tentare di risolvere un blocco. Così, ha inizio l'avventura lungo il percorso verso una migliore *auto-organizzazione* ed un'*auto-guarigione* (Principio X del Metodo Vibrazionale) proprio perché la voce è *vibrazione immateriale*, *essenza* stessa del tutto. La vibrazione, alla base di tutto, consente di contattare l'unità, non esiste separazione tra: corpo e mente, tra il Singolo e gli Altri, tra la Persona e l'ambiente circostante. In aggiunta, il luogo di emissione influenza la propagazione sonora, poiché si basa sui fenomeni fisici della *risonanza* e del *trascinamento*. In questo modo, si realizza un *effetto retroagente* sulla voce stessa dato che l'emissione vocale successiva dipende da ciò che l'orecchio percepisce. Così, la separazione tra dentro e fuori si annulla.

Quindi, la voce può avere un portato enorme: scoprire come e quanto l'esperienza abbia modellato o reso manifesto qualcosa, ombre come parti luminose nascoste. Ovviamente, in accordo con

Principio I del Metodo Vibrazionale, il cambiamento vocale palesa qualcosa che si è verificato a monte, a valle e a livello della laringe stessa (*Parte II - Paragrafo 16.2*).

Dati questi presupposti, è possibile proporre un laboratorio che, partendo dalla voce come *linguaggio non verbale*, possa costituire il contesto in cui restituire voce alla parola.

Dialogare

Rita Charon, un medico internista e studiosa di letteratura, che ha creato e dirige il programma di Medicina narrativa alla Columbia University afferma quanto sia necessario «raccontare il dolore per sottrarsi al suo dominio». Tuttavia, all'interno del gruppo, non è solo *utile* raccontare il dolore, ma metterlo anche a disposizione degli Altri. Infatti, esistono storie che, quando si incontrano, possono rispecchiarsi e scoprire che non erano *strane*, ma *diverse* da quelle che avevano sempre ascoltato.

Comunicare deriva dal latino *communicare, rendere comune*. Quindi, permette di non sopportare tutto il carico emotivo da soli, ma di affidarne una piccola parte a chi si trova vicino.

Dialogo deriva dal greco antico *διάλογος*, composto da *dià, attraverso* e *lògos, discorso*: è quel movimento per cui due o più Persone si lasciano attraversare dalla parola.

Nelle pratiche relazionali, lasciare spazio alla dialogicità permette di valorizzare il rispetto per l'Altro, nella sua irriducibile alterità.

La dialogicità non è un metodo, ma una «presa di posizione» (Arnkil, Seikkula, 2013); quindi, un modo di essere tra Persone, al cui centro si trova una imprescindibile relazione di alterità: le Persone, pur essendo sullo stesso piano, non sono identiche.

La vita è relazione: le Persone nascono e vivono all'interno di relazioni, ma sono sempre diverse tra loro. Il punto di vista di una Persona è sempre unico ed esterno a quello dell'Altro, che lo deve rispettare. Quindi, il dialogo costante tra Uomini autonomi è l'unico modo di procedere nella vita.

LABORATORIO ESPERIENZIALE

20' Introduzione - in cerchio di condivisione

10' Passaggio di 'stato': dal cognitivo (top-down) all'esperienziale (bottom-up)

Il Soggetto è in posizione eretta, a piedi nudi. Quindi, entra in contatto con il proprio corpo osservando le pressioni podaliche sul terreno e le sensazioni corporee di leggerezza o pesantezza, di apertura o chiusura, di espansione o condensazione. Poi, il Facilitatore, con l'unico vincolo di non poter spostare i piedi da terra, lo invita a produrre movimenti liberi nello spazio.

15' Attivazione

'Cinesfera'

Il Facilitatore ripropone la pratica del laboratorio precedente sulla respirazione, offrendo nuove suggestioni.

Il Facilitatore, senza interruzioni rispetto al *passaggio di stato*, ripropone l'immagine della *cinesfera*: il Partecipante, idealmente, si trova all'interno di una sfera, di cui può toccare le pareti interne attraverso i propri movimenti. La Persona, immaginando di avere un pennello attaccato alla punta del dito indice di una mano, cerca di dipingere tutta la superficie della sfera. Allo stesso tempo, cerca di prestare attenzione alle sensazioni corporee, osserva la qualità del movimento, riconoscere pensieri, immagini, intuizioni, ricordi, emozioni emergenti.

A questo punto, il Facilitatore chiede di rilassare il braccio lungo il corpo ed osserva se sussistano differenze con l'altro, notando la percezione di lunghezza, larghezza, peso, densità, volume, temperatura, tatto e qualsiasi altro parametro, senza giudizio.

Poi, il Facilitatore invita ad alzare, spontaneamente, il braccio destro e osservare la qualità di questa esperienza, ripetendo più volte fino a capire chiaramente cosa si senta. Ora, invece,

suggerisce di immaginare che filo attaccato al dorso del polso sia ciò che solleva il braccio: l'intenzione di muovere il braccio nasce dal filo. Allora, si osserva come varia l'esperienza: quanto pesa ora braccio (non il peso fisico, ma biografico), qual è la densità del braccio. Riconoscere la differenza è l'aspetto veramente importante, non trovare un'etichetta da attribuire.

Allo stesso modo, si osserva ciò che accade se l'intenzione del movimento nascesse dal palmo di una mano che sostiene il proprio polso dal basso verso l'alto.

La pratica si conclude con una fase di libera esplorazione. Il Facilitatore invita i Praticanti a muoversi liberamente all'interno della cinesfera, generando intenzioni e impulsi di movimento in autonomia.

La Guida si limita a suggerire di continuare ad essere totalmente presente al momento: osservare la qualità dell'esperienza, senza cadere nella tentazione di coreografare, confrontare o giudicare il proprio movimento rispetto a quello dell'Altro o a un modello mentale ideale.

Le immagini utilizzate sono capaci di suscitare uno stimolo attentivo *misto* (interno-esterno): il Praticante ascolta il corpo, ne osserva le sensazioni (focus interno) mentre è impegnato a esplorare tutta l'ampiezza della sfera, a co-osservare la fluidità della pennellata, a modificare l'intenzionalità cinetica tra *essere tirato* o *essere sostenuto* (focus esterno).

40' *Specificazione*

Si prosegue con il lavoro sui volumi e la frequenza respiratoria introdotte nel laboratorio precedente, proponendo alternative, per predisporre un terreno fertile per la vocalizzazione.

'Pratica sui volumi' [5'+5']

I Praticanti si dispongono in coppie. Un compagno, ad occhi chiusi, scegliere le posizioni in cui respirare, transitando in altre quando lo preferisce. Il Partner, attraverso il tocco, offre suggestioni tattili che per l'Altro coincidono con l'identificazione del luogo in cui portare il respiro.

La pratica si ripete invertendo i ruoli.

Respirazione quadrata [5']

I Praticanti si siedono comodamente.

In questa pratica, la respirazione si definisce *quadrata* poiché lo schema di organizzazione del respiro segue il perimetro di un quadrato. I lati del quadrato corrispondono ad: espiro, apnea al culmine dell'espiro, inspiro ed apnea al culmine dell'inspiro. Ogni fase, coerentemente con i lati del quadrato, dovrebbe avere la stessa durata di 4"/5".

'Vocalizzazioni' [5']

Il Facilitatore invita i Partecipanti ad emettere suoni con toni, timbri e frequenze diverse. Come sempre, l'invito si estende ad osservare le sensazioni corporee che ne derivano: la vibrazione naturale si distribuisce nelle varie parti del corpo (es. testa, gola, torace, addome) mostrando il legame diretto tra suono e sensazione. Quindi, è possibile interrogarsi su come ci si senta quando si producono suoni più acuti o gravi, quali toni emozionali sono associati a una vocale piuttosto che a un'altra, cosa si produce nel proprio corpo attraversato dalla vibrazione prodotta da suono di un'altra Persona.

Il Facilitatore suggerisce di darsi l'opportunità di affrontare vergogna ed imbarazzo, renderli oggetto di osservazione e riflessione.

'Lanciare suoni' [10']

La pratica si svolge in coppia. Un Partner immagina di *lanciare* la propria voce all'Altro dando movimento a quel suono. Il Partner *riceve* quel suono con un movimento coerente rispetto alle caratteristiche dello stesso e risponderà con un altro suono associato a movimento.

Così, è possibile sperimentare come un movimento, associato a un certo suono, piuttosto che a un altro, produca sensazioni, emozioni o pensieri diversi.

Pratica dialogica [5'+5']

Nelle stesse coppie della precedente pratica motoria si svolge la prima pratica di condivisione dialogica. Rispetto alle pratiche dialogiche che si svolgono in gruppo nei programmi basati sulla mindfulness, questa si svolge in coppia, con un singolo interlocutore (Khoury et al., 2023).

Questa pratica permette di coltivare il trasferimento delle radici della consapevolezza, vissute individualmente, in una relazione a due.

Il dialogo è impostato con l'obiettivo di far emergere alcuni punti chiave utili per riflessioni successive.

I Membri della coppia si siedono Uno di fronte l'Altro. Il Primo a parlare ha a disposizione 5' per condividere la sua esperienza. Il Partner deve rispettare la regola di non poter intervenire, ma semplicemente ascoltare. Poi, si invertono i ruoli. Quindi, è un'ottima opportunità per riconoscere la propria tendenza a non ascoltare profondamente, a essere spesso inclini a interrompere gli Altri, a volerli sostenere o correggere, confortare o contraddire.

15' *Sedimentazione*

Finalmente, la parola è stata riabilitata. Il Facilitatore, mentre i Praticanti si rilassano assumendo una posizione a proprio piacimento, ripercorre le tappe che li hanno portati fin qui: attenzione – fluidità – respirazione – vocalizzazione. Quindi, rispetto al laboratorio precedente, chiede ad Ognuno di condividere il proprio stato fisico ed interiore mediante una parola espressa oralmente. In seguito, Tutti arricchiscono il cartellone come preferiscono, aggiungendo parole, frasi, disegni, ecc.

10' *Conclusione formale*

Il Facilitatore conclude il laboratorio guidando un momento di ringraziamento nei confronti di Se stessi e dei Compagni per essersi impegnati nel creare questo spazio virtuoso abitato anche da parole.

LABORATORIO SUL TATTO AFFETTIVO

INTRODUZIONE

Stimolazione tattile affettiva nei DA

La scelta di concepire un laboratorio incentrato sul *tatto affettivo* nasce dal *Sottoparagrafo 6.2.3 – Parte I*, che testimonia la correlazione tra carenza di stimolazione tattile affettiva e caratteristiche cliniche associate a DA. Infatti, il corpo è un chiaro mezzo di comunicazione affettiva: il legame di attaccamento tra Neonato e Chi si prende cura di Lui non può fare a meno del contatto fisico. Indipendentemente dalle disparate informazioni (dimensioni, forma, posizione, ecc.) riguardanti gli enti esterni, i segnali sensoriali provenienti dalla periferia corporea informano anche sulla piacevolezza del contatto fisico. Ciò è possibile grazie alle fibre *C-tattili* che rispondono a stimoli tattili somministrati ad una velocità di 3 cm/s, coerenti con le caratteristiche delle *carezze*, la cui frequenza di scarica è correlata al senso soggettivo di piacevolezza. In particolare, questo sistema costituisce la base neurobiologica dell'affiliazione sociale poiché i segnali sono veicolati direttamente alle aree impegnate nella elaborazione sociale ed affettiva, non alla corteccia somatosensoriale.

I Pazienti con AN presentano una alterazione nel funzionamento del suddetto sistema: riconoscono come *meno piacevole* la stimolazione tattile caratterizzata da una velocità ottimale per attivare le fibre di tipo C. Peraltro, ciò è correlato anche con l'incapacità di provare piacere nel caso di stimoli sociali. Inoltre, dopo il recupero del peso, permane una minore risposta durante l'anticipazione o l'esperienza di stimoli ottimali per attivare fibre di tipo C. Tuttavia, a seguito di trattamenti massoterapici, è stata evidenziata una riduzione dei livelli di cortisolo e dell'insoddisfazione corporea, in associazione con un incremento nei livelli di dopamina e noradrenalina.

I Pazienti con AN presentano una sensibilità accentuata alla stimolazione affettiva sociale a causa della difficoltà di prevedere ed interpretare gli stimoli provenienti dal corpo, comportando un'alterata rappresentazione corporea e l'evitamento di stimoli sociali (*Parte I - Sottoparagrafo 6.2.3*).

Il processo di *apprendimento motorio predittivo* o *error-based* consente un confronto reale tra le sensazioni attese e quelle sperimentate. Così, all'interno di una pratica motoria, il focus attentivo del Praticante può variare l'elaborazione dei segnali, aumentando la sua consapevolezza, discriminando sensazioni attese ed inattese (*Parte II - Sottoparagrafo 17.6.2*).

Il *tocco* è giocabile, ma non nell'immediato: inizialmente, si deve giocare altro perché il tocco va alfabetizzato, trattandolo in regressione. Prima che la mano tocchi il corpo si usa uno strumento di mediazione: lo *spazio intimo* è violato da un oggetto e guidato da un'altra parte. Poi, la mano muove il corpo rispetto al pavimento: due stimoli tattili sono compresenti, ma quello che entra nel *campo di coscienza* è il pavimento. Infine, si presta attenzione alla mano che tocca il corpo.

Il Toccare è l'Esistere dell'Uomo

Il tatto è il senso che fornisce le stimolazioni più forti: innanzitutto, è il primo sistema sensoriale che si sviluppa nel Feto; inoltre, la pelle è un organo sensoriale che costituisce l'apparato più esteso del corpo umano, fino a 2,5 m², in cui sono disseminati innumerevoli recettori (della pressione, del dolore, del caldo, del freddo, della stimolazione elettrica); infine, si sviluppa dallo stesso tessuto embrionale da cui nasce il sistema nervoso, consentendo una interazione tra il sistema nervoso e la pelle più immediata e diretta di quella tra cervello ed altri organi.

Toccare, toccarsi, essere toccati è il modo più intimo e diretto di comunicare con Se Stessi e con gli Altri. Tanto che, Jean-Luc Nancy (1986) si spinge ad affermare che «*noi ci tocchiamo in quanto esistiamo. Il nostro toccare è ciò che ci rende noi*». Il tatto permette il costituirsi di

un'identità soggettiva ed inter-soggettiva basata sulla fiducia, attraverso il riconoscimento dell'amore, sul rispetto, attraverso il riconoscimento giuridico, e sulla stima, attraverso il riconoscimento sociale.

La presenza come cura

«Allorché una bimba vede soffrire il fratellino essa trova, senza quasi saperlo, una via per consolarlo: con affetto cerca la sua mano e, amorevolmente, lo tocca dove gli fa male. Così la piccola samaritana diventa il suo primo medico. Una specie di prescienza dell'efficacia originaria dell'azione domina in lei a sua insaputa; essa guida il suo impulso verso la mano e induce la propria al contatto appropriato. Infatti, ciò di cui il fratello farà 'esperienza' è che la mano lo tocca facendogli bene. Tra lui e il suo dolore subentra la sensazione del venir toccato dalla mano della sorella, in un modo che la sofferenza si ritrae dinnanzi a questa nuova sensazione» (V. von Weizsacker, 1990).

Eppure, questa scena primordiale di guarigione appare sempre più estranea. In una Società in cui aumentano solitudine e isolamento, accentuati dall'egoismo, la sensazione di essere toccati e interpellati è sempre più rara. La *mano guaritrice dell'Altro* manca e, con essa, l'esperienza della *cura che guarisce*: nessun analgesico può sostituirla.

Abbandonare il giudizio di Sé, placare i pensieri assillanti, lasciare che la sensorialità sia fonte di piacere, riconoscere le proprie sfumature per ripristinare l'*essere integro*: perdonarsi per donarsi. Sul piano etimologico, il Compagno è «*colui che mangia il pane con un altro*»: il termine racchiude in sé il *nutrimento reciproco* e la *reciprocità del nutrimento*. La condivisione della natura umana fa sì che Ognuno sia l'Altro, con le medesime necessità indicibili e nascoste nello stesso luogo interiore, a cui si approda grazie ogni *senti-ero* che attraversa il Corpo. Tutto questo è possibile sentirlo insieme, nei visceri, perché le pratiche di Movimento Biologico riabilitano la *sensualità*, come *arte di avere senso*.

Incontrare Persone e trovarsi in una condizione di medesima difficoltà (o agio), riconoscendosi in una espressione del volto o in un momento di gioia immotivata, è fonte di rassicurazione: nessuno approfitterà della propria vulnerabilità o riderà della propria goffaggine.

L'ambiente protetto di Movimento Biologico è naturale teatro di emersione dell'umano: si gioca a "fare" tutte le versioni racchiuse in Ognuno, ma senza censura. Infatti, le stesse versioni, spesso silenti e non consapevolizzate, scrivono la storia interiore, le carni, l'atteggiamento, fino a somatizzazioni, nevrosi e malattie (i DA ne sono esempio lampante). Sperimentare il *fare* permette di *diventare*, per poi continuare ad *essere* quelle versioni.

«Ci si abbraccia per ritrovarsi interi»
(Alda Merini)

LABORATORIO ESPERIENZIALE

20' *Introduzione* - in cerchio di condivisione

10' *Passaggio di 'stato': dal cognitivo (top-down) all'esperienziale (bottom-up)*

‘An-Mo | Do-In’

I Partecipanti sono in stazione eretta ed il Facilitatore li guida in una patica di automassaggio finalizzata ad incrementare la sensibilizzazione cutanea del corpo mediante il tatto (Zhu et al., 2016, Liu et al., 2021).

Inizialmente, sfregamenti, vibrazioni, pressioni, sono leggere e, gradualmente, diventano più profonde. Tutte le parti principali del corpo, partendo dal viso e arrivando ai piedi, vengono stimulate.

Il Facilitatore invita i Praticanti ad orientare l'attenzione sull'ascolto corporeo, sulle emozioni emergenti e sui flussi di pensieri associati.

10' *Attivazione*

‘Pratica Floorwork’

I Partecipanti si sdraiano a terra e sono stati invitati a muoversi in una libera esplorazione del pavimento: scivolare, strisciare, rotolare, spingere, ruotare e ogni altra possibile modalità.

Il Facilitatore suggerisce di evitare un atteggiamento ginnico, basato su movimenti stereotipati, per lasciare che movimenti nuovi o dimenticati emergano. Inoltre, è bene favorire la fluidità del movimento, evitando che la respirazione si blocchi in apnee inconsce.

Il Facilitatore invita ad osservare le sensazioni correlate a questo dialogo cinetico con il pavimento.

60' *Specificazione*

‘Pratica Floorball’ [5’]

Questa pratica è collegata alla pratica precedente di libera esplorazione del pavimento.

I Partecipanti si sdraiano a terra con la schiena appoggiata su una palla e sono invitati a muoversi su quest'ultima, sfruttando la sua sfericità per esplorare movimenti insoliti. Rotolando sulla palla, si deve cercare di contattare tutte le parti del corpo. Inizialmente, i movimenti risulteranno piuttosto meccanici e spigolosi poi, attraverso una ricerca di maggiore fluidità, diventeranno più armoniosi e rotondi, creando movimenti connessi, senza scatti.

‘Direttore d'orchestra’ [5’+5’]

I Partecipanti si organizzano in coppie. Uno dei due Membri incarna il ruolo del *direttore* e avrà il compito di indurre, attraverso il tocco mediato da un sottile bastoncino di legno, movimenti nel corpo del Compagno, che incarna il ruolo di *orchestra*.

Idealmente, ogni tocco corrisponde al gesto di un direttore reale, a cui segue l'ingresso nella melodia di uno strumento con un suono proprio. Il Compagno, come una vera orchestra, farà entrare la parte del corpo toccata nella *melodia cinetica* nascente, come se quella parte potesse muoversi fungendo da suono in armonia con il tocco esterno e con il proprio sentire interno.

Il risultato di questa pratica è una sequenza di movimenti fluidamente collegati tra loro, come un'armonia di suoni, in cui "orchestra" si affida alla guida del suo "direttore".

Il *direttore*, con attenzione, empatizzando con i movimenti del Partner, derivanti dalla risposta ai propri tocchi, deve cercare di identificare il ritmo dei contatti e la relativa distribuzione tra le varie parti del corpo altrui, mediante una guida *etica*.

La pratica si ripete invertendo i ruoli.

La pratica offre l'opportunità di osservare la qualità del proprio *essere* nell'esperienza mediante le suggestioni offerte dal Facilitatore.

L'*orchestra* si chiederà se riesce ad incarnare quella immagine, generando una melodia motoria. Quindi, se riesce a lasciarsi guidare o tende a resistere: può identificare sono rigidità, resistenze, inibizioni da lasciar andare per fare spazio a maggiore spontaneità.

Il *direttore* osserverà cosa è vivo in lui nel momento in cui ha la responsabilità di essere *etico* nella propria guida, se può riuscire ad essere ancora più empatico nei confronti del Partner.

‘Geografia del buio’ [5’+5’]

La pratica si svolge mantenendo le stesse coppie: Uno di fronte l’Altro, distanza inferiore ad un braccio, tale che ci si possa toccare a vicenda. Uno osserva la geometria anatomica dell’Altro e chiude gli occhi.

Il Facilitatore chiama una parte del corpo e Chi ha gli occhi chiusi la cerca di toccare sul Compagno.

Si possono prevedere anche delle alternative, ad esempio:

- il Facilitatore indica due parti del corpo da toccare;
 - il Facilitatore indica a Chi ha gli occhi chiusi, con quale parte del proprio corpo deve toccare una parte del corpo altrui.
- Lo stesso si può realizzare se le parti del corpo non sono suggerite dal Facilitatore, ma dal Compagno che ha gli occhi aperti.

Si ripete invertendo i ruoli.

‘Mimesi’ [5’+5’]

La pratica affonda le sue radici nell'opera di Orazio Costa.

Nelle medesime coppie, Uno chiude gli occhi e viene invitato dall’Altro, che rimane ad occhi aperti, a manifestare, attraverso il movimento libero espressivo e creativo, le qualità intrinseche di un elemento che gli suggerisce con l’espressione: «Vorrei che Te fossi...» (Bonsignore, 2023, Scaramuzzo, 2013, Maggiore e Tedesco, 2023).

Alle Persone viene richiesto di *incarnare*, con i loro corpi in movimento: un elemento naturale (es. nuvola, albero, fuoco), un colore e così via. Il gesto non deve essere teatralizzato, piuttosto si deve cercare di esprimere le qualità di quell'elemento (es. *leggerezza* della nuvola). Il Partner ad occhi aperti, mediante il contatto fisico, facilita l’Altro nel suo processo di *incarn.azione*.

Questo processo di mimesi può essere difficile perché le resistenze tendono a manifestarsi: imbarazzo, vergogna, auto-giudizio. Tuttavia, recuperare questi istinti mimici è estremamente salutare per le proprie capacità creative e per ristabilire un rapporto empatico con l'ambiente e con gli Altri.

L’esperienza si ripete invertendo i ruoli.

‘Pratica dialogica’ [8’+8’ e 5’+5’]

Ai Membri delle coppie che hanno collaborato e cooperato nel corso del laboratorio, viene lasciato lo spazio per una pratica di condivisione dialogica. Anche in questa occasione, i Membri della coppia sono seduti Uno di fronte all'Altro: il Primo dei due a parlare ha 5’ per condividere la sua esperienza durante le pratiche, mentre l’Altro deve limitarsi ad ascoltare. In seguito, Chi ha ascoltato, ha 3’ minuti per riferire al proprio Partner rispetto a quanto ha appena ascoltato.

Si ripete lo scambio dialogico invertendo i ruoli.

La condivisione successiva prevede di raccontare all'Altro ciò che è stato visto di Lui nel corso delle pratiche.

Anche in questo caso, il tempo è predefinito: Ognuno ha a disposizione 5’ minuti per condividere con l'Altro. A differenza della condivisione precedente, la fase successiva di 3’ minuti non è prevista.

15’ *Sediment.azione*

A questo punto, il Facilitatore sottolinea come la parola permetta di manifestare il proprio mondo interiore, condividendolo con gli Altri. Inoltre, Questi ultimi possono sostenere anche mediante un contatto fisico affettivo.

Il Facilitatore chiede ad ogni coppia di completare il cartellone riportando parole, frasi, disegni, ecc. per condividere la propria esperienza.

10' Conclusione formale

Il Facilitatore conclude il laboratorio con un momento di ringraziamento rivolto a Se Stessi, per aver trovato il coraggio di lasciare accesso al proprio spazio intimo al tocco di Qualcun altro. Quindi, il ringraziamento si estende alla guida etica dei Compagni.

Conclusione

Trovare parole

La mia prova orale dell'Esame di Maturità è stata un'ora in cui sulle pareti dell'aula hanno rimbalzato il rumore delle parole e sequenze mimiche. Mattinata avvolta dall'evanescenza delle promesse ancora da deludere. Purtroppo, l'incompiutezza non si è risolta in cento punti più lode, come avevo sperato per mesi, anni.

Con quel portone alle spalle, mi sono cadute all'unisono tre cose: bicchiere di spumante, lenti azzurre e spensieratezza. Anzi, l'ultima, probabilmente, non l'avevo mai sperimentata. La responsabilità costituiva il mio rimedio razionale contro l'*horror vacui*. Il peso sbagliato, fuori tempo, della responsabilità in anticipo prima indebolisce, poi assassina la gioventù. Così, una lenta cascata di inesorabili distruzioni è iniziata.

Ho sempre avuto un rapporto sereno con il *cibo*: mai un eccesso, solo uno sfizio che distende la mente, il piatto tipico di un posto unico, la spensieratezza di una tavola imbandita a festa. Avevo un unico punto debole, come Achille, e la freccia ha colpito proprio lì. L'abito d'ossa si restringe di un paio di misure dopo che lo spirito ha smesso di alitargli la vita: una fame struggente e disordinata.

Non parlavo fuori perché avevo troppo rumore dentro. Però, quando ho capito che scomponendo le emozioni in sillabe sarei stato in grado di decifrare quel disordine, ho cominciato a comporre parole senza sosta.

Tra i miei pensieri, si susseguono spesso le immagini che mi ritraggono *protagonista* della mia prima seduta di psicoterapia: quella sera piovosa di metà ottobre, mentre ero chiusa nel velluto della giacca e portavo a spasso pantaloni neri a cui avrebbero potuto aggiungere tranquillamente un'altra X a quelle che già precedevano la S. Fortunatamente, ora porto a spasso un quattrozampe color miele. Non trovai la sedia molto comoda, in quel periodo non lo era neanche quella imbottita della camera o il materasso, con le ginocchia separate da un cuscino, come se le avessi sentite consumate da quel continuo contatto.

La verità si preferisce ignorarla, per non soffrire, non guarire. Altrimenti, si diventerebbe ciò che si ha più paura di essere: completamente vivi. Quindi, non è poi così vero che si desidera sempre ciò che non si è mai avuto: si preferisce ciò che ci appartiene da sempre quando si sta male. La rete di bugie in cui mi districavo per nascondere al mondo la mia infermità esistenziale diventava sempre più fitta. Finché, una luce fece capolino in quel garbuglio di fili marci.

Per la prima volta, ho trovato Qualcuno in grado di ascoltarmi senza arrogarsi il diritto di sapere Chi fossi. Nello spazio protetto della Psicoterapia avevo meno paura di cadere, ma anche meno bisogno di volare, senza la selva quotidiana di sguardi proiettati addosso.

Le operazioni di scavo rendono il Paziente simile ad un archeologo ed hanno dato voce al mio mostro interiore. Se volevo cambiare la mia vita, era indispensabile che lo provocassi, costringendolo a venire allo scoperto, per la battaglia finale: dovevo agire. I mostri nel cuore non si ingrandiscono grazie alle sconfitte, ma si alimentano con l'inazione.

Non ho mai smesso di consumare scarpe da corsa. Però, sudare non è più il mio unico modo per piangere.

La vita tranquilla è ancora un'attrazione, ma non sono più avvolto dentro la coperta della quotidianità sentendomi costantemente sfinito.

Le cose che mi fanno paura non accadano quasi mai. Invece, ciò che mi ha spezzato in due neanche sapevo cosa fosse. Ho conosciuto e sperimentato l'Anoressia in tutte le sue declinazioni. Per risalire alla vera causa non ho potuto che sviscerare il sintomo. Ho acquisito gli strumenti utili nel corso delle sedute di psicoterapia e grazie all'approfondimento personale: la fame di conoscenza è nata dalla catarsi della fame fisica.

Trovare Corpo

Dopo anni di lavoro sul piano verbale, ho avvertito il bisogno di entrare in contatto autentico con il corpo: era il momento giusto per immergermi in un laboratorio esperienziale di Movimento Biologico, senza freni.

Pur essendone inconsapevoli, le memorie della propria storia personale sono – anche — ricordi neuromuscolari, endocrini, metabolici, cellulari.

Immagini di sentimenti interiori originano dal processo anatomico che dà “forma” all’Uomo. L’anatomia comunica come motilità cellulare, ma anche attraverso l’organizzazione ed il movimento della psiche e dell’anima. I sentimenti, che nascono da queste forme anatomiche, costituiscono la base dei programmi cerebrali, della coscienza, del modo in cui Ognuno pensa e sente. Eppure, spesso, si dimentica (o si ignora) che i sentimenti si fondano sull’anatomia. Ovviamente, l’anatomia a cui si fa riferimento è quella carnale ed incarnata: non solamente biologica, ma biografica.

L’attività cellulare vitale per il tessuto sano è limitata da qualsiasi tensione, rigidità, retrazione, lassità, distonia o discinesia in una parte del corpo.

Le pratiche di Movimento Biologico, basate sull’Anatomia Esperienziale, sulla Esplorazione Guidata e Libera e sull’Embodiment, consentono di utilizzare la reattività delle cellule a qualsiasi segnale mecano-biologico (es. calore, vibrazioni, tatto), per acquisire Consapevolezza e stimolare il cambiamento.

Nel mio caso, un pomeriggio di pratiche è stato sufficiente per *riavvolgere il nastro* ed entrare in contatto con le memorie cellulari che mi hanno regalato la conoscenza di una dimensione, in potenza, capace di incarnare ogni qualità. I miei bisogni più profondi sono emersi attraverso movimenti spontanei: così, quei movimenti autentici, dall’enorme potenziale staminale, hanno iniziato a *guarire*. Ho esplorato il mio *diritto ad esserci* e le molteplici modalità con cui questo possa manifestarsi. La *tristezza* che mi ha sempre abitato, derivante dalla *manca*za, ha lasciato spazio alla *gioia* di poter essere qualsiasi cosa. In un gioco di *immersione*, facilitato dal contatto di una Compagna, ho vissuto la sensazione cellulare di essere Elia, in pace con tutte le sue versioni. In quel momento, si sono definiti un *prima*, caratterizzato da mente e corpo, ed un *dopo*, in cui ho incarnato il *Leib*: *stare in braccio, dare il braccio, essere il braccio, non è questa la Vita?*

Un distillato di emozioni così penetranti da far sentire morti, per poi nascere nuovi, o nascere davvero.

*Un totale senso di liberazione,
di aprire il cielo
alle mie stelle.*

Così, mi sono sentito.

Movimento Biologico non è la *panacea* in grado di risolvere tutti i mali: a quel punto del mio percorso avevo intuito che con le parole avevo scavato fin dove il verbale poteva arrivare.

L’Uomo è un sistema complesso, gli effetti prodotti da qualsiasi pratica proposta da un Facilitatore dipendono da dove rivolge l’attenzione, rispondendo a bisogni individuali, che richiedono il proprio tempo.

Un percorso di psicoterapia è imprescindibile per trovare parole a ciò che si riesce a manifestare solo tramite un disturbo alimentare, che rimane un sintomo. Pratiche di Movimento Consapevole, nel momento più opportuno per il Paziente, possono fungere da strumento parallelo di supporto o per un ulteriore approfondimento. In ogni caso, in accordo con quanto evidenziato dalla letteratura scientifica, costringere un Soggetto alla passività della *stasi*, soprattutto se sottopeso, è solo la risposta più semplice, ma non una soluzione. Invece, Movimento Biologico può rappresentare

l'alternativa motoria, non invasiva sul piano fisico, ma comunque *attiva*, per prendersi cura dell'usurato corpo meccanicizzato, fino a scoprire che si può essere Corpo.

Dall'inizio della fine, alla fine dell'inizio

Esistono dolori temporanei, come quando sbatti il mignolo all'angolo di quel comodino che ti eri ripromesso di non urtare più. Però, soprattutto, esistono dolori che accompagnano sempre: sono presenti, anche se non si vedono; si ricorda l'istante esatto in cui sono cominciati, senza sapere quando finiranno e sembrano portare via tutto.

Ho provato a lasciare andare il passato, ma mi resta attaccato, alla pelle. Il corpo è presenza: possiede un'ombra che lo segue e che, a seconda della luce del sole, viene proiettata in diverse direzioni; indossa abiti; abbraccia; è l'Altro di Qualcuno che aspetta per cena. Infatti, quando un corpo non c'è più, rimane solo tanto spazio. L'anoressia, la *mia morte*, è stata la più corporea di tutte le esperienze, anche per Coloro che sono rimasti ad attendere che quello spazio tornasse ad essere occupato. L'assenza del corpo rende manifesto che la vita di prima non esiste più.

Nel *puzzle della vita*, il mio corpo era diventato il tassello mancante, che ritrovi dopo mesi, sotto il divano. Quel pezzo ancora manca; tuttavia, quel vuoto è pieno di ricordi, esperienze: una storia che, comunque, è esistita.

Non posso cancellare il dolore, ma posso metabolizzarlo e trasformarlo in energia positiva, quella da cui è nato ed è stato alimentato questo scritto. Sono consapevole della strada da percorrere per arrivare dove è nascosto il *tassello mancante*: il corpo, di Elia. Tuttavia, prima di aggiungere l'ultimo pezzo, devo finire di riordinare il puzzle.

Auguro ad Elia, mi auguro, che questo sia solo l'inizio di un progetto di vita in cui poter essere Facilitatore di Chi mi offrirà l'opportunità di aiutarlo a tracciare la mappa che lo accompagnerà *sotto il divano*, dove ha smarrito il corpo.

Bibliografia

- ABRAMS L. S., STORMER C. C. (2002). *Sociocultural variations in the body image perceptions of urban adolescent females*, in "Journal of Youth and Adolescence", 31(6), pp.443–450.
- ABULOF U. (2017), *Introduction: Why We Need Maslow in the Twenty-First Century*. Society, 54, 6, pp.508-509.
- ADKINS E.C., KEEL P.K. (2005), *Does "excessive" or "compulsive" best describe exercise as a symptom of bulimia nervosa?*, in "International Journal of Eating Disorders", 38,1, pp.24-29.
- ALBERY I.P., WILCOCKSON T., FRINGS D., MOSS A.C., CASELLI G., SPADA M.M. (2016). *Examining the Relationship Between Selective Attentional Bias for Food- and Body-Related Stimuli and Purging Behavior in Bulimia Nervosa*, in "Appetite", 107, pp. 208-212.
- ALDERMAN B.L., OLSON R.L., BRUSH C.J., SHORS T.J. (2016), *MAP Training: Combining Meditation and Aerobic Exercise Reduces Depression and Rumination While Enhancing Synchronized Brain Activity*, in "Translational Psychiatry", 6, 2, e726.
- ALEXANDER W.H., BROWN J.W (2011), *Medial Prefrontal Cortex as An Action-Outcome Predictor*, in "Nature Neuroscience", 14,10, pp.1338-44.
- ALGARS M., ALANKO K., SANTTILA P., SANDNABBA N.K. (2012), *Disordered eating and gender identity disorder: a qualitative study*, in "Eating Disorders", 20, pp. 300-11.
- ÅLGARS M., SANTTILA P., VARJONEN M., WITTINGK, JOHANSSON A., JERN P., SANDNABBA N.K. (2009), *The Adult Boy: How Age, Gender and Body Mass Index Are Related to Body Image*, in "Journal of aging and Health", 21, pp.1112-31.
- ALOI M., RANIA M., CAROLEO M., BRUNI A., PALMIERI A., CAUTERUCCIO M.A., DE FAZIO P., SEGURA-GARCÍA C. (2015), *Decision Making, Central Coherence and Set-Shifting: A Comparison between Binge Eating Disorder, Anorexia Nervosa and Healthy Controls*, in "BMC Psychiatry", 15,1,6.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV-TR)*, trad. it. Masson, Milano 2001.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione (DSM-5)*, tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2015.
- ANDERSEN A.E. (1990), *Males with eating disorder*. New York & London: Routledge
- ANHEYER D., HALLER H., BARTH J., LAUCHE R., DOBOS G., CRAMER H. (2017), *Mindfulness-Based Stress Reduction for Treating Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis*. "Annals of Internal Medicine", 166, 11 pp.799-807.
- ANTONOVSKY A. (1987), *Unravelling the mystery of health – How people manage stress and stay well*, Jossey-Bass Publisher, San Francisco.
- ARISTOTELE, *Poetica* [4. 1448 b 5-8] in Scaramuzza G., (2013) *Educazione Poetica. Dalla poetica di Aristotele all'educatore*, Anicia, Roma.
- ARNKIL T.E., SEIKKULA J. (2013), *Metodi dialogici nel lavoro di rete. Per la psicoterapia di gruppo, il servizio sociale e la didattica*, Erickson.
- ASPEN V., DARCY A.M., LOCK J. (2013), *A Review of Attention Biases in Women with Eating Disorders*, in "Cognition & Emotion", 27,5, pp.820-38.
- AUCOUTURIER B. (2015), *Il metodo Aucouturier*, FrancoAngeli, Milano. RENDSON R. (1989), *From physical education to kinantropology: a quest for academic and professional identity*. Quest, 41, pp. 235-256.
- BACH P. (2008), *ACT in practice*, New herbingier.
- BADOUD D., TSAKIRIS M. (2017). *From the body's viscera to the body's image: Is there a link between interoception and body image concerns?*, in "Neuroscience and Biobehavioral Reviews", 77, pp. 237–246.
- BAHR R., (2008), editor. *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Rapport IS-1592. Oslo: Helsedirektoratet.
- BALOTTIN U., ROSSI G., LANZI G. (2003), *L'anorexia nell'adolescente maschio: revisione della letteratura e contributo casistico*. Imago, Vol.10, pp 15-29.
- BANDURA A. (1977), *Self-Efficacy: Toward A Unifying Theory of Behavioral Change*, in "Psychological Review", 84, 2, pp. 191-215.
- BARBARICH N.C., KAYE W.H., JIMERSON D. (2003), *Neurotransmitter and Imaging Studies in Anorexia Nervosa: New Targets for Treatment*, in "CNS & Neurological Disorders", 2, pp. 61-72.

- BARBATELLI G., BERTONI L., BOCCAFOSCHI F., BOSETTI M., CARINI F., CONGIU T., CORTESE K., D'AMICO A. G., DOLCI C., FAIS F., FRANCHITTO A., GIAMBANCO I., HEYN R., LANUTI P., LISI S., LUCHETTI F., MARMIROLI P.L., MARTELLI A.M., MASSELLI E., MAZZARELLO V.L., MUSUMECI G., NATALE G., PATERNOSTRO F., SABBATINI M., TOESCA A., TRIMARCHI F., VETUSCHI A. (2018), *Anatomia Umana – Fondamenti*, Edi. Ermes.
- BARRON J. e CRISP A. (2003), *Byron's Eating Disorder. The Byron Journal*, Num. 31, pp. 91-100.
- BARRY N., CLARKE A.M., OETERSEN I., JENKINS R. (2019), *Implementing Mental Health Promotion* (2nd ed.), Springer, Switzerland.
- BARSALOU L.W. (2008), *Grounded Cognition*, in "Annual Review of Psychology", 59, pp.617-645.
- BARSALOU L.W., BREAZEL C., SMITH L.B., (2007), *Cognition as Coordinated Non-Cognition*, in "Cognitive Processing", 8,2, pp.79-91.
- BARTHES R. (1977), *Fragments d'un discours amoureux*, Éditions du Seuil.
- BAUMANN E. (1913), *Psicocinesia. L'educazione dello spirito mediante quella del corpo*, Roma.
- BAUMAN Z. (1999), *Modernità liquida*, Laterza, Roma-Bari.
- BECHARA A., DAMASIO A.R., DAMASIO H., ANDERSON S.W. (1994), *Insensitivity to Future Consequences Following Damage to Human Prefrontal Cortex*, in "Cognition", 50, 1-3, pp. 7-15.
- BEILOCK S.L., GRAY R. (2007), *Why Do Athletes Choke Under Pressure?*, in G. Tenenbaum & R. C. Eklund (Eds.), *Handbook of sport psychology* (3rd ed., pp. 425–444). John Wiley & Sons, Inc..
- BEILOCK S. L., GRAY R. (2012), *From Attentional Control to Attentional Spillover: A Skill-Level Investigation of Attention, Movement, And Performance Outcomes*, in "Human Movement Science", 31, 6, pp.1473–1499.
- BELLINGRERI A., GIUSEPPINA D'ADDELFIO G, ROMANO L., ENZA SIDOTI E., VINCIGUERRA M. (2022), *Per-corsi di Pedagogia Generale*, UTET Università.
- BENDEL J, STRITTMATTER R, WILLMAN H. (1998), *What keeps people healthy? The current state of discussion and the relevance of Antonovsky's Salutogenic Model of Health*, Federal Centre for Health Education, Germany.
- BERLUCCHI G., AGLIOTTI S.M. (1997), *The Body in the Brain: Neural Basis of Corporeal Awareness*, in "Trends in Neurosciences", 20, 12, pp. 560-4.
- BERMAN E.S. (2006), *The relationship between eating self-efficacy and eating disorder symptoms in a non-clinical sample*, in "Eating Behavior", 7,1, pp.79-90.
- BERNIER M., THIENOT E., CODRON R., FOURNIER, J. F. (2009), *Mindfulness and acceptance*
- BERTINI M. (1988) *Psicologia e Salute*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- BEUMONT P.J., ARTHUR B., RUSSELL J.D., TOUYZ S.W. (1994), *Excessive Physical Activity in Dieting Disorder Patients: Proposals for A Supervised Exercise Program*, in "International Journal of Eating Disorders", 15,1, pp. 21–36.
- BISCHOFF-GRETHER A., WIERENGA C. E. BERNER L.A. SIMMONS A.N. BAILER U., PAULUS M.P. KAYE W.H. (2018), *Neural Hypersensitivity to Pleasant Touch in Women Remitted from Anorexia Nervosa*, in "Translational Psychiatry", 8, 161.
- BLAKEMORE S.J., FRITH C.D., WOLPERT D.M. (2001), *The Cerebellum Is Involved in Predicting The Sensory Consequences of Action*, in "Neuroreport",12,9, pp.1879-84.
- BLANCHARD L, CHESKA A. (1985), *The antropology of sport: an introduction*. Bergin & Garvey, South Hadley, MA.
- BOEKAA A.G., LOKKEN K.L. (2006), *The Iowa Gambling Task as a Measure of Decision Making in Women with Bulimia Nervosa*, in "Journal of the International Neuropsychological Society", 12, 5, pp.741-5.
- BOGGIO M. (2001), *Il corpo creativo. La parola e il gesto in Orazio Costa*, Bulzoni, Roma.
- Incontro fra Orazio Costa e gli allievi dell'Accademia Nazionale D'Arte Drammatica Silvio D'Amico in BOGGIO M. (2018), *il Corpo Creativo*, Bulzoni, Roma.
- BOSANAC P., KURLENDER S., STOJANOVSKA L., HALLAM K., NORMAN T., MCGRATH C., BURROWS G., WESNES K., MANKTELOW T., OLVER J. (2007), *Neuropsychological Study of Underweight and 'Weight-Recovered' AN Compared with Bulimia Nervosa and Normal Controls*, in "International Journal of Eating Disorders", 40, 7, pp. 613-21.
- BOTTACIOLI F, BOTTACIOLI A.G., (2018), *PsicoNeuroEndocrinoImmunologia e Scienza della Cura integrata – il Manuale*, EDRA, Milano.
- BOTVINICK M., COHEN J. (1998), *Rubber Hands "Feel" Touch Thatyes See*, in "Nature", 391, p.756
- BOWLBY J. (1989), *Una base sicura*, Raffaello Cortina, Milano.

- BRAND M., FRANKE-SIEVERT C., JACOBY G.E., MARKOWITSCH H.J., TUSCHEN-CAFFIER B. (2007), *Neuropsychological Correlates of Decision Making in Patients with Bulimia Nervosa*, in "Neuropsychology", 21, 6, pp. 742-50.
- BRATLAND-SANDA S., ROSENVINGE J.H., VRABEL K.A., NORRING C., SUNDGOT-BORGEN J., RO O., MARTINSEN E.W. (2009), *Physical Activity in Treatment Units for Eating Disorders: Clinical Practice and Attitudes* in "Eating and Weight Disorders", 14,2-3, e106-12.
- BRATLAND-SANDA S., SUNDGOT-BORGEN J., RO O., ROSENVINGE J.H., HOFFART A., MARTINSEN E.W. (2010), *"I'm Not Physically Active- I Only Go for Walks": Physical Activity in Patients with Longstanding Eating Disorders*, in "International Journal of Eating Disorders", 43,1, pp.88-92.
- BRAUN D.A., AERTSEN A., WOLPERT D.M., MEHRING C. (2009), *Motor Task Variation Induces Structural Learning*, in "Current Biology", 19,4, pp.352-7.
- BRESNAHAN K.A., TANUMIHARDJO S.A. (2014), *Undernutrition, the Acute Phase Response to Infection, and Its Effects on Micronutrient Status Indicators*, in "Advances and Nutrition", 5,6, pp.702-11.
- BREWERTON T.D., STELLEFSON E.J., HIBBS N., HODGES E.L., COCHRANE C.E., (1995) *Comparison of Eating Disorder Patients with and Without Compulsive Exercising*, in "International Journal of Eating Disorders", 17,4, pp.413-416.
- BREWIS A., STURTZ SREETHARAN C., WUTICH A., (2018), *Obesity Stigma as A Globalizing Health Challenge*, in "Global Health", 14, 20.
- BROOKS S., PRINCE A., STAHL D., CAMPBELL I.C. TREASUR J. (2011), *A Systematic Review and Meta Analysis of Cognitive Bias to Food Stimuli in People with Disordered Eating Behaviour*, in "Clinical Psychology Review", 31,1, pp.37-5.
- BROWN K.W., RYAN R.M. (2003), *The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being*, in "Journal of Personality and Social Psychology".
- BRUCH H. (1981), *Developmental Considerations of Anorexia Nervosa and Obesity*, in "Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie", 26,4, pp.212-7.
- BUBER M. (1923), *Ich und Du*, trad. I and Thou.
- BUBER M. (1954), *Das Problem des Menschen*, Gutersloher Verlagshaus.
- BUCHESNE M., MATTOS P., APPOLINÁRIO J.C., DE FREITAS S.R., COUTINHO G., SANTOS C., COUTINHO W., (2010), *Assessment of Executive Functions in Obese Individuals with Binge Eating Disorder*, in "Revista Brasileira de Psiquiatria", 32(4), pp. 381-8.
- BUCHANAN P.A., ULRICH B.D. (2001), *The Feldenkrais Method: A Dynamic Approach to Changing Motor Behavior*, in "Research Quarterly for Exercise and Sport", 72,4 pp.315-23.
- BUCHANAN P.A., ULRICH B.D. (2003), *Attending to the Process of Changing Behavior: A Reply to Ives' commentary*, in "Research Quarterly for Exercise and Sport", 74, pp.124-126.
- BULIK C.M., KLUMP K.L., THORNTON L., KAPLAN A.S., DEVLIN B., FICHTER M.M., HALMI K.A., STROBER M., WOODSIDE D.B., CROW S., MITCHELL J.E., ROTONDO A., MAURI M., CASSANO G.B., KEEL P.K., BERRETTINI W.H., KAYE W.H. (2004), *Alcohol Use Disorder Comorbidity in Eating Disorders: A Multicenter Study*, in "Journal of Clinical Psychiatry", 65, 7, pp.1000-1006.
- BULIK C.M., SULLIVAN P.F. WADE T.D., KENDLER K.S. (2000), *Twin Studies of Eating Disorders: A Review*, in "The International Journal of Eating Disorders", 27, pp.1-20.
- BULIK C.M., SULLIVAN P.F., TOZZI F., FURBERG H., LICHTENSTEIN P., PEDERSEN N.L. (2006), *Prevalence, heritability and Prospective Risk Factors for Anorexia Nervosa*, in "Archives of General Psychiatry", 63, pp. 305-12.
- BUTTON E., ALDRIDGE S., PALMER R. (2008), *Males Assessed by a Specialized Adult Eating Disorders Service: Patterns Over Time and Comparisons with Females*, in "International Journal of Eating Disorders", 41, pp.758-61.
- CAGLAR-NAZALI H.P., CORFIELD F., CARDI V., AMBWANI S. LEPPANEN J. OLABINTAN O., DERIZIOTIS S. HADJIMICHALIS A., SCOGNAMIGLO P., ESHKEVARI E., MICALI N., TREASURE J. (2004), *A Systematic Review and Meta-Analysis of 'Systems for Social Process' in Eating Disorders*, in "Neuroscience and Biobehavioral Reviews", 42, pp-55-92.
- CALOGERO R. M., THOMPSON J. K. (2010). *Gender and Body Image*, in J. C. Chrisler & D. R. McCreary (Eds.), *Handbook of gender research in psychology. Vol. 2. Gender research in social and applied psychology* (pp. 153-184). Springer Science + Business Media.
- CALVANI A. (2007), *Fondamenti di didattica. Teoria e prassi dei dispositivi formativi*, Carocci, Roma.

- CAMPIONE G.C., MANSI G., FUMAGALLI A., FUMAGALLI B., SOTTOCORNOLA S. MOLteni M. MICALI N. (2017), *Motor-Based Bodily Self Is Selectively Impaired in Eating Disorders*, in "PLoS One", 12, e0187342.
- CAMRAS L. A., WITHERINGTON, D. C. (2005), *Dynamical Systems Approaches to Emotional Development*, in "Developmental Review", 25, 3-4, pp. 328-350.
- CARSON H. J., COLLINS D. (2011), Refining and regaining skills in fixation/diversification stage performers: The five-a model, in "International Review of Sport and Exercise Psychology", 4,2, pp.146-167.
- CASH T.F., DEAGLE E.A. (1997), *The Nature and Extent of Body-Image Disturbances in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Meta-Analysis*, in "The International Journal of Eating Disorders", 22, pp. 107-25.
- CASOLO F. (2011), *Didattiche delle attività motorie per l'età evolutiva*, Vita e Pensiero, Milano.
- CASTELLINI G., TRISOLINI F., RICCA V. (2014), *Psychopathology of Eating Disorders*, in "Journal of Psychopathology", 20, pp.461-70.
- CAVICCHIOLI M., MOVALLI M., MAFFEI C. (2018), *The Clinical Efficacy of Mindfulness-Based Treatments for Alcohol and Drugs Use Disorders: A Meta-Analytic Review of Randomized and Nonrandomized Controlled Trials*, in "European Addiction Research", 24,3, pp.137-162.
- CAZZATO V., MIAN E., MELE S., TOGNANA G., TODISCO P., URGESI C. (2016), *The Effects of Body Exposure on Self-Body Image and Esthetic Appreciation in Anorexia Nervosa*, in "Experimental Brain Research", 234, pp.695-709.
- CERA R. (2009) *Pedagogia del gioco e dell'apprendimento*, FrancoAngeli, Milano.
- CHATTHA R., RAGHURAM N., VENKATRAM P., HONGASANDRA N.R. (2008), *Treating the Climacteric Symptoms in Indian Women with An Integrated Approach to Yoga Therapy: A Randomized Control Study*, in "Menopause", 15,5, pp.862-70.
- CHIAVARINI M., SPACCAPANICO PROIETTI S., DE WAURE C. (2023), *Movimento Biologico: un programma di movimento consapevole come strumento di salutogenesi nei giovani adulti del CdL in Scienze Motorie e Sportive dell'Università degli Studi di Perugia*, in "Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute", 67, 4.
- CHITTESTER N.I., HAUSENBLAS H.A. (2014), *Correlates of Drive for Muscularity: The Role of Anthropometric Measures and Psychological factors*, in "Journal of Health and Psychology", 14, pp. 872-7.
- CHOMSKY N. (1981) *Riflessioni sul linguaggio*, Einaudi, Torino.
- CISEK P., KALASKA J.F. (2010), *Neural Mechanisms for Interacting with A World Full of Action Choices*, in "Annual Review Neuroscience", 33, pp.269-98.
- CLAES L., VANDEREYCKEN W., VERTOMMEN H. (2001), *Self-Injurious Behaviors in Eating-Disordered Patients*, in "Eating Behavior". 23, pp.263-272.
- COHEN-KETTENIS P.T., PFÄFFLIN F. (2010), *The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults*, in "Archives of Sexual Behavior", 39, pp. 499-513.
- COLLI G.G. (1996), *Una pedagogia dell'attore. L'insegnamento di Orazio Costa*, Bulzoni, Roma.
- COLLIER D.A., ARRANZ M.J., LI T., MUPITA D., DROWN N., TREASURE J. (1997), *Association between 5-HT2A Gene Promoter Polymorphism and Anorexia Nervosa*, in "The Lancet", 350, p.412.
- COLLINS J.K., BEUMONT P.J.V., TOUYZ S.W. KRASS J., THOMPSON P., PHILIPS T. (1987), *Variability in Body Shape Perception in Anorexic, Bulimic, Obese and Control Subjects*, in "The International Journal of Eating Disorders", 6,5, pp. 633-8.
- CONLEY C.S., DURLAK J.A., KIRSCH A.C. (2015), *A Meta-Analysis of Universal Mental Health Prevention Programs for Higher Education Students*, in "Prevention Science", 16,4, pp. 487-507.
- CONVERSE A.K., AHLERS E.O., TRAVERS B.G., DAVIDSON R.J. (2014), *Tai Chi Training Reduces Self-Report of Inattention in Healthy Young Adults*, in "Frontiers in Human Neuroscience", 8, p.13.
- COOK B.J., WONDERLICH S.A., MITCHELL J.E., THOMPSON R., SHERMAN R., MCCALLUM K. (2016), *Exercise in Eating Disorders Treatment: Systematic Review and Proposal of Guidelines*, in "Medicine & Science in Sports & Exercise", 48, 7, pp. 1408-14.
- CORNELISSEN P.L., JOHNS A., TOVÉE M.J. (2013), *Body Size Over-Over Estimation in Women with Anorexia Nervosa Is not Qualitatively Different From Female Controls*, in "Body Image", 10, pp.103-11.
- COSTA O. (1989), *Quaderno*.
- COSTANTINI M., URGES C., CALATI G., ROMANI G.L., AGLIOTI S.M. (2011), *Haptic Perception and Body Representation in Lateral and Medial Occipito-Temporal Cortices*, in "Neuropsychologia", 49, 5, pp.821-9.

- CRAIG C., HISKEY S., SPECTOR A. (2020), *Compassion Focused Therapy: A Systematic Review of Its Effectiveness and Acceptability in Clinical Populations*, in "Expert Review in Neurotherapeutics", 20, 4, pp. 385-400.
- CRISTINI C., GHIRALDI A. (2009), *Sentire e pensare. Emozioni e apprendimento fra mente e cervello*, Springer-Verlag Italia, Milano.
- CRUCIANELLI L., CARDI V., TREASURE J., JENKINSON P.M. FOTOPOULOU A. (2016), *The Perception of Affective Touch in Anorexia Nervosa*, in "Psychiatry Research", 239, pp.72-8.
- CURLIK D.M., MAENG L.Y., AGARWAL P.R., SHORS T.J. (2013), *Physical Skill Training Increases the Number of Surviving New Cells in The Adult Hippocampus*, in "PLoS One", 8,2, e55850.
- CURLIK D.M., SHORS T.J. (2011), *Learning Increases the Survival of Newborn Neurons Provided That Learning Is Difficult to Achieve and Successful*, in "Journal of Cognitive Neuroscience", 23,9, pp.2159-70.
- CURLIK D.M., SHORS T.J. (2013), *Training Your Brain: Do Mental and Physical (Map) Training Enhance Cognition Through The Process Of Neurogenesis In The Hippocampus?*, in "Neuropharmacology", 64,1, pp.506-14.
- CURRAN T., KEELE S. W. (1993), *Attentional and Nonattentional Forms of Sequence Learning*, in "Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition", 19,1, pp.189-202.
- CUZZOLARO M. (2002), *Disordini alimentari in adolescenza*, in M. Ammaniti (a cura di), *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp.399-427.
- CUZZOLARO M. (2017), *Il corpo e le sue ombre*, il Mulino, Bologna.
- DAKANALIS A., CASLINI M. PRUNAS A. VOLPATO C., (2012), *The Role of Cultural Factors on Eating and Body-Related Disorders*, in A. Fiorillo (a cura di), "New directions in Psychiatry", pp. 44, Roma.
- DAKANALIS A., RIVA G. (2013) *Mass Media, Body Image and Eating Disturbances: The Underlying Mechanism Through The Lens of The Objectification Theory*. In: Sams LB, Keels JA (eds). *Handbook on Body Image: Gender Differences, Sociocultural Influences and Health Implications*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- DAKANALIS A., TIMKO C.A., FAVAGROSSA L., RIVA G., ZANETTI M.A., CLERICI M. (2014), *Why Do Only a Minority of Men Report Severe Levels of Eating Disorder Symptomatology, When So Many Report Substantial Body Dissatisfaction? Examination of Exacerbating Factors*, in "Eating Disorders", 22, pp. 292-305.
- DAKANALIS A., ZANETTI A.M., RIVA G., et al. (2015), *Male Body Dissatisfaction and Eating Disorder Symptomatology: Moderating Variables among Men*, in "Journal of Health and Psychology", 20, pp. 80-90.
- DALLE GRAVE R. (2005), *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione durante il ricovero*, Verona: Positive Press.
- DALLE GRAVE R. (2008), *Excessive and Compulsive Exercise in Eating Disorders: Prevalence, Associated Features and Management*, in "Direction in Psychiatry", 21, 28, pp.273-282.
- DALLA GRAVE R., BOHN K., HAWKER D., FAIRBURN C.G. (2008), *Inpatient, Day Patient and Two Forms of Outpatient CBT-E*, in: Fairburn CG, ed. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press, pp. 231-244.
- DALLE GRAVE R., CALUGI S., MARCHESINI G., (2008), *Compulsive Exercise to Control Shape or Weight in Eating Disorders: Prevalence, Associated Features and Treatment Outcome*, in "Comprehensive Psychiatry", 49, pp. 346-352.
- DALLA RAGIONE L., SCOPPETTA M., (2009). *Giganti D'argilla: i disturbi alimentari maschili*. Il Pensiero Scientifico Editore.
- DAMASIO A.R. (1995), *L'errore di Cartesio*, Adelphi, Milano.
- DAMIANO L. (2009), *Unità in dialogo. Un nuovo stile per la conoscenza*, Bruno Mondadori, Milano.
- DAPELO M.M., SURGULADZE S., MORRIS R., TCHANTURIA K. (2017), *Emotion Recognition in Face and Body Motion in Bulimia Nervosa*, in "European Eating Disorders Review", 24, 1, pp. 34-42.
- DARCY A.M., FITZPATRICK K.K., COLBORN D. DATTA N., ASPEN V. SHIELDS C.S., LE GRANGE D., LOCK J. (2012), *Set-Shifting Among Adolescents with Bulimic Spectrum Eating Disorders*, in "Psychosomatic Medicine", 74,8, pp. 869-72.
- DAVIS C., KAPTEIN S. (2006), *Anorexia Nervosa with Excessive Exercise: A Phenotype with Close Links to Obsessive-Compulsive Disorder*, in "Psychiatry Research", 142, 2-3, pp. 209-217.
- DAVIS C., KATZMAN D.K., KAPTEIN S., KIRSH C., BREWER H., KALMBACH K., OLMSTED M.P., WOODSIDE D.B., KAPLAN A.S. (1997), *The Prevalence of High-Level Exercise in The Eating Disorders: Etiological Implications*, in "Comprehensive Psychiatry", 38,6, pp.321-326.

- DAVIS C., FOX J. (1993), *Excessive Exercise and Weight Preoccupation in Women*, in "Addicted Behaviors", 18,2, pp. 201-211.
- DAVIS C., FOX J., COWLES M., HASTINGS P., SCHWASS K. (1990), *The Functional Role of Exercise in the Development of Weight and Diet Concerns in Women*, in "Journal of Psychosomatic Research", 34, 5, pp.563-574.
- DAVIS C., PATTE K., CURTIS C., REID C. (2010), *Immediate pleasures and future consequences. A neuropsychological study of binge eating and obesity*, in "Appetite", 54,1, pp.208-13.
- DE COUCK M., MARÉCHAL R., MOORTHAMERS S., VAN LAETHEM J.L., GIDRON Y. (2016), Vagal Nerve Activity Predicts Overall Survival in Metastatic Pancreatic Cancer, Mediated by Inflammation, in "Cancer Epidemiology", 40, pp.47-51.
- DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 8 marzo 1999, n. 275.
- DELANEY C.B., EDDY K.T., HARTMANN A.S. BECKER A.E., MURRAY H.B., THOMAS J.J. (2015), *Pica and Rumination Behavior among Individuals Seeking Treatment for Eating Disorders in or Obesity*, in "The International Journal of Eating Disorders", 48,2, pp. 238-48.
- DELLA GRATTA F., SALERNO G. (2018), *La mente dal corpo. L'embodiment tra fenomenologia e neuroscienze*. In.edit, Castel San Piero Terme (BO).
- DANIELSEN M, RØ Ø, BJØRNELV S. (2018), *How to integrate physical activity and exercise approaches into inpatient treatment for eating disorders: fifteen years of clinical experience and research*, in "Journal of Eating Disorders", 6,34.
- DE PASCALIS P. (2013), *Vigoressia: Quando il fitness diventa ossessione*, Il Pensiero Scientifico Editore.
- DERENNE J.L., BERESIN E.V., (2006), *Body Image, Media, and Eating Disorders*, in "Academic Psychiatry", 30, 3, pp.257-61.
- DE SAINT-EXUPÉRY A. (1943) *Il Piccolo Principe*, Reynal & Hitchcock, New York.
- DE VIGNEMONT F., (2010), *Body schema and body image-Pros and cons*, in "Neuropsychologia", 48(3), pp.669-80.
- DICKIE L., WILSON M., MCDOWALL J., SURGENOR L.J. (2012), *What Components of Perfectionism Predict Drive for Thinness?* In "Eating Disorders", 20, pp.232-47.
- DIMAGGIO G., CENTONZE A., OTTAVI P., POPOLO R. (2024), *Relazione terapeutica e tecniche esperienziali*, Raffaello Cortina Editore.
- DI MASI M. *Istituzioni di diritto sportivo per Scienze motorie e sportive*, (2023) G. Giappichelli Editore, pp.83-84.
- DIOGUARDI F., PAOLA D., REGGIANI E. (2005), *Educazione motoria per l'età evolutiva. Teoria, metodologia e didattica*, Ed. Ermes, Milano, p.5.
- DI PAOLO E., THOMPSON E. (2014). *The enactive approach*. In L. Shapiro (Ed.), *The Routledge handbook of embodied cognition* (pp. 68–78). Routledge/Taylor & Francis Group.
- DIVINO F. (2005), *Fondamenti di Psicologia Buddista. Sette concetti per una terapia meditativa*, Ed. Etiche Nuova Coscienza.
- DIVINO F. (2020), *Il Grande discorso sui fondamenti della Consapevolezza*, CreateSpace.
- DOBSON K.S., DOZOIS D.J. (2004), *Attentional Biases in Eating Disorders: A Meta-Analytic Review of Stroop performance* in "Clinical Psychology review, 23,8, pp. 1001-22.
- DONINI M. L., PINTO A., CANNELLA C. (2004), *Diete iperproteiche ed obesità*, Ann Ital Med, 19: 36-42
- DOWNING P.E., BRAY D., ROGERS J., CHILDS C. (2004), *Bodies Capture Attention when Nothing Is Expected*, in "Cognition", 93, pp. B27-38.
- DUCHESNE M., MATTOS P., FONTANELLE L.F., VEIGA H., RIZO L., APPOLINÁRIO J.C., (2004), *Neuropsychology of Eating Disorders: A Systematic Review of the Literature*, in "Brazilian Journal of Psychiatry", 26, pp. 107-17.
- EDWARDS M.K., LOPRINZI P.D. (2019), *Affective Responses to Acute Bouts of Aerobic Exercise, Mindfulness Meditation, and Combinations of Exercise and Meditation: A Randomized Controlled Intervention*, in "Psychological Reports", 122,2, pp.465-484.
- ESHKEVARI E., RIEGER E., LONGO M.R., HAGGARD P., TREASURE J. (2012), *Increased Plasticity of the bodily Self in Eating Disorders*, in "Psychological Medicine", 42,4, pp-819-28.
- ESHKEVARI E., RIEGER E., LONGO M.R., HAGGARD P., TREASURE J. (2014), *Persistent Body Image Disturbance Following Recovery from Eating Disorders*, in "The International journal of Eating Disorders", 47,4, pp.400-9.

- EXNER C., HEBEBRAND J., REMSCHMIDT H., WEWETZER C., ZIEGLER A., HERPERTZ S., SCWEIGER U., BLUM W.F., PRIBISCH G., HELDMAIER G., KLINGENSPOR M. (2000), *Leptin Suppresses Semi-Starvation Induced hyperactivity in Rats: Implication for Anorexia Nervosa*, in "Molecular Psychiatry", 5,5, pp. 476-81.
- FABBRO F. (2019), *La Meditazione Mindfulness*, il Mulino, Bologna.
- FACCIO E. (2001), *Il disturbo alimentare. Modelli ricerche e terapie*, Roma: Carocci Editore.
- FAIRBURN C.G., (2008), *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- FAIRBURN C.G. (1997), *Eating Disorders*, in D.M. Clark, C.G. Fairburn (eds.), *Science and Practice of Cognitive Behavior Therapy*, Oxford University Press, Oxford, pp 209-43.
- FAIRBURN C.G., COOPER Z., DOLL H.A., WELCH S.L. (1999), Risk Factors for Anorexia Nervosa: Three Integrated Case-control Comparison, in "Archives of General Psychiatry", 56,5, pp.468-76.
- FAIRBURN C.G., COOPER Z., SHAFRAN R. (2003), *Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders: A "Transdiagnostic" Theory and Treatment*, in "Behavior Research and Therapy", 41,5, pp. 509-528.
- FAIRBURN C.G., COOPER Z. (2011), *Eating Disorders, DSM-5 and Clinical Reality*, in "British Journal of Psychiatry", 198, pp. 8-10.
- FAIRBURN C.G., HARRISON P.J. (2003), *Eating Disorders*, in "The Lancet", 361, 9355, pp.407-16.
- FAIRBURN C.G., MARCUS M.D., WILSON G.T. (1993) *Cognitive-Behavioral Therapy for Binge Eating and Bulimia Nervosa. A Comprehensive Treatment Manual*, in: Fairburn CG, Wilson GT, eds. *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: The Guilford Press, pp. 361-404.
- FARQUHAR JC, WASYLKIW L. (2007), *Media Images Of Men: Trends and Consequences of Body Conceptualization*, in "Psychology of Men & Masculinity", 8,3, pp.145-160
- FARB N.A.S., SEGAL Z.V., MAYBERG H., BEAN J., MCKEON D., FATIMA Z., ANDERSON A. K. (2007), *Attending to The Present: Mindfulness Meditation Reveals Distinct Neural Modes of Self-Reference*, in "Social Cognitive and Affective Neuroscience", 2(4), pp.313-322.
- FARINELLI G. (2005), *Pedagogia dello sport ed educazione della persona*, Morlacchi, Perugia, pp.48-49.
- FARNÉ R. (2010), *Sport e infanzia. Un'esperienza formativa tra gioco e impegno*, FrancoAngeli, Milano.
- FAVARO A., CAREGARO L., TENCONI E., BOSELLO R., SANTONASTASO P. (2009), *Time Trends in Age at Onset of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*, in "Journal of clinical Psychiatry", 70,12, pp.1715-21.
- FAVARO A., FERRARA S., SANTONASTASO P. (2003), *The Spectrum of Eating Disorders in Young Women: A Prevalence Study in a General Population sample*, in "Psychosomatic Medicine", 65,4, pp.701-8.
- FAZELI P.K., KLIBANSKI A. (2018), *Effects of Anorexia Nervosa on Bone Metabolism*, in "Endocrine Reviews" 39, 6, pp. 895-910.
- FELDENKRAIS M. (1947), *Body and Mature behavior: A study of Anxiety, Sex, Gravitation and Learning*, Frog Books.
- FELDENKRAIS M. (1972), *Awareness through Movement*, Harper and Row, New York.
- FELDENKRAIS M. (2010), *Embodied Wisdom – The Collect Papers of Moshe Feldenkrais*, North Atlantic Books, Berkeley, CA.
- FERNROS L, FURHOFF AK, WÄNDELL PE. (2008), *Improving Quality of Life Using Compound Mind-Body Therapies: Evaluation of A Course Intervention with Body Movement and Breath Therapy, Guided Imagery, Chakra Experiencing and Mindfulness Meditation*, in "Quality of Life Research", 17,3, pp.367-76.
- FICHTER M.M., QUADFLIEG N., HEDLUND S. (2008), *Long-term Course of bNge Eating Disorder and Bulimia Nervosa: Relevance for Nosology and Diagnostic Criteria*, in "International Journal of Eating Disorders", 41, pp.577-86.
- FITTS P.M., POSNER M.I. (1967), *Human Performance*, Brooks Cole, Belmont.
- FLORES D'ARCAIS G. (1972), *Discorso formale e discorso pedagogico-didattico*, in "Rassegna di Pedagogia", a. XXX, n.1.
- FONSECA V. (2009), *Psicomotricidade: Filogênese, ontogênese, retrogênese*, Wak Editora, Copacabana.
- FORMAN-HOFFMAN V.L., WATSON T.L., ANDERSEN A.E. (2008), *Eating Disorder Age of Onset in Males: Distribution and Associated Characteristics*, in "Eating sand Weight Disorders", 13, e28-31.
- FRANK G.K., BAILER U.F., HENRY S., WAGNER A., KAYE W.H. (2004), *Neuroimaging Studies in Eating Disorders*, in "CNS Spectrums", 9,7, pp.539-48.
- FREDERICK D.A., FORBES G.B., GRIGORIAN K.E., JARCHO J.M. (2007), *The UCLA Body Project I: Gender and Ethnic Differences in Self-Objectification and Body Satisfaction Among 2,206 Undergraduates*. Sex Roles 57, pp. 317-27.

- FREDRICKSON B.L. (2001), *The Role of Positive Emotions in Positive Psychology. The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions*, in "American Psychologist", 56, 3, pp. 218-26.
- FREEMAN R., TOUYZ S., SARA G., RENNIE C., GORDON E., BEUMONT P. (1991), *In the Eye of the Beholder: Processing Body Shape Information in Anorexic and Bulimic Patients*, in "The International Journal of Eating Disorders", 10,6, pp.709-14.
- FRENCH P. A., LIN J., BUCHNER A. (1998), *Learning Versus Behavioral Expression of The Learned: The Effects of A Secondary Tone-Counting Task On Implicit Learning In The Serial Reaction Task*, in "Psychological Research", 61, 2, pp.83-98.
- FRITH C.D., BLAKEMORE S.J., WOLPERT D.M. (2000), *Abnormalities in The Awareness and Control of Action*, in "Philosophical Transactions of the Royal Society of London: Biological Sciences", 355,1404, pp.1771-88.
- FUSTER J.M. (2001), *The Prefrontal Cortex--An Update: Time Is of The Essence*, in "Neuron", 30, 2, pp.319-33.
- GAIFFI S. *Corpo, educazione e salute* (1987), in Pesì G. *Educazione motoria, conoscenze, competenze e abilità dell'insegnante*, Armando, Roma.
- GALLUP G.G. (1982), *Self-Awareness and the emergence of Mind in Primates*, in "American Journal of Primatology", 2,3, pp.237-48.
- GAMELLI I. (2011), *Pedagogia del corpo*, Raffaello Cortina, Milano.
- GAMELLI I., (2011), *Sensibili al corpo. I gesti della formazione e della cura*. Raffaello Cortina, Milano.
- GANDOLFI A. (2008), *Formicai, imperi, cervelli. Introduzione alla scienza della complessità*, Bollati Boringhieri, Torino.
- GARDNER D.M. (1988), *Body Image in Anorexia Nervosa*, in "The British Journal of Psychiatry", Supplement, 26, pp. 224-31.
- GARDNER F.L., MOORE, Z.E. (2012), *Mindfulness and Acceptance Models in Sport Psychology: A Decade of Basic and Applied Scientific Advancements*, in "Canadian Psychology", 53(4), 309-318.
- GARDNER R.M. (1996), *Methodological Issues in Assessment of the Perceptual Component of Body Image Disturbance*, in "British Journal of Psychology", 87, pp. 327-37.
- GARDNER R.M., BOKERNKAMPE E.D. (1996), *The Role of Sensory and Nonsensory Factors in Body Size Estimations of Eating Disorder Subjects*, in "Journal of Clinical Psychology", 52, pp.3-15.
- GHOSH E.L., GATTI M., CALUGI D., VIAPIANA S., BAZZANI V. P., DALLE GRAVE, R. (2016), *The Association Between Weight Gain/Restoration and Bone Mineral Density in Adolescents with Anorexia Nervosa: A Systematic Review*, in "Nutrients", 8,12.
- GIOVINAZZO S., SUKKAR S.G., ROSA G.M., ZAPPI A., BEZANTE G.P., BALBI M., BRUNELLI C. (2019), *Anorexia Nervosa and Heart Disease: A Systematic Review*, in "Eating and Weight Disorders", 24, pp.199-207.
- GIUGNI G. (1998), *Introduzione allo studio delle scienze pedagogiche*, SEI, Torino.
- GOLEMAN D. (2020), *Intelligenza emotiva. Cos'è e perché ci rende felici*, BUR Rizzoli, Milano.
- GOTINK R.A., MEIJBOOM R., VERNOOIJ M.W., SMITS M., HUNINK M.G. (2016), *8-week Mindfulness Based Stress Reduction Induces Brain Changes Similar to Traditional Long-Term Meditation Practice - A Systematic Review*, in "Brain and Cognition", 108, pp.32-41.
- GOULD E., BEYLIN A., TANAPAT P., REEVES A., SHORS T.J. (1999), *Learning Enhances Adult Neurogenesis in The Hippocampal Formation*, in "Nature Neuroscience", 2, 3, pp.260-5.
- GRILO C. M., IVEZAJ V., WHITE M. A. (2015), *Evaluation of the DSM-5 Severity Indicator for Binge Eating Disorder in a Clinical Sample*, in "Behaviour Research and Therapy", 71, pp.110-114.
- GROSSMAN P, NIEMANN L, SCHMIDT S, WALACH H. (2004), *Mindfulness-Based Stress Reduction and Health Benefits. A Meta-Analysis*, in "Journal of Psychosomatic Research", 57,1.
- GUARDINI R. (1935), *Lo spirito della liturgia*, Morcelliana, Brescia.
- GU J., STRAUSS C., BOND R., CAVANAGH K. (2015), *How Do Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction Improve Mental Health and Wellbeing? A Systematic Review and Meta-Analysis of Mediation Studies*, in "Clinical Psychology Review", 37, pp. 1-12.
- GUPTA M.A., SCHORK N.J. (1995), *Touch Deprivation Has an Adverse Effect on Body Image: Some Preliminary Observations*, in "The International Journal of Eating Disorders", 17,2, pp.185-9.
- HABLUTZEL ESPOSITO E., PATTOIA M., SPACCAPANICO PROIETTI S. (2021) *Movimento e Apprendimento Scolastico. Prospettive metodologiche e sistemiche per una didattica interdisciplinare nell'educazione motoria*, Aracne, Roma.

- HACKMAN J., MAUPIN J., BREWIS A.A. (2016), *Weight-Related Stigma Is a Significant Psychosocial Stressor in Developing Countries: Evidence from Guatemala*, in "Social Science & Medicine", 161, pp. 55-60.
- HADDAD F.S., BANN S., HILL R.A., JONES D.H. (1997), *Displaced Stress Fracture of The Femoral Neck in An Active Amenorrhoeic Adolescent*, in "British Journal of sport Medicine", 31,1, pp.70-72.
- HAECKEL E. (1900), *Riddle of the Universe. At the Close of the Nineteenth Century*, Harper & Brothers, New York.
- HARRIS R. (2010), *La trappola della felicità*, Erickson, Trento.
- HARRISON A., SULLIVAN S., TCHANTURIA K., TREASURE J. (2009), *Emotion Recognition and Regulation in Anorexia Nervosa*, in "Clinical Psychology & Psychotherapy", 16,4, pp. 348-56.
- HARRISON A., TCHANTURIA K., TREASURE J. (2010), *Attentional Bias, Emotion Recognition, and Emotion Regulation in Anorexia: Stait or Trait?*, in "Biological Psychiatry", 68,8, pp. 755-61.
- HARRISON A., MOUNTFORD V.A., TCHANTURIA K. (2014), *Social Anhedonia and Work and Social Functioning in the Acute and Recovered Phased of Eating Disorders*, in "Psychiatry Research", 218, 1-2, pp. 187-94.
- HART S., FIELD T., HERNANDEZ-RIEF M., NEARING G., SHAW S., SHANBERG S., KUHN C. (2001), *Anorexia Nervosa Symptoms are Reduced by Massage Therapy*, in "Eating Disorders", 9,4, pp.289-99.
- HAUSENBLAS H.A., COOK B.J., CHITTESTER N.I. (2008), *Can exercise treat eating disorders?* in "Exercise and Sport Sciences Reviews", 36,1, pp.43-7.
- HAYES S.C. (2002), *Acceptance and Commitment therapy: An experiential approach to bechavior change*, Guilford Press.
- HAWORTH-HOEPPNER S. (2000), *The critical shapes of body image: The role of culture and family in the production of eating disorders*, in "Journal of Marriage and the Family", 62(1), pp. 212-227.
- HAZLETT-STEVENSON H., SINGER J., CHONG A. (2018), *Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy with Older Adults: A Qualitative Review of Randomized Controlled Outcome Research*, in "Clinical Gerontologist", 42,4, pp. 347-358.
- HEBEBRAND J., EXNER C., HEBEBRAND K., HOLTKAMP C., CASPER R.C., REMSCHMIDT H., HERPERTZ-DAHLMANN B., KLINGENSPOR M. (2003), *Hyperactivity in Patients with Anorexia Nervosa and In Semistarved Rats: Evidence for a Pivotal Role of Hypoleptinemia*, in "Physiology & Behavior", 79,1, pp.25-37.
- HELD R., HEIN A. (1963), *Movement-Produced Stimulation in The Development of Visually Guided Behavior*, in "Journal of Comparative and Physiological Psychology", 56, pp.872-6.
- HELLER M.C. (2012), *Body Psychotherapy: History, Concepts and Methods*, W.W. Mprton and Company, Inc. New York.
- HENRY M. (1973), *The Essence of Manifestation*, Martinus Nijhoff, The Hague.
- HEPWORTH K. (2010), *Eating Disorders Today: Not Just a Girl Thing*, J Christ Nurs, 27, pp.236-41.
- HERMAN H., JANÉ LLOPIS E. (2012), *The Status of Mental Health Promotion*, in "Public Health Reviews", 34,6.
- HEWITT P.L., COREN S., STEEL G.D. (2001), *Death from anorexia nervosa: age span and sex differences*, in "Aging & Mental Health", 5(1), pp.41-46.
- HILTON L., HEMPEL S., EWING B.A., APAYDIN E., XENAKIS L., NEWBERRY S., COLAIACO B., MAHER A.R., SHANMAN R.M., SORBERO M.E., MAGLIONE M.A. (2017), *Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis*, in "Annuals Behavioral Medicine", 51,2, pp. 199-213.
- HILTON L.G., MARSHALL N.J., MOTALA A., TAYLOR S.L., MIAKE-LYE I.M., BAXI S., SHANMAN R.M., SOLLOWAY M.R., BEROESAND J.M., HEMPEL S. (2019), *Mindfulness meditation for workplace wellness: An evidence map*, in "Work", 63, 2, pp.205-218.
- HOEK H.W., HOEKEN D. VAN (2003), *Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders*, in "The Journal of Eating Disorders", 34, 4, pp.383-96.
- HOFFMANN S., WARSCHBURGER P. (2017), *Weight, Shape, and Muscularity Concerns in Male and Female Adolescents: Predictors of Change and Influences on Eating Concern*, in "International Journal of Eating Disorders", 50, pp.139-47.
- HODZIC A., KAAS A., MUCKLI L. STIRN A., SINGER W. (2009a), *Distinct Cortical Networks for the Detection and Identification of Human Body*, in "Neuroimage", 45, 4, pp. 1264-71.
- HODZIC A., MUCKLI L., SINGER W., STIRN A. (2009b), *Cortical Responses to Self and Others*, in "Human Brain Mapping", 30,3, pp.951-62.

- HOFMANN S.G., GÓMEZ A.F. (2017), *Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression*, in "The Psychiatric Clinics of North America", 40, 4, pp. 739-749.
- HOLDERNESS C.C., BROOKS-GUNN J., WARREN M.P. (1994), *Co-Morbidity of Eating Disorders and Substance Abuse Review of The Literature*, in "International Journal of Eating Disorders", 16,1, pp. 1-34.
- HOLLIDAY I.E., LONGE O., THAI N.J., HANCOCK P.J. TOVEÉE M.J. (2011), *BMI not WHR Modulates BOLD fMRI Responses in a Sub-Cortical Reward Network When Participants Judge the Attractiveness of Human Female Bodies*, in "PLoS One", 6, e27255.
- HOLLIDAY J., TCHANTURIA K., LANDAU S., COLLIER D.A., TREASURE J. (2005), *Is Impaired Set-Shifting an Endophenotype of Anorexia Nervosa?*, in "American Journal of Psychiatry", 162, 12, pp. 2269-75.
- HOLTKAMP K., HERPERTZ-DAHLMANN B., MIKA C., Heer M, Heussen N., Fichter M., Herpertz S., Senf W., Blum W.F., Schweiger U., Warnke A., Ballauff A., Remschmidt H., Hebebrand J. (2003), *Elevated Physical Activity and Low Leptin Levels Co-occur in Patients with Anorexia Nervosa*, in "The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism", 88,11, pp. 5169-5174.
- HUDSON J.I., HIRIPI E., POPE H.G.JR., KESSLER R.C. (2007), *The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication*, in "Biological Psychiatry", 61,3, pp. 348-58.
- HUGHES L.S., CLARK J., COLCLOUGH J.A., DALE E., MCMILLAN D. (2017), *Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analyses*, in "The Clinical Journal of Pain", 33, 6, pp. 552-568.
- HUIZINGA J. (2002), *Homo ludens*, Einaudi, Torino.
- HUNT J., COOPER M. (2001), *Selective Memory Bias in Women with Bulimia Nervosa and Women with Depression*, in "Behavioural and Cognitive Psychotherapy", 29, 1, pp.93-102.
- IFTIME-NIELSEN S.D., CHRISTENSEN M.S., VINGBORG R.J., SINKJAER T., ROEPSTORFF A., GREY M.J. (2012), *Interaction of Electrical Stimulation and Voluntary Hand Movement in Sii and The Cerebellum During Simulated Therapeutic Functional Electrical Stimulation in Healthy Adults*, in "Human Brain Mapp", 33,1, pp.40-9.
- Il grande dizionario Garzanti della lingua italiana, (1987), Garzanti Editore, Milano.
- ILUNDÁIN-AGURRUZA J., (2015), *From Clumsy Failure To Skillful Fluency: A Phenomenological Analysis Of And Eastern Solution To Sport's Choking Effect*, in "Phenomenology and the Cognitive Sciences", 14,2, pp.397-421.
- ISTAT – Istituto Nazionale di Statistica (2015), *La pratica sportiva in Italia*, pubblicato il 19 ottobre 2017, Roma.
- IVES J.C. (2003), *Comments On "The Feldenkrais Method: A Dynamic Approach to Changing Motor Behavior"*, in "Research Quarterly for Exercise and Sport", 74, 2, pp.116-23.
- *approaches in sport performance*, in "Journal of Clinical Sport Psychology", 3, 4, pp. 320–333.
- JAHNKE R., LARKEY L., ROGERS C., ETNIER J., LIN F. (2010), *A Comprehensive Review of Health Benefits of Qigong and Tai Chi*, in "American Journal of Health Promotion", 24,6, e1-e25.
- JAMES W. (1884), *What is an emotion?*, in "Mind", 9,34, pp. 188-205.
- JASPERS K. (1913), *Allgemeine Psychopathologie*, Springer, Berlin.
- JOHANSSON L., GHADERI A., ANDERSSON G. (2005), *Stroop Interference for Food- and Body-related Words: A Meta-Analysis*, in "Eating Behaviors", 6,3, pp.271-81.
- JONES W., MORGAN J. (2010) *Eating disorders in men: a review of the literature*, in "Journal of Public Mental Health", 9, pp.23-31.
- JOSEPH CAMBELL (2003), *Riflessioni sull'arte di vivere*, TEA, Milano
- KABAT-ZINN J. (1994), *Wherever You Go There You Are: Mindful Meditation in Everyday Life*, Hyperion, New York.
- KABAT-ZINN J. (2010), *Vivere momento per momento*, TEA, Milano.
- KALCKERT A., EHRSSON H.H. (2012), *Moving a Rubber Hand that Feels Like Your Own: A Dissociation of Ownership and Agency*, in "Frontiers in Human Neuroscience", 6, p.40.
- KALOB D.A., FRY R. (1975), *Toward on applied theory of experiential learning*. In: Cooper CL. *Theories of Group Process*. John Wiley & Sons, London, UK.
- KANG H., AN S.C., KIM N.O., SUNG M., KANG Y., LEE U.S., YANG H.J. (2020), *Meditative Movement Affects Working Memory Related to Neural Activity in Adolescents: A Randomized Controlled Trial*. In "Frontiers Psychology", 11, p.931.

- KAUFMAN K. A., GLASS C.R., ARNKOFF D.B. (2009), *Evaluation of Mindful Sport Performance Enhancement (MSPE): A new approach to promote flow in athletes*, in "Journal of Clinical Sport Psychology", 3(4), pp.334–356.
- KAUFFMAN S.A. (1993), *The origins of order*, Oxford University Press, New York.
- KEENAN J.P., NELSON A., O'CONNOR M., PASCUAL-LEONE A. (2001), *Self-Recognition and the Right Hemisphere*, in "Nature", 409, p.305.
- KEIZER A., SMEETS M.A., DIJKERMAN H.C. UZUNBAJAKAU S.A., ELBURG A. VAN, POSTMA A. (2013), *Too Fat To Fit through the Door: First Evidence for Disturbed Body-Scaled Action in Anorexia Nervosa during Locomotion*, in "PLoS One", 8, e64602.
- KEIZER A., SMEETS M.A. POSTMA A., ELBURG A. VAN, DIJKERMAN H.C. (2014), *Does the Experience of Ownership over a rubber Hand Change Body Size Perception in Anorexia Nervosa Patients?*, in "Neuropsychologia" 62, pp.26-37.
- KERR C.E., SHAW J.R., WASSERMAN R.H., CHEN V.W., KANOJIA A., BAYER T., KELLEY J.M. (2008), *Tactile Acuity in Experienced Tai Chi Practitioners: Evidence for Use Dependent Plasticity as An Effect of Sensory-Attentional Training*, in "Experimental Brain Research", 188, 2, pp.317-22.
- KENARDY J., BROWN W.J., VOGT E. (2001), *Dieting and Health in Young Australian Women*, in "European Eating Disorders Review", 9, 4, pp. 242-54.
- KESSLER H., SCHWARZE M., FILPIC S., TRAU E.H.C., WIETERSHEIM J. VON (2006), *Alexithymia and Facial Emotion Recognition in Patients with Eating Disorders*, in "The International Journal of Eating Disorders", 39,3, pp.245-51.
- KEYES C.L. (2007), *Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing: A Complementary Strategy for Improving National Mental Health*, in "American Psychologist", 62, 2, pp.95-108.
- KEYES C.L., SHMOTKIN D., RYFF C.D. (2002), *Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions*, in "Journal of Personality and Social Psychology", 82, 6, pp.1007-22.
- KEYS A., BROZEK J., HENSCHER A., MICKELSEN O., TAYLOR H.L. (1950), *The Biology of Human Starvation*, University of Minnesota Press, Minneapolis.
- KHOURY B., SHARMA M., RUSH S.E., FOURNIER C. (2015), *Mindfulness-based Stress Reduction for Healthy Individuals: A Meta-analysis*, in "Journal of Psychosomatic Research", 78, 6, pp. 519-28.
- KING G.A., POLIVY J., HERMAN C.P. (1991), *Cognitive Aspects of Dietary Restrain: Effects on Person Memory*, in "The International Journal of Eating Disorders", 10,3, pp. 313-21.
- KIRCHER T.T., SENIOR C., PHILLIPS M.L., BENSON P.J., BULLMORE E.T., BRAMMER M., SIMMONS A., WILLIAMS S.C., BARTELS M., DAVID A.S. (2000), *Towards a Functional Neuroanatomy of Self Processing: Effects of Faces and Words*, in "Cognitive Brain Research", 10, 1-2, pp.133-44.
- KLINKENBERG N. (2005), *Feldenkrais – Pädagogik und Körperverhaltenstherapie [Feldenkrais-Pedagogy and Body Behavioral Therapy]*, von Loeper, Karlsruhe, Germany.
- KOLLEI I., HORNDASCH S., ERIM Y., MARTIN A. (2017), *Visual Selective Attention In Body Dysmorphic Disorder, Bulimia Nervosa and Healthy Controls*, in "Journal of Psychosomatic Research", 92, pp.26-33.
- KREIPE R.E., PALOMAKI A. (2012), *Beyond Picky Eating: Avoidant/Restrictive food Intake Disorders*, in "Current Psychiatry Reports", 14,4, pp. 421-31.
- KRIEGHOFF V., WASZAK F., PRINZ W., BRASS M. (2011), *Neural and Behavioral Correlates of Intentional Actions*, in "Neuropsychologia", 49,5, pp.767-776.
- KRUEGER D.W. (2002), *Integrating Body Self and Psychological Self: Creating a New Story in Psychoanalysis and Psychotherapy*, Routledge Press, New York.
- KUEBLER M., YOM-TOV E., PELLEG D., PUHL R.M., MUENNIG P. (2013), *When Overweight Is the Normal Weight: An Examination of Obesity Using a Social Media Internet Database*, in "PLoS One", 8,9, e73479.
- KUHL J. (2000), *A Functional-Design Approach to Motivation and Self-Regulation: The Dynamics of Personality Systems and Interactions*, in BOEKAERTS M., PINTRICH P.R., Zeidner M. (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 111–169). Academic Press.
- KÜHNPAST N., GRAMANN K., POLLATOS O. (2012), *Electrophysiologic Evidence for Multilevel deficits in Emotional Face Processing in Patients with Bulimia Nervosa*, in "Psychosomatic Medicine", 74,7, pp. 736-44.
- KUHN Y.A., KELLER M., RUFFIEUX J., TAUBE W. (2017), *Adopting an External Focus of Attention Alters Intracortical Inhibition Within the Primary Motor Cortex*, in "Acta Physiol", 220, 2, pp.289-299.

- KURZ S., DYCK Z. VAN, DREMME D., MUNSCH S., HILBERTO A. (2015), *Early-Onset Restrictive Eating Disturbance in Primary School Boys and Girls*, in "European Child and Adolescent Psychiatry", 24,7, pp.779-85.
- KUYKEN W., WARREN F.C., TAYLOR R.S., WHALLEY B., CRANE C., BONDOLFI G., HAYES R., HUIJBERS M., MA H., SCHWEIZER S., SEGAL Z., SPECKENS A., TEASDALE J.D., VAN HEERINGEN K., WILLIAMS M., BYFORD S., BYNG R., DALGLEISH T. (2016), *Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials*, in "JAMA Psychiatry", 73,6, pp. 565-74.
- LACROIX X. *Il corpo e lo spirito*. Edizioni Quiqajon, Magnano, 2012.
- LAKE J.K., POWER C., COLE T.J. (1997), *Women's Reproductive Health: The role of Body Mass Index in Early and Adult Life*, in "International Journal of Obesity and related Metabolic Disorders", 21,6, pp.432-8.
- LANGER E.J. (2000), *Mindful Learning*, in "Current Direction in Psychological Science", 9, pp.220-223.
- LAO S.A., KISSANE D., MEADOWS G. (2016), *Cognitive Effects of MBSR/MBCT: A Systematic Review of Neuropsychological Outcomes*, in "Conscious Cognition", 45, pp. 109-123.
- LARKEY L., JAHNKE R., ETNIER J., GONZALEZ J. (2009), *Meditative Movement as A Category of Exercise: Implications for Research*, in "Journal of Physical Activity and Health", 6, 2, pp.230-8.
- LAVADERA P., MILLON E.M., SHORS T.J. (2020), *MAP Train My Brain: Meditation Combined with Aerobic Exercise Reduces Stress and Rumination While Enhancing Quality of Life in Medical Students*, in "Journal of Alternative and Complementary Medicine", 26, 5, pp. 418-423.
- LAZAR S.W., KERR C.E., WASSERMAN R.H., GRAY J.R., GREVE D.N., TREADWAY M.T., MCGARVEY M., QUINN B.T., DUSEK J.A., BENSON H., RAUCH S.L., MOORE C.I., FISCHL B., (2005), *Meditation Experience Is Associated with Increased Cortical Thickness*, in "Neuroreport", 16, 17, pp. 1893-7.
- LE BOULCH J. (1978), *Verso una scienza del movimento umano. Introduzione alla psicocinetica*, Armando, Roma.
- LEDOUX J. (1993), *Emotional Memory Systems in the Brain*, in "Behavioral and Brain Research", 58.
- LEDOUX J. (2018), *Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni*, Baldini Castoldi, Milano.
- LEE J.E., NAMKOONG K., JUNG Y.C. (2017), *Impaired Prefrontal Cognitive Control Over Interference by Food Images in Binge-Eating Disorder and Bulimia Nervosa*, in "Neuroscience Letters", 651, pp.95-101.
- LEE M. S., KANG C.W., LIM H.J., LEE M.S. (2004), *Effects of Qi-Training on Anxiety and Plasma Concentrations of Cortisol, Acth, And Aldosterone: A Randomized Placebo-Controlled Pilot Study*, in "Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress", 20,5, pp.243-248.
- LEE M., SHAFRAN R. (2004), *Information Processing Biases in Eating Disorders*, in "Clinical Psychology Review", 24,2, pp.215-38.
- LEGENBAUER T., MAUL B., RÜHL I., KLEINSTÄUBER M., HILLER W. (2010), *Memory Bias for Schema-Related Stimuli in Individuals with Bulimia Nervosa*, in "Journal of Clinical Psychology", 66,3, pp. 302-16.
- LEGENBAUER T., VOCKS S., RÜDDEL H. (2008), *Emotion Recognition, Emotional Awareness and Cognitive Bias in Individuals with Bulimia Nervosa*, in "Journal of Clinical Psychology", 64, 6, pp.678-702
- LINDGREN E., GRAY K., MILLER G., TYLER R. WIERS C.E., VOLKOW N.D., WANG G.J. (2018), *Food Addiction: A Common Neurobiological Mechanism with Drug Abuse*, in "Frontiers in Bioscience (Landmark Edition)", 23, pp.811-36.
- LLINÁS R.R. (2002), *I of the Vortex: From Neurons to Self*, MIT Press, Cambridge MA.
- LÖKEN L.S., WESSBERG J., MORRISON I., MCGLONE F., OLAUSSON H. (2009), *Coding of Pleasant Touch by Unmyelinated Afferents in Humans*, in "Nature Neuroscience", 12, pp.547-8.
- LOHSE K.R., JONES M., HEALY A.F., SHERWOOD D.E. (2014), *The role of attention in motor control*, in "Journal of Experimental Psychology: General", 143,2, pp.930-48.
- LOPEZ C., TACHANTURIA K. STAHL D., BOOTH R., HOLLIDAY J., TREASURE J. (2008a), *An Examination of the Concept of Central Coherence in Women with AN*, in "The International journal of Eating Disorders", 41,2, pp. 143-52.
- LOPEZ C. TCHANTURIA K., STAHL D., TREASURE J. (2008b), *Central Coherence in Eating Disorders: A systematic Review*, in "Psychological Medicine", 38, 10, pp. 1393-1404.
- LOPEZ C. TCHANTURIA K., STAHL D., TREASURE J. (2008c), *Central Coherence in Women with Bulimia Nervosa*, in "The International Journal of Eating Disorders", 41,4, pp.340-7.

- LOPEZ C. TCHANTURIA K., STAHL D., TREASURE J. (2009), *Weak Central Coherence in Eating Disorders: A Step towards Looking for an Endophenotype of Eating Disorders*, in "Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology", 31, 1, pp. 117-25.
- LOTZE M., BRAUN C., BIRBAUMER N., ANDERS S., COHEN L.G. (2003), *Motor learning elicited by voluntary drive*, in "Brain", 126, 4, pp.866-72.
- LUCANGELI D. (2020), *Cinque lezioni leggere sull'emozione di apprendere*, Erickson, Trento.
- LUCAS A.R., KLEPIN H.D., PORGES S.W., REJESKI W.J. (2018), *Mindfulness-Based Movement: A Polyvagal Perspective*, in "Integrative Cancer Therapies", 17,1, pp.5-15.
- LUTZ A., SLAGTER H.A., DUNNE J.D., DAVIDSON R.J. (2008), *Attention Regulation and Monitoring in Meditation*, in "Trends of Cognitive Science", 12,4, pp.163-9.
- LYKHONOSOV M., BABENKO A., LYKHONOSOV P. (2019), *Men ignore serious health risks of steroid abuse in pursuit of the body beautiful*. Presented at: "European Congress of Endocrinology"; May 18-21, Lyon, France.
- LYU Z., ZHENG P., CHEN H., JACKSON T. (2017), *Attention Disengagement Difficulties among Average Weight Women Who Binge Eat*, in "European Eating Disorders Review", 24,4, pp. 286-93.
- MANGWETH-MATZEK B., HOEK H. W., RUPP C. I., KEMMLER G., POPE H. G., JR., KINZL J. (2013). *The Menopausal Transition - A Possible Window of Vulnerability for Eating Pathology*, in "International Journal of Eating Disorders", 46,6, pp. 609-616.
- MACLEOD C., MATHEWS A., TATA P. (1986), *Attentional Bias in Emotional Disorders*, in "Journal of Abnormal Psychology", 95, 1, pp.15-20.
- MAKINO M., TSUBOI K., DENNERSTEIN L. (2004), *Prevalence of Eating Disorders: A Comparison of Western and non-Western Countries*, in "Medscape Generale Medicine", 6,3,49.
- MANCINI G., BIOLCATI R., PUPI V., ANDREI F., LA GRUTTA S., LA BAIDO R., TROMBINI E. *Eating Disorders in Males: An Overview of Research Over The Period 2007-2017*, in "Rivista di Psichiatria", 53, 4, pp. 177-191.
- MANCUSO SG., NEWTON JR., BOSANAC P., ROSSELL S.L., NESCI J.B., CASTLE D.J. (2015), *Classification of Eating Disorders: Comparison of Relative Prevalence Rates Using DSM-IV and DSM-5 criteria*, in "British Journal of Psychiatry", 206, pp. 519-20.
- MANG L., RIDOUT N., DRITSCHER B. (2018), *The Influence of Mood and Attitudes towards Eating on Cognitive and Autobiographical Memory Flexibility in Female University Students*, in "Psychiatry research", 269, pp.444-9.
- MANGWETH-MATZEK B., RUPP C.I., HAUSMANN A., GUSMEROTTI S., KEMMLER G., BIEBL W. (2010), *Eating Disorders in Men: Current Features and Childhood Factors*, in "Eating and Weight Disorders", 15, e15-e22.
- MANSON J.E., WILLETT W.C., STAMPFER M.J., COLDITZ G.A., HUNTER D.J. HANKINSON S.E., HENNEKENNS C.H., SPEIZER F.E. (1995), *Body Weight and Mortality among Women*, in "The New England Journal of Medicine", 333, 11, pp. 677-85.
- SPITONI G.F., ARAGONA M. (2019), *Manuale dei disturbi alimentari*, Edizioni Carocci.
- MAGNON C., HALL S.J., LIN J., XUE X., GERBER L., FREEDLAND S.J., FRENETTE P.S. (2013), *Autonomic nerve development contributes to prostate cancer progression*, in "Science", 12, 341(6142):1236361.
- MANGHI S. (2004), *L'emozione delle espressioni*. In Connessioni, 3.
- MANICARDI L. (2005), *Il corpo*. Edizioni Quiqujon, Magnano.
- MANJUNATH N.K., TELLES S. (2001), *Improved Performance in The Tower of London Test Following Yoga*, in "Indian Journal of Physiology and Pharmacology", 45,3, pp. 351-4.
- MANOLESI L. (2012), *Neuroscienze dell'attività motoria*, Springer-Verlag Italia, Milano.
- MANWARING J.L., GREEN L., MYERSON J., STRUBE M.J., WILFLEY D.E. (2011), *Discounting of Various Types of Rewards by Women With and Without Binge Eating Disorder: Evidence for General Rather Than Specific Differences*, in "The Psychological Record", 61,4, pp. 561-582.
- MARSON F., FANO A., PELLEGRINO M., PESCE C., GLICKSOHN J., BEN-SOUSSAN T.D. (2021), *Age-Related Differential Effects of School-Based Sitting and Movement Meditation on Creativity and Spatial Cognition: A Pilot Study*. Children (Basel), 8, 7, p.583.
- MASCOLO M., TRENT S., COLWELL C., MEHLER P.S. (2012), *What the Emergency Department Needs to Know when Caring for Your Patients with Eating Disorders*, in "The International Journal of Eating Disorders", 45, pp. 977-81.
- MASSA R. (1983), *Le tecniche e i corpi. Verso una scienza dell'educazione*, Unicopoli, Milano.

- MATHIEU M.E., REID R.E.R., KING N.A. (2019), *Sensory Profile of Adults with Reduced Food Intake and the Potential Roles of Nutrition and Physical Activity Interventions*, in "Advances in Nutrition", 10, 6, pp.1120-1125.
- MATTES J. (2016), *Attentional Focus in Motor Learning, the Feldenkrais Method, and Mindful Movement*, in "Perceptual and Motor Skills", 123,1, pp.258-76.
- MCDOUGLE S.D., IVRY R.B., TAYLOR J.A. (2016) *Taking Aim at the Cognitive Side of Learning in Sensorimotor Adaptation Tasks*, in "Trends of Cognitive Sciences", 20,7, pp.535-544.
- MCGLONE F., WESSBERG J., OLAUSSON H. (2014), *Discriminative and Affective Touch: Sensing and Feeling*, in "Neuron", 82,4, pp.737-55.
- MCKAY B., WULF G., LEWTHWAITE R., NORDIN A. (2015), The self: Your own worst enemy? A test of the self-invoking trigger hypothesis, in "Q J Exp Psychol", 68, 9, pp.1910-9.
- MCMANUS F., WALLER G. (1995), *A Functional Analysis of Binge-Eating*, in "Clinical Psychology Review", 15(8), pp. 845–863.
- MCNEVIN N.H., SHEA C.H., WULF G. (2003), *Increasing the Distance of An External Focus of Attention Enhances Learning*, in "Psychological Research", 67,1, pp.22-9.
- MEINEL L. (1984), *Teoria del movimento*, Soc. Stampa Sportiva, Roma.
- MELE S., CAZZATO V., DI TARANTO F., MAESTRO S., FABBRO F., MURATORI F., URGESI C. (2016), *Altered Exposure-related Reshaping of Body Appreciation in Adolescent Patients with Anorexia Nervosa*, in "Body Image", 19, pp. 112-21.
- MELE S., CAZZATO V., URGESI C. (2013), *The Importance of Perceptual Experience in the Esthetic Appreciation of the Body*, in "PLoS One", 8, e81378.
- MERAVIDGLIA M.V. (2004), *Complessità del movimento*, FrancoAngeli, Milano.
- MERAVIDGLIA M.V. (2012), *Sistemi motori. Nuovi paradigmi di apprendimento e comunicazione*, Springer-Verlag Italia, Milano.
- MERCADER J.M., RIBASÉS M., GRATACÒS M., GONZ ÁLEZ J.R. BAYÉS M., DECID R., BADÍA A., FERNÁNDEZ-ARANDA F., ESTIVILL X. (2007), *Altered brain-Derived Neurotrophic Factor Blood Levels and Gene Variability Are Associated with Anorexia and Bulimia*, in "Genes, Brain and Behavior", 6,8, pp.706-16.
- MERIKANGAS K.R., HE J.P., BURSTEIN M., SWANSON S.A., AVENEVOLI S., CUI L., BENJET C., GEORGIADIS K., SWENDSEN J. (2010), *Lifetime Prevalence of Mental Disorders in US Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A)*, in "Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry", 49,10, pp.989-9.
- MERLEAU-PONTY M. (1945), *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, Paris.
- MERRY U. (1995), *Coping with Uncertainty*, Praeger, Westport, Ct.
- MEYER C., TARANIS L., GOODWIN H., HAYCRAFT E. (2011), *Compulsive Exercise and Eating Disorders* in "European Eating Disorders Reviews", 19, 3, pp. 174–89.
- MEYER C., TARANIS L. (2011), *Exercise in The Eating Disorders: Terms and Definitions*, in "European Eating Disorders Reviews", 19, 3, pp.69–173.
- MEYERS J.E., MEYERS K.R. (1995), *Rey Complex Figure Test and Recognition Trial: Professional Manual*, Psychological Assessment Resources, Odessa (FL).
- MEYNARD R. *Kinanthropologie*. Unpublished Manuscript.
- MILLON E.M., SHORS T.J. (2019), *Taking Neurogenesis Out of The Lab and Into the World with Map Train My Brain™*, in "Behavior Brain Research", 376, p.112154.
- MISRA M., KLIBANSKI A. (2006), *Anorexia Nervosa and Osteoporosis*, in "Reviews in Endocrin & Metabolic Disorders", 7,1–2, pp. 91–9.
- MITCHISON D., REIGER E., HARRISON C., MURRAY S.B., GRIFFITHS S., MOND J. (2018), *The Unity and Diversity of Executive Functions and Their Contribution to Complex 'Frontal Lobe' Tasks: A Latent Variable Analysis*, in "Cognitive Psychology", 41, pp.49-100.
- MINUCHIN S., ROSMAN B.L., BAKER L. (1978), *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*, Harvard University Press, Cambridge (MA).
- MISRA M., KATZMAN D. K., CORD J., MANNING S. J., MENDES N., HERZOG D.B, MILLER K.K., ANNE KLIBANSKI A. (2008) *Bone Metabolism in Adolescent Boys with Anorexia Nervosa*, in "Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism", 93, pp.3029-3036.

- MOBBS O., LINDEN M. VAN DER, D'ACREMONT M., PERROUDD A. (2008), *Cognitive Deficits and Biases for Food and Body in Bulimia: Investigation Using an Affective Shifting Task*, in "Eating Behaviors", 9,4, pp.455-61.
- MOELLER F.G., BARRATT E.S., DOUGHERTY D.M., SCHMITZ J.M., SWANN A.C. (2001), *Psychiatric Aspects of Impulsivity*, in "American Journal of Psychiatry", 158,11, pp. 1783-93.
- MOLE T.B., IRVINE M.A., WORBE Y., COLLINS P., MITCHELL S.P., BOLTON S., HARRISON N.A., ROBBINS T.W., VOON V. (2015), *Impulsivity in Disorders of Food and Drug Misuse*, in "Psychological Medicine", 45, 4, pp.771-82.
- MOLINARI A. (2017), *Il Faut Bien Manger. Etnografia di un centro per disturbi alimentari*, Tesi di dottorato, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano.
- MOND J.M., HAY P.J., RODGERS B., CATHY O. (2006), *An Update on The Definition of "Excessive Exercise" in Eating Disorders Research*, in "International Journal of Eating Disorders", 39,2, pp.147-153.
- MONTGOMERY, K. AND THOMPSON, A.R. (2018), *The Potential Role of Mindfulness in Psychosocial Support for Dermatology Patients*, in "Clinics in Dermatology", 36,6, pp. 743-747.
- MONTERO D., WALTHER G., DIAZ-CAÑESTRO C., PYKE K.E., PADILLA J. (2015) *Microvascular Dilator Function in Athletes: A Systematic Review and Meta-Analysis*, in "Medicine and Science in Sports Exercise", 47, pp. 1485-1494.
- MONTESSORI M. (2001), *Il segreto dell'infanzia*, Garzanti, Milano.
- MOOLA F.J., GAIRDNER S.E., AMARA C. (2013), *Exercise in The Care of Patients with Anorexia Nervosa: A Systematic Review of The Literature*, in "Mental Health and Physical Activity", 6, pp.59-68.
- MORGAN J.F. (2008), *The Invisible Man: A Self-Help Guide for Men with Eating Disorders, Compulsive Exercise and Bigorexia*. Londra: Routledge.
- MORIN E. (2000), *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero*, Raffaello Cortina, Milano.
- MORIN E. (2020), *Il paradigma perduto. Che cos'è la natura umana?*, Mimesis, Milano
- MORRISON I., LÖKEN L.S., OLAUSSON H. (2010), *The skin as a social organ*, in "Experimental Brain Research", 204, 3, pp.305-14.
- MORTON R. (1689). *Phthisiologia, seu Exercitationes de Phthisi*. London: S.Smith.
- MOSLEY P.E. (2009), *Bigorexia: Bodybuilding and Muscle Dysmorphia*, in "European Eating Disorders Review", 17, pp.191-8.
- MURRAY SB, RIEGER E, KARLOV L, TOUYZ SW. (2013), *Masculinity and Femininity in The Divergence of Male Body Image Concerns*, in "Journal of Eating Disorders", 1, 11.
- NACCARI A.G.A. (2006), *Persona e movimento. Per una pedagogia dell'incarnazione*, Armando, Roma.
- NAGATA J.M., GANSON K.T., MURRAY S.B. (2020), *Eating Disorders in Adolescent Boys and Young Men: An Update*. In "Current Opinion Pediatrics", 32, 4, pp.476-481.
- NAIRN R. 2000, *La mente adamantina. Psicologia della meditazione*, Ubaldini, Roma.
- NANCY J.L. (1996), *Essere singolare plurale*, Einaudi, Torino.
- NEUMANN D.L., BROWN J. (2013), *The Effect of Attentional Focus Strategy on Physiological and Motor Performance During A Sit-Up Exercise*, in "Journal of Psychophysiology", 27,1, pp. 7-15
- NG L.W., NG D.P., WONG W.P. (2013), *Is Supervised Exercise Training Safe in Patients with Anorexia Nervosa? A Meta-analysis*, in "Physiotherapy", 99, 1, pp.1-11.
- NICHOLLS D.E., LYNN R., VINER R.M. (2011), *Childhood eating disorders: British national surveillance study*, in "British Journal of Psychiatry", 198, pp.295-301.
- NICO D, DAPRATI E., NIGHOGHOSSIAN N., CARRIER E., DUHAMEL J.R., SIRIGU A. (2010), *The role of the right parietal lobe in anorexia nervosa*, in "Psychological Medicine", 40, 9, pp. 1531-9.
- NOETEL M., DAWSON L., HAY P., TOUYZ S. (2017), *The Assessment and Treatment of Unhealthy Exercise in Adolescents with Anorexia Nervosa: a Delphi Study to Synthesize Clinical Knowledge*, in "International Journal of Eating Disorders", 5, 4, pp.321-454.
- OLIVARES J.L., VAZQUEZ M., FLETA J., MORENO L.A., PEREZ-GONZALEZ J.M., BUENO M. (2005), *Cardiac Findings in Adolescents with Anorexia Nervosa at Diagnosis and After Weight Restoration*, in "European Journal of Pediatrics", 164,6, pp.383-386.
- OSTUZZI R., LUXARDI G.L., (2003), *Figlie in lotta con il cibo. Un aiuto per i genitori, le ragazze, gli insegnanti e gli amici*, Baldini & Castoldi.
- OTTAVA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION, 1986.

- OUDEJANS R.D., KOEDIJKER J., BEEK P.J. (2007), *An Outside View On Wulf's External Focus: Three Recommendations*, in "E-Journal Bewegung und Training", 1, pp.41-42.
- PARK S.H., HAN K.S. (2017), *Blood Pressure Response to Meditation and Yoga: A Systematic Review and Meta-Analysis*, in "Journal of Altern and Complementary Medicine", 23, 9, pp.685-695.
- PARLEBAS P. (1999), *Jeux, Sports ed Société. Lexique de Praxelogie Motrice*, INSEP, Parigi.
- PARTINGTON J., LEITER R. (1949), *Partington's Pathways Test*, in "Psychological Service Center Bulletin", 1, pp-11-20.
- PASCOE MC, PARKER AG. (2019), *Physical Activity and Exercise as A Universal Depression Prevention in Young People: A Narrative Review*, in "Early Intervention in Psychiatry", 13, 4, pp.733-739.
- PEAT C.M., PEYERL N.L., MUEHLENKAMP J.J. (2008), *Body Image and Eating Disorders in Older Adults: A Review*, in "Journal of General Psychology", 135,4 pp.343-58.
- PENAS-LLEDO E., VAZ LEAL F.J., WALLER G. (2002), *Excessive Exercise in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Relation to Eating Characteristics and General Psychopathology*, in "International Journal of Eating Disorders", 31, 4, pp. 370-375.
- PEELEN M.V., DOWNING P.E. (2007), *The Neural Basis of Visual Body Perception*, in "Nature Reviews Neuroscience", 8, pp. 636-48.
- PEZZANA A., AMERIO M. L., FATATI G., CAREGARO NEGRIN L., MURATORI F., ROVERA G. M., ZANARDI M. (2014), *La dieta chetogenica, Attualità in Dietetica e Nutrizione Clinica*, 2(6), pp. 38-43.
- PHILLIPOU A., ABEL L.A., CASTLE D.J., HUGHES M.E., GURVICH C., NIBBS R.G., ROSS S.L. (2015), *Self-Perception and Facial Emotion Perception of Others in Anorexia Nervosa*, in "Frontiers in Psychology", 8, 1181.
- PIAGET J. (2000), *Lo sviluppo mentale del bambino*, Einaudi, Torino.
- PIAZZA L. (2018), *L'acrobata dello spirito. I quaderni inediti di Orazio Costa*, Titivillus, Pisa.
- PINGITORE R., SPRING B., GARFIEL D., (1997), *Gender Differences in Body Satisfaction*, in "Obesity Research & Clinical Practice", 5,5, pp. 402-9.
- PIRKE K.M., BROOCKS A., WILCKENS T., MARQUARD R., SCHWEIGER U. (1993), *Starvation-Induced Hyperactivity in The Rat: The Role of Endocrine and Neurotransmitter Changes*, in "Neuroscience and Biobehavior Reviews" 17,3, pp. 287-294.
- PITTALIS M. (2022), *Sport e Diritto. L'attività sportiva tra performance e vita quotidiana*, Cedam, pp.262-263.
- PLATEK S.M., KEENAN J.P., GALLUP G.G., MOHAMED F.B., (2004), *Where am I? The neurological correlates of self and other*, in "Cognitive Brain research", 19, pp.114-22.
- PLATONE, *Repubblica* [III. 393 c ss].
- POCETTA G., DE WAURE G., CHIAVARINI M., SPACCAPANICO PROIETTI S. (2023), *Valutazione qualitativa di impatto del per-corso di tirocinio sul Movimento Biologico indirizzato agli studenti del Corso di Laurea in Scienze Motorie e Sportive dell'Università degli Studi di Perugia*, in "Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute", 67, 4.
- POLLATOS O., KURZ A.L., ALBRECHT J., SCHREDER T., KLEEMANN A.M., SCHÖPF V., KOPIETZ R., WIESMANN M., SCHANDRY R., (2008), *Reduced perception of bodily signals in anorexia nervosa*, in "Eating Behaviors", 9, 4, pp.381-8.
- POPE H. G., GRUBER A. J., CHOI P., OLIVARDIA R., PHILLIPS K. A. (1997), *Muscle Dysmorphia. An Underrecognized Form of Body Dysmorphic Disorder*, *Psychosomatics*, 38, pp. 548-557.
- POPIEN A., FRAYN M., VON RANSON K.M., SEARS C. R., (2015), *Eye Gaze Tracking Reveals Heightened Attention to Food in Adults with Binge Eating when Viewing Images of Real-World Scenes*, in "Appetite", 91, pp.233-40.
- POPPER K. 2001, *All Life is Problem Solving*, Routledge.
- PORGES S.W. (2003), *The Polyvagal Theory: Phylogenetic Contributions to Social Behavior*, in "Psychology & Behavior", 79.
- PORGES S.W. (2007), *The Polyvagal Perspective*, in "Biological Psychology", 74, pp.116-143.
- PORGES S.W. (2014), *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*, Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- POSNER M.I. (1980), *Orienting of attention*, in "The Quarterly Journal of Experimental Psychology", 32,1, pp. 3-25.
- POSNER M.I., PETERSEN S.E. (1990), *The Attention System of the Human Brain*, in "Annual Review of Neuroscience", 13, 1, pp.25-42.

- PRESTON C., EHRSSON H.H. (2014), *Illusory Changes in Body Size Modulate Body Satisfaction in a Way That is Related to Non-Clinical Eating Disorder Psychopathology*, in "PLoS One", 9, e85773.
- PRESTON C., EHRSSON H.H. (2016), *Illusory Obesity Triggers Body Dissatisfaction Responses in the Insula and Anterior Cingulate Cortex*, in "Cerebral Cortex", 26, pp.4450-60.
- PRETI A., GIROLAMO G.D., VILAGUT G., ALONSO J., DE GRAAF R., BRUFFAERTS R., DEMYTTENAERE K., PINTO-MEZA A., HARO J.M., MOROSINI P., ESEMED-WMH INVESTIGATORS (2009), *The Epidemiology of Eating Disorders in Six European Countries: Results of the ESEMeD-WMH Project*, in "Journal of Psychiatric Research", 43, 14, pp-1125-32.
- PRINCE-PAUL M., KELLEY C. (2017), *Mindful Communication: Being Present*, in "Seminars in Oncology Nursing", 33, 5, pp.475-482.
- PURVES D. 1988, *Body and Brain: A trophic theory of neural connections*, Harvard University Press, Cambridge.
- RACCOMANDAZIONE DEL CONSIGLIO, del 22 maggio 2018, relativa alle competenze chiave per l'apprendimento permanente (Racc. CE 2018/C 189/01 22/05/2018).
- RACCOMANDAZIONE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO, del 18 dicembre 2006, relativa a competenze chiave per l'apprendimento permanente (Racc. UE 2006/962/CE 18/12/2006).
- RAEVUORI A., HOEK H.W., SUSSER E., KAPRIO J., RISSANEN A., KESKI-RAHKONEN A. (2009), *Epidemiology of Anorexia Nervosa in Men: a Nationwide Study of Finnish Twins*, in "PLoS One", 4, e4402.
- RÄISÄNEN U., HUNT K. (2014), *The Role of Gendered Constructions of Eating Disorders in Delayed Help-Seeking in Sen: a Qualitative Interview Study*, in "BMJ Open", 4, e004342.
- RAMACHANDRAN V.S. 1993, *Behavioral and MEG correlates of neural plasticity in the adult human brain*, Proceedings of the National Academy of Science (USA), 90, 10413-20.
- REEDC.L., E. STONE V.E., BOZOVA S., TANAKA J.(2003), *The Body Intervision Effect*, in "Psychological Science", 14,4, pp. 302-8.
- RENSON R. (1991), *Homo Movens: in search of paradigms for the study of humans in movement*. In Parl R. Eckert H.M. *New possibilities, new paradigms?*, American Academy of Physical Education Papers 24, Human Kinetics, Champaign IL, pp. 110-114.
- RIBASÉS M., GRATACÒS M., FERNÁNDEZ-ARANDA F., BELLODI L., BONI C., ANDERLUH M., CAVALLINI M.C., CELLINI E., DI BELLA D., ERZEGOVESI S., FOULON C., GABROVSEK M., GORWOOD P., HEBEBRAND J., HINNEY A., HOLLIDAY J., HU X., KARWAUTZ A., KIPMAN A., R., NACMIAS B., REMSCHMIDT H., RICCA V., SORBI S., TOMORI M., WAGNER G., TREASURE J., COLLIER D.A., ESTIVILL X., (2005), *Association of BDNF with Restricting Anorexia Nervosa and Minimum Body Mass Index: a Family-Based Association Study of Eight European Populations*, in "European Journal of Human Genetics", 13,4, pp.428-34.
- RICHARDSON C.R., NEWTON T.L., ABRAHAM J.J., SEN A., JIMBO M., SWARTZ A.M. (2008), *A Meta-Analysis of Pedometer-Based Walking Interventions and Weight Loss*, in "The Annals of Family Medicine", 6,1, pp.69-77.
- RIEGER E., VAN BUREN D.J., BISHOP M., TANOFISKY-KRAFF M., WELCH R., WILFLEY D.E. (1998), *An Eating Disorder-Specific Model of Interpersonal Psychotherapy (IPT-ED): Causal Pathways and Treatment Implications*, in "The International Journal of Eating Disorder", 23,2, pp.199-205.
- RIZK M., MATTAR L., KERN L., BERTHOZ S., DUCLOS J., VILTART O., GODART N. (2020), *Physical Activity in Eating Disorders: A Systematic Review*, in "Nutrients", 9,12,1, p.183.
- RIZZOLATI G., GRAIGHERO L. (2010), *Premotor Theory of Attention*, in "Scholapedia", 5, p.6311.
- RIZZOLATI G., SINIGALLIA C. (2019), *Specchi nel cervello. Come comprendiamo gli altri dall'interno*, Raffaello Cortina, Milano.
- ROBERTS M.E., TCHANTURIA K., STAHL D., SOUTHGATE L., TREASURE J., (2007), *A Systematic Review and Meta-Analysis of Set-Shifting Ability in Eating Disorders*, in "Psychological Medicine", 37,8, pp.1075-84.
- ROBERTS M.E., TCHANTURIA K., TREASURE J., (2013), *Exploring the Neurocognitive Signature of Poor Set-Shifting in Anorexia and Bulimia Nervosa*, in "The World Journal of Biological Psychiatry", 14,6, pp.452-63.
- ROSLING A.M., SALONEN ROS H., SWENNE I., (2016), *One-year Outcome and Incidence of Anorexia Nervosa and Restrictive Eating Disorders Among Adolescent Girls Treated as Out-Patients in a Family-Based Setting*, in "Upsala Journal of Medical Sciences", 121, pp. 50-9.
- RÖTHLIN P., HORVATH S., TRÖSCH S., HOLTFORTH M.G., BIRRER D. (2020), *Differential and Shared Effects of Psychological Skills Training and Mindfulness Training on Performance-Relevant Psychological Factors in Sport: A Randomized Controlled Trial*, in "BMC Psychol", 8, 1, p.80.

- RUSSO M.T. (2008), *Etica del corpo tra medicina ed estetica*, Rubbettino Editore.
- SACHDEV P., MONDRATY N., WEN W., GULLLIFORD K. (2008), *Brains of Anorexia Nervosa Patients Process Self-Images Differently From Non-Self-Images: an fMRI Study*, in "Neuropsychologia", 46,8, pp. 2161-8.
- SALA M., SHANKAR RAM S., VANZHULA I.A., LEVINSON C.A. (2020), Mindfulness and Eating Disorder Psychopathology: A Meta-analysis, in "International Journal of Eating Disorders", 53, 6, pp. 834-851.
- SALONIA G. (1997), *Corpo*, in "Dizionario delle scienze e dell'educazione", a cura dell'Università Pontificia Salesiana, Las-Ldc-Sei, Torino.
- SALONIA G. (2004), *Sulla felicità e dintorni*, Argo, Ragusa.
- SALONIA G. (2008), La psicoterapia della Gestalt e il lavoro sul corpo. Per una rilettura del fitness. *In Vero S. Il corpo disabilitato: semiologia, fenomenologia e psicopatologia del fitness*.
- SAPOLSKI R. (2014), *Perché alle zebre non viene l'ulcera?*, Castelvechi Editore, Roma.
- SARTRE J. P. (1943), *L'Être et le Néant. Essai d'ontologie phénoménologique*, Gallimard, Paris.
- SCHAG K., TEUFEL M., JUNNE F., PREISSEL H., HAUZINGER M., ZIPFEL S., GIEL K.E. (2013), *Impulsivity in Binge Eating Disorder: Food Cues Elicit Increased Reward Responses and Disinhibition*, in "PLoS One", 8,10, e76542.
- SCHMALZL L., CRANE-GODREAU M.A., PAYNE P. (2014), *Movement-Based Embodied Contemplative Practices: Definitions and Paradigms*, in "Frontiers in Human Neurosciences", 14, pp.8205.
- SCHMIDT U., TREASURE J., (2006), *Anorexia Nervosa: Valued and Visible. A Cognitive-Interpersonal Maintenance Model and Its Implications for Research and Practice*, in "British Journal of Clinical Psychology", 45,3, pp.343-66.
- SCHMIDT U., TILLER J.M., MORGAN H.G., (1995), *The Social Consequences of Eating Disorders*, in G.Szmukler, C.Dare, J.Treasure (eds.), *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*, Wiley, Chichester, pp.259-74.
- SCHMITZ F., NAUMANN E., BIEHL S., SVALDI J. (2015), *Gating of Attention Towards Food Stimuli in Binge Eating Disorder*, in "Appetite", 95, pp.368-84.
- SCHMITZ F., NAUMANN E., TRENTOWSKA M., SVLADI J. (2014), *Attentional Bias for Food Cues in Binge Eating Disorder*, in "Appetite", 80, pp.70-80.
- SCOTT S.H. (2012), *The Computational and Neural Basis of Voluntary Motor Control and Planning*, in "Trends of Cognitive Sciences", 16, 11, pp. 541-9.
- SCHRÖDER D. (2002), *Sport, sistema immunitario e terapia biologica*, La Med. Biol., pp. 47-49;
- SEBASTIAN S.B., WILLIAMSON D.A., BLOUIN D.C., (1996), *Memory Bias for Fatness Stimuli in The Eating Disorders*, in "Cognitive Therapy and Research", 20,3, pp.275-86.
- SESHADRI A., ORTH S.S., ADAJI A., SINGH B., CLARK M.M., FRYE M.A., MCGILLIVRAY J., FULLER-VALENTINE S.E., BANKOFF S.M., POULIN R.M., REIDLER E.B., PANTALONE D.W. (2015), *The Use of Dialectical Behavior Therapy Skills Training as Stand-Alone Treatment: A Systematic Review of The Treatment Outcome Literature*, in "Journal of Clinical Psychology", 71, 1, pp.1-20.
- SHAFRAN R., LEE M., COOPER Z., PALMER R. L., FAIRBURN C.G., (2007), *Attentional Bias in Eating Disorders*, in "The International Journal of Eating Disorders", 40,4, pp.369-80.
- SHADMEHR R., SMITH M.A., KRAKAUER J.W. (2010), *Error correction, sensory prediction, and adaptation in motor control*, in "Annual Review of Neuroscience", 33, pp.89-108.
- SHEETS-JOHNSTONE M. (1999), *Emotion and movement. A Beginning Empirical-Phenomenological Analysis of Their Relationship*, in "Journal of Consciousness Studies", 6,11-12, pp.259-277.
- SHEETS-JOHNSTONE M. (1999), *The Primacy of Movement*, John Benjamins, Amsterdam.
- SHORS T.J., OLSON R.L., BATES M.E., SELBY E.A., ALDERMAN B.L. (2014), *Mental and Physical (Map) Training: A Neurogenesis-Inspired Intervention That Enhances Health in Humans*, in "Neurobiology of Learning Memory", 115, pp.3-9.
- SHROFF H., REBA L., THORNTON L.M., et al. (2006) *Features Associated with Excessive Exercise in Women with Eating Disorders*, in "International Journal of Eating Disorders", 39, 6, pp.454-461.
- SHUSTERMAN R. (2008), *Body Consciousness: A Philosophy of Mindfulness and Somaesthetic*, Cambridge University Press.
- SHUSTERMAN R., (2009) *Body Consciousness and Performance: Somaesthetics East and West*, in "The Journal of Aesthetics and Art Criticism", 67, 2, pp.133-145.

- SILVA L.M., CIGNOLINI A., WARREN R., BUDDEN S., SKOWRON-GOOCH A. (2007), *Improvement in Sensory Impairment and Social Interaction in Young Children with Autism Following Treatment with An Original Qigong Massage Methodology*, in "American Journal of Chinese Medicine", 35,3, pp. 393-406.
- SIMONELLI I., SIMONELLI F. (2010), *Atlante Concettuale della Salutogenesi. Modelli e Teorie di riferimento per generare Salute*, Franco Angeli, Milano.
- SMINK F.R., HOEKEN D.VAN, HOEK H.W. (2012), *Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates*, in "Current Psychiatry Reports", 14,4 pp. 406-14.
- SMINK F.R., HOEKEN D., OLDEHINKEL A.J., HOEK H.W. (2014), *Prevalence and Severity of DSM-5 Eating disorders in a Community Cohort of Adolescents*, in "International Journal of Eating Disorders", 47, pp. 610-9.
- SMITH D.T., SCHENK T. (2012), *The Premotor Theory of Attention: Time To Move On?*, in "Neuropsychologia", 50,6, pp.1104-14.
- SMITH K., CORNELISSEN P., TOVÉE M. (2007), *Color 3D Bodies and Judgements of Human Female Attractiveness. Evolution and Human Behavior*, in "Evolution and Human Behavior" 28, pp. 48-54.
- SMITH L.B., THELEN E. (2003), *Development as A Dynamic System*, in "Trends in Cognitive Sciences", 7,8, pp. 343-348.
- SMITH L.B., THELEN E., TITZER R., MCLIN D. (1999), *Knowing in The Context of Acting: The Task Dynamics of the A-Not-B Error*, in "Psychological Review", 106,2, pp.235-60.
- SOLENBERGER S.E. (2001), *Exercise and Eating Disorders: A 3-year Inpatient Hospital Record Analysis*, in "Eating Behavior", 2, 2, pp.151-168.
- SONG J.H. (2019), *The Role of Attention in Motor Control and Learning*, in "Current Opinion in Psychology", 29, pp. 261-265.
- SPACCAPANICO PROIETTI S. (2021), *Umanizzare il Movimento. Abitare la corporeità attraverso il Movimento Biologico*, Armando Editore, Roma.
- SPACCAPANICO PROIETTI S. (2022), *Movimento e consapevolezza. Le pratiche di mindfulness e mindful movement nella promozione della salute*, Armando Editore, Roma.
- SPACCAPANICO PROIETTI S., CHIAVARINI M., DE WAURE (2023), *Mindfulness e Attività Fisica: dai paradigmi attuali al "Movimento Biologico"*, in "Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute", 67, 4.
- SPACCAPANICO PROIETTI S., CHIAVARINI M., IORIO F., BURATTA L., POCETTA G., CARESTIA R., GOBBETTI C., LUPI C., COSENZA A., SORCI G., MAZZESCHI C., BISCARINI A., DE WAURE C. (2024), *The Role Of A Mindful Movement-Based Program (Movimento Biologico) In Health Promotion: Results Of A Pre-Post Intervention Study*, in "Frontiers in Public Health", 12.
- SPACCAPANICO PROIETTI S. (2024), *Materiale Didattico Percorso formativo in Scienze Motorie e Sportive II grado - A048 - Università degli Studi di Perugia. A.A. 2023/24*.
- SPENCER J.P., CLEARFIELD M., CORBETTA D., ULRICH B., BUCHANAN P., SCHÖNER G. (2006), *Moving Toward a Grand Theory of Development: In Memory of Esther Thelen*, in "Child Development", 77,6, pp.1521-38.
- SPERRY R.W. (1952), *Neurology and the mind-brain problem*. Am.Sci.
- SPITONI G.F., ARAGONA M., BEVACQUA S., COTUGNO A., ANTONUCCI G., (2018), *An Ecological Approach to the Behavioral Assessment of Executive Functions in Anorexia Nervosa*, in "Psychiatry Research", 259, pp.283-8.
- SQUARCINI F., MORI L. (2019), *Nel nome dello yoga. Filosofia, disciplina, stile di vita*, Solferino, Milano.
- STACCIOLI G. (2000), *Il gioco ed il giocare*, Carocci, Roma.
- STANGHELLINI G. (2005), *For Anthropology of Eating Disorders: A Pornographic Vision of the Self*, in "Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity", 10,2, pp.21-7.
- STANGHELLINI G. (2009), *Embodiment and Schizophrenia*, in "World Psychiatry", 8, pp.56-9.
- STANGHELLINI G., (2018a), *Postfazione. La responsabilità di comprendere*, in L. Binswanger, Daseinsanalyse, psichiatria, psicoterapia, a cura di A. Molaro, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp.205-40.
- STANGHELLINI G. (2018b), *L'amore che cura. LA medicina, la vita e il sapere dell'ombra*, Feltrinelli, Milano.
- STANGHELLINI G., CASTELLINI G., BROGNA P., FARAVELLI C., RICCA V. (2012), *Identity and Eating Disorders: A Questionnaire Evaluating Identity and Embodiment in Eating Disorder Patients*, in "Psychopathology", 45, pp.147-58.

- STANGHELLINI G., MANCINI M. (2018), *Mondi psicopatologici. Teoria e pratica dell'intervista terapeutica*, Edra Edizioni, Milano.
- STEIGER H., FRAENKEL L., LEICHNER P.P. (1989), *Relationship of Body-Image Distortion to Sex-Role Identifications, Irrational Cognitions, and Body Weight in Eating-Disordered Females*, in "Journal of Clinical Psychology", 45, pp.61-5.
- STICE E., NG J., SHAW H., (2010), *Risk Factors and Prodromal Eating Pathology* in "Journal of Child Psychological Psychiatry", 51, pp. 518-25.
- STICE E., SHAE H.E. (2002), *Role of Body Dissatisfaction in the Onset and Maintenance o Eating Pathology: A Synthesis of Research Findings*, in "Journal of Psychosomatic Research", 53,5, pp. 895-93.
- STINEAR C.M., BYBLOW W.D., STEYVERS M., LEVIN O., SWINNEN S.P., (2006), *Kinesthetic, but not Visual, Motor Imagery Modulates Corticomotor Excitability*, in "Experimental Brain Research", 168, pp.157-64.
- STORMARK K.M., TORKILDSEN Ø., (2004), *Selective Processing of Linguistic and Pictorial Food Stimuli in Females with Anorexia and Bulimia Nervosa*, in "Eating Behaviors", 5,1, pp.27-33.
- STØVING R.K., ANDRIES A., BRIKEN K., BILENBERG N., HØRDER K. (2011), *Gender Differences in Outcome of Eating Disorders: a Retrospective Cohort Study*, "Psychiatry Research", 186, pp.362-6.
- STRAIN T., FLAXMAN S., GUTHOLD R., SEMENOVA E., COWAN M., RILEY L.M., BULL F.C., STEVENS G.A. (2024), *National, regional, and Global Trends in Insufficient Physical Activity Among Adults from 2000 to 2022: A Pooled Analysis of 507 Population-Based Surveys with 5·7 million Participants*, in "The Lancet Global Health", 12, 8, pp.e1232 - e1243.
- STREHL U. (2014), *What Learning Theories Can Teach Us in Designing Neurofeedback Treatments*, in "Frontiers in Human Neuroscience", 6,8, p.894.
- STRIEGEL-MOORE R.H., BULIK C.M. (2007), *Risk Factors for Eating Disorders*, in "American Psychologist" 62,3, pp.181-98.
- STRIEGEL-MOORE R.H., ROSSELLI F., PERRIN N., (2009) et al. *Gender Difference in the Prevalence of Eating Disorder Symptoms*, in "International Journal of Eating Disorders", 42, pp. 471-4.
- STROBER M., FREEMAN R., MORRELL W. (1997), *The Long-Term Course of Severe Anorexia Nervosa in Adolescents: Survival Analysis of Recovery, Relapse, and Outcome Predictors Over 10-15 Years in a Prospective Study*, in the "International Journal of Eating Disorders", 22, 4, pp. 339-360.
- STROBEL C., QUADFLIEG N., NAAB S., VODERHOLZER U., FICHTER M. M. (2019). *Long-Term Outcomes in Treated Males with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Prospective, Gender-Matched Study*, in "International Journal of Eating Disorders", 52(12), pp.1353-1364.
- STROLLO M.R. (2018) *Neurophenoemenology of education*, FrancoAngeli, Milano.
- STROTHER E., LEMBERG R., STANFORD S.C., TURBERVILLE D. (2012), *Eating Disorders in Men: Underdiagnosed, Undertreated, and Misunderstood*, in "Eating Disorders", 20, pp. 346-55.
- SUCHAN B., BUSCH M., SCHULTE D., GRÖNEMEYER D., HERPERTZ S. VOCK S. (2010), *Reduction of Gray Matter Density in the Extrastriate Body Area in Women with Anorexia Nervosa*, in "Behavioural Brain Research", 206, pp.63-7.
- SUTTON J. (2007), *Batting, Habit and Memory: The Embodied Mind and The Nature of Skill*, in "Sport in Society", 10,5, pp.763–786.
- SVALDI J., BENDER C., TUSCHEN-CAFFIER B. (2010a), *Explicit Memory Bias for Positively Valenced Body-Related Cues in Women with Binge Eating Disorder*, in "Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry", 41, 3, pp. 251-7.
- SVALDI J., BENDER C., TUSCHEN-CAFFIER B. (2010b), *Decision-Making Impairments in Women with Binge Eating Disorder*, in "Appetite", 54,1, pp.84-92.
- SVALDI J., NAUMANN E., TRENTOWSKA M., SCHMITZ F. (2014a), *General and Food-Specific Inhibitory Deficits in Binge Eating Disorder*, in "The International Journal of Eating Disorders", 47,5, pp.534-42.
- SVALDI J., SCHMITZ F., TRENTOWSKA M., TUSCHEN-CAFFIER B., BERKING M., NAUMANN E. (2014b), *Cognitive Interference and a Food-Related Memory Bias in Binge Eating Disorder*, in "Appetite", 72, pp.28-36.
- SWANSON S.A., CROW S.J., LE GRANGE D., SWENDSEN J., MERIKANGAS K.R. (2011), *Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents: Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement*, in "Archives of General Psychiatry", 68,7, pp.714-23.

- SWENNE I., LARSSON P.T. (1999), *Heart Risk Associated With Weight Loss in Anorexia Nervosa and Eating Disorders: Risk Factors For QTc Interval Prolongation and Dispersion*, in “Acta Paediatrica”, 88, pp. 304-309.
- SYSKO R., OJSERKIS R., SCHEBENDACH J., EVANS S.M., HILDEBRANDT T., WALSH B.T. (2017), *Impulsivity and Test Meal Intake Among Women with Bulimia Nervosa*, in “Appetite”, 112, pp.1-8.
- TAMMINEN J., PAYNE J.D., STICKGOLD R., WAMSLEY E.J., GASKELL M.G. (2010), *Sleep spindle activity is associated with the integration of new memories and existing knowledge*, in “Journal of Neuroscience”, 30,43, pp.14356-60.
- TCHANTURIA K., ANDERLUH M.B., MORRIS R.G., RABE-HESKETH S., COLLIER D.A., SANCHEZ P., TREASURE J.L. (2004a), *Cognitive Flexibility in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*, in “Journal of the International Neuropsychological Society”, 10, 4, pp. 513-20.
- TCHANTURIA K., DAVIES H., HARRISON A., FOX J.R. TREASURE J. SCHMIDT U. (2012a), *Altered Social Hedonic Processing in Eating Disorders*, in “The International Journal of Eating Disorders”, 45,8, pp.962-9.
- TENG K. (2011), *Premenopausal Osteoporosis, An Overlooked Consequence of Anorexia Nervosa*, “Cleveland Clinic Journal of Medicine”. 2011;78,1, pp.50–8.
- TERHOEVEN V., KALLEN U., INGENERF K., ASCHENBRENNER S. F., WEISBROD M., HERZOG W., BROCKMEYER T., FRIEDERICH H.C., NIKENDEI C., (2017), *Meaningful Memory in Acute Anorexia Nervosa Patients—Comparing Recall, Learning, and Recognition of Semantically Related and Semantically Unrelated Word Stimuli*, in “European Eating Disorders Review”, 25, 2, pp.89-97.
- TERZANI T. (2008), *Un altro giro di giostra*, TEA, Milano.
- THELEN E., FOGEL A. (1989), *Toward an action-based theory of infant development*. In J. J. Lockman & N. L. Hazen (Eds.), *Action in social context: Perspectives on early development* (pp. 23–63). Plenum Press.
- THOMPSON J. (2000), *Eating Disorders: The Journal of the Health Visitors' Association*.
- THOMPSON J. K., STICE E. (2001), *Thin-Ideal Internalization: Mounting Evidence for a New Risk Factor for Body-Image Disturbance and Eating Pathology*, in “Current Directions in Psychological Science”, 10, 5, pp.181–183.
- THOMPSON-BRENNER H., WEINGEROFF J., WESTEN D. (2010), *Empirical Support for Psychodynamic Psychotherapy for Eating Disorders*, in R.A. Levy, J.S. Ablon (eds.), *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy*, Humana Press, New York, pp.67-92.
- THOMPSON E. (2005), *Sensorimotor Subjectivity and The Enactive Approach to Experience*, in “Phenomenology and Cognitive Sciences”, 4, pp. 407- 427.
- THOMPSON E. (2007), *Mind in Life: Biology, Phenomenology and the Science of Mind*, Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge MA.
- THOMPSON E., VARELA F.J. (2001), *Radical Embodiment: Neural Dynamics and Consciousness*, in “Trends in Cognitive Science”, 5,10, pp.418-425.
- THOMPSON J., CAFRI G.E. (2007), *The Muscular Ideal: Psychological, Social, and Medical Perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- TIGGEMANN M. (2002). *Media Influences on Body Image Development*, in T. F. Cash, & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*, pp. 91-98, New York: Guilford Press.
- TONER J, MORAN A. (2014), *In Praise of Conscious Awareness: A New Framework for The Investigation Of "Continuous Improvement" In Expert Athletes*, in “Frontiers of Psychology”, 5, p.769.
- TONER J., MORAN, A. (2015), *Enhancing Performance Proficiency at The Expert Level: Considering the Role Of 'Somaesthetic Awareness'*, in “Psychology of Sport and Exercise”, 16, 1, pp.110–117.
- TOVÉE M.J., EMERY J.L., COHEN-TOVÉE E.M., (2000), *The Estimation of Body Mass Index and Physical Attractiveness Is Dependent on The Observer's Own Body Mass Index*, in “Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences”, 267, 1456, pp. 1987-97.
- TOVÉE M.J., BENSON P.J., EMERY J.L., MASON S.M., ESTHER M. COHEN-TOVÉE E.M., (2003), *Measurement of Body Size and Shape Perception in Eating-Disordered and Control Observers Using Body-Shape Software*, in “British Journal of Psychology” 94, 4, pp. 501-16.
- TROOP N.A., BIFULCO A. (2002), *Childhood Social Arena and Cognitive Sets in Eating Disorders*, in “British Journal of Clinical Psychology”, 41,2, pp.205-11.
- TUGADE M.M., FREDRICKSON B.L., BARRETT L.F. (2004), *Psychological Resilience and Positive Emotional Granularity: Examining the Benefits of Positive Emotions on Coping and Health*, in “Journal of Personality”, 72,6, pp.1161-90.

- TUSCHEN-CAFFIER, B., BENDER, C., CAFFIER, D., KLENNER, K., BRAKS, K., & SVALDI, J. (2015). *Selective Visual Attention During Mirror Exposure in Anorexia and Bulimia Nervosa*, in "PLoS ONE", 10,12, e0145886.
- TYLKA T.L., WOOD.BARCALOW N.L. (2005), *The Body Appreciation Scale-2: Item Refinement and Psychometric Evaluation*, in "Body Image" 12, 1, pp.53-67.
- TYSZKIEWICZ M. (2021), *Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, and Positive Psychotherapy for Major Depression*, in "American Journal of Psychotherapy", 74,1, pp.4-12.
- UHER R., MURPHY T., FRIEDERICH H.C., DALGLEISH T., BRAMMER M.J., GIAMPIETRO V., PHILLIPS M.L., ANDREW C.M., NG V.W., WILLIAMS S.C., CAMPBELL I.C., TREASURE J., (2005), *Functional Neuroanatomy of Body Shape Perception in Healthy and Eating-Disordered Women*, in "American journal of Psychiatry", 58,12, pp.990-7.
- URGESI C., FORNASARI L, CANALAZ F., PERINI L., CREMASCHI S., FALESCHINI L., THYRION E.Z., ZULIANI M., BALESTRIERI M., FABBRO F., BRAMBILLA P. (2014), *Impaired Configural Body Processing in Anorexia Nervosa: Evidence From the Body Inversion Effect*, in "British Journal of Psychology", 105, 4, pp.486-508.
- URGESI C., FORNASARI L, DE FACCIO S., PERINI L., MATTIUSI E., CIANO R., BALESTRIERI M., FABBRO F., BRAMBILLA P., (2011), *Body Schema and Self-Representation in Patients with Bulimia Nervosa*, in "International Journal of Eating Disorders", 44,3, pp. 238-48.
- URGESI C., FORNASARI L, PERINI L., CANALAZ F., CREMASCHI S., FALESCHINI L., BALESTRIERI M., FABBRO F., AGLIOTI S.M., BRAMBILLA P., (2012), *Visual Body Perception in Anorexia Nervosa*, in "The International International Journal of Eating Disorders", 45,4, pp. 501-11.
- VAN AUTREVE S., DE BAENE W., BAEKEN C., VAN HEERINGEN C., VERVAET M., (2013), *Do Restrictive and Bingeing/Purging Subtypes of Anorexia Nervosa Differ on Central Coherence and Set Shifting?*, in "European Eating Disorders Review", 21, 4.
- VAN AUTREVE S., DE BAENE W., BAEKEN C., VAN HEERINGEN K., VANCAYSEELE N., VERVAET M., (2016), *Differential Neural Correlates of Set-Shifting in The Bingeing-Purging and Restrictive Subtypes of Anorexia Nervosa: An fMRI Study*, in "European Eating Disorders Review". 24,2, pp.277-285.
- VANNI D. (2015), *Amori Anoressici*, Tesi di Laurea, Università degli Studi "Gabriele D'Annunzio", Chieti-Pescara.
- VAN PRAAG H., KEMPERMANN G., GAGE F.H. (1999), *Running Increases Cell Proliferation and Neurogenesis in The Adult Mouse Dentate Gyrus*, in "Natural Neuroscience", 2,3, pp. 266-70.
- VAN PRAAG H., SCHINDER A.F., CHRISTIE B.R., TONI N., PALMER T.D., GAGE F.H. (2002), *Functional neurogenesis in the adult hippocampus*. Nature. 2002 Feb 28;415(6875):1030-4.
- VANTAGGIATO D. R., DE GIORGIO F., CHIAROTTI M. (2005), *Il doping da steroidi androgeni anabolizzanti (SAA) sotto il profilo medico forense*, Italian Journal of Sport Science, 12, pp. 95-104.
- VARELA F.J., THOMPSON E., ROSCH E. (1991), *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*, Cambridge MA: MIT Press.
- VERO S. (2008), *Il corpo disabitato: semiologia, fenomenologia e psicopatologia del fitness*. Franco-Angeli, Milano.
- VIDAL A., WU W., NAKAJIMA M., BECKER J. (2018), *Investigating the Constrained Action Hypothesis: A Movement Coordination and Coordination Variability Approach*, in "Journal of Motor Behavior", 50,5, pp.528-537.
- VOCKS S., BUSCH M., GRÖNEMEYER D., SCHULTE D., HERPERTZ S., SUCHAN B., (2010a), *Neural Correlates of Viewing Photographs of One's Own Body and Another Woman's Body in Anorexia and Bulimia Nervosa: an fMRI Study*, in "Journal of Psychiatry & Neuroscience", 35,pp.163-76.
- VO M., ACCURSO E.C., GOLDSCHMIDT A.B., LE GRANGE D. (2017), *The Impact of DSM-5 on Eating Disorder Diagnoses*, in "International Journal of Eating Disorders", 50, pp. 578-81.
- VYGOTSKIJ L. (1966), *Pensiero e linguaggio*, Giunti-barbera, Firenze.
- WAGNER A., GREER P. BAILER U.F., FRANK G.K. HENRY S.E., PUTNAM K., MELTZER E.C., ZIOLKO S.K., HOGE J. MCCONAHA C., KAYE W.H. (2006), *Normal Brain Tissue Volumes after Long-Term Recovery in Anorexia and Bulimia Nervosa*, in "Biological Psychiatry", 59,3, pp.291-3.
- WALTERS, E. E., & KENDLER, K. S. (1995). *Anorexia Nervosa and Anorexic-Like Syndromes in a Population-Based Female Twin Sample*, in "The American Journal of Psychiatry", 152(1), pp.64–71.
- WANG F., EUN-KYOUNG LEE O., FENG F., VITIELLO M.V., WANG W., BENSON H., FRICCHIONE G.L., DENNINGER JW. (2016), *The Effect of Meditative Movement on Sleep Quality: A Systematic Review*, in "Sleep Medicine Review", 30, pp.43-52.

- WANG F., LEE E.K., WU T., BENSON H., FRICCHIONE G., WANG W., YEUNG A.S. (2014), *The Effects of Tai Chi on Depression, Anxiety, And Psychological Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis*, in "International Journal of Behavioral Medicine", 2, 4, pp. 605-17.
- WAYNE P.M., KAPTCHUK T.J. (2008), *Challenges Inherent to T'ai Chi Research: Part Ii-Defining the Intervention and Optimal Study Design*, in "Journal of Alternative and Complementary Medicine", 14, 2, pp.191-7.
- WAYNE P.M., WALSH J.N., TAYLOR-PILIAE R.E., WELLS R.E., PAPP K.V., DONOVAN N.J., YEH G.Y. (2014), *Effect of Tai Chi on Cognitive Performance in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis*, in "Journal of American Geriatric Society", 62,1, pp.25-39.
- WEBER M, SCHNORR T, MORAT M, MORAT T, DONATH L. (2020), *Effects of Mind-Body Interventions Involving Meditative Movements on Quality of Life, Depressive Symptoms, Fear of Falling and Sleep Quality in Older Adults: A Systematic Review with Meta-Analysis*, in "International Journal of Environmental Research and Public Health", 17,18, p.6556.
- WEST J., OTTE C., GEHER K., JOHNSON J., MOHR D.C. (2004) *Effects of Hatha Yoga and African Dance on Perceived Stress, Affect, And Salivary Cortisol*, in "Annals Behavior of Medicine", 28,2, pp.114-8.
- WEIDER S., INDREDAVIK M.S., LYDERSEN S., HESTAD K. (2015), *Neuropsychological Function in Patients with Anorexia Nervosa or Bulimia Nervosa*, in "The International Journal of Eating Disorders", 48, 4, pp. 397-405.
- WHITMONT E.C. (1999), *Il sorriso della leonessa. Alle sorgenti del femminile*, Piemme, Casale Monferrato.
- WILLIAMSON D.A., CUBIC B.A., GLEAVES D.H. (1993), *Equivalence of Body Image Disturbance in Anorexia and Bulimia Nervosa*, in "Journal of Abnormal Psychology", 102, pp.177-80.
- WILSON M. (2002), *Six Views of Embodied Cognition*, in "Psychonomic Bulletin & Review", 9, 4, pp. 625-36.
- WINKLER C., RHODES G. (2005), *Perceptual Adaptation Affect Attractiveness of Female Bodies*, in "British Journal Psychology", 96, 2, pp. 141-54.
- WINZER R., LINDBLAD F., SORJONEN K., LINDBERG L. (2014), *Positive Versus Negative Mental Health in Emerging Adulthood: A National Cross-Sectional Survey*, in "BMC Public Health", 1,14, p.1238.
- WHYTT R. (1764). *Observation on the Nature, Causes and Cure of Those Disorders Which Have Been Commonly Called Nervous, Hypochondriac or Hysteric to Which Are Prefixed Some Remarks on the Sympathy of the Nerves*, Edinburgh: Becket, DeHondt, and Balfour.
- WILLAN. R. (1790), *A Remarkable Case of Abstinence*, in "Medical Communications", 2, pp.113-122.
- WOLPERT D.M., DIEDRICHSEN J., FLANAGAN J.R. (2011), *Principles of Sensorimotor Learning*, in "Nature Reviews Neuroscience", 12,12, pp.739-51.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2020), *Guidelines on physical activity and sedentary behaviour*, Geneva.
- WREN A.A., WRIGHT M.A., CARSON J.W., KEEFE F.J. (2011), *Yoga for Persistent Pain: New Findings and Directions for An Ancient Practice*, in "Pain", 152, 3, pp.477-480.
- WU H.G., MIYAMOTO Y.R., GONZALEZ CASTRO L.N., ÖLVEČZKY B.P., SMITH M.A. (2014), *Temporal Structure of Motor Variability Is Dynamically Regulated and Predicts Motor Learning Ability*, in "Nature Neuroscience", 17,2, pp. 312-21.
- WULF G. (2012), *Attentional Focus and Motor Learning: A Review Of 15 Years*, in "International Review of Sport and Exercise Psychology", 6,1, pp.77–104.
- WULF G., HÖB, M., PRINZ W. (1998), *Instructions for Motor Learning: Differential Effects Of Internal Versus External Focus Of Attention*, in "Journal of Motor Behavior", 30,2, pp.169–179
- WULF G., LEWTHWAITE R. (2010), *Effortless motor learning?: an external focus of attention enhances movement effectiveness and efficiency*. In B. Bruya (Ed.), *Effortless attention: A new perspective in the cognitive science of attention and action* (pp. 75–101), Boston Review.
- WULF G., LEWTHWAITE R. (2016), *Optimizing Performance Through Intrinsic Motivation and Attention for Learning: The Optimal Theory of Motor Learning*, in "Psychonomical Bulletin & Review", 23, pp.1382–1414.
- WULF G., MCNEVIN N., SHEA C.H. (2001), *The Automaticity of Complex Motor Skill Learning as A Function of Attentional Focus*, in "Research Quarterly for Exercise and Sport", 54, 4, pp.1143-54.
- WU M., GIEL K.E., SKUNDE M., SCHAG K., RUDOFISKY G., DE ZWAAN M., ZIPFEL S., HERZOG W., FRIEDERICH H.C. (2013a), *Inhibitory Control and Decision Making under Risk in Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder*, in "The International Journal of Eating Disorders", 46,7, pp.721-8.

- WU M., HARTMANN M., SKUNDE M., HERZOG W., FRIEDERICH H.C. (2013b), *Inhibitory Control in Bulimic-Type Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis*, in “PLoS One”, 8,12.
- YAHALOM M., SPITZ M., SANDLER L. (2013), *The Significance of Bradycardia in Anorexia Nervosa*, in “International Journal of Angiology”, 22, pp. 83-94.
- ZAADSTRA B.M., SEIDELL J.C., VAN NOORD P.A., TE VELDE E.R., HABBEMA J.D. VRIESWIJK B., KARABAAT J. (1993), *Fat and Female Fecundity: Prospective Study of Effect of Body Fat Distribution on Conception Rate*, in “BMJ”, 306, 6876, pp.484-7.
- ZIEMKE T. (2003), *What’s that thing called embodied?* In ALTERMAN R., KIRSH E. (2003), *Proceedings of the 25th Annual Conference of the Cognitive Science Society*, 1134-1139.
- ZINDEL V., SEGAL J. (2014), *Mindfulness. Al di là del pensiero, attraverso il pensiero*, Bollati Boringhieri.
- ZIPOLI CAIANI S. (2016), *Corporeità e cognizione. La filosofia della mente incorporata*, Le Monnier Università, Firenze.
- ZUMTHOR P. (2001), *La presenza della voce*, Il mulino, Bologna.
- ZUNKER C., MITCHELL J.E., WONDERLICH S.A. (2011) *Exercise Interventions for Women with Anorexia Nervosa: A Review of The Literature*, in “International Journal of Eating Disorders”, 44,7, pp.579-84.

Sitografia

- *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*
- <https://www.aidap.org/2022/bassa-autostima-e-disturbi-dell'alimentazione-cosa-fare-quando-i-due-problemi-coesistono/>
- <https://www.aidap.org/2022/disturbi-dell'alimentazione-nei-maschi-un-problema-comune-ma-poco-riconosciuto/>
- <https://www.centrodca.it/chi-cura-i-disturbi-alimentari-un-approccio-multidisciplinare-al-trattamento/>
- <http://www.dallegrove.it/quinta-edizione-del-diagnostic-and-statistical-manual-of-mental-disorders-dsm-5-quali-sono-le-novita-riguardanti-i-disturbi-della-nutrizione-e-dell'alimentazione/#:~:text=I%20criteri%20diagnostici%20DSM%2D5%20dell'anoressia%20nervosa%20sono%20i,di%20sviluppo%20e%20salute%20fisica>
- <https://www.aidap.org/2022/disturbi-dell'alimentazione-nei-maschi-un-problema-comune-ma-poco-riconosciuto/>
- https://www.epicentro.iss.it/attivita_fisica/linee-guida-oms-2020
- <https://www.epicentro.iss.it/hbhc/indagine-2022>
- <https://www.epicentro.iss.it/hbhc/informazioni-general>
- https://www.epicentro.iss.it/hbhc/pdf/temi2022/HBSC%20-%20Schede%20Sintesi_2022.pdf
- <https://www.epicentro.iss.it/mortalita/classificazioneICD>
- <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/info/info>
- <https://www.epicentro.iss.it/passi/infoPassi/infoGen>
- <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/aggiornamenti>
- <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/la-sorveglianza>
- <https://www.fidadisturbialimentari.com/disturbi-alimentari/i-disturbi-alimentari-nell-eta-adulta/>
- https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2177_allegato.pdf
- <https://www.salute.gov.it/portale/alcol/dettaglioContenutiAlcol.jsp?id=5567&area=alcol&menu=vuoto>
- <https://www.salute.gov.it/portale/attivitaFisica/dettaglioContenutiAttivitaFisica.jsp?lingua=italiano&id=5567&area=attivitaFisica&menu=vuoto>
- <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?id=4470&area=salute%20mentale&menu=DNA>
- [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(24\)00150-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(24)00150-5/fulltext)
- <https://www.treccani.it/vocabolario/compagno2/>
- <https://www.treccani.it/vocabolario/comunicare/>
- https://www.treccani.it/vocabolario/disciplina_res-094218ac-dfc5-11eb-94e0-00271042e8d9/
- <https://www.treccani.it/vocabolario/disprezzare/>
- <https://www.treccani.it/vocabolario/educare/>
- <https://www.treccani.it/vocabolario/formazione/>
- <https://www.treccani.it/vocabolario/lingua/>
- <https://www.treccani.it/vocabolario/linguaggio/>
- <https://www.treccani.it/vocabolario/metodo/>
- <https://www.treccani.it/vocabolario/ricerca/sapere/>
- <https://www.treccani.it/vocabolario/seminario/>
- <https://www.treccani.it/enciclopedia/sinergetica/>
- [https://it.wikipedia.org/wiki/Dialogo#:~:text=Un%20dialogo%20\(dal%20latino%20dial%C5%8Fgus,discutere%20idee%20non%20necessariamente%20contrapposte](https://it.wikipedia.org/wiki/Dialogo#:~:text=Un%20dialogo%20(dal%20latino%20dial%C5%8Fgus,discutere%20idee%20non%20necessariamente%20contrapposte)